

Telefonisches Gesundheitscoaching

*Ein Element zur Förderung von Krankheitsbewältigung und
Gesundheitsversorgung?!*

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

„Doctor of Public Health (Dr. PH)“

an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften

der Universität Bielefeld

vorgelegt von Charlotte Şahin, BSc, MSc in Public Health

Bielefeld, im Dezember 2018

Gutachterinnen und Gutachter:

1. Prof. Dr. Claudia Hornberg

2. Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Gesundheitsversorgung ist nicht adäquat auf die Versorgungsbedarfe, Prävention und Gesundheitsförderung chronisch Erkrankter und bei komplexen Krankheitsverläufen ausgerichtet. Mit telefonischem Gesundheitscoaching will die Heimat Krankenkasse ein Jahr lang Versorgungsmanagement und Gesundheitsverhalten ausgewählter chronisch erkrankter Versicherter fördern (Herz-Kreislauf-, psychische Erkrankungen oder beides/Komorbidität).

Fragestellung: Dazu werden folgende Fragen untersucht: Welchen Nutzen hat telefonisches Gesundheitscoaching bei chronisch Erkrankten für gesundheitsbezogene Lebensqualität, Leistungsanspruchnahme und Ressourcennutzung? Welchen subjektiven Nutzen nehmen die Teilnehmenden für Krankheitsbewältigung und Orientierung im Versorgungssystem wahr?

Methode: Die Intervention wird mittels Methodenmix evaluiert. Mit quantitativen Methoden wird ihr Nutzen hinsichtlich gesundheitsbezogener Lebensqualität (SF-36 Health-Survey), Zufriedenheit und Ressourcennutzung (Routinedaten) betrachtet. Dazu werden die Outcomes zwischen Interventions- und Kontrollgruppe mit multivariaten Analysen verglichen (N = 619, t-Tests, Varianzanalysen, Chi-Quadrat-Tests, lineare, multiple Regression). Die subjektive Nutzenwahrnehmung wird mit leitfadengestützten Interviews erhoben und mittels zusammenfassender, strukturierender Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet (N = 8).

Ergebnisse: Die Interventionsgruppe (n = 312) bewertet ihre subjektive Gesundheit im Vergleich zum Vorjahr (Zeitraum vor der Intervention) signifikant besser als die Kontrollgruppe (n = 307). Die aktuelle subjektive Gesundheit unterscheidet sich nicht zwischen beiden Gruppen, emotional-psychische Aspekte bewertet die Interventionsgruppe schlechter. Die Mehrheit der Teilnehmenden (73,8%) ist mit der Intervention zufrieden und nimmt einen mittleren bis hohen subjektiven Interventionsnutzen wahr. Die Routinedaten spiegeln keine Trends oder Effekte der Intervention hinsichtlich Leistungsanspruchnahme und Ressourcennutzung wider. Die Versicherten berichten von subjektivem Nutzen des Coachings für Krankheitsbewältigung und Kenntnisse im Versorgungssystem. Dies entspricht weitgehend ihren Bedürfnissen nach Unterstützung und Befähigung. Von einigen Befragten wird kein Nutzen des Programms wahrgenommen, dennoch bewerten alle das Angebot als wichtig.

Diskussion: Die Intervention scheint ein geeignetes Instrument zur Förderung von Gesundheitskompetenzen und gesundheitsförderlichem Verhalten für diese Zielgruppe zu sein. Die Erfolge liegen vor allem auf der subjektiven Ebene der Teilnehmenden (positive Gesundheitsentwicklung, hoher subjektiver Nutzen). Zur Ressourcennutzung können keine Effekte des Coachings nachgewiesen werden. Auf Grund des Studiendesigns und der Datengrundlage ist der Ausschluss von Confoundern nicht möglich. Trotz Limitationen des Studiendesigns ist es ein Vorteil, dass die Intervention in der Versorgungspraxis unter Alltagsbedingungen entwickelt, erprobt und evaluiert wurde. Der Methodenmix hat sich bewährt, um ein umfassendes Bild zur Intervention zu erhalten. Forschungsbedarf besteht zu Einflüssen auf die Wirksamkeit der Intervention, zu gewünschten Outcomes wie der Ressourcennutzung, zur theoretischen Einordnung und zu Evaluationsmodellen.

Schlussfolgerungen: Der Nutzen von telefonischem Gesundheitscoaching ist nicht eindeutig, aber eine vielversprechende Intervention zur Prävention und Gesundheitsförderung chronisch Erkrankter mit beeinflussbarem Krankheitsverlauf. Aus Public Health-Sicht ist dieser Fokus wichtig für diese Zielgruppe. Durch die Anwendung von Mixed Methods rückt neben klinischer Wirksamkeit und Effizienz die Nutzerperspektive als Bewertungskriterium in den Vordergrund. Aus Sicht der Krankenkasse kann es eine sinnvolle Maßnahme zum Versorgungsmanagement sein. Die Implementation kann Ansatzpunkt für eine gesundheitspolitische Debatte zu Strukturveränderungen sein. Sie kann einen Wandel der Rollen und des Selbstverständnisses von Krankenkassen sein, in denen Versicherte zu Akteuren werden, die ihre Gesundheitsversorgung aktiv gestalten.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	I
Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis.....	VI
Abkürzungs- und Symbolverzeichnis	VIII
Danksagung.....	XIII
1 Einleitung.....	1
1.1 Hintergrund zum Forschungsvorhaben: Gesundheitsversorgung und Krankheitsbewältigung bei chronischer Krankheit in Deutschland.....	3
1.1.1 Besonderheiten bei chronischer Krankheit und ihrer Versorgung.....	3
1.1.2 Versorgung, Versorgungsqualität und Versorgungsmanagement	5
1.1.3 Zwischenfazit	6
1.2 Public Health Relevanz von telefonischen Gesundheitscoaching	7
1.3 Beschreibung der Intervention Weitblick.....	10
1.3.1 Hintergrund.....	11
1.3.2 Der Dienstleister Sanvartis.....	16
1.3.3 Konzeption und Durchführung	17
2 Stand der Forschung zu Gesundheitscoaching.....	21
2.1 Begriffsbestimmungen und -abgrenzungen	21
2.1.1 Gesundheit und (chronische) Krankheit, Gesundheitsverhalten und Krankheitsbewältigung	21
2.1.2 Die Strategien Prävention und Gesundheitsförderung und ausgewählte Methoden...23	
2.1.3 Drei Krankheitsgruppen für das Versorgungsmanagementprogramm	29
2.1.4 Zusammenfassung	33
2.2 Grundlagen und Umsetzung von Gesundheitscoaching	34
2.2.1 Konzepte und Methoden.....	34
2.2.2 Umsetzung von telefonischem Gesundheitscoaching.....	38
2.2.3 Zusammenfassung: Vor- und Nachteile von telefonischem Gesundheitscoaching sowie Ziele, Grundlagen und Umsetzung der Intervention	45
2.3 Effektivität von telefonischem Gesundheitscoaching (Empirische Erkenntnisse)	47
2.3.1 Physische Gesundheit	47
2.3.2 Psychische und mentale Gesundheit.....	48
2.3.3 Gesundheitsverhalten.....	49
2.3.4 Inanspruchnahme und Qualität der Gesundheitsversorgung	50
2.3.5 Kosten und Nutzen von telefonischem Gesundheitscoaching	51

2.3.6	Zusammenfassung	52
2.4	Exkurs: Methoden zur Identifikation und Auswahl von Teilnehmenden für Versorgungsmanagement	53
2.4.1	Softwaregestützte Modelle	54
2.4.2	Klinisches Erfahrungswissen	60
2.4.3	Subjektive Gesundheit und Lebensqualität (SF-36 Health Survey)	61
2.4.4	Grenzen und Möglichkeiten der Methoden	62
2.4.5	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen.....	63
2.5	Theoretischer Bezugsrahmen für gesundheitsbezogene Verhaltensänderung durch telefonisches Gesundheitscoaching	65
2.5.1	Theorie des bewussten Verhaltens (Theory of Planned Behavior)	66
2.5.2	Sozial-kognitive Theorie.....	66
2.5.3	Transtheoretisches Modell	67
2.5.4	Sozial-kognitives Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens	68
2.5.5	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für telefonisches Gesundheitscoaching ..	69
3	Gesundheitsversorgung im Krankenkassensystem in Deutschland	71
3.1	Rolle und Aufgaben der GKV in Deutschland	71
3.1.1	Versorgung und Versorgungsmanagement für chronisch Erkrankte	73
3.1.2	Entwicklungs- und Reformbedarfe für die Versorgung chronisch Erkrankter.....	76
3.2	Zusammenfassung und Ausblick	81
4	Forschungsfrage und Methodik.....	82
4.1	Fragestellung	82
4.2	Zugrundeliegende Thesen und Annahmen	83
4.2.1	Hypothesen zu Versorgungsleistungen	84
4.2.2	Hypothesen zu subjektiver Gesundheit und Lebensqualität.....	86
4.2.3	Hypothesen zur Zufriedenheit mit der Intervention und zur Nutzenwahrnehmung	87
4.2.4	Zusammenfassung	88
4.3	Einordnung des Studiendesigns	88
4.4	Methodisches Vorgehen.....	90
4.4.1	(Systematische) Literaturrecherche.....	90
4.4.2	Datengrundlage	93
4.4.3	Quantitative Auswertung.....	109
4.4.4	Qualitative Auswertung	113
4.4.5	Mixed Methods.....	116

4.5	Stichprobenbeschreibung der quantitativen Teilstudie.....	118
4.5.1	Grundgesamtheit der Coaching-Teilnehmenden	118
4.5.2	Stichprobenbeschreibung.....	119
4.5.3	Repräsentativität des Samples gegenüber der Grundgesamtheit.....	127
4.6	Beschreibung des Samples der qualitativen Teilstudie	128
5	Ergebnisse.....	129
5.1	Durchführungsmerkmale der Intervention Weitblick	129
5.2	Subjektive Bewertung der Intervention durch die Teilnehmenden.....	130
5.2.1	Zufriedenheitsbefragung	131
5.2.2	Ergänzende Kommentare von Coachingteilnehmenden	133
5.2.3	Zentrale Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung (Zusammenfassung).....	136
5.3	Nutzenwahrnehmung der Intervention durch die Teilnehmenden (qualitative Teilstudie)	137
5.3.1	Kategoriensystem	137
5.3.2	Deskription der Ergebnisse	140
5.4	Subjektive Gesundheit und Lebensqualität von Interventions- und Kontrollgruppe	144
5.4.1	Wahrnehmung physischer Gesundheit	144
5.4.2	Wahrnehmung psychosozialer und emotionaler Gesundheit.....	146
5.4.3	Allgemeiner Gesundheitszustand, Gesundheitswahrnehmung und Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustands im Vergleich zum vergangen Jahr.....	147
5.4.4	Zusammenfassung	150
5.5	Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und Kosten in Interventions- und Kontrollgruppe (Routinedatenanalyse).....	150
5.5.1	Anzahl der Erkrankungsfälle	151
5.5.2	Kosten ambulant ärztlicher Versorgung	152
5.5.3	Anzahl verschriebener Arzneimittel	154
5.5.4	Arzneimittelkosten.....	156
5.5.5	Anzahl der Krankenhausaufenthalte	158
5.5.6	Krankenhauskosten	160
5.5.7	Zusammenfassung	163
5.6	Explorative Analyse	164
5.6.1	Subjektiver Interventionserfolg (Zusammenfassung).....	164
5.6.2	Subjektive Gesundheit und Lebensqualität (Zusammenfassung)	164
5.6.3	Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und Kosten in Interventions- und Kontrollgruppe (Zusammenfassung)	165

6	Diskussion	166
6.1	Methodendiskussion	166
6.1.1	Stand der Forschung und Entwicklung und theoretischer Hintergrund.....	166
6.1.2	Studiendesign zur Evaluation von Weitblick.....	167
6.1.3	Schlussfolgerungen und Ausblick.....	173
6.2	Ergebnisdiskussion	174
6.2.1	Stand der Forschung, Entwicklung und des theoretischen Hintergrunds	174
6.2.2	Zufriedenheit, subjektive Gesundheit, Leistungsanspruchnahme und Kosten (Quantitative Ergebnisse)	178
6.2.3	Gegenüberstellung von Interventionsnutzen und Bedürfnissen der Versicherten sowie Zielsetzung der Intervention (Qualitative Ergebnisse)	182
6.3	Mixed Methods – Zusammenführung der Ergebnisse	185
7	Potenziale und Grenzen von telefonischem Gesundheitscoaching für chronisch Erkrankte	190
7.1	Entwicklungsstand von telefonischem Gesundheitscoaching bzw. Weitblick	190
7.2	Gesetzliche Krankenkassen und telefonisches Gesundheitscoaching	193
7.3	Handlungsempfehlungen	196
7.4	Schlussfolgerungen und Ausblick	197
8	Literaturverzeichnis	199
9	Anhang.....	235

Erklärung zu Formulierungen und Bezeichnungen

Im Sinne einer guten Lesbarkeit wird vor allem bei zusammengesetzten Begriffen das generische Maskulinum verwendet. Dies umfasst gleichermaßen weibliche und männliche Personen und ist nicht als Diskriminierung zu verstehen. Wo immer möglich werden geschlechtsneutrale Bezeichnungen benutzt.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beteiligte Akteure und ihre Aufgaben bei der Entwicklung und Implementierung des Patientenbegleitprogramms Weitblick	12
Abbildung 2: Morbiditätscluster nach Capability Score und Risk Score des Beratungsunternehmens	14
Abbildung 3: Modell von Gesundheitskompetenz mit weiterentwickelten Fähigkeiten	27
Abbildung 4: Multiperspektivische Nutzenbewertung des telefonischen Gesundheitscoachings	83
Abbildung 5: Studienkonzept und vorläufiges Modell zur Analyse der Intervention für chronisch Erkrankte	84
Abbildung 6: Vorgehen des Forschungsprozesses (Studiendesign).....	90
Abbildung 7: Quorum zum Auswahlprozess empirischer Studien und Reviews zur Aufarbeitung des Forschungsstands	93
Abbildung 8: Selektionsprozess des Samplings	106
Abbildung 9: Vorgehen des qualitativen Forschungsprozesses.....	109
Abbildung 10: Vorgehen der Analyse quantitativer Daten und Aufbau der Ergebnisbeschreibungen	113
Abbildung 11: Ablaufmodell der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse als Auswertungsmethode.....	115
Abbildung 12: Geschlechterverteilung in der Stichprobe.....	121
Abbildung 13: Übersicht über Strukturgleichheit der Gruppen und Subgruppen.....	126
Abbildung 14: Häufigkeitsverteilung und statistische Kennzahlen der Anzahl der Coachingkontakte	129
Abbildung 15: Werteverteilung der durchschnittlichen Dauer der Coachinggespräche.....	130
Abbildung 16: Häufigkeitsverteilung der Bewertung von fünf Items der Zufriedenheitsbefragung ..	132
Abbildung 17: Werteverteilung des subjektiven Interventionserfolgs.....	133
Abbildung 18: Werteverteilung der körperlichen Summenskala	145
Abbildung 19: Vergleich der mittleren Bewertung der körperlichen Gesundheitswahrnehmung	146
Abbildung 20: Werteverteilung der psychischen Summenskala	147
Abbildung 21: Vergleich der mittleren Bewertung der psychischen Gesundheitswahrnehmung	147
Abbildung 22: Häufigkeitsverteilung der Bewertungen des allgemeinen Gesundheitszustands.....	148
Abbildung 23: Werteverteilung für die Subskala „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“	149
Abbildung 24: Vergleich der mittleren Bewertung der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung	149
Abbildung 25: Werteverteilung der Zahl der Erkrankungsfälle 2008–2011	151
Abbildung 26: Verlaufsdiagramm der jährlichen mittleren Erkrankungsfälle	152
Abbildung 27: Ambulante Arztkosten (EUR, gruppiert) und statistische Kennzahlen 2008–2011.....	153
Abbildung 28: Verlaufsdiagramm der jährlichen mittleren ambulanten Arztkosten (EUR)	154
Abbildung 29: Werteverteilung der Zahl der Arzneimittelverschreibungen 2008–2011	155
Abbildung 30: Verlaufsdiagramm der Anzahl verschriebener Arzneimittel	156
Abbildung 31: Arzneimittelkosten (EUR) 2008–2011	157
Abbildung 32: Verlaufsdiagramm mittlere Arzneimittelkosten (EUR).....	158
Abbildung 33: Häufigkeitsverteilung der und statistische Kennzahlen zur Zahl der Krankenhausbehandlungen 2008–2011	159
Abbildung 34: Verlaufsdiagramm der Zahl der Krankenhausaufenthalte	160
Abbildung 35: Werteverteilung der Kosten (EUR) von Krankenhausbehandlungen 2008–2011.....	161

Abbildung 36: Verlaufsdiagramm der Krankenhauskosten (EUR)	163
Abbildung 37: Entwurf eines Versorgungsmanagementkonzepts	194

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ausgewählte Diagnosen im Morbiditätsspektrum Herz-Kreislauf- und psychische Erkrankungen für das Versorgungsmanagement der Heimat Krankenkasse.....	15
Tabelle 2: Auswahl persönlicher und fachlicher Qualifikationsanforderungen an Coaches	44
Tabelle 3: Zusammenfassung der Vor- und Nachteile von Gesundheitscoaching.....	45
Tabelle 4: Inhaltliche Zusammenfassung des Forschungsstands zu Effekten von telefonischem Gesundheitscoaching	53
Tabelle 5: Suchstrategie der Literaturrecherche nach dem PICO-Schema.....	91
Tabelle 6: Ein- und Ausschlusskriterien für systematische Literaturrecherche.....	92
Tabelle 7: Stichprobenzusammensetzung	94
Tabelle 8: Überblick über quantitative Datenquellen, Erhebungszeitpunkte und ihre verwendete Auswertungsverfahren für die Evaluation.....	96
Tabelle 9: Routinedatenbasierte Outcomevariablen.....	100
Tabelle 10: Merkmalsverteilung der Weitblick-Teilnehmenden im Jahr 2010.....	119
Tabelle 11: Verteilung des Merkmals Versorgungsmanagementprogramm nach Interventions- und Kontrollgruppe in der Stichprobe	120
Tabelle 12: Verteilung der Altersgruppen in der Stichprobe und statistische Kenngrößen nach Interventions- und Kontrollgruppe sowie nach Versorgungsmanagementprogramm	122
Tabelle 13: Verteilung des Merkmals Geschlecht in versorgungsmanagementprogrammspezifischen Interventions- und Kontrollgruppen	124
Tabelle 14: Zusammenfassende Übersicht der Signifikanztests zur Merkmalsverteilung der Stichprobe	124
Tabelle 15: Vergleich prozentualer Verteilung von Merkmalen der Weitblick-Kohorte (N = 978) und des Samples (N = 312).....	127
Tabelle 16: Häufigkeitsverteilung der Bewertung der Programmdauer	131
Tabelle 17: Häufigkeitsverteilung der Bewertung der Kontakthäufigkeit mit dem Gesundheitscoach.....	131
Tabelle 18: Häufigkeitsverteilung der Bewertung von Zufriedenheitsdimensionen mit den Gesundheitscoaches	132
Tabelle 19: Häufigkeitsverteilung der Bewertung der subjektiven Erwartungserfüllung	133
Tabelle 20: Häufigkeitsverteilung der Bewertung der Programmzufriedenheit	133
Tabelle 21: Kategoriensystem der qualitativen Inhaltsanalyse zu Anmerkungen von Coachingteilnehmenden	134
Tabelle 22: Kategoriensystem der qualitativen Teilstudie zur Nutzenwahrnehmung der Teilnehmenden	138
Tabelle 23: Definition von Subkategorien zur „Wahrnehmung der Intervention Weitblick“	139
Tabelle 24: Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben? Deskriptive Statistik	150
Tabelle 25: Vergleich von statistischen Kennzahlen und Mittelwerten für Erkrankungsfälle der Interventions- und Kontrollgruppe 2008–2011	151

Tabelle 26: Vergleich von statistischen Kennzahlen und Mittelwerten für ambulante Arztkosten (EUR) der Interventions- und Kontrollgruppe 2008–2011.....	154
Tabelle 27: Vergleich von statistischen Kennzahlen und Mittelwerten für Anzahl verschriebener Arzneimittel der Interventions- und Kontrollgruppe 2008–2011.....	156
Tabelle 28: Vergleich von statistischen Kennzahlen und Mittelwerten für jährliche Arzneimittelkosten (EUR) der Interventions- und Kontrollgruppe 2008–2011.....	158
Tabelle 29: Vergleich von statistischen Kennzahlen und Mittelwerten für jährliche Zahl von Krankenhausaufenthalten der Interventions- und Kontrollgruppe 2008–2011.....	160
Tabelle 30: Statistische Kennzahlen zu Kosten (EUR) von Krankenhausbehandlungen 2008–2011..	162
Tabelle 31: Vergleich von statistischen Kennzahlen und Mittelwerten für jährliche Krankenhauskosten (EUR) der Interventions- und Kontrollgruppe 2008–2011	162
Tabelle 32: Bedürfnisse und subjektiver Nutzen zur Unterstützung von Krankheitsbewältigung und Gesundheitsversorgung durch telefonisches Gesundheitscoaching	184
Tabelle 33: Zusammenfassung der Nutzenbewertung von telefonischem Gesundheitscoaching.....	191
Tabelle 34: Handlungsempfehlungen für telefonisches Gesundheitscoaching.....	196

Abkürzungs- und Symbolverzeichnis

*	In Box-Plot Diagrammen markieren Sternchen Extremwerte (mehr als das 3-fache der Länge der Box entfernt, nach SPSS-Formel)
\tilde{x}	Median, auch als Q_2 abgekürzt (s. Q_1, Q_2, Q_3)
$\bar{x} \pm SD (n)$	Angabe statistischer Kenngrößen: Standardabweichung (SD) und Mittelwert (MW) werden in der Form $\bar{x} \pm SD$ mit Nennung des Stichprobenumfangs n angegeben.
\bar{x}	Mittelwert, auch MW
Abschn.	Abschnitt
AC	Association for Coaching
ACG	Adjusted Clinical Groups
ACG-PM	Adjusted Clinical Groups Predictive Modeling
AG GPGI	Arbeitsgruppe Gute Praxis Gesundheitsinformation
akt.	aktuell
Anm. d. Verf.	Anmerkung der Verfasserin
ANOVA	Analysis of Variance, engl. für Varianzanalyse
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
Aufl.	Auflage
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BÄK	Bundesärztekammer
BASE	Bielefeld Academic Search Engine
Bd. (Pl. Bde.)	Band (Plural: Bände)
BDP	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V.
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BKK	Betriebskrankenkasse
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body-Mass-Index
Box-Plot Diagramme	Box bzw. deren äußere Ränder sind Q_1 und Q_3 , der „mittlere“ Strich stellt den Median/ Q_2 dar. MW ist nicht abgetragen, aber in Tabelle und/oder Fließtext berichtet.
bspw.	beispielsweise
BVA	Bundesversicherungsamt
BZgA	Bundezentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CDPS	Chronic Illness and Disability Payment System
chron.	chronisch
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
Cramérs $V (\varphi')$	Cramérs V ist eine Effektgröße (misst die Stärke des Zusammenhangs) für Kontingenzanalysen (Chi-Quadrat-Test) mit kategorialen Variablen, die Werte liegen zwischen 0 und 1 (Field, 2013; Cohen, 1988).
Cronbachs α	Maßzahl für die interne Konsistenz einer Skala und bezeichnet das Ausmaß, in dem die Aufgaben bzw. Fragen einer Skala miteinander in Beziehung stehen. Der Wert kann zwischen 0 und 1 liegen, wobei die Reliabilität besser ist, je näher er 1 liegt (Pospeschill, 2012). Der Wert von Cronbachs α sollte für eine gute, konsistente Skala mindestens 0,7 betragen, besser 0,8.
d	Effektstärke für t-Test (auch \hat{d}) (Field, 2013; Cohen, 1988)

d. h.	das heißt
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse
DCG	Diagnostic Cost Groups
DeGEval	Gesellschaft für Evaluation e.V.
DESTATIS	Statistisches Bundesamt
df	degrees of freedom (dt. Anzahl der Freiheitsgrade)
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DMP	Disease Management Program, (dt. Strukturiertes Behandlungsprogramm)
dt.	Deutsch
ebd.	Ebenda
EMCC	European Mentoring and Coaching Council
et al.	et alii (dt. und andere)
etc.	et cetera
F	Test Statistik für Varianzanalyse
f./ff.	folgende/fortfolgende
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GG	Grundgesetz
ggf.	gegebenenfalls
GK	Gesundheitskompetenz(en)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV Spitzenverband	Spitzenverband Bund der Krankenkassen (vor 07/2008 Spitzenverbände der Krankenkassen)
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
HAPA	Health Action Process Approach (engl. für sozial-kognitives Prozessmodell)
HbA1c	Wert für Blutzuckerspiegel
HCC	Hierarchical Condition Categories
Herz-Kreisl.-Erkr.	Herz-Kreislauf-Erkrankung(en)
HKE	Herz-Kreislauf-Erkrankung(en)
hkk	Handelskrankenkasse
HMG	Hierarchisierte Morbiditätsgruppen
Hrsg.	Herausgeber
i. d. R.	in der Regel
ICD-10	International Classification of Diseases (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme), Version 10
ICF	International Coach Federation
IG	Interventionsgruppe
IG/KG	Abkürzung für Variable, die die Information beinhaltet, in welcher Gruppe sich die Studienteilnehmenden befinden
in Anlehn.	in Anlehnung
IP	Interviewpartnerin oder -partner
IPHCC	Inpatient Hierarchical Condition Categories
IV	Integrierte Versorgung
Jg.	Jahrgang
Kap.	Kapitel
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung

KG	Kontrollgruppe
KHK	Koronare Herzkrankheit
KI	Konfidenzintervall
KÖR	Körperschaft öffentlichen Rechts
KSK	Körperliche Summenskala
Max.	Maximum
MeSH	Hauptschlagwörter (engl. Medical Subject Headings), definierte Begriffe, die als Thesaurus dienen und die Indexierung und Recherche von Publikationen erleichtern
MI	Motivational Interviewing (dt. Motivierende Gesprächsführung)
Min.	Minimum
Mio.	Millionen
MM	Mixed Methods
Morbi-RSA	morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
MRC	Medical Research Council
Mrd.	Milliarden
MW	Mittelwert, auch \bar{x}
N, n	N Fallzahl der Gesamtstichprobe, die mit dem Großbuchstaben angezeigt wird, n wird für Substichproben verwendet (Field, 2013).
n. s.	nicht signifikant ($p > ,05$)
NVL Unip. Depression	Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression
O	In Box-Plot Diagrammen markieren Kreise Ausreißer (Werte gelten als Ausreißer, wenn sie $> 1,5$ -fache der Länge der Box entfernt sind)
o. J.	ohne Jahresangabe
p	p-Wert, Wahrscheinlichkeitswert (engl. probability). Beschreibt „die Wahrscheinlichkeit, dass der beobachtete [...] Effekt einer Studie aufgetreten sein könnte, wenn die Nullhypothese richtig und der Effekt auf das Spiel des Zufalls zurückzuführen ist. Je kleiner der Wert, desto deutlicher spricht das beobachtete Ergebnis gegen die Nullhypothese. Es ist eine Konvention, dass ein p-Wert gleich oder kleiner 0,05 als statistisch signifikant angesehen wird.“ (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin [EbM Netzwerk], 2011, S. 36) Das Signifikanzniveau wird wie folgt unterschieden: * $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$; *** $p \leq ,001$
PCG+DCG	Pharmacy based cost groups + diagnostic cost groups
PICO	PICO Schema: P – Population/Patient, I – Intervention, C – Comparison/Control, O – Outcome
PKV	Private Krankenversicherung
PKV-Verband	Verband der Privaten Krankenversicherung
PLZ	Postleitzahl
PrävG	Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz)
PSK	Psychische Summenskala
PZN	Pharmazentralnummer
Q_1, Q_2, Q_3	Erstes/unteres Quartil, zweites/mittleres Quartil (entspricht dem Median), drittes/oberes Quartil
QALE	Quality-Adjusted Life Expectancy (dt. qualitätsadjustierte Lebenserwartung)
QALY	Quality Adjusted Life Year (dt. qualitätskorrigierte Lebensjahre)

R	Spannweite
r	Zusammenhangsmaß (Pearson's Korrelationskoeffizient), lineares Zusammenhangsmaß; $0 < r \leq 0,2$ sehr geringe Korrelation; $0,2 < r \leq 0,5$ geringe Korrelation; $0,5 < r \leq 0,7$ mittlere Korrelation; $0,7 < r \leq 0,9$ hohe Korrelation; $0,9 < r \leq 1$ hohe Korrelation (Bühl, 2010; Weiß, 2008). Wird auch als Effektstärke für t-Test verwendet: kleiner Effekt: $r \geq ,1$; mittlerer Effekt: $r \geq ,3$; großer Effekt: $r \geq ,5$ (Field, 2013)
RCT	randomised controlled trial (engl. für randomisierte, kontrollierte Studie)
REGW	Spannweitentest (F-Test) nach Ryan-Einot-Gabriel-Welsch
RK	Risikoklasse
RKI	Robert Koch-Institut
Rn.	Randnummer
Rol	Return of Investment
RS	Risk Score, auch Risikoprognose
r_s	Spearman's Rangkorrelationskoeffizient, nichtparametrische Korrelationsanalyse für ordinalskalierte Merkmale
RxGroups	Klassifikationsmodell zur Abbildung der Morbidität von Versicherten
RxGroups+IPHCC	Klassifikationsmodell RxGroups ergänzt um Inpatient Hierarchical Condition Categories
s.	Siehe
S.	Seite
s. u.	siehe unten
SD	Standard Deviation = Standardabweichung, Streuungsmaß für Homogenität oder Heterogenität der Stichprobe, gibt die mittlere Abweichung der Daten vom Mittelwert an.
SF-36 Health Survey	Short Form 36 Health Survey
SGB	Sozialgesetzbuch
SKT	Sozial-kognitive Theorie
socINDEX	Sociology Research DataBASE
SSCI	Social Sciences Citation Index
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
SVR KA	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
T	Test-Statistik für t-Test bei unabhängigen Stichproben
T	Test-Statistik für T-Test bei abhängigen Stichproben oder mit festem Wert
TCM	Traditionelle Chinesische Medizin
Teststatistik	Teststatistiken beinhalten den Testwert (F, t, ...), die Anzahl der Freiheitsgrade (df), den Signifikanzwert p sowie die Effektgröße <ul style="list-style-type: none"> • Varianzanalyse: $F(df) = \dots, p = \dots$, Effektgröße η^2 • t-Test: $t(df) = \dots, p = \dots$, Effektgröße Cohen's d oder r • Chi-Quadrat-Test: $X^2(df) = \dots, p = \dots$, Effektgröße Cramér's V
TK	Techniker Krankenkasse
TPB	Theory of Planned Behavior (dt. Theorie des bewussten Verhaltens)
TTM	Transtheoretisches Modell
u. a.	unter anderem
UN CRPD	UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (engl. für UN-Behindertenrechtskonvention)
UPD	Unabhängige Patientenberatung Deutschland gGmbH

Verf.	Verfasserin
vgl.	vergleiche
VM	Versorgungsmanagement
VMK	Versorgungsmanagementkategorien
VMP	Versorgungsmanagementprogramm
VM-Potenzial	Versorgungsmanagementpotenzial
W	Angabe für Mauchly-Test
WABC	Worldwide Association of Business Coaches
WHO	Weltgesundheitsorganisation (engl. World Health Organization)
χ^2	Chi-Quadrat Test-Statistik (Kontingenzanalyse bei nominalem und ordinalen Variablen)
z. B.	zum Beispiel
ZIG OWL	Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft Ostwestfalen-Lippe
η^2	(„Mü“) Eta-Quadrat, Effektschätzer für Varianzanalysen (Field, 2013; Cohen, 1988), kleiner Effekt: $\eta^2 \geq ,01$; mittlerer Effekt: $\eta^2 \geq ,06$; großer Effekt: $\eta^2 \geq ,14$

Danksagung

Die Idee dieser Arbeit entstand aus einem Evaluationsauftrag zum telefonischen Gesundheitscoaching „Weitblick“, mit dem die Heimat Krankenkasse und die Sanvartis GmbH das Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft Ostwestfalen-Lippe (ZIG OWL) beauftragten. Die Verfasserin dieser vorgelegten Dissertation bearbeitete dies bereits als Mitarbeiterin des ZIG OWL (vergleiche (vgl.) Assmann & Iseringhausen, 2012). Hieraus entwickelten sich die Idee und der Wunsch, sich tiefergehend mit dem Gegenstand zu beschäftigen. Ohne das Interesse, der Zustimmung und der Unterstützung der Heimat Krankenkasse und der Sanvartis GmbH an einer umfangreichen wissenschaftlichen Evaluation, wäre weiterführende Forschungsarbeit nicht möglich gewesen. Für die Unterstützung und das Vertrauen bedanke ich mich herzlich.

Mein großer Dank gilt den Versicherten der Heimat Krankenkasse, die an der Befragung teilnahmen und die sich zu einem Interview bereit erklärten. Dabei vertrauten sie mir Einblicke in ihre persönliche Krankheits- und Versorgungsgeschichte an.

Danken möchte ich meiner Doktormutter Frau Prof. Dr. Claudia Hornberg für Ihre Unterstützung und Anregungen zu meiner Arbeit. Dies ist nicht meine erste Abschlussarbeit, die Professorin Hornberg begleitet hat. Vielmehr hat sie mein wissenschaftliches Denken und bisherigen Werdegang entscheidend geprägt.

Prof. Dr. Thomas Gerlinger danke ich für die Übernahme der Zweitbegutachtung dieser Arbeit.

Eine wichtige Unterstützung ist die Promotionsförderung der Stiftung der Deutschen Wirtschaft. Ich bin sehr dankbar für die umfangreiche ideelle, monetäre und familienfreundliche Förderung sowie die günstigen Rahmenbedingungen.

Für ihre Inspirationen, kritischen Fragen, Diskussionen und fachliche Unterstützung danke ich besonders Dr. Olaf Iseringhausen, aber auch Reinhard Samson, Thorsten Pollmeier sowie weiteren Promovenden der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.

Für das gründliche Korrekturlesen der kompletten Arbeit danke ich meiner Schwester Marie von Herzen.

Beginn, Bearbeitung und Fertigstellung einer solchen Arbeit erfordern Geduld und Unterstützung im persönlichen Umfeld. Mein inniger Dank gilt meiner Familie und meinen Freunden für ihre Motivation, Geduld und vielfältige Formen der Unterstützung. Hervorzuheben sind insbesondere mein Mann Bülent, meine Schwester Marie und die Lacrosserinnen der Bielefeld Hawks. Danke!/Çok teşekkür ederim!

Ohne die vielen Menschen, die mich auf diesem Weg begleitet, motiviert und herausgefordert haben, wäre eine Fertigstellung dieser Arbeit so nicht möglich gewesen. Dafür bedanke ich mich.

Charlotte Şahin

1 Einleitung

Die zunehmende Zahl chronisch Erkrankter und ihre adäquate Gesundheitsversorgung stellen das Gesundheitswesen in Deutschland vor die Herausforderungen seine Strukturen und Prozesse patientenorientiert, an den Bedarfen und Bedürfnissen der chronisch erkrankten Nutzenden auszurichten sowie Prävention bei chronischer Krankheit zu stärken (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen [SVR], 2012a; Schaeffer, 2006; Schaeffer & Moers, 2003; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen [SVR KA], 2001). Weiterhin müssen die Schnittstellenprobleme, die bestehenden Hürden einer sektoral getrennten Versorgung und einer einseitig somatisch-kurativ ausgerichteten Behandlung überwunden werden. Es ist notwendig die Nutzerkompetenzen, wie z. B. Orientierung im Versorgungssystem, zu fördern und Patientinnen und Patienten im Umgang mit ihren Erkrankungen zu befähigen (SVR, 2012a; Schaeffer & Schmidt-Kaehler, 2012; Bauer, Rosenbrock & Schaeffer, 2005; Schaeffer, 2005; SVR KA, 2003, 2001; Tattersall, 2002). Die These ist, dass informierte und kompetente Nutzende größere Gesundheitsgewinne erzielen und zu einem effizienten Einsatz der Ressourcen im Gesundheitswesen beitragen. Dazu sind neue, innovative Ansätze und Maßnahmen zum Krankheitsmanagement und zur Patientenberatung bei chronischen Krankheiten erforderlich. Wie kann eine Lösung aussehen, dass Betroffene besser unterstützt werden, mit ihrer Erkrankung umzugehen? Eine Möglichkeit kann (telefonisches) Gesundheitscoaching sein (SVR, 2012a; Schaeffer & Schmidt-Kaehler, 2012; Stumm, Weber & Pourie, 2011; Schmidt-Kaehler, 2007; Bauer et al., 2005; Schaeffer, 2005; SVR KA, 2003, 2001; Tattersall, 2002). Dies bietet persönliche Betreuung und praktische Hilfe durch ausgebildete Gesundheitsberater, die in regelmäßigen Telefonaten für individuelle Fragen und Sorgen an der Seite der Betroffenen stehen.

Diese Intervention stammt aus dem englischen Sprachraum (z. B. USA, Australien) und wird in Deutschland im Rahmen von Versorgungsmanagement oder Patientenschulungen erprobt. Häufig bieten gesetzliche Krankenkassen (GKV) und private Krankenversicherungen (PKV) oder Pharmaunternehmen ihren Versicherten oder Kunden Coachingleistungen an. Meist wird ein individuelles telefonisches Coaching durchgeführt. Es verfolgt das Ziel, die Menschen bei der Krankheitsbewältigung kontinuierlich zu unterstützen, Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken sowie ihre Nutzerkompetenzen für das Versorgungssystem zu fördern (SVR, 2012a; Harris et al., 2011; Prognos AG, 2011; Seebauer et al., 2011; Stumm et al., 2011; Lawn & Schoo, 2010; Pourie & Schmöller, 2010; Lauterbach, 2008a, 2008b; O'Connor, Stacey & Légaré, 2008; Schmidt-Kaehler, 2007). Insbesondere für chronisch Erkrankte sind diese Ziele relevant, denn sie benötigen eine kontinuierliche oder längerfristige, sektorenübergreifende Begleitung zur ganzheitlichen Krankheitsbewältigung und zur Förderung ihrer Nutzerkompetenzen, die sie bei der Integration der Krankheit und der Krankheitsfolgen in den Lebensalltag unterstützen. Im Coaching werden diese Aspekte explizit mit einbezogen (Garms-Homolová & Schaeffer, 2012; Seebauer et al., 2011; Schmid, Weatherly, Meyer-Lutterloh, Seiler & Lägél, 2008; Schaeffer, 2006; Müller-Mundt & Schaeffer, 2003; Schaeffer & Moers, 2003; SVR KA, 2001).

Ihre praktische Umsetzung zeigt sich ein heterogenes Bild. Sie unterscheiden sich hinsichtlich Art, Herangehensweise, Methodik, theoretischer Grundlagen, Durchführung und Zielsetzung (Spitzenverbände der Krankenkassen [GKV-Spitzenverband], 2001). Es gibt keine vereinbarten Standards oder Qualitätsanforderungen für die Intervention. Ebenso besteht ein großes Defizit in der Evaluation dieser Maßnahmen, so dass ihre Effektivität und ihre Effizienz umstritten sind. Die Qualität der Angebote und die Effekte für Gesundheit und Lebensqualität der Coachingteilnehmenden sowie für die Versor-

gungsprozesse (u. a. Qualität, Kontinuität, Patientenorientierung) sind in Deutschland kaum untersucht (SVR, 2012a; Dierks, 2009; Schmidt-Kaehler, 2007; GKV-Spitzenverband, 2001). Nach verschiedenen Modellversuchen einzelner Krankenkassen, soll in diesem Jahr (2018) eine Untersuchung von Gesundheitscoaching unter Bedingungen der Regelversorgung am Beispiel von Diabetes mellitus beginnen (Höhl, 2018; Härter et al., 2016; Tiede, Dwinger, Herbarth, Härter & Dirmaier, 2016; Fey, 2012; Seebauer et al., 2011). Für einen effizienten Einsatz der begrenzten Ressourcen im Gesundheitssystem ist eine Bewertung dieser Intervention relevant und die Wirkungsweisen auf unterschiedlichen Ebenen (Patientin oder Patient/Versicherte oder Versicherter, GKV, Gesundheitssystem) sind zu untersuchen. Beachtet werden müssen dabei die Bedingungen und Anforderungen des bestehenden Gesundheitssystems. Es ist wichtig zu klären, inwieweit die Maßnahme auf die Akzeptanz der Teilnehmenden trifft, wie zufrieden diese sind und ob gesundheitliche Verbesserungen und ökonomische Ziele wie die Stabilisierung oder Senkung vermeidbarer Kosten erreicht werden.

In diesen Kontext sind die Beschreibung und die Evaluation des telefonischen Gesundheitscoachings „Weitblick“ der Heimat Krankenkasse einzuordnen. Der Forschungs- und Entwicklungsstand solcher häufig aus der Praxis heraus entwickelter Interventionen wird aufgearbeitet und analysiert. Das Vorhaben will damit nicht nur die Potenziale und Grenzen von telefonischem Gesundheitscoaching aufzeigen, sondern auch die von Evaluation und der praktischen Umsetzung innerhalb des deutschen Gesundheitssystems. Denn die Erwartungen an Evaluation und ihre tatsächlich begrenzten Möglichkeiten liegen weit auseinander. Diese Aspekte klingen bereits in den Problem- und Fragestellungen an, die nach dem Nutzen von Gesundheitscoaching für chronisch Erkrankte sowie dem Nutzen für die GKV bzw. der Heimat Krankenkasse fragen. Zur Eruierung dieser Frage wurden über 600 Versicherte telefonisch zu einem Messzeitpunkt zu ihrer subjektiven Gesundheit und Lebensqualität befragt sowie die Zufriedenheit mit der Intervention erhoben. Ferner liegen Routinedaten zur Leistungsanspruchnahme und angefallenen Kosten vor. Es wurden Interventions- und Kontrollgruppen gebildet, die hinsichtlich gesundheitlicher Outcomes und ökonomischer Kennzahlen verglichen werden. Des Weiteren wurde in einer qualitativen Erhebung, der subjektive Nutzen von Coachingteilnehmenden untersucht.

Zunächst wird der Hintergrund des Forschungsvorhabens (1.1), seine Public Health Relevanz (1.2) und die Intervention Weitblick erläutert (1.3). Daraufhin folgt die Beschreibung des Forschungsstands (Kapitel (Kap.) 2), in dem zunächst die verwendeten Begrifflichkeiten (2.1), die Konzepte und die praktische Umsetzung von Coaching (2.2), empirische Erkenntnisse zur Wirksamkeit der Intervention (2.3) sowie Methoden der Teilnehmeridentifikation für Versorgungsmanagementprogramme dargestellt sind (2.4). Ferner wird ein theoretischer Bezugsrahmen skizziert (2.5). In Kapitel 3 folgen die Beschreibungen der Rahmenbedingungen für das Handeln von Krankenkassen sowie des Entwicklungs- und Reformbedarfs der gesetzlichen Gesundheitsversorgung. Daran schließt sich die Erläuterung der Forschungsfrage und Methodik zur Datenerhebung und -analyse an (Kap. 4), also die empirische Grundlage für die Evaluation von Weitblick. Die Ergebnisse werden in Kapitel 5 dargestellt und in Kapitel 6 zusammengeführt und diskutiert. Kapitel 7 enthält Schlussfolgerungen einschließlich der Potenziale und Grenzen von telefonischem Gesundheitscoaching. Ferner werden Handlungsempfehlungen zusammengefasst und es gibt einen Ausblick auf den Forschungsgegenstand insgesamt.

1.1 Hintergrund zum Forschungsvorhaben: Gesundheitsversorgung und Krankheitsbewältigung bei chronischer Krankheit in Deutschland

1.1.1 Besonderheiten bei chronischer Krankheit und ihrer Versorgung

Bei chronischer Erkrankung bestehen komplexe Anforderungen an die Gestaltung der Versorgung, die langfristige Patientenbegleitung und Krankheitsbewältigung. Sie ist gekennzeichnet durch einen progressiven, langsamen und langfristigen Verlauf meist ohne oder mit nur sehr geringen Heilungsmöglichkeiten sowie erheblichen Krankheitsfolgen und Verlust von Lebensqualität (Rosenbach & Ewers, 2012; Hintzpeter, List, Lampert & Ziese, 2011; Seebauer et al., 2011; Scheidt-Nave, 2010; van den Bussche, Eisele, Schäfer, Bachmann & Kaduszkiewicz, 2007). Nicht die Heilung, sondern das Eintreten von Krankheitsfolgen, wie Arbeitsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Frühberentungen oder Verlust an Lebensqualität, möglichst lange zu verzögern, ist das Ziel der gesundheitlichen Versorgung. In diesem Zusammenhang ist die Erkenntnis wichtig, „dass lediglich eine kleine Zahl von Risikofaktoren die enorme Krankheitslast chronischer Erkrankungen determiniert“ (Maaz, Winter & Kuhlmeier, 2007, S. 6). Diese Risikofaktoren (s. Abschnitt (Abschn.) 1.2) sind „Folge gesellschaftlicher Veränderungsprozesse“ sowie „zum überwiegenden Teil verhaltensbedingt und daher primär präventiv vergleichsweise gut beeinflussbar.“ (Maaz et al., 2007, S. 6; Hintzpeter et al., 2011). Daraus ergibt sich ein großes Präventionspotenzial, so dass zwei wichtige Schlussfolgerungen zu ziehen sind: 1) (Primär-)Prävention und Gesundheitsförderung sind von zentraler Bedeutung, um chronische Erkrankungen und ihre Folgen für Individuum, Gesundheitssystem, Gesellschaft und Volkswirtschaft zu vermeiden. 2) Effektive (Sekundär- und Tertiär-)Prävention ist für chronisch und/oder mehrfach Erkrankte relevant, um die einzelnen Erkrankungsphasen zu stabilisieren, Komplikationen zu vermeiden, die Degeneration zu verlangsamen und Beschwerden zu verbessern. Des Weiteren kann Prävention Kompetenzen für den Umgang mit und die Bewältigung der Erkrankung und das Erreichen einer hohen Lebensqualität bzw. Verbesserung der subjektiven Gesundheit fördern (Medical Research Council [MRC], 2008; Schmid et al., 2008; Schaeffer, 2006; Rosenbrock & Gerlinger, 2004; SVR KA, 2001).

Weitere An- und Herausforderungen der Versorgung chronisch Kranker betreffen die verlängerten Verlaufsduern, die die Integration der Krankheit in den Lebensalltag mit allen Konsequenzen und Folgen, wie z. B. Multimorbidität, Leistungs- oder Funktionseinschränkungen und Pflegebedürftigkeit, (Schaeffer, 2009b). Die Patientenbedürfnisse beziehen sich nur zu einem Teil auf medizinische, kurative Versorgung. Im Vordergrund stehen aus Sicht des Erkrankten und gegebenenfalls (ggf.) der Angehörigen vor allem die persönliche Bewältigung der Krankheit und die dazu notwendige Unterstützung. Die Identifizierung der individuellen Bedürfnisse und eine professionelle Unterstützung zur Verarbeitung dieser Erfahrungen und Einschränkungen sind mindestens so wichtig wie die Therapie der körperlichen Beschwerden und eine umfassende und ganzheitliche Versorgung durch professionelle Akteure (Garms-Homolová & Schaeffer, 2012; Schmid et al., 2008; Schaeffer, 2006; Müller-Mundt & Schaeffer, 2003; Schaeffer & Moers, 2003; Schaeffer, 1995). Aus politischer Sicht sind Teilhabe und Mitbestimmung mündiger Patienten Aspekte von Therapien und Behandlungen (SVR, 2012a; UN CRPD, 2006; Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI] & World Health Organisation [WHO], 2005; Tattersall, 2002). In Zusammenhang mit Krankheitsbewältigung, aktiver Mitwirkung im Behandlungsprozess und Selbstmanagement steht ein hoher Informations-, Aufklärungs- und Beratungsbedarf, der sich im Krankheitsverlauf immer wieder verändert (Seebauer et al., 2011; SVR KA, 2001).

Insgesamt wird der Bedarf an verschiedenen Kompetenzen deutlich, die chronisch Erkrankte zur Krankheitsbewältigung und Gesunderhaltung benötigen. Mit zunehmender Erfahrung im Gesundheitswesen und der Auseinandersetzung mit der chronischen Erkrankung steigen die Fähigkeiten der Betroffenen, sich im Gesundheitswesen zurechtzufinden (Franzkowiak, 2011). Zu beachten ist, dass die gesundheitsbezogenen Fähigkeiten je nach Krankheitsart variieren: Die Gruppe chronisch Erkrankter verhält sich zwar häufig kompetent in Bezug auf ihre chronische Erkrankung, dies bedeutet aber nicht gleichzeitig, dass sie darüber hinaus Gesundheitsinformationen versteht (Mancuso, 2009). Im Sinne einer patientenorientierten und zielgerichteten (effizienten) Versorgung ist der Prozess des Kompetenzerwerbs durch bedarfs- und bedürfnisgerechte Interventionen wie Schulungen, Aufklärungen und Begleitung der Betroffenen frühzeitig zu unterstützen.

Im praktischen Versorgungsgeschehen kommt es zu krankheitsbedingten Einschränkungen der Fähigkeiten, Kapazitäten und Ressourcen betroffener Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen. Krankheitsbedingt können sie häufig nicht autonom handeln oder am Behandlungsprozess partizipieren, sondern benötigen professionelle Unterstützung z. B. von Ärztinnen und Ärzten oder Pflegekräften (SVR, 2012a; Sørensen et al., 2012; Friesacher, 2010; Schaeffer & Moers, 2004). Die politische Forderung eines partizipierenden, selbstverantwortlichen, aktiven Nutzenden ist also mit dem Alltag und den gesundheitlichen Einschränkungen im Leben chronisch Erkrankter (Patientinnen und Patienten) nicht immer vereinbar (ebd.). In vielerlei Hinsicht besteht (wachsender) Hilfe- und Unterstützungsbedarf (Behandlung, Versorgung, Bewältigung). Eine Besonderheit ergibt sich: Chronisch Erkrankte sind bedingt krank und bedingt gesund, d. h. ihre Kompetenz, Autonomie und Souveränität sind nur phasenweise eingeschränkt. Sie können einerseits als vollwertiges Gesellschaftsmitglied leben, andererseits haben sie körperliche, funktionale, soziale, psychische und ökonomische Einschränkungen zu bewältigen. Kompetenzen und Wissen von Nutzenden oder Patientinnen und Patienten sind nicht nur in der Bevölkerung heterogen verteilt, sondern variieren je nach Rolle und Gesundheitszustand (Schaeffer & Moers, 2008).

Studien zeigen beispielhaft den Informations- und Unterstützungsbedarf bei chronischer Krankheit auf: Die Suche nach Information und Beratung findet unabhängig von der Zufriedenheit mit Behandlung und Aufklärung durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt statt. Sie bezieht sich auf individuelle gesundheitliche Beschwerden, Erkrankungen und Lösungen außerhalb der bekannten Versorgungsstrukturen (Marstedt, 2003). Die Themen Gesundheitsförderung und Prävention werden kaum recherchiert (ebd.). Die Informationen von Peers¹ sind eine wichtige Quelle für die Versorgung und Orientierung im Gesundheitswesen und vor allem für die praktische Bewältigung von Krankheit im Alltag. Für die medizinische Versorgung spielen weiterhin Ärztinnen und Ärzte die zentrale Rolle (Fox, 2013). Der Wissensumfang beispielsweise (bspw.) zu Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen ist relevant, da es einen signifikanten Einfluss auf die Effekte der Sekundärprävention hat und damit für die Effektivität der Versorgung wichtig ist. Er unterscheidet sich je nach Krankheitsbild und Land und ist abhängig von Bildung, Wohnort (z.B. ländlicher oder abgelegen), Migrationshintergrund, Geschlecht, sozioökonomischem Status oder Komorbiditäten. Fehlendes Krankheitsbewusstsein ist ebenfalls relevant (Hocking, Laurence & Lorimer, 2013). Ein verbreitetes Defizit von Wissen und Infor-

¹ Peers sind „Mitglieder gleicher Alters- oder Statusgruppen“, die auf Grund ihres Erfahrungswissens die Patientensicht und die Bedürfnisse der chronisch Erkrankten sehr gut kennen (Backes und Lieb 2011, S. 417; Dale, Caramlau, Lindenmeyer und Williams 2008).

mationen kann bei den Betroffenen u. a. zu koronaren Herzkrankheiten (KHK) und ihren Risikofaktoren angenommen werden (Hocking et al., 2013; Beniwal, Sharma & Singh, 2011; Bokern, 2006; Celentano et al., 2004). Fehlendes Krankheitswissen ist insofern problematisch, da dadurch Potenziale zur Prävention und Gesundheitsförderung ungenutzt bleiben und die Patientinnen und Patienten erhebliche Folgen zu bewältigen haben. Auch die Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung kann eine wichtige Rolle für verbesserte Informationen über Risikofaktoren und Adhärenz zur Risikoreduktion spielen (Walter & Jahn, 2015; Celentano et al., 2004). Zudem stellen individuelle Einstellungen zur Erkrankung und das Umfeld der Patienten (Angehörige, Peers) wichtige Einflussgrößen auf das Gesundheitsverhalten dar (Fox, 2013; Hirani & Newman, 2005).

Weiterhin determiniert das Gesundheitssystem selbst die Möglichkeiten der Nutzenden. Auf Grund seiner Intransparenz wird der Nutzerin und dem Nutzer die Partizipation erschwert. Die Qualität der Leistungen ist für Laien kaum zu bewerten. Es bestehen Informationsasymmetrien und ein Abhängigkeitsverhältnis zwischen Leistungserbringenden und Patientinnen und Patienten (Schulenburg & Greiner, 2013; Hajen, Paetow & Schumacher, 2011; Friesacher, 2010; Bandelow & Schade, 2009; Gerlinger, 2009; Schmucker, 2009). Außerdem können Handlungsoptionen für Patientinnen und Patienten zu hohen Anforderungen oder Zumutungen werden, wie z. B. „eine (unfreiwillige) Verantwortungsübernahme und Koproduktion bei (schwierigen) medizinischen Entscheidungen oder die (notgedrungene) Selbstorganisation der Krankheitsbewältigung mittels privater Unterstützungsnetzwerke“ (Ewert, 2013, S. 175). Friesacher (2010, S. 58) bewertet diese Entwicklungen daher ambivalent: „Neuen Freiheiten stehen neue Zwänge gegenüber.“ Für die Nutzenden bestünden u. a. auf Grund des Wettbewerbs vermeintlich neue Freiheiten wie z. B. Optionenvielfalt, Wahlfreiheit, Autonomie und Souveränität. „Unter den Bedingungen eines marktwirtschaftlich orientierten und betriebswirtschaftlich organisierten Gesundheitssystems werden diese Aspekte weitgehend ausgeblendet, es entstehen eher neue Abhängigkeiten und Unfreiheiten, die sich hinter Begriffen wie Verantwortungsübernahme und Partizipation verbergen.“ (Friesacher, 2010, S. 64). Die Idee eines eigenverantwortlichen, partizipativen Nutzenden ist daher unter der Berücksichtigung der Sachzwänge des Gesundheitssystems kritisch zu betrachten (ebd.).

1.1.2 Versorgung, Versorgungsqualität und Versorgungsmanagement

Die Frage nach der Gestaltung und Realisierung einer qualitativ guten Gesundheitsversorgung – das bedeutet abgestimmt, kontinuierlich, präventiv ausgerichtet, an den Bedürfnissen und der Lebenswelt der Patientinnen und Patienten orientiert – stellt sich insbesondere für die größer werdende Gruppe der multimorbid und chronisch Erkrankten, die eine dauerhafte medizinische Versorgung benötigen (Fullerton, Nolte & Erler, 2011; Seebauer et al., 2011; Schaeffer, 2009c; Schaeffer & Moers, 2009; SVR KA, 2001). Dies erfordert eine evidenzbasierte und leitliniengerechte Behandlung, wie bspw. in Disease Management Programmen (DMP). Wichtig sind ebenfalls eine hohe Adhärenz bei medikamentöser (Sekundär-)Prävention sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Gesundheitsprofessionen über Sektorengrenzen hinweg (Bundesärztekammer [BÄK], Kassenärztliche Bundesvereinigung [KBV] & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften [AWMF], 2013; Kofahl, Nickel & Höhne, 2012; Hintzpeter et al., 2011; van Lente, 2011; Walter & Lux, 2011). Jedoch erfüllt das auf akute und somatische Erkrankungen ausgerichtete Gesundheitssystem die umfassenden Versorgungsbedarfe chronisch Erkrankter nur unzureichend. Es ist geprägt von zahlreichen Problemen wie Über-, Unter- und Fehlversorgung, Diskontinuitäten und fehlender Berücksichtigung psychischer, sozialer, lebensweltlicher und biografischer Aspekte (Schaeffer, 2009c; Schaeffer & Moers,

2009). Es gibt bisher kaum Ergebnisse und Modelle in Bezug auf eine verbesserte Versorgung chronisch kranker oder multimorbider Patientinnen und Patienten, „deren optimale Versorgung die wohl größte Herausforderung an Gesundheitssysteme stellt“ (Fullerton et al., 2011, S. 561). Dabei gewinnen chronische Erkrankungen „an individueller, sozialpolitischer sowie gesundheitsökonomischer Bedeutung“ (Maaz et al., 2007, S. 6). Für die Bevölkerungsgesundheit wird sie ebenfalls aus epidemiologischer Sicht deutlich: Hiernach „ist es nicht entscheidend, wie gut eine Krankheit behandelt wird, sondern, dass sie möglichst selten und spät auftritt“ (Huster, 2012, S. 25). Damit ist das Ziel der (Primär-)Präventionsmaßnahmen definiert. Die Versorgung chronisch Erkrankter erfordert Gesundheitsförderung und Prävention.

Des Weiteren bedarf die Versorgung chronisch Erkrankter Unterstützung zur Krankheitsbewältigung, aktiver Mitwirkung am Behandlungsprozess und Selbstmanagement. Der Kompetenzerwerb kann u. a. durch Schulungen, Aufklärungen und Begleitung der Betroffenen unterstützt werden. Angebote zur Patientenberatung und -schulungen, die dort ansetzen, entwickeln sich in Deutschland seit Mitte der 90er Jahre. Sie verfolgen das Ziel die Patientinnen und Patienten zu Eigenverantwortlichkeit in Bezug auf ihre Gesundheit zu befähigen, so dass sie an Behandlungen, Therapieentscheidungen, Gesundheitsförderung und Prävention aktiv mitwirken. Ziel ist, Compliance und Behandlungsergebnisse sowie Versorgungsqualität zu erhöhen und somit zu einem verbesserten Gesundheitsstatus beizutragen. In der Beratungslandschaft informieren verschiedene Einrichtungen unterschiedlicher Trägerschaft neben den Leistungserbringenden und Kostenträgern. Entsprechend der Trägervielfalt besteht ein ebenso „heterogenes Bild von Konzepten, Inhalten, Methoden, Umfängen und Qualitätsanforderungen“ (GKV-Spitzenverband, 2001, S. 2). Wie für Prävention und Gesundheitsförderung fehlen auch für diese Angebote Wirksamkeitsnachweise (Schmidt-Kaehler, 2007; GKV-Spitzenverband, 2001). Insgesamt wird der Bedarf an verschiedenen Nutzerkompetenzen deutlich, die chronisch Erkrankte zur Krankheitsbewältigung benötigen.

1.1.3 Zwischenfazit

Als Antwort auf den Wandel des Krankheitspanoramas und des Versorgungsbedarfs werden veränderte Rollen und Aufgaben von Patientinnen und Patienten und Professionellen im Gesundheitswesen gefordert. Mit neuen Entscheidungs- und Mitbestimmungsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten geht die Verschiebung der Verantwortung – vom System zum Individuum – einher, die eigene Gesundheit zu managen (Lenartz, 2012; Friesacher, 2010). Diese Entwicklungen sind ambivalent. Handlungsoptionen können zu hohen Anforderungen oder Zumutungen werden (Ewert, 2013; Friesacher, 2010). Die Grenzen eigenverantwortlichen Handelns und von Mitbestimmungsmöglichkeiten stellen die teils erheblichen Wissensdefizite von Patientinnen und Patienten zu ihren chronischen Erkrankungen dar. Die Bedeutung von Prävention, Gesundheitsförderung und des eigenen Verhaltens, scheint vielen Betroffenen nicht bewusst zu sein bzw. ist nicht prioritäres Interesse. Dabei besteht gerade für die Versorgung dieser Zielgruppe ein Bedarf an und Potenzial für Gesundheitsförderung und Prävention. Gesundheitsförderliches Verhalten kann den Gesundheitszustand und die Lebensqualität erheblich verbessern bzw. erhalten. Für gute Versorgungsqualität sind zudem umfassende und kontinuierliche Versorgung und Versorgungsstrukturen zu schaffen. Nutzerkompetenzen sind zur Bewältigung chronischer Krankheit erforderlich.

1.2 Public Health Relevanz von telefonischen Gesundheitscoaching

Das „gesundheitliche Problempanorama“ in Deutschland besteht aus den großen Entwicklungen zu Morbidität und Mortalität, demografischem Wandel sowie sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen (Rosenbrock & Gerlinger, 2006, S. 38; Robert Koch-Institut [RKI] & Statistisches Bundesamt [Destatis], 2015). Die Lebenserwartung steigt nicht nur durch einen Rückgang der durch akute Infektionskrankheiten bedingten Mortalität, sondern auch durch eine verbesserte Ernährungs- und Hygienesituation sowie geringere Säuglingssterblichkeit. Das Spektrum von Krankheits- und Todesursachen hat sich verändert zu chronisch-degenerativen Krankheiten, die überwiegend verhaltensbedingt sind. Gleichzeitig bedeutet dies, dass sie beeinflussbar sind (RKI & Destatis, 2015; Siegrist, 2012; Rosenbrock & Gerlinger, 2006). Demzufolge liegen die größten Potenziale zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit in Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung sowie einer verbesserten Versorgung chronisch Kranker. Einige Gutachten gehen von Einsparpotenzialen in Höhe von ca. 25 % der Ressourcen (ohne Saldierung und Diskontierung) für die heutige Versorgung (Rosenbrock & Gerlinger, 2006; Schwartz, 2003; SVR, 2001; Schwartz, 2000). Die Krankheitslast kann je nach Indikation zwischen 15 % bis knapp 40 % reduziert werden, bei Hochrisikopatienten sogar bis über 70 %. Zusätzlich können Inzidenzen reduziert oder verzögert werden (Walter, Robra & Schwartz, 2012). Die Relevanz chronischer Krankheiten für die Organisation der Gesundheitsversorgung aber auch aus volkswirtschaftlicher und gesellschaftlicher Sicht (Einfluss auf Produktivität und Leistungsfähigkeit, gesellschaftlicher Zusammenhalt, soziale Unterstützung bzw. soziales Netzwerk) wird in zahlreichen Publikationen dargestellt (RKI & Destatis, 2015; Plass et al., 2014; Vorstand des BDP, 2012; Günster, Klose & Schmacke, 2011; Scheidt-Nave, 2010; Liebl, 2007; Maaz et al., 2007; Lauterbach, Gerber, Klever-Deichert & Stollenwerk, 2005).

Chronisch-degenerative Erkrankungen dominieren in Deutschland das Krankheitsspektrum, vor allem Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen, Diabetes mellitus, verschiedene Krebserkrankungen, Atemwegserkrankungen sowie Depressionen und psychische Erkrankungen (RKI & Destatis, 2015; Plass et al., 2014; Hintzpeter et al., 2011; Scheidt-Nave, 2010; Maaz et al., 2007). Dabei ist zu beachten, dass psychische Erkrankungen häufig in Komorbidität mit somatischen chronischen Erkrankungen auftreten (Maske et al., 2013; Baumeister & Hutter, 2012; Bengel & Mittag, 2012; Hautzinger, 2012). Die Krankheiten können erhebliche Folgen wie Morbidität, Mortalität und Behinderungen haben, die zu Einschränkungen der Mobilität, gesellschaftlichen Teilhabe und Lebensqualität führen (RKI & Destatis, 2015; Scheidt-Nave, 2010). Sie schreiten kontinuierlich und dauerhaft fort und stellen eine erhebliche Belastung und Herausforderung hinsichtlich der Krankheits- und Alltagsbewältigung für die betroffenen Menschen und für das Versorgungssystem dar (ebd.). In Deutschland sind nach Selbsteinschätzung ca. 40 % der Bevölkerung chronisch erkrankt, davon ist ein Großteil der Betroffenen von lebensstilbedingten Erkrankungen betroffen, die durch das Gesundheitsverhalten beeinflussbar sind (RKI & Destatis, 2015; RKI, 2014; Scheidt-Nave, 2010). Weitere Schätzungen besagen, dass 43,9 % der Frauen und 36,3 % der Männer sogar von Multimorbidität betroffen sind, was den Umgang mit einer komplexen gesundheitlichen Problemlage bedeutet (RKI & Destatis, 2015; Fuchs, Busch, Lange & Scheidt-Nave, 2012; Scheidt-Nave, 2010). Die Ursachen sind v.a. die Lebens-, Arbeits- und Umweltverhältnisse und davon geprägtes Verhalten. Zentrale Risikofaktoren für chronische Erkrankungen sind Rauchen, Alkohol, ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel sowie damit zusammenhängend Übergewicht, Adipositas und Bluthochdruck, in Deutschland hat insbesondere Ernährung eine sehr große Bedeutung (RKI & Destatis, 2015; Plass et al., 2014; Hintzpeter et al., 2011;

Scheidt-Nave, 2010). Diese Faktoren sind alle verhaltensbedingt und damit beeinflussbar (RKI & Destatis, 2015; Scheidt-Nave, 2010; Maaz et al., 2007). Auch wenn insgesamt ein komplexes Wechselspiel aus persönlichen, sozialen, ökonomischen und ökologischen Risiko- und Schutzfaktoren das Auftreten nichtübertragbarer Erkrankungen determiniert, sind die Entstehung und der Verlauf vieler chronischer Erkrankungen mit dem eigenen Gesundheitsverhalten zumindest bedingt beeinflussbar (RKI & Destatis, 2015; Scheidt-Nave, 2010; Badura, Schellschmidt & Vetter, 2007; Maaz et al., 2007; Rosenbrock & Gerlinger, 2006).

Die Public Health-Relevanz zum Handlungsbedarf zur Versorgung und Prävention chronischer Erkrankungen ergibt sich also zum einen quantitativ aus der Zahl der Betroffenen und zum anderen qualitativ aus der Frage nach (Sekundär-)Prävention, adäquater Versorgung sowie Effizienz und Organisation von Versorgung mit begrenzten Ressourcen. Dies erfordert die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems (RKI & Destatis, 2015). Aus der Perspektive von Public Health ist das Forschungsvorhaben relevant, weil die Intervention zu den zentralen Zielen beitragen will, nämlich der Verbesserung von Bevölkerungsgesundheit und -versorgung (Hurrelmann, Laaser & Razum, 2012). Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht kann die Relevanz auch anhand von zwei Fragestellungen für Gesundheit und Gesundheitsversorgung dargestellt werden: 1) „Wie lassen sich weitere Verbesserungen der Gesundheit erreichen bzw. der aktuelle Status [...] sichern?“ und 2) „Wie lässt sich eine verbesserte Effizienz im Gebrauch der gesundheitlichen Ressourcen einschließlich der Reduzierung eskalierender Kosten erreichen?“ (Schwartz, 2003, S. 3).

Die steigende Prävalenz chronischer Krankheiten stellt aus Public Health Sicht eine Herausforderung für die Gesundheitsversorgung mit ihren begrenzten Ressourcen dar. Telefonisches Gesundheitscoaching kann ein Mittel sein, die Versorgung der wachsenden Zahl chronisch Erkrankter und von Personen mit hohem Erkrankungsrisiko zu unterstützen, indem gesundheitsförderliches Verhalten bzw. Verhaltensänderungen und Selbstmanagement gefördert werden (Dennis et al., 2013; Olsen & Nesbitt, 2010). Da in Lebensstil und Gesundheitsverhalten wesentliche Gründe bzw. Risikofaktoren für chronische Erkrankungen liegen, sind hier Ansatzpunkte für ihre Prävention und Versorgung zu finden (Teeter & Kavookjian, 2014; Hutchison & Breckon, 2011; Eakin, Lawler, Vandelanotte & Owen, 2007). Dabei geht es darum, die Teilnehmenden zu Verhaltensänderungen zu motivieren und eigene gesundheitsbezogene Ziele zu erreichen (Kivelä, Elo, Kyngäs & Kääriäinen, 2014). Mit Information, Beratung, Befähigung und Förderung von Kompetenzen und Eigenverantwortung sowie Empowerment soll ein Mehr an Patientenorientierung, Gesundheitskompetenz und Versorgungsqualität erreicht werden, das sowohl medizinische als auch nicht-medizinische bzw. sozialmedizinische Fragestellungen berücksichtigt (SVR, 2012a). Die Intervention rückt dazu diese Aspekte und die Population der chronisch Erkrankten mit hohem Erkrankungsrisiko in den Fokus. Für die Zielgruppe wird ein hohes Potenzial für Prävention und Gesundheitsförderung angenommen. Die Intervention ist verhaltensorientiert und lässt Verhältnisse weitgehend außen vor. Auch individuelle Verhaltensinterventionen können effektiv sein, Qualität verbessern und ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen. Ihr Vorteil ist, dass sie mit relativ geringen Kosten umsetzbar sind (Kivelä et al., 2014). Telefonisches Gesundheitscoaching geht auf relevante medizinische und nicht-medizinische Versorgungsbedarfe ein und ergänzt damit die Regelversorgung, in der diese nicht-medizinische Aspekte häufig wenig Berücksichtigung finden. Weiterhin kann es zur Versorgungsintegration der beteiligten Akteure beitragen (Versorgungssteuerung) und gleichzeitig den Fokus auf eine ganzheitliche Begleitung und Behandlung legen. Damit können behandelnde Ärztinnen und Ärzte ihre Ressourcen für ihr spezifisches Fachgebiet und ihre Kernaufgaben verwenden. Sie werden durch die Coaches um nicht-medizinische Aspekte der

Versorgung entlastet. Es wird angenommen, dass durch eine verbesserte Ressourcennutzung die Effizienz der Versorgung erhöht werden kann. Des Weiteren wird erwartet, dass die Versicherten auf Grund ihres verbesserten Gesundheitszustands mittel- und langfristig weniger Leistungen in Anspruch nehmen und Versorgungskosten reduziert werden können. Es ist jedoch auch zu beachten, dass eine verbesserte Versorgungsqualität zu mehr Arztbesuchen und Arzneimittelverschreibungen und damit zu einer Kostensteigerung führen kann. Im Zentrum der oben genannten Fragestellungen stehen Patientin und Patient. Es wird angenommen, dass sich eine kompetente Versicherte oder ein kompetenter Versicherter gesundheitsförderlich verhält, sich besser im Gesundheitssystem zurechtfindet und Leistungen eher in adäquater Form im Anspruch nimmt (Reduktion vermeidbarer Leistungen wie stationäre Behandlungen aber auch Arzneimitteladhärenz). Die oder der Versicherte wird also als Ko-produzentin ihrer oder Koproduzent seiner Gesundheit und im Versorgungssystem verstanden, die oder der zu mehr Gesundheit und Effizienz beiträgt. Die Intervention will sie oder ihn in der Rolle der oder des aktiven Versicherten und ihre bzw. seine Eigenverantwortung fördern und unterstützen. Hinsichtlich der erheblichen krankheitsbedingten Herausforderungen für chronisch Erkrankte wird sie diesen Erwartungen vermutlich nur begrenzt gerecht werden können.

Das Telefon ist als Kommunikationsmittel besonders geeignet, da es ein weit verbreitetes und niedrigschwelliges Medium ist und damit viele Personen und in allen Altersgruppen erreicht werden können (Suksomboon, Poolsup & Nge, 2014; Teeter & Kavookjian, 2014; Eakin et al., 2007). Das Coaching kann zudem ortsunabhängig stattfinden (Suksomboon et al., 2014; Pourie, 2011b; Stratmann, Rose, Philipp & Kottmair, 2011). Für Krankenkassen stellt das Instrument weiterhin die Möglichkeit der Versorgungssteuerung hinsichtlich adäquater Leistungsanspruchnahme dar und zur Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung.

Das Ziel des Forschungsvorhabens ist es, eine exemplarische Lösung zur Unterstützung der Versorgung bei definierten chronischen Erkrankungen zu bewerten. Dazu wird betrachtet, inwiefern es 1) Gesundheit, Krankheitsbewältigung und Gesundheitsversorgung der von chronischer Krankheit Betroffenen fördert und 2) die Intervention effektiv und effizient ist. Dies entspricht der gesundheitswissenschaftlichen Perspektive und Frage danach, wie Verbesserungen der Gesundheit und der Ressourcennutzung erreicht werden können.

Das Vorhaben stößt jedoch an die (methodischen) Grenzen von Public Health, denn für Prävention und Gesundheitsförderung mangelt es insgesamt an Evidenzbasierung, d. h. einer systematischen und komprimierten Aufbereitung und Nutzung empirischer Daten zur Wirkung und zu Determinanten von Prävention und Gesundheitsförderung (Finck, Nöcker, Wildner & Walter, 2015; Kliche, Koch, Lehmann & Töppich, 2006). Auch der Nachweis von Kosteneffektivität ist bei geringer Evidenz der Wirkung schwierig zu führen, wird daher immer unzureichend sein. Zudem sind komplexe Modellierungen für bevölkerungsbezogene Ansätze erforderlich (Rütten, Abu-Omar, Burlacu, Schätzlein & Suhrcke, 2017; Squires, Chilcott, Akehurst, Burr & Kelly, 2016; Lauterbach et al., 2005; Rush, Shiell & Hawe, 2004). Das würde zur Legitimation und Verbreitung von Public Health Maßnahmen beitragen. Stattdessen ist die Studienlage zu Prävention und Gesundheitsförderung heterogen hinsichtlich Studiendesign, theoretischer Grundlagen und Zielgruppen. Dies erschwert es diejenigen Maßnahmen zu identifizieren, die am effektivsten sind (Lemmens, Oenema, Klepp, Henriksen & Brug, 2008). Des Weiteren steht die individuelle Verhaltensprävention im Fokus und häufig werden solche Interventionen durchgeführt oder ihre Erfolgsfaktoren untersucht (Dunkley et al., 2014; Ruppap & Conn, 2010; Richards et al., 2007; Rush et al., 2004). Dabei wird mit Verhältnisprävention, mit der die gesamte Bevölkerung erreicht

werden kann und damit bereits große Erfolge erzielt wurden, vernachlässigt. Ein evidenzbasiertes Vorgehen erfordert aber mehr, u. a. den Einbezug nichtmedizinischer Fragen (z. B. ethischer oder organisatorischer Art) sowie die Berücksichtigung aller Prozessschritte, einschließlich Phasen der Aushandlung und Kommunikation von Evidenz- und Entscheidungsprozessen (Gerhardus, Breckenkamp & Razum, 2008).

Es bleibt eine große Herausforderung die multifaktorielle Entwicklung von Krankheiten, Risikofaktoren und Gesundheit zu berücksichtigen und bevölkerungsweit und Nachhaltigkeit zu belegen. Einerseits bestehen (zu) hohe und unrealistische Erwartungen an entsprechende Interventionen und ihre Evaluationsstudien. Andererseits fehlen geeignete komplexe und differenzierte Methoden, um die Effektivität und Effizienz nachzuweisen (Rütten et al., 2017; Antes, Kunzweiler & Töws, 2016; Kühn & Rosenbrock, 2009; Kliche et al., 2006; Lauterbach et al., 2005). Komplexe Gesundheitsprobleme wie chronische Erkrankungen erfordern komplexe Interventionen, die auf voneinander abhängige Determinanten zielen und mehrere Verhaltensweisen betreffen. Zudem treten spezifische Krankheiten in den Hintergrund und vielmehr wird das Krankheitsrisiko für mehrere Krankheiten gemindert. Gleichzeitig ist die Zielgruppe heterogen (hohe Diversität von Lebensphasen), für die keine allgemeingültige, einheitliche Intervention entwickelt werden kann (Antes et al., 2016; Plaumann & Pawils, 2015; Ruppard & Conn, 2010; Thorogood & Coombes, 2010a; Kühn & Rosenbrock, 2009; Rush et al., 2004).

Gerade auf Grund der Heterogenität von Zielgruppen und Diversität von Lebensformen ist die Normativität von Public Health und Public Health Maßnahmen kritisch zu reflektieren (z.B. Huster & Schramme, 2016): Denn Prävention und Gesundheitsförderung wollen in die Gesellschaft hineinwirken und sie gesünder machen. Damit hat Public Health eine hohe normative Bedeutung (Schnabel, Bittlingmayer & Sahrai, 2009). Gleichzeitig fehlt der Wirksamkeitsnachweis für viele präventive und gesundheitsförderliche Interventionen, wie er für individuelle medizinische Maßnahmen bspw. mit randomisierten kontrollierten Studien (RCT) geführt wird (Antes et al., 2016; Kühn & Rosenbrock, 2009; Kliche et al., 2006; Lauterbach et al., 2005). Des Weiteren sind Interventionen, die auf den persönlichen Lebensstil abzielen, hinsichtlich ihrer Normativität kritisch zu hinterfragen und das Recht auf Selbstbestimmung und Eigenverantwortung zu achten (Bittlingmayer & Sahrai, 2014; Schmidt, 2014, 2010). Zum anderen sind vermehrt Maßnahmen wünschenswert, die Verhaltens- und Verhältnisprävention kombinieren sowie deren Wirksamkeit nachweisen (Effertz et al., 2015; Kühn & Rosenbrock, 2009). Ferner sind die gesellschaftlichen Einflüsse auf Bevölkerungsgesundheit zu berücksichtigen. Damit versteht Public Health Gesundheit bzw. Gesundheitspolitik auch als gesellschaftliches Thema bzw. Gesellschaftspolitik (Huster, 2012).

1.3 Beschreibung der Intervention Weitblick

Die Beschreibung der Intervention Weitblick beruht auf zur Verfügung gestellten, teils vertraulichen Unterlagen der Heimat Krankenkasse, dem Dienstleister für telefonisches Versorgungsmanagement Sanvartis GmbH und einem Beratungsunternehmen (BKK Oetker & Beratungsunternehmen, 2010; BKK Oetker & Sanvartis GmbH) sowie auf Gesprächen der Autorin mit Mitarbeitenden der Heimat Krankenkasse und der Sanvartis GmbH.²

² Die BKK Oetker wurde zum Jahresbeginn 2012 in Heimat Krankenkasse umbenannt. Das Beratungsunternehmen wird aus Gründen des Datenschutzes nicht namentlich genannt.

1.3.1 Hintergrund

Weitblick, ein telefonisches Gesundheitscoaching für eine definierte Gruppe chronisch Erkrankter, ist Bestandteil des Versorgungsmanagements, das die Heimat Krankenkasse ihren Versicherten anbietet. Sie möchte damit „sektorübergreifend Kosten managen und Service bieten“ (BKK Oetker & Sanvartis GmbH, S. 1, Präambel). Dies soll durch das Patientenbegleitprogramm Weitblick mittels längerfristiger Begleitung und Beratung der Versicherten erreicht werden. Compliance von Gesundheitsverhalten sollen gefördert, individuelle Gesundheitsressourcen und Prävention unterstützt sowie Versorgung und Leistungsanspruchnahme durch einen Gesundheitscoach gesteuert werden. Zielgruppe sind chronisch Erkrankte mit ausgewählten Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychischen Erkrankungen oder beides (Komorbidität), für die Potenzial zur Versorgungssteuerung³ angenommen wird. Grundlage für die Identifizierung potenzieller Teilnehmender ist eine Routinedatenanalyse aller Versicherten der Heimat Krankenkasse. Dabei werden u. a. Diagnosen (Erkrankungsart nach Kodierungen der International Classification of Diseases (ICD-10, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, Version 10)), Leistungsanspruchnahme und Kosten berücksichtigt. Subjektive Gesundheit, Krankheitsphasen, Persönlichkeitstypen, soziale Normen und Werte oder auch ärztliche Einschätzungen werden in dieses Verfahren nicht einbezogen (s. u., vgl. Abschn. 2.4). Das Programm ist als Patientenschulung nach § 43 (1) Nr. 2 SGB V und Versorgungsmanagement nach § 11 (4) SGB V sozialrechtlich eingeordnet und finanziert.

Die *Entwicklung und Implementierung des Patientenbegleitprogramms Weitblick* erfolgte bei der Heimat Krankenkasse im Rahmen eines Beratungsprozesses zur Weiterentwicklung und Ausrichtung der Krankenkasse durch ein Beratungsunternehmen. Hintergrund waren Reformen für veränderte Wettbewerbsbedingungen der gesetzlichen Krankenkassen (Einführung des Gesundheitsfonds und des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) 2009 mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz; GKV-WSG). Es wurde die Idee entwickelt, die Versorgung von chronisch erkrankten Versicherten mit hohen Versorgungskosten zu steuern und mittels präventiver Maßnahmen potenziell vermeidbare Kosten zu reduzieren. Für Kosten- und Versorgungssteuerung sind insbesondere chronisch erkrankte Versicherte geeignet, da Fortschreiten und Folgen der Erkrankung teils vermeidbar oder zumindest verzögerbar sind. Neben dem beratenden Unternehmen hat die Heimat Krankenkasse den Dienstleister Sanvartis für die Implementierung und praktische Umsetzung der Intervention hinzugezogen. Die Schritte und Aufgabenverteilung dieser Entwicklungs- und Implementierungsprozesse sind in Abbildung 1 dargestellt und werden nachfolgend beschrieben.

³ Das Steuerungspotenzial von Krankheiten und ihrer Versorgung wurde von dem Beratungsunternehmen eingeschätzt und als Expertise in den Beratungs- und Entwicklungsprozess eingebracht (vgl. dazu Abbildung 1).

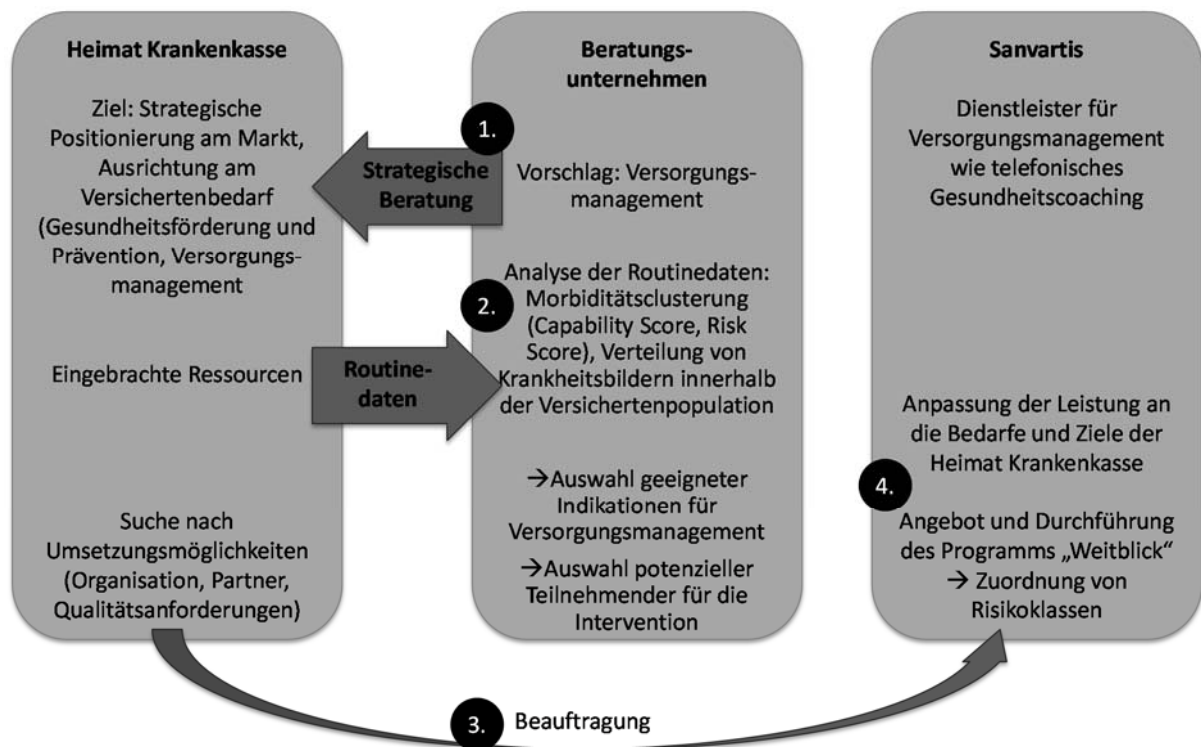


Abbildung 1: Beteiligte Akteure und ihre Aufgaben bei der Entwicklung und Implementierung des Patientenbegleitprogramms Weitblick (eigene Darstellung)

Für die Festlegung und Auswahl der Handlungsmöglichkeiten für Versorgungsmanagement (VM) der Heimat Krankenkasse und potenzieller Zielgruppen hierfür, analysierte das Beratungsunternehmen mittels Routinedatenanalyse zunächst den Versichertenbestand. Sie betrachteten dazu ökonomische und diagnoseorientierte Merkmale bzw. daraus kalkulierte Risikoprognosen. Ziel war es, innerhalb des Versichertenbestands Gruppen zu identifizieren, die besonders von Maßnahmen zum VM profitieren können und solche, für die ein hohes und gleichzeitig vermeidbares oder verringertes „Krankheits- und Kostenrisiko“ angenommen wird. Dazu a) die Verteilung von Krankheitsbildern im Versichertenbestand untersucht und b) diese in Versorgungsmanagementkategorien (VMK) gruppiert. Die häufigsten Erkrankungen der Versicherten der Heimat Krankenkasse waren Muskel-Skelett-Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und psychische Erkrankungen. Daraufhin fasst das Beratungsunternehmen 32 Erkrankungsgruppen nach Diagnosen, medizinischer Einschätzung und „Steuerungsfähigkeit“ zusammen, für die die Möglichkeit angenommen wird, mittels präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen den Gesundheitszustand beeinflussen bzw. verbessern zu können sowie zur Senkung der Risikoprognose beizutragen. Die VMK basieren auf einem Verfahren zum Morbiditätsclustern, das das Beratungsunternehmen anwandte. Anhand eines Capability

Scores⁴ und eines Risk Scores⁵ (RS, im Folgenden auch Risikoprognose) wurden die einzelnen Versicherten einer von vier Gruppen zugeteilt. Diese VMK bestehen aus der Kombination von hohen und niedrigen Scores zum Versorgungsmanagementpotenzial (VM-Potenzial), das sich aus dem Capability Score und dem Risk Score ergibt. Das Beratungsunternehmen bildete daraus die folgenden Gruppen bzw. VMK: A) geringes VM-Potenzial und niedriger RS (Prävention/Wellness), B) hohes VM-Potenzial und niedriger RS (Self-Support-Care/Coaching), C) geringes VM-Potenzial und hoher RS (Disease Support), D) hohes VM-Potenzial und hoher RS (DMP) (vgl. Abbildung 2). Für das zu entwickelnde Versorgungsmanagementprogramm werden zunächst Versicherte ausgewählt, die den Gruppen C und D zugeordnet wurden, um „möglichst kurzfristig Erfolge zu realisieren“ (BKK Oetker & Beratungsunternehmen, 2010, S. 7). Perspektivisch ist die Berücksichtigung der Gruppen A und B geplant, für die ein langfristiger Nutzen durch Versorgungsmanagement hinsichtlich Kosten und Versorgungsqualität zu erwarten ist (ebd.)

⁴ Der „Capability Score“ des Beratungsunternehmens kennzeichnet das *Versorgungsmanagementpotenzial* einer Krankheitsgruppe bezogen auf „medizinische, demografische und gesundheitsökonomische Aspekte (Kostenfaktoren)“ (BKK Oetker und Beratungsunternehmen, 2010, S. 4). Die Kennzahl identifiziert Krankheitsgruppen mit hoher Fallzahl, Steuerbarkeit und hohen Kosten, sie beruht auf ICD-Kennzahlen und Kosten, die für diese Diagnose überdurchschnittlich hoch sind. Für Versicherte, die entsprechende Merkmale erfüllen wird Managementfähigkeit und Beeinflussbarkeit der Erkrankungen angenommen (BKK Oetker und Beratungsunternehmen, 2010). Der Capability Score ist damit ein relevantes Auswahlkriterium für Interventionen wie Weitblick.

⁵ Der „Risk Score“, genauer der „DxCG-Risk-Score“ liefert eine *Risikovorhersage* bzgl. des Morbiditätsschweregrades. Der Score wurde in den USA entwickelt und wird in Deutschland von lizenzierten Einrichtungen angewendet, hier durch das Beratungsunternehmen (Beratungsunternehmen, 2008). „Der Risk Score weist das im Rahmen der mathematischen Verfahren von DxCG Deutschland ermittelte versichertenindividuelle prospektive Risiko für die auf den Analysezeitraum folgenden zwölf Monate aus. Hierbei wird mit Hilfe linearer Regressionsgleichungen aus den Versichertenmerkmalen (Alter und Geschlecht) und dem individuellen Krankheitsbild eine Risikoabschätzung für jeden einzelnen Versicherten berechnet.“ (BKK Oetker und Beratungsunternehmen, 2010, S. 5-6). Je mehr Routinedaten zur Verfügung stehen, desto höher ist die Aussagekraft des Modells (ebd.). Der Risk Score bezieht sich vornehmlich auf stationäre Behandlungen. Die genaue Berechnung unterliegt dem Geschäftsgeheimnis der Entwickler.

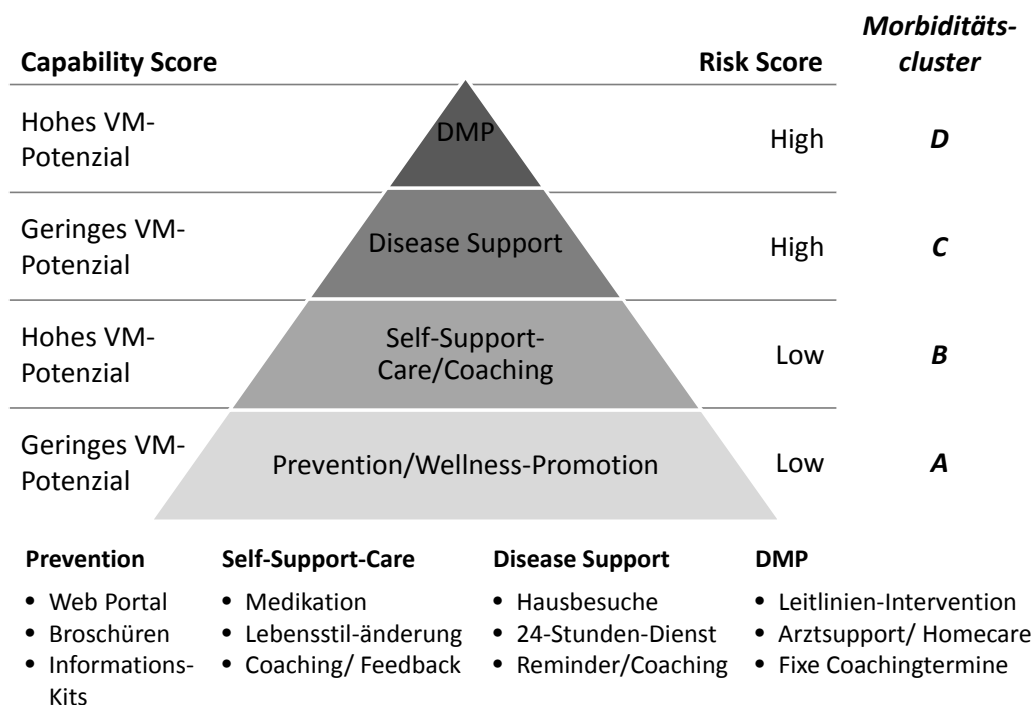


Abbildung 2: Morbiditätscluster nach Capability Score und Risk Score des Beratungsunternehmens (Darstellung nach Beratungsunternehmen, 2008 und BKK Oetker & Beratungsunternehmen, 2010)

Aus der Bewertung der Analyseergebnisse und Betrachtung der Erkrankungsgruppen schlossen die Heimat Krankenkasse und das Beratungsunternehmen, dass für die chronisch erkrankten Versicherten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen und psychischen Erkrankungen Bedarf und Potenzial für Versorgungsmanagement bestehen. Als geeignete Intervention, die ortsunabhängig und eine große Zahl von Versicherten individuell erreichen kann, wurde telefonisches Gesundheitscoachings als geeignet bewertet. Dieses wurde mit Weitblick betitelt und im Sprachgebrauch der Heimat Krankenkasse als „Patientenbegleitprogramm“ bezeichnet. Ziel der Maßnahme ist es, die Qualität der Versorgung und den Gesundheitszustand der Versicherten zu verbessern sowie die Effizienz der Versorgung zu erhöhen, d. h. vermeidbare (Folge-)Erkrankungen und Krankenhauseinweisungen zu verhindern oder zu verzögern und damit vermeidbare Kosten einzusparen. Für den Indikationsbereich Muskel-Skelett Erkrankungen, entwickelte die Heimat Krankenkasse eine andere Intervention, die nicht Gegenstand dieser Untersuchung ist.

Die Einschlusskriterien für das Coaching beruhen auf der Routinedatenanalyse. Erforderlich ist die Zuordnung zur VMK C oder D sowie die Zuordnung zum VMP „Herz-Kreislauf“, die ausgewählte Kodierungen der ICD-10 zwischen I05 bis I52 umfasst, oder das VMP „Depression/psychische Störungen“, die ausgewählte ICD-10 Kodierungen zwischen F30 bis F99, T74 und Z55 bis Z75 beinhaltet (vgl. Tabelle 1). Weil beide Erkrankungsarten häufig gemeinsam auftreten (vgl. Abschn. 2.1.3; Maske et al., 2013; Baumeister & Hutter, 2012; Bengel & Mittag, 2012; Hautzinger, 2012), wurden in einer dritten Erkrankungsgruppe Versicherte unter dem Begriff „Komorbidität“ zusammengefasst, für die Diagnosen aus beiden Krankheitsgruppen kodiert waren. Die Merkmale und Eigenschaften der drei Versorgungsmanagementprogramme (VMP) für das Programm Weitblick sowie die Bedarfe und die Herausforderungen für ihre Versorgung und für Coaching werden in Abschn. 2.1.3 skizziert.

Tabelle 1: Ausgewählte Diagnosen im Morbiditätsspektrum Herz-Kreislauf- und psychische Erkrankungen für das Versorgungsmanagement der Heimat Krankenkasse (eigene Darstellung; Quelle: BKK Oetker & Beratungsunternehmen, 2010)

Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Psychische Erkrankungen
<ul style="list-style-type: none"> • Chronische rheumatische Herzkrankheiten • Hypertonie • Ischämische Herzkrankheiten (z. B. Angina pectoris, KHK) • Pulmonale Herzkrankheiten • Sonstige Formen der Herzkrankheit (z. B. chronische Entzündungen der Herzklappen sowie -beutel) • Tachykardie • Herzinsuffizienz 	<ul style="list-style-type: none"> • Affektive Störungen • Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen • Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren • Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen • Weitere psychische Störungen ohne nähere Angabe • Personen mit potenziellen Gesundheitsrisiken auf Grund sozioökonomischer oder psychosozialer Umstände • BurnOut Syndrom
Nach ICD-10: I05-I15, I20-I131, I134-I152	Nach ICD-10: F30-F34, F38-F45, F48, F50-F51, F53-F55, F59, F99, Z55-Z59, Z61-Z65, Z72-Z75

Als Ausschlusskriterien definierten die Heimat Krankenkasse und das Beratungsunternehmen wie folgt BKK Oetker und Beratungsunternehmen (2010, S. 10):

- „Einstufung in eine Pflegestufe.
- Schwerhörigkeit des Versicherten.
- Versicherter ist geistig nicht in der Lage zu folgen, z. B. durch Demenz.
- Versicherter hat ein Polytrauma, ist also schwer und mehrfach verletzt, z. B. nach schwerem Verkehrsunfall.
- Versicherter liegt auf Intensivstation.
- Versicherter wird sich mit hoher Sicherheit dauerhaft nicht steuern lassen [...]
- Versicherter nimmt am DMP-Intensiv-Programm teil.“
- Versicherte, die älter als 75 Jahre sind.
- Versicherte mit gesetzlichem Betreuer.

Bei Versicherten über 75 Jahren oder mit gesetzlichem Betreuer stehen zusätzliche Einschränkungen und Versorgungsbedürfnisse im Vordergrund, bei denen eine krankheitsspezifische Betrachtung dem komplexen Versorgungsbedarf nicht gerecht würde. Des Weiteren können die Anforderungen an kognitive Fähigkeiten für Verständnis und Umsetzung der Intervention zu Überforderung und damit zu Frust und zu negativen Erfahrungen führen. Es wäre kein Erfolg der Maßnahme zu erwarten und daher für die Krankenkasse sowie aus ethischer Sicht nicht vertretbar. Aus diesen genannten Gründen sind auch Personen mit Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen oder Delir ausgeschlossen.

Mit der Durchführung des telefonischen Coachings wurde nach einem Auswahlprozess der Dienstleister Sanvartis beauftragt, der spezialisiert ist auf telefonische Gesundheitsberatung und Versorgungsmanagement sowie auf die Wünsche der Heimat Krankenkasse eingehen konnte. Die Umsetzung der Intervention wurde gemeinsam von Sanvartis, dem Beratungsunternehmen und der Heimat Krankenkasse an die Anforderungen und Ziele des Auftraggebers und die Bedarfe der Versichertengruppe, die sich an den Diagnosen orientieren, angepasst. Im Jahr 2009 erfolgte die Auswahl und Rekrutierung der Zielgruppe nach Risk und Capability Scores, die anhand der verfügbaren Routinedaten des Jahres 2008 für die ausgewählten VMP bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychische Erkrankungen und Komorbidität berechnet wurden.

1.3.2 Der Dienstleister Sanvartis

Da es keine (evidenzbasierten) Standards für die Intervention gibt, wird nachfolgend der Dienstleister, die Sanvartis GmbH, und seine Leistung telefonisches Gesundheitscoaching beschrieben. Dies dient der Erhöhung der Transparenz über Vorgehensweisen und Ziele. Sanvartis als Teil der Vendus-Gruppe, ein Unternehmensverbund, der auf den Gesundheitsmarkt in Deutschland spezialisiert ist, bietet unterschiedliche Dienstleistungen zur „medizinischen Kommunikation“ und Patientenbegleitung von gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen an, z. B. betriebliche Prävention, Gesundheits- und Thementelefon zur medizinischen Informationsvermittlung, Telemonitoring, Versorgungsmanagement und Medikamenten-Compliance (Sanvartis GmbH, 2016a). Sie beinhalten die Edukation der Teilnehmenden, die Fokussierung eines gesundheitsbezogenen Themas bzw. eines gesundheitlichen Problems und das Erreichen eines Ziels oder mehrerer Ziele zur Verbesserung von Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Compliance, aber auch Beratung, Information und Aufklärung der Versicherten (Sanvartis GmbH, 2015). Der Schwerpunkt von Sanvartis liegt auf Coaching von Patientinnen und Patienten (Hiller, 2016). Kunden des Unternehmens sind überwiegend gesetzliche und private Krankenversicherungen, Pharmaunternehmen aber auch Krankenhäuser, ärztliche Leistungserbringende, Apotheken und Unternehmen der Medizintechnik (Hiller, 2016; Sanvartis GmbH, 2016b).

Die Intervention telefonisches Gesundheitscoaching wurde von einem niedergelassenen Hausarzt und freiem Mitarbeiter von Sanvartis entwickelt. Die Konzeption umfasst die Auswahl geeigneter Indikationen (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Migräne, Diabetes mellitus, Rückenschmerzen, psychische Erkrankungen, multiple Sklerose), geeigneter Schweregrade der Erkrankungen und die praktische Umsetzung des Programms, wie bspw. ein Leitfaden für Anamnesegespräche und Module für Patientinformationen und -edukation (Sanvartis GmbH, 2015). Die inhaltliche Entwicklung erfolgte auf Grundlage medizinischer Leitlinien der Fachgesellschaften und der Praxiserfahrungen des Hausarztes. Medizinische Kompetenz und hausärztliche Erfahrung bringt er in die kontinuierliche Weiterentwicklung des Programms ein. Ferner ist er Ansprechpartner für Coaches bei medizinischen Fragen, die eine zusätzliche ärztliche Einschätzung erfordern.

Die *Qualitätssicherung* des Programms umfasst drei Säulen: a) die Qualifikation der Coaches, b) die Beratungsstandards und Surveillance der durchgeführten Gespräche, sowie c) die Evaluation und kontinuierliche Weiterentwicklung des Programms. Die Heimat Krankenkasse als Auftraggeberin ist an der Evaluation und Weiterentwicklung von Weitblick beteiligt. Die Aufgaben zur Qualitätssicherung betreffen primär den Dienstleister Sanvartis. Dieser ist nach einem Audit im Februar/März 2014 nach DIN EN ISO 9001:2008 und der spezifischen DIN EN 15838 für Service Center zertifiziert. Damit seien Qualität der Angebote und Prozesse des Dienstleisters einschließlich seines Qualitätsmanagements standardisiert, transparent und kundenorientiert (Vendus Sales & Communication Group GmbH, 2018).

a) Qualifikation der Coaches: Die Anforderungen an die Coaches bzw. Gesundheitsberatenden umfassen eine mindestens dreijährige Ausbildung im medizinisch-pflegerischen Bereich (z. B. medizinische Fachangestellte, Pflegefachkraft) sowie eine fünf- bis sechstägige interne Weiterbildung mit anschließender Prüfung und Zertifikat. Diese Schulung bzw. Weiterbildung ist angepasst an die Programme und den Arbeitsbereich der Beratenden bei Sanvartis und umfasst u. a. Kommunikation sowie den Umgang mit Hard- und Software. Beratung von psychisch Erkrankten setzt zusätzlich mehrjährige allgemeine Beratungserfahrung sowie weitere Fort- und Weiterbildung voraus.

b) Beratungsstandards und Surveillance der Coachinggespräche: Sanvartis hat eigene Standards zur methodischen Durchführung des Coachings als auch hinsichtlich der Themen und Inhalte entwickelt. Der Aufbau des Coachingprozesses (Anamnese, Schwerpunktlegung, Zieldefinition, Zielerreichung) sowie die Struktur der Gespräche (Frage nach dem Befinden, Bearbeitung der ausgewählten Themen, Zusammenfassung der wesentlichen Gesprächsinhalte, Terminvereinbarung für das nächste Gespräch) sind festgelegt und in der Dokumentationssoftware hinterlegt. Zudem beinhaltet die Software standardisierte Informationen zu den Erkrankungen und ihren Risikofaktoren (orientiert an den medizinischen Leitlinien), deren Richtigkeit ärztlich geprüft ist. Die Inhalte werden halbjährlich in der Software aktualisiert und den Coaches in Schulungen vermittelt. In der Software hinterlegte Standards unterstützen die Strukturierung und Inhalte der Coachinggespräche entsprechend der Qualitätsanforderungen. Letztere betreffen bspw. Hard- und Softskills der Beratenden, die Strukturierung der Gespräche anhand eines Monitoringbogens, Kommunikation und Wissen. Das Qualitätsmanagement umfasst zudem eine Qualitätssicherung (Supervision) der Coachinggespräche: Es gibt ein „Side-by-Side Mentoring“. Hier werden die Hilfe- und Maßnahmenpläne für die Versicherten durch eine dritte Person überprüft und bewertet. Weiterhin werden die Fähigkeiten der Coaches (fachliches Wissen, Umgang mit Technik und Software, Umgang mit dem Coachingteilnehmenden) bewertet, indem Gespräche stichprobenartig mitgehört werden – das Einverständnis der Teilnehmenden ist vorausgesetzt. Der Coach erhält ein Feedback zu inhaltlichen oder methodischen Optimierungsmöglichkeiten. Je nach Ergebnis dieser Bewertung werden Nachschulungen oder Weiterqualifizierungen des Mitarbeitenden durchgeführt.

c) Evaluation und Weiterentwicklung: Neben der Qualitätssicherung der laufenden Programme findet eine kontinuierliche Weiterentwicklung und Verbesserung der Dienstleistungsangebote des Unternehmens durch eine interne Arbeitsgruppe von Sanvartis statt. Die Software unterliegt einer kontinuierlichen Weiterentwicklung, die von der hauseigenen Abteilung durchgeführt wird. Ziel ist es, die Programme auf die Wünsche der Kunden und die Bedürfnisse der Nutzenden (Versicherte, Patientinnen und Patienten) zuzuschneiden sowie die Prozesse und Interventionen weiter zu standardisieren und damit die Qualität der Angebote sicherzustellen. Daher begrüßt und unterstützt Sanvartis die wissenschaftlichen Evaluationen des Programms Weitblick im Auftrag der Heimat Krankenkasse, die in der Pilotphase stattfand (vgl. Assmann & Iseringhausen, 2012).

1.3.3 Konzeption und Durchführung

Die Heimat Krankenkasse und der Dienstleister Sanvartis definierten folgende Ziele:

- Steigerung der Lebensqualität
- Kosteneinsparungen durch Vermeidung stationärer Aufenthalte
- Erhöhung der Kundenbindung und Kundenzufriedenheit
- Positionierung als Individualkasse im Wettbewerb (BKK Oetker & Sanvartis GmbH).

Diese Ziele sollen durch Verbesserung der Compliance, Patientenempowerment und Förderung des Gesundheitsverhaltens sowie zufriedene Teilnehmende erreicht werden. Die Teilnehmenden werden darin unterstützt, ihre Krankheit besser zu verstehen, mit der Erkrankung umzugehen und die langfristigen Krankheitsfolgen besser zu bewältigen. Für die Krankenkasse bedeutet das Programm ein Angebot zur Verbesserung der Versorgungsqualität ihrer Versicherten und Vermeidung bzw. Reduktion von vermeidbaren, ggf. langfristigen Kosten für Leistungsanspruchnahmen durch Versicherte mit hohem Versorgungs- und finanziellem Aufwand. Damit richtet sich die Krankenkasse zum einen

nach dem Bedürfnis ihrer Versicherten, zum anderen wird angenommen, dass das Angebot dieser Zusatzleistung einen finanziellen und einen Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen Krankenkassen bedeutet (vgl. auch Abbildung 1, S. 12, linker Block).

Die Rekrutierung ausgewählter Versicherter anhand der Ergebnisse der Routinedatenanalyse erfolgte zunächst schriftlich und dann telefonisch. Zuerst erhielten die identifizierten Versicherten per Post ein Schreiben zum Patientenbegleitprogramm Weitblick mit einem Informationsflyer sowie eine Teilnahmeerklärung. Etwa sieben bis zehn Tage später erfolgte die telefonische Kontaktaufnahme durch die Mitarbeitenden der Heimat Krankenkasse. Dabei wurde noch einmal das Programm und dessen Ziele vorgestellt sowie zur freiwilligen Teilnahme motiviert. Bei Vorliegen der schriftlichen Teilnahmeerklärung, die ebenfalls eine Datenschutzvereinbarung beinhaltet, wurden die Versicherten in das Programm Weitblick eingeschrieben und die Kontaktdaten sowie Zuordnung zu einem VMP an den Coaching-Dienstleister Sanvartis übermittelt. Medizinische Informationen (z. B. Diagnosen und Behandlungen) werden nicht zwischen den Partnern übermittelt, ebenso wenig die Inhalte der Coachinggespräche (hierfür besteht eine eigene Datenschutzerklärung zwischen den Partnern). Die Rekrutierungsphase fand im Zeitraum von Ende 2009 bis Anfang 2010 statt. Die Coaches nahmen schließlich Kontakt mit den Versicherten auf und die Intervention begann im Frühjahr 2010. Die telefonische Patientenbegleitung dauerte etwa zwölf Monate und endete im Frühjahr 2011. Es folgten drei weitere Kohorten (Hiller, 2016). Der Interventionszeitraum der dritten Kohorte, die für die qualitative Teilstudie berücksichtigt wurde, ist August 2012 bis August 2013 (s. Kap. 4).

Das Coaching erfolgte telefonisch durch geschulte Gesundheitsberatende, die auf die individuellen gesundheitsbezogenen Bedürfnisse der Teilnehmenden eingehen. Die Kontakthäufigkeit ist abhängig von VMP, dem individuellem Bedarf der Teilnehmenden und der krankheitsspezifischen Bedarfe und Risiken. Diese werden anhand einer Risikoklasse (RK) zu Beginn des Programms geplant, aber bei verändertem Bedarf angepasst (s. u.). Für die Risikostratifizierung und damit zur Prognose der Anzahl der voraussichtlichen Coachinggespräche, wird beim ersten Telefonkontakt zwischen Gesundheitscoach und Versicherten die RK mittels Eingangsassessment⁶ erfasst und drei Risikoklassen (RK I-III) unterschieden:

- I leichtes Krankheitsrisiko, d. h. die oder der Versicherte ist eigentlich zu gesund für das Programm,
- II mittleres Krankheitsrisiko, d. h. die oder der Teilnehmende ist „genau richtig“,
- III hohes Krankheitsrisiko, d. h. die oder der Versicherte ist eigentlich zu krank für das Programm oder bereits „ausgesteuert“ (Hiller, 2016).

Personen mit mittlerer Erkrankungsschwere bzw. Krankheitsrisiko erfordern die meiste Betreuung mit einer Kontaktfrequenz zwischen zehn und 16 Telefonaten im Verlauf der etwa zwölfmonatigen Intervention. Für diese Gruppe wird das größte Potenzial für eine Verbesserung der Compliance, des Gesundheitszustands und des Gesundheitsverhaltens und für Einsparungen vermeidbarer Kosten angenommen. Personen mit leichtem und hohem Krankheitsrisiko erfordern weniger Begleitung (Score = I) bzw. deren Versorgungsbedürfnissen kann mittels Telefon kaum gerecht werden (Score = III). Hier sind andere Maßnahmen erforderlich, wie z. B. ein intensives Versorgungsmanagement, das den Ein-

⁶ Dabei werden vorwiegend Fragen zum Wissen der Versicherten zur VMP-spezifischen Krankheit abgefragt und anhand der Antworten ein Score gebildet.

bezug der behandelnden Professionen umfasst. Die Risikoklasse kann durch den Coach und nach dessen Rücksprache mit der Krankenkasse im Verlauf der Intervention an den sich ggf. verändernden Gesundheitszustand angepasst werden. Der geplante Umfang ist also zunächst von der Erkrankungart und der RK abhängig, in der praktischen Durchführung ist sie ein Orientierungswert, der überprüft werden kann (Hiller, 2016). Die tatsächliche Zahl der Telefonkontakte und ihre Dauer determiniert den individuellen Bedarf der Teilnehmenden. Die Information der RK ist eine gute Ergänzung zu den bekannten Routinedaten, da sie auch die Perspektive der Versicherten beinhaltet (Hiller, 2016).

Die Gesundheitscoaches nehmen regelmäßig – in der Regel (i. d. R.) etwa alle vier bis sechs Wochen – Kontakt mit den Versicherten zu einem vereinbarten Zeitpunkt auf, um diese bzgl. ihrer Gesundheit, Erkrankung und Risikofaktoren zu beraten, Fragen zu beantworten sowie Compliance und Gesundheitsverhalten anhand selbst gesteckter Ziele zu verbessern. Die Teilnehmenden können nach einem verpassten Anruf über eine kostenlose Rückrufnummer einen neuen Telefontermin vereinbaren. Zu Beginn besteht der Kontakt meist häufiger, während zum Ende der Intervention die zeitlichen Intervalle zwischen den Telefonkontakten länger werden. Kommt es aber zum Beispiel zu einer Krise des Gesundheitszustands („Eskalation“), wird die Person über einige Wochen intensiv begleitet, d. h. häufiger kontaktiert. Ziel ist es zum einen, die Patientinnen und Patienten entsprechend ihrer Bedarfe zu betreuen, zum anderen, kurzfristig ein gutes Kosten/Nutzen-Verhältnis aus Sicht der Krankenkasse für die Versorgung zu erreichen.

Die Intervention beginnt zunächst mit einem ausführlichen Anamnesegespräch, das die ersten ein bis zwei Telefonkontakte umfasst. Vor dem ersten Telefonkontakt haben die Gesundheitsberatenden keine Informationen über die Versicherten – abgesehen von der VMP-Zuordnung. Alle Informationen werden im Rahmen des Anamnesegesprächs gemeinsam mit dem Teilnehmenden erfasst. Ein in der Software hinterlegter Fragebogen zur Anamnese stellt sicher, dass alle relevanten Themen angesprochen werden. Die individuelle Ausrichtung des Coachings erfolgt auf Grundlage der Anamnesegespräche, spätestens ab dem dritten Coachinggespräch. Weitblickteilnehmende und Coach vereinbaren gemeinsam individuelle Ziele für die eigene Gesundheit bzw. das Gesundheitsverhalten sowie Maßnahmen und Wege, die zum Erreichen dieser Ziele führen. Der Coach begleitet und unterstützt die Versicherten auf dem Weg, diese Ziele zu erreichen und Hürden zu überwinden. Die Therapiehoheit verbleibt bei der behandelnden Ärztin bzw. beim behandelnden Arzt. Auf Wunsch der Patientin oder des Patienten wird diese oder dieser über die Teilnahme der Patientin oder des Patienten am Coachingprogramm informiert. Selten besteht darüber hinaus der Wunsch der Teilnehmenden, dass der Coach Kontakt mit der behandelnden Ärztin oder dem Arzt aufnimmt, um Rücksprache zu einer Fragestellung zu halten. Die verabredeten Ziele und die hieraus abgeleiteten Hilfen und Maßnahmen werden in der Software dokumentiert (Applikation Hilfe- und Maßnahmenplan). Diese unterstützt inhaltlich und methodisch den Coachingprozess und dient zudem der Organisation des Coachings. Im Fokus stehen also die für die Teilnehmenden relevanten Gesundheits- und Versorgungsprobleme. Thematisch betrifft das vor allem eine verbesserte Compliance, ggf. Überprüfung der Medikation und Verbesserung des Gesundheitsverhaltens. Werden Erkrankungen oder Belastungen von den Versicherten nicht berichtet (z. B. weil sie als nicht relevant wahrgenommen werden, den Versicherten nicht präsent sind oder sie nicht darüber sprechen möchten), können sie auch nicht im Coaching berücksichtigt werden. Alle Teilnehmenden der Weitblick-Kohorten erhalten zudem zu Beginn des Programms einen Schrittzähler zur Bewegungsförderung und ein Therapietagebuch. Letzteres enthält Informationen zu Bewegung, Ernährung und über die Erkrankung. Außerdem dient es bspw. der Dokumentation des Tagesverlaufs

und des gesundheitsrelevanten Verhaltens. Beide Instrumente werden zur Unterstützung des Coachings für das Erreichen der selbst gewählten Ziele eingesetzt.

In jedem Gespräch werden die Teilnehmenden nach ihrem derzeitigen Befinden gefragt. Dieses wird auf einer Skala erfasst und dokumentiert. Dabei erhalten die Coaches nicht nur einen Überblick über die Entwicklung des subjektiven Befindens im Verlauf des Programms, sondern können auf die Veränderungen zum vorangegangenen Telefonat Bezug nehmen, ggf. Gründe eruieren und in das Coaching einbeziehen. Die Daten hierzu geben auch Hinweise auf mögliche gesundheitliche Krisen („Eskalation“) und den Bedarf einer engen telefonischen Begleitung. Stoßen die Teilnehmenden an Grenzen oder Hürden, die das Erreichen der Ziele erschweren, wird das Ziel angepasst oder versucht die Patientinnen und Patienten zu motivieren, das selbst gesetzte Ziel doch zu erreichen – ggf. in einem angepassten bzw. verlängerten Zeitraum. Bei besonders komplexen Problemlagen und Grenzen der eigenen Kompetenzen halten die Coaches Rücksprache mit Ärztinnen und Ärzten, die für Sanvartis in freier Mitarbeit zur Verfügung stehen. Des Weiteren werden mittels Software Termine für Coachingtelefonate organisiert und dokumentiert, ebenso die Zahl der vergeblichen Anrufe. Nach Abschluss der telefonischen Beratung erfolgt eine Nachbetreuung in schriftlicher Form. Hier sind wesentliche Informationen zur Erkrankung der oder des Versicherten enthalten. Bei der Durchführung des Coachings erhalten die Teilnehmenden während des Programms im Anschluss an die Telefonate individualisierte, schriftliche Informationen über die Gespräche und die dabei vereinbarten Ziele und Maßnahmen.

2 Stand der Forschung zu Gesundheitscoaching

2.1 Begriffsbestimmungen und -abgrenzungen

2.1.1 Gesundheit und (chronische) Krankheit, Gesundheitsverhalten und Krankheitsbewältigung

Die Begriffe Gesundheit und Krankheit werden gesellschaftlich, im Rahmen des Gesundheitssystems, subjektiv durch das Individuum sowie anhand objektivierbarer wissenschaftlicher Kriterien definiert (Schwartz, Schlaud, Siegrist & Troschke, 2012; Blättner & Waller, 2011). Es gibt keine allgemeingültigen Definitionen der Begriffe und ihr Verständnis unterliegt seit Beginn des 20. Jahrhunderts einem Wandel. *Gesundheit* wird weiter gefasst als die Abwesenheit von Krankheit, sie orientiert sich an Ressourcen und Fähigkeiten der Menschen, die ihre Gesundheit beeinflussen. Sie ist Teil von Lebensqualität, Wohlbefinden und relevant für Vitalität und Leistungsfähigkeit (Lenartz, 2012; Hurrelmann & Franzkowiak, 2011; Kickbusch, 2006; WHO, 1986). Ein breites Gesundheitsverständnis berücksichtigt also verschiedene – physische, psychische und soziale – Dimensionen von Gesundheit (Kickbusch, 2006; WHO, 1946). Es mangelt jedoch zum einen an der Verbindung der unterschiedlichen Perspektiven und Disziplinen und zum anderen an einer abgrenzenden Definition. Dies erschwert Operationalisierung und Messung von Gesundheit, der Begriff ist nur „schwer fassbar“ (Hurrelmann & Franzkowiak, 2011, S. 100; Blättner & Waller, 2011). Es werden dennoch Instrumente und Verfahren entwickelt und verwendet, um Gesundheit und Krankheit messen zu können: medizinische Klassifikationssysteme wie die ICD und die International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) oder klinische Endpunkte wie Blutwerte, sichtbare äußere Merkmale des Körpers oder andere Diagnostikverfahren (z. B. Röntgen, Tastuntersuchungen) (Franke, 2012; Naidoo & Wills, 2010). Ihre Werte zur Definition von Gesundheit beruhen auf statistischen Normen, eine Abweichung hiervon bedeutet jedoch nicht unbedingt einen Krankheitswert (Franke, 2012). Andere Messinstrumente erfassen z. B. die subjektive Gesundheit und Leistungsfähigkeit, Lebensqualität oder Zufriedenheit und damit einzelne Aspekte von Gesundheit, z. B. Short Form 36 Health Survey (SF-36 Health Survey) (Schwartz et al., 2012; Bullinger & Kirchberger, 1998). Weiterhin kommen Konzepte für die Berechnung von Gesundheit und Lebensqualität („Qualitätskorrigierte Lebensjahre“ QALY – Quality Adjusted Life Year, misst den Nutzen einer Maßnahme in Lebensqualität) oder zur Berechnung von bevölkerungsweiten Krankheitslasten (Burden of Disease) für gesellschaftliche Fragestellungen zur Anwendung (Naidoo & Wills, 2010; Murray, Salomon, Mathers & Lopez, 2002).

Krankheit ist ebenso ein multidimensionales Phänomen, das je nach Bezugssystem (individuell, gesellschaftlich, politisch) unterschiedlich definiert wird (Franke, 2012; Franzkowiak, 2011). Sie geht meist einher mit medizinischer Behandlungs- und/oder Pflegebedürftigkeit und hat unterschiedliche, oft multikausale Ursachen (Franzkowiak, 2011). Neben objektiv feststellbaren Veränderungen oder Störungen sind subjektive Störungen des Wohlbefindens sowie eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit und Rollenerfüllung charakteristisch (Franke, 2012). Ursachen können krankheitsauslösende Erreger (übertragbare Infektionen) oder nicht-übertragbare Krankheiten sein, wie verhaltensbedingte Zivilisationskrankheiten, psychische oder akute Erkrankungen (Franzkowiak, 2011). Die unterschiedlichen medizinischen, sozialrechtlichen sowie individuellen Definitionen und Wahrnehmungen von Krankheit haben ggf. praktisch-normative Konsequenzen, bspw. hinsichtlich der Ansprüche von Versorgungsleistungen und bei Arbeitsunfähigkeit.

Im Gegensatz zu vielen Akutkrankheiten sind *chronische Erkrankungen* von langer Dauer, treten kontinuierlich oder periodisch auf und sind nicht heilbar bzw. irreversibel. Mit Beginn ihres Auftretens beeinträchtigen sie meist lebenslang das weitere Leben der Menschen und können zu vorübergehenden oder dauerhaften Funktionsstörungen, Behinderungen, Aktivitäts- und Teilhabe einschränkungen oder zu Komplikationen und Begleiterkrankungen führen. Im Unterschied zu Akuterkrankten „sind chronisch Erkrankte nur phasenweise in ihrer gesundheitlichen Autonomie, Handlungsfähigkeit, Souveränität und ihren sozialen Teilhabemöglichkeiten eingeschränkt, phasenweise hingegen nicht“ (Schaeffer & Moers, 2009, S. 113). Ihr Verlauf ist bei jedem Betroffenen unterschiedlich und wird durch psychische, familiäre und soziale Faktoren beeinflusst, sowohl im Sinne einer belastenden als auch unterstützenden Wirkung. Vielfach und überwiegend bei Älteren treten mehrere chronische Erkrankungen gleichzeitig auf (Multimorbidität), die eine Herausforderung für die medizinische und pflegerische Versorgung bedeuten (RKI & Destatis, 2015; Hintzpetter et al., 2011; Scheidt-Nave, 2010; Maaz et al., 2007). Meist besteht ein mittel- oder langfristig zunehmender Unterstützungs- und Versorgungsbedarf. Aus medizinischer Sicht betreffen Therapieziele den Erhalt der bestehenden Gesundheit und Gesundheitsressourcen sowie die Linderung von Krankheitsfolgen. Letztere betreffen aus Sicht der Betroffenen meist alle Lebensbereiche, einschließlich psychosozialer Veränderungen (Franzkowiak, 2011; Maaz et al., 2007; Schaeffer & Moers, 2003; SVR KA, 2001). Die Patientenperspektive kann sich von der Expertensicht auf Versorgungs- und Unterstützungsbedürfnisse unterscheiden, ebenso wie sich Patientenrolle und Krankheitsmanagement je nach Erkrankungsphase bzw. Bewältigungsphase verändern (Schaeffer & Moers, 2008). Hausärztinnen und -ärzten wird für die Versorgung dieser Patientengruppe eine wichtige Stellung zugeschrieben (Freund, 2012; SVR, 2009).

Ursachen des chronisch-degenerativ geprägten Krankheitspanoramas zu verstehen und ggf. beeinflussen zu können, setzt Wissen über sozioökonomische und psychosoziale Determinanten gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen voraus (Siegrist, 2012). Denn Gesundheitsverhalten ist im Kontext des soziokulturellen, erlernten und gewohnten Lebensstils zu betrachten (ebd.). Es ist Folge von Sozialisation, Arbeits- und Wohnbedingungen, lokalen Angebotsstrukturen, sozialen Beziehungen und Zeitbudgets (Siegrist, 2012; Abel & Ruckstuhl, 2011). Ferner sind soziodemographische Merkmale (Alter, Geschlecht) relevant, d. h. die Lebensphasen zu berücksichtigen. Unter *Gesundheitsverhalten* wird in dieser Arbeit das gesundheitsförderliche, ressourcenorientierte aber auch das präventive Handeln verstanden, dass sich positiv auf den Gesundheitszustand auswirken kann bzw. Krankheiten und Gesundheitsrisiken vermeiden hilft. Im Fokus steht dabei „das subjektiv bedeutsame Handeln“ der Personen im Alltag, wie Ernährung, Aktivität, Mobilität, Adhärenz, Tabak- und Alkoholkonsum (Faltermaier, 2011, S. 312). Krankheitsverhalten hingegen bezeichnet explizit Verhalten von Personen, „die bereits Symptome einer Krankheit wahrnehmen und sich darum bemühen, diese abzuklären, eine Diagnose vorzunehmen und eine geeignete Behandlung zu erreichen“ (Faltermaier, 2011, S. 311). Dies beinhaltet Kommunikation mit Professionellen und/oder (betroffenen) Laien zur Einordnung der Beschwerden, zur Einholung von Informationen, zum Verstehen der Krankheit und ihrer Folgen, zum Schließen sozialer Unterstützung, zum Aufsuchen professioneller Hilfen und/oder zur Selbstbehandlung und -medikation (Klerings, Weinhandl & Thaler, 2015; Blättner & Waller, 2011; Faltermaier, 2011). Damit sind Strategien und Maßnahmen zur *Krankheitsbewältigung* angesprochen. Darunter werden kognitive und verhaltensbezogene Handlungen verstanden, um bspw. mit einer Erkrankung oder Belastung „und ihren zahlreichen biografischen, sozialen, alltagsweltlichen und krankheitsbezogenen Implikationen umzugehen“ (Schaeffer & Moers, 2009, S. 112; Franzkowiak & Franke, 2011).

Darunter fallen z. B. Inanspruchnahme medizinisch-therapeutischer Leistungen innerhalb des Gesundheitssystems, Erschließung sozialer Unterstützung, Integration der Erkrankung in Alltag, Lebenslage und soziales Leben sowie Umgang mit Krankheit und Krankheitsfolgen privat und innerhalb des Versorgungssystems. Wesentlich für die Bewältigung chronischer Krankheit ist die individuelle, subjektive Wahrnehmung von ggf. stressigen oder belastenden Situationen durch die Betroffenen. Der Bewältigungsprozess verändert sich im Verlauf (Schaeffer, 2009a, 2009c). Mit unterschiedlichen Phasen einer chronischen Krankheit gehen unterschiedliche Bedürfnisse der Betroffenen und unterschiedliche Anforderungen an die Krankheitsbewältigung einher. Aus Sicht der Erkrankten steht dabei weniger die Krankheit im Fokus, sondern das durch die Krankheit irritierte Leben und Strategien, das Leben zu kontrollieren (Schaeffer & Moers, 2009).

2.1.2 Die Strategien Prävention und Gesundheitsförderung und ausgewählte Methoden⁷

Aus der bedingten Beeinflussbarkeit verhaltensbedingter chronischer Erkrankungen bzw. ihrer Risikofaktoren ergibt sich erhebliches Potenzial für Prävention und Gesundheitsförderung. Neben einer adäquaten Versorgung sind sie relevant für den Gesundheitszustand und zur Krankheitsbewältigung (Maaz et al., 2007). Mit dem Begriff der *Gesundheitsförderung* wird eine salutogene und ressourcenorientierte Perspektive nach der Theorie von Antonovsky (1979) eingenommen. Ihr Fokus liegt auf der Identifikation von Ressourcen und Potenzialen für Gesundheit, deren Stärkung sowie der Verbesserung gesundheitsrelevanter Lebensweisen und Lebensbedingungen (Blättner & Waller, 2011; Kaba-Schönstein, 2011a; 2011b; Antonovsky, 1979). Dies schließt die Befähigung zur Selbstbestimmung und Stärkung der eigenen Gesundheit sowie das Erlangen umfassenden körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens ein (Altgeld & Kickbusch, 2012; WHO, 1986). Demgegenüber steht die pathogene Perspektive von *Prävention* mit Fokus auf der Vermeidung von Krankheit und ihren Risikofaktoren, ihrer Früherkennung und der Verzögerung ihres Fortschreitens (Blättner & Waller, 2011; Kaba-Schönstein, 2011b; Franzkowiak, 2003).

Bei der praktischen Umsetzung der Strategien lassen sich verschiedene Ansätze wie folgt unterscheiden: a) verhaltens- oder verhältnisbezogene Ansätze, b) individual- oder bevölkerungsbezogene Ansätze und c) medizinische/krankheitsspezifische und nicht medizinische/allgemeine Interventionen. Wichtiger für den Erfolg von Interventionen ist jedoch nicht ihre Kategorisierung, sondern vielmehr die Definition der Zielgruppe, Determinanten der Inanspruchnahme sowie die Kenntnis ihrer Eigenschaften, Bedürfnisse und kontextbezogenen Einflussfaktoren (Walter & Jahn, 2015; Rosenbrock & Gerlinger, 2004). Erfolgreiche Interventionen orientieren sich an den Bedürfnissen der Zielgruppe und berücksichtigen soziale Normen und Werte. Auch Auswahl und Ansprache müssen auf die Zielgruppe zugeschnitten und leichter Zugang möglich sein (Jubelt, Volpp, Gatto, Friedman & Shea, 2015; Dennis et al., 2013; Walters et al., 2012; Marstedt, Buitkamp & Braun, 2007; Sacco, Morrison & Malone, 2004). Es stehen unterschiedliche *Methoden* zur Verfügung, die je nach Ziel der Intervention und in Abhängigkeit von der Zielgruppe, deren Bedürfnissen und Verhältnissen, ausgewählt und umgesetzt werden. Beispielhaft werden nachfolgend ausgewählte Methoden zur Gesundheitsförderung und Prävention mit Bezug zu Gesundheitscoaching skizziert. Sie beinhalten individuelle, verhaltensbezogene

⁷ In dieser Arbeit werden Prävention und Gesundheitsförderung als Strategien für die Unterstützung von Gesundheit, Gesunderhaltung und Krankheitsbewältigung verstanden (Wulfhorst, 2012). Hierfür gibt es unterschiedliche Methoden und Konzepte, wie bspw. Gesundheitsberatung, Gesundheitscoaching, Kompetenzförderung, Empowerment oder Selbstmanagementförderung.

und krankheitsspezifische Ansätze. Dargestellt werden 1) Gesundheitsberatung als Methode zur Wissensvermittlung (Information und Wissen durch Aufklärung, Bildung, Beratung) sowie 2) Förderung von (Gesundheits-)Kompetenzen und 3) Gesundheitscoaching.

2.1.2.1 Gesundheitsinformation und -beratung

Gesundheitsberatung wird nicht allein als edukative Methode zur Verbreitung, für einen besseren Zugang zu und zur Übermittlung von Gesundheitsinformationen und -wissen⁸ verstanden, sondern auch als Methode zur Unterstützung bei der Entscheidungsfindung und zur Befähigung zu selbstbestimmten Handeln. Gesundheitsinformationen beziehen sich insbesondere „auf das allgemeine Wissen über Gesundheit, Erkrankungen, ihre Auswirkungen und ihren Verlauf, Maßnahmen zur Gesunderhaltung, Früherkennung, Diagnostik, Behandlung, Palliation, Rehabilitation und Nachsorge von Krankheiten und damit im Zusammenhang stehenden medizinischen Entscheidungen, Pflege und Krankheitsbewältigung und den Alltag mit einer Erkrankung“ (Arbeitsgruppe Gute Praxis Gesundheitsinformation [AG GPGI], 2016, S. 87). Sie umfassen ein breites Themenspektrum zur gesundheitlichen Versorgung, zum Lebensstil, zu Krankheitsbildern und dessen Verständnis, zu Selbsthilfe sowie zur Patientenberatung und dem Verbraucherschutz (Dierks, Diel & Schwartz, 2012; Klemperer et al., 2010). Herausforderungen für die Nutzung von Gesundheitsinformationen durch Patientinnen und Patienten sind deren Quantität, Qualität (Informationsflut, Verständlichkeit, Tiefe, Vollständigkeit) und der Umgang damit (Informationsmanagement und -bewertung) (AG GPGI, 2016; Klerings et al., 2015; Dierks et al., 2012; Engel, Nestmann & Sickendiek, 2012). Die Übertragung der Informationen auf die eigenen Gesundheitsprobleme sowie das Ableiten von Verhaltensregeln sind wesentlich, um die überwiegend allgemeinen Informationen zu nutzen (Engel et al., 2012; Engel, Nestmann & Sickendiek, 2007; Stroth, 2007).

Beratung kann allgemein als eine Hilfeform verstanden werden, die bei Entscheidungen, Problemen, Krisen und der Frage von Lebensstilen unterstützt (Nestmann, Sickendiek & Engel, 2007). Sie kann durch professionelle Beratende, Expertinnen, Experten und Laien sowie formal oder informell erfolgen (Matzick, 2008a; Nestmann, 2008; Nestmann et al., 2007). Das Angebot von Beratungs- und Hilfestrukturen ist insgesamt sehr unübersichtlich (Schaeffer & Schmidt-Kaehler, 2012). Es gibt etliche Methoden, Modelle und Theorien der Beratung mit unterschiedlichen Schwerpunkten, Herangehensweisen und Zielen in verschiedenen Feldern, Settings und Institutionen (Engel et al., 2007; Wagner, 2007). Beratungskonzepte basieren auf den Disziplinen der Psychologie, Soziologie und Pädagogik (Engel et al., 2012). Insgesamt ist das Verständnis des Begriffs breit – von bloßer Informationsweitergabe bis hin zur „kleinen Therapie“ – und nicht eindeutig definiert (Schaeffer & Schmidt-Kaehler, 2012; Engel et al., 2007). Im Fokus von Beratung steht die Unterstützung individueller Problemlösungsprozesse und der dazu erforderlichen Fertigkeiten und Fähigkeiten – auf Wissens- und insbesondere auf Handlungsebene (Schaeffer & Dewe, 2012; Faltermaier, 2007). Allgemeine, „ortslose“ Informationen werden konkret anwendbar und in Handlungsoptionen übertragen (Engel et al., 2012; Matzick, 2008b; Faltermaier, 2007; Behnke, Demmler & Unterhuber, 2001).

⁸ In engem Zusammenhang mit Gesundheitsinformationen und -wissen stehen die Begriffe Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung (Wulfhorst, 2012). Sie werden als Teil bzw. Methodik von Gesundheitsberatung betrachtet und daher der Vollständigkeit halber aufgeführt. Die verschiedenen Begriffe sind kaum trennscharf zu definieren, da sie sich in der praktischen Anwendung häufig ergänzen und überschneiden.

Gesundheitsberatung zielt also ab auf Handlungs- und Bewältigungskompetenzen, um die erkrankten Ratsuchenden zu befähigen, sich eigenständig im Gesundheitssystem zurecht zu finden, ihre Gesundheitsprobleme zu bewältigen sowie Krankheit zu verhindern und Gesundheit zu fördern (Schaeffer & Dewe, 2012; Schaeffer & Dierks, 2012; Faltermaier, 2007). Kompetenzen zum Umgang mit Informationen und Wissen, für Entscheidungen und Problemlösungen sowie zur Selbsthilfe, Partizipation und Selbststeuerung werden gefördert (Ewers & Schaeffer, 2012; Matzick, 2008b; Faltermaier, 2007). Zentral ist eine auf die individuelle Problemlage und Situation des Nutzenden abgestimmte Unterstützung (Ewers & Schaeffer, 2012). In dem interaktiven Prozess sollen Verhaltensänderungen erreicht werden und die zu Beratenden dazu befähigt werden Herausforderungen bzw. Krankheiten und gesundheitliche Krisen zukünftig unabhängig, selbstbestimmt und selbstständig bewältigen zu können (Empowerment) und zu autonomen Nutzenden des Gesundheitssystems werden (Patientin oder Patient als Ko-Produzent) (Ewers & Schaeffer, 2012; Schaeffer & Dierks, 2012; Faltermaier, 2007; Brinkmann-Göbel, 2001). Beratung kann weiterhin eine Koordinierungs- und Steuerungsfunktion im Gesundheitswesen haben, um dessen Transparenz zu fördern und Orientierung darin zu geben (Ewers & Schaeffer, 2012; Behnke et al., 2001). Im Kontext dieser Arbeit wird Gesundheitsberatung im Sinne von Gesundheitsförderung, Prävention und Krankheitsbewältigung als langfristige, strukturierte und institutionalisierte Begleitung verstanden, die von qualifizierten Beratenden durchgeführt wird (Hörmann, 2007; Faltermaier, 2007). Kurzzeitintervention „klassischer“ Patientenberatungsstellen, ärztliche Ratschläge, (psychologische) Therapien oder die nicht strukturierte Beratung von Laien werden hier explizit nicht als Gesundheitsberatung betrachtet (Ewers & Schaeffer, 2012; Schaeffer & Dewe, 2012; Schaeffer & Dierks, 2012).

2.1.2.2 Gesundheitskompetenz

Prävention und Gesundheitsförderung bzw. Krankheitsbewältigung und die Veränderung von Gesundheits- und Krankheitsverhalten erfordern individuelle Handlungs- und Bewältigungskompetenzen, die mit dem Begriff der Gesundheitskompetenzen (GK)⁹ beschrieben werden können. Damit wird der Kompetenzbegriff auf den Anwendungsbereich Gesundheit und Gesundheitsversorgung eingegrenzt. Der Begriff Kompetenz bezeichnet Handlungs- und Problemlösefähigkeiten, die Menschen ermöglichen, komplexe Situationen, An- und Herausforderungen in unterschiedlichen Kontexten zu bewältigen und angemessen, sinnvoll und gestaltend zu handeln (Hamacher, Eickholt, Lenartz & Blanco, 2012; Jung, 2010; Schützeichel, 2010). Kompetenz umfasst Fähigkeiten, Fertigkeiten, Wissen/Kenntnisse so-

⁹ Die für das Beschreiben von GK relevanten Begrifflichkeiten werden in der Literatur nicht trennscharf voneinander, häufig sogar synonym verwendet, wie bspw. Health Literacy (HL) und GK (Schaeffer, 2017; Schaeffer und Pelikan, 2017; Dierks und Seidel, 2012; Abel und Ruckstuhl, 2011). Trotz Überschneidungen betonen sie unterschiedliche Aspekte (Schaeffer, 2017; Schaeffer und Pelikan, 2017; Lenartz, 2012; Sørensen, Schuh, Stapleton und Schröder-Bäck, 2012; Soellner, Huber, Lenartz und Rudinger, 2009, 2010; Nutbeam und Harris, 2008; Kriegesmann, Kottmann, Masurek und Nowak, 2005; Nutbeam, 2000). Daher ist eine Klärung der Begriffe anhand verschiedener Begriffsdefinitionen und Modelle nach dem derzeitigen Forschungsstand erforderlich (Soellner, Huber, Lenartz und Rudinger, 2009; Kriegesmann et al., 2005; Weinert, 2001). Grundsätzlich können Definitionen und Konzepte aus zwei Forschungstraditionen unterschieden werden: A) Der klinisch-medizinische Forschungsansatz stammt vor allem aus dem angloamerikanischen Sprachraum und forscht vorwiegend unter dem Begriff „Health Literacy“ im klinischen Setting. Mangelnde HL gilt dabei als Risiko für Gesundheit und kann die Effekte medizinischer Versorgung beeinträchtigen (Nutbeam und Harris, 2008). B) Aus der Public Health Perspektive heraus besteht ein umfassenderes Verständnis von GK, das diese als Potenzial und als „eine Art Lebenskompetenz“ im Alltag des Individuums betrachtet (Lenartz, 2012, S. 17; Soellner et al., 2010, 2009; Nutbeam und Harris, 2008). GK ermöglichen die Kontrolle und Beeinflussung der eigenen Gesundheit (Lenartz, 2012; Nutbeam und Harris, 2008). Diesem Verständnis folgend ist HL eine Komponente von GK (Lenartz, 2012).

wie motivationale und volitionale Aspekte (Wollen, Wissen, Können, Reflektieren) (Jung, 2010; Zürcher, 2010; Kriegesmann, Kottmann, Masurek & Nowak, 2005). Damit geht Kompetenz über den Begriff des Wissens hinaus und umfasst auch dessen Erschließung, Weiterentwicklung und Anwendung (Handeln) (Jung, 2010). Er beinhaltet autonomes Handeln, Verhalten, Souveränität, Selbstständigkeit, Selbstorganisation und Selbstverantwortung ((Jung, 2010; Kurtz, 2010; Vonken, 2010; Zürcher, 2010; Kriegesmann et al., 2005; Salganik, 2001). Neben der Fähigkeit zum Handeln (Wissen und Können) ist auch Handlungsbereitschaft (Willen, Motivation, Disposition, Werte) erforderlich (Hamacher et al., 2012; Jung, 2010; Truschkat, 2010; Zürcher, 2010; Kriegesmann et al., 2005). Kompetenzentwicklung basiert auf Wissen und Lernprozessen (Jung, 2010; Weinert, 2001). Durch die Reflektion und das Sammeln von Erfahrungen unterliegen Kompetenzen einer stetigen Weiterentwicklung, Dynamik und Anpassung (Jung, 2010). Der Kompetenzerwerb erfolgt also im gesamten Lebenslauf. Informelle Lernumfelder wie private und familiäre Lernorte sowie persönliche Erfahrungen sind dafür zentral und haben für die selbstgesteuerte Kompetenzentwicklung mit biografischer, individueller Dimension eine höhere Bedeutung als die formalisierte, angeleitete Aneignung bzw. Vermittlung von Wissen (Jung, 2010; Truschkat, 2010; Vonken, 2010; Zürcher, 2010; Kriegesmann et al., 2005; Gilomen, Rychen & Salganik, 2001). Es ist darauf hinzuweisen, dass der Kompetenzbegriff nicht einheitlich definiert ist und theoretische Grundlagen und ein konsentiertes Konzept fehlen (Hamacher et al., 2012; Jung, 2010; Kurtz, 2010; Kurtz & Pfadenhauer, 2010; Zürcher, 2010; Soellner, Huber, Lenartz & Rudinger, 2009; Straka & Macke, 2009; Kriegesmann et al., 2005; Gilomen, Martin & Owen, 2001, Weinert, 2001). Demzufolge sind Operationalisierung und Messung von Kompetenzen schwierig (Jung, 2010). Auf Grund der Komplexität und Dynamik des Gegenstands rät Zürcher (2010) zur qualitativen Messung von Kompetenzen, um sie ganzheitlich und in ihrer Vielfältigkeit zu erfassen.

Mit dem Begriff der *Gesundheitskompetenz* werden Kompetenzen für den spezifischen Bereich der Gesundheit hervorgehoben werden. Er bezieht sich auf diesen speziellen Kontext mit besonderen Eigenschaften und spezifischen Herausforderungen. Diese können bspw. auf Grund der Komplexität von Krankheiten und Versorgung, der Umwelt (z. B. steigende Anforderungen im Alltag, soziales Umfeld, Gesundheitssystem) sowie für Gesundheitsförderung und Prävention chronisch Erkrankter auftreten (Lenartz, 2012; Jung, 2010; Schützeichel, 2010; Kriegesmann et al., 2005). Es besteht eine Vielzahl von Beschreibungen zu GK, die jedoch empirisch nicht belegt und ohne ausreichende Validität und Reliabilität sind (Lenartz, 2012; Soellner, Huber, Lenartz & Rudinger, 2010; Soellner et al., 2009). Modell und Definition von GK nach Lenartz (2012) entsprechen am ehesten einem umfassenden, Public Health orientierten Verständnis, die zudem empirisch untersucht worden sind. Sie werden daher diesem Forschungsvorhaben zugrunde gelegt. Die nachfolgend aufgeführte Arbeitsdefinition und das Modell berücksichtigen Umweltfaktoren und Persönlichkeitseigenschaften (vgl. Abbildung 3; Lenartz, 2012).

„Gesundheitskompetenz umfasst die Gesamtheit der Fähigkeiten und Fertigkeiten, über die jemand verfügen muss, um im Alltag und im Umgang mit dem Gesundheitssystem so handeln zu können, dass es sich positiv auf seine Gesundheit und sein Wohlbefinden auswirkt.“ (Lenartz, 2012, S. 72) Sie ist „als ein Netz aus grundlegenden Fertigkeiten (literacy/numeracy), Handlungskompetenz, Wissen und Motivation“ zu verstehen (Soellner et al., 2009, S. 110). Auch Persönlichkeitseigenschaften (physische, psychische und soziale Ressourcen) und Umweltfaktoren (z. B. sozial, beruflich, organisatorisch) sind als Bedingungsfaktoren zu berücksichtigen (Kriegesmann et al., 2005).

Im Modell werden Basisfertigkeiten und weiterentwickelte Fähigkeiten unterschieden (Lenartz, 2012, S. 92). Da Persönlichkeitseigenschaften nicht als Fähigkeit, sondern als Eigenschaft zu betrachten sind (Bedingungsfaktor), wird diese Komponente durch die gestrichelte Linie getrennt von den anderen Basisfertigkeiten dargestellt (vgl. Abbildung 3, linke Spalte). Die Komponenten der weiterentwickelten Fähigkeiten wurden von Lenartz (2012) und Soellner et al. (2010) überprüft und Zusammenhänge untersucht: Die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung nimmt eine vorgeordnete Rolle ein, d. h. Menschen mit hoher Selbstwahrnehmung entwickeln eine stärkere Verantwortung für die Gesundheit. Beide Komponenten zusammen (die Ebenen Wahrnehmung und Haltung) aktivieren die zweite, handlungsorientierte Ebene mit den Komponenten Selbstkontrolle, Selbstregulation, Kommunikation und Kooperation sowie Umgang mit Gesundheitsinformationen (Lenartz, 2012). Ihre Komponenten ermöglichen ein gesundheitsförderliches Verhalten, das wesentlich für die Versorgung und Prävention chronisch Erkrankter ist (Lenartz, 2012). Das Modell verdeutlicht, dass GK aus mehreren Komponenten (Fähigkeiten und Fertigkeiten) besteht (vgl. Abbildung 3). Die Ausprägung und Zusammensetzung dieser Fähigkeiten ist individuell und kann sich über die Zeit verändern (Variabilität) (Lenartz, 2012). Insgesamt konkretisiert das Modell GK und ist systematisch, empirisch entwickelt und geprüft worden (Lenartz, 2012; Gilomen, Rychen et al., 2001). Nicht berücksichtigt wurden Umweltfaktoren, die jedoch in der Arbeitsdefinition aufgenommen wurden (s. o.). Aus den Arbeiten von Lenartz (2012) und Soellner et al. (2010) ist bislang kein Assessmentinstrument entwickelt worden, die Komplexität erschwert die Operationalisierung und Messung. Damit gibt es weiterhin "kein psychometrisch abgesichertes und allgemein akzeptiertes Instrument zur Erfassung der Gesundheitskompetenz [...] wie sie aus dem Ansatz der Gesundheitsförderung definiert ist" (Lenartz, 2012, S. 38). Voraussetzung dafür wäre zudem ein theoretisch und empirisch fundiertes Modell (Lenartz, 2012; Soellner et al., 2009; Baker, 2006).

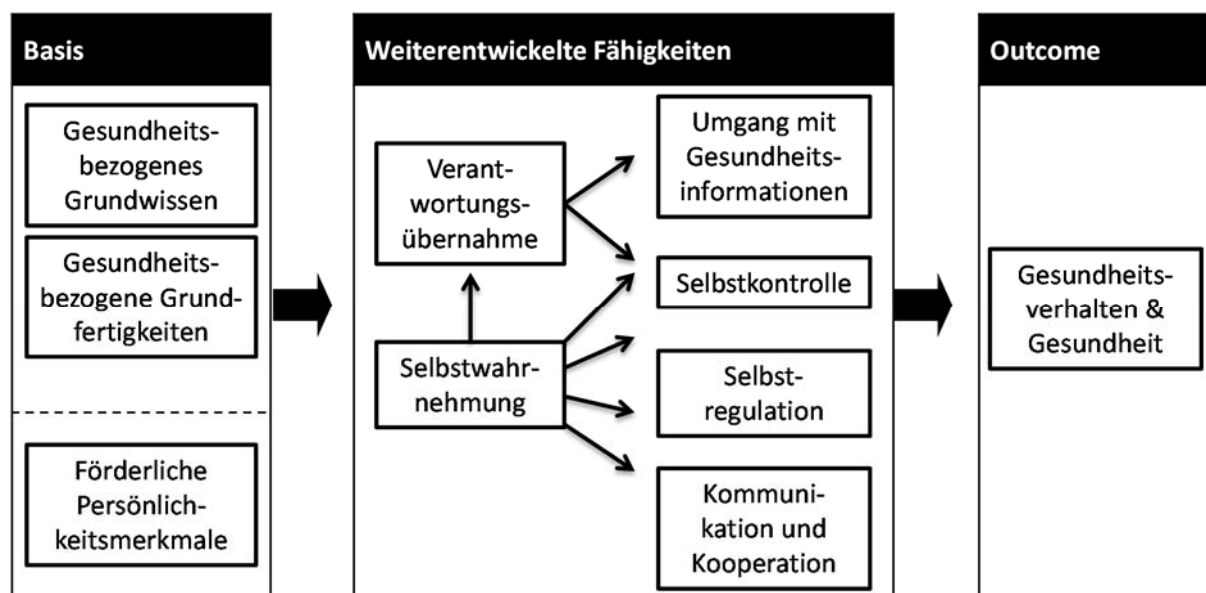


Abbildung 3: Modell von Gesundheitskompetenz mit weiterentwickelten Fähigkeiten (eigene Darstellung nach Lenartz, 2012, S. 139)

2.1.2.3 Gesundheitscoaching

Gesundheitscoaching ist eine weitere Methode für Prävention und Gesundheitsförderung (Palmer, Tubbs & Whybrow, 2003). Die Schwierigkeit Begriffe abzugrenzen, setzt sich für diesen Gegenstand

fort: Es gibt weder eine abgestimmte Definition für Coaching und seine Inhalte (z. B. Vorgehensweise/Methodik, Qualifikation der Coaches und Voraussetzungen für die Teilnehmenden), keine Abgrenzung vom Beratungsbegriff, noch für die Inhalte (Wolever & Eisenberg, 2011; Schreyögg, 2007; Stober & Parry, 2005). Ebenso fehlen fundierte theoretische Grundlagen und ihre empirische Erforschung, die zentral für Weiterentwicklung und Verbreitung wären (Olsen & Nesbitt, 2010). Coaching-Definitionen von internationalen Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Autoren basieren unabhängig von ihrem Anwendungskontext auf denselben Elementen. Diese sind u. a. Zusammenarbeit zwischen Coach und Klientin oder Klient, Lernen, Förderung der Entwicklung und Erfahrungen bzgl. des Verhaltens und der Persönlichkeit, Selbstverständnis und -wahrnehmung, Selbstwirksamkeit, Zielorientierung und Zufriedenheit (Association for Coaching [AC] & European Mentoring and Coaching Council [EMCC], 2018; International Coach Federation [ICF], 2018; Worldwide Association of Business Coaches [WABC], 2018; Grant, 2012; Schreyögg, 2007; Stober & Parry, 2005). Coaching ist also ein systematischer und zielorientierter Prozess, der das nachhaltige Erreichen von (Verhaltens-)Veränderungen fördern und kontinuierliches selbstgesteuertes Lernen und die persönliche Weiterentwicklung stärken soll (Grant, 2003 nach Grant, 2005). Es kann als generische Methodik zur Verbesserung von Fähigkeiten, Leistung sowie Weiterentwicklung von Individuen verstanden werden. In der Regel findet es als eine 1:1-Beratung zur Reflektion einer Situation oder eines Verhalten statt, die durch eine externe Expertin oder einen externen Experten erfolgt (Lauterbach, 2008b).

Im gesundheitlichen Kontext hat Coaching das Ziel, die Teilnehmenden zu unterstützen gesundheitsbezogene Verhaltensänderungen und damit eine verbesserte Gesundheit, Lebensqualität und Leistungsfähigkeit zu erreichen (Kivelä et al., 2014; Olsen & Nesbitt, 2010; Grant, 2005; Palmer et al., 2003). Gesundheitscoaching ist ein mittel- oder langfristig angelegter aber auch zeitlich begrenzter Begleit- oder Beratungsprozess, der die „vielschichtigen Aspekte der Gesunderhaltung im Wechselspiel mit den Herausforderungen des Lebens“ in den Blick nimmt (Lauterbach, 2008a, S. 13–14; Grant, 2012; Pourie & Schmöller, 2010; Schmid et al., 2008). Es wird als interaktiver Ansatz verstanden, den die oder der Teilnehmende führt und anregt, aktiv das eigene gesundheitsbezogene Verhalten zu verändern (Dennis et al., 2013). Dabei entdeckt die oder der Teilnehmende eigene Lösungen zu Problemen, setzt Ziele und geht mit Krankheiten und Lebensveränderungen um (Vincent & Sanchez-Birkhead, 2013). Die Beziehung im Gesundheitscoaching ist geprägt durch Teilnehmerzentrierung. Die oder der Teilnehmende ist Expertin oder Experte für ihre bzw. seine eigene Lebenssituation, die oder der die Richtung des Lernens und der Implementierung von Veränderungen vorgibt (Böttcher, Herbarth & Reinke, 2011; Olsen & Nesbitt, 2010). Sie oder er setzt also die Gesprächsthemen und wird darin unterstützt seine Möglichkeiten abzuwägen, Entscheidungen zu treffen, Herausforderungen oder Hindernisse frühzeitig zu identifizieren und den Umgang damit zu planen, um ihr bzw. sein Gesundheitsverhalten zu verändern (Kivelä et al., 2014; Dennis et al., 2013; Vincent & Sanchez-Birkhead, 2013). Befähigung, Zielsetzung und Empowerment sind wichtige Funktionen des Co Coachings (Dennis et al., 2013). Es ist eine nicht-medizinische Leistung, die ausdrücklich als Ergänzung zur ärztlichen Behandlung und Therapie verstanden wird. Sie kann diese ggf. vorbereiten und begleiten, jedoch nicht ersetzen (Pourie & Schmöller, 2010; Schmid et al., 2008). Die Intervention zielt auf nichtklinische Bevölkerungsgruppen bzw. Fragestellungen (Grant, 2005). Coaching ist keine Therapie oder Behandlung, dies ist und bleibt in ärztlich-therapeutischer Verantwortung (Schmid et al., 2008).

Folglich wird Gesundheitscoaching in dieser Arbeit verstanden als ein partnerschaftlicher, lösungs- und ergebnisorientierter sowie systematischer Prozess, der die oder den Teilnehmenden und ihre bzw. seine individuellen Bedürfnisse ganzheitlich, d. h. im Kontext des sozialen Umfelds und über die medizinischen Bedürfnisse hinaus, betrachtet. Ziel ist es, auf ein verbessertes, gesundheitsförderliches Verhalten hinzuwirken sowie den Umgang mit und die Bewältigung der (chronischen) Erkrankung im Alltag zu unterstützen. Dies kann zu mehr Leistungsfähigkeit, Gesundheit, Lebensqualität, Zufriedenheit mit Leben und Arbeit und Wohlbefinden führen. Gleichzeitig kann es die persönliche Weiterentwicklung unterstützen, die die oder den Teilnehmenden befähigt bessere Entscheidungen, z. B. zur Wahl der Behandlung, zu treffen und Leistungsangebote gezielt und bedürfnisorientiert auszuwählen. Gesundheitscoaching ist ein Beratungs- und Begleitprozess mit dem Ziel der Förderung der Handlungsfähigkeit (z. B. durch Gesundheitskompetenzen) und gesundheitsbezogenen Verhaltensänderung.

Die Grundlagen und die gängige Praxis von Gesundheitscoaching sind in Abschn. 2.2 beschrieben.

2.1.3 Drei Krankheitsgruppen für das Versorgungsmanagementprogramm

2.1.3.1 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE) gelten als Zivilisationskrankheiten, die insbesondere im 19. und 20. Jahrhundert vor dem Hintergrund der Industrialisierung, steigenden Lebenserwartung und veränderten Lebensstilen zugenommen haben (Schoenenberger & Erne, 2009; Keil, 2005). Der Begriff fasst Krankheiten des Herzens und die daraus resultierenden Folgeerkrankungen zusammen, wie Myokardinfarkt, Angina pectoris, plötzlicher Herztod oder andere Manifestationen (BÄK et al., 2013; Gößwald, Schienkiewitz, Nowossadeck & Busch, 2013; Schoenenberger & Erne, 2009). HKE gehören zu den häufigsten Erkrankungen und sind häufigste Todesursache in Deutschland (Gößwald et al., 2013; Schoenenberger & Erne, 2009). Es ist ein leichter Rückgang der Mortalität zu verzeichnen, der auf die Reduktion primärer Risikofaktoren (Bluthochdruck, Hypercholesterinämie und Rauchen), therapeutischen Fortschritt bei der Akutbehandlung und verbesserten Präventionsmaßnahmen zurückgeführt wird (RKI & Destatis, 2015; Gößwald et al., 2013; Hintzpeter et al., 2011; Schoenenberger & Erne, 2009; Löwel, 2006). Hingegen sind eine hohe und zunehmende Morbidität und erhebliche Krankheitsfolgen für Individuum und Gesellschaft festzustellen (Hintzpeter et al., 2011). Neben persönlichen Folgen fallen Kosten für die umfangreiche medizinische Behandlung an sowie gesellschaftliche Kosten z.B. durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Erwerbsminderungsrenten und vorzeitigem Tod von Erwerbstätigen, Pflegebedürftigkeit, eingeschränkte Lebensqualität und Leistungsfähigkeit (Fink & Behrens, 2013; Hintzpeter et al., 2011; Löwel, 2006). Für die Prävalenz von HKE bestehen Geschlechts-, Alters- und sozialschichtspezifische Unterschiede (Gößwald et al., 2013; Schoenenberger & Erne, 2009). Während Alter, Geschlecht und erbliche Faktoren nicht beeinflussbar sind, können Auftreten und Risiko von HKE und ihren Folgen durch die Beeinflussung der modifizierbaren Risikofaktoren verändert werden. Rauchen, hoher Blutdruck, Hypercholesterinämie, Diabetes mellitus, sowie die Lebensstilfaktoren körperliche Aktivität, Ernährung, psychosoziale Faktoren und soziale Bedingungen determinieren vor allem das Risiko ((BÄK et al., 2013; Löwel, 2006; Keil, 2005). Um die Versorgungsqualität Betroffener zu verbessern, wurden für Versicherte mit KHK strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) eingeführt (Gerlinger, 2013; Löwel, 2006). In deren Fokus stehen die Reduktion von Risikofaktoren und die Stärkung von Ressourcen (Walter & Lux, 2011; Bokern, 2006). Aus Public Health Sicht sind diese Präventionsmaßnahmen bezogen auf beeinflussbare Risiken zentral für eine adäquate Versorgung, um teils erhebliche Folgen zu vermeiden oder zu verzögern und Lebensqualität und Belastungsfähigkeit

zu verbessern (Fink & Behrens, 2013; Gerlinger, 2013). Für eine gute Versorgung ist auch der Zusammenhang zwischen chronischen somatischen Erkrankungen wie HKE und psychischen Erkrankungen zu berücksichtigen, die auch als Risikofaktor gelten (Maske et al., 2013; Bengel & Mittag, 2012; Lederbogen & Ströhle, 2012). Sowohl physische als auch emotionale bzw. psychische Aspekte der Erkrankung sind zu berücksichtigen (BÄK et al., 2013).

Trotz dieser Erkenntnisse bestehen Schwierigkeiten bei den Präventionsbemühungen, die am Beispiel der Hypertonie deutlich gemacht werden sollen: Auf Grund eines häufig fehlenden oder nur geringen Leidensdrucks wird die Krankheit bzw. der Risikofaktor oft erst spät erkannt und/oder die Compliance bspw. für medikamentöse Therapie ist unzureichend. So gelingt tatsächlich nur bei etwa einem Viertel der Betroffenen die Einstellung eines kontrollierten Blutdrucks mit Arzneimitteln (Jahnsen, 2011). Nicht nur Adhärenz der Medikamenteneinnahme, sondern die langfristige Förderung des Gesundheitsverhaltens und die Reduktion von Risikofaktoren (Lebensstiländerung) sind zentral für die Prävention von HKE (Lüngen & Passon, 2013; Gerlinger, 2013; Löwel, 2006). Diese Präventionspotenziale sind stärker zu nutzen, nicht zuletzt um vermeidbare Behandlungs- und gesellschaftliche Kosten von KHK zu verringern (Lüngen & Passon, 2013; Löwel, 2006).

2.1.3.2 Psychische Erkrankungen

Das Spektrum psychischer Erkrankungen ist sehr heterogen. Gegenstand von Weitblick sind vor allem affektive Störungen wie Depression und Verhaltensstörungen (ausgewählte F- und Z-Diagnosen siehe Tabelle 1, S. 15), auf denen der Fokus der nachfolgenden Beschreibungen zu Merkmalen, Versorgung und Präventionsmöglichkeiten liegt.

Psychische Störungen machen in ihren unterschiedlichen Ausprägungen weltweit eine hohe Krankheitslast aus und gehen mit erheblichen individuellen und gesellschaftlichen Folgen einher (Busch, Maske, Ryl, Schlack & Hapke, 2013). Die Krankheiten verursachen nicht nur für die medizinisch-therapeutische Behandlung hohe Kosten, sondern auch in der Wirtschaft auf Grund von Produktivitätsverlust, Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitigem Tod. Die ökonomischen und gesamtgesellschaftlichen Folgen sind vor allem deshalb so erheblich, weil sie häufig bereits jüngere Menschen betreffen, deren Produktivität sowie Reproduktion dann über einen langen Zeitraum eingeschränkt sind (RKI & Destatis, 2015; Jacobi, 2012; Wittchen, Jacobi, Klose & Ryl, 2010). Daher ist „Entwicklung, Erhalt und Wiederherstellung psychischer Gesundheit die größte Herausforderung – bzw. das größte Potenzial – in der Gesundheitsversorgung des 21. Jahrhunderts“ (Jacobi, 2012, S. 16). Die Prävalenz affektiver Störungen innerhalb eines Jahres in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung (18 bis 65 Jahre) in Deutschland wird auf 12 % bzw. sechs Millionen Menschen geschätzt, die Lebenszeitprävalenz auf 19 % (Wittchen et al., 2010). Frauen sind mit 25 % häufiger und auch stärker betroffen als Männer (12 %) (Busch et al., 2013; Hautzinger, 2012; Busch, Hapke & Mensink, 2011; Wittchen et al., 2010). Die hohe Prävalenz spiegelt sich auch in Sekundärdaten von Krankenkassen und Rentenversicherung zur Ressourcennutzung wider, denn 33 % der Leistungsanspruchnahme erfolgte auf Grund psychischer Störungen der ICD-10 Diagnosegruppen F0 bis F5. Trotz Limitationen der Datengrundlage verdeutlichen die Zahlen einen hohen Versorgungsbedarf für diese Krankheitsbilder (Gaebel, 2013). Bei depressiven Erkrankungen „stehen klinisch-bedeutsame und beeinträchtigende Störungen von Affekt, Stimmung und damit einhergehenden Kognitionen im Vordergrund des Störungsbildes“ (Wittchen et al., 2010, S. 7). Ihr Verlauf ist meist episodisch, d. h. es wechseln sich Phasen von unterschiedlicher Dauer mit und ohne Symptomen ab (ebd.). Unbehandelte depressive Episoden dau-

ern meist zwei bis drei Monate an, während sich bei psychotherapeutischer und/oder medikamentöser Behandlung die Dauer verkürzt und Schwere mildert. Es wird angenommen, dass sich die symptomfreien Phasen mit zunehmender Zahl depressiver Episoden verkürzen. Die Erkrankung bzw. eine weitere depressive Episode tritt bei bis zu 80 % der Patientinnen und Patienten in den Folgejahren erneut auf. Eine chronische Depression von zwei Jahren oder längerer Dauer entwickeln etwa 15 % bis 30 % aller Patientinnen und Patienten (ebd.).

Festzuhalten ist, dass „viele Fragen hinsichtlich Verbreitung, Entstehung, Präventions- und Interventionsmöglichkeiten noch offen“ sind (Jacobi, 2012, S. 16). Es werden multifaktorielle Ursachen angenommen, d. h. verschiedene biologische, psychische und soziale Faktoren bzw. Stressoren tragen in ihrem Zusammenwirken zur Entstehung bei – in Abhängigkeit der Vulnerabilität einer Person und in jedem Alter (Wittchen et al., 2010). Das Auftreten depressiver Störungen ist abhängig vom Alter und vom sozioökonomischen Status: Die Prävalenz ist bei jüngeren und bei Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status am Höchsten (Busch et al., 2013; Hautzinger, 2012; Busch et al., 2011; Wittchen et al., 2010). Weiterhin ist Gesundheitsverhalten relevant, dass wechselseitig mit psychischer Gesundheit zusammenhängt: Busch et al. (2011, S. 4) zeigten, dass „eine höhere Anzahl gesunder Lebensstilfaktoren mit niedrigeren Prävalenzen von diagnostizierter Depression und seelischer Belastung einhergehen“. Häufig treten depressive Störungen auch mit anderen psychischen und/oder somatischen Erkrankungen auf (Komorbidität) (Gaebel, 2013; Maske et al., 2013; Hautzinger, 2012; Wittchen et al., 2010). Zum einen bedeuten Komorbiditäten für die Versorgung eine Herausforderung: Auf Grund des engen Zusammenhangs zwischen psychischem und somatischem Gesundheitszustand sowie einem gesundheitsförderlichen Lebensstil, erfordert die Behandlung und Therapie den Einbezug der jeweiligen Komorbiditäten und des allgemeinen Gesundheitsverhaltens (Busch et al., 2011). Das bedarf einer disziplin- und sektorenübergreifenden Versorgung, die jedoch bisher meist getrennt erfolgt (Gaebel, 2013; Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression [NVL Unip. Depression], 2009). Auch für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sind Komorbiditäten zu berücksichtigen (Busch et al., 2011). Zum anderen stellen sie für die Betroffenen eine mehrfache Belastung hinsichtlich Behandlung und Bewältigung dar (s. u.).

Die Behandlung psychischer Störungen kann ambulant und stationär durch Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen oder Beratungsstellen erfolgen. Sowohl Pharmakotherapie als auch Psychotherapie werden angewendet, häufig in Kombination (Wittchen et al., 2010). Sofern die Erkrankung frühzeitig erkannt wird und die Behandlung leitliniengerecht und evidenzbasiert erfolgt, sind depressive Erkrankungen gut behandelbar (Hautzinger, 2012; Wittchen et al., 2010). In der Regel sind die „Akutbehandlungsphase mit dem Ziel der Symptomreduktion“ und die „Erhaltungs- bzw. Stabilisierungsphase u. a. auch mit dem Ziel der Rezidivprophylaxe“ zu unterscheiden (Hautzinger, 2012, S. 30). Das Vermeiden der Chronifizierung der Erkrankung steht im Fokus der Sekundärprävention. Wichtig ist hier die frühzeitige Diagnose und Therapie. In der Tertiärprävention ist es das Ziel, einen Rückfall nach der Stabilisierung zu vermeiden (Wittchen et al., 2010). Die Behandlung muss zudem die umfassenden Folgen psychischer Erkrankungen berücksichtigen, die Betroffene zu bewältigen haben: Die subjektive Gesundheit wird als schlechter eingeschätzt und die Leistungsfähigkeit als eingeschränkt (ebd.). Dies hat wiederum negative Auswirkungen auf das Sozialleben und den gesellschaftlichen Status. Ferner besteht eine hohe Rückfallwahrscheinlichkeit bzw. Wiedererkrankungsrate. Diese führt wiederum zu weiteren Belastungen auf individueller, sozialer und gesellschaftlicher Ebene (ebd.). Die dauerhaften Anforderungen zur Bewältigung der psychischen Erkrankung stellen eine Belastung sowohl für die Betroffenen als auch deren Angehörigen dar (Finzen, 2013). Hinzu kommt, dass

mit einer psychischen Erkrankung häufig eine gesellschaftliche Stigmatisierung einhergeht und Behandlung als auch Bewältigung erschwert (Rüsch, 2015; Finzen, 2013). Es ist zwar eine leichte Entstigmatisierung zu beobachten, diese steht jedoch noch am Anfang und ist durch sachliche Informationen und Aufklärung zu fördern (Jacobi, 2012; Wittchen et al., 2010). Weitere Folgen psychischer Erkrankungen können eine erhöhte Mortalität und Morbidität sein, bspw. auf Grund von Suiziden, Unfällen, körperlichen Ursachen oder einem ungesunden Lebensstil (Wittchen et al., 2010).

2.1.3.3 Komorbidität

Bestehen zwei oder mehr Erkrankungen gleichzeitig (i. d. R. eine Hauptdiagnose oder Grunderkrankung und eine oder mehrere zusätzliche Begleiterkrankung(en)), wird dies als Komorbidität bezeichnet (NVL Unip. Depression, 2009). Bei psychischen Erkrankungen, insbesondere Depression, Angststörungen und Schizophrenie, sind somatische Komorbiditäten häufig HKE und Diabetes mellitus (Lederbogen & Ströhle, 2012; Wittchen et al., 2010). Unter Komorbidität wird im Kontext dieser Arbeit bzw. von Weitblick insbesondere das Vorliegen einer HKE und einer psychischen Erkrankung wie Depression verstanden. Der wechselseitige Zusammenhang der Krankheitsbilder ist gut belegt und spiegelt sich in Behandlungsleitlinien wider (BÄK et al., 2013; Maske et al., 2013; Baumeister & Hutter, 2012; Busch et al., 2011; NVL Unip. Depression, 2009). Das Gesundheitsverhalten bzw. Schutz- und Risikofaktoren determinieren sowohl die somatische als auch psychische Gesundheit. Psychische Erkrankungen sind ein Risikofaktor für KHK und umgekehrt. Eine Erkrankung kann der anderen vorausgehen, sie können jedoch auch unabhängig voneinander auftreten (Bengel & Mittag, 2012). Psychische Komorbidität gilt zudem „als prognostische Variable für den Verlauf einer KHK“ (Baumeister & Hutter, 2012, S. 55) und umgekehrt besteht ein Zusammenhang zwischen Schwere und Anzahl der somatischen Erkrankungen: Je schwerer die somatische Erkrankung ist oder desto mehr somatische Erkrankungen vorliegen, desto höher ist das Risiko für eine psychische Komorbidität (Maske et al., 2013; Bengel & Mittag, 2012; NVL Unip. Depression, 2009). Wie bereits für die psychischen Erkrankungen beschrieben, sind Frauen häufiger von Komorbidität auf Grund von KHK und psychischer Störung betroffen als Männer. Dies gilt auch für Alleinlebende (Bengel & Mittag, 2012; NVL Unip. Depression, 2009). Beide Erkrankungen müssen also jeweils im Therapiekonzept für die Behandlung berücksichtigt werden (Maske et al., 2013; Lederbogen & Ströhle, 2012). Die genauen Zusammenhänge sind noch nicht verstanden, ebenso wenig die Wirkungsrichtung oder ob es sich um eine reziproke Beziehung handelt (Baumeister & Hutter, 2012; Wittchen et al., 2010).

Die Behandlung bei Komorbidität(en) umfasst medikamentöse Therapien und Psychotherapie. Zu beachten sind die kardiologischen Nebenwirkungen einiger Medikamente (Baumeister & Hutter, 2012; NVL Unip. Depression, 2009). Im Fokus psychologischer Maßnahmen stehen Interventionen für Verhaltensänderungen (ebd.). Diese zielen sowohl auf psychische Erkrankungen als auch die kardiologischen Risikofaktoren. Maske et al. (2013) empfehlen bei chronisch Erkrankten auf psychische Komorbiditäten sowie bei psychiatrischen Behandlungen auf somatische Krankheiten zu prüfen. Zudem ist eine Abstimmung der behandelnden Haus- und Fachärztinnen und -ärzte erforderlich (NVL Unip. Depression, 2009). Die Komplexität der therapeutischen Behandlung nimmt mit der Schwere des Verlaufs und der Zahl der Komorbiditäten zu (Wittchen et al., 2010). Komorbiditäten bedeuten häufig vermehrte Complianceprobleme bei der Versorgung der somatischen Erkrankungen mit Medikamenten. Dies trägt zusätzlich zu einer ungesunden Lebensweise und zu einem schlechteren Krankheitsverlauf bei (ebd.). Eine adäquate Behandlung bei Komorbiditäten ist nicht nur auf Grund ihrer hohen Prävalenz erforderlich, sondern auch auf Grund der höheren Lebenserwartung und der damit verbundenen Zunahme chronisch somatischer Erkrankungen notwendig (Maske et al., 2013). Es spielt eine

bedeutende Rolle für die Organisation der Versorgung und die aufzuwendenden Versorgungskosten (ebd.). Für Prävention von Komorbiditäten sind Maßnahmen zur Lebensstiländerung wesentlich. Ziel ist es wieder die umfassenden Krankheitsfolgen, wie erhöhte Mortalität und Morbidität, erhöhte Kosten für die Versorgung, verringerte Lebensqualität der Betroffenen sowie geringere Adhärenz mit den Behandlungsempfehlungen, abzumildern oder zu verzögern (Baumeister & Hutter, 2012). Auch kommt es bei Komorbidität vermehrt zu Arbeitsausfällen und Produktivitätsverlusten (Maske et al., 2013). Für die Patientinnen und Patienten bedeutet dies eine doppelte Belastung auf Grund ihres verschlechterten Gesundheitszustands, des höheren Versorgungsaufwands und der Bewältigung der Erkrankungen (Bengel & Mittag, 2012). Eine adäquate und damit effektive Versorgung und zielgruppen-gerechte Prävention können zu einem verbesserten Gesundheitsverhalten beitragen und damit zu einer Verringerung der Krankheitslast auf Grund von Komorbiditäten führen (Maske et al., 2013).

2.1.4 Zusammenfassung

Gesundheit und (chronische) Krankheit sind komplexe und nicht eindeutig abgrenzbare Konstrukte, die je nach Perspektive unterschiedlich definiert werden. Es bestehen Verhaltens- bzw. Handlungsmöglichkeiten zur Prävention und Gesundheitsförderung um den Gesundheitszustand zu beeinflussen. Die Bewältigung chronischer Krankheit ist – sowohl aus subjektiver Sicht der Patientinnen und Patienten und ihrer Lebenslage als auch für die medizinische Versorgung – von hoher Komplexität und Vielschichtigkeit geprägt. Eine kontinuierliche Anpassung an den Krankheitsverlauf ist erforderlich.

Für die Umsetzung der Strategien Prävention und Gesundheitsförderung stehen verschiedene Methoden zur Verfügung. Wichtig für den Erfolg einer gewählten Intervention sind die Definition der Zielgruppe und die Kenntnis ihrer Eigenschaften und Bedürfnisse. Gesundheitscoaching ist ein individueller, verhaltens- und krankheitsbezogener Ansatz zur Förderung von Verhaltensänderungen und GK. Es verbindet Gesundheitsberatung und die Förderung von Gesundheitskompetenzen. Diese sind ein Netz von Fähigkeiten und Fertigkeiten hinsichtlich Handlungen, Wissen und Motivation, die eine positive Wirkung auf Gesundheit und Wohlbefinden haben können. Persönlichkeitseigenschaften und Umweltfaktoren sind weitere Bedingungsfaktoren. Gesundheitscoaching ist also eine Intervention, die Beratung und Kompetenzförderung im Kontext von Gesundheitsversorgung und zur umfassenden Krankheitsbewältigung und zum Versorgungsmanagement beinhaltet. Eine theoretische und empirische Absicherung und ein Modell für Gesundheitscoaching, um seine Wirksamkeit zu beurteilen und es weiter zu entwickeln, fehlen.

Die Merkmale der ausgewählten chronischen Erkrankungsbilder und ihre Krankheitsfolgen sind zwar sehr heterogen, sie haben dennoch gemeinsam, dass eine kontinuierliche und umfassende Versorgung und die Bewältigung der Krankheiten erforderlich sind und Komorbiditäten in Erwägung zu ziehen sind. Weiterhin ist ihnen die Beeinflussbarkeit des Gesundheitszustands und den damit eingehenden teils erheblichen Potenzialen für Prävention und Gesundheitsförderung gemeinsam. Der Fokus von Prävention und Gesundheitsförderung liegt auf dem individuellen Gesundheitsverhalten. Dabei ist nicht nur medikationsbasierte Sekundärprävention zu berücksichtigen, sondern ein insgesamt gesundheitsförderlicher Lebensstil. Hinsichtlich einer umfassenden Versorgung sind eine kontinuierliche Therapie, Begleitung und Monitoring der chronisch Erkrankten erforderlich. Dies umfasst eine disziplin- und sektorenübergreifende Abstimmung der Behandlung. Als Voraussetzung hierfür sind die Versorgungsstrukturen auf diese Bedarfe chronisch Erkrankter anzupassen (Stärkung der Prävention, Integration und Verzahnung der Versorgungsbereiche und Disziplinen) (Hintzpeter et al., 2011; Walter & Lux, 2011).

2.2 Grundlagen und Umsetzung von Gesundheitscoaching

Da Gesundheitscoaching ist bis dato kein feststehender Begriff ist, bezeichnet er auch keine klar definierte Aufgabe. Für die Weiterentwicklung und Schärfung der Intervention sind (gesundheitswissenschaftliche) Modelle und Theorien sowie ihre Operationalisierung nützlich (Grant, 2012; Olsen & Nesbitt, 2010; Schmid et al., 2008). Diese theoretischen, methodischen und konzeptionellen Grundlagen fehlen jedoch, zusätzlich sind empirische Forschungsergebnisse zu Gesundheitscoaching heterogen (Bachkirova, Spence & Drake, 2017, vgl. Abschn. 2.3 und 2.5). Um die Intervention „Gesundheitscoaching“ näher zu bestimmen, wird ein Überblick über die gegenwärtige Praxis von telefonischem Gesundheitscoaching gegeben. Dabei ist zu beachten, dass die enge Verknüpfung zwischen Praxis und Wissenschaft zu einer dynamischen Entwicklung und kontinuierlichen Veränderung dieses Gegenstands führen (Bachkirova et al., 2017; Grant, 2017). Interventionen liegen unterschiedliche Konzepte zugrunde, die eine umfassende Theorie- und Methodenbreite aus verschiedenen Disziplinen beinhalten (Schreyögg, 2007; Stober & Parry, 2005).

Zentrales Ziel von telefonischem Gesundheitscoaching ist die Verbesserung des Gesundheitszustands, indem die Teilnehmenden gesundheitsförderliche Verhaltensänderungen erreichen und ihre GK gefördert wird. „Coaching soll Patienten nachhaltig in die Lage versetzen, ihre individuellen Gesundheitsziele zu erkennen und zu erreichen, indem sie lernen, eigene Fähigkeiten und Fertigkeiten zum Selbstmanagement der Erkrankung zu entwickeln sowie Angebote und Strukturen zielgerichtet auszuwählen und zu nutzen und damit ihre Lebensqualität zu steigern.“ (Pourie & Schmöller, 2010, S. 38) Aus Sicht der Kostenträger (Krankenversicherung) ist ferner der Aspekt wichtig, dass Coaching zu einer adäquaten Leistungsanspruchnahme beiträgt und die Versorgung steuert. Dahinter steht die Annahme, dass Begleitung und Koordination, bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung und adäquate Leistungsanspruchnahme (Reduktion von Über- und Fehlnutzung), die Qualität sowie die Kosteneffektivität und Effizienz der Versorgung verbessern. Langfristig soll dies Kosten einsparen helfen (z. B. durch Vermeidung unnötiger oder vermeidbarer stationärer Behandlungen). Diese Annahmen beziehen sich insbesondere auf Versicherte mit hohem Versorgungsbedarf und Krankheitsrisiken (SVR, 2012a; Hutchison & Breckon, 2011; Pourie & Schmöller, 2010; Schmid et al., 2008). Darüber hinaus kann das Coachingangebot im Leistungsportfolio der Krankenkasse einen positiven Effekt für Marketing und Versichertenbindung bedeuten (Braun & Marstedt, 2010).

2.2.1 Konzepte und Methoden

Die in der Literatur beschriebenen Herangehensweisen, Konzepte und Methoden von Coaching ähneln sich (Grant, 2005). Es werden Ziele und Entscheidungen zur Umsetzung von gesundheitsförderlichem Verhalten und Verhaltensänderungen gesetzt bzw. getroffen und auf das Erreichen der Ziele hingearbeitet. Diese Methoden lassen sich im Kern auf Ziel- und Lösungsorientierung sowie Motivation und Kompetenzförderung reduzieren. Sie sind patientenorientiert ausgerichtet, d. h. Teilnehmende wählen Ziele und Themen, die ihnen wichtig sind. Ihre Werte und Bedürfnisse sind Grundlage für Entscheidungen, Ziele, Handeln und Wege der Verhaltensänderung. Auf die Bedürfnisse und die Situation der Teilnehmenden wird individuell und differenziert eingegangen (Bachkirova, 2017). Zu berücksichtigten sind dabei Gesundheitszustand und Erkrankungsrisiko bzw. -schwere. Bei eher gesunden Teilnehmenden geht es vornehmlich um Gesundheitsförderung, wie bspw. körperliche Aktivität, Ernährung und Bewegung sowie um Sekundärprävention mittels Förderung von Selbstmanagementfähigkeiten, Motivation und Zielsetzung (Wolever, Moore & Jordan, 2017). Das Vorgehen der Coaches ist dabei eher frei (Dennis et al., 2013). Bei Krankheit sind eher umfassendere medizinische

Kenntnisse der Coaches erforderlich (Wolever et al., 2017). Personen mit hohem gesundheitlichem Risiko erhalten eher Informationen und Schulungen sowie Förderung der Selbstmanagementfähigkeiten in strukturierter Vorgehensweise – im Sinne von Krankheitsmanagement (Dennis et al., 2013). Ein *patientenorientierter* Coachingprozess bedeutet, seine Inhalte und Ziele auf die Werte und Bedürfnisse des Teilnehmenden auszurichten. Zudem wird auf die intrinsische Motivation zur Verhaltensänderung gezielt. Der Coach unterstützt die oder den Teilnehmenden in diesem Prozess des Abwägens, Zielesetzens und Überwindens von Herausforderungen (Wolever & Dreusicke, 2016; Kivelä et al., 2014). Vom Coach erfordert das sensible und spezifische Kompetenzen sowie die Ziele individuell auf die Klientinnen und Klienten zu übertragen (Wolever & Eisenberg, 2011). Die Vorgehensweise unterscheidet sich damit von traditionell informationsbasierten Interventionen und Ratschläge erteilen hin zu einer komplexeren Wirkungsweise aus Motivation, Unterstützung von Handlungen, Wahrnehmung von Vorteilen und Konsequenzen, verschiedenen weiteren Einflüssen, Erwartungen, Selbstwirksamkeit, Ambivalenzen und Intentionen (Linden, Butterworth & Prochaska, 2010). Zwei häufig beschriebene Methoden von Gesundheitscoaching sind „Motivational Interviewing“ (Motivierende Gesprächsführung) nach Miller und Rollnick (1991) und das Setzen von Zielen („goal-setting“) (Kivelä et al., 2014; Teeter & Kavookjian, 2014; Grant, 2012; Olsen & Nesbitt, 2010; Rollnick, Miller & Butler, 2008).

2.2.1.1 Zielorientiertes Coaching

Der australische Wissenschaftler Grant stellt für Coachingprozesse das Setzen und Erreichen von Zielen als zentral heraus. Coaching sei eine zielorientierte Maßnahme, um sinnvolle positive Veränderungen zu erzeugen und beizubehalten. Der Ansatz der *Zielorientierung* sei zu nutzen, um Coaching besser zu verstehen und weiterzuentwickeln. Ziele sind dabei die innere Vorstellung eines gewünschten Status oder Ergebnisses (ebd.). Sie können sehr unterschiedlich sein: distal, proximal, präzise oder vage, in einem unterschiedlichen zeitlichen Rahmen erreicht werden, mit oder ohne festgelegten Outcomes, prozessual, ergebnisbezogen oder kompetenzorientiert, bewusst oder unbewusst oder orientiert an den Werten und Interessen einer Person. Er betrachtet nicht nur das Erreichen eines definierten Ziels, sondern auch die Entwicklung und Förderung der Teilnehmenden hinsichtlich Kompetenzen wie Selbstwirksamkeit, Selbstreflektion, um schließlich die Verhaltensänderung zu erreichen. Dies bezeichnet der Autor als Selbstregulierungszyklus (Grant, 2011). Beim Coaching sind also Zielsetzungen und Selbstregulierungsfähigkeiten der Klientin oder des Klienten zu fördern, damit dieser Veränderungen erreichen kann (Grant, 2012). Grant beschreibt Coaching wie folgt: Der gesamte Coachingprozess ist zunächst getrieben von den Bedürfnissen der Klientin oder des Klienten und der Wahrnehmung des Coachingbedarfs. Dabei spielen sowohl individuelle als auch kontextuelle bzw. organisationale Faktoren eine Rolle. Der Prozess der Zielauswahl und Zielsetzung ist abhängig von individuellen Intentionen und Veränderungsbereitschaft des Teilnehmenden und wird vom Coach unterstützt (ebd.). Weiterhin begleitet der Coach die Umsetzung der Ziele, einschließlich der möglichen Anpassung der Ziele und Strategien hin zur Zielerreichung (ebd.). Dabei ist zu beachten, dass gerade bei chronisch Erkrankten und komplexer und multipler Morbidität im Coaching Prioritäten zwischen Gesundheitsfragen, medizinischen Leitlinien, individuellen Werten und sozialem Leben ausgehandelt werden müssen (Walker et al., 2011). Grant (2012) versucht den Coachingprozess umfassend darzustellen und integriert dazu sowohl Theorien zur Verhaltensänderung (z. B. Transtheoretisches Modell, vgl. Abschn. 2.5.3), Gesundheit (z. B. Resilienz, Selbstwirksamkeit) und Coachingmethoden (z. B. Zielorientierung, Motivation), als auch Einflussfaktoren (Prädiktoren, z. B. Qualifikation des Coaches, Beziehung zwischen Coach und Klientin oder Klient).

2.2.1.2 Motivierende Gesprächsführung

Auch mit motivierender Gesprächsführung („Motivational Interviewing“- MI) nach Miller und Rollnick (1991) wird beabsichtigt, Verhaltensänderungen zu erreichen (Miller & Rollnick, 1991 nach Rollnick et al., 2008). Es ist ursprünglich ein zielgerichteter, klientenzentrierter Beratungsstil für Verhaltensänderungen bei Suchtproblemen aus den 1980er Jahren (Teeter & Kavookjian, 2014; Rollnick et al., 2008; Butterworth, Linden, McClay & Leo, 2006). Die Methode ist auch für das Erreichen von Verhaltensänderungen bei chronischen Krankheiten und Risikofaktoren effektiv und findet Anwendung in der Gesundheitsförderung (Teeter & Kavookjian, 2014; Simmons & Wolever, 2013; Rollnick et al., 2008; Butterworth, Linden & McClay, 2007; Britt, Hudson & Blampied, 2004). MI gilt insbesondere als geeigneter Ansatz für Personen, die noch nicht bereit für notwendige Veränderungen ihres Gesundheitsverhaltens sind (Britt et al., 2004). Zentral ist bei der Methode das Mitteilen des Gefühls der Ambivalenz gegenüber den Verhaltensänderungen (Menschen wollen gleichzeitig ihr Verhalten ändern und doch auch nicht.). Sie besteht aus zwei Phasen: I) Ambivalenzen auflösen und Motivation für Veränderung steigern (anstatt darin „stecken zu bleiben“) und II) Selbstverpflichtung für Veränderung festigen und einen Handlungsplan erstellen, in dem u. a. Ziele festgelegt werden (Simmons & Wolever, 2013; Rollnick et al., 2008). MI ist eine Kurzintervention, die lediglich ein bis zwei Gespräche erfordern kann. Es ist keine alleinstehende Methode, sie ist vielmehr eingebettet in weitere Maßnahmen und Interventionen (Simmons & Wolever, 2013). Der Ansatz baut auf einer partnerschaftlichen Beziehung zwischen Gesundheitsprofession und Teilnehmenden auf. Er orientiert sich an Motivation, Ressourcen, Werten und Autonomie der Patientin und des Patienten. Der Coach ist nicht belehrend und bevormundend (Simmons & Wolever, 2013; Rollnick et al., 2008; Butterworth et al., 2007; Butterworth et al., 2006; Britt et al., 2004). Vielmehr wird an die Fähigkeiten der oder des Teilnehmenden, sich zu verändern, geglaubt und dass dieser es zum für ihn richtigen Zeitpunkt und auf die richtige Weise machen wird. In Hinsicht auf die anzustrebende Verhaltensänderung ist die Methode bewusst zielorientiert (Simmons & Wolever, 2013). Die intrinsische Motivation der Patientinnen und Patienten für Verhaltensänderungen und für Adhärenz bei Behandlungen werden im Interesse der eigenen Gesundheit aktiviert (Rollnick et al., 2008). Linden et al. (2010) und Butterworth et al. (2007) bewerten MI als einzige Coachingtechnik, für die positive Outcomes für Verhaltensänderungen (kausale Zusammenhänge) gezeigt werden konnten und die effektiv zur Verbesserung von Gesundheitsstatus und Wohlbefinden beiträgt. Ein weiterer Vorteil ist die hohe Wiedergabetreue der Technik für die Ausbildung von Coaches und für eine konsistente Umsetzung bei Interventionen. Allerdings bleibt unklar, wie genau MI wirkt und welche Bestandteile der Methode wesentlich sind (Britt et al., 2004).

2.2.1.3 Strukturierung

Grundsätzlich können Coachinggespräche stark bis wenig strukturiert sein (Grant, 2011). Zur adäquaten Umsetzung der Methoden sind Konzepte, Handanweisungen und Leitfäden entwickelt worden, die der jeweiligen Sitzung Rahmen und Struktur geben und helfen relevante und zielorientierte Aspekte zu fokussieren. Neben Konzepten berücksichtigen sie unterschiedliche Gesprächsphasen oder beinhalten Erinnerungshilfen für den Coach, wie bspw. das Motivationslevel der Teilnehmenden abzufragen oder bereits identifizierte Hürden und Barrieren für die Zielerreichung anzusprechen. Sie sind aber nicht verbindlich bzw. strikt einzuhalten (Grant, 2011, 2005). Der Interventionsverlauf kann mittels softwarebasierter und ggf. standardisierter Dokumentation der Telefonate unterstützt werden, um Hintergründe und Gründe für Interventionen sowie Assessmentergebnisse und Empfehlungen festzuhalten sowie die Einschätzung der Klientin oder des Klienten anhand seiner Reaktionen und Antworten hierauf (Böttcher et al., 2011; Stratmann et al., 2011; Coyle, Duffy & Martin, 2007). Gleichzeitig

trägt dies zur Standardisierung und zu Transparenz des Coachingprozesses bei, schafft Evaluationsmöglichkeiten, dient als Erinnerungstütze für den Coach und bietet die Möglichkeit, bei Bedarf weitere Gesundheitsprofessionen an der Intervention zu beteiligen (Stratmann et al., 2011). Für inhaltliches Fachwissen steht den Coaches in der Regel eine Datenbank zur Verfügung, deren Informationen zu Krankheit, Gesundheitsverhalten und Behandlungen auf den aktuellen medizinischen Leitlinien basieren. Es gibt bisher keine Ergebnisse zum Nutzen oder zur Wirksamkeit dieser gesprächsstrukturierenden Konzepte (Grant, 2011). Beispielhaft werden das GROW- und das CIGAR-Konzept für Gesundheitscoaching skizziert. Das Konzept „GROW“ dient der Strukturierung einer Coachingeinheit und teilt diese in vier Phasen: Goals – Reality – Options – Wrap-up (auch Will oder Way forward) (Grant, 2011). Zunächst beschreibt die Klientin oder der Klient ihre bzw. seine Ziele. Daraufhin wird der Fokus auf die Wahrnehmung der Realität gelegt und Zusammenhänge von Ist-Situation und Zielen werden betrachtet. Daran anknüpfend werden Optionen zur Zielerreichung identifiziert und abgewogen. In diesem Kontext werden bisherige Erfahrungen reflektiert und lösungsorientiertes Denken steht im Vordergrund. Abschließend folgen Zusammenfassung und Ausblick. Der Coach unterstützt die Patientin und den Patienten bei der Festlegung der nächsten Schritte und motiviert zur Umsetzung des eigenen Handlungsplans unter Berücksichtigung von Barrieren und Ressourcen (ebd.). Verschiedene Abwandlungen und Weiterentwicklungen des Konzepts geben dem Coach mehr oder weniger Spielraum für die Gesprächsführung und damit für das individuelle Eingehen auf die Patientenbedürfnisse (ebd.). Nach dem „CIGAR-Konzept“ wird zuerst die gegenwärtige Ist-Situation betrachtet (C – current situation), daraufhin werden Ziele beschrieben (I – ideal outcome) und Schritte geplant (A – action plan), wie der Soll-Zustand erreicht werden kann (G – get from the current situation to ideal outcome). Schließlich wird der Prozess reflektiert und ggf. korrigiert (R – Review process) (Grant, 2005).

2.2.1.4 Tätigkeits- und Rollenverständnis der Coaches

Coaches beraten die Teilnehmenden in Gesundheitsfragen, analysieren Gesundheitsressourcen und -risiken begleiten und unterstützen sie bei der Umsetzung von Verhaltensänderungen, die Ziele zu erreichen, Entscheidungen zu treffen, Herausforderungen zu erkennen und mit ihnen umzugehen. Sie bieten Orientierung im Versorgungssystem und für den Versorgungsprozess. Bei Bedarf übernehmen sie die Kontaktaufnahme und Vernetzung mit anderen Gesundheitsprofessionen. Sie hören zu, verstehen, fördern, unterstützen, motivieren und geben Feedback bzw. helfen beim Reflektieren (Kivelä et al., 2014; Grant, 2012; Lawn & Schoo, 2010; Ostermann, 2010; Pourie & Schmöller, 2010; Lauterbach, 2008a, 2008b; O'Connor et al., 2008). Sie betrachten die gesamte Lebenssituation der Teilnehmenden, beziehen Setting und Kontexte mit ein und orientieren sich an den persönlichen Bedürfnissen mit Fokus auf gesundheitsförderliches Verhalten und adäquate Versorgung. Coaches sind nicht nur Expertinnen und Experten für den Coachingprozess, sondern auch für den Kontext, in dem das Coaching stattfindet, also Gesundheitsversorgung, Prävention und Behandlung von Patientinnen und Patienten (Wolever et al., 2017). Die Spanne der Aufgaben reicht vom sachlichen Informieren und Aufklären bis zur Förderung des Veränderungsprozesses. Insbesondere telefonisches Gesundheitscoaching erfordert aufmerksames Zuhören, das Validieren des Wissens der Teilnehmenden, Kümmern und Unterstützung sowie den Aufbau von Vertrauen allein auf Basis der verbalen Kommunikation. Nonverbale Kommunikation und Information sowie physische Untersuchungen fehlen beim ausschließlich telefonischen Kontakt (Coyle et al., 2007). Coaching basiert auf einer helfenden, gemeinschaftlichen und egalitären Beziehung zwischen Coach und Teilnehmenden (Pourie & Schmöller, 2010; Grant, 2005; Stober & Parry, 2005). Die passende Balance zwischen Unterstützung im Coachingprozess durch das Finden von Lösungen und das gemeinsame Festlegen von Zielen sowie die Weitergabe von

Inhalten als direktive oder spezifische Informationen und Ratschläge, ist in jeder Coachingeinheit unterschiedlich und muss immer wieder neu hergestellt werden. Vom Coach erfordert dies sehr gute Kenntnisse und Verständnis hinsichtlich des Kontextes der Teilnehmenden, ihrer Bedürfnisse, Motivation und Werte, damit nützliche und individuell angepasste Verhaltensweisen und Erfahrungen entwickelt werden (Cavanagh, 2005; Grant, 2005). In Abhängigkeit der Bedürfnisse und Ziele der oder des Teilnehmenden wechseln Funktionen und Rollen des Coaches. Die oder der Teilnehmende ist Expertin bzw. Experte in eigener Sache und nimmt bezüglich ihrer oder seiner Gesundheit und Behandlung eine zentrale Rolle und Stellgröße ein. Beratung und Coaching liegt ein unterschiedliches Rollenverständnis zu Grunde: beim Coaching wird der die Klientin oder der Klient als Expertin bzw. Experte betrachtet, während in der Beratung die oder der Beratende die Expertenrolle einnimmt (Stober & Parry, 2005). Coaching ist keine Therapie für klinisch kranke Patientinnen und Patienten, sondern dient der Krankheitsbewältigung, der Unterstützung der Behandlung und Verhaltensänderung. Daher sind die Coaches „ausschließlich beratend tätig, stellen keine Diagnosen und geben keine Therapie-Ratschläge. Es werden ausschließlich leitliniengerechte Therapieoptionen besprochen“ (Böttcher et al., 2011, S. 364; Fey, 2012).

2.2.2 Umsetzung von telefonischem Gesundheitscoaching

Verbreitung hat telefonisches Gesundheitscoaching bei chronischen Erkrankungen insbesondere in den vergangenen zehn Jahren bei Diabetes und chronischen kardiovaskulären Erkrankungen erfahren. Der Schwerpunkt liegt dabei in den Ländern USA, Australien, Neuseeland, Kanada sowie den europäischen Staaten England und Italien (Hutchison & Breckon, 2011). Die Umsetzung der Intervention „Coaching“ ist insgesamt heterogen. Es besteht eine große Spannweite der Angebote hinsichtlich Qualität, theoretischer Grundlagen und Evidenznachweisen (Wolever & Eisenberg, 2011). Meist wird Coaching als 1:1 Gespräch zwischen einem Gesundheitsprofessionellen und der oder dem Teilnehmenden durchgeführt, es kann aber auch in Gruppen oder zwischen Peers stattfinden.¹⁰ Der Kontakt zwischen Teilnehmenden und Coach findet persönlich, telefonisch, schriftlich per E-Mail, Post, Internet (Chat) oder aus einer Kombination dieser Kommunikationswege statt. Weiterhin variieren Kontakthäufigkeit und -dauer sowie Programmdauer. Erfolgreiche Coachinginterventionen können auf vielfältige Arten und Weisen erbracht werden (Eakin et al., 2007). In Abhängigkeit von Ziel und Zielgruppe der Intervention werden verschiedene Kommunikationswege und -mittel angewandt. Nachfolgend werden die verbreitet praktizierten Formen dieser Intervention veranschaulicht.

2.2.2.1 Zielgruppe

Telefonisches Gesundheitscoaching wird für Zielgruppen mit unterschiedlichen soziodemografischen und krankheitsspezifischen Merkmalen sowie Versorgungsbedarfen durchgeführt. Häufig ist das Angebot indikationsorientiert und richtet sich an Menschen mit chronischen Erkrankungen und/oder Multimorbidität (Dennis et al., 2013; Mißbeck, 2013; Hügler, 2012; Böttcher et al., 2011. Hutchison & Breckon, 2011; Newnham-Kanas, Gorczyński, Morrow D. & Irwin, 2009). Die Intervention zielt häufig auf chronisch Erkrankte mit hohen gesundheitlichen Risiken. Deren Gesundheitszustand ist entweder

¹⁰ Coaching in Gruppen kann eine sinnvolle Möglichkeit des sozialen Lernens sein, bei dem andere Gruppenmitglieder als Modell für eigene Entwicklungs- und Veränderungsbemühungen genutzt werden. Die Interaktion mit anderen Betroffenen kann die Motivation für Verhaltensänderungen stärken. Gruppenprozesse können aber auch zu Reibungsverlusten führen (Wolever, Moore und Jordan, 2017; Rechten, 2017). Im Peercoaching übernehmen Peers die Rolle der Coaches (Wolever et al., 2017). Es gibt Hinweise auf signifikante und nicht signifikante positive Effekte durch Gruppen- bzw. telefonisches Peercoaching (Duke, Colagiuri und Colagiuri, 2009; Dale et al., 2008).

über einen längeren Zeitraum instabil, sie sind neu erkrankt oder benötigen nach einem akuten Krankheitsereignis langfristige Unterstützung zur Stabilisierung, z. B. nach einer (erneuten) stationären Behandlung einer psychischen Erkrankung (Dennis et al., 2013; Fey, 2012). Zum einen sollen Personen dadurch ihren Alltag mit der Erkrankung besser bewältigen können. Dies betrifft insbesondere chronisch Erkrankte oder Personen, deren Erkrankungsverlauf beeinflussbar ist und erhebliche Krankheitsfolgen zu erwarten aber vermeidbar sind. Zum anderen richtet sich die Intervention an Menschen, die von einer Unterstützung ihrer Versorgung (VM) oder gar von intensivem Fallmanagement profitieren würden (Dennis et al., 2013; Fey, 2012). Diese vulnerablen Populationen werden überwiegend ambulant versorgt, benötigen aber eine komplexe Versorgung bzw. Versorgungskoordination, sowie Unterstützung für Prävention, Gesundheitsförderung und damit zusammenhängenden Verhaltensänderungen. Die Zielgruppe ist heterogen hinsichtlich ihres Unterstützungsbedarfs und vermutlich auch ihrer sozialen Normen und Werte.

Von telefonischem Gesundheitscoaching wird angenommen, dass große Bevölkerungsteile erreicht werden können, insbesondere auch benachteiligte und schwer zu erreichende Zielgruppen. Dies soll einer möglichen Unterversorgung entgegenwirken (Teeter & Kavookjian, 2014; O'Hara et al., 2013; O'Hara et al., 2012; Eakin et al., 2007; Hayes et al., 2001). Männer, die häufig schwer erreichbare Zielgruppe für Präventionsmaßnahmen sind, akzeptieren ggf. telefonisches Coaching eher (Aoun, Osseiran-Moisson, Shahid, Howat & O'Connor, 2012; Kelly, Crowe & Shearer, 2005). Damschroder et al. (2014) erreichten bspw. mit einer solchen Intervention gegen Adipositas männliche Teilnehmende mit niedrigem Einkommen und physischen und mentalen Leiden. Eine Intervention für Diabetikerinnen und Diabetiker konnte mittels Video, Broschüre und telefonischem Gesundheitscoaching sozial und ökonomisch benachteiligte Menschen erreichen (Frosch, Uy, Ochoa & Mangione, 2011). Im Gegensatz zu vielen Annahmen besteht auch bei Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status und mit einer niedrigeren Motivation, Selbstversorgungsstrategien zu erlernen, der Wunsch nach Schulung zum Selbstmanagement und die Bereitschaft zur Teilnahme an solchen Interventionen (Wolever & Eisenberg, 2011).

Damit die Intervention effektiv ist, ist die Zielpopulation für ein telefonisches Gesundheitscoaching richtig zu identifizieren, adäquat anzusprechen und Zugang zum Angebot zu ermöglichen (Butterworth et al., 2007). Viele Krankenkassen versuchen entsprechende Teilnehmende anhand ihrer Routinedaten zu identifizieren. Dazu werden Algorithmen verwendet, die den Versichertenbestand anhand definierter Diagnosen, Kosten und Leistungsanspruchnahme durchleuchten (siehe Abschn. 2.4 und Abschn. 1.3). In diesen Daten sind allerdings keine Informationen über die Motivation der Versicherten für eine Programmteilnahme enthalten. Drop (2011) schlägt daher vor, vier Persönlichkeitstypen bei der Ansprache zur Rekrutierung zu berücksichtigen. Sanvartis bildet u. a. aus diesem Grund Risikoklassen für die teilnehmenden Versicherten. Eine andere Möglichkeit ist die Rekrutierung über niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die auf Grund ihrer Erfahrung und ihrer Kenntnisse über ihre Patientinnen und Patienten geeignete Teilnehmende identifizieren und gleichzeitig erreichen können (O'Hara et al., 2015). Freund et al. (2011) empfehlen sogar eine Kombination aus statistischen Algorithmen und klinischer Einschätzung durch eine Ärztin oder einen Arzt, um diejenigen Patientinnen und Patienten für eine Programmteilnahme zu identifizieren, die am meisten von einer Intervention profitieren und daran teilnehmen würden.

2.2.2.2 Kommunikationswege

Bei Gesundheitscoaching wird eine Vielzahl von Kommunikationsmitteln eingesetzt – sowohl einzeln oder in Kombination. Gespräche zwischen Coach und Teilnehmenden finden als persönliche Gespräche (face-to-face), Telefonate oder Videotelefonie statt. Zudem kommen technische Anwendungen, Multimedia und Hightech-Geräte zum Einsatz: E-Mail, SMS, automatisierte Sprachnachrichten, in schriftlicher Form bzw. als Text (gedruckt oder elektronisch) oder via Internet, z. B. als Chat, mit oder ohne Elementen von Telemonitoring (Wolever et al., 2017; Hutchison & Breckon, 2011; Olsen & Nesbitt, 2010). Ein Teil der genannten Kommunikationsmittel ermöglicht keine direkte zweiseitige Kommunikation, sondern übermittelt (individualisierte) Informationen und Botschaften (Dennis et al., 2013). Verbreitet ist telefonisches Gesundheitscoaching, ggf. ergänzt um ein persönliches Auftaktgespräch zur Steigerung von Adhärenz und Motivation. Da Beratung und Coaching vor allem ein „kommunikatives Geschehen“ sind, ist die Wahl der Kommunikationswege wesentlich für das Erreichen der Zielgruppe sowie für Erfolg und Wirksamkeit (Engel, 2007, S. 499). Das Telefon ist anderen Kommunikationswegen allerdings nicht überlegen, die Interventionen sind ähnlich effektiv oder sogar weniger vorteilhaft, wenn nur das Telefon verwendet wird (Goode, Reeves & Eakin, 2012; Taggart et al., 2012; Hutchison & Breckon, 2011; Olsen & Nesbitt, 2010; Digenio, Mancuso, Gerber & Dvorak, 2009; Eakin et al., 2007). Allerdings fallen für die Umsetzung per Telefon deutlich weniger Kosten an als für face-to-face Coaching (Taggart et al., 2012; Digenio et al., 2009). Die beste Effektivität wird derzeit für eine Kombination aus persönlichem oder webbasiertem Coaching mit Telefon angenommen. Die Kombination mit webbasierten Kontakten scheint für einen effizienten Ressourceneinsatz sinnvoll (Kivelä et al., 2014; Vincent & Sanchez-Birkhead, 2013). Hingegen wird der Nutzen ausschließlich für elektronische Medien und Nachrichtenübermittlungen als gering eingeschätzt (Vincent & Sanchez-Birkhead, 2013). Es gibt jedoch bisher keine vergleichenden Studien, die die Effektivität von verschiedenen Kommunikations- und Übermittlungsmethoden vergleichen (Olsen & Nesbitt, 2010).

Das „klassische“ Medium *Telefon* ist auf Grund seiner flächendeckenden Verfügbarkeit, Akzeptanz und Niedrigschwelligkeit ein sehr gut geeignetes Kommunikationsmittel für viele Menschen. Trotz einiger Limitationen für die Kommunikation, sind seine weitestgehend alters-, geschlechts-¹¹, bildungs- und ortsunabhängige Verbreitung und Akzeptanz ein großer Vorteil (Schmidt-Kaehler & Knatz, 2012). Es ist ein einfaches, komfortables, günstiges und gleichzeitig individuelles und flexibles technisches Kommunikationsmedium (Suksomboon et al., 2014; Teeter & Kavookjian, 2014; Pourie, 2011b; Stratmann et al., 2011; Coyle et al., 2007; Eakin et al., 2007). Telefonische Kontakte sind einfacher und günstiger als persönliche Treffen, da keine zeitlichen und finanziellen Ressourcen für Wegstrecken aufgewendet werden müssen, die insbesondere in ländlichen Gegenden erheblich sein können. Sie erlauben eine dialogische Kommunikation. Außerdem ist die Integration in den Alltag mit Arbeitszeiten und Verpflichtungen einfacher möglich. Zudem können Anfahrtswege auch aufgrund von Erkrankungsfolgen oder für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen schwierig, zu aufwändig oder zu teuer sein (Schmidt-Kaehler & Knatz, 2012; Taggart et al., 2012; Pourie, 2011b; Stratmann et al., 2011; Digenio et al., 2009). Solche Hürden könnten zu einer geringeren Effektivität der Maßnahmen führen und dazu, dass Patientinnen und Patienten nicht an Interventionen teilnehmen können (Teeter & Kavookjian, 2014; Sacco et al., 2004). Mit dieser Form von „aufsuchender“ Unterstützung können auch bislang schwer erreichbare Zielgruppen angesprochen werden, die bestehende Angebote mit „Kommstrukturen“ nicht nutzen (Dierks, 2009; Bauer et al., 2005). Dasselbe gilt für Mobiltelefone, die

¹¹ Allerdings sind nehmen Frauen entsprechende Angebot häufiger in Anspruch als Männer (Schmidt-Kaehler und Knatz, 2012).

ebenfalls eine hohe Nutzungsrate aufweisen (wenn auch mit abnehmender Nutzung bei Älteren) und eine Kombination aus Gespräch und Übermittlung von Textnachrichten oder sogar Fotos und Videos ermöglichen. Zudem nimmt der mobile Zugang zu E-Mail, Kamera und Internet insbesondere durch Smartphones zu (Corcoran, 2013). Weitere Kommunikationsmittel wie Videotelefonie, Internet, Applikationen auf Smart Phones, SMS, telemedizinische Anwendungen und persönliche Beratungseinheiten können die Methoden und Kommunikation zwischen Coach und Teilnehmenden ergänzen. Nachrichten können damit leicht in verschiedenen Sprachen und zugeschnitten auf Individuen oder Zielgruppen verfasst und verbreitet werden (Corcoran, 2013). Sie bedeuten jedoch auch höhere technische bzw. organisatorische Anforderungen und Mobilität.

Die räumliche Distanz eines Telefonats kann Schutz und Anonymität bieten, die Ehrlichkeit, Offenheit sowie das Sprechen über intime oder tabuisierte Themen fördern können, denn die unmittelbare erwartete Reaktion des Gesprächspartners ist nicht sichtbar. So wird eine Form von Nähe und Vertrautheit geschaffen. Zudem gibt es den Teilnehmenden ein Gefühl der Kontrolle. Ohne optische Eindrücke entfallen soziale Hemmungen und Hürden und eine vorurteilsfreie Beratung ist eher möglich (Teeter & Kavookjian, 2014; Schmidt-Kaehler & Knatz, 2012; Pourie, 2011b). Es fallen aber auch visuelle und emotionale Informationen weg und die Sensitivität für sprachliche Informationen durch rein verbal-auditive Kommunikation steigt (Teeter & Kavookjian, 2014; Schmidt-Kaehler, 2007). Eine allgemein steigende Nachfrage nach telefonischen Informationen zu Gesundheit und Krankheit unterstreicht den Stellenwert dieser Kommunikations- und Beratungsform (SVR, 2012b; Schäffler, 2011; O'Connor et al., 2008; Schmidt-Kaehler, 2007). Trotz der Entwicklungen und zunehmenden Verbreitung von komplexeren Hightech-Geräten und des Trends zu Telemedizin-Anwendungen ist anzunehmen, dass Menschen – nicht nur in ländlichen Gebieten – für gesundheitsbezogene Beratungen und Gesundheitscoaching eher ein Telefon nutzen (Teeter & Kavookjian, 2014). Zu multimedialen oder mobilen Anwendungen (Apps), Hightech-Geräten, Online Coaching Plattformen gibt es bislang weniger Erfahrungen und Publikationen. Ihre Nutzung findet häufig in Kombination mit telefonischem Kontakt statt, so dass eine alleinige Bewertung für diesen Gebrauch nicht vorgenommen werden kann. Trotz höherer technischer Anforderungen ist ihre Nutzung weit verbreitet (Welch et al., 2018; Kelly, Reidlinger, Hoffmann & Campbell, 2016; Hutchison & Breckon, 2011; Eakin et al., 2007; Wantland, Portillo, Holzemer, Slaughter & McGhee, 2004). Je nach Gegenstand und Ziel kann eine Kombination aus Telefon mit einem anderen Medium effektiver sein oder eine bessere Kosten-Effektivität erreichen, als jeweils eins allein (Vincent & Sanchez-Birkhead, 2013; Goode et al., 2012). Zu beachten ist, dass Menschen ohne Telefonanschluss, mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten, mit Schwierigkeiten bei Kommunikation mit Fokus auf Sprechen und Hören sowie geringem Sprach- und Ausdrucksvermögen vermutlich nicht für eine Teilnahme erreicht werden können oder diese aus den genannten Gründen ablehnen. Körpersprache, die unter den genannten Bedingungen eine wichtige und kompensierende Komponente der Kommunikation ist, kann per Telefon nicht übermittelt werden. Sie kann aber auch unabhängig davon hilfreiche zusätzliche Informationen zwischen den Gesprächspartnern übermitteln, die im Telefongespräch fehlen. Bei persönlicher Kommunikation findet eine differenzierte zwischenmenschliche Kommunikation mit verbalen und nonverbalen Elementen statt. Damit können u. a. soziale Begleitinformationen über das Gegenüber gesammelt werden und es entsteht ein genaues Bild. Eine Beziehung zwischen beiden Gesprächspartnern kann im persönlichen Kontakt leichter aufgebaut werden. Es sind keine Medienkompetenzen erforderlich und in vorliegende schriftliche Unterlagen kann gemeinsam Einsicht genommen werden. Diese Kommunikationsform ist insbesondere vorteilhaft für Personen mit geringeren Sprach- und Ausdrucksmöglichkeiten (Schmidt-Kaehler & Knatz,

2012). Persönliche Beratung wird mit dem Älterwerden und von Personen mit geringem sozialen Status sowie von erkrankten Personen bevorzugt (Dierks & Seidel, 2012; Schmidt-Kaehler & Knatz, 2012; Schaeffer, 2005). Andererseits sind persönliche Gespräche in der Regel zeitaufwändiger und setzen Mobilität voraus (Pourie, 2011b; Stratmann et al., 2011). Für persönliche Gespräche wird angenommen, dass Termine eine höhere Verbindlichkeit haben und seltener abgebrochen werden (Schmidt-Kaehler & Knatz, 2012).

2.2.2.3 Konkretes Vorgehen

Telefonisches Gesundheitscoaching wird in unterschiedlicher Kontakthäufigkeit und Dauer durchgeführt. Die Interventionsdauer und Zahl der Kontakte liegt je nach Programm zwischen einem Anruf innerhalb von sechs Monaten bis zu 12 Anrufen innerhalb von 12 Wochen (Dale, Caramlau, Lindemeyer & Williams, 2008). Oft liegt die Kontakthäufigkeit zwischen einem Anruf oder einer SMS pro Woche und allen vier bis sechs Wochen oder quartalsweise. Andere Programme starten bspw. zunächst mit drei Einheiten pro Woche á 60 Minuten. Häufig reduziert sich die Kontakthäufigkeit im Verlauf der Intervention, um Unabhängigkeit und Selbstmanagementfähigkeiten der Teilnehmenden zu fördern (Hutchison & Breckon, 2011; Olsen & Nesbitt, 2010). Während einige Interventionen einen festgelegten Zeitplan für die Coachingeinheiten beinhalten, definieren andere eine bestimmte oder minimale Anzahl, z. B. ein bis zehn Anrufe (Teeter & Kavookjian, 2014; Olsen & Nesbitt, 2010). Weitere Faktoren für die Anruhfrequenz sind die Veränderungsbereitschaft der Teilnehmenden oder deren gesundheitliches Risiko (Böttcher et al., 2011; Haaf & Halsband, 2011). Je höher das Risiko eingeschätzt wird (Risikostratifizierung bzw. Leistungsindividualisierung), desto häufiger sind die Kontakte und desto geringer der zeitliche Abstand dazwischen (Haaf & Halsband, 2011). Dahinter steht die Annahme, dass je nach gesundheitlichem Risiko mehr oder weniger Beratungsbedarf besteht (ebd.). Dasselbe gilt für die Zahl der Anrufe zwecks Nachhaltigkeit der Maßnahmen, die zwischen ein und drei Anrufen liegen konnte (Teeter & Kavookjian, 2014). Die Dauer der betrachteten Programme umfasst Zeiträume von drei bis 24 Monaten und unterscheidet sich damit erheblich zwischen den Interventionen. Kürzere Interventionen sind hier nicht betrachtet worden. Am häufigsten wird von 12-monatigen Interventionen berichtet (Olsen & Nesbitt, 2010). Die Gesprächsdauer wird häufig nicht festgelegt, sondern variiert je nach Komplexität und Schweregrad der Erkrankungen, der Bedürfnisse der Teilnehmenden und ihrer Veränderungsbereitschaft. Ein Erstgespräch kann bspw. zwischen 30-60 Minuten dauern, Folgesitzungen liegen in einem Zeitrahmen von 10-30 Minuten (Teeter & Kavookjian, 2014; Böttcher et al., 2011; Haaf & Halsband, 2011; Hügler, 2012; Shaw et al., 2012; Hutchison & Breckon, 2011; Wolever & Eisenberg, 2011; Olsen & Nesbitt, 2010; 2008; Dale et al., 2008; Butterworth et al., 2007; Eakin et al., 2007).

Eakin et al. (2007) vermuten einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Anrufe und der Interventionsdauer mit den Outcomes. Die Ergebnisse von Interventionen, die sechs bis zwölf Monate dauern und mindestens zwölf Anrufe beinhalten, seien besser, als von Interventionen, die kürzer als sechs Monate sind und höchstens sechs Telefonate umfassen. In einem Vergleich von Coachings mit hoher und niedriger Kontaktfrequenz, waren diejenigen mit intensivem Coaching erfolgreicher (Digenio et al., 2009). Kivelä et al. (2014) und Olsen und Nesbitt (2010) schlussfolgern, dass Coachinginterventionen für optimale Outcomes des Gesundheitsverhaltens sechs bis acht bzw. sechs bis zwölf Monate dauern sollten. Der mutmaßliche Zusammenhang kann allerdings nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden und es gibt auch keine Studie, die unterschiedliche Interventionsdauer und/oder Kontakthäufigkeiten vergleicht (Goode et al., 2012; Hutchison & Breckon, 2011; Olsen & Nesbitt, 2010; Eakin et al., 2007). Die Bedeutung der Interventionsdauer ist daher noch unklar (Kivelä et al., 2014; ebd.). Es

gibt Hinweise, dass eine vollständige Teilnahme an der Intervention mit signifikant besseren Verhaltensänderungen assoziiert ist (Goode, Winkler, Reeves & Eakin, 2015; Goode et al., 2011).

Vorgehen und theoretische Grundlagen von telefonischem Gesundheitscoaching werden in Publikationen nur bedingt beschrieben (Dennis et al., 2013; Hutchison & Breckon, 2011). Es gibt eine Bandbreite von Interventionen mit ausgearbeiteten Coachingeinheiten, strukturierten Skripts, Computeralgorithmen (Protokolle und Pfade) oder freie, improvisierte Coachings (Dennis et al., 2013; Böttcher et al., 2011).

Transparente Methoden und Vorgaben sind erforderlich, um konsistente, valide und reliable Ergebnisse zu sichern (Hutchison & Breckon, 2011; Olsen & Nesbitt, 2010). Wesentlich für alle Coachinginterventionen ist die Beratung mit Informationen und zu (gesundheitlichen) Zielen. Letztere werden vielmehr im Gespräch entwickelt. Die gesamte Intervention verläuft typischerweise nach folgenden Stufen: Sondieren der Vorstellung der oder des Teilnehmenden zur „optimalen Gesundheit“, Abschätzen der Lücke zwischen dem Ist-Zustand der Gesundheit und dem Soll (Vision), identifizieren von Motivation und Verhandeln einer Strategie für kleine aber erfolgreiche Fortschritte in Richtung einer positiven, gesundheitsförderlichen und nachhaltigen Verhaltensänderung. Auf dieser Grundlage baut die Auswahl von Zielen auf, die mit den Werten der Person zusammenhängen (Wolever & Eisenberg, 2011). Als eine weitere an- bzw. abschließende Phase von Coachinginterventionen wird häufig eine „non-intervention“-Phase oder „Nachbetreuung“ beschrieben, ggf. mit erneuter Datenerhebung zur Überprüfung der Nachhaltigkeit der Intervention (Goode et al., 2012; Böttcher et al., 2011). Einzelne Coachingeinheiten folgen häufig einem Muster: 1) Begrüßung, 2) Diskussion der Fortschritte und Hindernisse von Verhaltensänderungen, 3) neue Ziele und Termin für folgende Coachingeinheit. Die Coachingeinheiten werden zudem von zwei Themenschwerpunkten dominiert: 1) Eruiierung der Erfahrungen der oder des Teilnehmenden, 2) aktive Maßnahmen (Caldwell, Gray & Wolever, 2013). Insgesamt initiiert der Coach einen Prozess zur Reflektion und Wahrnehmung des eigenen Gesundheitsverhaltens, bietet Information und Beratung hierzu, definiert gemeinsam mit der oder dem Teilnehmenden individuelle Gesundheitsziele, motiviert dazu, die Verhaltensänderungen nicht nur zu erreichen, sondern auch beizubehalten und fördert gesundheitsbezogene Kompetenzen, wie z. B. Selbstmanagementfähigkeiten.

2.2.2.4 Qualifikation der Gesundheitscoaches

Gegenwärtig sind Gesundheitscoaches mit unterschiedlichen beruflichen Qualifikationen tätig. Häufig haben sie einen medizinischen Ausbildungsberuf, wie z. B. Pflegekräfte, ggf. mit spezifischer Weiterbildung wie zertifizierte und registrierte Diabetesberatende (Hutchison & Breckon, 2011; Olsen & Nesbitt, 2010; Grant, 2005). Auch Ernährungsberatende, Physiotherapeutinnen und -therapeuten und Ärztinnen und Ärzte arbeiten als Coaches. Einige Studien nennen keine beruflichen Qualifikationen oder beschreiben eine berufsunabhängige Ausbildung in motivierender Gesprächsführung (Teeter & Kavookjian, 2014; Olsen & Nesbitt, 2010). Insgesamt werden Umfang und Inhalte der Qualifikation und Ausbildung der Coaches in Publikationen nur selten spezifiziert (Hutchison & Breckon, 2011; Olsen & Nesbitt, 2010). Es gibt keine Untersuchungen, die Gesundheitscoaching hinsichtlich der unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen und -qualifikationen vergleichen (Bunn, Byrne & Kendall, 2005). Das National Consortium for Credentialing Health and Wellness Coaches in den USA führte nationale Ausbildungsstandards für eine Grundqualifizierung in Gesundheitscoaching ein, das basales Wissen und Fähigkeiten bescheinigt. Dies beinhaltet Kenntnisse zu gesundheitsförderlichen Faktoren, elementares, evidenzbasiertes Wissen zu gesundem Lebensstil und Informationsquellen (Wolever et

al., 2017). In Deutschland hält es der Bundesverband Managed Care für erforderlich Qualitätsstandards für den ungeschützten Begriff des Coaches festzulegen sowie dessen neutrale Rolle sicherzustellen (Mißlbeck, 2013). Auch vom Hausärzterverband kamen entsprechende Forderungen nach einer genaueren „Begriffsbestimmung für Patienten-Coaching“ (ebd.). Des Weiteren sind juristische, ethische und qualitative Aspekte zu beachten: Gesetze, Aufklärung und Information der Teilnehmenden, umfassende Schulungen und Supervision des Coachings im Sinne der Qualitätssicherung sind zu beachten oder zu erfüllen (Coyle et al., 2007). Ausbildungs- und Schulungsangebote für Coaches erfordern Transparenz und den Bezug zu theoretischen und empirischen Grundlagen einschließlich medizinischer Leitlinien (Grant, 2017; Böttcher et al., 2011). Ein guter Coach, der mit evidenzbasierten Informationen und Methoden arbeitet, nutzt das beste und aktuelle Wissen und kennt auch die Grenzen der Evidenz (Grant, 2017). Vor dem Hintergrund der Fortschritte in Forschung und des größer werdenden und komplexen Wissens, ist die kontinuierliche Entwicklung und Weiterbildung als Coach unerlässlich (ebd.). Der Aspekt ist zudem relevant, weil anzunehmen ist, dass die Qualifikation die Outcomes des Coachings beeinflussen. Ferner ist die Beratungsbeziehung eine weitere Wirkungsgröße auf den des Beratungsprozesses. Sie ist auf Offenheit, Vertrauen und Zusammenarbeit ausgelegt. Ohne diese Basis können Methodenauswahl und -einsatz nicht wirksam sein (Nestmann, 2007). Gerade auch weil die Coaches Einsicht in viele persönliche Daten erhalten, z. B. zu Gesundheit, Finanzen, sozialem Umfeld und Familienverhältnissen der Teilnehmenden, ist Vertrauen Grundvoraussetzung für einen erfolgreichen Coachingprozess ((Schmid et al., 2008). Nachfolgend ist tabellarisch zusammengefasst, welche persönlichen, methodischen sowie fachlichen Qualifikationen von einem Coach gefordert werden (Tabelle 2). Die Auflistung ist nicht abschließend und in der Praxis unterscheiden sich die geforderten Kompetenzen je nach Arbeitsfeld und Teilnehmenden.

Tabelle 2: Auswahl persönlicher und fachlicher Qualifikationsanforderungen an Coaches (eigene Darstellung; Quellen: Wolever et al., 2017; Schmid et al., 2008; Coyle et al., 2007; Engel et al., 2007; Schreyögg, 2007)

Feldunspezifisches Wissen: persönliche und methodische Qualifikation (Beratungs- und Interaktionswissen, Methodiken)	Handlungsfeldspezifisches Wissen: fachliche-inhaltliche Qualifikation
<ul style="list-style-type: none"> • Breite Lebens- und Berufserfahrung • Angemessener Interaktionsstil • Empathie • Gesprächsführungskompetenzen, Umgang mit Teilnehmenden • Führungs- und Gestaltungswillen • Aufbau einer Arbeits- und Vertrauensbeziehung • Berücksichtigung kultureller Vielfalt und Pluralität • Kommunikationsmodelle • Kommunikation mit verschiedenen Akteuren • Kenntnisse zu Handlungsmodellen, Veränderungs-, Kontext und Prozessmodellen, z. B. für Verhaltensänderungen • Beratungsmethodologie und -methoden • Selbstorganisation und Schwerpunkte setzen können • „nicht beurteilende Präsenz“ („non-judgemental presence“, (Wolever et al., 2017, S. 537) • Selbstwahrnehmung zur Vermeidung unbewusster Verzerrungen in der Gesundheitsversorgung • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Intellektuelle Flexibilität • Sozialwissenschaftliches Wissen • Ideologische Offenheit • Feldkompetenz je nach Teilnehmenden • Wahl der Intervention (z. B. lenkend, emotional stützend, reflexiv, konfrontativ, katalytisch, kathartisch) • Ressourcen ermitteln und aktivieren • Faktenwissen • Kausalmodelle • Interventionsformen • Gesetzliche Grundlagen • Medizinische, therapeutische und psychologische Kenntnisse • Prävention und Gesundheitsförderung • Ethik und Qualität • Gesundheitssystem • Regionales Versorgungssystem • ...

2.2.3 Zusammenfassung: Vor- und Nachteile von telefonischem Gesundheitscoaching sowie Ziele, Grundlagen und Umsetzung der Intervention

Die Beschreibung der Grundlagen und Umsetzung von telefonischem Gesundheitscoaching weist auf die Vor- und Nachteile der Intervention hin. Diese sind in der nachfolgenden Tabelle 3 zusammengeführt.

Tabelle 3: Zusammenfassung der Vor- und Nachteile von Gesundheitscoaching (eigene Darstellung; Quellen: Bachkirova, 2017; Eakin et al., 2014; Dennis et al., 2013; Walters et al., 2012; Lawn & Schoo, 2010; Schmid et al., 2008)

Vorteile und Nutzen	Nachteile und Barrieren
<ul style="list-style-type: none"> • Pragmatisches Vorgehen • Basierend auf MI und anderen kognitiv-verhaltensorientierten Ansätzen, die evidenzbasiert sind • Flexibler Ansatz, nutzt verschiedene Techniken • Training und Ausbildung können an individuelle Bedürfnisse angepasst werden • Ansatz ist insbesondere geeignet für das Fördern und Beibehalten von Verhaltensänderungen • Gesundheitscoaching, insbesondere per Telefon, kann bezüglich Zeit und Kosten für Leistungen und Nutzende effizient sein • Flexible Auswahl von Methoden, die auf die individuelle Interaktion mit der oder dem Teilnehmenden und ihrem bzw. seinem Umfeld passt • Individuell zugeschnittene Intervention • Niedrigschwelliges Angebot: Erreichbarkeit und Verfügbarkeit, Telefon als günstiges und einfach zu bedienendes Kommunikationsmittel • Zugang zu schwer erreichbaren Zielgruppen • Längerfristige/kontinuierliche Intervention • Freiwilligkeit der Intervention • Unabhängige, objektive Beratung (Soll) • Kann den Zugang zu Gesundheitsleistungen verbessern • Einbezug der Lebensumstände führt zu ganzheitlichem Coaching und Gesundheitsversorgung 	<ul style="list-style-type: none"> • Abgrenzung/Unterscheidung von Zuständigkeiten für Coaching und Therapien können schwierig sein – für Professionelle und für Teilnehmende • Fehlende Definition des Coaching-Begriffs und Abgrenzung des Vorgehens • Kontinuierliche Evaluation zwecks Weiterentwicklung fehlen • Qualitätssicherung und Verantwortlichkeiten sind einzuführen bzw. zu klären • Ansatz beinhaltet nicht unbedingt den Einbezug bzw. die Kooperation mit anderen Gesundheitsprofessionen oder Leistungsanbietern • Schwierig für Personen mit geringen sprachlichen Kompetenzen • Häufig keine theoretischen und methodischen Grundlagen • Nutzen, Skalierbarkeit, Nachhaltigkeit des Ansatzes ist begrenzt • Evaluation ist komplex, daher fehlende Evidenz

Ziele von Gesundheitscoaching sind der Erhalt und die Verbesserung von Gesundheitszustand, -versorgung und Lebensqualität durch gesundheitsförderliches Verhalten, Vermeidung bzw. Verzögerung des Fortschreitens von Krankheiten und daraus resultierenden Einschränkungen sowie die Förderung von GK und Krankheitsbewältigung (Patientenperspektive). Ebenfalls sollen Versorgungsmanagement und GK eine effiziente bzw. zielgerichtete Leistungsanspruchnahme und die Orientierung im Gesundheitswesen fördern (Perspektive der Krankenkassen). Aus Public Health Sicht kann Gesundheitscoaching ein Mittel zur Bewältigung und Unterstützung der Versorgung der steigenden Zahl chronisch Erkrankter sein, insbesondere um neben medizinischen Aspekten der Versorgung gesundheitsförderliches Verhalten und die Reduktion von Risikofaktoren zu fördern.

Methodisch/Konzeptionell stehen das Setzen von Zielen und Motivationsförderung im Vordergrund für das Erreichen von Verhaltensänderungen. Es gibt Strukturen und Algorithmen für die Gesprächsführung, über die konkreten Herangehensweisen wird aber wenig berichtet. Grundlagen und das praktische Vorgehen ähneln sich: Coach und Teilnehmende setzen gemeinsam Ziele, treffen Entscheidungen zur Umsetzung von gesundheitsförderlichem Verhalten und Verhaltensänderungen und arbeiten auf das Erreichen der Ziele hin. Der Coach fördert intrinsische Motivation und Kompetenzen seines

Teilnehmenden und unterstützt sie oder ihn, Herausforderungen zu bewältigen und Hindernisse zu überwinden. Das Tätigkeits- und Rollenprofil des Coaches entspricht der eines Begleiters oder Lotsen, der die Teilnehmenden in allen Schritten des Reflektionsprozesses unterstützt: das Bewusstwerden für eine erforderliche Verhaltensänderung, Ziele setzen und Ziele erreichen. Die Tätigkeiten der Gesundheitscoaches umfassen u. a. die Analyse von Gesundheitsressourcen und -risiken, Begleitung, Beratung, Unterstützung zur Verhaltensänderung, bei Bedarf die Kontaktaufnahme und Vernetzung mit anderen Gesundheitsprofessionen sowie die Vereinbarung von gesundheitsbezogenen Zielen mit dem Coachingteilnehmenden. In dieser partnerschaftlich geprägten Beziehung basieren alle Entscheidungen auf den Werten und Bedürfnissen der Patientin oder des Patienten und ihrer bzw. seiner Lebenssituation. Die Patientin oder der Patient wird als Experte in eigener Sache verstanden.

In der Praxis (*Umsetzung*) wird telefonisches Gesundheitscoaching häufig für vulnerable Populationen mit komplexem ambulantem Versorgungsbedarf sowie zur Unterstützung für Prävention, Gesundheitsförderung und damit zusammenhängenden Verhaltensänderungen durchgeführt. Es wird angenommen, dass mit dem niedrigschwelligen Angebot große, auch teils schwer erreichbare Zielgruppen erreicht werden können, so dass einer möglichen Unterversorgung entgegengewirkt werden kann. Für eine effektive und effiziente Intervention ist es erforderlich die Zielpopulation zu identifizieren, anzusprechen und Zugang zum Angebot zu ermöglichen. Neben telefonischer Kommunikation gibt es auch Interventionen in Kombination mit persönlicher und/oder elektronischer Kommunikation sowie schriftlicher Art. Der Umfang der Interventionen variiert erheblich. Dauer und Kontakthäufigkeit werden entweder vorab festgelegt oder bedarfsorientiert erbracht. Häufig reduziert sich die Kontakthäufigkeit im Verlauf der Intervention. Es wird angenommen, dass Interventionen, die sechs bis 12 Monate dauern und mindestens 12 Anrufe beinhalten, effektiver sind, als kürzere Interventionen mit weniger Telefonaten. Ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der Anrufe und der Länge der Intervention mit den Outcomes wird vermutet. Das praktische Vorgehen des Coachings kann nach einem solchen Ablaufprotokoll oder auch völlig frei erfolgen. Theoretische Grundlagen spielen eine geringe Rolle, ohne solche Standardisierungen sind die Maßnahmen jedoch kaum vergleichbar. Meist findet im Gespräch eine Reflektion des Verhaltens und der Erfahrungen des Teilnehmenden statt sowie die Planung von Maßnahmen zur Verhaltensänderung. Gesundheitscoaches haben unterschiedliche berufliche Qualifikationen – häufig ist die Grundlage ein medizinischer Ausbildungsberuf. Eine standardisierte Qualifikationsanforderung an die Tätigkeit besteht bisher nicht. Qualifikation und Ausbildung der Coaches werden nur selten spezifiziert. Die persönlichen und fachlichen Qualifikationsanforderungen an Coaches sind jedoch umfangreich und beinhalten Kompetenzen fachlich-inhaltlicher Art (medizinisch-therapeutisches Wissen, Kenntnisse zur Prävention und Gesundheitsförderung sowie zum Gesundheitssystem) und persönlicher bzw. methodischer Art (Umgang mit Coaching-Teilnehmenden, Motivation und Prozess der Verhaltensänderungen). Eine abgrenzende Definition und eine Professionalisierung dieses Feldes sind erforderlich. Diese ist gleichzeitig so allgemein zu halten, dass sie die Weiterentwicklung von Coaching nicht beeinträchtigt. Denn die Vielfalt der Umsetzungsformen in der Praxis deutet auf eine hohe Dynamik und Entwicklung dieses Feldes hin. Der Einsatz neuer Technologien öffnet neue Möglichkeiten in der Umsetzung des Coachings. Diese können allerdings auf Grund des Umfangs und der Heterogenität nicht näher betrachtet werden.

2.3 Effektivität von telefonischem Gesundheitscoaching (Empirische Erkenntnisse)

Der empirische Forschungs- und Entwicklungsstand von telefonischem Gesundheitscoaching wurde mittels systematischer Literaturrecherche mit Fokus auf Ergebnissen zur Effektivität von telefonischem Gesundheitscoaching erfasst (vgl. methodisches Vorgehen in Abschn. 4.4.1). Die berücksichtigten Studien beziehen sich überwiegend auf die Indikationsbereiche Diabetes und HKE sowie die Einflussfaktoren Gewicht, Ernährung und Bewegung. Weitere Arbeiten betreffen Personen mit allgemein chronischen Erkrankungen bzw. hohen gesundheitlichen Risiken und deren Lebensstil. Zudem ist eine Publikation zu chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung und eine zu Wirbelsäulenverletzungen einbezogen (Arbour-Nicitopoulos, Tomasone, Latimer-Cheung & Ginis, 2014; Steventon, Tunkel, Blunt & Bardsley, 2013; Walters et al., 2012). Weitere Anwendungsfelder sind u. a. Rückenschmerzen, Depressionen und andere psychische Erkrankungen, onkologische Erkrankungen, Schwangerschaft oder Sucht. Die Publikationen hierzu erfüllten jedoch nicht die Einschlusskriterien. Ziel der nachfolgenden Beschreibung der Outcomes ist eine Einschätzung zur Effektivität von telefonischem Gesundheitscoaching. Zur besseren Übersicht sind die Endpunkte thematisch zusammengefasst und gegliedert: a) physische Gesundheit, b) psychische und mentale Gesundheit, c) Gesundheitsverhalten, d) Inanspruchnahme und Qualität der Gesundheitsversorgung, e) Kosten und Nutzen von telefonischem Gesundheitscoaching. Die thematischen Kategorien ergaben sich induktiv aus den berücksichtigten Publikationen.

2.3.1 Physische Gesundheit

Zur Messung erwünschter Effekte der Interventionen auf die physische Gesundheit werden Blutzucker bei Diabetes (HbA1c), Gewicht (prozentuale Gewichtsreduktion, Body Mass Index (BMI), Taillenumfang) Blutfettwerte (Triglyceride, Cholesterin, Low Density Lipoprotein), Blutdruck, Blutserum, Krankheitsstadien bei Herzerkrankungen, Diabetessymptome, Gesundheitsstatus, Schweregrad von Dyspnoe, Schmerzen, Krankheitsstatus rheumatoider Arthritis, ein kardiovaskulärer Risikoscore sowie Mortalität berichtet (Härter et al., 2016; Kivelä et al., 2014). Zunächst ist festzuhalten, dass sich die allgemeine physische Gesundheit im zeitlichen Verlauf der Intervention verbessern kann (Kivelä et al., 2014; Lawson et al., 2013; Böhme, Geiser, Mühlhoff, Holtmann & Renneberg, 2012). Physische und somatische Symptome und Einschränkungen können sich verbessern und der Krankheitsverlauf scheint mit dem sekundärpräventiven Ansatz beeinflussbar (Böhme et al., 2012; Böttcher et al., 2011). Kivelä et al. (2014) bewerten die Effekte insgesamt als positiv, trotz heterogener Studienergebnisse ihres Reviews.

Bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes ist der Blutzucker ein zentrales Outcome, der anhand des HbA1c-Wertes im Blut bestimmt wird. Es werden Verbesserungen dieses Wertes mit (signifikanten) Reduktionen im meist sechsmonatigen Interventionszeitraum und/oder im Vergleich zur Kontrollgruppe berichtet (Dennis et al., 2013; Jordan, Lancashire & Adab, 2011; Wolever et al., 2010, Sacco et al., 2004; Hayes et al., 2001). Andere Studien hingegen finden zwischen Interventionsgruppe im Vergleich zur regulären Versorgung keine Unterschiede der HbA1c-Werte durch telefonisches Gesundheitscoaching (Suksomboon et al., 2014; Eakin et al., 2014; Patja et al., 2012).

Ein zentraler Risikofaktor für chronische Krankheiten sind Übergewicht und Adipositas. Daher zielen viele Interventionen auf eine Gewichtsreduktion ab. Teilnehmende von telefonischem Gesundheitscoachings konnten ihr Körpergewicht signifikant verringern, einen verbesserten BMI und eine Reduktion des Taillenumfangs erreichen (Hammersley, Cann, Parrish, Jones & Holloway, 2015; Kivelä et al., 2014; O'Hara et al., 2013; O'Hara et al., 2012; Olsen & Nesbitt, 2010; Digenio et al., 2009; Jeffery

et al., 2003). Dieser Effekt hielt in einigen Untersuchungen auch weitere sechs Monate bzw. 12 Monate nach Ende der Intervention an (Hammersley et al., 2015; O'Hara et al., 2013; O'Hara et al., 2012; Jeffery et al., 2003). Die Nachhaltigkeit der Effekte 12 bzw. 14 Monate nach Interventionsbeginn konnte allerdings in einer ähnlichen Studie nicht gezeigt werden (Sherwood et al., 2006; Jeffery et al., 2003). Über eine signifikante Verbesserung des BMI durch eine Intervention in Deutschland berichtet Mißbeck (2013). In einer weiteren deutschen Pilotstudie wurde eine Gewichtsreduktion bei 45 % der Teilnehmenden gemessen und bei 29 % reduzierte sich der Bauchumfang (Pourie & Schmöller, 2010). Neben den beschriebenen positiven Effekten kommen andere Studien eher zu moderaten oder heterogenen Effekten hinsichtlich des Taillenumfangs oder der Gewichtskontrolle bzw. -reduktion im Vergleich zu Regelversorgung (Damschroder et al., 2014; Eakin et al., 2014; Patja et al., 2012; Hayes et al., 2001). Insgesamt müssen Einflussfaktoren auf das Outcome stärker berücksichtigt werden, da bspw. eine Gewichtsreduktion durch telefonisches Gesundheitscoaching bei Personen mit Depressionen und/oder Stress weniger wahrscheinlich ist (Trief, Cibula, Delahanty & Weinstock, 2014). In einer Studie aus Deutschland zu einer etwa einjährigen Intervention fiel auf, dass Coachingteilnehmende mit chronischer Krankheit oder Herzerkrankung eine signifikant höhere Mortalität haben, als vergleichbare Versicherte (Härter et al., 2016).

Nicht eindeutige Effekte zeigen Studien für weitere klinische Parameter: Für (systolischen) Blutdruck, Serum, Cholesterin, Triglyceride und Krankheitsstadien bei Herzerkrankungen konnten Eakin et al. (2014) und Patja et al. (2012) nach 18 bzw. 12 Monaten keine signifikant verbesserten Outcomes feststellen. Lediglich der diastolische Blutdruck konnte entsprechend der Zielvorgabe innerhalb eines Jahres gesenkt werden (Patja et al., 2012). Andere kamen zu dem Schluss, dass telefonisches Gesundheitscoaching Blutdruck, Blutfettwerte sowie Blutzucker verbessert (Jordan et al., 2011; Olsen & Nesbitt, 2010). Evaluationsergebnisse aus Deutschland zeigen eine signifikante Verbesserung von Blutdruck sowie weiterer Symptome wie Schwindel (Mißbeck, 2013, Pourie & Schmöller, 2010). Bei Diabetikerinnen und Diabetikern wurden verringerte medizinische diabetische Symptome während der sechsmonatigen Intervention beobachtet (Sacco, Malone, Morrison, Friedman & Wells, 2009).

2.3.2 Psychische und mentale Gesundheit

Untersuchungen weisen auf positive Outcomes von telefonischem Gesundheitscoaching für psychische und mentale Gesundheit und ihre relevanten Einflussfaktoren hin. So haben sich die allgemeine mentale Gesundheit, Selbstwirksamkeit und das Selbstvertrauen für Krankheitsbewältigung verbessert (Kivelä et al., 2014; Dennis et al., 2013; Hutchison & Breckon, 2011; Olsen & Nesbitt, 2010). Zudem zeigen Studien signifikante Verbesserungen für Stimmung, Stresslevel, Kontrollüberzeugung, emotionale Gesundheit und Verringerung depressiver Symptome – sowohl bei Diabeteserkrankten als auch für Menschen mit verschiedenen chronischen Krankheiten (Wolever & Dreusicke, 2016; Lawson et al., 2013; Härter et al., 2012; Wolever et al., 2010; Sacco et al., 2009). Telefonisches Gesundheitscoaching hat weiterhin einen signifikant positiven Einfluss auf die Veränderungsbereitschaft hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens (Lawson et al., 2013; Walters et al., 2012; Linden et al., 2010). Ebenso werden positive Effekte für Selbstmanagement, Selbstversorgung, Patientenaktivierung und Problemlösefähigkeiten berichtet (Wolever & Dreusicke, 2016; Dennis et al., 2013; Lawson et al., 2013; Hutchison & Breckon, 2011; Linden et al., 2010; Pourie & Schmöller, 2010; Wolever et al., 2010; Sacco et al., 2009). In einer Untersuchung in Deutschland fühlten sich zusätzliche 29 % der Teilnehmenden im Umgang mit Notfallsituationen sicherer (insgesamt 62 %) (Pourie & Schmöller, 2010). Weiterhin beziehen sich

Effekte des Coachings auf eine positivere Einstellung zur Krankheit (hier: Diabetes), einem verbessertem Sozialleben und sozialer Teilhabe (Wolever & Dreusicke, 2016; Kivelä et al., 2014). Dabei kann vermutet werden, dass Selbstwirksamkeit und ein verstärktes Bewusstsein für Selbstversorgungsziele auf verschiedene Interventionseffekte wirken, wie z. B. verringerte Depression, Bewegung und Fußkontrolle bei Diabetikerinnen und Diabetikern (Sacco et al., 2009).

Auch der subjektive Gesundheitszustand und die Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheitsfolgen können durch telefonisches Gesundheitscoaching verbessert werden (Dennis et al., 2013; Böhme et al., 2012; Walters et al., 2012; Hutchison & Breckon, 2011; Pourie, 2011b; Linden et al., 2010). Für die subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität berichten etwa 50 % der im Review eingeschlossenen Studien von positiven Ergebnissen hierzu (Hutchison & Breckon, 2011). Eine Studie mit Versicherten in Deutschland konnte für Teilnehmende des telefonischen Gesundheitscoachings mit HKE keinen nachhaltigen Effekt für Lebensqualität im Vergleich zur Kontrollgruppe messen (Härter et al., 2012). Die Evidenzlage ist allerdings insgesamt gering (Dennis et al., 2013). Böhme et al. (2012) vermuten zudem einen Zusammenhang zwischen Coachingkontakten und Gesundheitswahrnehmung, denn ihre Untersuchung zeigt, dass jeder Anruf assoziiert ist mit einer verbesserten subjektiven Gesundheit.

2.3.3 Gesundheitsverhalten

Als verhaltensbezogene Outcomes werden vornehmlich Dauer, Intensität und Häufigkeit von Bewegung, Ernährung (Zufuhr von Energie und Nährstoffen in Form von Kalorien, Fett, Zucker, Cholesterin, Ballaststoffe, Kohlenhydrate, Obst, Gemüse) und Arzneimitteladhärenz (Verschreibungen, selbst berichtete Adhärenz) gemessen. Studien und Reviews dazu zeigen, dass telefonisches Gesundheitscoaching das Gesundheitsverhalten der Teilnehmenden insgesamt verbessert. Das betrifft insbesondere das Ernährungs- und Bewegungsverhalten, wenn auch mit teils moderatem Effekt (Kivelä et al., 2014; Dennis et al., 2013; Goode et al., 2012; Kivelä et al., 2014; Olsen & Nesbitt, 2010; Eakin et al., 2007).

Signifikante Verbesserungen des Bewegungsverhaltens während mindestens sechsmonatiger Coachinginterventionen belegen verschiedene Studien, auch aus Deutschland (Wolever & Dreusicke, 2016; Kivelä et al., 2014; Dennis et al., 2013; Lawson et al., 2013; Böhme et al., 2012; Goode et al., 2012; Härter et al., 2012; O'Hara et al., 2012; Olsen & Nesbitt, 2010; Pourie & Schmöller, 2010; Rimmer, Hsieh, Graham, Gerber & Gray-Stanley, 2010; Sacco et al., 2009; Eakin et al., 2007). Die Effektgröße ist allerdings in einigen Fällen lediglich moderat (Eakin et al., 2007). Einige weitere Studien zeigen Hinweise für die Nachhaltigkeit der Bewegungssteigerung auch sechs oder zwölf Monate nach Ende der Interventionen (Hammersley et al., 2015; Eakin et al., 2014; Eakin et al., 2013; O'Hara et al., 2013; Eakin, Reeves, Winkler, Lawler & Owen, 2010). Personen mit Wirbelsäulenverletzungen erreichten durch eine Coachingintervention eine nicht signifikante Steigerung des Aktivitätsniveaus von moderat zu intensiv (Arbour-Nicitopoulos et al., 2014). Auch Eakin et al. (2009) stellen eine moderate Steigerung des Aktivitätsniveaus fest – sowohl für die Interventions- als auch die Kontrollgruppe. Als Grund für ein solches Ergebnis vermuten Hardemann et al. (2009) einen Messfehler. Kinmonth et al. (2008) zeigen allerdings, dass die Intervention zur Steigerung der körperlichen Aktivität im Vergleich von Interventions- und Kontrollgruppe keinen Effekt hatte, weder bei persönlichem noch telefoni-schem Coaching.

Für Ernährungsverhalten wurden überwiegend positive Effekte während und nach der Intervention (Follow Up zwecks Nachhaltigkeit) gemessen. In der Regel sind als Ziele die Reduktion der Kalorienzufuhr sowie die Steigerung der Aufnahme von Gemüse, Obst und Ballaststoffen definiert (Eakin et al., 2009). Es wurden moderate aber signifikante Verbesserungen im Vergleich zur regulären Versorgung erreicht (Eakin et al., 2014, Eakin et al., 2013; Eakin et al., 2009). Die Effekte sind außer für die Gemüsezufuhr nachhaltig, d. h. sie bestehen auch noch sechs oder zwölf Monate nach Ende der Intervention (Eakin et al., 2014; Eakin et al., 2013; O'Hara et al., 2013; O'Hara et al., 2012; Eakin et al., 2010). Nach einer etwa sechsmonatigen Intervention stellen auch Sacco et al. (2009) eine verbesserte Ernährung für Diabetikerinnen und Diabetiker fest und Lawson et al. (2013) für Teilnehmende mit hohem Krankheitsrisiko. Eine Studie aus Deutschland zeigt, dass sich das telefonische Gesundheitscoaching günstig auf die Flüssigkeitsaufnahme auswirkt, findet aber keine Effekte für das Ernährungsverhalten (Böhme et al., 2012). Eine verbesserte Ernährung zugunsten der Coachingteilnehmenden zeigen jedoch Härter et al. (2012) und Pourie und Schmöller (2010).

Für die Einnahme von Medikamenten, die bei der Behandlung von chronischen Krankheiten eine zentrale Bedeutung hat, zeichnet sich ein überwiegend positives Bild. Übersichtsarbeiten und Studien zeigen, dass sich die Medikamenteneinnahme unter Gesundheitscoaching verbessert (Wolever & Dreusicke, 2016; Teeter & Kavookjian, 2014; Dennis et al., 2013; Böhme et al., 2012; Olsen & Nesbitt, 2010; Pourie & Schmöller, 2010). Durch das Coaching verbessere sich das Medikationsmanagement und Beibehaltung der Medikation durch Folgerezepte (Olsen & Nesbitt, 2010). Die wahrgenommenen Hindernisse für Adhärenz können durch Coaching abnehmen (Wolever et al., 2010). Die verbesserte Adhärenz konnten Wolever und Dreusicke (2016) auch noch sechs Monate nach der Intervention messen. Sie korreliert mit einem verringerten Blutzuckerspiegel (Wolever & Dreusicke, 2016; Dennis et al., 2013). Gecoachte Versicherte mit HKE in Deutschland nahmen zudem signifikant weniger nicht-verschreibungspflichtige Medikamente ein als die Kontrollgruppe (Härter et al., 2012).

Teilnehmende dieser Studien zeigten zudem ein insgesamt verbessertes bzw. verringertes Risikoverhalten (Härter et al., 2012; Böttcher et al., 2011). Diabetikerinnen und Diabetiker, für die die regelmäßige Fußkontrolle hinsichtlich Veränderungen und Verletzungen wichtig ist und die an einem Gesundheitscoaching teilnahmen, kontrollierten häufiger ihre eigenen Füße (Sacco et al., 2009). Insgesamt scheint sich Gesundheitscoaching positiv auf gesundheitsförderliches Verhalten und das Erreichen von Zielen (innerhalb von sechs Monaten oder weniger) auszuwirken und fördert den Abbau von Informationsdefiziten.

2.3.4 Inanspruchnahme und Qualität der Gesundheitsversorgung

Ob telefonisches Gesundheitscoaching die Inanspruchnahme von Leistungen beeinflusst, wird häufig anhand der Zahl stationärer (Wieder-)Einweisungen und Krankenhausbehandlungen gemessen. Wenige Studien berücksichtigen Daten zur Leistungsinanspruchnahme ambulanter Versorgung, einschließlich Heil- und Hilfsmittel sowie Pflege. Für beide Versorgungsbereiche sind die Ergebnisse hierzu heterogen. Telefonisches Gesundheitscoaching kann die Leistungsinanspruchnahme teilweise erhöhen, wie die signifikant gestiegene Zahl der Notaufnahmen, der ambulanten Krankenhausbehandlungen sowie der sekundären Gesundheitskosten zeigen (Dennis et al., 2013; Steventon et al., 2013). Allerdings bestehen zwischen den Vergleichsgruppen nicht bekannte Unterschiede, die daher nicht in der Analyse berücksichtigt werden konnten (ebd.). Andere Studienautoren schließen jedoch, dass die Intervention zu einer Reduktion von Wiedereinweisungen ins Krankenhaus führt sowie zu

einer geringeren Verweildauer und Anzahl der Notaufnahmen während der 12-monatigen Intervention (Härter et al., 2016; Pomerantz, Toney & Hill, 2010; Pourie & Schmöller, 2010). In einer anderen Studie ist die Leistungsanspruchnahme (akute Hospitalisierung sowie ambulante Versorgung vor und nach der Intervention) für Interventions- und Kontrollgruppe ähnlich, allerdings ist im zweiten Jahr nach der Programmeinschreibung die Zahl der Notaufnahmen in der Interventionsgruppe signifikant geringer als in der Kontrollgruppe (Lin et al., 2012). Für chronisch Erkrankte berichten Härter et al. (2016) eine signifikant höhere Tagesdosis für Medikamente in der Interventionsgruppe. In einem Review wird keine Reduktion der Zahl der Notaufnahmen sowie ambulanter Versorgung (Hausbesuche, Arzttermine, Transport) durch die Intervention festgestellt. Die Zahl der Anrufe und unerwarteten Besuche bei der Ärztin oder beim Arzt sowie die Nutzung von Hilfen und die Zahl der Pflegeheimplätze war jedoch geringer (Vincent & Sanchez-Birkhead, 2013). Anhand der beschriebenen Ergebnisse lässt sich keine Schlussfolgerung ziehen ob und in welche Richtung telefonisches Gesundheitscoaching die Inanspruchnahme von Leistungen beeinflussen kann. Pourie und Schmöller (2010) stellten in Deutschland für die ärztliche Versorgung keine Veränderung fest, so dass die Autoren die gemessenen positiven Outcomes auf die Intervention zurückführen. Hinsichtlich der Qualität der Versorgung wird angenommen, dass telefonisches Gesundheitscoaching das Management der Versorgung für die Teilnehmenden mit chronischen Krankheiten verbessert (Kivelä et al., 2014; Dennis et al., 2013). Vincent und Sanchez-Birkhead (2013) führen die verbesserte Versorgung (klinisches Management) auf das erhöhte Screening und Monitoring zurück.

2.3.5 Kosten und Nutzen von telefonischem Gesundheitscoaching

Evidenz zum Kosten-Nutzen Verhältnis, zu möglichen Kosteneinsparungen und zur Effizienz von telefonischem Gesundheitscoaching liegt bisher überwiegend international vor (z. B. Lin et al., 2012; Hutchison & Breckon, 2011; Jordan et al., 2011; O'Hara, Phongsavan, Venugopal & Bauman, 2011). Allerdings ist die Bewertung finanzieller Aspekte der Intervention nur eingeschränkt möglich, denn nur wenige Studien haben Kosten von telefonischen Gesundheitscoaching berechnet bzw. publiziert und ggf. dem Nutzen gegenübergestellt (Goode et al., 2012; Hutchison & Breckon, 2011; Eakin et al., 2007). Zudem sind die Ergebnisse nicht ohne weiteres auf andere Länder übertragbar und bestehende Aussagen sind begrenzt, da Berichte von Einsparungen oder Kosten nur bestimmte Gruppen oder einzelne Studien betreffen (Dennis et al., 2013). Wenn Kosten kalkuliert wurden, dann ist das Kosten-Nutzen-Verhältnis meist positiv (Goode et al., 2012; Hutchison & Breckon, 2011).

Lin et al. (2012) konnten weder eine Kostenreduktion noch -steigerung für die Versorgung chronisch erkrankter Versicherter feststellen. Die Kosten sind vor und nach der Intervention für Coachingteilnehmende im Vergleich zur gematchten Kontrollgruppe ähnlich. Für Gewichtsabnahme in einem „managed care setting“ konnte eine Kosten-Effektivität von \$132 je Kilogramm Gewichtsverlust durch telefonisches Gesundheitscoaching erzielt werden, für dieselbe Intervention per E-Mail ebenso wie in der Regelversorgung betragen die Kosten \$72 je Kilogramm Gewichtsverlust. Beide Interventionen sind zwar wirksam, die kurz- und langfristige Wirksamkeit ist aber zu erhöhen (Sherwood et al., 2006). Eine andere Studie bewertete Kosteneffektivität anhand von zusätzlichen Kosten für Gesundheitsversorgung pro QALY. Die Kosteneffektivität war am höchsten bei Teilnehmenden mit Diabetes und moderat bei KHK. Bei vorliegender Herzinsuffizienz stiegen die Kosten an, jedoch ohne Effekt auf die Lebensqualität (Oksman, Linna, Horhammer, Lammintakanen & Talja, 2017). Pomerantz et al. (2010) stellten erhebliche Einsparungen anhand von Versorgungs- und Versicherungsdaten mit einem positiven Return on Investment (RoI = 3,84) fest. Varney et al. (2016) haben die Kosteneffektivität von

Telefoncoaching bei Diabetes untersucht und Kosteneinsparungen von \$3.327 pro Teilnehmenden gegenüber der Kontrollgruppe festgestellt. Gleichzeitig führte die Intervention zu nicht signifikanten Verbesserungen qualitätsadjustierter Lebenserwartung um 0,2 QALE (Quality-Adjusted Life Expectancy) und um 0,3 Jahre Lebenserwartung (Varney et al., 2016)¹². Für Deutschland sind bisher wenige Studien zur Kosteneffektivität von Gesundheitscoaching durchgeführt worden: Mit einer Intervention wurden Kosteneinsparungen bei Hochkostenfällen im Vergleich zur Regelversorgung von 18 % erreicht (Mißbeck, 2013). In einer Pilotstudie wurde eine Senkung der stationären Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr um mehr als zwei Drittel berechnet und die Gesamtkosten sanken pro Teilnehmenden um 63 % bzw. 3.365 EUR (Pourie & Schmöller, 2010). In einer anderen Pilotstudie konnten die ökonomischen Ziele nicht erreichen (Böttcher et al., 2011).

2.3.6 Zusammenfassung

Empirische Studien zeigen heterogene, tendenziell positive Ergebnisse zur Wirksamkeit von telefonischem Gesundheitscoaching hinsichtlich Gesundheit, Gesundheitsverhalten, -versorgung und Kosteneffektivität (vgl. tabellarische Zusammenfassung Tabelle 4). Unklar sind vor allem der Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und der Einfluss auf Kosten für die Gesundheitsversorgung. Die Ergebnisse dazu sind konträr. Sowohl steigende als auch sinkende Leistungsansprachnahmen und Kosten werden gemessen. Explizit negative oder adverse Effekte der Intervention sind in den einbezogenen Publikationen nicht beschrieben worden. Trotz der vielen Studien mit positiven Ergebnissen sind die Effekte moderat zu bewerten, denn häufig sind ihre Effektgrößen – sofern angegeben – klein.

O'Hara et al. (2013) schlussfolgern, dass mit ihrer breit angelegten Studie die Evidenz für eine hohe Wirksamkeit telefonbasierter Lebensstil-Intervention zunehmend akzeptiert wird und daher weitere Untersuchungen nicht mehr erforderlich seien. Hutchinson und Breckon (2011) sowie Eakin et al. (2007) kommen zu dem Schluss, dass die Mehrheit der Studien über günstige Outcomes für telefonisches Gesundheitscoaching bei chronischen Krankheiten berichtet. Trotz der moderaten und heterogenen Ergebnisse wird angenommen, dass die Intervention insbesondere für vulnerable Gruppen effektiv ist, wie bei Diabetes und kardiovaskulären Erkrankungen (Dennis et al., 2013; Vincent & Sanchez-Birkhead, 2013; Hutchison & Breckon, 2011).¹³ Eine Studie mit schlecht eingestellten Diabetespatientinnen und -patienten zeigte zudem, dass die Effekte bei Teilnehmenden mit schlechteren Ausgangswerten größer waren (Jordan et al., 2011). Möglicherweise profitieren insbesondere diese Patientengruppen, bzw. die Intervention ist für diese Zielgruppe am effektivsten. Hingegen scheint es keinen Zusammenhang des Erfolgs der Intervention mit soziodemografischen Faktoren zu geben (Goode et al., 2015). Die Evidenz für finanzielle Auswirkungen von telefonischem Gesundheitscoaching ist eingeschränkt, dennoch wird in vielen Publikationen argumentiert, die Intervention sei für chronisch Erkrankte oder zumindest einige Krankheitsgruppen kosteneffektiv und führe zu Einsparungen in der Versorgung (Hutchison & Breckon, 2011). Die Wirksamkeit der Intervention ist weithin unklar (Dennis et al., 2013). Zudem weisen mehrere Studien darauf hin, dass eine telefonische Intervention nicht gegenüber anderen Medien und Kommunikationswegen überlegen ist. Bei gleicher Wirksamkeit, kann

¹² Für die Berechnung wurde angenommen, dass die telefonische Begleitung kontinuierlich stattfindet und nach zehn Jahren die Kosten für das Coaching durch Einsparungen und gesundheitlichem Nutzen vollständig wieder reingeholt werden (Varney et al. 2016).

¹³ Vincent und Sanchez-Birkhead (2013) kommen in ihrem Review zu dieser Einschätzung, auch wenn dies im Kontext anderer Ergebnisse zum Inanspruchnahmeverhalten nicht so eindeutig formuliert werden kann.

sie aber kostengünstiger sein (Damschroder et al., 2014; Goode et al., 2012; Taggart et al., 2012; Hutchison & Breckon, 2011; Olsen & Nesbitt, 2010; Digenio et al., 2009; Eakin et al., 2007; Sherwood et al., 2006; Jeffery et al., 2003). Die Bewertung von telefonischem Gesundheitscoaching wird erschwert, da die Bedingungen, die zu einer wirksamen Intervention führen, sowie die Berechnungen von Kosteneffektivität von Studie zu Studie unterschiedlich sind und ihre Vergleichbarkeit begrenzen. Nicht nur unschlüssige Ergebnisse für klinische Parameter, die wenig untersuchten bekannten und unbekanntem Einflussfaktoren und die große Variation der Outcomes und ihre Erhebung erschweren Vergleich und Bewertung der Maßnahmen. Auch die große Heterogenität der Methoden, Medien und Qualifikation der Coaches sowie die herangezogenen Vergleichsgruppen verkomplizieren dies (Kivelä et al., 2014; Patja et al., 2012). Zur umfassenden Bewertung der Leistung des telefonischen Gesundheitscoachings sind zwingend mehr Daten erforderlich (Hutchison & Breckon, 2011).

Tabelle 4: Inhaltliche Zusammenfassung des Forschungsstands zu Effekten von telefonischem Gesundheitscoaching (eigene Darstellung)

Outcome	Positive Effekte	Heterogene Effekte
Blutzucker	Gesunkener HbA1c-Wert, Intervention ist allerdings nicht unbedingt im Vorteil gegenüber regulärer Versorgung	
Gewicht	Überwiegend Gewichtsreduktion erreicht, Hinweise auf Nachhaltigkeit	
Physische Gesundheitsparameter		Blutdruck, keine Veränderung der Outcomes für diverse Blutwerte
Mentale Gesundheit	Positive Veränderungen und Bewertungen für mentale und psychische Gesundheit, Selbstmanagement und Selbstwirksamkeit	Gesundheitsbezogene Lebensqualität
Bewegung	Überwiegend positive Veränderung mit Hinweisen auf Nachhaltigkeit, Intervention ist allerdings nicht unbedingt im Vorteil gegenüber der Kontrollgruppe	
Ernährung	Überwiegend positive Veränderung mit Hinweisen auf Nachhaltigkeit	
Adhärenz	Überwiegend erhöhte Adhärenz und verbessertes Medikationsverhalten	
Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen		Teils steigende, teils sinkende Inanspruchnahme von (meist stationären) Leistungen
Kosten		Kostenentwicklung, es scheinen noch viele methodische Fragen zu Messung und Erhebung offen, Ergebnisse sind häufig kaum vergleichbar

2.4 Exkurs: Methoden zur Identifikation und Auswahl von Teilnehmenden für Versorgungsmanagement

Aus der Perspektive von Public Health ist eine Intervention zur Prävention und Gesundheitsförderung insbesondere bei Menschen mit chronischen Erkrankungen oder mit einem hohen Risiko für das Auftreten einer chronischen Krankheit wichtig. Der Ansatz zielt darauf ab, den Gesundheitszustand trotz des erhöhten Krankheitsrisikos zu verbessern bzw. zu stabilisieren sowie Gesundheitskosten zu begrenzen oder sogar zu reduzieren (Murphy, Castro & Sylvia, 2011; Cousins, Shickle & Bander, 2002). Dabei wird angenommen, dass die Intervention umso effektiver und effizienter ist, je frühzeitiger sie eingeleitet wird (Cousins et al., 2002). Voraussetzung hierfür ist die rechtzeitige Identifikation und Ansprache der Risikopopulation bzw. der richtigen Teilnehmenden für eine geplante Maßnahme

(Freund et al., 2011; Murphy et al., 2011; Freund et al., 2010). Zur spezifischen Auswahl von Teilnehmenden kann die Zielpopulation nach der Höhe des Risikos, der Art und der Schwere der Erkrankung differenziert werden. Diese Risikostratifizierung dient dazu, Personen und geeignete Interventionen zielgruppen- und bedarfsspezifisch auszurichten. Ebenso gilt es, die Effektivität der Intervention zu verbessern und damit die Nutzung verfügbarer Ressourcen für die Gesundheitsversorgung zu optimieren. Für Erfolg und Effizienz einer Intervention ist es also wichtig, diejenigen Personen/Versicherten/Patientinnen und Patienten, die am meisten profitieren, zu identifizieren und zur Teilnahme zu motivieren (Dixon & Bardsley, 2012; Hartmann, Schauer, Krauth & Amelung, 2012; Freund et al., 2010).

Für die Auswahl der richtigen Teilnehmenden aus einer Bevölkerungs-, Versicherten- oder Patientengruppe für Interventionen bestehen unterschiedliche Möglichkeiten: 1) Ärztinnen und Ärzte oder andere Leistungserbringende können Patientinnen und Patienten für eine Intervention auswählen bzw. die Teilnahme empfehlen. Diese Identifizierung von Personen beruht auf klinischem Erfahrungswissen der Leistungserbringenden. 2) Eine Bevölkerungs- oder Versichertengruppe wird nach ihrem subjektiven Gesundheitszustand und ggf. hieraus resultierenden Einschränkungen befragt. So können Personen mit subjektiv hoher Krankheitslast anhand der Ergebnisse als interventionsbedürftig identifiziert werden. Diese genannten Verfahren sind zwar effektiv, jedoch ebenfalls teuer und aufwändig. 3) Eine Alternative stellen softwaregestützte Verfahren dar, die in der Regel auf bestehende Daten der Krankenversicherung zu Diagnosen und Ressourcennutzung (Abrechnungsdaten, Kosten) zurückgreifen. Hieraus werden Versicherte mit definierten Eigenschaften systematisch selektiert und identifiziert. Die Versicherten werden anhand von Morbiditätsgruppen oder der Berechnung von Risikoscores oder Prognosen zur potenziellen Ressourcennutzung differenziert. So kann die Zielgruppe kriteriengeleitet anhand der Ergebnisse der Datenanalyse und der Prognosen identifiziert werden. Denkbar sind z. B. Hochnutzer, potenzielle Hochkostenfälle, Versicherte mit hohem Hospitalisierungsrisiko, mit definierter chronischer Erkrankung (z. B. Diabetes oder HKE), mit Multimorbidität oder mit einem Risikoscore, der einen definierten Grenzwert überschreitet. Auch wenn die Genauigkeit der softwarebasierten Verfahren weiter zu verbessern ist, sind sie eine effektive Möglichkeit, um Personen bzw. Versicherte für eine Intervention auf Grundlage bestehender Daten zu identifizieren (Freund et al., 2011; Murphy et al., 2011; Freund et al., 2010; Sylvia et al., 2006). Wichtig ist, dass nicht nur Versicherte mit hohen Krankheitsrisiken und Kostenprognosen identifiziert werden, sondern auch diejenigen, bei denen diese noch nicht vorliegen und die Erkrankung noch steuerbar ist (Carroll, 2005). Nachfolgend werden einige häufig verwendete Modelle der drei genannten Auswahlverfahren für die Teilnahme an gesundheitsförderlichen und präventiven Interventionen beschrieben und bewertet.

2.4.1 Softwaregestützte Modelle

2.4.1.1 Hintergrund und Anwendungsbereiche

Eingeführt wurden die ersten auf Abrechnungsdaten basierenden, statistischen Modelle Ende der 1980er Jahre (Zhao et al., 2005). Hier lag der Fokus zunächst auf hospitalisierten Versicherten, die bereits vor der stationären Behandlung hohe Kosten verursacht, einen langen Krankenhausaufenthalt hatten und deren poststationäre Versorgung organisiert werden sollte (Yi, 2008). Die Verfahren werden stetig weiterentwickelt. Heute gibt es eine Vielzahl von Modellen und Methoden für die Prognose von Kosten, Leistungsanspruchnahme und Hochrisikoversicherten. Einige sind frei und kostenlos verfügbar, andere sind kostenpflichtig und lizenziert (Powers, Meyer, Roebuck & Vaziri, 2005). Daten-

grundlage sind häufig die Abrechnungs- und Routinedaten, auf die mathematische Formeln und statistische Methoden angewandt werden (Dixon & Bardsley, 2012; Murphy et al., 2011; Chang, Lee & Weiner, 2010; Behrend et al., 2007; Powers et al., 2005; Cousins et al., 2002). Anhand von Prädiktoren werden die zukünftigen Kosten und das potenzielle Nutzungsverhalten prognostiziert. Dabei sind insbesondere diejenigen Faktoren zu berücksichtigen, die eine hohe Leistungsanspruchnahme und hohe Kosten determinieren (Hartmann et al., 2012). International sind die verschiedenen Methoden zur Prädiktion von Hochnutzern vor allem in den USA und in Großbritannien verbreitet. Ihre Entwicklung und Anwendung erfolgt aber auch zunehmend in Australien, Deutschland, Taiwan, Südamerika und Vorderasien (Hartmann et al., 2012; Panattoni, Vaithianathan, Ashton & Lewis, 2011; Chang et al., 2010; Kosack & Wolik, 2010; Kuo & Lai, 2010; Behrend et al., 2007).

2.4.1.2 Datenbasis und Prädiktoren

Die Datenbasis der Modelle umfasst verschiedene Informationen über die Versicherten bzw. Patientinnen und Patienten und variiert nach Verfügbarkeit. Die vielfältigen Informationen zur Morbidität von Versicherten werden dabei zu einer Kennzahl oder wenigen Bewertungskriterien zusammengefasst und verdichtet (Reschke & Sehlen, 2005). Diese können sein:

- Demografie/Patientencharakteristika, ggf. sozialer Status (Alter, Geschlecht, Familienstand, Bildungsstand, Art der Beschäftigung, ethnischer Hintergrund)
- Gesundheitsverhalten (Risikoverhalten, z. B. Rauchen)
- Kosten (Abrechnungsdaten aus ambulanter und/oder stationärer Versorgung)
- Diagnosen (Gesundheitszustand, Vorliegen einer chronischen Erkrankung)
- Medikation (Verschreibungen, Abrechnung)
- Inanspruchnahme von Leistungen (Behandlungen)
- Subjektive Gesundheitseinschätzung (z. B. SF-36 Health Surveys) (Hartmann et al., 2012; Behrend et al., 2007; Powers et al., 2005; Zhao et al., 2005; Chern, Wan & Begun, 2002; Ash, Zhao, Ellis & Kramer, 2001, 2000).

Die Modelle beruhen i. d. R. auf demografischen Variablen sowie Diagnose- und Nutzungsdaten. Die besten und genauesten Prognosen werden mit Daten zu Diagnosen, Verschreibungen und vorherigen Kosten erreicht. Zudem kann der Einbezug von Laborergebnissen sowie Daten zur subjektiven Einschätzung des Gesundheitsstatus und Funktionen die Vorhersagekraft verbessern (vgl. Abschn. 2.4.3). Bislang haben nur wenige Studien klinische und Prozessdaten integriert und eine marginale Verbesserung der Genauigkeit ist nicht bewiesen (Panattoni et al., 2011; Perrin et al., 2011; Meenan et al., 2003; Chern et al., 2002). Die Wahl und Nutzung der verfügbaren Daten hängt vom Ziel bzw. der Fragestellung der Analyse ab: Daten soziodemografischer Art und zur Inanspruchnahme von Leistungen werden häufig zur Identifizierung von Hochnutzern verwendet, um Maßnahmen zur Steuerung der Versorgung und des Nutzungsverhaltens abzuleiten. Hierzu werden ggf. auch Kostenprognosen verwendet. Kostendaten werden nicht nur zur Kostenprognose, sondern auch für die Ressourcenallokation angewendet, unabhängig von ihrer Ursache (Hartmann et al., 2012). Insgesamt ist die Herangehensweise für Modellierungen und Prognosen von Heterogenität geprägt. Zum einen betrifft dies die Modellfindung selbst (Klassifikationssysteme, wie z. B. Diagnostic Cost Groups (DxCg), Data-mining Techniken (Auffinden von Mustern und Strukturen in Daten mittels Algorithmen), verschiedene Formen von Regressionen (extreme, logistische, lineare, negativ binomiale), zum anderen die Auswahl der Prädiktoren, die die Vielzahl von Diagnosen aggregieren und für die Vorhersage von Hochnutzern und Hochkostenfällen nutzen (Hartmann et al., 2012).

2.4.1.3 GKV-Routinedaten als Datenquelle

In Deutschland werden Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherungen für softwaregestützte Analysen und Prognosen verwendet (ggf. werden Daten privater Krankenversicherungen verwendet, die sind hier jedoch zu vernachlässigen). GKV-Routinedaten entstehen im Rahmen der administrativen Tätigkeiten der Krankenkassen bei der Abrechnung mit Leistungserbringenden (Bowles, 2009). Sie enthalten „Informationen zur Leistungsanspruchnahme und Kosten sowie klinischen Ereignissen oder Morbidität in der medizinischen Routineversorgung“ (Zeidler & Braun, 2012). Sie finden insbesondere im Rahmen von Versorgungsforschung und Versorgungsmanagement weitere Verwendungszwecke (Sekundärdaten) (Bowles, 2009).

Eigenschaften der GKV-Routinedaten sind neben einem hohen Grad an Vollständigkeit und Kontinuität (außer bei Kassenwechsel), die sektoren- und leistungsübergreifende Perspektive. Daraus ergibt sich die Möglichkeit, längsschnittliche, personen- und ereignisbezogene Analysen der Versorgung durchzuführen. Allerdings beziehen sich die Daten allein auf einen Kostenträger. Versorgungsleistungen, die nicht im Rahmen des gesetzlichen Versicherungssystems bzw. der professionellen Versorgung erbracht wurden, sind hierin nicht enthalten (z. B. privatärztliche Behandlungen, Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), nicht-rezeptpflichtige Arzneimittel, Selbsthilfe) (Bowles, 2009). Die Erhebung der Routinedaten erfolgt unabhängig von Forschungsfragestellungen (Zeidler & Braun, 2012; ebd.). Die Daten „spiegeln [...] die unmittelbare Versorgungspraxis wieder“ und ergänzen „damit die Perspektive der klinischen Forschung“ (Bowles, 2009, S. 82–83). Der tatsächliche Ressourcenverbrauch sowie Komorbiditäten und Mortalität können dargestellt werden (Zeidler & Braun, 2012). Sie erlauben die Bildung großer Studienkollektive, retrospektive wie prospektive Studiendesigns und die Analyse der Versorgungssituation mit geografischem Bezug. Weitere Limitierungen von GKV-Routinedaten und -analysen sind unbekannt Validität und Reliabilität, fehlende klinische und patientenseitige Informationen, fehlende Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteldaten stationärer Behandlungen, fehlende Arzneimitteladhärenz, (systematische) Verzerrungen auf Grund von variierender Kodierqualität, von Morbiditätsunterschieden und fehlende Kontrollmöglichkeit systematischer Verzerrungen insbesondere durch Confounder (Zeidler & Braun, 2012; Bowles, 2009). „Aufgrund der vielfältigen Limitationen von GKV-Routinedaten erschöpft sich ihr Anwendungskontext vornehmlich auf deskriptive und explorative Studiendesigns, ihre Eignung für die Durchführung von evaluativen Studien sowie zur Ableitung kausaler Zusammenhänge ist hingegen stark eingeschränkt.“ (Bowles, 2009, S. 93). Dennoch sind sie nützlich für die Versorgungsforschung. Die Nutzung von GKV-Routinedaten zur Teilnehmerauswahl für Versorgungsmanagementprogramme ist auf Grund der verfügbaren Daten insbesondere zu Morbidität und Mortalität möglich. Diese Informationen sind zentral für die Durchführung von VM. Denn Limitationen müssen bei ihrer Anwendung und Interpretation unbedingt berücksichtigt werden, insbesondere der fehlende Schweregrad von Erkrankungen.

2.4.1.4 Anwendungsbereiche

Die Identifikation von Versicherten anhand definierter Merkmale bzw. Prognosen für die Teilnehmerauswahl von VM ist also ein Anwendungsbereich der Modelle. Darüber hinaus kann es zur Prognose von Kosten, zur Identifizierung von Hochnutzern bzw. erkrankten Personen mit Steuerungsbedarf in der Versorgung sowie als Methode der Ressourcenallokation verwendet werden (Dixon & Bardsley, 2012; Hodgman, 2008). Bisherige Modelle zeigten teils nur relativ wenig Varianz für die prognostizierten Gesundheitsausgaben auf (Cucciare & O'Donohue, 2006). Eine zentrale Anwendungsmöglichkeit solcher routinedatenbasierten Modellierungen ist die Evaluation. Demnach eignen sich diese Methoden auch für die Evaluation breit angelegter Interventionen in der Regelversorgung (Dixon & Bardsley,

2012; Hodgman, 2008). Dies ist auch bei der Skalierung von Interventionen und Projekten und der Übertragung in die Regelversorgung wichtig. Es ergeben sich weitere Nutzungsmöglichkeiten wie bspw. Beschreibung und Management der Krankheitslast und des Gesundheitszustands von Bevölkerungsgruppen. Differenzierte Analysen von Routinedaten und daraus berechnete Risikoscores können Hinweise auf eine unterschiedliche Verteilung von Erkrankungsbildern und Versorgungsbedarfen in der Bevölkerung geben sowie zu regional unterschiedlich verteilter Krankheitslast. Dies sind wichtige Informationen z. B. für die regionale Ressourcenallokation und hinsichtlich Versorgungsbedarfe (Siemens, Guroi-Urganci, Atun & Weiner, 2007). Ferner kann die Leistungsfähigkeit von Leistungserbringenden bewertet werden, indem die erwartete und tatsächliche Ressourcennutzung gegenübergestellt wird. Diese Analysemöglichkeiten können der Qualitätssicherung und der Förderung von Transparenz sowie qualitätsorientierten Vergütungsmodellen dienen (Siemens et al., 2007).

Die Ergebnisse von Evaluation und Datenanalysen stehen in engem Zusammenhang mit einer adäquaten, bedarfsgerechten Ressourcenallokation. Sie beinhalten z. B. die Krankheitslast der Bevölkerung. Die Daten können bspw. für das Monitoring der Leistungsanspruchnahme und für die bedarfsgerechte Allokation von Gesundheitsressourcen genutzt werden (Zhao et al., 2005; Zhao, Ash, Ellis & Slaughter, 2002). Ebenso können Krankheits- und Kostenprofile für relevante (Sub-)Gruppen und für Individuen erstellt werden, z. B. für die Umsetzung von Interventionen wie Versorgungs- oder Kostenmanagement (Zhao et al., 2005). Dies kann dem Ziel dienen, die Versorgung von Versicherten zu steuern. Die betrachteten diagnose- und medikationsbasierten Modelle sind wichtige Prädiktoren für Kostenprognosen. Zudem können die Ergebnisse von Kostenträgern für eine risikoadjustierte Vergütung der Leistungserbringenden und/oder von privaten Krankenversicherungen zur Prämienkalkulation genutzt werden. Je nach Finanzierungsmodell des Gesundheits- und Versicherungssystems verschieben sich möglicherweise die finanziellen Risiken vom Kostenträger zu Leistungserbringenden bzw. vom Kostenträger zum Versicherten, der eine höhere Prämie zahlen muss (Dixon & Bardsley, 2012; Hartmann et al., 2012; Freund et al., 2011; Panattoni et al., 2011; Verisk Health, 2011; Freund et al., 2010; Weir, Phil, Aweh & Clark, 2008; Siemens et al., 2007; Cucciare & O'Donohue, 2006; Cousins et al., 2002; Zhao et al., 2002; Ash et al., 2000).

2.4.1.5 Arten von softwaregestützten Modellen

Grundsätzlich können verschiedene softwarebasierte Methoden zur Identifikation von Versicherten Gruppen unterschieden werden: a) Modellierung und Auswahl nach festgelegten Schwellenwerten/Grenzwerten, b) Prognosemodelle sowie c) die Bildung von Morbiditätsgruppen. Sie unterliegen unterschiedlichen Implementations- und Berechnungsverfahren. Eine Vielzahl von Modellen steht für die Datenanalyse und Identifikation von Versichertengruppen zur Verfügung. Sie sind entweder kommerziell oder frei verfügbar. Als Beispiele sind zu nennen:

- Adjusted Clinical Groups (ACGs) und Adjusted Clinical Groups Predictive Modeling (ACG-PM)
- Chronic Illness and Disability Payment System (CDPS),
- Diagnostic Cost Groups (DCGs), RxGroups und Hierarchical Condition Categories (HCC)
- Pharmacy based cost groups + diagnostic cost groups (PCG+DCG), sowie
- Inpatient Hierarchical Condition Categories (RxGroups+IPHCC) (Powers et al., 2005).

Häufig verwendet wird auch das Modell „RxGroups+IPHCC“, das auch für Routinedaten gesetzlicher Krankenkassen gut geeignet ist (Reschke & Sehlen, 2005). Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsrentner-Status, Informationen ambulanter Arzneimittelverordnungen und Krankenhaus-Diagnosen

werden verwendet (ebd.). Nachfolgend werden die DCG und HCC näher beschrieben, die von der Heimatkrankenkasse für die Auswahl der Weitblick-Teilnehmenden angewandt wurden. DCGs sind Morbiditätsgruppen. Sie dienen der Klassifikation von Versicherten nach Krankheitsprofilen, die dann zur Planung von Unterstützungsmaßnahmen und Versorgungsmanagement genutzt werden (Zhao et al., 2002). HCC ist ein „Zuschlagmodell“, d. h. neben der Basisvergütung sind zusätzliche finanzielle morbiditätsorientierte Zuschläge vorgesehen (Reschke & Sehlen, 2005; Reschke et al., 2005).

Das Verfahren der DCG ist ursprünglich eine Methode zur Klassifizierung von Versicherten, heute wird es häufig zur Prognose von Risiken und Kosten angewandt, das auf aggregierten Morbiditätsdaten basiert. Dazu werden Morbiditätsgruppen (781 Gruppen) anhand von Diagnosen gebildet, die aus der Behandlungsdokumentation hervorgehen. Die Versicherten werden jeweils nur einer DCG-Morbiditätsklasse zugeordnet, nämlich der jeweils „teuersten“ Diagnose. Multimorbidität oder die mehrfache Dokumentation einer Diagnose führen nicht zu einem höheren Risiko bzw. zu einer höheren Kostenprognose (Reschke et al., 2005). Personen mit hohen Gesundheitsrisiken können so identifiziert werden (Zhao et al., 2002). Die Anwendung für eine Kostenprognose unter Einbezug von DCGs erfordert eine ausreichend hohe Fallzahl von mehreren hundert Personen, damit die prognostizierten und tatsächlichen Kosten ähnlich sind (Zhao et al., 2002). Die Verwendung der Grouper-Software setzt zudem eine jährliche Lizenz voraus (Weir et al., 2008; Reschke et al., 2005). Die DCG-Morbiditätsgruppen werden schließlich zu ca. 184 Condition Categories (CC) aggregiert (Reschke et al., 2005). Diese dienen der schnellen Identifikation von Gruppen mit bestimmten Krankheitsprofilen (Reschke et al., 2005; Zhao et al., 2002). Die Aggregation erfolgt zuerst nach klinischer Sinnhaftigkeit und weiterhin nach Kostenaspekten. Die Weiterentwicklung der CCs zu HCCs berücksichtigt zusätzlich den klinischen Schweregrad und die Kostenträchtigkeit der Erkrankung, so dass die Kategorien weitgehend hierarchisch geordnet werden. Die HCCs erfassen nicht nur eine Diagnose, sondern die gesamte Morbidität eines Versicherten auf Basis ambulanter und stationärer Diagnosedaten. Aus der Summe der relevanten Diagnosen und diagnosebasierten Behandlungskosten ergibt sich additiv das Risiko bzw. Zuschläge für die Kostenprognose (Reschke et al., 2005). Studien, die verschiedene Methoden der Risikoadjustierung zur Identifizierung von Hochkostenfällen gegenüberstellen, zeigen, dass verschiedene Modelle wie DCG oder auch ACGs, insgesamt vergleichbar sind. Je nach Modell unterschiedlich die Leistungsfähigkeit in Abhängigkeit von der Datengrundlage, der betrachteten Stichprobe und Gütewerten (Meenan et al., 2003)¹⁴. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass hinsichtlich der Genauigkeit verfügbarer Prognosemodelle widersprüchliche Ergebnisse für die einzelnen Modellrechnungen vorliegen. Das gilt auch, wenn die Validität vieler verfügbarer Prognosemodelle, die auf Abrechnungsdaten basieren, gut ist (Panattoni et al., 2011; Perrin et al., 2011; Meenan et al., 2003).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass mit Modellen zur Risikoadjustierung, wie DCG und HCC, Versicherte, die wahrscheinlich hohe Kosten verursachen werden oder einen hohen Risikoscore haben bzw. einer Morbiditätsgruppe mit hohen Risiken zugeordnet sind und von Versorgungsmanagement profitieren würden, effizient identifiziert werden können. Verbesserte Prognosen auf Basis von Datenscreenings können Entscheidungen bezüglich effizienter Versorgungsplanung und Ressourcenver-

¹⁴ Je nach Fragestellung konnte nachgewiesen werden, dass mit den DCGs die meisten Hochkostenfälle unter Versicherten mit Asthma, Diabetes und Depression identifiziert wurden (Meenan et al., 2003). Bei einer Fallauswahl nach dem 90. Perzentil sowie für die Prognose von Hospitalisierungen war hingegen das ACG-PM etwas überlegen. Wiederum prognostizierte das DCG-Modell die Hoch- und Höchstkostenfälle nach dem 99. Perzentil besser. Diese Ergebnisse stimmen mit denen anderen Studien überein (Weir, Phil, Aweh und Clark, 2008).

teilung fördern. Insbesondere Modelle, die Hochkostenfälle bzw. Hochrisikoversicherte frühzeitig erkennen, sind hier hilfreich. Zudem unterstützen die Erkenntnisse eine bedarfsorientierte Versorgungsgestaltung und Interventionsplanung, bspw. durch Case Manager (Murphy et al., 2011; Meenan et al., 2003).

2.4.1.6 Möglichkeiten und Grenzen softwarebasierter Modelle

Die Modellierungen beinhalten Möglichkeiten auch Grenzen. Diese zeigen sich in ihrer Methodik, bezogen auf die Genauigkeit ihrer Ergebnisse, hinsichtlich ethischer Fragen, die sich aus der Verwendung der Ergebnisse ergeben, oder auch der Datenqualität. Weiterhin liegen Entwicklungspotenziale in diesen Verfahren. Vier Qualitätsaspekte sind zu unterscheiden, die die Genauigkeit der bei Prädiktionsmodelle beeinflussen: a) das vorherzusagende Ereignis, b) das genutzte Variablenset zur Prognose (Sozio-Demografie, Diagnosedaten, Nutzungsdaten, Medikation, Gesundheitszustand, Funktionen, klinische Daten), c) den Zeitraum der Risikoprädiktion und d) die statistische Methode (Panattoni et al., 2011). Verschiedene Studien zeigen die Varianz der Ergebnisse auf: So tendieren bisherige Modelle zur Über- oder Unterschätzung der Gesundheitskostenprognosen. Behrend et al. (2007) haben anhand von Routinedaten einer Krankenkasse in Deutschland festgestellt, dass eine bedeutende Unterschätzung bei Hochrisiko- und Hochkostengruppen besteht. Umgekehrt wurden für die Gruppe mit niedrigem Risiko, für die keine Gesundheitsausgaben im Ausgangsjahr angefallen waren, die zukünftigen Ausgaben in allen Modellen überschätzt. Weiterhin bestehen systematische Überschätzungen von Zahlungen für gesunde Versicherte und Unterschätzungen für Versicherte mit ernststen Erkrankungen, die nicht im Jahr oder Vorjahr der Analyse im Krankenhaus waren (Behrend et al., 2007). Zudem variiert die Übertragbarkeit der Ergebnisse in Abhängigkeit von Datensatz und Stichprobe. Ferner wären Daten zur Identifikation von abgrenzbaren medizinischen und von Verhaltensproblemen für die Modellierung wichtig. Eine Limitierung der Modellierungsverfahren liegt im Selektionsbias. Dieser tritt auf, wenn Versicherte ausgewählt werden, die bspw. für berechnete Risikoscores extreme Werte („Ausreißer“) haben bzw. oberhalb eines Grenzwertes liegen. Für die hier beschriebene Form der Versichertenidentifikation kommt es daher zwangsläufig zum Selektionsbias, weil genau diese Zielgruppe identifiziert werden soll. Ein großes Problem für die Evaluation, das insbesondere aus dem Selektionsbias resultiert, ist die „Regression zur Mitte“ (Cousins et al., 2002). „Damit ist gemeint, dass die Messwerte in einer Gruppe von Patienten mit extremen Merkmalsausprägungen allein aufgrund von Zufall, also auch ohne ‚wirkliche‘ Veränderung, bei wiederholter Merkmalsmessung im Durchschnitt weniger extrem ausgeprägt sind.“ (Zwingmann & Wirtz, 2005, S. 244) Dieser Aspekt ist zu berücksichtigen, damit die Wirksamkeit bzw. Behandlungseffekte nicht falsch bewertet werden (ebd.). Bei der Analyse von Hochnutzern bzw. Patientinnen und Patienten mit (häufiger) Krankenhausbehandlung in einem Jahr, besteht in den Folgejahren in der Regel eine abnehmende Tendenz von Krankenhausaufenthalten, unabhängig davon, ob eine Intervention zur poststationären Versorgung stattgefunden hat oder nicht (Dixon & Bardsley, 2012). Dieser Effekt erschwert den Nachweis vom Nutzen einer Intervention und ist damit insbesondere bei der Evaluation von Interventionen zu berücksichtigen.

Neben methodischen Fragen zur Genauigkeit und Vergleichbarkeit der Modellierungen sind bei der Umsetzung ethische Aspekte zu beachten. Zum einen müssen bei der Verwendung von Routinedatensätzen, die ggf. mit weiteren Daten verknüpft werden, der Datenschutz sowie – je nach Auswertungsziel – die Anonymität der eingeschlossenen Versicherten gewährleistet werden. Zum anderen muss unabhängig von ihrer Verwendung eine faire und gleiche Ressourcenverteilung sichergestellt werden, die einen gleichberechtigten Zugang ermöglicht und diesen nicht auf spezifische Versichertengruppen beschränkt, die bspw. als Hochrisikogruppe identifiziert wurden (Panattoni et al., 2011; Hodgman,

2008). Weitere unerwünschte Folgen bestehen in der Anwendung der Daten und Ergebnisse, indem bspw. Krankenkassen nur noch Versicherte mit geringem Risiko versichern („Rosinenpickerei“) oder Prämien gemäß des individuellen Risikos angepasst werden und damit für Versicherte mit hohen Risiken kaum oder nicht mehr bezahlbar sein könnten. Ferner können für die Vergütung von Gesundheitsleistungen Risikoscores bzw. Krankheitslast von Bevölkerungsgruppen die Preisfindung hin zu einer bedarfsgerechten Ressourcenallokation beeinflussen. Auch Pharma- und andere Unternehmen können die Erkenntnisse über Charakteristika ihrer „Kunden“ nutzen, um Marketingmaßnahmen passgenauer auf ihre Zielgruppe zuzuschneiden (Hodgman, 2008).

Bisher besteht keine ausreichende Evidenz, dass die Verwendung von Prognosemodellen und Risikoscores die Qualität der Versorgung tatsächlich verbessert (Hodgman, 2008). Gleichzeitig erfordert die Messung der Versorgungsqualität ein Monitoring der Patientin oder des Patienten über einen langen Zeitraum. Dies ist jedoch in vielen Fällen kaum möglich und ein Zusammenhang aus diesem Grund bisher nicht herstellbar (ebd.). Neben all den Limitierungen bestehen auch Potenziale in den Anwendungen für die Gesundheitsversorgung. So ist bspw. zukünftig denkbar, anhand von Modellierungen die Wahl von Medikamenten und Bewertung der Effektivität zu schätzen. Möglicherweise können sogar virtuelle klinische Studien berechnet werden (ebd.).

2.4.2 Klinisches Erfahrungswissen

Die Identifikation von Hochrisikoversicherten für eine Intervention kann auf der klinischen Einschätzung durch Gesundheitsprofessionelle auf der Grundlage von persönlichem Kontakt, Wissen, Training, und Bewertung beruhen. Hiernach können nur Patientinnen und Patienten eingeschätzt werden, die bereits Kontakt zum Gesundheitssystem bzw. mit der oder dem Leistungserbringenden hatten. Kliniker können aber vermutlich diejenigen besser identifizieren, die aktuell ein hohes Risiko haben. Insgesamt sind Vorhersagen von Risiken für eine große, eingeschriebene Versichertenpopulation mit dieser Methode als ineffizient und ungenau einzuschätzen und damit für diesen Zweck weniger zu empfehlen (Panattoni et al., 2011).

Studien aus den USA und Deutschland zeigen, dass die Identifizierung von Hochrisikopatientinnen und -patienten mittels Software und auf Basis medizinischer Daten bessere, d. h. gezieltere Ergebnisse liefert, als der Teilnehmereinschluss durch Ärztinnen und Ärzte oder mittels Patientenbefragungen (Freund et al., 2010). Eine Studie, die diese Fragestellung in Deutschland untersuchte, zeigte ebenfalls, dass Patientinnen und Patienten, die sowohl mittels Softwareanalyse als auch von Ärztinnen und Ärzten als Hochrisikopatientinnen und -patienten identifiziert wurden, ein signifikant höheres Risiko für eine zukünftig hohe Leistungsanspruchnahme und für hohe Kosten hatten sowie bereits zuvor an Versorgungsprogrammen teilgenommen hatten. Während die Software insbesondere diejenigen mit hohem Risiko für eine hohe Leistungsanspruchnahme und hohen Kosten identifizierte, selektierten Mediziner häufiger Patientinnen und Patienten, die bereits an intensivierten Versorgungsprogrammen teilgenommen hatten und damit eher zugänglich für die Teilnahme an einer Intervention sind. Dies ist insofern wichtig, da nicht nur der objektive Interventionsbedarf, sondern auch die Erreichbarkeit von Versicherten für VM ein zentraler Erfolgsfaktor einer Maßnahme ist. Die Autoren schlussfolgern hieraus, dass die Identifikation von Patientinnen und Patienten, die am meisten von einer Intervention profitieren und an einer Maßnahme teilnehmen würden, daher aus einer Kombination beider Methoden (statistische Modellierung und ärztliche Einschätzung) auszuwählen sind (Freund et al., 2011).

2.4.3 Subjektive Gesundheit und Lebensqualität (SF-36 Health Survey)

Eine weitere Methode zur Identifikation von Teilnehmenden für Public Health-Interventionen ist die Befragung von Versicherten bzw. Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihres subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustands und Versorgungsbedarfs. Mehrere Studien haben dazu den Einfluss des subjektiven Gesundheitszustands auf die Modellierung von Kostenprognosen oder Risikoscores untersucht. Die subjektive Gesundheit ist demnach ein relevanter Prädiktor für die statistischen Verfahren und geeignet, um die Teilnehmerauswahl weiter zu differenzieren und gezielter durchzuführen (Perrin et al., 2011; Chern et al., 2002; Wang et al., 2000).

Chern et al. (2002) haben den SF-36 Health Survey als Maß für den subjektiven Gesundheitsstatus und dessen Einfluss auf die Prognose von Gesundheitsausgaben geprüft und als einen wichtigen Prädiktor für zukünftige Gesundheitsausgaben identifiziert. Die Autoren schließen, dass der subjektive Gesundheitsstatus die Inanspruchnahme wohl am meisten und direkt beeinflusst. Insbesondere Veränderungen des funktionalen Status sind dabei mit einem veränderten Inanspruchnahmeverhalten ärztlicher Leistungen assoziiert. Nach ihrem Erklärungsansatz erfolgt die Leistungsinanspruchnahme vor allem dann, wenn eine Krankheit dies unausweichlich macht. Dies gilt insbesondere für Personen mit Beschäftigungsverhältnis. Dies erklärt nicht nur, warum der Gesundheitszustand ein dominierender Prädiktor für Gesundheitsausgaben ist, sondern auch, dass der Gesundheitszustand bzw. das Konzept von Gesundheit häufig mit Mobilität und Aktivitäten verknüpft wird, wie z. B. physische Funktionen, Schmerzen oder soziale Funktionsfähigkeit, und weniger mit kognitiven oder affektiven Wahrnehmungen. Demnach sind generische Instrumente zur Messung der subjektiven, gesundheitsbezogenen Lebensqualität ein wichtiger Prädiktor für zukünftige Gesundheitsausgaben. Diese Informationen sind sowohl für die Bewertung und Entwicklung von Prognosemodellen als auch die Evaluation von Interventionen aus Sicht der Teilnehmenden wichtig (Chern et al., 2002). Wang et al. (2000) haben Zusammenhänge von einer Risikoscore-Prognose anhand von DCG-Daten und der subjektiven körperlichen und psychischen Gesundheit untersucht. Demnach besteht ein signifikanter Zusammenhang mit schwacher negativer Korrelation zwischen dem DCG-Risikoscore und der psychischen und körperlichen Gesundheit: Je höher der DCG-Risikoscore, desto schlechter haben die Befragten ihre körperliche und psychische Gesundheit eingeschätzt. Sie verglichen weiterhin die Bewertung der subjektiven psychischen Gesundheit (gut und schlecht) mit routinedatenbasierten Morbiditätsgruppen (HCCs) für psychische Erkrankungen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass diese beiden Maße eher unabhängig voneinander sind: Subjektive Wahrnehmung des Gesundheitszustands durch die betroffene Patientin oder den betroffenen Patienten bzw. Versicherten und die Bewertung durch Leistungserbringende bzw. das Gesundheitssystem unterscheiden sich. Beide Perspektiven spiegeln also unterschiedliche Dimensionen von Gesundheit und Wohlbefinden wider – einerseits den gesundheitlichen und funktionalen Status aus Sicht des Betroffenen, andererseits die klinische Einschätzung durch Gesundheitsprofessionen und das Gesundheitssystem (Wang et al., 2000). Die Autoren empfehlen die Zusammenführung und Integration beider Perspektiven für Prognosemodelle und Risikoadjustierung. Die unterschiedlichen Informationen – insbesondere für Versicherte mit psychischen Erkrankungen – sind bei der Prädiktion von Leistungsinanspruchnahmen zu berücksichtigen (ebd.). Zu diesem Schluss kommen auch Perrin et al. (2011), die ebenfalls den Einfluss des subjektiven Gesundheitszustands auf die Prognose von Kosten und Hospitalisierungen mittels DxCG-Risikoscore untersucht haben. Es konnte jedoch nur eine sehr geringe bis geringe Korrelation zwischen dem DxCG-Risikoscore und den Items zur subjektiven Gesundheit gemessen werden. Die Autoren kommen daher zu demselben Schluss wie bereits

Chern et al. (2002) und Wang et al. (2000): Der DxCG Risikoscore und die subjektive Gesundheitseinschätzung messen jeweils unterschiedliche Konstrukte, die sich kaum überschneiden. Jedoch verbessern zusätzliche Informationen zur subjektiven Gesundheit die Prognosegüte des DxCG Modells. Die positiven Effekte für die Prognoseleistung rechtfertigen den Aufwand der Erhebung. Insbesondere wenn keine bestehenden Diagnosedaten vorliegen oder die Aufbereitung der entsprechenden Daten zu teuer ist, können anhand subjektiver Gesundheitsbewertungen dennoch Prognosen berechnet werden (Perrin et al., 2011). In Deutschland betrifft dies insbesondere Versicherte, die ihre Krankenkasse gewechselt haben. Die subjektive Patienteneinschätzung kann hier eine Alternative für Prognosen darstellen.

Insgesamt verwenden nur wenige Prognosemodelle Daten zur subjektiven Einschätzung von Gesundheits- und funktionellem Status. Dies liegt vor allem daran, dass ihre Erhebung nicht routinemäßig erfolgt, im Gegensatz zur Dokumentation von Diagnosen und Abrechnungsdaten. Dennoch führen die subjektiven Einschätzungen der Versicherten in Prognosemodellen zu einer deutlichen Verbesserung der Ergebnisse für die Vorhersage von Kosten, Hospitalisierung, Leistungsanspruchnahme und Mortalität. Sofern möglich, ist ihre Integration in die Prognosen zu empfehlen (Perrin et al., 2011; Chern et al., 2002; Wang et al., 2000).

2.4.4 Grenzen und Möglichkeiten der Methoden

Seit den ersten Entwicklungen von Prognosemodellen und Risikoadjustierung Ende der 1980er werden die Modelle stetig weiterentwickelt und ihre Leistungsfähigkeit verbessert. Neben Übersichtsarbeiten, Modell- und Methodenvergleichen (z. B. Kosack & Wolik, 2010; Behrend et al., 2007; Reschke & Sehlen, 2005; Reschke et al., 2005; Zhao et al., 2005; Meenan et al., 2003), untersuchen andere Studien den Einfluss von einzelnen Prädiktoren, von unterschiedlichen Dateninformationen (z. B. Kostendaten, Diagnosedaten, Verschreibungs- oder Labordaten sowie Daten zur subjektiven Gesundheitseinschätzung oder die Einstufung durch Leistungserbringende) oder die Bedeutung von Datenqualität und -aktualität (z. B. Frees, Gao & Rosenberg, 2011; Perrin et al., 2011; Chang et al., 2010; Kuo & Lai, 2010; Powers et al., 2005; Zhao et al., 2005, 2001; Chern et al., 2002; Wang et al., 2000). Sie tragen zur Weiterentwicklung valider und genauerer Prognosen bzw. Auswahlverfahren für Teilnehmende von Interventionen bei. Insgesamt wird aufgezeigt, dass die Modelle weiter zu verbessern sind (Hartmann et al., 2012; Panattoni et al., 2011; Cucciare & O'Donohue, 2006). Dies betrifft insbesondere die Genauigkeit von Risikoadjustierung und Prognosen, die Identifizierung von Hochkostenfällen und Hochnutzern und Versicherten mit steuerbaren Erkrankungen. Weiterhin ist eine vergleichende Bewertung unterschiedlicher Modellierungen und Methoden auf Grund der Heterogenität der Studien kaum möglich. Gütewerte von Modellen werden nicht einheitlich berichtet, zudem unterscheiden sich Datensätze und Variablen erheblich voneinander. Aber auch direkte Vergleiche von Modellen zeigen, dass sich die Schätzgüte zwischen den Verfahren erheblich unterscheidet (Reschke et al., 2005; Reschke & Sehlen, 2005). Es ist keine abschließende Bewertung der betrachteten Modelle möglich (Hartmann et al., 2012). Bei Überlegungen zur Wahl der Methode muss berücksichtigt werden, welche Variablen einbezogen oder verfügbar sind und über welche Datenqualität der Datensatz verfügt. Aus inhaltlicher Sicht sind außerdem die Art und der Inhalt der Fragestellung zu berücksichtigen (Hartmann et al., 2012). Insgesamt sind für Prognosemodellierungen sozio-demografische Daten, Informationen zu Kosten und Nutzung von Gesundheitsleistungen, Diagnosedaten, Medikationsdaten und Angaben zum subjektiven Gesundheitszustand sowie Funktionsfähigkeiten erforderlich (ebd.). Metaanalysen zu Prognosemodellen und Risikoadjustierung sind nicht bekannt.

Die Anwendung von Prognosemodellen und Risikoscores darf nicht überbewertet werden. Die Nutzung von Diagnosedaten zur Auswahl von Patientinnen und Patienten ist nicht neu. Insbesondere Aufwand und Kosten für die Implementation und der hieraus resultierende zusätzliche Nutzen sollten im Verhältnis stehen, dies gilt insbesondere für kostenpflichtige Softwareanwendungen. Denn ihre Implementation und Anwendung ist häufig teuer und aufwändig (Cucciare & O'Donohue, 2006). Auch die Berücksichtigung des potenziellen Gesundheitsrisikos für die Identifikation von Versicherten mit Interventionsbedarf allein führt vermutlich nicht zum effizienten Ressourceneinsatz und verbessertem VM. Neben der Qualität, Zielgruppenspezifität und Bedürfnisgerechtigkeit der Intervention sind weitere individuelle Faktoren für den Interventionserfolg zu berücksichtigen. Dazu zählen Motivation und Veränderungsbereitschaft, die für eine erfolgreiche Durchführung und Teilnahme an einer Maßnahme essentiell sind. Die Betrachtung der Responserate sowie der Nonresponder von Programmen gibt hierauf Hinweise: Analysen der Nonresponder zeigen, dass diejenigen, die nicht an der Intervention teilnehmen wollen, jedoch das höchste Risiko für eine hohe Leistungsanspruchnahme hatten (Freund et al., 2011; Sylvia et al., 2006). Dies limitiert die Möglichkeiten und Ziele der Interventionen für diejenigen, die hohe Risiken haben. Drop (2011) berichtet von einem Ansatz für die Rekrutierung von Interventionsteilnehmenden anhand von vier Persönlichkeitstypen für eine typgerechten Telefon-Akquise, die deren Motivation und Beweggründe berücksichtigt. Der Nutzen von Risikoscores und Prognosemodellen ist also abhängig von ihrer Anwendung im Kontext von Gesundheits- und Versorgungssystem und von der Teilnahmebereitschaft und Ansprache der Zielgruppe. Die frühzeitige Identifikation von Teilnehmenden mit neuen Diagnosen ist eine Herausforderung, um Maßnahmen zur Prävention einzuleiten und Komplikationen zu vermeiden (Hodgman, 2008). Der Einbezug einzelner dokumentierter Diagnosen, wie z. B. Diabetes, kann genutzt werden, um die Auswahl der Versicherten für Interventionen stärker zu spezifizieren und geeignete Programme anzubieten (Sylvia et al., 2006). Ein Verfahren zur krankheitsspezifischen Ermittlung von Grenzwerten für den Patienteneinschluss bei Interventionen verspricht ebenfalls die Möglichkeit einer genaueren Auswahl von Teilnehmenden. Demnach werden je nach Krankheitsbild unterschiedlich hohe Grenzwerte für die Risikoscores berechnet. Die Vorteile sind, dass zum einen indikationsspezifische Bewertungen der Analyseergebnisse mit Routinedaten erfolgen und zum anderen auch Personen mit moderaten Risikoscores erfasst werden können, für die eine präventive Intervention effektiv sein kann (Hartmann et al., 2012; Murphy et al., 2011; Panattoni et al., 2011). Dieses Verfahren sollte für die Anwendung zur Teilnehmerauswahl von Versorgungsmanagementprogrammen stärker berücksichtigt werden (Perrin et al., 2011; Chern et al., 2002; Wang et al., 2000). Für die Umsetzung und Evaluation von Versorgungsmanagementprogrammen sind also die Zielgruppe von Versicherten mit hohen Risiken und Kostenprognosen um jene mit mittleren Risiken und Kostenprognosen zu erweitern. Ferner sind die Erreichbarkeit der Zielgruppe sowie die Zugänglichkeit für eine Intervention zu berücksichtigen.

2.4.5 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die verschiedenen Modelle sind alle für die Auswahl von Teilnehmenden an einer Intervention im Rahmen des VM geeignet. Je nach Fokus auf Kosten oder Morbidität und Anwendungsbereich (Kostenkontrolle, Ressourcenallokation oder VM) sind entweder Methoden zur Prognose von Kosten und Risiken, die Auswahl durch Leistungserbringende oder die Erhebung der subjektiven Gesundheitseinschätzung besser geeignet. Insbesondere die Integration aller drei Ansätze wird als die valideste Auswahltechnik bewertet, da sie unterschiedliche aber relevante Aspekte von Gesundheit erfassen. Sie ist aber auch die aufwändigste Methode. „In Deutschland gibt es derzeit kein eigenes auf Basis deut-

scher Daten entwickeltes morbiditätsorientiertes Klassifikationsverfahren. Die empirischen Untersuchungen zum morbiditätsorientierten RSA [...] zeigen jedoch, dass internationale Verfahren [...] auf deutsche Versorgungsstrukturen passen. Diese Instrumente könnten also schon jetzt für Controlling-Zwecke und weitere Anwendungszwecke genutzt werden.“ (Reschke & Sehlen, 2005, S. 10) Ideal wäre für Deutschland eine Kombination aus softwarebasierten Prognosemodellen bzw. Risikoscores und der Einschätzung der Leistungserbringenden auf Grundlage ihres klinischen Erfahrungswissens für eine spezifische Auswahl von Versicherten für eine Intervention (Freund et al., 2011; 2010). Das Einbeziehen behandelnder Ärztinnen und Ärzte kann sich zudem vorteilhaft auf Akzeptanz und Compliance der potenziellen Teilnehmenden auswirken. Auch die subjektive Perspektive sollte berücksichtigt werden. Der SF-36 Health Survey ist als verbreitetes und akzeptiertes Instrument hierfür gut geeignet. Allerdings ist sein Einsatz mit Lizenzkosten für die Fragebögen verbunden. Eine gute Alternative stellt das Vorgehen der subjektiven Gesundheit von Perrin et al. (2011) mittels drei Items dar. Insgesamt sind die statistischen Methoden noch weiterzuentwickeln, um effizient Versicherte mit steuerbaren Erkrankungen zu identifizieren (Freund et al., 2011). Dies umfasst

- eine stärkere Berücksichtigung krankheitsspezifischer Grenzwerte von Risikoscores,
- die Identifizierung von Versicherten mit mittleren und hohen Risiken sowie Kostenprognosen und
- insbesondere die Identifizierung von Versicherten mit steuerbaren Erkrankungen und Versorgungsbedarfen,
- die frühzeitige Identifizierung von Versicherten vor dem Eintritt negativer Outcomes,
- die Berücksichtigung der Zugänglichkeit der Zielgruppe für eine Programmteilnahme,
- die Berücksichtigung der Nonresponder bei der Evaluation sowie die Entwicklung alternativer Maßnahmen für diese Versichertengruppe,
- die Entwicklung von alternativen Instrumenten für Versicherte, für die kaum Daten vorliegen, z. B. solche, die die Krankenkasse gewechselt haben,
- den Einbezug der subjektiven Gesundheitseinschätzung bei Auswahl von Teilnehmenden,
- die Ausdehnung des Prognosezeitraums auf mehr als ein Jahr, sowie
- den Nachweis zu erbringen, dass mit Hilfe von Prognosemodellen und Risikoscores die Qualität der Versorgung besser wird (Murphy et al., 2011; Sylvia et al., 2006).

Die bestehenden Prognosemodelle und Risikoscores, die auf Versichertendaten beruhen, sind nach den gegenwärtigen Erkenntnissen geeignet, um Personen für Interventionen zum Versorgungsmanagement zu identifizieren. Die Instrumente sind damit für eine routinemäßige Implementation im unter Berücksichtigung der Limitationen der Modelle geeignet. Zu empfehlen ist es, zusätzliche Informationen über die Versichertendaten hinaus zu erheben, bspw. zum Gesundheitszustand, zu Funktionsfähigkeiten und zur Soziodemografie (Sylvia et al., 2006). Die Wahl des Verfahrens ist letztlich abhängig von der Zielsetzung des Versorgungsmanagements bzw. der Intervention. Besondere Merkmale einzelner Indikationen, wie bspw. bei psychischen Indikationen, sollten im Auswahlverfahren beachtet werden. Darüber hinaus sind der Aufwand und die Möglichkeiten der Umsetzung des Verfahrens zu berücksichtigen. Neben der Weiterentwicklung der Prognosemodelle ist immer auch das Ziel bzw. Endergebnis zu fokussieren: Prognosemodelle, die nur ein Instrument zur Identifikation Versicherter mit hohem Risiko für Erkrankungen, Leistungsanspruchnahme und Kosten sind, greifen zu kurz. Hieran müssen Interventionen anknüpfen, die eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes verhindern und eine adäquate Versorgungsqualität sicherstellen bzw. diese verbessern. Ferner fehlt

der Nachweis, dass durch diese Form der Risikostratifizierung die Versorgungsqualität, die effiziente Nutzung von Ressourcen und die Effektivität von Interventionen verbessert werden.

2.5 Theoretischer Bezugsrahmen für gesundheitsbezogene Verhaltensänderung durch telefonisches Gesundheitscoaching

Theorien dienen zur Erklärung von Gesundheitsverhalten, dessen Veränderung und dessen Outcomes, indem sie den Zusammenhang zwischen verschiedenen Faktoren beschreiben. „Mit der Übersetzung von Theorien in Programme können Änderungen von Gesundheitsverhalten effektiver und ressourcensparend gestaltet werden“ (Lippke & Renneberg, 2006, S. 55). Auf ihnen basieren Entwicklung und Planung von Interventionen zur Gesundheitsförderung und Prävention (ebd.). Sie können zur Problembeschreibung und Prioritätensetzung beitragen, strukturierte Planung unterstützen, Ressourcen für die Durchführung mobilisieren (Aufbau von Partnerschaften, Organisationsentwicklung, Erhöhung des öffentlichen Bewusstseins) und zur Bewertung der Effekte von Interventionen beitragen (Nutbeam & Harris, 2005). Wesentlich ist, dass sie einen dynamischen Rahmen zur konstruktiven Diskussion und Weiterentwicklung und Entstehung einer Wissensgrundlage ermöglichen (Bachkirova, 2017).

Gesundheitsbezogene Verhaltensänderung durch telefonisches Gesundheitscoaching werden durch verschiedene Theorien zur menschlichen Entwicklung, Psychologie, Führung von Organisationen und Lerntheorien für Erwachsene bis hin zu esoterischen Ansätzen erklärt (Bachkirova, 2017; Spence & Oades, 2011; Wolever & Eisenberg, 2011; Grant, 2005). Für die (Weiter-)Entwicklung und theoretische Fundierung ist eine Orientierung am gegenwertigen Entwicklungs- und Forschungsstand zentral (Faltermair, 2007). Dabei erscheint die Verhaltensforschung als Schlüsseldisziplin für Coaching, da es um die Implementation und das Beibehalten von menschlichen oder auch organisatorischen Veränderungen geht (Grant, 2005). Insgesamt hängt die Theoriebildung für (Gesundheits-)Coaching der Forschungspraxis hinterher (Bachkirova, 2017). Folgende Theorien werden in der Literatur für die Intervention als relevant beschrieben: Modell gesundheitlichen Bewusstseins (Health-Belief-Modell), Theorie der Schutzmotivation, Theorie des geplanten Verhaltens, transtheoretisches Modell, ein Stufenmodell zu Stadien der Verhaltensänderung, das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns und die sozial-kognitive Theorie (Lippke & Renneberg, 2006; Nutbeam & Harris, 2005; Scholz & Schwarzer, 2005; Schwarzer, 2004).

Das Health Belief Modell beschränkt sich auf sozialpsychologische Erklärungsansätze zu Ansichten und Wahrnehmung über Gesundheit. Für die komplexen Anforderungen chronischer Krankheiten greift dieses Modell zu kurz und wird daher nicht berücksichtigt. Arbeit mit Furchtappellen und Angst (Theorie der Schutzmotivation) wird mittlerweile als kritisch bewertet und erscheint nicht nur unzureichend sondern ist auch ethisch nicht vertretbar. Von den genannten gesundheitswissenschaftlichen Theorien werden daher die folgenden vier aus Sicht der Autorin relevanten Theorien und Modelle erläutert:

- Theorie des bewussten Verhaltens (Theory of Planned Behavior, TPB)
- Sozial-kognitive Theorie (SKT)
- Transtheoretische Modell (TTM)
- Sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (HAPA)

Da diese Arbeit einen empirischen und anwendungsbezogenen Schwerpunkt hat und der Fokus weniger auf theoretischen Überlegungen und ihrer Weiterentwicklung liegt, werden die relevanten theoretischen Grundlagen zur Verhaltensänderung komprimiert dargestellt und ihre Relevanz für die Forschungsarbeit skizziert. Die Autorin verweist für Details auf die entsprechenden Publikationen (vgl. Literaturangaben im Text).

2.5.1 Theorie des bewussten Verhaltens (Theory of Planned Behavior)

Nach dieser psychologischen Theorie zur Erklärung des frei wählbaren menschlichen Verhaltens wird ein rational denkender Mensch angenommen, der bei klaren Sachverhalten vorhersehbare Entscheidungen trifft ((Seibt, 2011c; Nutbeam & Harris, 2005). Sie basiert auf Arbeiten von Fishbein und Ajzen und wurde von der Theorie des rationalen Handelns (Theory of Reasoned Action) zur Theorie des bewussten Verhaltens weiterentwickelt (Ajzen, 1991; Ajzen, 1985). Nach Abwägungen wird eine Absicht oder Verhaltensintention gebildet, die der direkte Grund für ein Verhalten ist. Aus dem Zusammenspiel von Überzeugungen, Einstellungen, Intention und Verhalten werden Vorhersagen für Verhaltensänderungen abgeleitet. Soziale Einflüsse sind relevant, je nachdem wie groß die Bedeutung aus Sicht der Person ist. Die Verhaltensabsicht und das Verhalten werden durch die Einstellung zum Verhalten (es hat einen Gesundheitsnutzen), zur subjektiven Norm (Wahrnehmung sozialer Normen, Motivation diesen zu entsprechen) und zur wahrgenommenen Verhaltenskontrolle (eigener sozialer Einfluss/Entscheidungsmacht) determiniert. Glaubt eine Person, dass ein Verhalten der Gesundheit nützt, sozial erwünscht ist und steht sie unter einem sozialen Druck, beabsichtigt sie wahrscheinlich ein Verhalten anzunehmen, beizubehalten oder zu verändern (Seibt, 2011c; Nutbeam & Harris, 2005). Selbstwirksamkeitserwartung ist ein zentraler Faktor der TPB (Lippke & Renneberg, 2006). Interventionen zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens auf Basis dieser Theorie, „zielen auf die drei Faktoren Einstellung, Norm und Verhaltenskontrolle – sowohl einzeln als auch im Zusammenspiel“ (Seibt, 2011c, S. 566).

Anwendung und Nutzen der Theorie liegen in der Eruiierung, welche Informationen über eine Zielgruppe zu erfassen sind, um darauf aufbauend ein Programm zu entwickeln. Die Wahrnehmung eines Gesundheitsthemas muss aus Perspektive der Zielgruppe erfolgen, ebenso wie die Identifizierung von Einflussfaktoren und Barrieren hierfür. Dies sind Schlüsselfaktoren für die Verhaltensbeeinflussung. Weiterhin bezieht die TPB die Einflüsse von sozialen Normen und Kurzzeitfolgen ein. Die Theorie ist vor allem dann erfolgreich anzuwenden, wenn alle ihre Aspekte berücksichtigt sind, andernfalls sind die Effekte gering gewesen. Häufig wird sie zusammen mit Theorien wie der sozial-kognitiven Theorie verwendet (s. u.) (Seibt, 2011c; Nutbeam & Harris, 2005).

2.5.2 Sozial-kognitive Theorie

Die sozial-kognitive Theorie nach Bandura stammt aus der Psychologie und stellt eine Erweiterung der klassischen Lerntheorien dar (früher Soziale Lerntheorie genannt; Seibt, 2011a; Bandura, 2004; Bandura, 1998; Bandura, 1977). Gegenstand sind das Lernen, Lernen von Verhalten und Handeln. Sie verknüpft die kognitive Vermittlung von Verhalten und verschiedene Erwartungen an dieses Verhalten. Damit umfasst sie sowohl Determinanten des Gesundheitsverhaltens als auch Methoden zu dessen Veränderung. Sie gilt in der Gesundheitsförderung als vollständigste Theorie. Sie geht von einer komplexen und dynamischen Interaktion zwischen Individuum und Umwelt aus, deren Beziehung subtil und komplex ist. Die Triade aus Person, Verhalten und Umwelt, die sich gegenseitig bedingen und beeinflussen, determiniert das Lernen und Handeln einer Person (reziproker Determinismus).

Dem Reiz-Reaktions-Mechanismus entlehnt, der Personen für ihr Handeln belohnt oder bestraft, sind kognitive Erwartungshaltungen in die SKT integriert, d. h. nicht erst die Konsequenzen sondern schon die Erwartung an die Konsequenzen wirken auf das Verhalten. Das Lernen erfolgt aus eigenen Erfahrungen, aber auch durch Beobachtung anderer, woraus Schlussfolgerungen für das eigene Verhalten gezogen werden. Dementsprechend können Rollenmodelle und Vorbilder genutzt werden, von denen Menschen lernen, dass sie zum einen ebenfalls mit einem Ergebnis rechnen können (Ergebniserwartung, Handlungserwartung) und zum anderen, dass und wie das Verhalten erreicht werden kann (Selbstwirksamkeitserwartung). Das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung ist zentral und meint die Überzeugung oder „Einschätzung der eigenen Fähigkeit und Möglichkeit, ein selbst gesetztes oder beobachtetes Verhaltensergebnis zu erreichen [...]“ (Seibt, 2011a, S. 525; Lippke & Renneberg, 2006). Dieses Konzept hat sich als bedeutsam erwiesen, denn eine „hohe Selbstwirksamkeitserwartung wirkt sich positiv auf die Krankheitsbewältigung aus“ (Kryspin-Exner & Pintzinger, 2010, S. 28).

Die SKT bietet Ansätze zur Verbesserung von Wissen und Handlungsfähigkeiten von Individuen zur Gesundheitsförderung und berücksichtigt dabei soziale Normen und Umwelteinflüsse. Ziel ist es also, Fähigkeiten für eine gewünschte Verhaltensänderung zu erreichen. Nach Nutbeam und Harris (2005) werden Gesundheitsprofessionelle damit zum „Vermittler für Veränderung“, „der Veränderungen erleichtert durch die Modifizierung der sozialen Umwelt und die Entwicklung von Handlungskompetenzen, die es im Einzelnen eher ermöglichen zur Verbesserung seiner Gesundheit tätig zu werden“ (Nutbeam & Harris, 2005, S. 33). Die SKT ist wiederholt in Studien empirisch bestätigt worden und wahrscheinlich eine der am häufigsten benutzten Theorie für Gesundheitsförderungsprogramme – neben der Theorie des geplanten Verhaltens und dem Transtheoretischen Modell (Seibt, 2011a; Nutbeam & Harris, 2005).

2.5.3 Transtheoretisches Modell

Das transtheoretische Modell nach Prochaska und DiClemente ist in der Verhaltenspsychologie verankert. Es beschreibt die Veränderungsbereitschaft in Bezug auf ein definiertes Problemverhalten und einen fünfstufigen Veränderungsprozess, mit deren Durchlaufen eine dauerhafte Verhaltensänderung erreicht werden kann (Prochaska & DiClemente, 2005; Nutbeam & Harris, 2005; Prochaska & DiClemente, 1982). Das TTM integriert mehrere theoretische Konzepte, bringt Stadien und Prozesse der Veränderung zusammen und wird daher als „transtheoretisch“ bezeichnet (Kryspin-Exner & Pintzinger, 2010; Nutbeam & Harris, 2005). Das Modell geht von einer aufeinander aufbauenden, aber spiralförmigen Folge von Phasen aus, wobei in jeder Phase auch ein Rückschritt möglich ist. Der Wechsel zwischen den Stufen wird von unterschiedlichen Prozessen beeinflusst. Dabei sind Konzepte wie Selbstwirksamkeitserwartung, Entscheidungsbalance und Versuchung einem ungewünschten Verhalten nachzugeben, relevant (Kryspin-Exner & Pintzinger, 2010). Motivation und Veränderungsbereitschaft der Menschen sind unterschiedlich groß, daher befinden sie sich auf verschiedenen Stufen, durchlaufen den Prozess in individueller Geschwindigkeit, können auch sehr lange auf einer Stufe verbleiben oder Durchlaufen eine Phase mehrfach (Seibt, 2011d; Nutbeam & Harris, 2005). (1) In der Phase der Absichtslosigkeit hat eine Person noch keine Absicht für eine Verhaltensänderung in absehbarer Zeit (etwa sechs Monate) gebildet. (2) Dies erfolgt in der darauffolgenden Stufe der Absichtsbildung, in nächster Zeit das Gesundheitsverhalten zu verändern. (3) In der nächsten Phase der Vorbereitung, hat die Person die Absicht kurzfristig – innerhalb der nächsten 30 Tage – die Veränderung umzusetzen und leitet konkrete Schritte ein. (4) In der Phase der Umsetzung, wird die Verhaltensänderung durchgeführt, aber erst kurz und dauert noch keine sechs Monate an. (5) Wird das Verhalten

für länger als sechs Monate geändert, ist die Phase der Stabilisierung erreicht, es haben sich neue Verhaltensgewohnheiten gebildet. Die ersten drei Phasen erfordern vor allem kognitive, affektive und selbstevaluierende Strategien, die Stufen drei bis fünf hingegen soziale Unterstützung, verbindlichen Umgang, Belohnungen und auch Kontrolle des Umfelds.

Das Modell ist z. B. für Coaches nützlich, weil es einen Weg zum Erreichen von Verhaltensänderungen und dessen Phasen darstellt und um für die jeweilige Phase passende Unterstützungsmaßnahmen für Teilnehmende auszuwählen bzw. zu entwickeln. Der Veränderungsprozess erfordert die Berücksichtigung von phasenspezifischen Bedürfnissen, Barrieren, Verhältnissen und Merkmalen von Zielgruppen sowie die Auseinandersetzung mit dem Problem von Rückfällen. Damit bietet es analytische und prä-diktive Hilfen. Das Modell ermöglicht weiterhin bei der Evaluation von Interventionen die Entwicklungen und Veränderungen als Erfolge zu erfassen, bei denen Personen sich entlang des Phasenmodells weiterentwickelt haben, auch wenn noch nicht das endgültige Ziel der Verhaltensänderung erreicht ist. Es ist gut geeignet für die Definition und Planung von zielgruppenspezifischen Interventionen für Individuen und Gruppen sowie für Planung, Durchführung und Evaluation (Seibt, 2011d; Nutbeam & Harris, 2005; Hurrelmann, 2000). Insgesamt scheint es also für eine Intervention „Telefonisches Gesundheitscoaching“ gut geeignet, um Teilnehmende effektiv auf weitere Stufen zur Verhaltensänderung zu führen (Hayes et al., 2001).

2.5.4 Sozial-kognitives Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens

Das sozial-kognitive Prozessmodell des gesundheitlichen Handelns von Schwarzer ist ein integratives Modell, das motivationale und volitionale Annahmen (wie TPB und SKT) sowie Stadienannahmen (wie TTM) verbindet (engl. HAPA-Health Action Process Approach; Schwarzer, Lippke & Luszczynska, 2011; Lippke & Renneberg, 2006; Schwarzer, 2004; Schwarzer, 1992). Es erklärt und sagt gesundheitsrelevante Verhaltensweisen vorher. Zudem berücksichtigt es die Schwierigkeit, Intentionen in tatsächliches Verhalten umzusetzen. Für die Verhaltensänderung werden zwei Phasen durchlaufen, die präintentionale Motivations- und die postintentionale Willensphase (Seibt, 2011b; Scholz & Schwarzer, 2005). „Es legt dabei besonderen Wert auf postintentionale Mechanismen“ (Scholz & Schwarzer, 2005, S. 401; Schwarzer, 2004). Selbstwirksamkeitserwartungen sind in allen Phasen des Modells von Bedeutung und damit auch die Orientierung an Ressourcen (ebd.).

Die Motivationsphase wird vor allem bestimmt durch die Kognitionen Risikowahrnehmung, Handlungsergebniserwartungen und Selbstwirksamkeitserwartung. Aus einem „konflikthaften Entscheidungs- und Motivierungsprozess“ wird die Intention bzw. das Ziel zur Verhaltensänderung gebildet, das am Ende dieser Phase steht (Lippke & Renneberg, 2006, S. 56; Schwarzer, 2004). „Je stärker die Intention ausgeprägt ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass es zu einer Verhaltensänderung kommt.“ (Schwarzer, 2004, S. 93) Darauf folgt der Prozess der Volition/Willensbildung. Zu Beginn steht die präaktionale Phase (Handlung und Initiative), es folgt die aktionale Phase (Handlungsausführung und Aufrechterhaltung) (ebd.). Verschiedene Regulierungsprozesse wie Selbstwirksamkeitserwartungen werden durchlaufen (Seibt, 2011b; Lippke & Renneberg, 2006; Scholz & Schwarzer, 2005; Schwarzer, 2004). Die dritte Phase ist die postaktionale Phase (Wiederherstellung nach Misserfolg), in der die Handlungen und ihre Erfolge oder Misserfolge bewertet werden. Dies kann die Volitionsstärke für weitere Vorhaben der Verhaltensänderung je nach Bewertung stärken oder schwächen (Schwarzer, 2004). Insgesamt ist es wichtig in der Volitionsphase „konstruktiv zu planen, sich erreichbare Unterziele zu setzen, sich Belohnungen zu schaffen und verschiedene Bewältigungsoptionen zu Verfügung zu haben“ (Schwarzer, 2004, S. 96). Dies umfasst eine Fokussierung der Aufgabe, Vermeidung von

Ablenkungen und die Regulation von nicht zuträglichen Emotionen. Selbstwirksamkeit ist insbesondere relevant, um Barrieren zu überwinden und zur Motivation nach Rückschlägen (ebd.)

2.5.5 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für telefonisches Gesundheitscoaching

Die beschriebenen Theorien zur Erklärung von Gesundheitsverhalten und dessen Veränderungen beinhalten zentrale Konzepte für gesundheitsfördernde Interventionen, indem sie einen inhaltlichen Rahmen geben und Zusammenhänge bzw. Einflüsse auf das Gesundheitsverhalten erklären. Verhaltensforschung spielt eine Schlüsselrolle, weil es grundsätzlich den Kern der Intervention trifft, nämlich das Umsetzen und Beibehalten einer Verhaltensänderung (Grant, 2005).

Wesentliche Elemente zur Erklärung und zur Förderung von Veränderungen des individuellen Gesundheitsverhaltens der beschriebenen Theorien sind die folgenden:

- Wissen und Wahrnehmung von Gesundheit und Gesundheitsrisiken: Damit Personen Gesundheitsinformationen auf sich selbst beziehen und als relevant einstufen, sind individueller Wissensstand und personalisierte Informationen zu berücksichtigen.
- Eigenständigkeit und Vertrauen in die eigene Handlungskompetenz (Selbstwirksamkeit) sind ein zentraler Erfolgsfaktor zur Bewältigung von Krankheit, ebenso wie Nutzerkompetenzen für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.
- Soziale Normen und Einflüsse: Soziale Anerkennung und Akzeptanz sowie Einflüsse durch Vorbilder, Familie und Peers sind neben den individuellen Faktoren wichtige Determinanten für Gesundheitsverhalten.
- Stadien der Veränderung: Menschen durchlaufen unterschiedliche Phasen, um eine Verhaltensänderung zu erreichen. Diese sowie die damit verbundenen unterschiedlichen Bedürfnisse, u. a. nach Unterstützung und Motivation, sind in Interventionen zu berücksichtigen.
- Sozioökonomische Bedingungen und Umweltverhältnisse beeinflussen den Zugang zum Gesundheitssystem und seinen Leistungen.
- Umwelt oder deren subjektive Wahrnehmung durch Menschen: Ihre Gestaltung bzw. Veränderung ist zentral für gesundheitsförderliche Interventionen (Lippke & Renneberg, 2006; Nutbeam & Harris, 2005; Hurrelmann, 2000).

Insgesamt bieten die Theorien und Modelle sowohl direkte als auch indirekte Grundlagen und Anknüpfungspunkte zur Erklärung und Umsetzung von telefonischem Gesundheitscoaching, ebenso wie praktische Erfahrungen zu Grenzen und Möglichkeiten von Einsatzfeldern und ihrer Effektivität. Dies ist bei der Konzeption und Umsetzung von Coachingangeboten zu berücksichtigen. Für die praktische Umsetzung bietet das TTM bereits Ansätze. Abgeleitet aus dem SKT, wurde bereits eine Rolle wie die eines Gesundheitscoaches angesprochen, nämlich ein Gesundheitsprofessioneller als „change agent“, der orientiert an der Triade aus Person (persönliche kognitive, affektive und biologische Determinanten), Verhalten (Kompetenzförderung) und Umwelt (Modifizierung insbesondere der sozialen Umwelt) gesundheitsförderliche Veränderung vermittelt und unterstützt (Nutbeam & Harris, 2005).

Anhand der Darstellung der möglichen theoretischen Bezüge wird jedoch deutlich, dass eine einzelne Theorie und sogar allein Theorien aus Gesundheitswissenschaften und Psychologie als Herleitung und Rahmung der Interventionen telefonisches Gesundheitscoaching und ihren (gesellschaftlichen) Problemstellungen nicht gerecht wird bzw. werden. Vielmehr ist die Entwicklung transdisziplinärer Lösun-

gen für die zugrunde liegenden, lebensweltlichen und komplexen Probleme nötig. Dies erfordert einen gemeinsamen konzeptuellen Rahmen für „problemadäquate wissenschaftliche und praxisrelevante Handlungs- und Lösungsstrategien“ (Lampert & Grimm, 2017a, S. 36-37, 2017b). In einem solchen transdisziplinären Ansatz sind „Theorien und Methoden unter Beteiligung von Akteuren aus unterschiedlichen Disziplinen und Anwendungsbereichen“ zu integrieren, um die Vielzahl von Perspektiven und erforderlicher Expertise aus Wissenschaft und Praxis u. a. für Gesundheitsförderung, Prävention und Kommunikation zu berücksichtigen (Lampert & Grimm, 2017b, S. 5). Wissenschaft und Praxis wirken dabei gleichwertig in einem partizipativen und reziproken Prozess zusammen, um die Problemstellungen bearbeitbar zu machen (Hanschitz, 2009). Dabei wird „Forschung in Praxis überführt bzw. übersetzt“ und es fließen „Erfahrungen aus der Praxis in die Forschung“ zurück und werden reflektiert (Lampert & Grimm, 2017a, S. 44; Heintel, 2009). Es werden „anhand konkreter gesellschafts- und wissenschaftsbezogener Fragestellungen unterschiedliche epistemologische und methodische Ansätze [verbunden und die vielfältige Zugänge und Perspektiven genutzt], um adäquate theoretische Modelle und analytische Instrumente für die Lösung des definierten Problems zu entwickeln“ (Hanschitz, 2009, S. 17; Heintel, 2009).

Telefonisches Gesundheitscoaching ist eine aus der Praxis heraus entwickelte Intervention für eine lebensweltliche Problemstellung, die auf der Expertise eines Hausarztes, Expertinnen und Experten für Gesundheitsberatung und -kommunikation (Sanvartis GmbH) sowie Gesundheitsversorgung (Heimat Krankenkassen) beruht. Mit der Evaluation von Assmann und Iseringhausen (2012) sowie der vorliegenden Arbeit wird die wissenschaftliche Perspektive berücksichtigt. Damit entspricht sie einer transdisziplinären Herangehensweise, in der die Wissensgenerierung und Entwicklung der Intervention zwischen Wissenschaft und Praxis erfolgt. Es kann eine adäquate theoretische Rahmung, Betrachtung, Weiterentwicklung und Evaluation erfolgen sowie die vielfältigen Akteurinnen und Akteure, Perspektiven, Methoden, Zugänge und Probleme können genutzt werden. Für die Forschung und Entwicklung eines theoretischen Bezugsrahmens sind also im Sinne der Transdisziplinarität weitere theoretische und praktische Grundlagen und entsprechende Expertinnen und Experten zu integrieren.

3 Gesundheitsversorgung im Krankenkassensystem in Deutschland

3.1 Rolle und Aufgaben der GKV in Deutschland

Deutschland ist ein Sozialstaat mit der Pflicht zur Daseinsvorsorge seiner Bürger. Diese Pflicht bezieht sich auf die Versorgung im Krankheitsfall (Simon, 2017; GG). Der Staat hat diese Aufgabe den Krankenkassen übertragen. Sie sind Körperschaften öffentlichen Rechts (KöR), die sich selbst verwalten und deren Aufgaben und Organisation im vierten und fünften Sozialgesetzbuch (SGB IV und SGB V) festgelegt sind (Rosenbrock & Gerlinger, 2014; Specke, 2005; SGB V; SGB IV). Sie sind Teil des sozialen Sicherungssystems zur sozialen Absicherung im Krankheitsfall, zu dem weiterhin die gesetzliche Renten-, Unfall-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung gehören (Specke, 2005). Derzeit gibt es in Deutschland 110 Krankenkassen (RKI & Destatis, abgefragt am 19.12.2018). Ihre historische Entwicklung reicht bis ins Mittelalter zurück, die Ursprünge als KöR liegen in der Industrialisierung des 19. Jh. (Simon, 2017; Rosenbrock & Gerlinger, 2014; Nagel, 2013). Seit dem hat sie eine beständige Ausweitung des Versichertenkreises erfahren (Rosenbrock & Gerlinger, 2014; Nagel, 2013). Die lange historische Entwicklung des Gesundheitswesens ist der Grund für eine hohe „Strukturkontinuität“, die Veränderungen erschweren (Reformresistenz) (Simon, 2017). Reformen bedeuten Eingriffe in die Ressourcen- und Machtverteilungen der Akteure der Selbstverwaltung (Krankenkassen, kassenärztliche und kassenzahnärztliche Vereinigungen) und erfordern umfangreiche Aushandlungsprozesse mit schwierigen Kompromissen (Reiners, 2011a). Auch wenn sie durch viele Reformen verändert wurden und weiterhin werden, gelten für die GKV seit ihrer Einführung wesentliche Prinzipien und Merkmale, die auf gesellschaftlichen Werten und Überzeugungen beruhen (Simon, 2017). Zu nennen sind das Solidarprinzip mit leistungsabhängigen Beitragssätzen, die Umlagefinanzierung und der Risikoausgleich sowie das Sachleistungsprinzip (§ 226 ff SGB V; Simon, 2017; Rosenbrock & Gerlinger, 2014; Nagel, 2013; Wendt, 2013; Porter & Guth, 2012). Hieraus ergeben sich wichtige Errungenschaften für die Versorgung im Krankheitsfall: niedrigschwelliger Zugang, freie Wahl eines Leistungserbringenden, quasi kostenfreie Behandlung vor Ort und unabhängig von der persönlichen finanziellen Situation (Simon, 2017; Rosenbrock & Gerlinger, 2014; Nagel, 2013; Porter & Guth, 2012; Specke, 2005).

Die GKV ist zentraler Bestandteil des Gesundheitssystems in Deutschland, wie rein quantitativ verdeutlicht werden kann: 2016 waren in Deutschland durchschnittlich 86,9 % der Bevölkerung (ca. 71,4 Mio. Personen) gesetzlich krankenversichert (Bundesministerium für Gesundheit [BMG], 2017; Destatis, 2016, ergänzt am 2017; Specke, 2005). Zum Vergleich: Eine private Krankenvollversicherung hatte im Jahr 2015 ein Bevölkerungsanteil von 10,8 % (ca. 8,7 Mio. Personen) (Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. [PKV Verband]). Die Gesundheitsausgaben in Deutschland beliefen sich im Jahr 2015 insgesamt auf 344,2 Milliarden (Mrd.) EUR, davon entfielen 200 Mrd. EUR auf die GKV, die mit einem Anteil von 58,1 % größter Ausgabenträger ist (RKI & Destatis, Tab. abgefragt am 20.10.2017). Davon entfallen die meisten Kosten auf stationäre (80 Mrd. EUR bzw. 34,7 % der GKV-Ausgaben) und ambulante Behandlungen (36,5 Mrd. EUR bzw. 17,4 %) sowie Arzneimittel (36,3 Mrd. EUR bzw. 17,2 %). Jeweils weniger als 10 % der Kosten fallen für zahnärztliche Behandlungen, Zahnersatz, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege, Krankengeld und Verwaltungskosten an (Busse, Blümel & Spranger, 2017; Simon, 2017; Spitzenverband Bund der Krankenkassen [GKV-Spitzenverband], 2017b; 2017a;). Die Ausgabenentwicklung ist überwiegend konstant, allerdings für Arzneimittel überproportional gestiegen (Simon, 2017). Die GKV ist ein bedeutender Akteur im komplexen Gesundheitssystem, das ein „Zusammenspiel aus staatlicher Regulierung, Beitragsfinanzierung und überwiegend freige-meinnütziger und privater Leistungserbringung“ darstellt, innerhalb dessen sie sich bewegt und das

„dem deutschen Gesundheitssystem seine spezifische Grundstruktur“ verleiht (Simon, 2017, S. 81; Schmöller, 2011). Insgesamt ist ihre Bedeutung gestiegen, dies wird deutlich anhand von Leistungskatalog, Gesundheitspolitik, der Zuweisung von Aufgaben und ihrer Finanzmacht (Simon, 2017; Candi- dus, 2015b).

Die Aufgabe der GKV ist es zum einen, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder zu verbessern. Zum anderen ist es das Erbringen von Aufklärung, Beratung, Leistungen und Hinwirken auf gesunde Lebensverhältnisse (§ 1 SGB V; Simon, 2017). Sie bearbeiten überwiegend ihre originären Aufgaben als Krankenkasse: Leistungen bezahlen, Bearbeitung von Leistungsanträgen der Versicherten und Aushandeln von Festpreisen bzw. Kollektivverträgen mit den Leistungserbringenden (Porter & Guth, 2012). Im SGB V wird der umfassende Versorgungsauftrag bzw. Leistungsanspruch auf alle notwendigen Leistungen zur Behandlung einer Krankheit sowie u. a. für Prävention, Früherkennung und Gesundheitsförderung, ambulante und stationäre Versorgung, zahnärztliche Behandlungen, Rehabilitation oder Krankengeld, unabhängig von der Höhe der geleisteten Beiträge konkretisiert (§ 11 SGB V; Simon, 2017; Rosenbrock & Gerlinger, 2014; Nagel, 2013). Der Umfang des Versicherungsschutzes ist in den GKVn weitgehend gleich, die gesetzlich festgelegten Leistungen (Regelleistungen) sind zu ca. 95 % identisch (Specke, 2005).

Die Krankenkassen haben einen gesetzlich begrenzten Handlungs- und Aufgabenschwerpunkt. Sie verhalten sich überwiegend passiv und nutzen den bestehenden Spielraum für Innovationen oder patientenorientierte Versorgung bislang kaum aus, z. B. durch die Aushandlung integrierter Versorgungs- verträge, Selektivverträge, Patientenberatung oder Versorgungsmanagement. Lediglich strukturierte Behandlungsprogramme finden breite Anwendung, zu dieser sie verpflichtet sind bzw. diese sind erlösrelevant für finanzielle Mittel aus dem Morbi-RSA (Bundesversicherungsamt [BVA], 2008). Damit ist die „Interaktion zwischen Krankenversicherung und Patienten [...] begrenzt; sie beschränkt sich [...] weitgehend auf die Bearbeitung von Versicherungsansprüchen sowie Verwaltungsfragen“ (Porter & Guth, 2012, S. 208). Unterstützung für Orientierung im Gesundheitssystem wie der Leistungserbringer- auswahl oder für VM bei (chronischen) Krankheiten erhalten Versicherte kaum oder nur im gesetzlich vorgeschriebenen Rahmen. Dies sowie eine auf Krankheitsbilder ausgerichtete Organisations- struktur würde die Patientenorientierung deutlich verbessern (Porter & Guth, 2012). Als positive Maß- nahmen einiger Krankenkassen sind hier der Krankenhausnavigator als Hilfe für die Leistungserbrin- gerwahl bei selektiven Eingriffen, Case Management, Zweitmeinungsangebote, Informations- und Be- wertungsportale sowie Gesundheitscoaching zur Unterstützung eines am Krankheitsbild orientierten Behandlungsprozesses zu nennen (Müller & Engelmeyer Anette, 2013; Porter & Guth, 2012). Ferner ermöglicht der Gesetzgeber den Krankenkassen VM auf der Seite der Leistungsbringenden zu stärken, bspw. durch DMP, verstärkte Vernetzung der Akteure, IV-Modelle, hausarztzentrierte Versorgung o- der ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 92a Innovationsfonds, § 137f Strukturierte Behan- dlungsprogramme bei chronischen Krankheiten § 140a Besondere Versorgung SGB V; Müller & Engel- meyer Anette, 2013). Ziel ist die Erprobung und Etablierung neuer sektorenübergreifender, interdis- ziplinärer und fachübergreifender Versorgungsformen (§ 92a SGB V).

Insgesamt sind weder die Krankenkassen noch das Gesundheitssystem auf Versorgungsmanagement und die besonderen Bedarfslagen und Bedürfnisse chronisch Erkrankter ausgerichtet oder nutzen diese kaum. Die bestehenden Werkzeuge der Krankenkassen für eine patientenorientierte Versorgung bei chronischer Krankheit werden nachfolgend skizziert.

3.1.1 Versorgung und Versorgungsmanagement für chronisch Erkrankte

Im SGB V sind folgende Versorgungsformen und GKV-Leistungen, die chronisch Erkrankte unterstützen können, geregelt:

- a) Beratung (§ 1 (1)) und die Förderung von Beratungseinrichtungen (§ 65b),
- b) Strukturierte Behandlungsprogramme (§ 137f),
- c) Patientenschulungen (§ 43),
- d) Versorgungsmanagement und
- e) integrierte Versorgung.

Sie sollen die Orientierung der Versicherten im komplexen Gesundheitssystem und Selbstmanagement fördern.

3.1.1.1 Beratung und Beratungseinrichtungen

Aufgaben der GKV sind nach SGB V „Beratung, Aufklärung und Leistungen“, um auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken (§ 1 S. 4 SGB V). Diese beziehen sich vornehmlich auf die Aufklärung und Beratung zu Rechten und Pflichten bei Antrags- oder Verwaltungsverfahren (Becker & Kingreen, 2017a; Geene & Heberlein, 2017). Auch Informations- und Beratungspflichten können daraus abgeleitet werden, um Orientierungsschwierigkeiten im unübersichtlichen und unverständlichen Sozialrecht abzuwenden (Hase, 2017). Gleichzeitig wird Sozialleistungsträgern die Aufgabe zugesprochen, die individuelle Eigenverantwortung bzw. Eigenkompetenz der Versicherten zu fördern und zu unterstützen sowie auf gesunde Lebensverhältnisse hinwirken, was „ein nur schwer einlösbares Versprechen darstellt“ (Becker & Kingreen, 2017a, Rn. 9; Hase, 2017; § 1 S. 2-3 SGB V). Eine umfassendere gesundheitsbezogene Beratung, die über sozial- und verwaltungsrechtliche Angelegenheiten der Krankenkassen hinausgeht, ist im § 65b SGB V zur „Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung“ festgelegt. Demnach finanziert der GKV-Spitzenverband unabhängige und neutrale Beratungseinrichtungen zur Förderung der Patientensouveränität (Becker & Kingreen, 2017a; Scholz, 2017). Ziele sind die Unterstützung der Patientenorientierung und ein niedrigschwelliges Angebot mit Lotsenfunktion (Scholz, 2017). „Die Berater sind für die Kompetenzfelder gesundheitliche, rechtliche und psychosoziale Fragen besonders qualifiziert“ (Scholz, 2017, Rn. 6). Die Beratungseinrichtungen sind Teil der Regelversorgung, kostenlos für die Versicherten und umfassen qualitätsgesicherte persönliche, telefonische und internetgestützte Beratung (Scholz, 2017; Becker & Kingreen, 2017a; § 65b SGB V; Unabhängige Patientenberatung Deutschland gGmbH [UPD], 2018).

3.1.1.2 Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)

Strukturierte Behandlungsprogramme wurden als Reaktion auf Qualitätsmängel in der Chronikerversorgung und mit einem finanziellen Anreiz für Krankenkassen zur Aufnahme chronisch Erkrankter verknüpft (Huster, 2017; § 137f-g SGB V). Ziel der DMP ist es, Behandlungsablauf und Versorgungsqualität chronisch Kranker verbessern und eine bedarfsgerechtere und wirtschaftlichere Versorgung zu erreichen (§ 137f (1) SGB V; Busse et al., 2017; Drabik, Graf, Büscher & Stock, 2012). Dies soll durch kontinuierliche, koordinierte Behandlung und Betreuung der Patientinnen und Patienten zwischen den Leistungserbringenden erreicht werden, insbesondere im ambulanten Bereich zwischen Haus- und Fachärzten (Busse et al., 2017; Löwel, 2006). Dazu hat der Gesetzgeber weiterhin festgelegt, dass die Versorgung nach evidenzbasierten Leitlinien erfolgt und Maßnahmen zur Qualitätssicherung durchgeführt werden (§ 137f (2) S. 2 Nr. SGB V; Gerlinger, 2013). Ferner sind die formalen Einschreibevoraussetzungen der Patientinnen und Patienten, Schulungen für Leistungserbringende und Versicherte,

die Dokumentation der Maßnahmen und eine Evaluation des Programms zu erfüllen (§ 137f (2) SGB V). Dadurch soll die oder der Teilnehmende Unterstützung im Selbstmanagement der Krankheit erhalten (Gerlinger, 2013; Drabik et al., 2012). Derzeit gibt es DMP für sechs Indikationen: Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs, KHK, Asthma Bronchiale und chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD). Weitere DMP werden möglicherweise für Menschen mit chronischen Rückenschmerzen, Depression, rheumatoide Arthritis, Herzinsuffizienz und Osteoporose entwickelt (Busse et al., 2017; BVA, 2017; Huster, 2017; ÄZ, 2017).

Im Jahr 2016 waren über 7,9 Millionen Patientinnen und Patienten in eines oder mehrere der sechs DMP eingeschrieben, mit Trend zu weiter steigenden Teilnehmerzahlen, außer bei Brustkrebs (ÄZ, 2017; BVA, 2017). Sie haben auch formal „ihren Platz im deutschen Gesundheitswesen gefunden“, müssen sich aber weiter bewähren (Gebhardt, 2012). Bisherige Evaluationsergebnisse geben Hinweise auf die Wirksamkeit von DMP (z. B. Drabik et al., 2012; Ebel, 2012; Schlenker, 2011; Stock et al., 2010 zu DMP bei Diabetes und COPD). Insgesamt ist die Wirksamkeit der Programme umstritten, es gibt keine validen Aussagen hierzu oder zu ihrem patientenorientierten Nutzen, ferner fehlt eine umfassende Evaluation (Gerlinger, 2013; Glaeske, 2012; Wegscheider, 2012). Auf Grund methodischer Limitationen, wie z. B. fehlender Vergleich der DMP mit der Regelversorgung oder kassenartenspezifischer Evaluationsberichte, sind keine abschließenden Schlüsse zur Wirksamkeit der DMP möglich (Drabik et al., 2012; Willenborg & van Lente, 2012). Aus Patientensicht bestehen positive Effekte für Prozessqualität, Selbstmanagementförderung, Prävention und subjektivem Nutzen (Gerlinger, 2013; Elkeles, Kirschner, Graf & Kellermann-Mühlhoff, 2008). Diese Ergebnisse bedeuten zwar eine verbesserte Versorgungsqualität, allerdings bedeuten Verbesserungen der Prozessqualität noch keine Verbesserung der Ergebnisqualität und des Patientennutzens (Gerlinger, 2013). Aus den Evaluationsberichten schließen Willenborg & van Lente (2012, S. 4) folgendes: „Vor allem Patienten mit einem höheren Gesundheitsrisiko profitieren ganz unmittelbar vom DMP-typischen Maßnahmen-Mix aus regelmäßigen Kontrolluntersuchungen, Patientenschulungen und klaren Regeln für die Überweisung zu Fachärzten. Für Patienten mit einem mittleren oder niedrigen Risiko haben die DMP eine sekundär-präventive Wirkung: Die intensive Betreuung verhindert, dass sie zu Hochrisiko-Patienten werden; ihre Lebensqualität bleibt dadurch länger erhalten. Allerdings ist es sinnvoll, die DMP durch spezielle Maßnahmen für besonders gefährdete Versicherte zu ergänzen – zum Beispiel durch ein besonderes Fallmanagement für Herzinsuffizienz-Patienten [...]“. Die Ergebnisse der Qualitätssicherung des Bundesversicherungsamts (BVA) lassen vermuten, dass die regionalen Strukturen die Ergebnisse beeinflussen (Gawlik, Moldenhauer & König, 2012).

Es kann also festgehalten werden, dass die DMP bisher eine erfolgreiche Strategie für verbesserte Versorgung chronisch Erkrankter sind (Stock et al., 2010). Dennoch sind sie allein nicht ausreichend und es bedarf weitere (ergänzende) Maßnahmen wie Case-Management, Monitoring oder Telefoncoaching sowie insgesamt patientenorientierte und auf die komplexen Versorgungsbedürfnisse ausgerichtete Versorgungsstrukturen (Burger, Guthoff-Hagen & Oelmann, 2012; Gawlik et al., 2012; Porter & Guth, 2012; Willenborg & van Lente, 2012).

3.1.1.3 (Gruppen-)Schulungen

Chronisch erkrankte Versicherte haben Anspruch auf „[...] wirksame und effiziente Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke“, ggf. unter Einbezug von Angehörigen (§ 43 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (1) Nr. 2 SGB V). Anforderungen an Anbieter der Schulungen oder deren

Umfang definiert das Gesetz nicht, ebenso wenig, ob die Maßnahme in Gruppen oder individuell erfolgt (Schnitzler, 2017). Nach dem GKV-Spitzenverband besteht eine Trägervielfalt und damit einhergehend „ein heterogenes Bild von Konzepten, Inhalten, Methoden, Schulungsdauer und Qualitätsanforderungen [...]. An strukturierten und wissenschaftlich erprobten Schulungsprogrammen mangelt es. Bei den meisten Patientenschulungen [...] liegen keine Wirksamkeitsnachweise vor“ (GKV-Spitzenverband, 2017c, S. 4; Welti, 2017a). Daher fordert der GKV-Spitzenverband für Maßnahmen Wirksamkeitsnachweise oder eine Begleitevaluation und Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Er definiert Anforderungen an eine qualifizierte Leistungserbringung und Umsetzung als ambulante, wohnortnahe Maßnahmen in geeigneten Lernräumen, mit angemessener Dauer und Umfang sowie die Umsetzung als Gruppenschulung (GKV-Spitzenverband, 2017c). „Prioritäres Ziel der indikationsbezogenen Patientenschulung ist die Optimierung des Krankheits-selbstmanagements des Patienten, d. h. durch Schulung soll krankheits- und behandlungsbezogene Kompetenz vermittelt werden.“ (GKV-Spitzenverband, 2017c, S. 10).

3.1.1.4 Versorgungsmanagement

Der Gesetzgeber hat einen Rechtsanspruch für Patientinnen und Patienten auf Versorgungsmanagement festgelegt (§ 11 (4) SGB V). Unter VM wird das Management zum Übergang von Schnittstellen im segmentierten Versorgungssystem für eine integrierte und kontinuierliche Versorgung, Kostenreduktion bzw. Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Verbesserung von Qualität verstanden (Becker & Kingreen, 2017b; Joussem, 2017; Ryll, 2017; Weatherly & Knetsch, 2017). „Dieses soll vor allem der Lösung von Problemen dienen, die beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche auftreten können [...]. Das Ziel dieses Versorgungsmanagements ist insbes. ein reibungsloser Übergang zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege, [...] vor allem auch, um eine Pflegebedürftigkeit oder eine baldige stationäre Wiedereinweisung zu vermeiden. [...] Die Mittel, die zu dem Versorgungsmanagement verwandt werden sollen, sind vor allem diejenigen der Information und Beratung des Versicherten.“ (Joussem, 2017, 14b; Becker & Kingreen, 2017b) Das VM soll vornehmlich durch die Leistungserbringenden und mit Unterstützung der Krankenkassen erfolgen (Becker & Kingreen, 2017b; Ryll, 2017; Weatherly, 2011; § 11 (4) SGB V).

Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive geht VM über die Informationsübermittlung und Beratung nach dem SGB V hinaus. Es umfasst die Koordination der beteiligten Leistungserbringenden zwecks Zusammenarbeit, Informationen verfügbar zu machen für den Versorgungsübergang zwischen den Sektoren und das Schaffen von Transparenz (Ryll, 2017). Damit beinhaltet es Formen des „Fall-, Daten-, Finanz-, Vertrags-, Kundenbeziehungs-, Kosten und/oder Qualitätsmanagement[s]“ (Ryll, 2017, S. 51). Es kann daher auch als „Netzwerk von Organisationen, das die (Gesundheits-)Leistungen selber erbringt oder die Erbringung organisiert“ verstanden werden (Weatherly, 2011, S. 127). VM ist also die „gezielte Steuerung des Leistungsgeschehens über die fachlichen, organisatorischen und sozialen Schnittstellen und Zuständigkeiten hinweg“ sowie die Organisation und Integration von Gesundheitsleistungen (Ryll, 2017, S. 51). Zudem erfordert es die Berücksichtigung umfassender gesundheitlicher und sozialer Bedarfe (Weatherly, 2011). Der Begriff ist weit gefasst und darunter können spezifische Formen des VM wie Case Management oder Gesundheitscoaching subsummiert werden. Managed Care wird synonym verwendet (Berchtold, 2017). Weatherly und Knetsch (2017) weisen darauf hin, dass VM auf die speziellen Bedürfnisse einer definierten Patientengruppe eingehen sollte. Es kann sich sowohl an Bevölkerungsgruppen mit spezifischen Erkrankungen und an einzelne Personen richten (Weatherly & Knetsch, 2017). Seine Vorteile werden in mehr Nutzerorientierung, transparenter und effizienter Ressourcenverwendung und einer Minimierung von Reibungsverlusten und

Schwachstellen gesehen (Ryll, 2017). VM ist insbesondere für die meist komplexe Versorgung bei chronischer Krankheit und Multimorbidität wichtig, um eine umfassende und kontinuierliche Behandlung zu ermöglichen und den medizinischen und sozialen Herausforderungen zu begegnen. Der Aufbau integrierter Versorgung wird als wichtige Aufgabe wahrgenommen (§ 140a Besondere Versorgung SGB V).

3.1.1.5 Integrierte Versorgung (IV)

IV wird verstanden als „umfassende und koordinierte Bearbeitung aller Gesundheitsprobleme über den gesamten Versorgungsweg“ (Rosenbrock & Gerlinger, 2012, S. 393). Es herrscht allerdings kein Konsens darüber, wie Integration erreicht werden kann (Rosenbrock & Gerlinger, 2012). An integrierte Versorgung werden die Erwartungen geknüpft wie Wirtschaftlichkeit (Ausgabensenkung) und die Verbesserung der Versorgungsqualität (Schlenker, 2011; Amshoff, 2009). Die Notwendigkeit resultiert aus dem Fortschritt der Medizin und der damit verbundenen Spezialisierung und Ausdifferenzierung der Behandlungen. Daher muss Kontinuität dieses Prozesses durch Koordination und Kooperation der zunehmenden Zahl beteiligter Akteure erreicht werden. Ein weiterer Grund für den Bedarf an IV ist demografischer Wandel, da hochaltrige und multimorbide Patientinnen und Patienten tendenziell eine wachsende Zahl von Behandlungen, oftmals auch durch Spezialisten, benötigen. Daher besteht auch hier Integrationsbedarf der Behandlungen (Rosenbrock & Gerlinger, 2012). Integrierte Versorgungsverträge – ebenso wie Selektivverträge – bedeuten ein langfristiges Nebeneinander mit Kollektivverträgen (Schlenker, 2011).

3.1.2 Entwicklungs- und Reformbedarfe für die Versorgung chronisch Erkrankter

Vor dem Hintergrund der Versorgungsbedürfnisse chronisch und multimorbid Erkrankter sind die bestehenden Maßnahmen und Möglichkeiten unzureichend. Die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung ist mit Fokus muss auf Versorgungsstrukturen und Prozessen erforderlich. Eine Neuordnung der Planungs- und Steuerungskompetenzen der Krankenkassen auf Grund des beabsichtigten Wettbewerbs innerhalb der GKV ist zu berücksichtigen, aber muss auch auf Versorgungsqualität, Prävention und Gesundheitsförderung sowie Nutzerorientierung zielen (Reiners, 2011b). Gleichzeitig muss „bei geänderten Rahmenbedingungen eine vollwertige medizinische Versorgung [...] zu sozial tragbaren Beitragssätzen“ aufrechterhalten werden (Specke, 2005, S. 178). Erste Schritte in diese Richtung sind die gesetzlich festgelegten höheren Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung (Mindestbetrag von 2 EUR sowie Richtwert von 7 EUR jährlich je Versicherten), die Einrichtung eines Innovationsfonds zur Förderung neuer Versorgungsformen und zur Weiterentwicklung der Versorgung, Möglichkeiten zur integrierten Versorgung und strukturierte Behandlungsprogramme (Welti, 2017b; § 20, § 92a+b, § 137f und § 137g, § 140a SGB V). Aus den Anforderungen an Versorgungsqualität und -steuerung wird der Bedarf an neuen Versorgungsformen ersichtlich. Der Begriff „neue Versorgungsform“ kann sich dabei auf unterschiedliche Aspekte beziehen, wie Organisationsform, Versorgungskonzepte, Finanzierungsformen, Selektivverträge oder eine Kombination dieser Punkten (Amelung, 2011). Im Fokus für neue Versorgungsformen steht insbesondere die integrierte Versorgung. Die bestehenden Angebotsstrukturen werden den Anforderungen nicht gerecht (Amelung, 2011).

3.1.2.1 Weiterentwicklung der Krankenkassen und des Versorgungssystems

In Bezug auf die Entwicklungs- und Reformbedarfe bewegen sich die GKV im Spannungsfeld zwischen ihrer Rolle als KÖR bzw. passiver Kostenträger („Payer“) und als Kasse im Wettbewerb („Player“), die „Gesundheitspartner der Versicherten“ sein will (Porter & Guth, 2012, S. 62). Grund dafür sind zwei Steuerungsmechanismen, die der Gesetzgeber einfordert: Die Krankenkassen sind untereinander

gleichzeitig Kooperationspartner und stehen im Wettbewerb (Greß & Stegmüller, 2009). Für neue Versorgungsformen ist also kein konsistentes Konzept erkennbar, worauf auch die Streuung gesetzlicher Bestimmungen im SGB V hinweist. Potenziale für die GKV sehen Greß & Stegmüller (2009) vor allem in der Entwicklung interdisziplinärer, flexibler Kooperationsformen, von Interventionen mit problemadäquatem Zielbezug sowie von nutzerorientierten Versorgungsangeboten, also in einem Wettbewerb um Qualität (z.B. Selektivverträge, IV, Unterstützung bei Behandlungsfehlern oder der Suche nach Leistungserbringenden)

Aus Sicht einiger Krankenkassen kann der Innovationsfonds als Katalysator für Veränderungen dienen und neue Versorgungsformen anstoßen (Knieps, 2017). Sie sehen aber als zentrales und bislang ungeöstes Problem die breite Implementierung positiv evaluierter Versorgungsmodelle in die Regelversorgung. Dies ist bisher nicht geregelt (Baas, 2017; Hermann & Tomaschko, 2017; Knieps, 2017). Als Lösung werden bisher selektivvertragliche Regelungen gesehen (Hermann & Tomaschko, 2017; Köster-Steinebach, 2017). Auch aus Sicht der Patientenvertretung fehlt dem Innovationsfonds ein „Transmissionsmechanismus“, damit „erfolgreiche Projekte auch tatsächlich in die Regelversorgung übertragen werden“ (Köster-Steinebach, 2017, S. 56). Der Fonds wird ebenfalls als Treiber für Aktualisierung und Reform der Regelversorgung eingeschätzt, aber das „grundlegend statische Modell der GKV wird so wohl wieder nicht durchbrochen.“ (Köster-Steinebach, 2017, S. 56). Der Grund liegt auch in der offenen Frage nach dem rechtlichen Handlungsrahmen und der Bewertung der neuen, komplexen Versorgungsformen durch den gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Die bisherigen Methoden sind dafür nicht geeignet, da sie nicht die gesamte Versorgung von Patientinnen und Patienten betrachten (Köster-Steinebach, 2017). Ähnlich schätzen auch die Versorgungsforscher Pfaff und Dierks (2017) die Rolle von Innovationsprojekten ein. Sie weisen auf grundlegend notwendige Reformen des SGB zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung hin: „Es deutet sich immer mehr an, dass viele Versorgungsprobleme nicht allein über Innovationen im Rahmen des SGB V gelöst werden können, sondern zusätzlich Lösungen auf Basis der Sozialgesetzbücher IX und XI erfordern. Der Innovationsfonds bietet die Chance, entsprechende Projekte zu fördern. Diese könnten dann erste Schritte in Richtung eines zukünftig zu schaffenden ‚SGB Versorgung‘ darstellen.“ (Pfaff & Dierks, 2017, S. 53) Für die Krankenkassen bedeutet der Innovationsfonds, dass finanzielle Mittel für neue Versorgungsmodelle zur Verfügung stehen können, es setzt jedoch allein für das Antragsverfahren mit unbekanntem Ausgang umfangreiche Vorarbeiten sowie die Kooperation und Verhandlung mit Leistungserbringenden voraus.

3.1.2.2 *Nutzerorientiertes Gesundheitssystem*

Die Versorgung in Deutschland ist nicht (nachhaltig) auf den Nutzenden¹⁵ ausgerichtet (Candidus, 2015a). Nutzerorientierung würde „bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte medizinische Infrastruktur und deren wohnortnahe sowie möglichst barrierefreie Verfügbarkeit“ bedeuten – und zwar auf Grundlage objektiver und subjektiver Bedarfe (Meyer-Lutterloh, 2011, S. 114). Nutzende werden aber kaum an Entscheidungen zur Gestaltung der Versorgungsstrukturen und -prozesse beteiligt (ebd.). Auch formal haben Patientinnen und Patienten, z. B. im G-BA, kein Stimmrecht, sondern lediglich ein Mitberatungs- und Antragsrecht (§ 140f SGB V; Schmöller, 2011). Es gibt keine einheitliche, bundesweite Interessenvertretung, die alle Nutzenden im Gesundheitswesen vertritt und die als „dritte Kraft“

¹⁵ Der Begriff Nutzende hier als Sammelbegriff für unterschiedliche Rollen wie Patientin oder Patient, Kundin oder Kunde, Klientin oder Klient, Bürgerin oder Bürger oder Versicherte oder Versicherter verwendet (Jeserich, 2013; Schmöller, 2011).

neben Leistungserbringenden und Krankenkassen fungiert (Jeserich, 2013; Schmöller, 2011). Möglicherweise wird dies erschwert durch die Heterogenität der Nutzenden. In Abhängigkeit von Rolle und Gesundheitszustand können sich ihre Interessen teils erheblich unterscheiden (Jeserich, 2013). Dementsprechend gibt es zahlreiche Netzwerke und Organisationen für Patientinnen und Patienten, Verbraucher und Versicherte, bspw. aus der Selbsthilfe, die Nutzerinteressen vertreten, teils auch in Selbstverwaltungsgremien (Jeserich, 2013; Schmöller, 2011). Mit der verpflichtenden Förderung der unabhängigen Patientenberatung, fördert der Staat eine Art Patientenverband (Schmöller, 2011). Bei Gesetzgebungsverfahren, in Gremien sowie in der Öffentlichkeit vertritt eine Patientenbeauftragte oder ein Patientenbeauftragter, bestellt von der Bundesregierung, die Patientenbelange (§ 140h SGB V; Schmöller, 2011). Des Weiteren gibt es die Charta der Patientenrechte, ein Patientenrechtegesetz sowie die Sozialwahlen (Jeserich, 2013; Schmöller, 2011). Candidus schlussfolgert, dass „Autonomie des Bürgers im Gesundheitswesen nicht gewünscht [ist] [...] und zusätzlich von den Akteuren des Systems noch weiter unterwandert [wird]“ (Candidus, 2015a, S. 38).

Für die Versicherten ergibt sich ein intransparentes, marktwirtschaftlich geprägtes Gesundheitswesen, in dem eine gute Versorgung auch von den individuellen Kommunikations- und Informationsfähigkeiten abhängt (Candidus, 2015b). Nutzerorientierung bedeutet aber einen zeitgemäßen Zugang zu wichtigen Informationen zu Gesundheit und Förderung von eigenverantwortlichem Handeln, sowie eine auf den Bedarf der Bürger ausgerichtete Gesundheitsversorgung. Verbunden damit sind eine starke Patientenrolle (Empowerment, Selbstmanagement), ein kooperatives Rollenverständnis der Gesundheitsberufe und effizientes VM (Pourie, 2011a). Nutzerorientierung umfasst außerdem die Ausrichtung der Versorgung am Patientennutzen, d. h. alle Akteure richten ihr Handeln darauf aus, den Nutzen der Patientinnen und Patienten zu maximieren. Dies erfordert eine Umstrukturierung und Integration der Versorgungsstrukturen und -prozesse ausgerichtet an den Patientinnen und Patienten (Porter & Guth, 2012). Für mehr Nutzerorientierung sind also Veränderungen des Systems erforderlich, die den Einfluss der Patienteninteressen fördern und stärken. Die „Einflussnahme von Versicherten und Patienten auf die Systemgestaltung ist bisher noch [ein] wenig strukturierender Gegenstand der gesellschafts- und gesundheitspolitischen Auseinandersetzung“ (Fischer, 2011, S. 56). Nutzerorientierung in der Gesundheitsversorgung erfordert aber auch die individuelle Förderung von Patientinnen und Patientenkompetenzen wie Selbstmanagement, Eigenverantwortung für Gesundheit oder Kommunikation und Umgang mit Krankheit und Ärztin oder Arzt (Porter & Guth, 2012; Fischer, 2011; Meyer-Lutterloh, 2011; Pourie, 2011a). Hierfür können Coaching, Beratung und Case-Management geeignete Interventionen darstellen (Meyer-Lutterloh, 2011; Pourie, 2011a). Es bleibt kritisch zu fragen, ob und wenn ja, welche Änderungen und welcher Beitrag „eine veränderte Rolle des Versicherten und Patienten [...] herbeiführen [kann], um diese Ziele zu erreichen und zur Lösung der Herausforderungen beizutragen“ (Fischer, 2011, S. 58). Gleichzeitig müssen die Grenzen der Fähigkeiten der Bürger bzw. Patientinnen und Patienten beachtet werden. Denn Beteiligung und autonomes, selbstständiges Handeln und der eigene Manager der Versorgung zu sein, können Erkrankte je nach Gesundheitszustand kaum erreichen (Candidus, 2015a; Loskill, 2011; Friesacher, 2010). Zum einen sind die Körperfunktionen und Versorgungsstrukturen komplex, zum anderen führt die Verfügbarkeit und Richtigkeit der Informationen leicht zu Unsicherheiten. Das „Herrschaftswissen“ über Sozialgesetze, Medizin, Therapie, Pflege, stationäre Versorgung bleibt „bei denen, die dafür ausgebildet wurden“ (Candidus, 2015a, S. 38). Zudem sind nicht alle Versicherten in der Lage sind ihre gesundheitliche Mitverantwortung zu übernehmen und benötigen Unterstützung, anstatt die Leistungen selbst koordinieren oder sogar erkämpfen zu müssen (Weatherly, 2017; Loskill, 2011; Friesacher, 2010).

Insgesamt hat sich die Patientenorientierung im Gesundheitssystem etwas verbessert, sowohl die individuellen Rolle der Patientinnen und Patienten, als auch auf kollektiver Ebene (Koproduzent von Gesundheit und partnerschaftliche statt passive Rolle, sofern gesundheitlich möglich bzw. Stärkung der Patienteninteressen und -rechte) (Jeserich, 2013). Insbesondere hinsichtlich struktureller Anpassungen bleibt aber noch viel zu tun.

3.1.2.3 Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz)

Wesentliche Elemente für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen und/oder Multimorbidität sind Prävention und Gesundheitsförderung. Dazu trat 2016 nach über zehn Jahren und mehreren gescheiterten Versuchen das Präventionsgesetz (PrävG) in Kraft (Altgeld, 2016; PrävG). Es ist überwiegend im SGB V geregelt (v.a. § 20ff) und schafft Strukturen und einen Handlungsrahmen für Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland (Gerlinger, 2016a, 2016b; Kücking, 2016; PrävG, SVR, 2001; SGB V). Mit dem Gesetz soll dem Problem der fehlenden Koordination, Kooperation und Transparenz der Vielzahl an Präventionsangeboten und Akteuren begegnet, der Fokus von individuenbezogenen Maßnahmen hin zu kontextbezogenen Maßnahmen verschoben, nachhaltige und wirksame Strukturen geschaffen und die Menschen in ihren Lebenswelten erreicht werden (Kraushaar, 2016; SVR, 2001). Absicht des PrävG ist es nicht, weitere Präventionsmaßnahmen zu schaffen, sondern vielmehr die bestehenden guten und qualitätsgesicherten Angebote in einem konzertierten Vorgehen weiterzuentwickeln (Kraushaar, 2016). Obwohl es eine bessere Wirksamkeit von Prävention erreichen will, verzichtet das PrävG darauf die Schwierigkeiten der Bewertung von Präventionsmaßnahmen zu thematisieren (Antes et al., 2016). „Das Präventionsgesetz zielt darauf, das Handeln der Akteure in Prävention und Gesundheitsförderung besser zu koordinieren und damit die Wirksamkeit der Interventionen zu verbessern.“ (Gerlinger, 2016a, S. 3, 2016b). Es hat ein umfassendes Verständnis von Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsdeterminanten und sieht diese sowie Verhaltens- und Verhältnisprävention als sich ergänzende Konzepte (Geene & Reese, 2017; Altgeld, 2016). Im Gegensatz zum bisherigen Schwerpunkt der Krankenkassen auf individueller Verhaltensprävention, sieht das PrävG den Handlungsschwerpunkt in der Verhältnisprävention und setzt in den Lebenswelten der Menschen an (Kraushaar, 2016). Zudem nimmt es alle Sozialversicherungsträger in die Pflicht und fordert ihre Zusammenarbeit ein – auch im föderalen Gesundheitssystem (Kraushaar, 2016). Bereits im Oktober 2015 konstituierte sich die Nationale Präventionskonferenz, die „verantwortlich für die Entwicklung, Umsetzung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie“ ist (§ 20d und § 20e SGB V). Sie setzt sich aus allen Sozialversicherungsträgern zusammen. Im Februar 2016 legte sie Bundesrahmenempfehlungen zu Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten vor (Gerlinger, 2016b; Kraushaar, 2016). Damit gibt es erstmals konsenterte Grundlagen für Felder mit gemeinsamer Verantwortung der Sozialversicherungsträger (Kücking, 2016).

In fachlichen Diskussionen wird das Präventionsgesetz widersprüchlich bewertet (Gerlinger, 2016b). Als positiv wird die Erhöhung der Finanzmittel und die Schaffung institutioneller Strukturen für Zielorientierung und Handlungskoordination gesehen (Gerlinger, 2016b). Die Ausgestaltung des verbesserten Handlungsrahmens liegt nun bei den beteiligten Akteuren und hängt von deren Zusammenarbeit auf regionaler Ebene sowie von der Gestaltung insbesondere der Landesrahmenempfehlungen ab (§ 20f SGB V; Gerlinger, 2016a; Kraushaar, 2016; Kücking, 2016). Der Einbezug bestehender Ziele, Strategien und Akteure, z. B. aus dem Arbeitsschutz, können die Möglichkeiten und die Wirkung der Präventionsstrategie für bspw. betriebliche Gesundheitsförderung verbreitern. Hier bietet das Gesetz Handlungsspielräume (Gerlinger, 2016a). Allerdings zeigen die ersten Erfahrungen auf Landesebene,

dass die Vereinbarungen unzureichend bleiben und keine koordinierte, kassenübergreifende Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren umfasst. Vielmehr zeigt die Praxis erneut die Umsetzung von Einzelmaßnahmen bestimmter Akteure und Krankenkassen (Geene, 2016). Die gesetzlich vorgeschriebene Zusammenarbeit von GKV-Spitzenverband und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (§ 20a (3) SGB V) wird kritisiert (Greß, 2017; Gerlinger, 2016a, 2016b; Kücking, 2016). Schwierigkeiten zeigten sich bereits in der gegenseitigen Schuldzuweisung, dass die Kooperation zwischen beiden nicht funktioniert. In der Kritik steht die „Quersubventionierung“ der steuerfinanzierten BZgA mit Krankenkassenbeiträgen sowie auch die Finanzierung einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe aus Mitteln der GKV, die nicht von der gesamten Bevölkerung aufgebracht werden – ohne Beteiligung der PKV, anderen Sozialversicherungsträgern oder Steuermitteln (Geene & Reese, 2017; Greß, 2017). Demnach würden mit dem PräVG tatsächlich nur die GKV-Ausgaben neu geregelt (Altgeld, 2016). Beachtet werden muss auch, dass trotz aufgewerteter Finanzen mit den Präventions- und Gesundheitsleistungen weiterhin nur ein Teil der Bevölkerung und insbesondere Risikogruppen erreicht werden können. Andere Handlungsfelder wie betriebliche Gesundheitspolitik mit Arbeits-, Gesundheits- und Umweltschutz haben weiterhin eine hohe Bedeutung (Gerlinger, 2016a, 2016b). Weitere Kritik an der Finanzierung bezieht sich auf die zentrale Rolle der GKV („inhaltliche, finanzielle und qualitative Stärkung“, Kücking, 2016, S. 6; Geene & Reese, 2017; Gerlinger, 2016a, 2016b). Die Potenziale anderer Sozialversicherungsträger bleiben ungenutzt und werden auch finanziell nicht herangezogen (Gerlinger, 2016a, 2016b). Zudem ist fraglich „ob die Kooperation der im Wettbewerb miteinander stehenden Krankenkassen zur Umsetzung von Präventionsmaßnahmen in Lebenswelten wirklich funktionieren kann“ und ob dies geeignete Akteure sind (Geene & Reese, 2017; Greß, 2017, S. 533; Geene & Reese, 2017; Kraushaar, 2016; Reiners, 2014). Eine Kooperation widerspricht ihrer wettbewerblichen Ausrichtung und Abgrenzung. Sie haben weniger Interesse an der Gestaltung von Lebenswelten, sondern vielmehr an individuellen, verhaltensbezogenen Maßnahmen mit Fokus auf Gesunde und Gesundheitsbewusste (Reiners, 2014). Für diese sind – trotz geringer Wirksamkeit – im PräVG große Spielräume vorhanden, auch wenn das Gesetz Verhältnisprävention und gesundheitsförderliche Strukturen in den Fokus rückt (§ 20a (1) und § 20b (1) SGB V; Geene & Reese, 2017; Gerlinger, 2016a, 2016b). Gerlinger (2016a, S. 3) kritisiert diesbezüglich, dass „Vorgaben für den Stellenwert der Verhältnisprävention beziehungsweise ihrer Verknüpfung mit verhaltenspräventiven Maßnahmen“ im PräVG fehlen und Verhältnisprävention nicht so verstanden wird, dass Räume bzw. Verhältnisse selbst zu verändern sind. Das PräVG versucht (individuelle) Verhaltens- und Verhältnisprävention in Lebenswelten zusammen zu bringen und auch die Säulen des sozialen Sicherungssystems für diesen Zweck zu verbinden. Genau diese Ausgestaltung ist den beteiligten meist selbstverwalteten Akteuren überlassen, vor allem der GKV. Für die Krankenkassen bedeutet das Gesetz einerseits aus einem deutlich vergrößerten Budget für Prävention und Gesundheitsförderung schöpfen zu können. Für die Versorgung chronisch Erkrankter bezieht sich das Gesetz lediglich auf die Gesundheitsziele, die einzelne Indikationen, Risikoverhalten, Gesundheitskompetenzen und Patientensouveränität betreffen (§ 20 (3) PräVG). Die Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz bleiben hinsichtlich Prävention und Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten vage und ordnen diese vor allem als gesamtgesellschaftliche Aufgabe ein (Nationale Präventionskonferenz, 2016). Maßnahmen zur Prävention chronischer Krankheiten werden lediglich für die Erwerbsphase als Aufgabe der GKV und ggf. in Zusammenarbeit mit der Bundesagentur für Arbeit (bei psychosozialen Belastungen) festgelegt (Nationale Präventionskonferenz, 2016).

3.2 Zusammenfassung und Ausblick

Die Organisation der Gesundheitsversorgung durch die Selbstverwaltungsorgane ist nicht adäquat auf die Versorgungsbedarfe, Prävention und Gesundheitsförderung für chronisch Erkrankte und komplexe Krankheitsverläufe ausgerichtet. Es ist ein starres und statisches System, das schwer mit Strategien des Wettbewerbs, Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten und Innovationsprojekten zu verändern sein wird (Pfaff & Dierks, 2017). So auch eine weiterhin gültige Einschätzung von Kühn und Rosenbrock, die bereits 1994 die These der „konservativen Zuchtwahl der Präventions- und Gesundheitsförderungskonzepte“ vertraten (Kühn & Rosenbrock, 2009). Die These besagt, „dass sich stets nur diejenigen Präventions- und Gesundheitsförderungskonzepte durchzusetzen pflegen und (vorrangig) zur Anwendung kommen, die am besten an die normativen und strukturellen Bedingungen des jeweiligen Gesundheitssystems angepasst sind“, d. h. „die bestehenden Verhältnisse am wenigsten antasten und bei den Adressaten die geringsten Wirkungen erzielen“ (Schmidt-Semisch & Paul, 2010, S. 10; Schnabel et al., 2009, S. 29). Die These besitzt „nach über 20 Jahren deutscher Präventionspolitik immer noch bestürzende Aktualität“ (Schnabel et al., 2009, S. 29). Daher ist wohl eine grundlegende Reform der „SGB-Versorgung“ erforderlich (Pfaff & Dierks, 2017).

Hinzu kommt, dass mit gesellschaftlichen Veränderungen, wie wachsender Mobilität der Bevölkerung und einer Multioptionsgesellschaft auch die „Nachfrage nach flexiblen Formen der medizinischen Versorgung“ steigt (Sigrist, Bornstein, Lesmono, Dür & Folkers, 2015, S. 378). Das erfordert einerseits neue, nutzerorientierte Versorgungsformen, andererseits bedeuten neue Möglichkeiten und Flexibilität Stress für Anbieter und Patientinnen und Patienten sowie ein Risiko für Qualitätseinbußen (Sigrist et al., 2015).

Für ein besseres Versorgungsmanagement chronisch erkrankter Versicherter sind ein Rollen- und ein Aufgabenwandel der Krankenkassen erforderlich. Die bestehenden und aufgezeigten Möglichkeiten können hierfür genutzt werden. Es sind bereits Tendenzen zu mehr Unternehmertum bei den GKVn festzustellen (Schmöller, 2011). Mehr Anreize für die im Wettbewerb stehenden Kassen scheinen aber erforderlich zu sein.

Eine bessere Versorgungsqualität für chronisch Erkrankte erfordert verändertes Selbstverständnis der Krankenkassen und Anreize zur Versorgungsgestaltung. Insbesondere ist die Nutzerorientierung des Gesundheitssystems zu erhöhen und diese ins Zentrum allen Handelns zu stellen. Dies betrifft die konkrete Versorgung ebenso wie politische Strukturen und der Einfluss von Patientenvertretern. Das PräVG scheint hierfür bisher kein geeignetes Instrument zu sein, auch wenn es den Fokus auf Prävention und Gesundheitsförderung fördert.

4 Forschungsfrage und Methodik

4.1 Fragestellung

Vor dem Hintergrund Bedarfs an mehr Qualität und effizientem Ressourceneinsatz für die Versorgung chronisch Erkrankter, liegt die Frage nach dem Nutzen von telefonischem Gesundheitscoaching nahe. An das telefonische Gesundheitscoaching werden teils hohe Erwartungen geknüpft und es wird angenommen, dass es Nutzen für Krankenkassen und teilnehmende Versicherte bringt. Mit den Zielen, Versicherte im Umgang mit der chronischen Krankheit und Prävention zu unterstützen, den subjektiven Gesundheitszustand zu verbessern sowie eine adäquate Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und Kosten zu erreichen, war die Implementation begründet worden. Die Überprüfung dieser Annahmen erfordert eine multiperspektivische Nutzenbewertung, die die verschiedenen Facetten erfasst. Es sind daher mehrere Messebenen für die Nutzenbewertung zu untersuchen (vgl. Abbildung 4). Gegenstand der Evaluation von Weitblick sind die folgenden gesundheitswissenschaftlichen Fragestellungen:

- *Welchen Beitrag leistet Gesundheitscoaching für chronisch Erkrankte zu einer patienten- und bedarfsorientierten Versorgung, für einen besseren subjektiven Gesundheitszustand und zur Unterstützung der Krankheitsbewältigung?*
- *Welchen Nutzen hat Gesundheitscoaching in Bezug auf eine effektive und effiziente Ressourcennutzung in der GKV bzw. für die Heimat Krankenkasse?*

Die Evaluation betrachtet Gesundheitscoaching aus Sicht der teilnehmenden Versicherten mit chronischen Erkrankungen und aus Perspektive der Krankenversicherung unter den Bedingungen der tatsächlichen Versorgungspraxis. Die verschiedenen Perspektiven bzw. Fragestellungen des Forschungsvorhabens lassen sich in Mikro-, Meso- und Makroebene einordnen. 1) Die Sichtweise der Versicherten bzw. der Zielgruppe des Coachings betrifft die Intervention, subjektive Gesundheit, Krankheitsbewältigung und Gesundheitsversorgung (Mikroebene), 2) den Kostenträger interessiert der mögliche Einfluss auf Versorgungssteuerung, Prävention sowie Ressourcen- und Kosteneinsparungen (Mesoebene). 3) Die Bedeutung einer solchen Intervention für das Gesundheitssystem und die Rolle der GKV (Makroebene) wird nicht empirisch untersucht, aber im Schlussteil der Arbeit reflektiert (Abschn. 7.2). Für die Nutzenanalyse liegen nicht auf allen Ebenen empirische Daten vor oder können erhoben werden, wie bspw. für die objektive Einschätzung des Gesundheitszustands. Die berücksichtigten Perspektiven bzw. Messebenen sind in Abbildung 4 genannt, die das Evaluationskonzept des telefonischen Gesundheitscoachings darstellt. Die Illustration verdeutlicht, die vier gemessenen Aspekte zu Nutzenbewertung: zum einen die eher objektiven Routinedaten zu Kosten und Leistungsanspruchnahme, zum anderen die subjektive Perspektive der Teilnehmenden hinsichtlich subjektiver Gesundheit, Zufriedenheit und Nutzenwahrnehmung. Diese Ergebnisse werden zusammengeführt und Schlussfolgerungen gezogen (vgl. Beschreibung des Studiendesigns Abschn. 4.3 sowie Abbildung 6, S. 90). Die Evaluation mittels empirischer Daten wird weiterhin ergänzt um Ergebnisse der Literaturrecherche zum theoretischen Hintergrund sowie zum Stand der Forschung und Entwicklung.

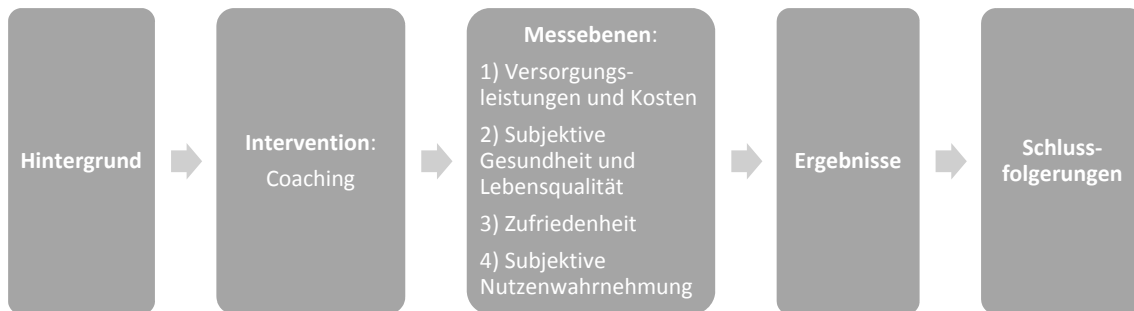


Abbildung 4: Multiperspektivische Nutzenbewertung des telefonischen Gesundheitscoachings (eigene Darstellung)

4.2 Zugrundeliegende Thesen und Annahmen

Hinter der Evaluation von Weitblick stehen Annahmen über Zusammenhänge und Wirkungsweisen, die in Form von Thesen formuliert werden können (Schnell, Hill & Esser, 2011; Bortz & Döring, 2006; Diekmann, 2005). Mit diesem Schritt wird gleichzeitig die Fragestellung operationalisiert, d. h. festgestellt, wie sie empirisch unter Anwendung quantitativer und qualitativer Methoden überprüft werden kann. Die grundlegende These lautet: Wenn durch telefonisches Gesundheitscoaching chronisch erkrankte Versicherte in Gesundheitsversorgung und Krankheitsbewältigung unterstützt werden, verbessert sich sowohl a) ihre subjektive Gesundheit und Lebensqualität, als auch b) die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen hinsichtlich Effizienz (Kosten) und Qualität (Versorgungsqualität).

Es wird angenommen, dass sich die ausgewählten Outcomes zu Gesundheit und Leistungsanspruchnahme durch die Teilnahme am telefonischen Gesundheitscoaching zwischen gecoachten Versicherten und denjenigen, die die Regelversorgung erhalten haben (nachfolgend auch als Kontrollgruppe bezeichnet), unterscheidet. Die Intervention dient der Unterstützung in Gesundheitsversorgung und Krankheitsbewältigung einschließlich gesundheitsförderlicher Verhaltensänderung. Diese Grundannahmen zur Wirkungsweise der Intervention für chronisch Erkrankte und das Studienkonzept dieser Arbeit sind in Abbildung 5 skizziert.

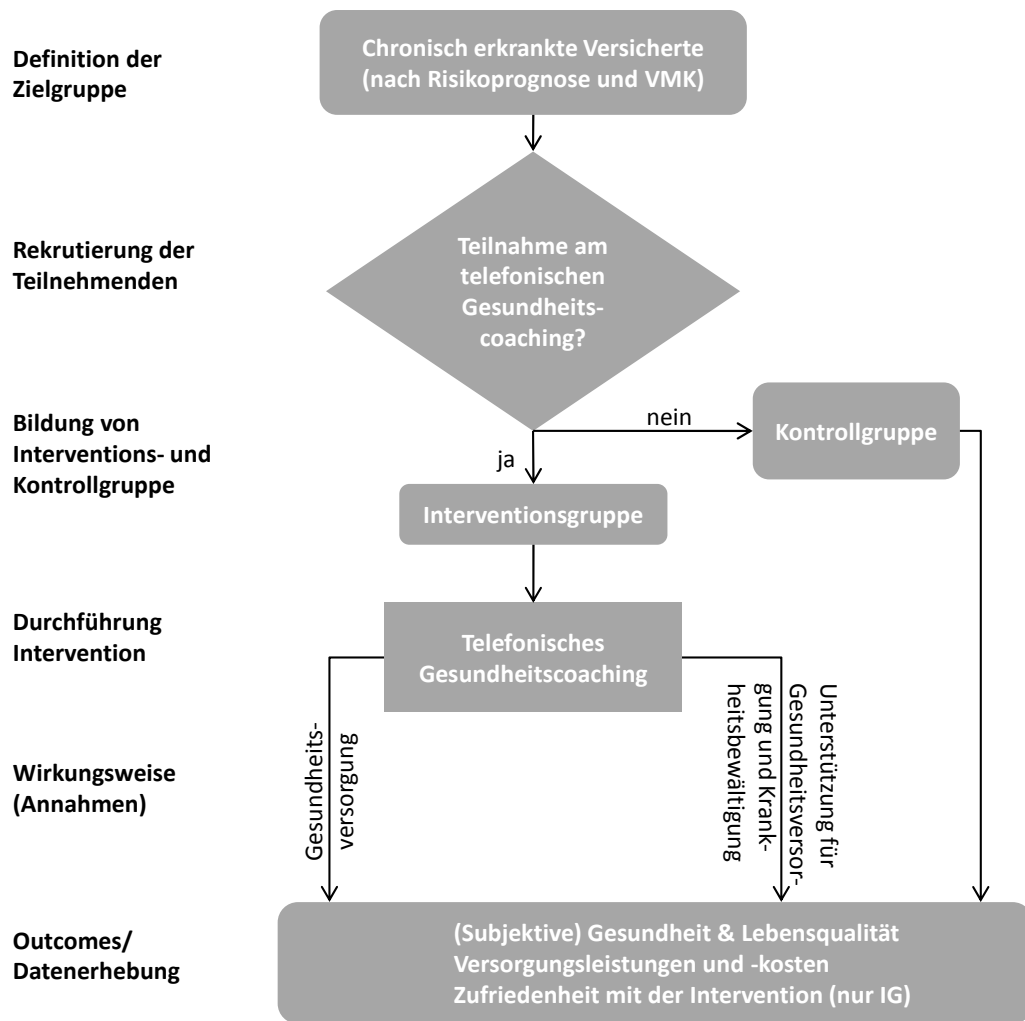


Abbildung 5: Studienkonzept und vorläufiges Modell zur Analyse der Intervention für chronisch Erkrankte (eigene Darstellung)

4.2.1 Hypothesen zu Versorgungsleistungen

Es wird angenommen, dass mit der Intervention die Inanspruchnahme und die Kosten von Leistungen durch chronisch erkrankte Versicherte beeinflusst werden können und diese sich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe unterscheiden. Ob und in welchem Ausmaß dies zu einem effizienteren Ressourceneinsatz beiträgt, ist abhängig von der Richtung des Unterschieds. Eine Veränderung ist in beide Richtungen denkbar und kann zu unterschiedlichen Zeitpunkten (während und/oder nach der Intervention) auftreten:

- Zunahme von Leistungen und Kosten in der Interventionsgruppe während der Intervention (2010) im Vergleich zur Kontrollgruppe (IG > KG, Alternativhypothese H_1 , gerichtet)
- Reduktion von Leistungen und Kosten in der Interventionsgruppe während der Intervention (2010) im Vergleich zur Kontrollgruppe (IG < KG, Alternativhypothese H_1 , gerichtet)
- Zunahme von Leistungen und Kosten nach der Intervention (2011) im Vergleich zur Kontrollgruppe (IG > KG, Alternativhypothese H_1 , gerichtet)
- Reduktion von Leistungen und Kosten nach der Intervention (2011) im Vergleich zur Kontrollgruppe (IG < KG, Alternativhypothese H_1 , gerichtet)
- Keine Veränderungen in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe, d. h. keine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (IG = KG, Nullhypothese H_0)

Die Veränderung kann sowohl eine Erhöhung als auch eine Reduzierung der Versorgungsleistungen und -kosten bedeuten, die wie folgt interpretiert werden können: Eine Zunahme der Versorgungsleistungen und Kosten kann als Hinweis auf eine verbesserte Versorgungsqualität gedeutet werden. Dabei wird angenommen, dass die chronisch erkrankten Versicherten vor der Intervention nicht adäquat versorgt waren (Unter- oder Fehlversorgung). Durch die Begleitung der Gesundheitscoaches wurden die Versicherten darin bestärkt Versorgungsleistungen in Anspruch zu nehmen, die für Gesundheit und Versorgung wichtig sind, insbesondere hinsichtlich der für das Telefoncoaching relevanten chronischen Erkrankung. Dies kann bspw. eine weitergehende Diagnostik und Therapie sein, die über das hinausgeht, was die Versicherten bislang erhielten. Ein Rückgang der Versorgungsleistungen kann hingegen als Indiz für vorherige Über- oder Fehlversorgung gedeutet werden. Durch die Unterstützung der Coaches für Gesundheitsversorgung und Krankheitsbewältigung der Versicherten kann möglicherweise eine zielgerichtete und bedarfsgerechte Versorgung erreicht werden. Wenn sich die Versorgungsleistungen in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe während oder nach der Intervention unterscheiden, kann also ein Effekt der Intervention vermutet werden. Ob die Intervention hierfür ursächlich ist, kann jedoch nicht abschließend beurteilt werden. Ist keine Veränderung dieser Outcomes festzustellen, kann dies folgendes bedeuten:

- Die Intervention hat keinen Effekt auf die betrachteten Outcomes, sie beeinflusst also nicht die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und Kosten.
- Die Intervention beeinflusst die Versorgungsleistungen und/oder Versorgungsqualität, dies ist jedoch nicht mit den vorliegenden Daten messbar. Zwei Erklärungen sind denkbar:
 - a) Die quantitativen Kennzahlen veränderten sich nicht in der Summe, haben sich aber hinsichtlich der Art und Qualität verändert. Z. B. können sich mögliche Effekte verbesserter Versorgungsqualität aufheben, weil bei einem Teil der Versicherten Unter- und Fehlversorgung entgegengewirkt wird, bei anderen Versicherten wird jedoch Überversorgung vermieden. Dies ist mit den vorliegenden Daten aber nicht mess- und abbildbar.
 - b) Die Daten sind nicht spezifisch genug und durch Effekte verzerrt, die nicht in Zusammenhang mit der chronischen Erkrankungen stehen, weshalb die Versicherten für die Intervention ausgewählt wurden.

Die Outcomes zu Versorgungsleistungen und Kosten sind insbesondere aus Sicht der GKV relevant. Vornehmlich entspricht dies einer ökonomischen Betrachtung anhand von Routinedaten, bei der die Outcomes auf Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe untersucht werden. Da Daten zu mehreren Messzeitpunkten vorliegen, kann zudem die Entwicklung der Outcomes über die Zeit und differenziert nach IG und KG untersucht werden.¹⁶ Es wird also folgender operationalisierter Fragestellung nachgegangen:

Unterscheiden sich die Versorgungsleistungen und ihre Kosten vor, während und nach der Intervention zwischen Interventions- und Kontrollgruppe? Falls ja, welche Unterschiede können beobachtet werden?

Auf Grund der unterschiedlichen Versorgungsmanagementprogramme HKE, psychische Erkrankungen und Komorbidität wird ergänzend eine explorative Analyse mit den Routinedaten durchgeführt und folgender Frage nachgegangen:

¹⁶ Die Analyse über Zeit wird mit drei Messzeitpunkten – vor (2009), während (2010) und nach (2011) der Intervention – durchgeführt. Die Daten für 2008 werden nicht berücksichtigt, da zwei „prä-Messungen“ unüblich sind. In den Tabellen und Abbildungen ist jedoch immer der vollständige Erhebungszeitraum dargestellt.

Profitiert ein VMP möglicherweise besonders von der Intervention? Gibt es Unterschiede zwischen den spezifischen Subgruppen bzw. entwickeln sich Kennzahlen für ein VMP unterschiedlich über die Zeit?

Dazu werden die VMP-spezifischen IG und KG auf Unterschiede untersucht. Diese Fragestellung verfolgt ausdrücklich ein exploratives und kein inferenzstatistisches Vorgehen. Es dient nicht der Überprüfung von Hypothesen.

4.2.2 Hypothesen zu subjektiver Gesundheit und Lebensqualität

Es wird ein Nutzen bzw. eine Wirkung der Intervention für die Gesundheit der Versicherten angenommen, die sich daher zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (IG und KG) unterscheidet. Es ist zu prüfen ob und in welchem Ausmaß Gesundheitsgewinne erreicht werden und zugunsten welcher Gruppe ein Unterschied besteht. Daten zur objektiven Gesundheit sind nicht verfügbar, es wird ausschließlich die subjektive Gesundheit und Lebensqualität untersucht. Neben der subjektiven Bewertung des aktuellen Gesundheitszustands wird die Wahrnehmung möglicher gesundheitlicher Veränderungen (Verschlechterung, Verbesserung, keine Veränderung) betrachtet:

- Es besteht ein Unterschied in subjektiver Gesundheit und Lebensqualität zwischen IG und KG (IG \neq KG, Alternativhypothese H_1 , ungerichtet)
 - a) Die Interventionsgruppe bewertet diesen Aspekt nach Abschluss der Intervention besser als die Kontrollgruppe zum selben Erhebungszeitpunkt (IG > KG, Alternativhypothese H_1 , gerichtet)
 - b) Die Interventionsgruppe bewertet diesen Aspekt nach Abschluss der Intervention schlechter als die Kontrollgruppe zum selben Erhebungszeitpunkt (IG < KG, Alternativhypothese H_1 , gerichtet)
- Subjektive Gesundheit und Lebensqualität werden von der IG und KG gleich bewertet, d. h. es bestehen keine Unterschiede zwischen den Gruppen (IG = KG, Nullhypothese H_0)
- Die Veränderung des subjektiven Gesundheitszustands über den Zeitraum der vergangenen 12 Monate unterscheidet sich zwischen IG und KG (IG \neq KG, Alternativhypothese H_1 , ungerichtet)
 - a) Die Interventionsgruppe nimmt ihren Gesundheitszustand über die Zeit betrachtet als verbessert wahr, die Kontrollgruppe bewertet dies als unverändert oder verschlechtert (IG > KG, Alternativhypothese H_1 , gerichtet).
 - b) Die Interventionsgruppe nimmt ihren Gesundheitszustand über die Zeit betrachtet als verschlechtert wahr, die Kontrollgruppe bewertet dies als unverändert oder verbessert (IG < KG, Alternativhypothese H_1 , gerichtet).
- Die Veränderung des subjektiven Gesundheitszustands über den Zeitraum der vergangenen 12 Monate ist in der Interventionsgruppe unverändert oder verbessert, während die Kontrollgruppe ihre subjektive Gesundheit als verschlechtert bewertet (IG \geq KG, Alternativhypothese H_1 , gerichtet)

Wenn sich subjektive Gesundheit und Lebensqualität in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe nach der Intervention unterscheiden, kann ein Effekt der Intervention vermutet werden. Entsprechend des „normalen“ Verlaufs chronischer Erkrankungen ist allgemein von Verschlechterung der subjektiven Gesundheit und Lebensqualität über die Zeit auszugehen. Für die Zielgruppe ist also eine unveränderte oder sogar verbesserte subjektive Gesundheit und Lebensqualität ein positiver Effekt. Die Interventionsgruppe bewertet also diesen Endpunkt als unverändert oder verbessert, während die Kontrollgruppe eine Verschlechterung berichtet. Dabei wird angenommen, dass die chro-

nisch erkrankten Versicherten auf Grund der Intervention notwendige Unterstützung für Gesundheitsversorgung und Krankheitsbewältigung erfahren haben, die zu diesem positiven Effekt beitragen, bspw. eine verbesserte Adhärenz oder ein verändertes gesundheitsförderliches Verhalten. Eine Verschlechterung der subjektiven Gesundheit und Lebensqualität in beiden Vergleichsgruppen kann bedeuten, dass die Intervention keinen Effekt hat oder dieser nicht mit verfügbarem Instrument gemessen werden konnte. Sollte lediglich die Interventionsgruppe von einer Verschlechterung berichten, deutet dies auf einen unerwünschten Effekt der Intervention hin. Auf Grund des Querschnittsdesigns der Studie kann nicht abschließend auf einen kausalen Zusammenhang zwischen Intervention und Wirkung geschlossen werden.

Subjektive Gesundheit und Lebensqualität sind aus Sicht der chronisch erkrankten Versicherten relevant, denn eine Verbesserung oder ein Beibehalten des Gesundheitszustands über die Zeit oder bedeutet für sie einen gesundheitlichen Nutzen. Des Weiteren ist dieser Endpunkt ein Indikator für die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen (vgl. Abschn. 2.4.3). Ein positiver Effekt der Intervention ist daher auch für die Krankenkasse von (ökonomischem) Interesse. Folgender These wird daher nachgegangen: Ein Nutzen der Intervention kann eine Verbesserung der subjektiven Gesundheit und Lebensqualität bedeuten. Für die Messung dieses Aspekts wird das standardisierte Messinstrument SF-36 Health Survey verwendet (s. Abschn. 4.4.2). Dieses Ergebnis wurde zu einem Messzeitpunkt nach der Intervention erhoben und erlaubt daher vorwiegend Deskription und Abgleich des Outcomes für die befragten Coachingteilnehmenden mit einer repräsentativen Normbevölkerung. Zwecks Vergleich wurde die Kontrollgruppe zu ihrer subjektiven Gesundheit und Lebensqualität befragt und dieses Outcome mit dem der Interventionsgruppe verglichen. Die Fragestellungen zur Einschätzung der subjektiven Gesundheit und Lebensqualität der befragten Versicherten hierzu lauten:

- *Unterscheiden sich subjektive Gesundheit und Lebensqualität zwischen Interventions- und Kontrollgruppe nach der Intervention?*
- *Unterscheidet sich die Bewertung des subjektiven Gesundheitszustands und der Lebensqualität über die Zeit betrachtet zwischen Interventions- und Kontrollgruppe?*
Falls Unterschiede bestehen, welche können beobachtet werden?
- *Unterscheidet sich subjektive Gesundheit und Lebensqualität der Interventionsgruppe von der Normbevölkerung des SF-36 Health Surveys?*

4.2.3 Hypothesen zur Zufriedenheit mit der Intervention und zur Nutzenwahrnehmung

Es wird angenommen, dass die Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention relevant für die Teilnahme bzw. Fortführung an einer Maßnahme wie telefonischem Gesundheitscoaching ist. Berücksichtigt wird dazu die Sicht der Teilnehmenden zu organisatorischen Aspekten der Umsetzung der Intervention sowie Aspekte des subjektiven Nutzens und Erwartungen. Die Fragestellungen zur Erfassung der Zufriedenheit und Nutzenwahrnehmung mit Weitblick aus Sicht der Versicherten lauten:

- *Wie bewerten die Coachingteilnehmenden die Intervention?*
- *Welchen subjektiven Nutzen beschreiben die Teilnehmenden des Gesundheitscoachings für ihre Krankheitsbewältigung und Gesundheitsversorgung?*

Ziel der zweiten offenen Fragestellung ist es, den subjektiven Nutzen für Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Krankheitsbewältigung durch das Coaching zu eruieren und einzuordnen. Die Sicht der

Teilnehmenden soll durchdrungen werden und erfolgt daher als qualitative Teilstudie. Diese Erhebung und Analyse dient nicht der Entwicklung von Hypothesen oder Theorien, sondern ergänzt die bestehenden quantitativen Daten und erweitert die Perspektive der Nutzenwahrnehmung. Das qualitative Vorgehen wurde auf Grund der Herausforderungen bei Zufriedenheitsbefragungen und fehlender valider Methoden bzw. Messinstrumente für eine quantitative Erfassung subjektiver Nutzenwahrnehmung gewählt (vgl. Abschn. 4.4.2 und 6.1.2). Diese Teilstudie dient damit nicht der Entwicklung von Hypothesen oder Theorien, sondern ergänzt die bestehenden quantitativen Daten um die Perspektive der Teilnehmenden.

4.2.4 Zusammenfassung

Mit der Evaluation des Programms Weitblick sollen Effekte und Nutzen von Gesundheitscoaching für die Heimat Krankenkasse (Ressourcennutzung) und für die teilnehmenden Versicherten (subjektive Gesundheit, Krankheitsbewältigung) empirisch untersucht werden. Die dahinterstehenden Fragestellungen sind dazu durch die Formulierung von Thesen operationalisiert und begründet worden. Im Wesentlichen beziehen sich die Hypothesen auf die möglichen Wirkungen der Intervention hinsichtlich a) Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und ihren Kosten, b) subjektiver Gesundheit, und c) Zufriedenheit und Nutzenwahrnehmung der Teilnehmenden. Ob diese Annahmen zutreffen, kann nicht abschließend beurteilt werden, denn mittels Querschnittsstudie sind Kausalitäten nicht nachweisbar und für die Zeitreihe sind verschiedene, nicht zu kontrollierende Confounder anzunehmen (s. Abschn. 4.4).

4.3 Einordnung des Studiendesigns

Für eine wissenschaftliche Evaluation, d. h. die sach- und fachgerechte Bewertung eines Gegenstands, werden systematisch Informationen gesammelt, bewertet sowie Erfahrungswissen generiert (Duden, 2018). Dies soll das Treffen einer Entscheidung unterstützen (Lee, 2006; Stockmann, 2006). Die Bewertungskriterien sind abhängig vom Verwendungskontext, der Zielsetzung und den dahinterstehenden Werten und Wertesystemen (Owen, 2007; Stockmann, 2006). Die Entwicklung eines Evaluationsdesigns orientiert sich an der Fragestellung und der Zielsetzung, wird dann auf den Forschungsgegenstand angewendet und orientiert sich an den empirischen und methodischen Möglichkeiten (Gesellschaft für Evaluation e.V. [DeGEval], 2016; Drummond, Sculpher, Claxton, Stoddart & Torrance, 2015; Schmacke, 2011; Coombes, 2010; Stockmann, 2006; Widmer, 2006; Dolan, 2005; Tsuchiya & Williams, 2005; Sackett & Wennberg, 1997). Das Studiendesign der vorliegenden Arbeit orientiert sich an den Gegebenheiten der Versorgungspraxis. Das Vorgehen unterscheidet sich von klinischen Studien unter kontrollierten Bedingungen, wie z. B. in einem RCT. Es geht vielmehr – im Sinne der Versorgungsforschung – darum in der Evaluation der anwendungsorientierten, versorgungspraktischen Intervention unterschiedliche Perspektiven zu berücksichtigen und ein umfassendes Bild zu generieren, wie es der Versorgungsrealität entspricht (Atkins, Odendaal, Leon, Lutge & Lewin, 2015; Rahm Hallberg, 2015; Donner-Banzhoff, Bösner & Albohn-Kühne, 2013; Schmacke, 2011; Ellard & Parsons, 2010; 2009; Chan & Chien, 2009; MRC, 2008; Campbell et al., 2000). Denn auch das telefonische Gesundheitscoaching wurde auf Basis eines angenommenen Unterstützungsbedarfs von chronisch Erkrankten entwickelt und für eine definierte Zielgruppe implementiert. Zusätzlich wurde die Frage nach dem Nutzen der Intervention aufgeworfen und daraufhin Überlegungen zur Evaluation angestellt. Die Planung des Evaluationsvorhabens erfolgte also im Anschluss an Entwicklung und Umsetzung der Intervention.

Die Evaluation des telefonischen Gesundheitscoaching mittels RCT wäre zu diesem Zeitpunkt methodisch kaum korrekt durchführbar und würde ihrer Komplexität nicht gerecht. Die Maßnahme beinhaltet verschiedene und interagierende Komponenten, wie die (aktive) Beteiligung von Patientinnen und Patienten sowie der behandelnden Ärztinnen, Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten (Britton, 2010; Chan & Chien, 2009; MRC, 2008). Es werden langfristige Wirkungen wie die Modifikation von Risikofaktoren angenommen (König, 2016; Thorogood & Coombes, 2010a). Zudem gibt es eine Vielzahl möglicher Outcomes und eine heterogene Ziegruppe (MRC, 2008). Ein solch komplexer Gegenstand erfordert komplexe Interventionen und damit auch umfangreiche Evaluationsdesigns (Antes et al., 2016; Plaumann & Pawils, 2015; Ruppert & Conn, 2010; Thorogood & Coombes, 2010a; Kliche et al., 2006; Rush et al., 2004). Es bedarf daher Methoden, die die Vielzahl der Facetten berücksichtigen und die Evidenz schrittweise und mit unterschiedlichen Vorgehen überprüfen, wie z. B. im Phasenmodell von Campbell et al. (2000)¹⁷ (Donner-Banzhoff et al., 2013; Schmacke, 2011; Coombes, 2010; Widmer, 2006; Kliche et al., 2006; Campbell et al., 2000). Solche Studiendesigns sowie Metaanalysen haben oft keine klare Schlussfolgerung, ein generelles Urteil ist für solche Abläufe aber auch wenig sinnvoll (Donner-Banzhoff et al., 2013; Kane & Radosevich, 2011). Vielmehr lassen sich andere Erkenntnisse gewinnen und die transparenten, verständlichen und vergleichbaren Ergebnisse unterstützen es, eine informierte Entscheidung zu treffen (König, 2016; Donner-Banzhoff et al., 2013; Kane & Radosevich, 2011). Die alleinige Messung von Outcomes gäbe ein unvollständiges Bild einer Intervention wider, denn viele Faktoren und Einflüsse (z. B. Patientencharakteristika) sowie die Wirkungsmechanismen wären unberücksichtigt, obwohl sie zu unterschiedlichen Effekten führen können (Chan & Chien, 2009). Stattdessen müssen auch die Prozesse untersucht werden, um die Wirkungsweise zu verstehen – gerade auch für unterschiedliche Populationen und Kontexte. Daher sind explorative Studien und Prozessevaluation wichtig (Schmacke, 2011; Chan & Chien, 2009; Campbell et al., 2000).

Der empirische Teil der Arbeit betrifft daher die (multiperspektivische) Evaluation des Coachingprogramms Weitblick der Heimat Krankenkasse für Versicherte mit chronischen Erkrankungen in drei VMP (s. Abbildung 4, S. 83). Die empirische Auswertung zur Evaluation wird ergänzt durch eine systematische Literaturrecherche zur Aufarbeitung des theoretischen Hintergrunds und des Forschungsstandes. Entsprechend der Fragestellungen und des Forschungsstands ist der Einsatz von quantitativen und qualitativen Methoden sinnvoll. Ein solcher Methodenmix ermöglicht es, ein komplexes Bild der Intervention Weitblick und ihrer Effekte für die Zielgruppe chronisch Erkrankter aus unterschiedlichen Perspektiven zu entwickeln. Wo es auf Grund der Datenlage möglich ist, wird ein Vergleich von Coachingteilnehmenden mit einer Kontrollgruppe vorgenommen. Für einen adäquaten Vergleich muss die Kontrollgruppe in ihren Eigenschaften strukturgleich mit der Interventionsgruppe sein. Im Anschluss an die Datenanalyse und -auswertung werden im weiteren Schritt die quantitativen und qualitativen Ergebnisse sowie die Erkenntnisse aus der Literaturrecherche inhaltlich zusammengeführt, bewertet und diskutiert (Mixed Methods). Es werden Schlussfolgerungen für die Anwendbarkeit und Weiterentwicklung der Interventionen abgeleitet. Der Methodenmix und die Zusammenführung

¹⁷ Der mehrschrittige Prozess unter Anwendung qualitativer und quantitativer Methoden beginnt mit einer vor-klinischen Phase zur Ermittlung theoretischer Grundlagen. Darauf folgt die Phase der Modellbildung, in der Bausteine und Mechanismen der Intervention identifiziert werden. In Phase II werden mittels explorativer Studie Parameter der Intervention und ein Studienprotokoll beschrieben. Daraufhin kann ein RCT durchgeführt werden (Phase III) und anschließend die langfristige Implementierung stattfinden (Phase IV). Im Verlauf nimmt dabei die Evidenzlage zu (Schmacke, 2011; Campbell et al., 2000).

der Ergebnisse ermöglichen es, ein facettenreiches Bild des telefonischen Gesundheitscoachings zu entwickeln. Abbildung 6 fasst das Studiendesign zusammen.

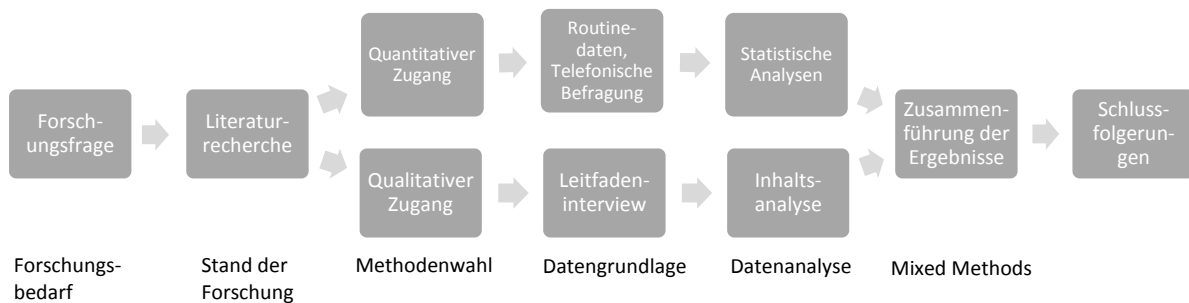


Abbildung 6: Vorgehen des Forschungsprozesses (Studiendesign) (eigene Darstellung in Anlehn. an Gläser & Laudel, 2009)

4.4 Methodisches Vorgehen

Sowohl die Fragestellung als auch die Gegebenheiten der Versorgungspraxis und Durchführung der Intervention determinieren das methodische Vorgehen und die verfügbaren Daten. Forschungsökonomische Überlegungen (Kosten und Aufwand für Art und Umfang der Datenerhebung und Ziele des Evaluationsvorhabens) sowie die Möglichkeiten und Grenzen von Routinedatenanalysen wurden dazu abgewogen, und schließlich ein „Datenpaket“ geschnürt. Die Datengrundlage sowie Vorgehensweisen für Datenerhebung, -analyse und -auswertung werden in den nachfolgenden Abschnitten erläutert (Abschn. 4.4.2 bis 4.4.5). Vorangestellt ist die Beschreibung des methodischen Vorgehens für die Literaturrecherche (Abschn. 4.4.1).

4.4.1 (Systematische) Literaturrecherche

Zur Aufarbeitung des empirischen Forschungs- und Entwicklungsstand von telefonischem Gesundheitscoaching wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Dazu war die folgende Fragestellung leitend: *Welche empirischen Erkenntnisse gibt es zur Effektivität von telefonischem Gesundheitscoaching, das hinsichtlich Konzept und Vorgehen Weitblick weitgehend entspricht?* Die Recherche wurde nach dem PICO-Schema strukturiert (vgl. Tabelle 5; Deutsches Cochrane-Zentrum [DCZ], Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) - Institut für Medizinisches Wissensmanagement [IMWi] & Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin [ÄZQ], 2013; Thorogood & Coombes, 2010b). Auf dieser Grundlage wurden die Recherchebegriffe sowie Ein- und Ausschlusskriterien für die Fundstellen festgelegt (siehe Tabelle 6). Der Fokus der auszuwählenden Studien soll auf Interventionen zu Gesundheitscoaching mit dem Kommunikationsmittel Telefon liegen sowie „beeinflussbare“ chronische Erkrankungen und Risikofaktoren (Lebensstil, Bewegung, Übergewicht) bei Erwachsenen berücksichtigen. Im Februar und März 2017 wurden die folgenden elektronischen Datenbanken durchsucht: PubMed, CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), PSYINDEX, socINDEX (Sociology Research DataBASE), SSCI (Social Sciences Citation Index), sowiport, PsycINFO, Cochrane Library, BASE (Bielefeld Academic Search Engine). Für die Recherche wurden nachfolgende Suchbegriffe gewählt:

- health coaching chronic telephone
- self management education chronic telephone coaching
- gesundheitscoaching
- gesundheitskompetenz

- health behaviour change coaching telephone
- health behavior change counseling telephone
- life coaching chronic health behavior
- coaching chronic health behaviour self management
- coaching chronic health behavioral self management
- telephone health coaching outcome chronic

Auf eine explizite Recherche mit dem Term „Tele*“, wie z. B. „Telenursing“ wurde verzichtet. Die genauen Suchbegriffe einschließlich bool'scher Operatoren und Medical Subject Headings (MeSh) (Hauptschlagwörter) sowie Anzahl der Treffer in den Datenbanken sind

Anhang 1 dargestellt.

Tabelle 5: Suchstrategie der Literaturrecherche nach dem PICO-Schema (eigene Darstellung)

P – Population/Patient	Erwachsene, chronisch erkrankte Personen und Patientinnen und Patienten (ausgeschlossen Krebserkrankungen, Suchterkrankungen)
I – Intervention	Telefonisches Gesundheitscoaching zur Verhaltensänderung durch Fachpersonal (keine Laien)
C – Comparison/Control	Keine Intervention oder andere Maßnahme, Vergleiche über Zeit, Vergleiche mit Kontrollgruppe
O – Outcome	Diverse Parameter wie klinische Indikatoren, subjektive und objektive Messungen zu Gesundheit und Gesundheitsverhalten (Effektivität), ggf. Effizienz

Aus den Recherchedatenbanken wurden n = 968 Treffer in das Literaturverwaltungsprogramm Citavi 5 importiert (*Citavi*). Die Literaturliste wurde mittels Citavi und manuell um n = 124 Dubletten sowie unvollständige, nicht nachvollziehbare Zitierungen bereinigt. Im Anschluss wurden die verbliebenen n = 844 Fundstellen in zwei Schritten nach Ein- und Ausschlusskriterien gesichtet. Zunächst wurden die Titel und Abstracts überflogen und n = 674 Publikationen ausgeschlossen. Von den verbliebenen n = 170 Studien wurden Abstracts und ggf. Volltexte gesichtet. Weitere n = 129 Beiträge entsprachen nicht den Einschlusskriterien, eine Publikation (Dissertationsschrift) ist nicht in Deutschland verfügbar. Zudem konnten über die Durchsicht der Literaturverzeichnisse (Schneeballsystem) sowie aus vorherigen Recherchen der Autorin insgesamt weitere n = 17 Studien eingeschlossen werden. Demzufolge werden für die Darstellung des Forschungs- und Entwicklungsstands n = 57 Publikationen herangezogen. Die Fundstellen wurden anhand des PICO-Schemas systematisch gesichtet und für die Beschreibung des Forschungsstands aufgearbeitet. Davon sind n = 9 Reviews und n = 4 sind qualitative empirische Studien. Das Vorgehen zur Studienauswahl ist in Abbildung 7 als Quorum dargestellt (Thorogood, 2010).

Tabelle 6: Ein- und Ausschlusskriterien für systematische Literaturrecherche (eigene Darstellung)

Bereich	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Indikation und Risiken	Chronische Krankheiten mit beeinflussbarem Verlauf durch Lebensstil/Gesundheitsverhalten und ggf. Medikation	Krebs, Transplantation, Schwangerschaft, Reproduktion, HIV, Hepatitis C, Glaukom, Endoprothetik, Sucht (Alkohol, Zigaretten, Drogen, Substance Abuse, Glücksspiel), Keine chronische Krankheit Kindesmissbrauch Prävention von Selbstmord
Setting	Real world setting (möglichst) Ambulant (möglichst)	Arbeitsplatz Rehabilitation, Nachsorge Schule und Lehrer Arbeit, Arbeitnehmer, Unternehmen
Zielgruppe	Erwachsene mit chronischer Erkrankung	Kinder, Jugendliche Eltern hinsichtlich Erziehungsfragen
Versorgung	Ambulante Versorgung	Kombination mit anderen Therapien Interventionen in Zusammenhang mit/im Anschluss an stationäre Krankenhausbehandlung
Intervention	Interventionsdauer mind. sechs Monate (ohne Messzeitpunkt für Untersuchung auf Nachhaltigkeit) Menschliche Interaktion per Telefon (Coach = Mensch, keine computerbasierten Telefonate) Eigenständige, „unabhängige“ Intervention (kein Follow Up angeknüpft an vorhergehende Interventionen), Fachleute/Gesundheitsprofessionen als Coaches	Training für Ärzte Webbasierte Programme Kein Telefon Telefoncoaching als Teil von umfangreichen Interventionen mit weiteren Modulen und Maßnahmen Telefon ausschließlich als Follow-Up nach einer Intervention oder einer stationären Behandlung Telefoncoaching durch Peers und Laien Mischung verschiedener Kommunikationselemente (z. B. Telefon, SMS, Video, Mail, etc.) Incentives für Teilnahme, insbesondere monetäre Incentives o.ä. Laien als Coaches
Publikationstyp	Empirische Studien (quantitativ und qualitativ) Reviews	Konferenzabstracts Study Protocols Editorials Konzeptionelle und theoretische Publikationen Meinungsartikel
Outcomes	Gesundheitsverhalten Klinische Parameter Subjektive Gesundheit und Lebensqualität	
Weiteres		Aging Ausbildungsinhalte und Qualifikationen von Pflegenden und Ärzten zu Coaches

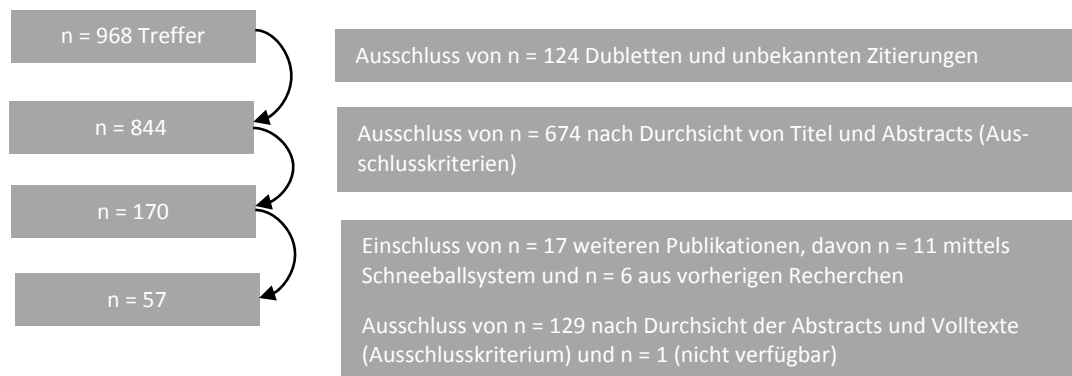


Abbildung 7: Quorum zum Auswahlprozess empirischer Studien und Reviews zur Aufarbeitung des Forschungsstands (eigene Darstellung)

Für die anderen thematischen Aspekte und Fragestellungen der Arbeit sowie die Darstellung des theoretischen Hintergrunds wurden ebenfalls Literaturrecherchen durchgeführt und aufbereitet. Dazu wurden Beiträge in Sammelbänden, Monographien, Forschungsberichte, Lehrbücher sowie weniger wissenschaftliche Informationsorgane wie die z. B. Medizinische Wochenschrift, Ärzte Zeitung, Ärzteblatt, Verbandszeitschriften, etc. hinzugezogen, um aktuelle Entwicklungen, Meinungen und Trends zu erfassen. Die Literaturrecherche umfasste sowohl nationale als auch internationale Publikationen und Good Practice Beispiele. Sprachlich war die Suche auf deutsche und englische Veröffentlichungen begrenzt. Dazu wurden überwiegend die Datenbanken PubMed, Cochrane Library, Google Scholar, der Bibliothekskatalog der Universitätsbibliothek Bielefeld und dessen Suchmaschine BASE genutzt. Die Literaturangaben der Fundstellen wurden nach dem „Schneeballprinzip“ auf weitere relevante Publikationen überprüft. „Graue Literatur“ wurde über die Suchmaschine „Google“, Websites und Broschüren von Anbietern für Gesundheitscoaching und vergleichbaren Interventionen (Sanvartis, almeda, 4 sigma, Medi 24, Medi X) erschlossen. Die Fundstellen wurden ebenfalls in Citavi importiert.

4.4.2 Datengrundlage

4.4.2.1 Quantitative Datenerhebung und Messinstrumente

Ausgehend vom Forschungsstand und theoretischen Hintergrund wurden – orientiert an der Fragestellung – Hypothesen zur Wirkung von telefonischen Gesundheitscoaching entwickelt. Ihre Prüfung erfolgt mittels empirischer und standardisiert erhobener Daten, mit denen mögliche Unterschiede gemessen werden (quantitative Forschung) (Döring & Bortz, 2016; Flick, 2009). Hierin liegt auch die Wahl der Outcomes und Messinstrumente begründet (Konzeptualisierung und Operationalisierung) (Kane & Radosevich, 2011).

Aus forschungsökonomischen (Zeit und Kosten) und organisatorischen Gründen (Planung und Durchführung des Evaluationsvorhabens nach Beginn der Intervention) wurde aus allen Teilnehmenden des Coachings eine ausreichend große Stichprobe für die geplanten Analysen gebildet (vgl. Abschn. 4.5). Die relevanten Merkmale der Grundgesamtheit sollen in ausreichender Häufigkeit in der Stichprobe enthalten sein, so dass die erforderlichen statistischen Tests durchgeführt werden können. Ebenfalls ist die praktische Umsetzbarkeit hinsichtlich begrenzter personeller Ressourcen und Kosten für die telefonische Datenerhebung zu berücksichtigen. Auf Grund der Größe der gesamten Weitblick-Kohorte ($N = 978$) und nach Festlegung des α -Fehler-Niveaus (5% , $\alpha = 0,05$), einer Teststärke von 80% ($1 - \beta = 0,8$) und mittlerer bis hoher Effektstärke ergibt sich ein Stichprobenumfang von etwa $n = 300$

Fällen und n = 300 Kontrollen (Döring & Bortz, 2016; Häder, 2010; Bortz & Döring, 2006). Diese verteilen sich etwa gleich auf die Subgruppen nach VMP, die jeweils mindestens n = 100 Fälle bzw. Kontrollen umfassen. Die Zusammensetzung der Stichprobe ist in Tabelle 7 dargestellt. Eine Kontrollgruppe wurde aus Versicherten gebildet, denen die Teilnahme am Coaching angeboten wurde, dieses jedoch ablehnten. Die Zusammensetzung der Kontrollgruppe erfolgte nach dem matched groups-Verfahren, d. h. „die Häufigkeitsverteilung bezüglich der parallelisierten Merkmale [ist] in den Gruppen identisch“ (Schnell et al., 2011, S. 215; Bortz & Döring, 2006). Die Gruppen sind also entsprechend der gewählten und bekannten Merkmale – hier Alter, Geschlecht, Indikation und Erkrankungsschwere – strukturgleich. Mit diesem Vorgehen werden keine bzw. nicht gemessene Einflussfaktoren randomisiert. Ein Selektionsbias kann nicht vermieden werden (West et al., 2014; Weiß, 2008). Das Matching kann jedoch auch noch während oder im Anschluss einer Intervention durchgeführt werden. So erlaubt das Design den Vergleich zwischen Fällen und Kontrollen, zwischen den VMP sowie zwischen indikations-spezifischen IG und KG.

Tabelle 7: Stichprobenzusammensetzung (eigene Darstellung)

Interventionsgruppe	Kontrollgruppe
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (n = 105)	Herz-Kreislauf-Erkrankungen (n = 101)
Psychische Erkrankungen (n = 102)	Psychische Erkrankungen (n = 103)
Komorbidität (n = 105)	Komorbidität (n = 103)

Die quantitative Datengrundlage basiert zum einen auf Routinedaten der Heimat Krankenkasse, die soziodemografische Informationen und ökonomische Daten sowie die Zuordnung zu einem VMP und zu IG und KG enthalten. Zum anderen wurden gesundheitsbezogene Lebensqualität mittels des Standardinstruments SF-36 Health Survey für die IG und KG zu einem Messzeitpunkt erhoben (Bullinger & Kirchberger, 1998). Die IG wurde zusätzlich zu ihrer Zufriedenheit mit dem Coachingprogramm befragt. Weiterhin liegen für die Interventionsgruppe Angaben zur Durchführung des Coachings vor, die der Dienstleister Sanvartis dokumentiert hat. Eine Übersicht über Art, Quelle und Umfang der verfügbaren quantitativen Daten gibt Tabelle 8. Ferner beinhaltet sie für welche Fragestellung die Daten mit welchen statistischen Methoden verwendet werden. Die Datensätze liegen weitgehend vollständig vor, da während der Erhebung des SF-36 Health Survey und der Zufriedenheitsbefragung die Bildung der Stichprobe und Parallelisierung der Kontrollgruppe durch die Mitarbeitenden der Krankenkasse entsprechend organisiert und abgestimmt wurde. Auf Grund des Messzeitpunkts nach der Intervention enthält der Datensatz keine Versicherten, die das Programm abgebrochen haben (drop outs). Lediglich einzelne Items der Befragung weisen fehlende Werte auf. Für eine tabellarische Übersicht zu Variablen und ihrer Skalierung (vgl. Anhang 2 und Anhang 3).

Die Erhebung und Eingabe der Daten lag in der Verantwortlichkeit der Heimat Krankenkasse. Sanvartis ergänzte den Datensatz um Informationen aus der Dokumentation des Coachings. Die Dateneingabe in die Datenmatrix oblag der Sanvartis GmbH bzw. der Heimat Krankenkasse. Die Bereitstellung der Daten erfolgte als Daten-CD mit verschlüsselten Versichertennummern durch die Heimat Krankenkasse. Zuvor wurden die Anforderungen und erforderlichen Formate der Daten für die statistische Analyse abgestimmt. Die Zusammenführung der verschiedenen Datensätze (Routinedaten, Befragung, Dokumentation durch Sanvartis) erfolgte durch die Autorin. Um die Anonymität der Versicherten zu gewährleisten, wurde eine verschlüsselte Versichertennummer verwendet. Die verschiedenen Methoden zur Datenerhebung haben jeweils ihre Vor- und Nachteile. Die Verfügbarkeit von Daten

und personelle Ressourcen determinier(t)en vielmehr die Wahl der Erhebungsmethoden (Kane & Radosevich, 2011). Die erhobenen Outcomes beinhalten subjektive Bewertungen und Wahrnehmungen der teilnehmenden Versicherten. Diese sind weniger reliabel und enthalten häufiger Messfehler und Verzerrungen als klinische oder erfolgsabhängige Endpunkte (Nolte, Elsworth, Newman & Osborne, 2013). Dies ist bei der Interpretation der Ergebnisse z. B. hinsichtlich der Effektivität der Intervention zu beachten (Nolte et al., 2013).

Tabelle 8: Überblick über quantitative Datenquellen, Erhebungszeitpunkte und ihre verwendete Auswertungsverfahren für die Evaluation (eigene Darstellung)

	Kennzahlen aus Routinedaten	Versorgungsleistungen und -kosten	Subjektive Gesundheit und Lebensqualität	Zufriedenheit mit der Intervention	Durchführungsmerkmale der Intervention
Beschreibung	Alter, Geschlecht, Risikoprognose, VMP, VMK	Kosten und Leistungsanspruchnahme von Versicherten	SF-36 Health Survey: 2 Summenskalen, 8 Subskalen, 36 Einzelitems	Zufriedenheitsbefragung: 7 Items, 1 offene Fragestellung, 1 Summenskala	Risikoklasse, mittlere Gesprächsdauer, Kontakthäufigkeit (Summe)
Datenquelle/Erhebung	Heimat Krankenkasse, Beratungsunternehmen	Heimat Krankenkasse	Telefonische Befragung durch Heimat Krankenkasse	Telefonische Befragung durch Heimat Krankenkasse	Dokumentation durch Sanvartis
Erhebungszeitpunkt(e)	2008	2008–2011	2011	2011	2010
Verwendung (Zeitpunkt und Grund)	Auswahl von Teilnehmenden für die Intervention (2009), Bildung der matched groups (IG und KG) 2010/2011, Stichprobenbeschreibung	2012 ff. zur Evaluation der Maßnahme	2011 ff. zur Evaluation der Maßnahme	2011 ff. zur Evaluation der Maßnahme	2011 ff. zur Evaluation der Maßnahme
Größe der Stichprobe	N = 619 (IG und KG)	N = 619 (IG und KG)	N = 619 (IG und KG)	N = 312 (IG)	N = 312 (IG)
Fragestellungen	<i>Sind IG und KG vergleichbar? (Strukturgleichheit der Gruppen und Subgruppen)</i>	<i>Unterscheiden sich die Versorgungsleistungen und -kosten zwischen IG und KG?</i> 1. Verlauf nach IG/KG vor, während und nach der Intervention 2. Unterschiede zu einzelnen Messzeitpunkten	<i>Unterscheidet sich die subjektive Gesundheit nach der Intervention zwischen IG und KG?</i>	<i>Wie bewerten die Coachingteilnehmenden die Intervention? (subjektive Bewertung)</i>	<i>Wie wurde die Intervention umgesetzt? (Deskription)</i>
Erweiterte explorative Analyse (Interventionsgruppe oder VMP-spezifischer Vergleich von IG/KG)		Profitieren Teilnehmende in Abhängigkeit des VMP unterschiedlich von der Maßnahme? <u>Auswertung:</u> s. o., differenziert nach VMP-spezifischen IG/KG	Profitieren Teilnehmende in Abhängigkeit des VMP von der Maßnahme? <u>Auswertung:</u> s. o., differenziert nach VMP-spezifischen IG/KG	Gibt es Unterschiede zwischen den VMP? Welche Faktoren erklären den subjektiven Interventionserfolg? <u>Auswertung:</u> s. o., differenziert nach VMP-spezifischen IG/KG, Regressionsmodell	Gibt es Unterschiede zwischen den VMP? <u>Auswertung:</u> s. o., differenziert nach VMP-spezifischen IG/KG

Soziodemografische Daten

Die Angaben zur Soziodemografie umfassen Alter und Geschlecht. Weiterhin liegen gesundheits- bzw. krankheitsbezogene Informationen zum Versorgungsmanagementprogramm, zur Versorgungsmanagementkategorie, zur prognostizierten Schwere der Erkrankungen (Risikoprognose) und zur Risikoklasse vor. Anhand dieser Merkmale erfolgt die Stichprobenbeschreibung.

Durchführungsmerkmale der Intervention

Weiterhin stehen Daten zur Durchführung von Weitblick aus der softwarebasierten Dokumentation von Sanvartis zur Verfügung. Sie ergänzen die Beschreibung der Stichproben und der Intervention und umfassen die RK, die Sanvartis den Teilnehmenden zu Beginn des Programms zuordnet, die Anzahl der Coachingkontakte und ihre durchschnittliche Gesprächsdauer.

Subjektive Gesundheit und Lebensqualität

Gesundheitsbezogene Lebensqualität ist ein multidimensionales, psychologisches Konstrukt. Die Messung basiert auf subjektiver Wahrnehmung der Befragten, nicht auf medizinischen Kriterien. Lebensqualität setzt sich aus verschiedenen Dimensionen zusammen, wie körperliche Verfassung, psychisches Befinden, soziale Bedingungen und funktionale Kompetenz (Hodek, Ruhe & Greiner, 2009; Rose, 2003; Bullinger, 2000; Radoschweski & Bellach, 1999). Die Erhebung des Konstrukts beinhaltet also Hinweise auf gesundheitsbezogene Alltagsprobleme und Unterstützungsbedarf, die in dieser Arbeit allerdings nicht betrachtet werden. Weiterhin kann es als Indikator für die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen relevant sein (vgl. Abschn. 2.4.3).

Die Erhebung der subjektiven Gesundheit und Lebensqualität erfolgte telefonisch durch Mitarbeitende der Heimat Krankenkasse zu einem Messzeitpunkt, der nach dem Abschluss der Intervention lag. Auf Grund der einmaligen Erhebung ist kein Vergleich der Kennzahlen vor und nach der Intervention möglich. Die Kontrollgruppe wurde im Zeitraum Januar/Februar 2011 befragt, im direkten Anschluss die Interventionsgruppe im März/April 2011. Für die Messung wurde der „SF-36-Health Survey“ gewählt. Dies ist ein Evaluationsinstrument für die Bewertung von Behandlungsmaßnahmen, das die subjektive Wahrnehmung der Befragten hinsichtlich Gesundheit und Wohlbefinden bzw. Lebensqualität in Bezug auf die vergangenen vier Wochen auf Basis einer Selbstbeurteilung misst und auch telefonisch angewendet werden kann. Das Instrument ist weit verbreitet, valide und normiert, so dass es den Vergleich der Skalenwerte von Personen oder Populationen mit Referenzgruppen (Normstichprobe mit Angaben zu statistischen Kennzahlen) erlaubt. Der SF-36 Health Survey misst gesundheitsbezogene Lebensqualität anhand von 36 Items in zwei Summenskalen (physische und psychische Summenskala) sowie acht Dimensionen bzw. Subskalen (körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, körperliche Schmerzen, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion, psychisches Wohlbefinden). Zudem wird die Bewertung des aktuellen Gesundheitszustands und der Gesundheit im Vergleich zum Vorjahr (Gesundheitsentwicklung) gemessen. Trotz seiner Länge bietet das Instrument viele Vorteile: Seine psychometrischen Eigenschaften (Reliabilität, Validität, Sensitivität) sind als sehr gut einzustufen. Instruktionen und Fragen sind klar und verständlich, die Bearbeitungszeit akzeptabel (durchschnittlich zehn Minuten). Es erfasst zwar Einschränkungen der Lebensqualität, jedoch nicht deren Wichtigkeit. Kritik am SF-36 bezieht sich auf seine sehr verhaltensorientierte Konzeptualisierung von Lebensqualität sowie auf die mögliche Unterrepräsentanz von Items zu sozialen Funktionen. Sein Einsatz im stationären Bereich ist auf Grund des hohen Alltagsbezugs nur eingeschränkt möglich (Bullinger, 2000; Radoschweski & Bellach, 1999). Da sich Weitblick inhaltlich auf Gesundheitsverhalten und das Alltagsleben in der eigenen Häuslichkeit

bezieht, sind die Limitationen für dieses Evaluationsvorhaben zu vernachlässigen. Der SF-36 Health Survey wurde als generisches Instrument gewählt, das erlaubt die Ergebnisse zwischen verschiedenen Populationen und Erkrankungsgruppen hinweg zu vergleichen sowie die subjektive Gesundheit insgesamt zu betrachten (Kane & Radosevich, 2011). Krankheitsspezifische Verfahren können dies nicht, sie können jedoch Veränderungen besser erfassen. Generische Instrumente messen kleine Effekte häufiger nicht, z. B. auf Grund von Deckeneffekten (Kane & Radosevich, 2011).

Relevante Outcomes des SF-36 Health Surveys entsprechend der Fragestellung sind: physische und psychische Summenskalen (metrisch skaliert, Werte zwischen 0-100), Subskala zur Bewertung der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung (metrisch skaliert, Werte zwischen 0-100) sowie die Items zur Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustands und zur Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustands im Vergleich zum vergangenen Jahr (ordinal skaliert). Letzteres interessiert, weil der Verlauf bzw. die Entwicklung von Krankheit oder Gesundheit gerade bei chronisch Erkrankten ein relevantes Outcome ist (Verbesserung, Verschlechterung, gleichbleibend). Für die chronisch erkrankten Versicherten wäre bereits das Ausbleiben einer subjektiven Verschlechterung als ein positives Outcome zu bewerten. Ein unveränderter oder verbesserter subjektiver Gesundheitszustand wäre als Erfolg zu bewerten. Da die Erhebung des SF-36 nach der Intervention stattfindet, vergleicht bzw. bewertet die Interventionsgruppe die Entwicklung ihres subjektiven Gesundheitszustands vor und nach der Intervention.

Die Bildung der Skalen erfolgt nach den Anweisungen des Handbuchs zum Instrument (Bullinger & Kirchberger, 1998). Es wird der darin enthaltenen Empfehlung gefolgt, Fälle mit fehlenden Werten nicht in die Berechnung der Subskalen einzubeziehen. Es fehlen nur sehr wenige Antworten bei einzelnen Items, so dass die Fallzahl in der Ergebnisdarstellung nur sehr leicht zwischen $N = 617$ und $N = 619$ variiert. Es liegen keine Grenzwerte für die Skalen zur Einteilung in Kategorien vor. Beträgt die Differenz einer Skala ≥ 5 Punkte zwischen zwei Gruppen gilt dies den Autoren zufolge als relevanter Unterschied (Bullinger & Kirchberger, 1998).

Zufriedenheit mit dem Coachingprogramm

Die Zufriedenheit der Teilnehmenden mit dem Gesundheitscoaching wurde mittels acht Fragen erhoben (s. Fragenbogen Anhang 3):

- Bewertung der Kontakthäufigkeit und der Programmdauer
- Wie hilfreich war das Coaching für die Teilnehmenden im Alltag?
- Bewertung von Kompetenz und Verständlichkeit des Coaches
- Eingehen auf persönliche Bedürfnisse
- Erwartungserfüllung
- Zufriedenheit mit dem Coaching insgesamt
- Wünsche, Anregungen

Die Entwicklung der Fragen erfolgte in Zusammenarbeit zwischen ZIG OWL, Sanvartis und Heimat Krankenkasse (vgl. Danksagung, S. XIII). Da auf bereits existierende Fragestellungen mit Anpassung an Weitblick zurückgegriffen wurde, konnte auf einen Pretest verzichtet werden. Die Messung der Zufriedenheit der Interventionsgruppe schloss sich an die Erhebung des SF-36 Health Surveys an. Diese Reihenfolge sollte helfen, mögliche Einflüsse und Rückschlüsse zum Programm Weitblick auf die Antworten zum SF-36 Health Survey zu vermeiden. Die Zufriedenheit von Teilnehmenden ist ein wichtiges

Outcomes von Gesundheitsversorgung und gesundheitsbezogenen Interventionen und kann sich auf viele verschiedene Dimensionen beziehen (z. B. Prozess oder Outcome der Maßnahme) und unterschiedlich verwendet werden (direkte Anwendung oder zur Gewichtung von Patientenoutcomes bei der Definition von Versorgungsqualität) (Kane & Radosevich, 2011). Mit Zufriedenheitsbefragungen gehen einige Herausforderungen wie Verzerrungen z. B. auf Grund sozialer Erwünschtheit oder psychometrische Eigenschaften einher (Kane & Radosevich, 2011).

Sechs Items der Zufriedenheitsbefragung werden einzeln mit quantitativen Methoden ausgewertet. Die Antworten auf die Fragen sind weitgehend vollständig, lediglich die Frage nach der Erwartungserfüllung enthält einige Missings. Aus fünf dieser Items wurde eine Summenskala gebildet, die den subjektiv wahrgenommenen Erfolg und subjektiven Mehrwert der Intervention zusammenfasst (Alltagsnutzen, Eingehen auf persönliche Bedürfnisse, Kompetenz und Verständlichkeit der Beratenden, Erwartungserfüllung, Gesamtzufriedenheit mit dem Programm). Sie wird daher als „subjektiver Interventionserfolg“ bezeichnet. Auf Grund ihrer unterschiedlichen Skalierung mit drei bis fünf Ausprägungen wurden die Skalen mittels z-Transformation¹⁸ standardisiert, die Summenskala gebildet und mittels Reliabilitätsanalyse bewertet (Cronbachs $\alpha = ,832$, $n = 293$; Field, 2013; Pospeschill, 2012; Weiß, 2008).¹⁹ Der Wert weist auf eine hohe Konsistenz der Skala hin (ebd.) Der Summenscore konnte für $n = 293$ Fälle berechnet werden. Des Weiteren wurde die offene Frage nach Wünschen, Anregungen und Anmerkungen zur Intervention mittels qualitativer Methoden analysiert (inhaltsanalytische Zusammenfassung, s. Abschn. 4.4.4).

Kennziffern zu Inanspruchnahme und Kosten der Gesundheitsversorgung (Routinedaten)

Datengrundlage für die Analyse von Kosten für und Umfang von in Anspruch genommenen Leistungen sind Routinedaten. Der Vorteil dieser Daten liegt in ihrer Verfügbarkeit unabhängig vom Evaluationsvorhaben sowie ihrer kontinuierlichen Erhebung. Sie umfassen Informationen zur Inanspruchnahme und zu Kosten medizinischer Versorgung (vgl. Tabelle 9). Für dieses Evaluationsvorhaben sind Daten für die Jahre 2008–2011 verfügbar und beinhalten jeweils die Summen (Anzahl oder Kosten) pro Berichtsjahr und Versicherter oder Versichertem (Fall). Der Wert 0 bedeutet, dass keine Leistungsanspruchnahme stattfand oder keine Kosten angefallen sind. Nicht verfügbar sind diagnosespezifische Informationen zu den einzelnen Items. Dies liegt in der Art ihrer Dokumentation als Abrechnungsdaten, den Möglichkeiten und Ressourcen der Datenaufbereitung bei der Heimat Krankenkasse sowie im Datenschutz für dieses Forschungsvorhaben begründet (Bowles, 2009). Auch inhaltlich ist die Zuordnung von Diagnoseschlüsseln, erbrachten Leistungen und Kosten kaum eindeutig möglich. Dies bedeutet, dass die dargestellten Daten alle Leistungen und Kosten eines Berichtsjahres enthalten und nicht nur solche, die sich auf das VMP beziehen. Eine differenzierte Betrachtung für VMP-spezifische Kosten und in Anspruch genommene Leistungen ist also nicht möglich. Folglich kann die Wirkung der Intervention nicht spezifisch bewertet werden. Der Vorteil ist jedoch, dass die Kosten für die gesamte Versorgung betrachtet werden, die schlussendlich für die Kasse relevant sind. Eingeschlossen sind da-

¹⁸ Mittels z-Transformation werden unterschiedlich skalierte Variablen (hier: Variablen mit drei und fünf Ausprägungen) für direkte Vergleiche bzw. hier die Bildung einer Summenskala vorbereitet. Dazu werden die Daten umgerechnet, so dass sich ein normal verteilter Datensatz mit $\bar{x} = 0$ und $SD = 1$ ergibt (Field, 2013; Pospeschill, 2012; Weiß, 2008).

¹⁹ Der Vorteil dieser Summenskala liegt in der größeren Teststärke (Power) der Ergebnisse.

mit auch mögliche Kosten von (indirekten) Komorbiditäten. Möglicherweise sind die für die Kasse relevanten (übermäßigen) Kosten gar nicht auf die Indikation für die Intervention zurückzuführen, sondern auf andere Faktoren. Dies kann in dieser Untersuchung nicht geklärt werden.

In Hinblick auf die inhaltliche Fragestellung und Fokus der Intervention wurden als relevante Outcomes Kosten und Leistungsdaten für ambulante ärztliche, stationäre und Arzneimittelversorgung identifiziert (vgl. Tabelle 9). Weitere Daten sind wegen ihrer inhaltlich geringen Bedeutung für die Evaluation des telefonischen Gesundheitscoachings nicht in der Ergebnisdarstellung enthalten, sondern ergänzend in Anhang 23 beschrieben.

Tabelle 9: Routinedatenbasierte Outcomevariablen (eigene Darstellung)

Merkmal (Variable) und berücksichtigte Berichtsjahre	Beschreibung
Anzahl der Erkrankungsfälle 2008–2011	Die Zahl der Erkrankungsfälle umfasst die Besuche einer Versicherten oder eines Versicherten im Berichtsjahr bei Allgemein- und Fachärztinnen und -ärzten. Ein Erkrankungsfall kann mehrere Termine bzw. Arztkontakte umfassen. Verwendete Synonyme: ambulante Behandlungen, ärztliche Behandlungen, Arztfälle.
Kosten für ambulant ärztliche Versorgung 2008–2011	Kosten für ambulant-ärztliche Versorgung durch Haus- und Fachärzte und -ärztinnen pro Berichtsjahr sind zusammengesetzt aus Fallwert + Fallkosten und in Euro angegeben. Sie umfassen alle abgerechneten Leistungen, unabhängig von Diagnose bzw. Erkrankung.
Anzahl verschriebener Arzneimittel 2008–2011	Die Anzahl der verschriebenen Arzneimittel wird anhand der Zahl der Pharmazentralnummern (PZN) pro Berichtsjahr gezählt. Dasselbe Medikament, das mehrfach verschrieben wird, wird dabei auch mehrfach gezählt. Es sind alle Verschreibungen berücksichtigt, unabhängig von der Diagnose. Die Größe der Packung und Art des Medikaments sind nicht berücksichtigt. Ebenfalls nicht erfasst sind nicht-verschreibungspflichtige Medikamente sowie Over The Counter-Arzneimittel. Diese Zahl kann zwar keine Hinweise auf Polypharmakotherapie liefern, jedoch als Indiz für Medikamentenadhärenz interpretiert werden, da die Zahl der Verschreibungen – insbesondere durch Wiederholungsrezepte – mit verbesserter Adhärenz steigen kann (These). Verwendete Synonyme: Arzneimittelverschreibungen, -verordnungen.
Arzneimittelkosten 2008–2011	Kosten für Arzneimittel im Berichtsjahr in Euro. Die Arzneimittelkosten (brutto) der Studienpopulation liegen als Gesamtsumme in Euro pro Berichtsjahr und je Fall vor. Sie umfassen alle über die Krankenkasse abgerechneten Kosten der ambulanten Arzneimittelversorgung, unabhängig von der Diagnose bzw. Erkrankung.
Anzahl der Krankenhausaufenthalte 2008–2011	Die Zahl der Krankenhausaufenthalte wurde pro Berichtsjahr erfasst und zählt alle vollstationären Aufnahmen (keine teilstationären oder ambulanten Behandlungen) im Krankenhaus nach Stichtag. Dieser ist auf das Ende der Behandlung festgelegt. Dauer der Aufenthalte und Grund (Diagnose) sind nicht übermittelt.
Krankenhauskosten 2008–2011	Summe der Kosten für Arzneimittel im Berichtsjahr in Euro. Sie umfassen alle abgerechneten Leistungen, unabhängig von der Diagnose bzw. Erkrankung.

4.4.2.2 Qualitative Datenerhebung und -analyse

Begründung qualitativer Methoden

Auf Grund der bisher unzureichenden Kenntnisse zum subjektiven Nutzen von telefonischem Gesundheitscoaching und der hierzu entsprechend offen formulierten Forschungsfrage, ist ein qualitativer Forschungsansatz indiziert. Dieser zielt darauf ab, einen eher unbekanntem Forschungsgegenstand explorativ zu untersuchen und seine Bedeutung zu verstehen. Sein Vorteil liegt in der Offenheit hinsichtlich des methodischen Vorgehens, der Inhalte und der Fragestellungen und so neue Ergebnisse ermöglicht und fördert (Flick, 2009, 2007a, 2007c; Atteslander, 2008; Bortz & Döring, 2006). Die Wahrnehmung von subjektivem Nutzen hinsichtlich der Unterstützung von Krankheitsbewältigung und Gesundheitsversorgung der Versicherten in Bezug auf ihre chronische Erkrankung soll also mittels qualitativer Methoden beschrieben und durchdrungen werden. Das Design ermöglicht es, Fragen, die mit dem Gegenstand in Zusammenhang stehen, zu eruieren und einzuordnen. Fragestellung und Forschungsgegenstand können nach dem jetzigen Kenntnisstand insbesondere in Deutschland nicht ausreichend für eine quantitative Untersuchung operationalisiert und daher (noch) nicht quantitativ gemessen werden. Die qualitative Teilstudie erweitert die Inhalte der Zufriedenheitsbefragung um die Perspektive der teilnehmenden Versicherten (ebd.)

Bei der Erhebung qualitativer Daten stehen nicht- oder teilstandardisierte Erhebungsformen, wie bspw. Interviews, Befragungen, Beobachtungstechniken, die Analyse von Dokumenten oder Selbsterfahrung im Fokus. In Interviews erlauben offene Fragen und Vorgehensweisen viel Raum für individuelle Antworten der Befragten sowie für Interpretation und Deutung durch die oder den Interviewenden. Insbesondere kann die Perspektive und das Handeln der Befragten erfasst werden. Die Analyse und Bewertung der gewonnenen Daten erfolgen überwiegend interpretativ, das Vorgehen ist dabei dennoch strukturiert und intersubjektiv nachvollziehbar. Ziel ist es, die wichtigsten Ideen und Gedanken sowie ihre Bedeutung zu erfassen und transparent zu machen (Bortz & Döring, 2006). Auf Grund der offenen und interpretativen Vorgehensweise sind methodisch keine Definitionen und Spezifikationen der Begriffe und des Forschungsgegenstands erforderlich, sondern wären als Einschränkungen sogar hinderlich für eine qualitative Herangehensweise (Döring & Bortz, 2016; Flick, 2012; Lamnek, 2010).

Qualitative, leitfadengestützte Experteninterviews (Erhebungsmethode)

Die Wahl der Erhebungsmethode ist das teilstrukturierte, qualitative Interview. Ein Interviewleitfaden dient der Strukturierung des Gesprächs und der Fokussierung auf vorab festgelegte Themen, die für alle Interviewpartner weitgehend identisch sind. Die Leitfadenstruktur spiegelt das theoretische Vorverständnis des Forschenden wider, ohne das Merkmal der Offenheit qualitativer Forschung aufzugeben. Diese Vorgehensweise führt zu einem Austausch von Offenheit und theoretischem Vorverständnis bei der Datenerhebung. Dieses Wechselspiel erfolgt später auch in der Datenanalyse (Schmidt, 2005; s. Abschn. 4.4.4). Der Leitfaden wird flexibel angewendet, um auf die jeweilige Interviewsituation und die Interviewpartnerinnen und -partner (IP) einzugehen (nach Bedarf können zusätzliche, neue Fragen gestellt, Themen hinzugefügt oder weggelassen, Reihenfolgen verändert werden) (Flick, 2009; Atteslander, 2008; Bortz & Döring, 2006; Mayring, 2002). Ziel ist es, die subjektive Sichtweise der IP zu erfahren, indem offene Fragen gestellt werden, die Raum für freie, möglichst unbeeinflusste Antworten aus der subjektiven Perspektive der Befragten lassen (Bortz & Döring, 2006).

Qualitative Experteninterviews sind eine besondere Form von Leitfadeninterviews. Der Fokus liegt auf der inhaltlichen Expertise der IP, die gegenübergestellt und schließlich in Zusammenhang mit dem

Forschungsstand und der Fragestellung gebracht wird (Flick, 2009, 2007c). Für dieses Forschungsvorhaben wird die konstruktivistische Expertendefinition angewendet (Bogner & Menz, 2009). Demnach werden Expertinnen und Experten in Abhängigkeit des Forschungsgegenstands und des -interesses definiert bzw. ihnen die Expertenrolle zugeschrieben, weil sie „relevantes Wissen über einen bestimmten Sachverhalt“ haben (Bogner & Menz, 2009, S. 68). Neben der Forschung macht auch die Gesellschaft Personen zu Experten. Beides, sowohl die Definition über das Forschungsinteresse und die soziale Repräsentativität in der Gesellschaft, bestimmen also den Expertenstatus (ebd.). Den IP wird der Status als Expertinnen und Experten unter der Annahme zugeschrieben, dass sie einen Erfahrungs- und Wissensvorsprung bezogen auf den Forschungsgestand haben, nämlich durch die Teilnahme an der Intervention Weitblick (Meuser & Nagel, 2009). Dadurch haben sie „relevante“ Erfahrungen und Erkenntnisse für die Beantwortung der Forschungsfrage gesammelt. Ihre Expertise beruht auf den in der Praxis gewonnenen Erfahrungen sowie ihrer Sicht auf den Nutzen, die Potenziale und Grenzen der Intervention.

Entwicklung und Operationalisierung des Leitfadens

Für die Operationalisierung des Interviewleitfadens wird die Forschungsfrage zunächst in deduktive Kategorien sowie Themenkomplexe übersetzt und dazu Leitfragen entwickelt (Gläser & Laudel, 2009). Die Grundlage hierfür bilden der aufgearbeitete Forschungsstand und theoretische Vorüberlegungen. Für die Untersuchung, ergeben sich vier Themenkomplexe: 1) Gesundheit, Gesundheitsverhalten, Gesundheitswissen, 2) Gesundheitsstrategien, Bewältigung gesundheitlicher Probleme, Orientierung im Gesundheitssystem, 3) Erfahrungen und subjektive Nutzenwahrnehmung des Patientenbegleitprogramms Weitblick und 4) GKV-Gesundheitsversorgung in Deutschland. Der Interviewleitfaden berücksichtigt drei Gesprächsphasen – Hinführung zum Thema, Hauptteil (o. g. Themenkomplexe) und Ausklang. Vor Beginn der Interviews erfolgt eine Vorstellung der Interviewerin und des Forschungsvorhabens. Zunächst werden die Befragten also zum zentralen Thema Krankheitsbewältigung und Gesundheitsversorgung hingeführt. Darüber hinaus werden Merkmale der Versicherten zur Beschreibung des Samples (z. B. Gesundheitszustand) eruiert. Anschließend wird der Zusammenhang zu telefonischem Gesundheitscoaching hergestellt und es erfolgt dessen Einordnung in das Gesundheitssystem sowie die Eruiierung ihrer Sichtweise auf die Gesundheitsversorgung und gesetzliche Krankenkassenleistungen. Die Fragenkomplexe zwei und drei sind zentral für die Beantwortung der Forschungsfrage der qualitativen Teilstudie. Nach Abschluss des Experteninterviews werden die IP aus der Situation mittels Danksagung und Verabschiedung „ausgeleitet“ (vgl. Anhang 78). Für die Dauer der Interviews sind etwa 30 bis 45 Minuten geplant.

Die Fragen zur Erstellung des Leitfadens werden mittels Brainstorming gesammelt und entwickelt. Der Leitfaden wird schließlich nach dem SPSS-Prinzip (Sammeln, Prüfen, Sortieren, Subsummieren) erstellt, mehrfach überarbeitet und auf zentrale Aspekte fokussiert (Helfferich, 2011). Neben inhaltlichen Aspekten ist der Interviewleitfaden an die Zielgruppe auszurichten (z. B. in sprachlicher Hinsicht). Er ist breit angelegt, um auf die variierende Gesprächsbereitschaft, Fähigkeiten und Expertise der interviewten Versicherten einzugehen. Gläser und Laudel (2009) formulieren vier Anforderungen an Leitfadeninterviews, die berücksichtigt wurden:

- Reichweite – Das Themenspektrum ist ausreichend groß für ein freies, nicht antizipiertes Antwortverhalten und hat den Befragten zu komplexen, zusammenhängenden, selbstgesteuerten Erzählungen anzuregen.
- Spezifität – Ziel ist das Herausarbeiten von spezifischem Wissen vor dem Erfahrungshintergrund der IP.
- Tiefe – Anhand des Interviews wird die Bedeutung des Themas für die IP auf unterschiedlichen Ebenen (affektiv, kognitiv, wertbezogen) dargestellt, einschließlich deren eigener Involviertheit.
- Personaler Kontext – Erfassung des persönlichen und sozialen Kontexts der Interviewsituation für die Interpretation der Reaktionen der IP (ebd.)

Weiterhin sind die Fragen offen, neutral, klar und einfach zu formulieren, d. h. so einfach wie möglich, kurz, mit einfacher Grammatik und Wortwahl sowie der Alltagssprache angenähert. Einfachheit bedeutet, dass jede Frage einen Gegenstand behandelt und jeder Fragesatz lediglich eine Frage beinhaltet (Gläser & Laudel, 2009). Für die hier fokussierte Zielgruppe ist eine laiengerechte Formulierung der Leitfragen in den Interviews wichtig, um Verständlichkeit sicherzustellen und Verunsicherungen oder Überforderung der Studienteilnehmenden gerade bei dieser komplexen und insbesondere persönlichen Thematik zu vermeiden. Offenheit ist ein Prinzip qualitativer Forschung, um das Wissen z. B. eines IP aus dessen Perspektive und Deutung zu erfassen und die Antworten möglichst nicht zu beeinflussen. Aus der Offenheit ergibt sich gleichzeitig eine Ungenauigkeit, so dass Offenheit und Verständlichkeit in der Formulierung auszubalancieren sind. Neutralität ist eine weitere Anforderung an Interviewleitfragen, d. h. sie dürfen keine Antworten aus Formulierungen oder Betonungen oder auf Grund gesellschaftlicher Normen und Wertvorstellungen suggerieren.

Interviewbegleitende Protokolle werden im Anschluss an jedes Interview mittels eines Formulars erstellt (vgl. Anhang 82). Sie dienen der Dokumentation relevanter Informationen zur Interviewsituation und dessen Verlauf für den Forschungsgegenstand und die Auswertung der Interviews (Atmosphäre, Beziehung zwischen interviewenden Person und IP, Verhalten, besondere Vorkommnissen). Es werden zusätzliche Informationen festgehalten, die möglicherweise vor oder nach dem aufgezeichneten Interview in Erfahrung gebracht wurden und Angaben zum Interviewpartner aus dem Vor- und Nachgespräch oder die in der persönlichen Begegnung beobachtet wurden (Helfferich, 2011; Gläser & Laudel, 2009).

Mittels Pretests werden Verständlichkeit und Praktikabilität des Interviewleitfadens geprüft und ggf. korrigiert. Für den Interviewleitfaden wurde allerdings kein expliziter Pretest auf Grund des komplexen Zugangs zur Zielgruppe (über den „Gate Keeper“ Heimat Krankenkasse) durchgeführt (s. u.). Stattdessen fand eine mehrfache Überarbeitung und das wiederholte Einholen von Feedback von anderen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern der Fakultät für Gesundheitswissenschaften sowie von Mitarbeitenden der Heimat Krankenkasse statt.

Nachfolgend ist der Interviewleitfaden dargestellt (ausführliche Fassung vgl. Anhang 78).

Interviewleitfaden – Übersicht

(Ggf. zur Herausgabe an Interviewpartner – nur auf Anfrage)

- **Einführung**
Bitte stellen Sie sich kurz vor (Person, Familie und Freunde, Beruf).
- **Gesundheit, Gesundheitsverhalten, Gesundheitswissen**
 - Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand beschreiben?
 - Was wissen Sie über Ihre Medikation und Behandlung?
 - Was tun Sie selbst für den Erhalt Ihrer Gesundheit bzw. gegen eine Verschlechterung Ihres Gesundheitszustandes oder was können Sie dafür tun?
- **Gesundheitsstrategien und Bewältigung gesundheitlicher Probleme**
 - Wenn ein (neues) Problem mit Ihrer Gesundheit bzw. Erkrankung auftritt, was machen Sie dann und an wen wenden Sie sich?
 - Zu welchen Gesundheitsthemen suchen Sie nach Informationen und was machen Sie damit? Wer sollte Ihrer Meinung nach Versicherte bzw. Patienten zu Gesundheitsfragen beraten bzw. woher/von wem wollen Sie Informationen erhalten?
 - In wie weit fühlen Sie sich ausreichend informiert und befähigt auch selbst Entscheidungen für Ihre Gesundheit und Gesundheitsversorgung zu treffen?
 - Was würde Ihnen für Ihre Gesundheit und Versorgung helfen? Welche Fähigkeiten oder Angebote benötigen Sie?
 - Wie verläuft die Kommunikation mit Ihrem Arzt? Können Sie Ihre Gesundheitsprobleme und Versorgungsbedürfnisse beschreiben/ausdrücken und sich Ihrem Arzt verständlich machen?
- **Patientenbegleitprogramm Weitblick**
 - Warum haben Sie sich für eine Teilnahme am Programm Weitblick entschieden?
 - Was hat Ihnen das Programm gebracht?
 - Worüber haben Sie mit Ihrem Weitblick-Gesundheitsberater gesprochen?
 - Wie bewerten Sie die Gespräche und Zusammenarbeit mit Ihrem Gesundheitsberater?
 - Gehen Sie heute anders mit Ihrer Krankheit im Alltag um? Bitte erläutern Sie.
 - Hat das Programm zu Veränderungen Ihrer gesundheitlichen Versorgung beigetragen?
- **GKV-Gesundheitsversorgung in Deutschland**
 - Wie finden Sie, dass Ihre Krankenversicherung so etwas wie das Begleitprogramm Weitblick anbietet?
 - Welche Angebote wünschen Sie sich von Ihrer Krankenkasse? Welche Erwartungen haben Sie an Ihre Krankenversicherung?
 - Wie wird sich die Gesundheitsversorgung Ihrer Meinung nach im deutschen Gesundheitssystem zukünftig entwickeln?
- **Gesprächsabschluss**
 - Möchten Sie zu dem Gespräch noch etwas ergänzen? Habe ich einen Aspekt übersehen oder ausgelassen?
 - Danksagung

Sampling (Fallauswahl)

Auf Grundlage der theoretischen Vorüberlegungen und sowie der Umsetzung der Intervention Weitblick werden Ein- und Ausschlusskriterien für das Sample der qualitativen Untersuchung festgelegt. Die Festlegung der Fallauswahl ist wichtig, weil sie determiniert „welche empirischen Informationen man überhaupt erhalten kann“ (Gläser & Laudel, 2009, S. 97). Sie darf weder zu weit noch zu eng erfolgen, um die Forschungsfrage beantworten zu können (ebd.). Es gibt unterschiedliche Verfahren für die Fallauswahl einer qualitativen Untersuchung: die Auswahl von a) extremen Fällen, b) typischen Fällen, c) kritischen Fällen, d) empirischen Gegenbeispielen und e) Schneeball-Verfahren (Schnell et al., 2011; Gläser & Laudel, 2009; Merrens, 2007). Die Auswahlverfahren können kombiniert oder aufeinander aufbauend angewendet werden: Zunächst werden bestimmte Merkmale, die die IP erfüllen sollen, vor Untersuchungsbeginn festgelegt, so dass die Stichprobe vorab gezogen wird. Im Verlauf des Forschungsprozesses kann die bekannte Stichprobe erweitert werden (Merrens, 2007).

Für diesen Teil des Forschungsvorhabens findet das Sampling vor der Datenerhebung statt. Zunächst erfolgt die Auswahl extremer Fälle aus der Grundgesamtheit, um gezielt heterogene Fälle auszuwählen, die das Spektrum der Eigenschaften, Erfahrungen und Expertise innerhalb der Zielgruppe möglichst umfassend abdecken. Die Grundgesamtheit stellen die chronisch erkrankten Coaching-Teilnehmenden dar. Für das Sample werden ausschließlich Teilnehmende des VMP für Herz-Kreislauf-Erkrankungen gewählt. Der Vorteil der Fokussierung auf ein VMP liegt methodisch in der guten Durchführbarkeit extreme Fälle auszuwählen. Innerhalb der Gruppe besteht eine Vielfalt von Merkmalen, die eine Kontrastierung ermöglichen. Gleichzeitig bleibt die Zahl der IP bewältigbar. Die drei VMP sind aus inhaltlicher Sicht nur eingeschränkt miteinander vergleichbar, so dass der Prozess der Generalisierung der Ergebnisse möglicherweise jeweils nur VMP-spezifisch erfolgen könnte. Der Fokus auf HKE liegt nahe, da diese überwiegend gut erforscht sind. Interviews mit psychisch Erkrankten Personen werden ausgeschlossen. Mögliche Therapien und Behandlungen sollen nicht beeinflusst werden und es bestehen Bedenken, Fragen zu Gesundheitszustand, -verhalten, Krankheitsbewältigung und Gesundheitsversorgung zu thematisieren. Die Interviewerin hat keine Qualifikation zum Umgang mit psychisch Erkrankten. Des Weiteren wird vermutet, dass Versicherte dieses VMP schwerer für eine Teilnahme zu erreichen sind, da psychische und seelische Erkrankungen häufig mit gesellschaftlicher Stigmatisierung verbunden sind. Dies schließt also auch die Teilnehmenden des VMP Komorbidität aus. Der Selektionsprozess der Versicherten mit HKE ist in Abbildung 8 veranschaulicht.

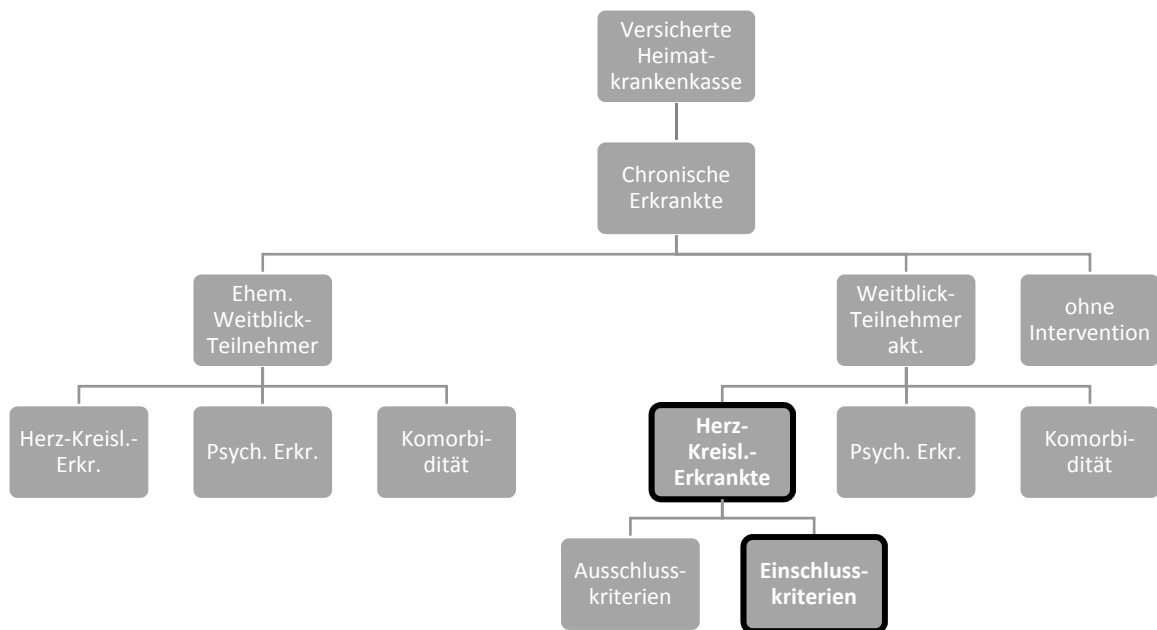


Abbildung 8: Selektionsprozess des Samplings (eigene Darstellung)

Für die Auswahl der IP wird weiterhin angenommen, dass eine zeitliche Nähe zwischen dem Ende der Programmteilnahme und dem Zeitpunkt der Befragung günstig ist, damit die Erinnerung an die Intervention aktuell ist und wenige Verzerrungen aufweist. Aus diesem Grund werden die IP aus der aktuell abgeschlossenen Kohorte des Jahres 2013 rekrutiert und nicht aus derselben Kohorte der quantitativen Teilstudie (diese hatten im Jahr 2010 an der Intervention teilgenommen). Alter, Geschlecht und Postleitzahl (PLZ) sind als Einschlusskriterien relevant (vgl. Anhang 81). Die PLZ wird für die praktische Umsetzung der Interviews herangezogen (Erreichbarkeit für persönliche Interviews und forschungsökonomische Aspekte wie Vermeidung hoher Kosten und Aufwendungen durch große Distanzen). Für die Fallauswahl konnten die Merkmale Erkrankungsschwere, Erkrankungsdauer sowie Motivation und Mitarbeit im Coachingprogramm und für das Erreichen vereinbarter Ziele nicht berücksichtigt werden (Gazmararian, Williams, Peel & Baker, 2003). Denn die Erkrankungsdauer zur Kontrastierung von Versicherten mit langem und kurzem Krankheitsverlauf lässt sich auf Grund der zeitlichen Verzögerungen der Routinedatenübermittlung sowie der Vorlaufzeit für die Einschreibung in das Programm Weitblick nicht adäquat mit den vorhandenen Daten identifizieren. Die Motivation der Teilnehmenden wurde zwar vom Dienstleister Sanvartis erfasst, lag aber für diese Teilstudie nicht vor. Ausschlusskriterien sind Programmabbruch, eine gegenwärtig akute gesundheitliche Krise und/oder stationäre Behandlung, psychische Erkrankungen (sofern bekannt) sowie die Ablehnung ein Interview zu führen.

Als Zielgröße für das Sampling wird eine Zahl von fünf bis zehn Interviews angenommen. Die Art der Kombination der Merkmale ist dabei nicht relevant. Wichtig ist, dass unterschiedliche Merkmale mit extremen Ausprägungen im Sampling enthalten sind. Sollte die Auswertung der Interviews nur unzureichende oder lückenhafte Antworten für die Forschungsfrage liefern, ist zu prüfen, inwiefern sich über die zusätzliche Befragung von kritischen Fällen oder empirischen Gegenbeispielen zusätzliche Erkenntnisse generieren ließen. Ggf. sind dann weitere Fälle für Interviews auszuwählen. Das Sampling kann beendet werden, wenn eine „theoretische Sättigung“ angenommen werden kann, d. h. es werden keine weiteren Aussagen oder Fälle mehr gefunden werden, die neue Ergebnisse generieren. Die eigentliche Stichprobengröße wird demnach nicht im Vorhinein sondern im Verlauf festgelegt (Lamnek, 2005).

Durchführung

Für die Rekrutierung der IP wurde ein postalisches Anschreiben formuliert, das die qualitative Teilstudie zur Evaluation von Weitblick und das hierfür gewünschte Interview beschreibt sowie eine Erklärung zur Teilnahme bzw. zur Ablehnung enthält (vgl. Anhang 79 und Anhang 80). Die schriftliche Zustimmung ist Voraussetzung für eine Teilnahme an der qualitativen Teilstudie. Für die Durchführung der Interviews und Verwendung der Daten ist eine Einverständnis- und Datenschutzerklärung in Abstimmung mit dem Justizariat der Universität Bielefeld sowie der Heimat Krankenkasse erstellt worden. Die Umsetzung von Sampling und Rekrutierung der IP erfolgt durch die Heimat Krankenkasse in einem gestuften Vorgehen. Daraufhin setzte die Interviewerin und Verfasserin der Arbeit die Durchführung um:

- Mitarbeitende der Heimat Krankenkasse filterten die Weitblick-Kohorte, die das Programm im August und September des Jahres 2013 abschlossen, nach definierten Merkmale (Alter, Geschlecht) sowie Ein- und Ausschlusskriterien.
- Die n = 25 ausgewählten Teilnehmenden fragte die Heimat Krankenkasse schriftlich an, ob die Bereitschaft besteht ein Interview („Gespräch“) zur Evaluation des Programms zu führen. Bei schriftlicher Teilnahmeerklärung der Versicherten (n = 4), erhielt die Interviewerin die Kontaktdaten. Eine Person lehnte die Teilnahme ab.
- Auf Grund der geringen Rücklaufquote erfolgte eine Erinnerung und telefonische Nachfassaktion der angeschriebenen Versicherten durch die Heimat Krankenkasse in KW 49 und 50/2013). Da bis dato überwiegend Männer einem Interview zugestimmt hatten, wurden insbesondere weibliche Versicherte angerufen. Dies führte zu drei weiteren schriftlichen Teilnahmeerklärungen sowie einer schriftlichen Absage.
- Telefonische Kontaktaufnahme mit den IP durch die Interviewerin zur Vereinbarung eines Interviewtermins und -ortes.
- Formalitäten vor der Durchführung der Interviews umfassten die Aufklärung zum Forschungsvorhaben und Zweck der Interviews, einschließlich Datenschutz- und Einverständniserklärungen, Informationen zur Vertraulichkeit, Anonymität und Freiwilligkeit, schriftliche Einverständniserklärung zur Vorgehensweise einschließlich der Tonaufnahme des Gesprächs und deren Transkription. Den IP wurde Gelegenheit gegeben, Fragen zu stellen und sich das Dokument durchzulesen. Bei Einverständnis durch die Versicherten, wurde das Dokument unterzeichnet und das Interview begonnen.

Insgesamt lagen sieben schriftliche Zusagen für ein Interview vor. Bei der Absprache eines Interviewtermins mit der Doktorandin äußerten drei IP im Vorfeld Skepsis zum Vorhaben, ließen sich aber auf einen Interviewtermin ein. Die Mehrzahl der Interviews wurde bei den Versicherten zu Hause durchgeführt. Ein Interview fand in einem Raum der Universität Bielefeld – als neutralem Ort – statt. Die Datenerhebung erfolgte von November 2013 bis Januar 2014. Die Dauer der Interviews variierte zwischen 20 min und 90 min, der Durchschnitt lag bei knapp 60 Minuten. Zusätzlich wurde Zeit für Einführung, Erläuterungen zu Formalitäten und Prozedere sowie Abschluss/Abschied aufgewendet. Im Anschluss erfolgte zeitnah das Festhalten von Besonderheiten und Beobachtungen im Protokollbogen, die die Forschende im Verlauf des Interviews gemacht hatte.

Hier wurde auch vermerkt, dass an einem Gespräch zwischenzeitlich die Ehefrau des Interviewpartners teilnahm. Die Informationen, die ihren Ehemann, den Interviewpartner, betreffen, sind im Material enthalten und entsprechend gekennzeichnet. An einem anderen Interview nahmen die Ehepartner

gemeinsam teil, beide hatten am Programm Weitblick teilgenommen und zu Beginn des Interviews die Einverständniserklärung unterschrieben. Die Ehefrau war jedoch nicht für diese qualitative Teilstudie der Evaluation angeschrieben worden. Damit ergibt sich die Zahl von 8 IP sowie einigen ergänzenden Kommentaren der Ehefrau.

Zwecks Auswertung wurden die geführten Interviews als Audio-Aufnahmen aufgezeichnet und transkribiert. Der Umfang bzw. die Details der Transkription richtet sich nach den Erfordernissen des Forschungsvorhabens: Es wird so viel und so genau schriftlich dokumentiert, wie es für die Analyse der Forschungsfragestellung notwendig ist (Flick, 2007c). Im konkreten Fall liegt das Interesse auf dem Erfahrungswissen der Expertinnen und Experten, d. h. die sachlichen Inhalte des Interviews werden transkribiert, um dann analysiert zu werden und Schlussfolgerungen zu ziehen (Flick, 2007b). Auf die Transkription von Äußerungen (äh, mmh, oh) oder Emotionen (lachen) kann verzichtet werden, sofern sie keine inhaltliche Relevanz haben (Gläser & Laudel, 2009). Die Transkription der digitalen Audioaufzeichnungen erfolgte mit Hilfe des VLC Media Players nach den im Folgenden aufgelisteten Transkriptionsregeln (in Anlehn. an Kuckartz, 2012, 2010; Kuckartz, Dresing, Rädiker & Stefer, 2008):

- Wörtliche Transkription, ohne lautsprachliche Äußerungen (äh, mmh, oh, lachen, seufzen) oder Zusammenfassungen. Vorhandene Dialekte werden möglichst ins Hochdeutsche „übersetzt“.
- Leichte Glättung von Sprache und Interpunktion (Annäherung an Schriftdeutsch und Standardorthografie). Satzform und Artikel werden ggf. korrigiert.
- Kennzeichnung unverständlicher Wörter durch ???
- Vermerk von Unterbrechungen und Störungen.
- Bezeichnungen der Personen: Verwendung von „I“ für die interviewende Person und von „IP“ für die befragte Person, bei zwei IP in einem Interview wird die Rolle ergänzt, z. B. „IP-Ehefrau“.
- Anonymisierung aller Angaben, die einen Rückschluss auf die befragte Person erlauben.
- Auslassungen im Transkript auf Grund fehlender inhaltlicher Relevanz sind mit [...] gekennzeichnet.

Für die Anonymisierung wurden alle Namen von Personen und Orten sowie weitere personenbezogene Informationen durch Decknamen ersetzt oder insoweit verändert, dass direkte Rückschlüsse auf befragte Personen nicht mehr möglich sind. Das Rohmaterial wurde nach dem Auswertungsprozess dauerhaft gelöscht (Bortz & Döring, 2006). Die Aufzeichnung eines Interviews war auf Grund technischer Probleme unterbrochen, die Inhalte des Gesprächs sind als Erinnerungsprotokoll im Transkript enthalten und als solches gekennzeichnet. Möglichkeiten und Anforderungen einer computergestützten Analyse der Auswertung mit Hilfe der Textanalysesoftware MAXQDA wurden berücksichtigt, wie Absatznummern und Zeitmarken für den Import in die Analysesoftware (Kuckartz, 2010; Gläser & Laudel, 2009; Kuckartz et al., 2008). Die IP werden mit IP 1 bis IP 7 nummeriert. Für das Interview, das mit einem Ehepaar durchgeführt wurde, werden diese als IP 3 und IP 3-Ehefrau differenziert. In einem weiteren Interview, an dem sich zwischenzeitlich die Ehefrau beteiligt hatte, erfolgt die Bezeichnung analog (IP 2, IP 2-Ehefrau).

Zusammenfassung

Die qualitative Datengrundlage dieses Forschungsvorhabens beruht auf leitfadengestützten Experteninterviews mit ehemaligen Coachingteilnehmenden. Im Fokus der Datenerhebung steht der subjektive

Nutzen von telefonischem Gesundheitscoaching. Zunächst ist der Forschungsstand zum Nutzen von telefonischem Gesundheitscoaching aufgearbeitet und die Forschungsfrage formuliert worden. Auf dieser Grundlage wurde das Studiendesign entwickelt, um das spezifische Expertenwissen im Kontext der Forschungsfrage zu analysieren und zu bewerten (vgl. Abbildung 9; Flick, 2009, 2007a, 2007c).

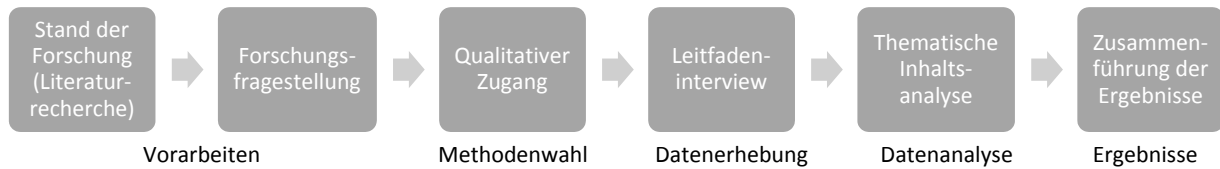


Abbildung 9: Vorgehen des qualitativen Forschungsprozesses (eigene Darstellung in Anlehn. an Gläser & Laudel, 2009)

Anmerkung: Weitere qualitative Daten liegen aus der offenen Antwortkategorie der Zufriedenheitsbefragung vor. Hier wurden über die standardisierte Befragung hinaus Wünsche und Anmerkungen der Befragten zum Programm Weitblick dokumentiert.

4.4.3 Quantitative Auswertung

Die für das Forschungsvorhaben vorliegenden quantitativen Daten (Routinedaten, SF-36 Health Survey, Zufriedenheitsbefragung, Durchführung des Coachings) werden mittels statistischer Verfahren ausgewertet. Dazu wird das statistische Analyseprogramm IBM SPSS Statistics, Version 22, verwendet (IBM SPSS Statistics, 2013).

4.4.3.1 Aufbereitung der Daten

Im Vorfeld der Analyse wurden die Datensätze (Telefonische Befragung, Routinedaten und Dokumentation von Sanvartis) anhand der anonymisierten Schlüssel-ID der Versicherten zusammengeführt und aufbereitet. Eine Übersicht aller Variablen beinhaltet Anhang 2. Für die Analyse sind folgende Hinweise zur Datenaufbereitung wesentlich:

- Das Alter der Studienteilnehmenden wurde für das Ende des Interventionszeitraums berechnet und zwar zum Stichtag 01.01.2011. Der Stichtag liegt am Ende des Interventionszeitraums und nah am Zeitpunkt der Befragung zu subjektiver Gesundheit und Lebensqualität. Altersgruppen wurden so gewählt, dass die Fallzahl je Gruppe $n \geq 5$ beträgt (dies gilt nicht für die VMP-spezifischen Subgruppen) und damit eine ausreichende Zelhäufigkeit für Kontingenzanalysen erreicht wird (Field, 2013; Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2011).
- Risikoklasse: Auf Grund der geringen Fallzahl für RK III ($n = 1$) ist dieser Fall von der Analyse ausgeschlossen. Die Voraussetzung für Kontingenzanalysen ist nicht gegeben. Es werden RK I und II berücksichtigt. Aus demselben Grund wird für VMK die Kategorie „anderer Wert“ nicht in der Analyse berücksichtigt (Field, 2013; Backhaus et al., 2011).
- Kontingenzanalysen mit Items der Zufriedenheitsbefragung und zur subjektiven Gesundheitsentwicklung erfolgen mit komprimierter Zufriedenheitsskala, um zu geringe Zelhäufigkeiten zu vermeiden und die Voraussetzungen für die Kontingenzanalyse einzuhalten (Field, 2013; Backhaus et al., 2011; vgl. Anhang 4).
- In Routinedaten wurden fehlende Werte mit dem Wert 50.000 definiert. Die Zahl kommt in den Daten nicht als Wert vor. Der Wert 0 ist hingegen kein Hinweis auf einen fehlenden Wert, sondern bedeutet, dass keine Kosten angefallen sind oder keine Leistungsanspruchnahme erfolgt ist.

Auf Grund des Vorgehens bei der Datenerhebung sind im Datensatz keine Drop Outs, z. B. bei Messreihen, enthalten. Lediglich für einzelne Items und zu einzelnen Messzeitpunkten fehlen Werte.

Zum Umgang mit der Streuung von Werten wird vorweggenommen, dass für viele Variablen eine breite Streuung, Ausreißer und Extremwerte zu beobachten sind. Dies betrifft insbesondere Routinedaten. Die Berechnung dieser Werte basiert in SPSS auf dem Interquartilsabstand (z. B. dargestellt in Box-Plots). Die identifizierten Werte sind plausibel und nicht in allen Fällen sehr breit gestreut (z. B. bei Alter). Sie sind methodisch relevant, da sie die Ergebnisse von Varianzanalysen (auch ANOVA) beeinflussen und ggf. deren formale Voraussetzungen damit nicht erfüllt sind. Dennoch sind sie im Datensatz verblieben, um die Stichprobengröße und die Strukturgleichheit zu erhalten, die durch das Matching der Gruppen erzielt wurde.

4.4.3.2 Statistische Verfahren

Grundlage der statistischen Auswertungen ist zunächst die deskriptive Analyse mit Häufigkeitsauszählungen aller Items und Subskalen mit Ausweisung statistischer Kennwerte und mit Aufbrüchen nach Substichproben (z. B. IG/KG, VMP, Geschlecht, Altersgruppen, etc.). Es schließen sich bi- und multivariate Analysen zur Untersuchung von Verteilungs- und Mittelwertunterschieden (t-Tests, Varianzanalysen, Chi-Quadrat-Tests nach Pearson) an. Die Wahl des Tests richtet sich u. a. nach dem Skalenniveau der zu untersuchenden Variablen. Dieses wird nicht für jede Variable berichtet, jedoch anhand der deskriptiven Darstellung und statistischen Verfahren deutlich (vgl. Anhang 2). Für den Signifikanzwert p können drei Niveaus unterschieden werden: Ein Signifikanzniveau von $\leq 5\%$ ($p \leq ,05$) wird als „signifikant“ bezeichnet, während ein Wert von $\leq 1\%$ ($p \leq ,01$) als „sehr signifikant“ und ein Wert von $\leq 0,1\%$ ($p \leq ,001$) als „hoch signifikant“ gilt.

Kategoriale Variablen (nominales und ordinales Skalenniveau) werden deskriptiv dargestellt (prozentuale und absolute Häufigkeitsverteilung, ggf. differenziert in einer (geschichteten) Kreuztabelle, tabellarisch und grafisch). Unterschiede werden mittels Kontingenzanalyse (Chi-Quadrat-Test) untersucht, dafür können die Variablen jedes Skalenniveau annehmen. Das Signifikanzniveau wird nach Pearson berichtet und Cramér's V als Effektgröße angegeben. Entspricht eine Kreuztabelle exakt einer Vierfeldertafel, wird statt des Chi-Quadrat-Tests nach Pearson der exakte Test nach Fisher berechnet (Field, 2013; Backhaus et al., 2011). Voraussetzung für den Chi-Quadrat-Test ist, dass keine Zelhäufigkeit < 1 und nicht für mehr als 20 % der Zellen die erwartete Häufigkeit < 5 ist (Field, 2013; Backhaus et al., 2011). Für metrische Variablen (Intervall- und Ratioskalen) umfasst die deskriptive Beschreibung statistische Kennzahlen (Mittelwert – MW, Standardabweichung – SD, Median, Minimum – Min, Maximum – Max, Quartile (Q_1 , Q_2 , Q_3)) sowie die Darstellung der Werteverteilungen mittels Box-Plot Diagrammen, Histogrammen und Balkendiagrammen. Mittelwertunterschiede zwischen zwei Gruppen werden mittels t-Test (t) für unabhängige Stichproben untersucht (z. B. zwischen IG und KG). Bei mehr als zwei Vergleichsgruppen (z. B. VMP) wird zum Mittelwertvergleich eine zwei- oder mehrfaktorielle Varianzanalyse (F) durchgeführt, um einen erhöhten α -Fehlers bei mehrfacher Anwendung des t-Tests zu vermeiden (Field, 2013; Weiß, 2008; Schwarz & Enzler, o. J.). Als Effektstärke wird r berichtet. Zur Untersuchung auf Unterschiede im Mittelwert über die Zeit wird die einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung (F) berechnet. Die Mittelwerte und Mittelwertdifferenzen sowie 95 % Konfidenzintervalle (95 % KI) werden tabellarisch oder grafisch berichtet (Field, 2013; Pospeschill, 2012; Schwarz & Enzler, o. J.). Für den SF-36 Health Survey werden die Skalenmittelwerte der Stichprobe zusätzlich mit denen der Normstichprobe (Normstichprobe gesamt und Normstichprobe erkrankt)

mittels t-Test mit festem Vergleichswert verglichen und auf signifikante Unterschiede geprüft. Als Beispiele metrischer Variablen sind Alter, Risikoprognose, Anzahl der telefonischen Coachingkontakte, mittlere Gesprächszeit der Coachingkontakte, Summenskala der Zufriedenheitsbefragung (subjektiver Interventionserfolg), Summen- und Subskalen des SF-36 Health Survey und Routinedaten zu nennen.

Eine Testvoraussetzung für eine Varianzanalyse ist, dass die unabhängige Variable (hier VMP und IG/KG) mindestens nominalskaliert sind, die abhängige Variable ist mindestens intervallskaliert, besser metrisch. Neben dem Skalenniveau bestehen für t-Tests und Varianzanalysen weitere Voraussetzungen: Normalverteilung, Varianzhomogenität, Sphärizität bei Varianzanalyse mit Messwiederholung. Für die Durchführung von parametrischen Tests wie t-Test und Varianzanalyse sollten die Werteverteilungen der unabhängigen Variablen normalverteilt sein, um korrekte Ergebnisse zu berechnen, die nicht von der abweichenden Verteilung und von Ausreißern beeinflusst ist. Für die verwendeten Variablen wird auf Grund der Stichprobengröße eine Normalverteilung nach dem zentralen Grenzwertsatz angenommen. Demnach kann eine Normalverteilung und ein Mittelwert, der dem tatsächlichen in der Bevölkerung entspricht, in einer Stichprobe $N > 30$ – wie dieser vorliegenden – angenommen werden. Die Voraussetzung für statistische Verfahren und Tests kann also als erfüllt angesehen werden (Döring & Bortz, 2016; Field, 2013). Auch wenn die Verteilungen der Werte teils nichtparametrische Tests indizieren, werden dennoch Mittelwerte beschrieben und auf signifikante Unterschiede getestet. Dieses Vorgehen wird dadurch begründet, weil es keine nichtparametrische Alternative für Mittelwertvergleiche über die Zeit betrachtet gibt. Zwecks Einheitlichkeit im Vorgehen und Vergleichbarkeit der Ergebnisse wurden Varianzanalyse und Varianzanalyse mit Messwiederholung als Tests zum Vergleich von Mittelwerten verwendet. Varianzhomogenität, d. h. Gleichheit der Varianzen in den zu untersuchenden Gruppen, ist eine weitere Voraussetzung für t-Tests und Varianzanalysen. Diese kann mit dem Levene-Test geprüft werden. Ist der p-Wert des Levene-Tests $\leq ,05$ ist diese Prämisse der Varianzhomogenität nicht erfüllt. Allerdings ist der Test nicht sehr robust und die Annahme ist vor allem bei ungleicher Gruppengröße wichtig. Sind die Gruppengrößen gleich, kann diese Annahme vernachlässigt werden. Da die betrachteten Gruppen und Subgruppen nach VMP und IG/KG der Stichprobe gleich groß sind (vgl. Tabelle 11, S. 120), kann dennoch die Varianzanalyse erfolgen (Field, 2013). Bei Varianzanalysen mit mehr als zwei Messwiederholungen ist Sphärizität (= Zirkularität) eine Voraussetzung, die mit dem Mauchly-Test (W) überprüft wird. Ist dieser signifikant ($\leq ,05$) ist die Sphärizitätsannahme nicht erfüllt. Für die Analyse sind dann die korrigierten Werte nach Greenhouse-Geisser und Huynh-Feldt (Kontrolle der Typ-II-Fehlerrate) zu verwenden (Greenhouse-Geisser wenn $\text{Epsilon} < 0,75$, Huynh-Feldt wenn $\text{Epsilon} > 0,75$). Die korrigierten Werte werden im Ergebnisteil der Arbeit nach diesen Regeln berichtet. Für die Durchführung dieser Analysen wurde als Kontrast die Einstellung „Wiederholt“ vorgenommen, so dass der Mittelwert jeder Faktorstufe (außer der letzten) mit dem Mittelwert der folgenden Faktorstufe verglichen wird (IBM SPSS Statistics, 2013; Pospeschill, 2012). Für die Post-Hoc-Vergleiche wurde die „Bonferroni-Korrektur“ gewählt. Diese „korrigiert das beobachtete Signifikanzniveau unter Berücksichtigung der Tatsache, dass multiple Vergleiche vorgenommen werden“ (IBM SPSS Statistics, 2013; Pospeschill, 2012). Ergänzend zur statistischen Untersuchung wird bei der Varianzanalyse mit Messwiederholung die Beziehung der Verläufe der geschätzten Randmittel (Schätzer für vorhergesagte Mittelwerte) visualisiert. „Anhand der Verläufe (ähnlich oder unähnlich) kann eine Entscheidung über die Wechselwirkung getroffen werden: Verlaufen die Linien ähnlich, ist keine Wechselwirkung zu erwarten; zeigen sich hingegen Unterschiede im Verlauf, deutet dies auf eine signifikanten Wechselwirkungsterm hin.“ (Pospeschill, 2012, S. 137) Bei Unterschieden zwischen Gruppen kann mittels Post-hoc Tests untersucht werden, welche Gruppen sich signifikant

voneinander unterscheiden. Hierfür wurde der Post-Hoc-Test nach Scheffé gewählt, weil er gleichzeitig alle paarweisen Mittelwerte vergleicht und lineare Kombinationen untersucht. Ergänzend wurde der Spannweitentest REGW (F-Test nach Ryan-Einot-Gabriel-Welsch) durchgeführt. Beide Tests nehmen Varianzhomogenität an.

4.4.3.3 Zusammenfassung und Überblick der Auswertungsschritte

Auf Grundlage der Stichprobenbeschreibung wird die Ergebnisdarstellung nach thematischen Blöcken in je drei Auswertungsschritten durchgeführt, deren Vorgehen nachfolgend beschrieben und in Abbildung 10 dargestellt ist. Anhand der Stichprobenbeschreibung erfolgen auch Schlüsse zur Risikoadjustierung, die vornehmlich anhand der Erkrankungsschwere und Komorbiditäten erfolgt (Kane & Radosevich, 2011).

Zunächst wird 1) das Outcome beschrieben (deskriptive Analyse, s. o.). Dabei stehen die folgenden Fragen im Vordergrund:

- *Wie bewerten die Coachingteilnehmenden das Programm? (Zufriedenheitsbefragung)*
- *Wie schätzen die befragten Versicherten ihre subjektive Gesundheit und Lebensqualität ein? (SF-36 Health Survey)*
- *Wie ist der Umfang der in Anspruch genommenen Versorgungsleistungen und -kosten? (Routinedatenanalyse)*

2) Im zweiten Schritt werden IG und KG miteinander verglichen und auf Unterschiede untersucht (Kontingenzanalyse, t-Test). Dies betrifft zum einen Daten zu subjektiver Gesundheit und Lebensqualität (SF-36 Health Survey) mit der Fragestellung

- *ob sich subjektive Gesundheit und Lebensqualität zwischen IG und KG nach der Intervention unterscheiden?*
- *Falls ja, welche Unterschiede können beobachtet werden?*

Zum anderen werden die Outcomes zu Versorgungsleistungen und Kosten auf Unterschiede zwischen IG und KG geprüft. Da hier mehrere Daten zu mehreren Messzeitpunkten erhoben wurden, wird die Entwicklung der Outcomes über Zeit und nach IG und KG untersucht und folgender Fragestellung nachgegangen:

- *Unterscheiden sich Versorgungsleistungen und ihre Kosten vor, während und nach der Intervention zwischen in IG und KG?*
- *Falls ja, welche Unterschiede können beobachtet werden?*

Darauf folgt eine 3) explorative Analyse. Es wird der Frage nachgegangen ob eine spezifische VMP möglicherweise besonders von der Intervention profitiert. Dazu werden die VMP-spezifischen IG und KG mittels t-Tests und Varianzanalysen untersucht und der Frage nachgegangen ob sich ein Outcome zwischen den spezifischen Subgruppen unterscheidet bzw. unterschiedlich über die Zeit entwickelt. Der dritte Schritt ist ausdrücklich ein exploratives und kein inferenzstatistisches Vorgehen und dient damit nicht der Überprüfung von Hypothesen.

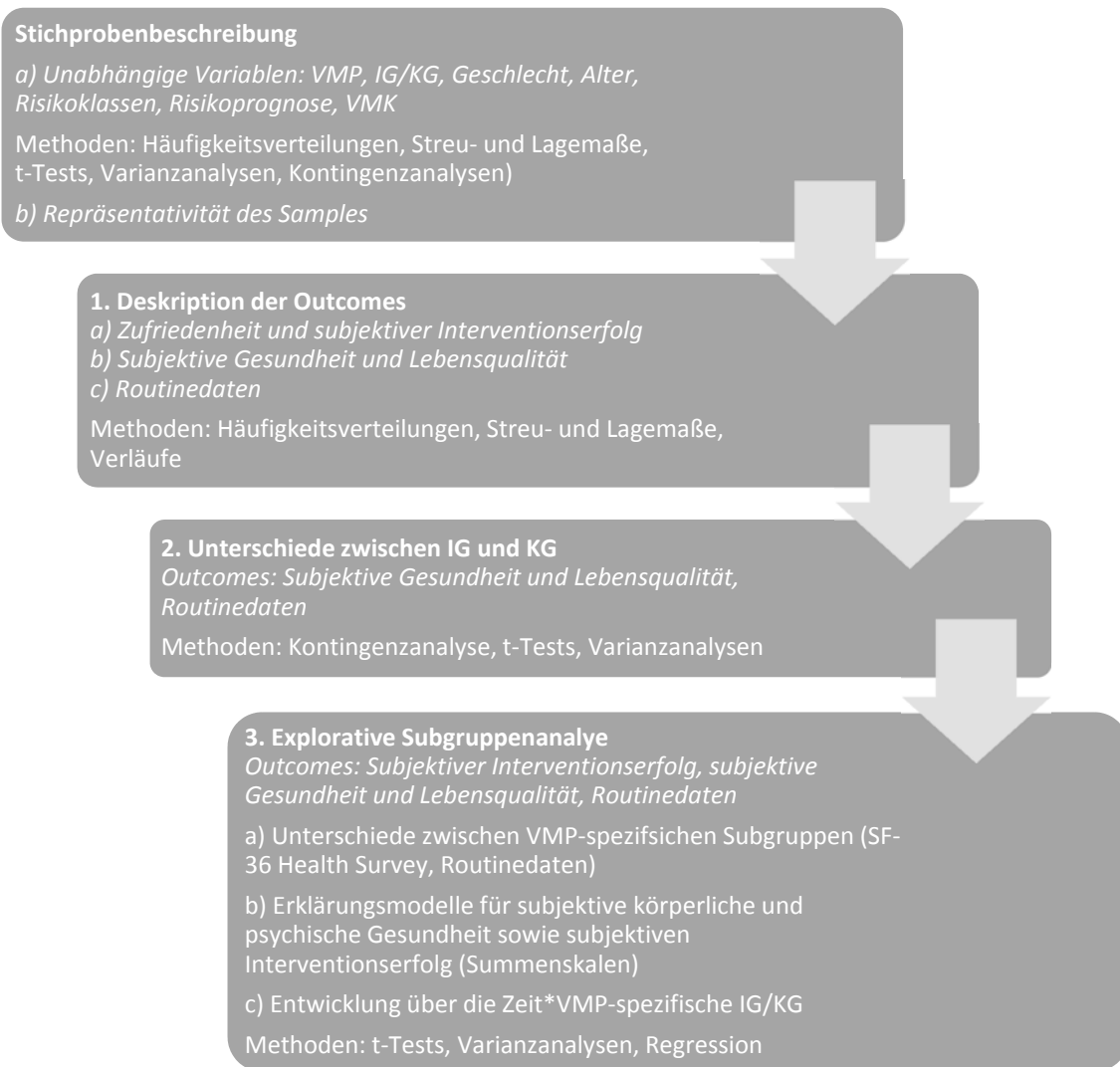


Abbildung 10: Vorgehen der Analyse quantitativer Daten und Aufbau der Ergebnisbeschreibungen (eigene Darstellung)

4.4.4 Qualitative Auswertung

Als Auswertungsmethode qualitativer Daten (leitfadengestützte Experteninterviews und offene Fragestellung der Zufriedenheitsbefragung nach Wünschen und Anregungen) wird die zusammenfassende und strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring verwendet (Kuckartz, 2014b; Flick, 2009; Mayring, 2008, 2007, 2005, 2002). Das Verfahren ist insbesondere für eine systematische, theoriegeleitete Datenanalyse geeignet, so dass an den bereits bestehenden theoretischen und empirischen Erkenntnissen zu Krankheitsbewältigung und Gesundheitsversorgung angeknüpft werden kann (Mayring, 2002). So kommt es in der Analyse zu einem Wechselspiel von theoretischem Vorverständnis des Forschenden und dem Datenmaterial bei gleichzeitiger Wahrung der Offenheit (Schmidt, 2005). Vorteil und Ziel der Methode ist es, theorie- und regelgeleitet diejenigen Aspekte herauszufiltern und zu analysieren, die für die Fragestellung wichtig sind. Nach diesem Verfahren werden in aufeinanderfolgenden Schritten thematische Kategorien gebildet, inhaltlich-thematische Zusammenfassungen formuliert, strukturiert und Ergebnisse beschrieben. Entsprechend der Fragestellung werden die Nutzendimensionen thematisch erfasst. Fallbezogene Auswertungsmethoden zur Analyse von kausalen Zusammenhängen

und Merkmalskombinationen werden ausdrücklich nicht angewendet und gingen über die Fragestellung der Arbeit und den Umfang einer Dissertation hinaus. Die hier gewählte themenzentrierte Darstellung ermöglicht es die Inhalte der Interviews miteinander zu vergleichen.

Der Auswertungsprozess der Interviews erfolgt computergestützt mit der Textanalysesoftware MAXQDA (MAXQDA; Kuckartz et al., 2008). Die Transkripte werden dazu in MAXQDA importiert. Das Programm erleichtert den nachfolgend beschriebenen Analyseprozess durch „eine einfache Exploration, Codierung und Handhabung gerade größerer Datenmengen“, z. B. durch das Filtern des Materials nach Codierungen oder die Generierung systematischer Übersichten und Tabellen (Kuckartz et al., 2008, S. 30). Es ist ein arbeitsorganisatorisches Hilfsmittel für den Auswertungsprozess, die inhaltliche Analyse verbleibt beim Forschenden.

Der Ablauf der Auswertung ist in Abbildung 11 dargestellt. Nach der Wahl der Auswertungsmethode (Phase A) richtet sich das Vorgehen der Analyse (Phase B). Im ersten Schritt, der Entwicklung des Kategoriensystems, werden die theoriegeleiteten deduktiven Kategorien, die an der Forschungsfrage und den theoretischen Vorüberlegungen orientiert sind und sich bereits im Interviewleitfaden wiederfinden, als eine Art „Suchraster“ auf das Material (Interviewtranskripte) angewendet (1. Materialdurchlauf). Das Material wird systematisch und zielgerichtet durchsucht, die zentralen Aspekte und Themen gesammelt, gekennzeichnet und die Textstellen codiert. In einem zweiten Materialdurchlauf werden weitere, induktive Kategorien aus dem Material heraus gebildet und das Kategoriensystem erweitert und angepasst. Diese Kodierungen werden sukzessive aus dem Datenmaterial heraus abgeleitet und Haupt- und Subkategorien gebildet. So entsteht ein Kategoriensystem, das deduktiv und induktiv aus dem Material zur definierten Thematik abgeleitet wird und einen Überblick über dessen Themen und Aspekte gibt (Böhm, 2005; Mayring, 2005, 2002). Schließlich werden solche Hauptkategorien ausgewählt, in die Analyse eingeschlossen und mit (induktiven) Subkategorien ausdifferenziert, die inhaltlich für die Fragestellung relevant sind. Andere werden verworfen (ebd.). Die Hauptkategorien entsprechen übergeordneten Themen, während die Subkategorien Merkmalsbeschreibungen und Ausprägungen der Hauptkategorien ausmachen (Kuckartz, 2014b; Böhm, 2005). Das Kategoriensystem wird also im Verlauf des Analyseprozesses angepasst und kontinuierlich überprüft. Da es im ersten und zweiten Materialdurchlauf weiterentwickelt wird, ist eine Wiederholung der Durchläufe erforderlich, um die neu hinzugefügten Codierungen auf das gesamte Material anzuwenden und zu überprüfen. Im dritten Durchlauf der Daten wird das Kategoriensystem hinsichtlich Logik und Struktur (z. B. Zuordnung von Subkategorien und Hauptkategorien, Differenzierung mittels oder Auflösung von Subkategorien), ausreichender Abgrenzung der Kategorien zueinander sowie Vermeidung von Redundanzen überarbeitet. Das endgültige Kategoriensystem wird vollständig auf die Daten angewendet und für diese Fassung ein Kategorienleitfaden mit Definitionen und Ankerbeispielen erstellt. Die Ankerbeispiele dienen der Verdeutlichung und Abgrenzung der Kategorie (Kuckartz, 2014b; vgl. Anhang 83). Inhaltliche Auffälligkeiten in den Daten werden in Form von Memos an den jeweiligen Textstellen kommentiert und dokumentiert, damit sie für die weiteren Analysen und Auswertungsschritte zur Verfügung stehen (Böhm, 2005). Das Kategoriensystem kann nun nach Fragestellung und Theorie interpretiert werden (Mayring, 2002).

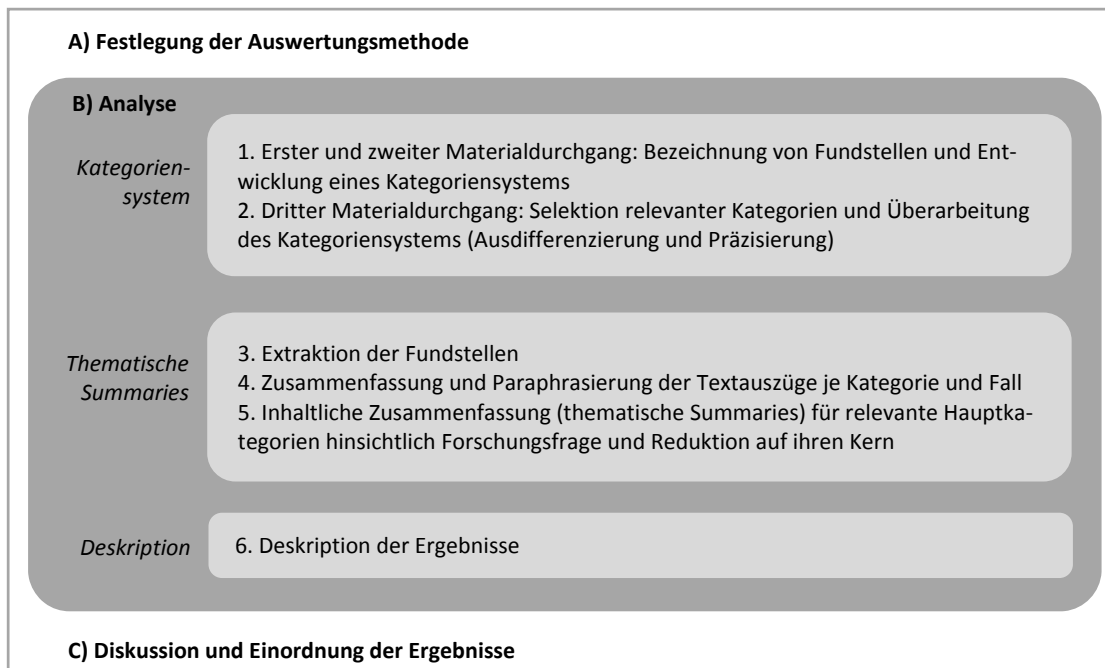


Abbildung 11: Ablaufmodell der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse als Auswertungsmethode (eigene Darstellung)

Der Vorteil des thematischen Kodierens mittels deduktiver und induktiver Kategorienbildung ist, dass zunächst anhand des deduktiven Vorgehens bekannte, theoriegeleitete Regeln und Ordnungen mittels neuer, empirischer Daten überprüft werden. Das heißt, die deduktiven Kategorien und Definitionen werden mit dem empirischen Material aus dem Feld gefüllt. „Hier wird eine vertraute und bewährte Ordnung auf einen neuen Fall angewendet“ (Reichertz, 2005, S. 279). Dieses Verfahren führt nicht zu neuen Erkenntnissen, es können jedoch Übereinstimmungen und Diskrepanzen zwischen empirischen Daten und deduktiven Kategorien bzw. dem Forschungsstand sichtbar werden. Damit wird die verwendete Ordnung oder Regel empirisch überprüft und ggf. neue Aspekte entdeckt (Reichertz, 2005). Daraufhin erfolgt die Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellung. Die induktive Bearbeitung des Materials ergänzt dann weitere wahrgenommene Merkmale, die nicht mittels Suchraster identifiziert werden können (Reichertz, 2005). So können neue Erkenntnisse eruiert werden.

Im zweiten, zusammenfassenden Analyseschritt wird zunächst das gekennzeichnete Material anhand der kodierten Textstellen aus den Daten herausgefiltert und je Kategorie fallweise zusammengefasst. Auch latente Inhalte, die sich implizit aus dem Sinnzusammenhang, dem Kontext oder den Protokollen der Interviews ergeben, werden hierbei berücksichtigt (Mayring, 2005; Froschauer & Lueger, 2003). Die Ergebnisse der Zusammenfassungen werden stichpunktartig oder als vorläufiger Fließtext für die relevanten Kategorien festgehalten. So entsteht eine nach relevanten Kategorien geordnete Übersicht über die zentralen Ergebnisse. Schließlich liegen je Fall und (Sub-)Kategorie Stichpunkte zu den manifesten Inhalten vor, so dass das Material auf die wesentlichen Inhalte reduziert ist und ein überschaubarer Überblick über die Daten geschaffen ist (Mayring, 2002). Auf dieser Grundlage werden thematische Summaries für die einzelnen relevanten Hauptkategorien erstellt, die die Inhalte bezogen auf die Forschungsfrage reduzieren und verdichten (Kuckartz, 2014b; vgl. Anhang 91). Diese Vorarbeiten (Sichtung, Selektion, Verdichtung mittels thematischem Kategoriensystem und thematischen Summaries) dienen der Fokussierung der Daten und Ergebnisse hinsichtlich der Fragestellung des Forschungsvorhabens. Hieran schließt sich die Deskription der Ergebnisse an, für die die Auswertung und Inter-

pretation der zusammengefassten Daten handlungsleitend sind. Der gesamte regel- und theoriegeleitete Analyseprozess orientiert sich an der Forschungsfrage, um hierfür schließlich Schlussfolgerungen und Verallgemeinerungen abzuleiten (Atteslander, 2008; Mayring, 2008). Als nächster Schritt folgen die Einordnung der Ergebnisse in den Forschungsstand, ihre Bewertung und die Diskussion (Phase C, vgl. Abbildung 11) zur Beantwortung der Forschungsfragestellung und dem Ziehen von Schlussfolgerungen. Für die Evaluation von telefonischem Gesundheitscoaching tragen die Ergebnisse insbesondere die Versichertenperspektive bei.

4.4.5 Mixed Methods

Im Anschluss an die qualitative und quantitative Datenanalyse und -auswertung werden die Ergebnisse sowie die Erkenntnisse aus der Literaturrecherche inhaltlich zusammengeführt, bewertet und diskutiert. Die Integration der Forschungsstrategien wird als Mixed Methods (MM) bezeichnet. Der Ansatz ist forschungspraktisch orientiert, wonach angemessene qualitative und quantitative Forschungsmethoden und -daten für ein Forschungsprojekt so gewählt, kombiniert und integriert werden, dass die Forschungsfrage möglichst optimal beantwortet werden kann (Kuckartz, 2014a; Kuckartz & Busch, 2012). Grundsätzlich beinhaltet Mixed Methods mindestens einen qualitativen und einen quantitativen Forschungsstrang, die nach der jeweils üblichen Methodik durchgeführt werden und eine übergreifende Interpretation erfolgt (DeGEval, 2016; Borglin, 2015; Creswell & Plano Clark, 2011). „Es handelt sich also um eine Forschung, in der die Forschenden im Rahmen von ein- und mehrphasig angelegten Designs sowohl qualitative als auch quantitative Daten sammeln. Die Integration beider Methodenstränge, d. h. von Daten, Ergebnissen und Schlussfolgerungen, erfolgt je nach Design in der Schlussphase des Forschungsprojektes oder bereits in früheren Projektphasen.“ (Kuckartz, 2014a, S. 33; DeGEval, 2016) Ein Mixed Method-Design kann nicht nur für primäre empirische Studien geplant werden, sondern auch eine Synthese in einem systematischen Review sein, in dem qualitative und quantitative Forschungsergebnisse einfließen (Heyvaert, Maes & Onghena, 2013). Der MM-Ansatz wird häufig in angewandter Forschung und Evaluationsforschung verwendet. Gerade die Berücksichtigung mehrerer Perspektiven mittels Teilstudien ist wichtig für die Evaluation eines Gegenstands (Kuckartz, 2014a). Im Unterschied zur Anwendung einer einzelnen Methode, können MM die Evidenz für ein Forschungsproblem und die Beantwortung von Forschungsfragen verbessern. Der Ansatz fördert das Brückenbauen zwischen qualitativen und quantitativen Methoden und ist mit vielen methodischen Möglichkeiten für den Forschenden sehr praktisch orientiert (Creswell & Plano Clark, 2011; Chien & Thompson, 2009). „Ein Mixed-Methods-Ansatz will immer mehr sein als bloß das additive Zusammentragen von mit unterschiedlichen Methoden erzielten Ergebnissen.“ (Kuckartz, 2014a, S. 74) Für die Evaluation komplexer Interventionen wie Gesundheitsförderung ist ein entsprechend komplexes Evaluationsdesign wie Mixed Methods angemessen (DeGEval, 2016; Borglin, 2015; Coombes & Thorogood, 2010; Caracelli, 2006). Dabei gibt es nicht das eine richtige methodische Vorgehen (Coombes & Thorogood, 2010). Die Stärken von MM liegen in der breiten Forschungsperspektive, breiten Reichweite und Vielfalt von Daten und einer umfassenden Beschreibung des Gegenstands. Außerdem sind sie für eine robuste Evidenzbasis geeignet (Coombes & Thorogood, 2010; Chien & Thompson, 2009, s. a. Kuckartz, 2014a). Eine Herausforderung für entsprechend komplexe Forschungsdesigns sind sowohl die erforderlichen umfangreichen Qualifikationen der Forschenden, als auch die größeren finanziellen und zeitlichen Ressourcen (Kuckartz, 2014a; Creswell & Plano Clark, 2011).

Es bestehen Gemeinsamkeiten mit Triangulation, bei der ein Forschungsgegenstand aus mehreren Perspektiven mit unterschiedlichen Methoden, Daten und/oder unterschiedlichen theoretischen Zugängen betrachtet wird (Kuckartz, 2014a; Kuckartz & Busch, 2012; Flick, 2010). Ziel ist ein vertieftes Verständnis des Untersuchungsgegenstands durch unterschiedliche Perspektiven und eine erhöhte Validierung der Ergebnisse (Kuckartz, 2014a; Kuckartz & Busch, 2012). Im Unterschied zur Triangulation ist MM komplexer, weil mehrere Aspekte eines Forschungsproblems aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden. Aber auch mit MM soll die Validität verbessert und Verzerrungen und Limitationen verringert werden (Caracelli, 2006).

Es gibt verschiedene detaillierte Studiendesignvorschläge für MM, die sich nach zeitlicher Reihenfolge der Erhebung und dem Zeitpunkt, zu dem sie sich aufeinander beziehen, unterscheiden (Borglin, 2015; Creswell & Plano Clark, 2011). Bei einem „parallelen Design“, erfolgen qualitative und quantitative Datenerhebung und -analyse als Teilstudien gleichzeitig, überwiegend voneinander unabhängig und separat für jeden Datensatz (Kuckartz, 2014a). Die Teilstudien hängen jedoch zu Beginn des Forschungsprojekts auf Grund ihrer Fragestellungen zusammen und beziehen sich in der abschließenden Phase der Ergebnisinterpretation („Mixing der Resultate“) aufeinander, in der die Ergebnisse auf der Metaebene integriert werden (Kuckartz, 2014a). Anders ist ein sequenzielles Design aufgebaut: Die qualitativen und quantitativen Teilstudien sind gestaffelt und die erste Studie beeinflusst die Folgestudie. Die für den MM-Ansatz typische Integration von qualitativen und quantitativen Forschungssträngen kann in vier verschiedenen Phasen stattfinden: Studiendesign, Datenerhebung, Datenanalyse und Interpretation (Borglin, 2015; Creswell & Plano Clark, 2011). Das Zusammenfügen und Kontrastieren von Resultaten (Interpretation) ist typisch für parallele Designs. Das Verbinden von Daten und Resultaten wird oft in sequenziellen Designs verwendet. Dabei werden Daten benutzt, um die Erhebung weiterer Daten eines anderen Datentyps zu planen, ggf. werden ebenfalls die Resultate verbunden (Borglin, 2015; Kuckartz, 2014a). Für weitere Formen der MM Integration sei an dieser Stelle auf die hier zitierte Literatur verwiesen.

Entsprechend der komplexen Fragestellung zur Evaluation von telefonischem Gesundheitscoaching, wurde ein komplexes Studiendesign mit Methodenvielfalt bzw. -kombination und -integration, unterschiedlichen Datenquellen und -arten sowie Multiperspektivität gewählt. Die Forschungsstränge haben unterschiedliche Blickwinkel, Ziele und Grenzen, die sich im Sinne der Forschungsfrage gegenseitig ergänzen. Folglich werden verschiedene Aspekte von telefonischem Gesundheitscoaching berücksichtigt: Inanspruchnahme und Kosten von Leistungen, Zufriedenheit, subjektive Gesundheit und Lebensqualität sowie Nutzenwahrnehmung. Die Wahl für MM liegt also in der Fragestellung begründet. Die forschungspraktische Ausrichtung des Ansatzes fordert, das Studiendesign entsprechend der Forschungsfrage und projektbezogen zu entwickeln (Kuckartz, 2014a; Creswell & Plano Clark, 2011). Das vorliegende Evaluationsvorhaben entspricht weitgehend einem „parallelen Design“, denn obwohl die Erhebungszeitpunkte der Daten unterschiedlich waren, wurden die Teilstudien unabhängig voneinander durchgeführt. Zudem sind die drei Teilstudien gleichwertig, keine der Forschungsstränge hat eine höhere Bedeutung. Das „Mixing geschieht erst [...] im Anschluss an die auf die übliche vertraute Art durchgeführte Auswertung der quantitativen und qualitativen Daten.“ (Kuckartz, 2014a, S. 103) In diesem weiteren Schritt werden die Analysestränge und Ergebnisse integriert und die Schlussfolgerungen aufeinander bezogen. Die Theorie spielt in dem Studiendesign eine implizite Rolle. In Anlehnung an den Vorschlag von Kuckartz (2014a), werden die Ergebnisse tabellarisch, visuell und textuell dargestellt. Möglicherweise helfen einige qualitative oder quantitative Befunde, die Ergebnisse der jeweils anderen Teilstudie zu erklären oder zu ergänzen (Kuckartz, 2014a).

4.5 Stichprobenbeschreibung der quantitativen Teilstudie

4.5.1 Grundgesamtheit der Coaching-Teilnehmenden

Im Jahr 2009 wurden mittels festgelegtem Auswahlverfahren potenzielle Coaching-Teilnehmende unter allen Versicherten der Heimat Krankenkasse identifiziert und kontaktiert. Diejenigen, die einer freiwilligen Teilnahme an der Intervention Weitblick zugestimmt haben (N = 978), stellen die erste Kohorte des Programms und damit die Grundgesamtheit der Interventionsgruppe im Programmjahr 2010 dar. Diese Grundgesamtheit der Weitblick-Kohorte umfasst mehrheitlich Versicherte des VMPs HKE (knapp 50 %), jeweils ein Viertel der Kohorte ist auf Grund psychischer Erkrankungen oder Komorbidität in das Programm eingeschrieben. Der Vergleich des mittleren Alters und des Geschlechterverhältnisses zwischen den verschiedenen VMP zeigt, dass die Teilnehmenden mit HKE im Mittel ($\bar{x} = 62$) vier Jahre älter sind und mit ca. 60 % einen höheren Männeranteil umfassen als die gesamte Kohorte mit $\bar{x} = 58$ Jahre und einen Männeranteil von knapp 45 %. Die psychisch erkrankten Teilnehmenden sind deutlich jünger ($\bar{x} = 49$) und überwiegend weiblich (gut 72 %). Versicherte mit Komorbidität liegen mit $\bar{x} = 59$ Jahre etwa im Mittel der Gesamtkohorte. Ihr Frauenanteil (knapp 70 %) liegt ebenfalls über dem Durchschnitt.

Die Risikoklassen, die zu Beginn der Intervention von den Coaches zugeteilt wurden, verteilen sich in der Gesamtkohorte überwiegend auf die Kategorien I und II (Risikoklasse I = 57 %, Risikoklasse II = 42 %). Lediglich zwei Fälle sind Risikoklasse III zugeordnet und für vier Teilnehmende ist sie nicht übermittelt. Diese Verteilung der Risikoklassen spiegelt sich ebenfalls in der Gruppe der Versicherten mit Komorbidität wider (56 % Risikoklasse I, 43 % Risikoklasse II). Im VMP für HKE ist ein höherer Anteil Risikoklasse I (70 %) zugeordnet, knapp 30 % sind in Risikoklasse II. Bei den psychisch Erkrankten kehrt sich dieses Verhältnis beinahe um: Ein Drittel dieser Coaching-Teilnehmenden ist Risikoklasse I zugeordnet und knapp zwei Drittel sind in Risikoklasse II (vgl. Tabelle 10).

Tabelle 10: Merkmalsverteilung der Weitblick-Teilnehmenden im Jahr 2010 (Kohorte gesamt N=978; eigene Berechnung und Darstellung; Datenquelle: Heimat Krankenkasse)

	Gesamtkohorte		Subgruppen		Psych. Erkr.		Komorbidität	
	N	Anteil in Prozent	N	Anteil in Prozent	N	Anteil in Prozent	n	Anteil in Prozent
Gesamtzahl	978	100	479	48,98	250	25,56	249	25,46
Alter MW	58		62		49		59	
Altersgruppen								
≤30 Jahre	20	2,04	2	0,42	16	6,40	2	0,80
31-40 Jahre	72	7,36	15	3,13	43	17,20	14	5,62
41-50 Jahre	191	19,53	61	12,73	87	34,80	43	17,27
51-60 Jahre	261	26,69	119	24,84	65	26,00	77	30,92
61-70 Jahre	253	25,87	157	32,78	32	12,80	64	25,70
71-80 Jahre	181	18,51	125	26,10	7	2,80	49	19,68
≥81 Jahre	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Summe	978	100,00	479	100	250	100,00	249	100,00
Risikoklasse								
I	561	57,36	338	70,56	83	33,20	140	56,22
II	411	42,02	141	29,44	162	64,80	108	43,37
III	2	0,20	0	0,00	2	0,80	0	0,00
ohne RK	4	0,41	0	0,00	3	1,20	1	0,40
Summe	978	100	479	100,00	250	100,00	249	100,00
Geschlecht								
Weiblich	545	55,73	190	39,67	182	72,80	173	69,48
Männlich	433	44,27	289	60,33	68	27,20	76	30,52
Summe	978	100,00	479	100,00	250	100,00	249	100,00

4.5.2 Stichprobenbeschreibung

Aus der gesamten Kohorte der Teilnehmenden an Weitblick (N = 978) wurde ein Sample mit drei etwa gleich großen Subgruppen nach VMP gezogen. Die Größe des Samples wurde vorab festgelegt (vgl. Abschn. 4.4.2.1). Das Sample mit N = 312 Fällen hat die erforderliche Größe und Gliederung erreicht (Tabelle 11). Die Personen des Samples (IG) wurden repräsentativ zur Gesamtkohorte ausgewählt (s. u. Abschn. 4.5.3). Um eine Vergleichbarkeit von IG und KG zu erreichen, wurde ein gematchtes Sample als Kontrollgruppe (KG) gebildet (N = 309). Diese Versicherten hatten die Programmteilnahme abgelehnt. Durch die parallelisierten Merkmale Alter, Geschlecht, Risikoprognose, VMK und VMP wurden möglichst mit den Studienteilnehmenden vergleichbare Kontrollgruppen zusammengestellt (Strukturgleichheit). In der Stichprobe wird also eine annähernd gleiche Häufigkeitsverteilung der parallelisierten Merkmale erreicht (Schnell et al., 2011; Weiß, 2008; Bortz & Döring, 2006). Die Parallelisierung dient der Erhöhung der internen Validität (Bortz & Döring, 2006). Mittels Stichprobenbeschreibung wird untersucht, ob Unterschiede in der Häufigkeitsverteilung von Merkmalen in IG und KG sowie in den sechs Subgruppen bestehen. Deren Ergebnisse sind nachfolgend beschrieben. Neben der Deskription statistischer Kenngrößen (Streu- und Lagemaße) und Häufigkeitsverteilungen wird zusätzlich mittels statistischer Tests (ein- und zweifaktorielle Varianzanalysen sowie t-Tests zum Vergleich der Mittelwerte, X²-Tests nach Pearson) geprüft, ob Merkmale zwischen den gematchten Gruppen gleich bzw. (signifikant) unterschiedlich verteilt sind. Dies dient der Einschätzung der Vergleichbarkeit bzw. Strukturgleichheit der Subgruppen anhand der verfügbaren Merkmale (Schnell et al., 2011; Weiß, 2008). Bei signifikanten Unterschieden sind die Merkmale in den anschließenden Analysen zu kontrollieren.

Die Studienpopulation umfasst insgesamt N = 619 Fälle. Die Zugehörigkeit der Studienteilnehmenden zu den VMP-spezifischen Gruppen (sie machen jeweils ein Drittel aus) sowie nach Interventions- oder Kontrollgruppe verteilt sich gleichmäßig (vgl. Tabelle 11). Dasselbe gilt für die Verteilung innerhalb der VMP auf IG und KG. Die Gleichverteilung in den Gruppen ist auf die Parallelisierung und den vorab festgelegten Umfang der Stichproben zurückzuführen ($\chi^2 (1) = 0,061, p = ,970; p > ,05$).

Tabelle 11: Verteilung des Merkmals Versorgungsmanagementprogramm nach Interventions- und Kontrollgruppe in der Stichprobe (N = 619, keine fehlenden Werte; eigene Berechnung und Darstellung)

		Summe	IG	KG	
VMP	Herz-Kreisl.-Erkr.	n	206	105	101
		%	33,3 %	33,7 %	32,9 %
	Komorbidität	n	208	105	103
		%	33,6 %	33,7 %	33,6 %
	Psych. Erkr.	n	205	102	103
		%	33,1 %	32,7 %	33,6 %
Summe	n	619	312	307	
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	

Geschlecht

In der Gesamtstichprobe ist der Anteil der Frauen insgesamt etwas höher als der Anteil der Männer. Die Anteile von Männern und Frauen in IG und KG sind etwa gleich ($\chi^2 (1) = 0,026, p = ,873$) (vgl. Abbildung 12). Das Geschlechterverhältnis in den VMP ist signifikant unterschiedlich mit mittlerer Effektstärke ($\chi^2 (2) = 59,670, p \leq ,000, \text{Cramérs } V = ,310$; vgl. Tabelle 13 und Tabelle 14, S. 124). Im Vergleich zur Gesamtstichprobe sind in der Gruppe der Herz-Kreislauf-Erkrankten insbesondere Männer, in der Gruppe der psychisch Erkrankten dagegen Frauen überproportional häufig vertreten. Diese Beobachtung gilt gleichermaßen in den VMP-spezifischen IG und KG, d. h. dass die Anteile von Männern und Frauen in IG und KG sind innerhalb eines VMPs gleich (jew. n. s., vgl. Tabelle 13 und Tabelle 14). Demzufolge sind die IG und KG über alle Indikationen hinweg vergleichbar, ebenso die indikationsspezifischen IG und KG miteinander. Hingegen sind die drei VMP auf Grund der unterschiedlichen Geschlechterverteilung hinsichtlich dieses Merkmals nicht direkt miteinander vergleichbar (vgl. Tabelle 13, S. 124).

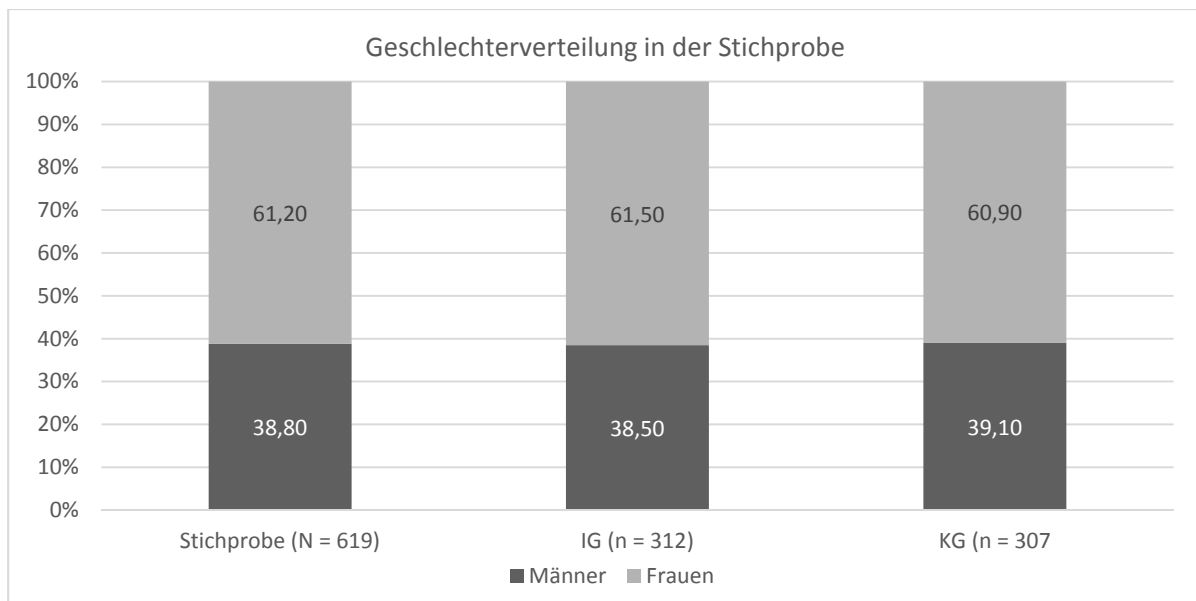


Abbildung 12: Geschlechterverteilung in der Stichprobe (eigene Berechnung und Darstellung)

Alter

Der Stichprobe gehören überwiegend Personen mit mittleren und älterem Lebensalter an: Gut die Hälfte der Personen ist zwischen 51-70 Jahre alt (50,4 %), 21,6 % sind 41-50 Jahre und 16,8 % sind 71-80 Jahre alt. Lediglich 11,1 % sind bis 40 Jahre alt. Das mittlere Alter beträgt $\bar{x} = 56,7$ Jahre $\pm 12,7$, der Median liegt nur geringfügig höher ($\tilde{x} = 57$). Die Spannweite beträgt $R = 59$ Jahre. Personen in der Altersspanne von 47-67 Jahren machen 72 % aller Befragten aus. Das Alter der Studienteilnehmenden ist breit gestreut, konzentriert sich um den Mittelwert bzw. Median (vgl. Tabelle 12, Anhang 5 bis Anhang 7). IG ($\tilde{x} = 56,8$) und KG ($\tilde{x} = 56,6$) sind im Mittel ähnlich alt. Die mittlere Differenz von 0,2 Jahren ist nicht signifikant ($t(617) = 0,199$, $p = ,843$). Die Unterschiede des mittleren Alters zwischen den einzelnen VMP sind signifikant mit großer Effektgröße ($F(2, 616) = 74,351$, $p \leq ,001$, $\eta^2 = 0,194$). Die Gruppe mit psychischen Erkrankungen ist im Schnitt deutlich jünger als die anderen Gruppen ($\bar{x}_{\text{psych. Erkr.}} = 48,8$; $p \leq ,001$, vgl. auch Anhang 7), während die Herz-Kreislauf-Erkrankten mit 61,6 Jahren durchschnittlich älter sind ($\bar{x}_{\text{HKE}} = 61,6$; $\bar{x}_{\text{Komorb.}} = 59,5$). Es gibt keine Unterschiede zwischen IG und KG je VMP ($F(2, 613) = 0,809$, $p = ,446$; vgl. Tabelle 14). Es können also Vergleiche zwischen den VMP-spezifischen IG und KG vorgenommen werden, da die Altersstrukturen jeweils ähnlich sind. Ebenso ist ein Vergleich der gesamten Interventionsgruppe mit der gesamten Kontrollgruppe möglich. Die einzelnen VMP sind auf Grund der unterschiedlichen Altersstruktur nicht miteinander vergleichbar.

Tabelle 12: Verteilung der Altersgruppen in der Stichprobe und statistische Kenngrößen nach Interventions- und Kontrollgruppe sowie nach Versorgungsmanagementprogramm (N = 619, keine fehlenden Werte; eigene Berechnung und Darstellung)

Altersgruppen	Stichprobe			Subgruppen			
	gesamt	IG	KG	Herz-Kreisl.-Erkr.	Komorb.	Psych. Erkr.	
Bis 30 J.	n	13	6	7	0	2	11
	%	2,1 %	1,9 %	2,3 %	0,0 %	1,0 %	5,4 %
31–40 J.	n	56	28	28	8	12	36
	%	9,0 %	9,0 %	9,1 %	3,9 %	5,8 %	17,6 %
41–50 J.	n	134	67	67	29	34	71
	%	21,6 %	21,5 %	21,8 %	14,1 %	16,3 %	34,6 %
51–60 J.	n	167	85	82	50	61	56
	%	27,0 %	27,2 %	26,7 %	24,3 %	29,3 %	27,3 %
61–70 J.	n	145	72	73	67	54	24
	%	23,4 %	23,1 %	23,8 %	32,5 %	26,0 %	11,7 %
71–80 J.	n	104	54	50	52	45	7
	%	16,8 %	17,3 %	16,3 %	25,2 %	21,6 %	3,4 %
Summe	N	619	312	307	206	208	205
	%	100,00 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Statistische Kennzahlen							
MW (\bar{x})		56,66	56,76	56,55	61,64	59,45	48,81
Median (\tilde{x})		57	57	57	63	60	49
SD		12,69	12,42	12,97	11,03	11,83	11,33
Min/Max		21/80	24/80	21/80	32/80	24/80	21/80
1. Quartil		47	47	47	54	51	41
2. Quartil		57	57	57	63	60	49
3. Quartil		67	67	67	71	69	56

Risikoklassen

Zu Beginn der Intervention war etwa die Hälfte der Coachingteilnehmenden des Samples ($n = 150$) der niedrigsten Risikoklasse I und die andere Hälfte der mittleren Risikoklasse II ($n = 160$) zugeordnet. Lediglich eine Person ist in der höchsten Risikoklasse III. Während sich die Risikoklassen I und II innerhalb der gesamten Interventionsgruppe und im VMP Komorbidität ähnlich verteilen (jeweils etwa 50 %), werden unter den Coachingteilnehmenden mit HKE 61 % Risikoklasse I und 39 % Risikoklasse II zugeordnet. Für die psychisch Erkrankten dreht sich dieses Verhältnis beinahe um, hier ist ein Drittel in Risikoklasse I und zwei Drittel in Risikoklasse II (vgl. Anhang 8). Dementsprechend ist auch die Häufigkeitsverteilung der Risikoklassen I und II zwischen den VMP signifikant unterschiedlich mit kleiner Effektgröße ($\chi^2(2) = 15,460, p \leq ,001, \text{Cramérs } V = ,223$). Für die psychisch Erkrankten dieser Stichprobe ist also eine höhere Erkrankungsschwere durch die Gesundheitscoaches festgestellt worden, für die Gruppe der Herz-Kreislauf-Erkrankten eher eine geringere. Die VMP sind demzufolge hinsichtlich des Merkmals Risikoklasse nicht miteinander vergleichbar.

Risikoprognose

Die Betrachtung des Merkmals Risikoprognose, gebildet mit den Routinedaten des Jahres 2008, zeigt, dass die mittlere Risikoprognose $\bar{x} = 1,9 \pm 1,6$ beträgt, der Median liegt darunter ($\tilde{x} = 1,36$). Die geringste Risikoprognose einer oder eines Versicherten liegt bei Minimum (Min.) = 0,2, der höchste Wert bei Maximum (Max.) = 16,0. Die Spannweite beträgt $R = 15,8$. Die Werte der Kennzahl sind also breit gestreut, konzentrieren sich jedoch um den Mittelwert bzw. Median, denn das zweite und dritte Viertel der Stichprobe hat eine Risikoprognose zwischen 0,9 und 2,2 (vgl. Anhang 9). Die mittlere Risikoprognose für IG ($\bar{x} = 1,9$) und KG ($\bar{x} = 1,8$) ist ähnlich (mittlere Differenz von 0,1; $t(609) = 1,058$,

$p = ,291$, vgl. Tabelle 14), sie unterscheidet sich aber signifikant zwischen den VMP mit kleiner Effektgröße ($F(2, 608) = 8,739$, $p \leq ,001$, $\eta^2 = 0,028$). Die Gruppe des VMP bei Komorbidität weist im Vergleich zu den anderen VMP ($\bar{x}_{\text{Psych. Erkr.}} = 1,6$, $p < ,001$; $\bar{x}_{\text{HKE}} = 1,8$, $p < ,01$) eine signifikant höhere Risikoprognose auf ($\bar{x}_{\text{Komorb.}} = 2,2$). Die VMP sind damit untereinander nicht vergleichbar. Die Mittelwerte zwischen IG und KG der jeweiligen VMP sind ähnlich ($F(2, 605) = 2,160$, $p = ,116$), so dass diese zwei Gruppen jeweils miteinander vergleichbar sind (vgl. Tabelle 14). Hinsichtlich des Merkmals Risikoklasse sind die IG und KG im Mittel ähnlich. Die VMP sind nicht miteinander vergleichbar. Dies wurde entsprechend bereits für die Aspekte Geschlecht, Alter und Risikoklasse festgestellt.

Versorgungsmanagementkategorie

Die Verteilung der VMK – auf Basis der Routinedaten aus dem Jahr 2008 – zwischen den VMP ist signifikant ungleich verteilt mit kleiner Effektgröße ($\chi^2(2) = 10,043$, $p = ,007$, Cramérs $V = ,129$, vgl. Tabelle 14). Der Anteil der Herz-Kreislauf-Erkrankten an Kategorie C ist besonders hoch und der Anteil der psychisch Erkrankten ist an dieser Kategorie besonders niedrig (vgl. Tabelle 14, Anhang 10). Auf Grund dieser Häufigkeitsunterschiede nach dem Merkmal VMK zwischen den VMP sind diese nicht miteinander vergleichbar. Die Merkmale der VMK sind jedoch in IG und KG insgesamt etwa gleich verteilt ($\chi^2(1) = 0,393$, $p = ,531$; vgl. Tabelle 14), d. h. diese Gruppen sind miteinander vergleichbar. Auch die VMP-spezifischen IG und KG sind jeweils miteinander vergleichbar ($\chi^2_{\text{HKE}}(1) = 0,593$, $\chi^2_{\text{Psych. Erkr.}}(1) = 0,136$, $p = ,712$, $\chi^2_{\text{Komorb.}}(1) = 1,769$, $p = ,184$). Ferner ist zu beachten, dass die Variable VMK abhängig von der Variable Risikoprognose ist, da die Zuordnung einer VMK unter Einbezug der Risikoprognose erfolgt. Demzufolge darf sie nicht als unabhängige Variable in die Analysen einbezogen werden. Sie wird daher in der Evaluation von Weitblick lediglich deskriptiv berücksichtigt. Des Weiteren ist sie eine stark zusammengefasste Kategorisierung, die kaum zur Aufklärung von Varianzen bzw. Outcomes beitragen kann.

Die Ergebnisse der Merkmalsverteilungen für die Stichprobenbeschreibung sind in Tabelle 14 zusammengefasst.

Tabelle 13: Verteilung des Merkmals Geschlecht in versorgungsmanagementprogrammspezifischen Interventions- und Kontrollgruppen (N = 619, keine fehlenden Werte, eigene Berechnung und Darstellung)

Geschlecht	Herz-Kreisl.-Erkr.			Psych. Erkr.			Komorbidität			Gesamtes Sample			
	IG	KG	Summe	IG	KG	Summe	IG	KG	Summe	IG	KG	Summe	
männlich	n	62	61	123	23	27	50	35	32	67	120	120	240
	%	59,0 %	60,4 %	59,7 %	22,5 %	26,2 %	24,4 %	33,3 %	31,1 %	32,2 %	38,5 %	39,1 %	38,8 %
weiblich	n	43	40	83	79	76	155	70	71	141	192	187	379
	%	41,0 %	39,6 %	40,3 %	77,5 %	73,8 %	75,6 %	66,7 %	68,9 %	67,8 %	61,5 %	60,9 %	61,2 %
Gesamt	n	105	101	206	102	103	205	105	103	208	312	307	619
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100 %	100 %	100 %

$X^2_{HKE \& IG/KG} (1) = 0,039, p = ,844; X^2_{psych. Erkr. \& IG/KG} (1) = 0,373, p = ,541; X^2_{Komorb. \& IG/KG} (1) = 0,122, p = ,727.$

Tabelle 14: Zusammenfassende Übersicht der Signifikanztests zur Merkmalsverteilung der Stichprobe (eigene Berechnung und Darstellung)

Merkmale/ Abhängige Variable		Gesamt- stichprobe	IG	KG	p-Wert	Herz-Kreisl.- Erkr.	Psych. Erkr.	Komor- bidität.	p-Wert
Geschlecht	Anteil Männer	38,8 %	38,5 %	39,1 %		59,7 %⁺	24,4 %	32,2 %	
	Anteil Frauen	61,2 %	61,5 %	60,9 %	,873 (n. s.) ^a	40,3 %	75,6 %⁺	67,8 %	,000*** ^a
Alter	MW	56,66	56,76	56,55		61,64	48,81⁺	59,45	
	SD	12,68	12,42	12,97	,843 (n. s.) ^d	11,03	11,33	11,83	,000*** ^b
Risikoprognose	MW	1,87	1,94	1,80		1,75	1,62	2,24⁺	
	SD	1,60	1,53	1,67	,291 (n. s.) ^d	1,51	1,22	1,93	,000*** ^b
VMK ^e	Anteil Kat. C	64,6 %	63,3 %	65,8 %		72,1 %⁺	57,0 %⁺	64,5 %	
	Anteil Kat. D	35,4 %	36,7 %	34,2 %	,531 (n. s.) ^a	27,9 %	43,0 %	35,5 %	,007** ^a
Risikoklasse (nur IG) ^f	I	-	48,2 %	-		61,0 %⁺	33,7 %⁺	49,5 %	
	II	-	51,8 %	-		39,0 %	66,3 %	50,5 %	,000*** ^a

Fortsetzung Tabelle 14: Zusammenfassende Übersicht der Signifikanztests zur Merkmalsverteilung der Stichprobe (eigene Berechnung und Darstellung)

Merkmale/Abhängige Variable		Herz-Kreisl.- Erkr.			Psych. Erkr.			Komorbidität			p-Wert
		IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	
Geschlecht	Anteil Männer	59,0 %	60,4 %		22,5 %	26,2 %		33,3 %	31,1 %		
	Anteil Frauen	41,0 %	39,6 %	,844 (n. s.) ^a	77,5 %	73,8 %	,541 (n. s.) ^a	66,7 %	68,9 %	,727 (n. s.) ^a	
Alter	MW	61,09	62,21		49,66	47,98		59,32	59,58		
	SD	11,22	10,87		11,09	11,56		11,87	11,84		,446 (n. s.) ^c
Risikoprognose	MW	1,66	1,84		1,68	1,56		2,47	2,01		
	SD	1,14	1,83		1,34	1,10		1,89	1,95		,116 (n. s.) ^c
VMK ^e	Anteil Kat. C	73,8 %	70,4 %	,93 (n. s.) ^a	55,7 %	58,3 %	,712 (n. s.) ^a	60,0 %	69,0 %	,184 (n. s.) ^a	
	Anteil Kat. D	26,2 %	29,6 %		44,3 %	41,7 %		40,0 %	31,0 %		

^aKontingenzanalyse (X²-Test nach Pearson); ^bEinfaktorielle Varianzanalyse; ^cZweifaktorielle Varianzanalyse; ^dt-Test für unabhängige Stichproben; ^eVMK 2008 „anderer Wert“ waren nur n = 18 Versicherte zugeordnet, so dass Voraussetzungen für den X²-Test nicht erfüllt sind und daher diese Gruppe entfällt; ^fRisikoklasse III war nur n = 1 Teilnehmende oder Teilnehmender zugeordnet, daher entfällt diese Gruppe ebenfalls; *kennzeichnet abweichende Werte im Vergleich zu anderen Subgruppen bzw. dem MW der Stichprobe, diese sind ebenfalls fettgedruckt (Abweichende Werte wurden bei der Kontingenzanalyse durch Betrachtung der Daten identifiziert, bei der Varianzanalyse wurden die Unterschiede zusätzlich anhand von post-hoc Tests ermittelt); p: * ≤ ,05; ** ≤ ,01; *** ≤ ,001;

Zusammenfassung und Fazit

Insgesamt ist festzuhalten, dass IG und KG der Studienpopulation hinsichtlich aller getesteten Merkmale (Alter, Geschlecht, Risikoklasse, Risikoprognose und VMK) vergleichbar sind – sowohl die gesamte Interventions- mit der gesamten Kontrollgruppe als auch die einzelnen VMP-spezifischen IG und KG. Die Versichertengruppen der drei VMP unterscheiden sich allerdings hinsichtlich dieser Aspekte signifikant und sind damit untereinander nicht vergleichbar (vgl. Abbildung 13). Die Variable VMK kann lediglich zur Stichprobenbeschreibung verwendet werden, weil sie abhängig von der Variable Risikoprognose ist. Obwohl sie zur Auswahl der Coachingteilnehmenden herangezogen wurde, darf sie in weitere Analysen nicht einbezogen werden. Es lassen sich folgende Unterschiede zwischen den VMP beobachten: In der Substichprobe der Herz-Kreislauf-Erkrankten sind deutlich mehr Männer als Frauen, während der Anteil von Frauen in der Gruppe der psychisch Erkrankten höher ist. Die Gruppe der psychisch Erkrankten ist jünger als Versicherte der beiden anderen VMP. Die Herz-Kreislauf-Erkrankten sind überwiegend in Risikoklasse I eingeordnet, während psychisch Erkrankte überwiegend der höheren Risikoklasse II zugeordnet wurden. Versicherte mit Komorbidität haben laut Risikoprognose eine besonders hohe Wahrscheinlichkeit vermehrt Versicherungsleistungen in Anspruch zu nehmen, während diese für psychisch Erkrankte vergleichsweise niedrig ist. Dazwischen lässt sich die Gruppe der Herz-Kreislauf-Erkrankten verorten. Die Zuordnung der Risikoklassen unterscheidet sich von der Risikoprognose. Nach dem Merkmal VMK ist Anteil der Herz-Kreislauf-Erkrankten an Kategorie C besonders hoch und der Anteil der psychisch Erkrankten an dieser Kategorie besonders niedrig. Trotz der Unterschiede zwischen den VMP wurde insgesamt durch die Parallelisierung der Gruppen (matched groups) eine ähnliche Häufigkeitsverteilung der betrachteten Merkmale für den gewünschten Vergleich von IG und KG erreicht.

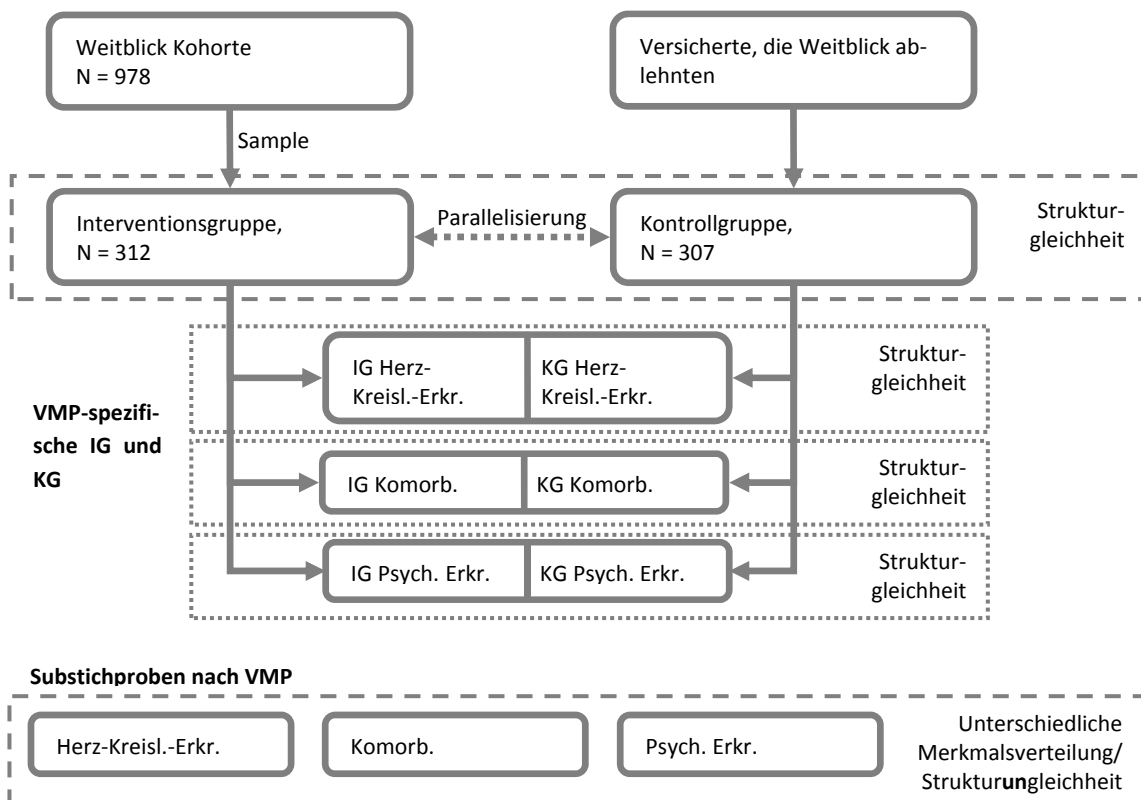


Abbildung 13: Übersicht über Strukturgleichheit der Gruppen und Subgruppen (eigene Darstellung)

4.5.3 Repräsentativität des Samples gegenüber der Grundgesamtheit

Repräsentativität bedeutet, dass die Zusammensetzung von Merkmalen und Merkmalskombinationen in einer Stichprobe der Grundgesamtheit bzw. einer Population entspricht oder möglichst ähnlich ist. Ist dies gegeben, können mit Hilfe einer Stichprobe gültige Aussagen über eine Population getroffen werden (Bortz & Döring, 2006). Diese Voraussetzung wird für das Sample der Weitblick-Kohorte nachfolgend deskriptiv geprüft (Tabelle 15).

Tabelle 15: Vergleich prozentualer Verteilung von Merkmalen der Weitblick-Kohorte (N = 978) und des Samples (N = 312) (eigene Berechnung und Darstellung; Datenquelle: Heimat Krankenkasse)

	Weitblick-Kohorte				Sample (IG)					
	IG samt	ge- Erkr.	Herz-Kreisl.- Erkr.	Psych. Erkr.	Komorb.	IG samt	ge- Erkr.	Herz-Kreisl.- Erkr.	Psych. Erkr.	Komorb.
Anteil	100	49,0	25,6	25,5	100	33,7	32,7	33,7		
Alter MW	58	62	49	59	56,76	61,1	49,7	59,3		
Altersgruppen										
≤30 Jahre	2,04	0,4	6,4	0,8	1,9	0,0	4,9	1,0		
31-40 Jahre	7,36	3,1	17,2	5,6	9,0	4,8	16,7	5,7		
41-50 Jahre	19,53	12,7	34,8	17,3	21,5	14,3	34,3	16,2		
51-60 Jahre	26,69	24,8	26,0	30,9	27,2	23,8	28,4	29,5		
61-70 Jahre	25,87	32,8	12,8	25,7	23,1	32,4	11,8	24,8		
71-80 Jahre	18,51	26,1	2,8	19,7	17,3	24,8	3,9	22,9		
≥81 Jahre	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
Summe	100,00	100	100,0	100,0	100,00	100,0	100,0	100,0		
Risikoklasse										
I	57,36	70,6	33,2	56,2	48,1	61,0	33,3	49,5		
II	42,02	29,4	64,8	43,4	51,6	39,0	65,7	50,5		
III	0,20	0,0	0,8	0,0	0,3	0,0	1,0	0,0		
ohne RK	0,41	0,0	1,2	0,4						
Summe	100	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		
Geschlecht										
Weiblich	55,7	39,7	72,8	69,5	61,5	41,0	77,5	66,7		
Männlich	44,3	60,3	27,2	30,5	38,5	59,0	22,5	33,3		
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0					

Das mittlere Alter der Weitblick-Kohorte ($\bar{x} = 58$) und der Stichprobe ($\bar{x} = 56,8$) stimmt weitgehend überein, sowohl zwischen der Grundgesamtheit und dem Sample insgesamt als auch zwischen VMP-spezifischen Gruppen. Auch das Geschlechterverhältnis zwischen den VMP-spezifischen Subgruppen von Sample und Kohorte stimmt überwiegend überein. Der Vergleich zwischen Kohorte und Sample insgesamt zeigt jedoch einen Unterschied: In der Stichprobe ist der Anteil der Frauen (61,5 %) etwas höher als der der Kohorte (56 %). Ähnliches lässt sich für das Merkmal Risikoklasse feststellen: Zwischen Kohorte und Sample unterscheiden sich die Anteile von Risikoklasse I und II (Kohorte RK I = 57 %, RK II = 42 %; Sample RK I = 48 %, RK II = 52 %), in den Subgruppen stimmen die Verhältnisse jedoch in etwa überein. Lediglich für die Stichprobe des VMP für HKE sind die Anteile etwas verschoben und für Risikoklasse II etwas höher, der Trend passt jedoch. Die Verteilung nach VMP im Sample entspricht nicht den Anteilen der Kohorte insgesamt. Die Gruppengrößen wurden vielmehr so gewählt, dass ihr Umfang für die statistischen Analysen ausreichend ist. Die Repräsentativität der Gruppen wird hierdurch nicht eingeschränkt sondern vielmehr durch die Merkmale Alter, Geschlecht und Risikoklasse bestimmt.

Nach diesem deskriptiven Datenvergleich kann die Stichprobe hinsichtlich der betrachteten Merkmale Alter, Geschlecht und Risikoklasse überwiegend als repräsentativ bewertet werden. Einschränkend ist

jedoch darauf hinzuweisen, dass weitere relevante Merkmale für eine Einschätzung der Repräsentativität nicht vorliegen und daher nicht berücksichtigt werden konnten (z. B. Risikoprognose, sozioökonomischer Status, weitere Diagnosen und Komorbiditäten).

4.6 Beschreibung des Samples der qualitativen Teilstudie

Für die Beschreibung des Samples wird auf die Daten der Heimat Krankenkasse zu Alter, Geschlecht und Wohnort, auf die Angaben der IP sowie auf Beobachtungen durch die Interviewerin bei der Durchführung der Interviews zurückgegriffen.

Das Sample mit acht IP besteht zu gleichen Teilen aus Männern und Frauen (jew. $n = 4$). Es umfasst ältere Personen zwischen 61 und 74 Jahren, die alle nicht erwerbstätig sind. Die interviewten Personen haben ihren Wohnort im Umkreis von maximal 20 km in und um Bielefeld. Ein Merkmal des Samples ist die lange Erkrankungs- und Behandlungsdauer aller Personen. Die Mehrheit berichtet von einem chronischen und häufig auch komorbiden oder multimorbiden Krankheitsgeschehen, das nicht nur HKE betrifft (also das VMP, an dem sie teilnahmen). Die Mehrheit der Befragten lebt gemeinsam mit der Ehepartnerin oder dem Ehepartner zusammen oder erfährt soziale Unterstützung durch Familienangehörige, sofern dies für die Alltagsbewältigung und Gesundheitsversorgung erforderlich ist. Die Angehörigen und Bekannten spielen häufig eine wichtige Rolle für die medizinische Versorgung. Die Fälle des Samples sind hinsichtlich ihres Erkrankungs- und Therapiespektrum heterogen, hinsichtlich ihres Alters und der Lebensumstände sind sie eher homogen. Weitere Informationen zum Erkrankungs- und Therapiespektrum der Befragten sind in Anhang beschrieben (vgl. Anhang 83).

5 Ergebnisse

Die Ergebnisdarstellung berichtet über die Durchführungsmerkmale der Intervention (5.1), Zufriedenheit (5.2), Nutzenwahrnehmung (5.3), subjektive Gesundheit und Lebensqualität (5.4) sowie Versorgungsleistungen und -kosten (Routinedaten) (5.5). Es schließt mit einer explorativen Analyse ab (5.6). Die Beschreibung der Ergebnisse umfasst für alle Variablen zunächst eine deskriptive Analyse, auf die bivariate und multivariate Verfahren folgen.

5.1 Durchführungsmerkmale der Intervention Weitblick

Anhand der erfassten Kontakthäufigkeit und durchschnittlichen Gesprächsdauer wird die praktische Umsetzung der Intervention beschrieben werden.

Anzahl der telefonischen Coachingkontakte

Im Durchschnitt standen die Weitblick-Teilnehmenden während der Intervention neun Mal mit ihren Gesundheitscoaches in telefonischem Austausch ($\bar{x} = 9,10 \pm 1,58$ (N = 312), $\tilde{x} = 9$). Die geringste Kontaktzahl betrug Min. = 5 und die maximale Zahl Max. = 14 Telefonate. Die meisten Teilnehmenden standen zwischen acht und zehn Mal mit ihrem Coach in telefonischem Kontakt (vgl. Abbildung 14).

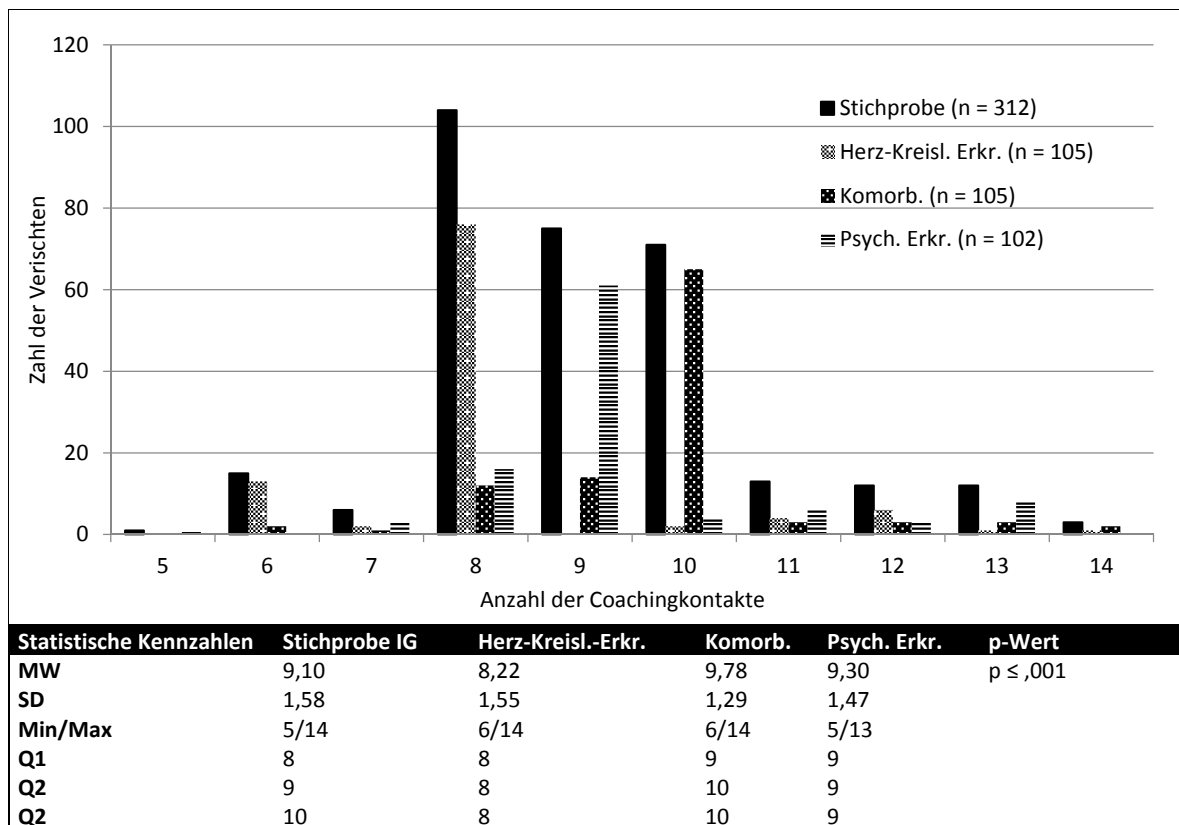


Abbildung 14: Häufigkeitsverteilung und statistische Kennzahlen der Anzahl der Coachingkontakte (eigene Berechnung und Darstellung)

Die Kontakthäufigkeit variiert zwischen den VMP: Bei Herz-Kreislauf-Erkrankten lassen sich überwiegend acht Kontakte, bei psychisch Erkrankten mehrheitlich neun Kontakte und bei Teilnehmenden mit Komorbidität meist zehn Kontakte verzeichnen (vgl. Abbildung 14 und Anhang 11). Die Unterschiede der mittleren Kontakthäufigkeit zwischen den VMP sind statistisch signifikant mit großer Effektgröße ($F(2, 311) = 32,475$, $p \leq ,001$, $\eta^2 = 0,174$), allerdings ist die Relevanz der mittleren Unterschiede von ein bis zwei Telefonaten fraglich. Zudem kann eine a priori festgelegte Kontaktzahl je VMP zu den Unterschieden geführt haben. Die Unterschiede können also aus krankheitsspezifischen Bedarfen und

Bedürfnissen der Teilnehmenden oder aus der geplanten Anzahl resultieren. Es ist anzunehmen, dass die Unterschiede in der VMP-spezifischen Konzeption der Intervention zu suchen sind und damit einer vorab festgelegten „Verzerrung“ entsprechen.

Durchschnittliche Gesprächszeit der Coachingtelefonate

Die durchschnittliche Gesprächsdauer betrug knapp 12 Minuten ($\bar{x} = 11:56 \text{ min} \pm 04:38$, $\tilde{x} = 10:55 \text{ min}$). Die meisten Coachingtelefonate hatten eine Länge von ca. acht bis 15 Minuten (vgl. Abbildung 15). 47,1 % der Gespräche dauerten bis zu zehn Minuten, knapp ein Drittel hat zehn bis 15 Minuten mit dem Gesundheitscoach telefoniert und ein Viertel hat länger als 15 minütige Coachings erhalten. Insgesamt ist die Streuung der Gesprächsdauer im Verhältnis zum Mittelwert als eher breit einzuschätzen.

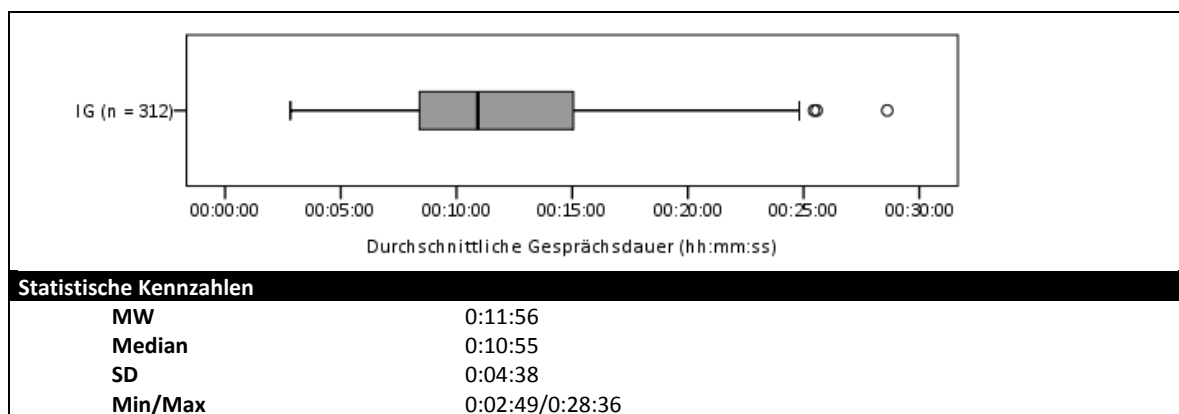


Abbildung 15: Werteverteilung der durchschnittlichen Dauer der Coachinggespräche in der IG und differenziert nach VMP (N = 312; Legende des Box-Plots: o – Ausreißer; eigene Berechnung und Darstellung)

Herz-Kreislauf-Erkrankte führten etwas kürzere Gespräche mit durchschnittlich knapp 11 Minuten ($\bar{x} = 10:48 \text{ Min}$), während Versicherte des Programms für Komorbidität im Mittel die längsten Gespräche führten ($\bar{x} = 12:45 \text{ Min}$). Für psychisch Erkrankte beträgt der mittlere Dauer der Coachingtelefonate $\bar{x} = 12:15 \text{ Minuten}$ (vgl. Anhang 13). Die mittlere Gesprächsdauer zwischen den VMP ist signifikant unterschiedlich mit kleiner Effektgröße ($F(2, 309) = 5,190$, $p = ,006$, $\eta^2 = 0,032$; vgl. Anhang 12), die Relevanz des geringen Unterschieds von maximal knapp zwei Minuten ist fraglich.

Die Daten legen die Vermutung nahe, dass der Beratungsbedarf heterogen verteilt und krankheitsspezifisch ist²⁰. Die Gruppe der Herz-Kreislauf-Erkrankten hat die geringste mittlere Kontakthäufigkeit ($\bar{x} = 8$) und mittlere Gesprächsdauer ($\bar{x} = 10:48 \text{ min}$), während die Versicherten des VMP Komorbidität die höchste mittlere Kontakthäufigkeit ($\bar{x} = 10$) und längste mittlere Coachingdauer ($\bar{x} = 12:45 \text{ Minuten}$) haben. Das VMP für psychische Erkrankte liegt dazwischen (mittlere Kontakthäufigkeit $\bar{x} = 9$, mittlere Gesprächsdauer $\bar{x} = 12:15$).

5.2 Subjektive Bewertung der Intervention durch die Teilnehmenden

Die Bewertung der Intervention aus Perspektive der Teilnehmenden basiert auf einer quantitativen Zufriedenheitsbefragung (5.2) und qualitativen, leitfadengestützten Interviews zur subjektiven Nutzenwahrnehmung des Programms (5.3).

²⁰ Obwohl die Kontakthäufigkeit vor der Intervention festgelegt wird, orientiert sie sich am Bedarf der Teilnehmenden.

5.2.1 Zufriedenheitsbefragung

Zufriedenheit mit der Programmdauer

Über drei Viertel der Teilnehmenden (76,5 %) bewerten die Dauer des Programms als „genau richtig“. Als „zu kurz“ oder „viel zu kurz“ schätzen es 15,8 % ein, wohingegen 7,8 % das Programm für „zu lang“ oder „viel zu lang“ halten (vgl. Tabelle 16). Eine Differenzierung nach VMP zeigt, dass vorwiegend Teilnehmende mit HKE die Programmdauer als passend bewerten. Teilnehmende mit psychischen Erkrankungen wünschen sich tendenziell eine längere Programmdauer als die Teilnehmenden der beiden anderen VMP. Fast ein Viertel dieser Gruppe bewertet sie als zu kurz (23,5 %), 11,8 % schätzen sie als zu lang ein und knapp zwei Drittel bewerten sie als „genau richtig“. Etwa 16,3 % der Versicherten mit Komorbidität bewertet die Dauer der Intervention als zu kurz und 6,8 % schätzen sie als zu lang ein (vgl. Anhang 14).

Tabelle 16: Häufigkeitsverteilung der Bewertung der Programmdauer (n = 311, n fehlend = 1; eigene Berechnung und Darstellung)

	viel zu lang	zu lang	genau richtig	zu kurz	viel zu kurz
n	3	21	238	41	8
%	1,0 %	6,8 %	76,5 %	13,2 %	2,6 %

Kontakthäufigkeit mit dem Gesundheitscoach

Die Häufigkeit der telefonischen Kontakte mit ihrem Coach wird von den Befragten überwiegend als "genau richtig" empfunden (85,5 %). Nur wenige wünschen sich etwas mehr Gespräche (10,9 %) (vgl. Tabelle 17). Zusätzliche Kontakte wünschen sich am häufigsten Teilnehmende aus der Gruppe der psychisch Erkrankten (14,7 %), ebenso wie eine längere Programmdauer (n. s.).

Tabelle 17: Häufigkeitsverteilung der Bewertung der Kontakthäufigkeit mit dem Gesundheitscoach (n = 311, n fehlend = 1; eigene Berechnung und Darstellung)

	viel zu wenig	zu wenig	genau richtig	zu häufig	viel zu häufig
n	4	30	266	10	1
%	1,3 %	9,6 %	85,5 %	3,2 %	0,3 %

Subjektiver Alltagsnutzen

Den subjektiven Nutzen des Programms für ihren Alltag („Wie hilfreich war die Teilnahme am Patientenbegleitprogramm Weitblick in Ihrem alltäglichen Leben für Sie?“) bewerten mehr als zwei Drittel der Befragten positiv („sehr hilfreich“ und „hilfreich“). Knapp ein Viertel bewertet das Programm als „teils-teils“ hilfreich (23,9 %) und lediglich 7,8 % schätzen das Programm im Alltag als „nicht hilfreich“ ein (negativ) (vgl. Abbildung 16).

Bewertungsaspekte zur Zufriedenheit mit dem telefonischen Gesundheitscoaching

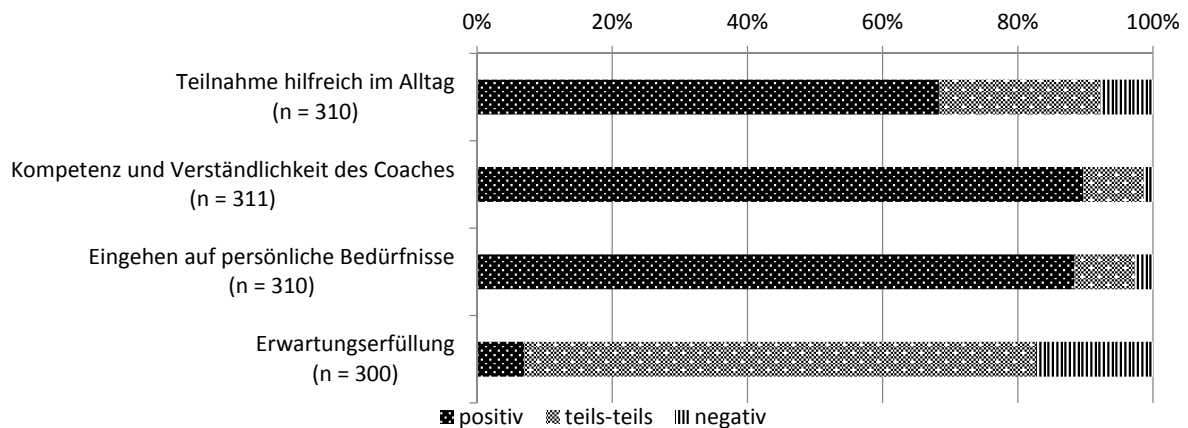


Abbildung 16: Häufigkeitsverteilung der Bewertung von fünf Items der Zufriedenheitsbefragung (zusammengefasste Antwortkategorien, für vollständige Formulierung s. Fragebogen in Anhang 3; eigene Berechnung und Darstellung)

Kompetenz und Verständlichkeit der Coaches

Fast 90 % der Teilnehmenden halten die Coaches für kompetent und betonen, dass sie sich klar und verständlich ausdrücken (vgl. Abbildung 16 und Tabelle 18). In der Tendenz bewerten Versicherte mit Komorbidität die Kompetenz des Coaches sehr positiv (94,2 %), ebenso psychisch Erkrankte (n. s.).

Eingehen auf persönliche Bedürfnisse

Fast 90 % der befragten Versicherten bestätigen, dass ihr Coach auf ihre persönlichen Bedürfnisse eingegangen ist. Nur 9 % schätzen dies mit „teils-teils“ ein und lediglich 2,6 % der Versicherten geben an, dass der Coach dies nicht getan hat (vgl. Abbildung 16 und Tabelle 18). Im Vergleich sehen Versicherte mit Komorbidität ihre persönlichen Bedürfnisse etwas häufiger berücksichtigt (90,4 %) als Befragte mit HKE (88,5 %) und psychischen Erkrankungen (86,3 %) (n. s.).

Tabelle 18: Häufigkeitsverteilung der Bewertung von Zufriedenheitsdimensionen mit den Gesundheitscoaches (eigene Berechnung und Darstellung)

Zufriedenheitsdimensionen		stimme voll zu	stimme zu	teils-teils	stimme eher nicht zu	stimme gar nicht zu
Kompetenz und Verständlichkeit (n = 311)	n	170	109	28	3	1
	%	54,7 %	35,0 %	9,0 %	1,0 %	0,3 %
Eingehen auf persönliche Bedürfnisse (n = 310)	n	157	117	28	7	1
	%	50,6 %	37,7 %	9,0 %	2,3 %	0,3 %

Erwartungserfüllung aus Sicht der Teilnehmenden

Die Ergebnisse auf die Frage, inwieweit das Programm den Erwartungen der Teilnehmenden entspricht, zeigen, dass die Erwartungen von drei Vierteln der Programmteilnehmenden erfüllt und bei 7 % sogar übertroffen wurden. Allerdings geben 17,3 % der Teilnehmenden an, dass sie nicht erfüllt wurden (vgl. Abbildung 16 und Tabelle 19). Für Teilnehmende mit HKE und für psychisch Erkrankte haben sich die Erwartungen überwiegend erfüllt. Immerhin 10 % der Teilnehmenden mit Komorbiditäten berichten, dass ihre Erwartungen sogar übertroffen wurden (n. s.).

Tabelle 19: Häufigkeitsverteilung der Bewertung der subjektiven Erwartungserfüllung (n = 300, n fehlend = 12; eigene Berechnung und Darstellung)

	übertrroffen	erfüllt	nicht erfüllt
n	21	227	52
%	7,0 %	75,7 %	17,3 %

Zufriedenheit mit dem Programm Weitblick insgesamt

Insgesamt ist die Zufriedenheit unter den Teilnehmenden mit einem Anteil von 78 % als hoch zu bewerten. 18,1 % stehen dem Programm neutral gegenüber und lediglich 3,9 % (n = 12) sind unzufrieden (vgl. Abbildung 16 und Tabelle 20).

Tabelle 20: Häufigkeitsverteilung der Bewertung der Programmmzufriedenheit (n = 309, n fehlend = 3; eigene Berechnung und Darstellung)

Zufriedenheitsgrad	n	Anteil in %
sehr zufrieden	82	26,5 %
zufrieden	159	51,5 %
teils-teils	56	18,1 %
unzufrieden	11	3,6 %
sehr unzufrieden	1	0,3 %

Subjektiver Interventionserfolg

Die Bewertung der Intervention durch die Teilnehmenden wird in einer Summenskala ‚subjektiver Interventionserfolg‘ zusammengefasst, die den subjektiv wahrgenommenen Erfolg der Intervention abbildet (vgl. Abschn. 4.4.2.1, S. 93 ff.). In Abbildung 17 sind die standardisierten Werte der Skala dargestellt. Sie liegen zwischen Min = -1,3 und Max = 3,4 mit einer Spannweite von R = 4,7 und einem Mittelwert von etwa $\bar{x} = 0 \pm 0,78$. Je niedriger der Wert, desto höher ist der subjektive Interventionserfolg. Die dargestellten Quartile deuten darauf hin, dass für die Mehrheit der Befragten ein Interventionserfolg besteht. Die breite Verteilung insbesondere im positiven Wertebereich, zeigt aber auch die heterogene Bewertung des Interventionserfolgs. Die Werte des subjektiven Interventionserfolgs weichen zwischen den VMP nur geringfügig voneinander ab (n. s., vgl. Anhang 15).

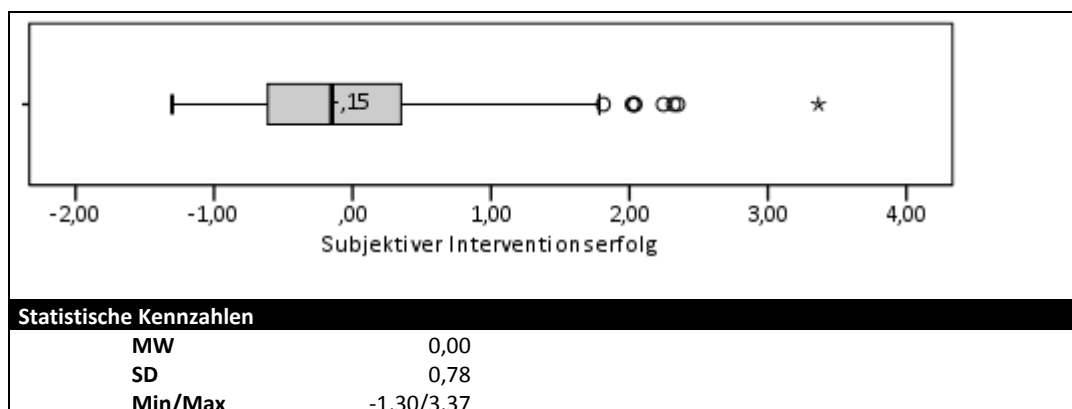


Abbildung 17: Werte- und Verteilung des subjektiven Interventionserfolgs (n = 293; Legende des Box-Plots: * – Extremwerte, o – Ausreißer; eigene Berechnung und Darstellung)

5.2.2 Ergänzende Kommentare von Coachingteilnehmenden

Zur Bewertung des Coachingprogramms wurden Wünsche, Anregungen und Anmerkungen zum Programm erfragt, die im Fragebogen nicht abgedeckt werden konnten und aus Sicht der Teilnehmenden

wichtig erscheinen. Die dargestellten Zitate sind der Dokumentation der Befragung durch die Heimat Krankenkasse entnommen und daher in der dritten Person formuliert. Ausgewertet wurden 169 Antworten nach dem Modell der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2008, 2002; vgl. Abschn. 4.4.4, S. 113 ff.). Sofern Ergebnisse spezifisch für ein einzelnes VMP sind, wird dies benannt. Die Ergebnisdarstellung gliedert sich nach der Reihenfolge des tabellarischen Kategoriensystems (vgl. Tabelle 21; ausführliche Darstellung des Kategoriensystems mit Ankerbeispielen in Anhang 83).

Tabelle 21: Kategoriensystem der qualitativen Inhaltsanalyse zu Anmerkungen von Coachingteilnehmenden (eigene Darstellung)

Hauptkategorien	Unterkategorien
Zufriedenheit mit dem Inhalt	Erwartungen an das Programm
	Kommunikationskanäle
	Leistungen
Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen des Programms	Betreuungspersonen
	Zeitspanne
Nutzen	-

Zufriedenheit mit dem Inhalt

Erwartung an das Programm

Die Zielsetzung des Programms ist einigen Befragten nicht immer bekannt oder klar oder sie haben abweichende Vorstellungen davon. Daher bewerten sie die Informationen, die sie im Beratungsgespräch bekommen haben, als zu allgemein. Einige Teilnehmende ordnen das Programm eher dem Marketingbereich als der gesundheitlichen Versorgung zu.

Kommunikationskanäle

Insgesamt sind die Versicherten mit der Kommunikation am Telefon zufrieden. Einige Versicherte berichten, dass für sie die telefonische Beratung aus persönlichen Gründen nicht optimal ist. Sie empfinden es als schwierig, sich der oder dem Beratenden am Telefon zu öffnen und würden persönliche Gespräche bevorzugen. Alternativ käme auch schriftliche Kommunikation in Frage. Die ergänzende schriftliche Nachbetreuung bewerten sie als sinnvoll, allerdings teils als zu unspezifisch.

Die Teilnehmerin „[...] fand das Programm an sich gut. Hatte Probleme, sich zu öffnen. Sie kann am Telefon mit Fremden schlecht über ihre Probleme sprechen.“ Ein anderer Versicherter findet „[...] telefonische Betreuung nicht optimal, ihm ist persönliche Betreuung wichtiger. Daher hätte er die Beraterin auch gerne persönlich kennen gelernt.“ Ein Befragter fand es schwierig „[...] über das Telefon gesundheitliche Dinge zu besprechen“.

Versicherte vor allem des VMP für psychische Erkrankung berichten, dass Schwierigkeiten mit der telefonischen Erreichbarkeit auftraten. Sie empfanden die Zeitpunkte der Anrufe teils als unpassend oder sie konnten nicht frei Sprechen, weil sich bspw. der Ehepartner in der Nähe aufhielt. Daher wurde der Wunsch formuliert, dass sie selbst den Coach kontaktieren können, wenn der Zeitpunkt günstig ist oder sie Probleme besprechen möchten.

Leistungen

Die Leistungen des Programms werden positiv bewertet. Die emotionale Unterstützung durch Zuhören bzw. Reden und vom Coach aufgefangen zu werden, empfinden einige Teilnehmenden als hilfreich, insbesondere dann, wenn sie sich in akuten Krankheitsphasen befinden. Als Verbesserungsmöglichkeit wird häufig der Wunsch nach konkreteren Informationen bzw. individuell angepassten Empfehlungen,

praktischer Hilfe und alternativen Handlungsmöglichkeiten zum bisherigen Versorgungsgeschehen genannt. Es besteht Bedarf nach stärkerer Berücksichtigung individueller Bedürfnisse. Einzelne Teilnehmende beklagen, dass Therapiemaßnahmen teilweise nur unzureichend besprochen wurden.

Das Programm „[...] hat teilweise etwas gebracht, weil der Versicherte auch schon viel vorher wusste.“ Es „[...] hat ihm sehr geholfen, er fühlte sich gut betreut und hält es für wichtig, dass nach Feststellung der Krankheit weitere Betreuung und Infos vermittelt werden.“ Einer Teilnehmerin „[...] wurden stets hilfreiche Tipps gegeben.“ Eine andere Versicherte äußert, dass das „[...] Programm individueller auf die Erkrankung des Patienten abgestimmt sein sollte.“ Der Teilnehmer war „[...] vom Tai Chi Kurs enttäuscht. [...] Er sucht jetzt Entspannung beim Rad fahren oder Handwerken mit Holz.“ Eine Teilnehmerin erklärt, „[...]“, dass ihre Gesundheitsberaterin ihr nicht wirklich helfen konnte. Ihre Haupterkrankung ist Parkinson.“

Zudem wird wiederholt der Wunsch nach leistungsrechtlichen Informationen geäußert. Diese sollen aus Sicht einiger Befragter mit der Beratung des Programms enger verknüpft sein, um gesundheitsfördernde oder präventive Angebote zu empfehlen, die von der Krankenkasse bezuschusst werden.

Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen des Programms

Betreuungsperson

Die Kompetenz der Gesundheitscoaches und die Atmosphäre in den Coachinggesprächen werden von den Befragten als sehr positiv beschrieben. Die Coaches seien „nett“ und „persönlich“. Vereinzelt wird fehlende Empathie kritisiert. Ein Versicherter empfand den Wechsel des Coaches während der Programmlaufzeit als störend. Einigen Versicherten fehlen eine ausreichende Tiefe der Gespräche und konkrete Tipps. Andere empfinden die Zeit für Gespräche als ausreichend. Einzelne Versicherte wünschten sich von den Coaches noch mehr „kontrolliert“ zu werden, um die gesteckten Ziele zu erreichen.

Der Versicherte „[...] wünscht sich, mehr in die Tiefe zu gehen. Er fand sich nicht individuell betreut.“ Eine andere Versicherte hingegen hat es besonders gefreut, „[...] dass sich die Beraterin viel Zeit für sie genommen hat.“

Wiederholt äußerten die Befragten, dass sie sich noch mehr Kompetenzen und Wissen von Fachpersonal wie Ärztinnen und Ärzten wünschen würden. Der Wunsch nach Fachkompetenz bzw. Spezialisierung der Coaches, vor allem in Bezug auf das entsprechende Krankheitsbild und die Medikamenteneinnahme, wird geäußert. Auch einen fachlichen Austausch des Coaches mit und die Einbindung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte in das Programm können sich einige Befragte vorstellen. Die Befragten schätzen an dem Programm die Möglichkeit des Austauschs sowie die Begleitung im Hintergrund, die für eine Versicherte beruhigend war. Überwiegend gelang es den Gesprächspartnern Vertrauen aufzubauen.

„Es hat ihn gefreut, sich zu unterhalten“. Einer Teilnehmerin hat es geholfen „[...] ihre Probleme jemandem mitteilen zu können. [...]“ Eine andere berichtet „[...] gerade das Gefühl, da ist jemand“, tat ihr gut. [...]“

Zeitspanne

Sehr häufig wird eine längere Programmdauer bzw. eine fortlaufende Begleitung gewünscht, vorgeschlagen wird bspw. für psychische Erkrankte eine Dauer von mindestens zwei Jahren. Die Frequenz der Kontakte wird heterogen bewertet. Nach Einschätzung einiger Teilnehmenden könne diese erhöht werden, insbesondere zu Programmbeginn. Andere Versicherte empfinden wiederum die Kontakte gerade zu Beginn der Begleitung als zu häufig.

Eine Versicherte sagt, „[...] dass sie [die Beraterin] gerne öfter hätte anrufen können.“ Oder: „Die Anrufabstände sollten verkürzt werden, z. B. auf alle 14 Tage“. Die Versicherten wünschen sich, „dass Häufigkeiten verdoppelt werden“. Weiterhin fand eine Versicherte, „[...] dass zum Ende des Programms die Gespräche zu weit auseinander lagen. Sie hätte sich mehr Gespräche gewünscht.“

Nutzen des Programms

Das Programm wird als hilfreich und lehrreich bewertet, eine Fortführung bzw. Wiederholung wird gewünscht. Nur wenige Versicherte konkretisieren jedoch, worin genau der Nutzen der Intervention bestand. Wenige Teilnehmende erfahren nur einen geringen oder gar keinen Nutzen. Erklärungen hierfür liegen entweder in sehr individuellen und speziellen Fragestellungen der Versicherten, die möglicherweise im Rahmen des Programms nicht ausreichend geklärt werden konnten, oder darin, dass ein telefonisches Coaching für sie persönlich nicht geeignet scheint. Auch Erkrankte, die sich als bereits gut informiert zeigen oder medizinisch gut betreut scheinen, berichten eher von einem geringeren Nutzen. Das Angebot selbst wird dennoch als positiv bewertet. Einzelne Befragte geben an, sich derzeit nicht krank zu fühlen, so dass sie keine Informationen über ihre Krankheit oder zum Umgang damit benötigen. Insbesondere aus Sicht der Befragten mit psychischen Erkrankungen wird das Programm als hilfreich und unterstützend bewertet. Der Nutzen betrifft den Gesprächsbedarf der Teilnehmenden. Einige Befragte verdeutlichen ihren direkt erfahrenen Programmnutzen: Sie bezeichnen die Begleitung durch den Gesundheitscoach als „Lebenselixier“ in einer akut depressiven Phase oder beschreiben Erfolge, wie z. B. den „Burn-out überwunden“ zu haben.

5.2.3 Zentrale Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung (Zusammenfassung)

Die Mehrheit der Teilnehmenden (73,8 %) ist mit der Intervention zufrieden und nimmt einen mittleren bis hohen subjektiven Interventionserfolg (Summenskala) wahr.

- Über ¼ der Teilnehmenden (76,5 %) bewerten die Dauer des Programms als „genau richtig“.
- Die Kontakthäufigkeit mit den Coaches wird überwiegend als „genau richtig“ empfunden (85,5 %).
- Den subjektiven Nutzen des Programms für ihren Alltag bewerten mehr als ⅔ der Befragten positiv („sehr hilfreich“ und „hilfreich“). Knapp ¼ bewertet das Programm als „teils-teils“ hilfreich (23,9 %) und lediglich 7,8 % schätzen das Programm im Alltag als „nicht hilfreich“ ein (negativ).
- Fast 90 % der Teilnehmenden halten die Coaches für kompetent und betonen, dass sie sich klar und verständlich ausdrücken.
- Fast 90 % der befragten Versicherten bestätigen, dass ihr Coach auf ihre persönlichen Bedürfnisse eingegangen ist.
- Die Erwartungen an das Programm wurden von ¼ der Teilnehmenden erfüllt, bei 7 % übertroffen und bei 17,3 % nicht erfüllt
- Insgesamt ist die Zufriedenheit unter 78 % der Teilnehmenden als hoch zu bewerten.

Die tendenziell heterogene Einschätzung von Alltagsnutzen und Erwartungserfüllung weisen darauf hin, dass die Maßnahme möglicherweise nicht für alle so zufriedenstellend oder geeignet ist bzw. Optimierungspotenzial bietet oder teils anders verstanden wurde als sie umgesetzt wurde.

Die ergänzenden qualitativen Daten bestätigen einerseits, dass die Versicherten das Angebot als überwiegend positiv und hilfreich bewerten, der Vertrauensaufbau zum Coach ist grundsätzlich gelungen. Andererseits schlagen sie Maßnahmen zur Verbesserung und Anpassung des Programms vor: Erhöhung der Individualität der Beratung und typgerechte Begleitung (schriftlich & mündlich, persönlich, Individual- oder Gruppenbegleitung) insbesondere hinsichtlich sehr spezifischer Fragestellungen und

Hilfebedarfe werden gewünscht. Eine flexible Anpassung auf ggf. veränderte Versorgungsbedarfe, einschließlich flexibler Umsetzung des Coachings, z. B. hinsichtlich der Programmdauer, Kontaktfrequenz, Kommunikationskanäle (Internet, schriftlich). Weiterhin werden der Einbezug von behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie die Integration leistungsrechtlicher Auskünfte gewünscht. Ziel muss es sein, dass das Coaching insgesamt einen Mehrwert gegenüber der Regelversorgung hat. Trotz Diskrepanzen hinsichtlich Umsetzung und Erwartungen an das Programm und der beschriebenen Änderungswünsche, sind Zufriedenheit und Akzeptanz der Versicherten mit dem Programm grundsätzlich als hoch zu bewerten. Viele Versicherte wünschen sich dementsprechend eine Wiederholung bzw. Fortführung des Programms und befürworten die Begleitung und Betreuung durch ihre Krankenkasse.

5.3 Nutzenwahrnehmung der Intervention durch die Teilnehmenden (qualitative Teilstudie)

Die zentralen Themen und Aspekte, die aus dem Material herausgefiltert wurden und anhand dessen es thematisch strukturiert und systematisiert wurde, sind im Kategoriensystem widergespiegelt (Tabelle 22). Die Darstellung der Ergebnisse beinhaltet zunächst einen Überblick hierüber sowie die exemplarische Beschreibung einer Kategorie mit ihren Subkategorien (5.3.1). Darauf folgt die Ergebnisbeschreibung (Abschn. 5.3.2).

5.3.1 Kategoriensystem

Aus der Betrachtung der zentralen Inhalte des Kategoriensystems werden sowohl verschiedene Formen von subjektivem Nutzen als auch Bedürfnisse und Maßnahmen zur Krankheitsbewältigung und Gesundheitsversorgung deutlich. Die Relevanz der Kategorien für die Beantwortung der Frage sowie das Spektrum der zentralen Coachinginhalte ist in den thematischen Summaries für jede Hauptkategorie beschrieben (vgl. Anhang 91). Im gesamten Kategoriensystem finden sich im Wesentlichen zwei Aspekte wieder, anhand dieser auch die Ergebnisbeschreibung im folgenden Abschn. 5.3.2 untergliedert ist:

1. Die Hauptkategorie „Wahrnehmung der Intervention Weitblick“ und insbesondere die Subkategorie „Subjektiver Nutzen“ ist von zentraler Bedeutung für eine Annäherung an die Beantwortung der Fragestellung. Anhand dieser Daten wird deutlich, welchen Nutzen Weitblick haben kann, d. h. ob und inwiefern Krankheitsbewältigung und Gesundheitsversorgung durch das Programm aus Sicht der Befragten unterstützt wurden.
2. Zur Identifikation von subjektiven Bedürfnissen und Problemen der Befragten für Krankheitsbewältigung und Gesundheitsversorgung werden die Daten aus weiteren Kategorien (Gesundheitsberatung, -information, -wissen, -verhalten und -versorgung) hinzugezogen. Ihre Analyse hilft diejenigen Verhaltensweisen, Maßnahmen und Bedürfnisse zu identifizieren, die aus Sicht der Befragten eine zentrale Rolle für die Krankheitsbewältigung und Gesundheitsversorgung spielen. Unterstützungsbedarfe betreffen die Bereiche Information, Beratung und Aufklärung zu medizinischen Themen, Leistungsrecht, Behandlungsmöglichkeiten, Krankheitsbewältigung sowie Orientierung im Gesundheitswesen. Umfang, Art, Ausprägung und Anwendung werden nachfolgend in der Ergebnisbeschreibung berichtet.

Tabelle 22: Kategoriensystem der qualitativen Teilstudie zur Nutzenwahrnehmung der Teilnehmenden (eigene Darstellung)

Hauptkategorie	Subkategorie
Erkrankungen/Diagnosen und Medikation	Herz-Kreislauf-Erkrankungen
	Risikofaktoren und Komorbidität
	Bewegungsapparat
	Medikation
	Gesundheitseinschätzung durch Dritte (Angehörige, Interviewerin)
	Weitere
Gesundheitsberatung	Anbieter
	Bedarf und Interesse
	Präferenzen der Beratungsform
	Qualifikation
	Themenbereiche
Bedürfnis nach Gesundheitsinformationen	Themenbereiche
	Umfang und Motivlage
	Quellen und Zugang
	Recherchestrategien
Offengelegtes Gesundheitswissen	Themenbereiche
	Umfang
Gesundheitsbezogenes Verhalten	Lebensstil
	Umgang mit (akuten) Krankheitssituationen
	Compliance
	Bewältigung von Krankheit und Belastungen
	Vorsorge, Prävention und Gesundheitsförderung
Bewertung der Gesundheitsversorgung	Gesundheitssystem
	Alternative Medizin
	Aufgaben von Ärztin, Arzt, und Patientin und Patient
	Orientierung im Gesundheitssystem
	Kriterien für die Wahl von Leistungserbringenden
Wahrnehmung der Intervention Weitblick	Durchführung/Organisation
	Bewertung
	Motivlage für Teilnahme
	Subjektiver Nutzen
	Coachingthemen
	Zielvereinbarungen

Exemplarisch wird die Hauptkategorie „Wahrnehmung der Intervention Weitblick“ mit Definitionen der einzelnen Kategorien (Haupt- und Subkategorien), Ein- und Ausschlusskriterien und Ankerbeispielen dargestellt. Die vollständige Beschreibung des gesamten Kategoriensystems befindet sich in Anhang 83.

Hauptkategorie „Wahrnehmung der Intervention Weitblick“

In der Kategorie „Wahrnehmung der Intervention Weitblick“ sind alle Daten zur subjektiven Wahrnehmung der Intervention und dessen Nutzen aus Sicht der Befragten kategorisiert.

*Ankerbeispiel: „Das hat sie [die Gesundheitsberaterin, Anmerkung der Verfasserin (Anmerkung der Verfasserin (Anm. d. Verf.))] einem auch vermittelt, dass man sich kümmert. Man kann nicht immer alles so hinnehmen. Man muss sich heute sehr viel selbst kümmern. Man ist nicht immer nur auf die anderen angewiesen, man muss schon ein bisschen selbst für seine Gesundheit tun.“
IP 6. Abs. 148*

Zur Strukturierung der Daten sind Subkategorien gebildet worden (vgl. Tabelle 23). Die Kategorie beinhaltet keine Daten dazu, wie die Befragten Weitblick als Leistung ihrer Krankenkassen bewerten, da dies nicht Gegenstand der Fragestellung ist.

Tabelle 23: Definition von Subkategorien zur „Wahrnehmung der Intervention Weitblick“ (eigene Darstellung)

Subkategorien zur „Wahrnehmung der Intervention Weitblick“	Definition	Beispiele für genannte Aspekte	Ankerbeispiel
Durchführung und Organisation	Beinhaltet Informationen zur Umsetzung des Coachings, einschließlich der Probleme und Verbesserungsmöglichkeiten aus Sicht der Teilnehmenden	Einschreibungsprozess für Teilnahme, Gesprächszeit, -häufigkeit, -dauer, (Probleme der) Umsetzung des Programms, Verwendung der Coaching-Hilfsmittel (Schrittzähler und Briefe)	<i>IP: „Die [Gesundheitsberaterin, Anm. d. Verf.] hat gefragt, wie es [geht]... Die schreiben sich das ja auf. Und fragen dann das nächste Mal was da war, ob was anderes, ...“ IP-Ehefrau: „Das nächste Mal was man so gemacht hat und dann unterhält man sich über dieses Thema. Und was man vielleicht noch anders machen kann, besser machen kann.“ IP 3, IP 3-Ehefrau, Abs. 166-167</i>
Bewertung	Allgemeine Bewertungen der Intervention aus Sicht der Teilnehmenden, Daten zum subjektiven Nutzen sind separat erfasst (s. u.)	Programmidee, Beziehung zum Coach (Vertrauen, Empathie), Erwartungshaltung, Dauer des Programms, Alltagsbezug, Interesse/Bereitschaft zur Wiederholung, Zufriedenheit	<i>„Ne, das hat die [Gesundheitsberaterin, Anm. d. Verf.] eigentlich alles ganz gut hingekriegt. Sie ist auf mich eingegangen, was ich hatte und so. Das wollte sie wissen. Und ob sie was tun könnte. Und was sie versprochen hat, hat sie auch getan. Und das war eigentlich ganz gut.“ IP 2, Abs. 184</i>
Motivlage für Teilnahme	Motive und Gründe der Befragten, warum sie sich für eine Teilnahme am Programm Weitblick entschieden haben	Teilnahme birgt kein Risiko, Verbesserung gesundheitlicher Probleme, gesundheitsbezogener Informations- und Beratungsbedarf, Motivation durch Angehörige	<i>„Dann habe ich gedacht, weil es auch gerade wegen dem seelischen Gleichgewicht und ich ja jetzt auch in dieser Krise war: ‚Ja gut, warum nicht? Man kann es ja mal probieren.‘ Und es stand ja auch dabei, wenn es einem nicht zusagt, man kann ja wieder rausgehen. Ich denke, ein Risiko gehst du ja nicht ein, ich sehe dann ja wie es ist.“ IP 4, Abs. 114-115</i>

Subjektiver Nutzen	Umfasst den subjektiven Nutzen des Programms aus Sicht der Teilnehmenden in Bezug auf ihre Gesundheit und Gesundheitsversorgung (beinhaltet keine allgemeine Bewertung des Programms insgesamt, dazu s. o.)	„Kümmerer“ im Hintergrund, Lernen Fragen zu stellen und kritisch zu sein, Eigenverantwortung stärken, Bestätigung und Bestärkung das "Richtige" für die Gesundheit zu tun, Ratschläge, Beratung, Aufklärung, Unterstützung der Alltagsbewältigung, Förderung von Kondition und Mobilität, Problemorientierung	„Und dann war mein Blutdruck nicht in Ordnung. Und da sagte sie auch, ‚Gehen Sie nochmal zum Arzt, lassen Sie sich anders einstellen.‘ Und, und, und. Und das hab ich dann auch gemacht, weil der Blutdruck wirklich zu hoch war. Jetzt ist das im optimalen Bereich.“ IP 3-Ehefrau, Abs. 172
Coachingthemen	Gesundheitsbezogene Themen, die im Rahmen des Coachings behandelt wurden, unabhängig davon ob ein Zusammenhang mit einer HKE besteht oder nicht	Allgemeines Befinden/subjektive Gesundheit und Verlauf, Behandlungen und Erkrankungen, Ursachen von Erkrankungen, psychische Gesundheit/seelische Belastungen, Ernährung, Bewegung, Sport, Medikation	„Und das ging immer auf Bewegung, auf Sport und solche Sachen. Das war der Schwerpunkt.“ IP 5, Abs. 86
Zielvereinbarungen	Umfasst die gesundheitsbezogenen Zielvereinbarungen, die die Teilnehmenden im Verlauf des Programms mit den Coaches getroffen haben, wie sie diese bewerten und wie sie das Erreichen der Ziele einschätzen	Vorhandensein bzw. Wahrnehmung von Zielvereinbarungen durch die Teilnehmenden, Erreichen von Zielen, thematische Bereiche (Ernährung/Gewicht, Laufen, Medikation), Identifikation von Hindernissen für die Zielerreichung, Einschätzung der Relevanz der Zielvereinbarung für sich selbst und die eigene Gesundheit	„Es ging ja um Bewegung. Ich bekam einen Schrittzähler, das fand ich auch ganz toll. Da kann ich ja nun leider nicht viel mit dienen. Aber die hat mich ja nun auch länger begleitet und dann habe ich angefangen, so langsam Schritte zu gehen.“ IP 6, Abs. 135

5.3.2 Deskription der Ergebnisse

5.3.2.1 Subjektiver Nutzen des Coachingprogramms Weitblick aus Sicht der Teilnehmenden

Die allgemeine Wahrnehmung des Programms Weitblick durch die IP ist zwar heterogen aber gleichzeitig überwiegend positiv.

„Ne, das hat die [Gesundheitsberaterin, Anm. d. Verf.] eigentlich alles ganz gut hingekriegt. Sie ist auf mich eingegangen, was ich hatte und so. Das wollte sie wissen. Und ob sie was tun könnte. Und was sie versprochen hat, hat sie auch getan. Und das war eigentlich ganz gut.“ IP 2, Abs. 184

Einige differenzieren zwischen der grundsätzlichen Idee dieser Maßnahme und ihrem subjektiven Nutzen, an der Intervention teilgenommen zu haben.

Als Nutzen des Programms heben die Befragten folgende Aspekte hervor:

- Zu wissen, dass ein „Kümmerer“ im Hintergrund ist, der die medizinische Versorgung begleitet und bei Unsicherheit oder Fragen die Versorgung und die Bewältigung des Gesundheitsproblems unterstützt.

„Und das war jetzt für mich eine Beruhigung wenn ich dann wüsste, aha, da ist jemand, dann kann ich ihr die Frage stellen und die kann sie mir dann vielleicht beantworten.“ IP 4, Abs. 61

- Die Würdigung von bereits bestehendem gesundheitsförderlichem Verhalten der Teilnehmenden durch den Coach und die Bestätigung und Bestärkung weiterhin das „Richtige“ für die Gesundheit zu tun.

„Es hat mich eigentlich bestätigt, dass ich das vorher schon gut gemacht habe [...], bevor ich bei dem Programm mitgemacht habe. [...] Aber die fand das ganz gut, was ich mache und ich soll das so weitermachen.“ IP 6, Abs. 159-161

- Ratschläge, neue Informationen, ausführliche Beratung und Aufklärung (z. B. zu neuen, alternativen Behandlungen und Diagnostiken) wurden nicht nur als Wissenserweiterung positiv wahrgenommen, sondern auch als Hilfe und Unterstützung zum Umgang mit der Krankheit und für die gesundheitliche Versorgung bewertet.

„Also die hat mir schon Tipps gegeben und das hat mir ganz gut geholfen. Weil da wäre ich auch selbst nicht drauf gekommen. Ich wusste ja gar nicht, dass es das gibt.“ IP 6, Abs. 138

- Ermutigung durch den Coach, die eigene medizinische Versorgung selbst in die Hand zu nehmen, mitzugestalten und Leistungen einzufordern.

„Das hat sie einem auch vermittelt, dass man sich kümmert. Man kann nicht immer alles so hinnehmen. Man muss sich heute sehr viel selbst kümmern. Man ist nicht immer nur auf die anderen angewiesen, man muss schon ein bisschen selbst für seine Gesundheit tun.“ IP 6, Abs. 148

- Sie konnten „gute Gespräche“ mit dem Coach führen, der ihnen Verständnis und Empathie entgegen brachte. Das „Reden“ hat den Umgang mit und Bewältigung der Gesundheitsprobleme und Krankheiten unterstützt.

„[...] Und unabhängig von einem Arzt, der ohnehin nicht so viel Zeit hat, wusste ich hier, dass ich in Ruhe mit ihr darüber sprechen konnte. Und sie gibt mir die Auskunft, die ich brauche und was für mich wichtig ist. Das war beruhigend für mich, unheimlich beruhigend.“ IP 4, Abs. 124

Vielen Befragten fällt es schwer einen konkreten subjektiven Nutzen des Coachings oder konkrete Veränderungen des Gesundheitsverhaltens zu benennen. Dennoch kann aus den latenten Inhalten geschlossen werden, dass es subjektiven Nutzen gab, auch wenn dieser von den Teilnehmenden nicht konkret formuliert oder mit der Intervention in Zusammenhang gebracht wurde. So konnten zwei Teilnehmende Verbesserungen in der Bewältigung der Alltagsanforderungen erreichen, indem sie ihre Kondition und Mobilität durch Bewegungssteigerung im Alltag verbessert haben. Hierzu hatte die Gesundheitsberaterin ermutigt.

„Ich kann noch nicht schnell laufen, aber ich kann laufen. 30:18 [...] Es geht nicht um Geschwindigkeit. [...]“ IP 2, Abs. 168

„Aber die hat mich ja nun auch länger begleitet und dann habe ich angefangen, so langsam Schritte zu gehen.“ IP 6, Abs. 135

Weiterhin zeigt das Beispiel eines IP, wie das Coaching Mitwirkung und Eigenverantwortung der Versicherten für ihre medizinische Versorgung stärkt. Auf Anregung des Coaches hat er seine Partizipation und Nutzerrolle gestärkt, nämlich a) durch das Nachfragen von Untersuchungswerten und deren Interpretation beim Arztbesuch, um sie zu verstehen und für sich zu bewerten, und b) eine kritische Haltung gegenüber Leistungserbringenden einzunehmen und dies in Form von Kritik oder Fragen zum Ausdruck zu bringen, sowie c) durch die Bestärkung Präventionsleistungen weiterhin in Anspruch zu nehmen und gesundheitsförderliches Verhalten beizubehalten. Trotz des von ihm beschriebenen Nutzens, scheint er selbst diesen nicht als solchen wahrzunehmen oder nicht mit der Intervention in Verbindung zu bringen.

„[...] Oder Sie hat dann gefragt ‚Wann müssen Sie wieder hin zu dem Kardiologen.‘ Und ‚Wie geht’s denn da.‘ ‚Wie waren die Werte?‘ Hier auf diesem Tretding [gemeint ist ein Ergometer,

Anm. d. Verf.]. [...] Und bei den ersten Malen, hab ich auch nicht gefragt, ich weiß auch nicht warum. Aber beim letzten Mal hab ich gefragt. ‚Wo bin ich denn da jetzt überhaupt? Was ist denn das überhaupt?‘ ‚Wir haben jetzt Schluss gemacht bei 182.‘ Und ich sage ‚Ja und wie ist das?‘ ‚Das ist ein super Wert.‘ Wenn ich dann mal so von anderen Leuten höre, die dann bei 140 Schluss machen. Aber gut dann ist der Luftmangel auch denn da.“ IP 3, Abs. 212-213

„Wenn ich da mit dran sitze [gemeint ist eine Beteiligung an Planung und Organisation der Behandlung], ich lasse keine Ruhe. Das geht mir gegen den Strich. Das kann nicht sein. Ich denke, der größte Fehler ist bei den Leuten, dass die einfach nicht weiter fragen. Dem Arzt sagen, ‚ich habe dieses oder jenes, machen Sie was.““ IP 3, Abs. 37

„Wenn ich jetzt sage, es hat mir nichts gebracht, das stimmt nicht. Sie hat eben das bestätigt, was ich gemacht habe. Das sie gesagt hat, ‚Das ist prima, das machen Sie mal. Und das finde ich in Ordnung. Treiben Sie weiter Sport oder so.““ IP 3, Abs. 210

Insgesamt kann der Nutzen also in der Unterstützung von Gesundheitsversorgung und Krankheitsbewältigung für die teilnehmenden Versicherten liegen, auch wenn der IP diesen Bezug nicht formulieren kann.

Andere IP nahmen keinen Nutzen des Gesundheitscoachings wahr, auch wenn sie die Idee des Programms grundsätzlich positiv bewerteten. Sie lieferten eigene Erklärungsansätze: Aus ihrer Sicht erhielten sie keine neuen Informationen („Das meiste wusste ich schon.“, IP 1, Abs. 100) und das gesundheitsbezogene Verhalten und ihre subjektive Gesundheit waren nur sehr gering verändert. Das Coaching war nicht ausreichend an ihren gesundheitlichen Problemen und Bedürfnissen zur Unterstützung der Versorgung und Krankheitsbewältigung orientiert. So standen bspw. andere Gesundheitsprobleme als die Weitblick-Indikation HKE im Vordergrund, wie bspw. Schlafprobleme, Hüft-Endoprothese, Diabetes, Prostatavergrößerung, Augenerkrankung, Knöchelbruch, Arthrose oder Folgen von Fehlern oder Komplikationen operativer Eingriffe (vgl. Anhang 83 und Anhang 91). Diese sind teils schwer oder gar nicht mit Gesundheitscoaching zu beeinflussen.

„Und das ging immer auf Bewegung, auf Sport und solche Sachen. Das war der Schwerpunkt. Das betraf aber ja bis zum Juni meine Probleme überhaupt nicht. [...] Ich hatte andere Probleme.“ IP 5, Abs. 85-91

Eine geringe Nutzenwahrnehmung scheint auch mit nicht erfüllten Erwartungen an das Programm zusammenzuhängen und führte so zu dessen eher negativen Bewertung. IP 7 hatte vom Programm eine Lotsenfunktion erwartet, die die Orientierung im Gesundheitssystem für eine adäquate Versorgung erleichtert oder Informationen über Neuigkeiten und Innovationen zur Behandlung und Minderung des Leidensdrucks bringen würden. Diese Erwartungen waren aus Sicht der Befragten nicht erfüllt, und führten folglich zur geringen subjektiven Nutzenwahrnehmung bis hin zu Unzufriedenheit. Konkrete Gründe oder Verbesserungsmöglichkeiten wurden kaum genannt.

5.3.2.2 Bedürfnisse und Probleme der Krankheitsbewältigung und Gesundheitsversorgung aus Sicht der Teilnehmenden

Für Krankheitsbewältigung und Gesundheitsversorgung beschreiben die IP ein breites Spektrum von Problemen und Bedürfnissen. Diese Schwierigkeiten liegen zum einen im unbefriedigten Informations- und Beratungsbedarf und zum anderen in der Orientierung im Gesundheitssystem. Im Fokus des Interesses an Gesundheitsinformationen stehen krankheitsbezogene Informationen (z. B. richtige Einnahme der Medikation und Umgang mit Risiken, Ernährung, medizinische Beratung zu krankheitsbezogenen Fragen, Behandlungsmöglichkeiten einschließlich alternativer oder neuer Verfahren). Der Bedarf erstreckt sich nicht auf das gesamte Krankheitsspektrum einer Person, sondern deren Interesse

und Recherche scheinen gesundheitsbezogenen Problemen bzw. der gesundheitlichen Fragestellungen zu folgen. So haben einige Befragte ein hohes Interesse an Gesundheitsinformationen zu medizinischen Themen, Behandlungsmöglichkeiten und Leistungsrecht. IP 6 recherchiert umfassend zu Krankheitsbildern, alternativen Behandlungsmöglichkeiten wie traditioneller chinesischer Medizin (TCM) und nach geeigneten Leistungserbringenden mit besonderer Expertise. Sie möchte detailliert über einen Sachverhalt informiert sein, um sich im Gesundheitssystem zurecht zu finden.

„Aber ich bin ein Mensch, im Zeitalter des Computers kann man ja immer alles gut und schön nachlesen. Und wenn irgendwas war, dann gucke ich auch wirklich liebend gern nach und suche nach Alternativen oder warum das so ist. Ich informiere mich eigentlich immer selbst ganz gut. Wobei alles kann man auch nicht rausbekommen.“ IP 6, Abs. 65

„Und dann habe ich mir eine Meinung vom Arzt eingeholt. Dann habe ich im Internet recherchiert und fand eine Klinik in Hannover. Und in Hamburg war eine. Von Hamburg hatte ich viel Gutes gehört. Dann habe ich mit der Krankenkasse, da waren wir noch [Name einer GKV (anonymisiert)], telefoniert. ‚Nein, das ist sowieso eine Privatklinik, da zahlen sie gar nichts.‘ Wir hätten ja in der Stadt gute Krankenhäuser, wo das auch gut gemacht wird. Ich sagte: ‚Dann verraten Sie mir mal in welche Klinik Sie sich hinlegen würden, wenn Sie sowas hätten? Dann gehe ich da auch hin, wenn Sie da auch hingehen würden.‘ Da fiel dem ja nichts ein. Er hat nichts dazu gesagt. Er sagte: ‚Ich gucke mal nach in unserem Katalog, wer noch woanders zuständig ist, der das macht.‘ Also hier in der Stadt hätte er sich auch nicht hingelegt. Aber die haben ja nun mal gute Ärzte hier. Und dann hat er mir eine in Bochum oder Dortmund vorgeschlagen. Aber das war auch nicht so prickelnd. Und dann hat mir ein anderer Arzt eine Klinik in Hannover vorgeschlagen. Und dann bin ich da hingegangen.“ IP 6, Abs. 111

Andere halten (begrenzte) ärztliche Information für ausreichend oder wollen lediglich eine minimale Aufklärung. Zu viele Informationen verursachen bei Ihnen Angst und Unsicherheit:

„Zusätzliche Informationen machen einen immer nur wuschig. Dann hat man plötzlich alles. Und alles ist ganz schlimm. Das mache ich nicht. Ich recherchiere nicht im Internet, ich lese auch keine Beipackzettel von Medikamenten. Wenn mir der Arzt nicht sagt, ‚Das passt zu dem was du da sonst noch nimmst‘, dann lasse ich es sein. ‚Dann gebe ich dir was anderes.‘ Also wenn man den Beipackzettel von Medikamenten liest, dann denkt man ja auch ‚Um Himmelswillen, am besten gleich in die Tonne.‘“ IP 5, Abs. 69-70

Als Schwierigkeiten in der Gesundheitsversorgung zählen die IP u. a. auf: a) Intransparenz von Patientenströmen und Überleitungen zwischen behandelnden Ärztinnen und Ärzten und Einrichtungen sowie für die Wahl von Leistungserbringenden und b) Intransparenz über Behandlungsmöglichkeiten, alternative Medizin und innovative Verfahren sowie notwendige und sinnvolle kurative und präventive Leistungen. Für die Befragten sind Entscheidungen, Vorgehensweisen und Überleitungen oft nicht nachvollziehbar und die Gründe nicht transparent. Zudem besteht für die Auswahl von Leistungserbringenden, Leistungen und Behandlungsmöglichkeiten die Schwierigkeit nach welchen Kriterien dies erfolgen kann. Der Weiterempfehlung von Leistungserbringenden durch die eigenen Ärztinnen und Ärzte folgen einige der IP zwar, aber oft mit großer Skepsis. Andere wählen selbst Ärztinnen und Ärzte, die als Expertinnen und Experten für die notwendige Behandlung gelten. Als Kriterium für Qualität von Therapien und Behandlungen benennen sie z. B. die Häufigkeit der Behandlungen, die in der Einrichtung durchgeführt werden. Diese Daten können – zumindest für viele Behandlungen in Akutkrankenhäusern – die selbstbestimmte Wahl von Leistungserbringenden unterstützen. Die IP ziehen für die Wahl der Leistungserbringenden weitere Informationen hinzu, z. B. über die Einrichtung und deren Leistungsangebote, Spezialisierungen, Kooperationspartner für Weiterversorgung oder Empfehlungen von ehemaligen Patientinnen und Patienten.

„Es ist ja egal ob das jetzt hier heißt es wäre egal ob sie in dieses oder doch lieber in ein anderes Krankenhaus gehen. Die klären einen nicht auf, dass es woanders auch geht und dass da vielleicht bessere Ärzte. Es ist doch ganz klar, dass z. B. eine Klinik z. B. 800 OPs pro Monat an der Schulter macht als eine Klinik, die nur 50 OPs hat, dass die mit mehr OPs viel mehr Erfahrung hat, als die mit 50. Und dass die Chancen dann für einen besser sind.“ IP 6, Abs. 172

Einige Befragte haben sich auf Grund ihrer Erfahrungen im Versorgungssystem teils umfassende Kenntnisse über Vorgehensweisen und Regelungen bspw. zum Leistungsrecht und zu Bewilligungsverfahren bei gesetzlichen Krankenkassen angeeignet (z. B. Antragstellung für zusätzliche Leistungen, alternative medizinische Leistungen oder Maßnahmen zur Prävention). Damit einher geht der Wunsch nach mehr Information, Aufklärung und Beratung über Leistungsansprüche in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Kritik der Befragten betrifft auch hier die Intransparenz von Verfahren zur Bewilligung von kurativen und präventiven Leistungen. Aus Sicht der Befragten ist die Entscheidung der Krankenkasse über Bewilligung oder Ablehnung von Leistungen nicht immer nachvollziehbar.

„Wo ich jetzt da bin und die Pflege mache, die hat auch so vieles nicht gewusst. Weil es wird einem einfach vieles nicht weitergegeben. Sie ist bei der [Name einer GKV (anonymisiert)] und keiner verrät einem Sachen, die einem eigentlich zustehen oder die Möglichkeiten, die man hat.“ IP 6, Abs. 172

Gesundheits- und krankheitsbezogener Informations- und Beratungsbedarf, Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten und Leistungsrecht sowie Kenntnisse zur Orientierung im Gesundheitssystem sind also Herausforderungen für die Versicherten, wofür sie sich Unterstützung wünschen. Insbesondere, da dies ihre Gesundheitsversorgung und Krankheitsbewältigung fördern würde.

5.4 Subjektive Gesundheit und Lebensqualität von Interventions- und Kontrollgruppe

Die subjektiv empfundene Gesundheit und Lebensqualität ist ein zentraler Parameter zur Einschätzung des Gesundheitszustands. Nachfolgend werden die Ergebnisse der statistischen Analysen zur körperlichen und psychischen Gesundheit (Abschn. 5.4.1 und 5.4.2) sowie die Subskala zum allgemeinen Gesundheitszustand und Frage zur Gesundheitsentwicklung (Abschn. 5.4.3) nach SF-36 Health Survey beschrieben. Auf die Darstellung aller acht Subskalen und Einzelitems wird verzichtet, da die Summenskalen die wesentlichen Ergebnisse adäquat widerspiegeln und damit Redundanzen vermieden werden. Für die Summenscores und Subskala liegen Normwerte für deutsche Vergleichsbevölkerungen vor, mit denen die statistischen Kennzahlen der Studienpopulation verglichen werden können. Die Normwerte der Allgemeinbevölkerung sind differenziert nach Altersgruppen, Geschlecht und Erkrankungen, so dass etwa adäquate Vergleichswerte für die hier betrachtete Gruppe chronisch Erkrankter vorliegen. Es werden Kontingenzanalysen und Mittelwertvergleiche mittels t-Tests durchgeführt (erläutert in Abschn. 4.4.3, S. 109 ff.).

5.4.1 Wahrnehmung physischer Gesundheit

Die sogenannte „Körperliche Summenskala“ (KSK) ist ein Score, der Items zur subjektiven Wahrnehmung physischer Gesundheitsaspekte zusammenfasst. Er besteht aus vier Subskalen zur körperlichen Funktionsfähigkeit, zur körperlichen Rollenfunktion, zu Schmerz und zur allgemeinen Gesundheitswahrnehmung (Bullinger & Kirchberger, 1998). Die KSK umfasst Werte von null bis 100. Je höher der Wert, desto besser ist die Bewertung der Gesundheitsdimension durch die Befragten.

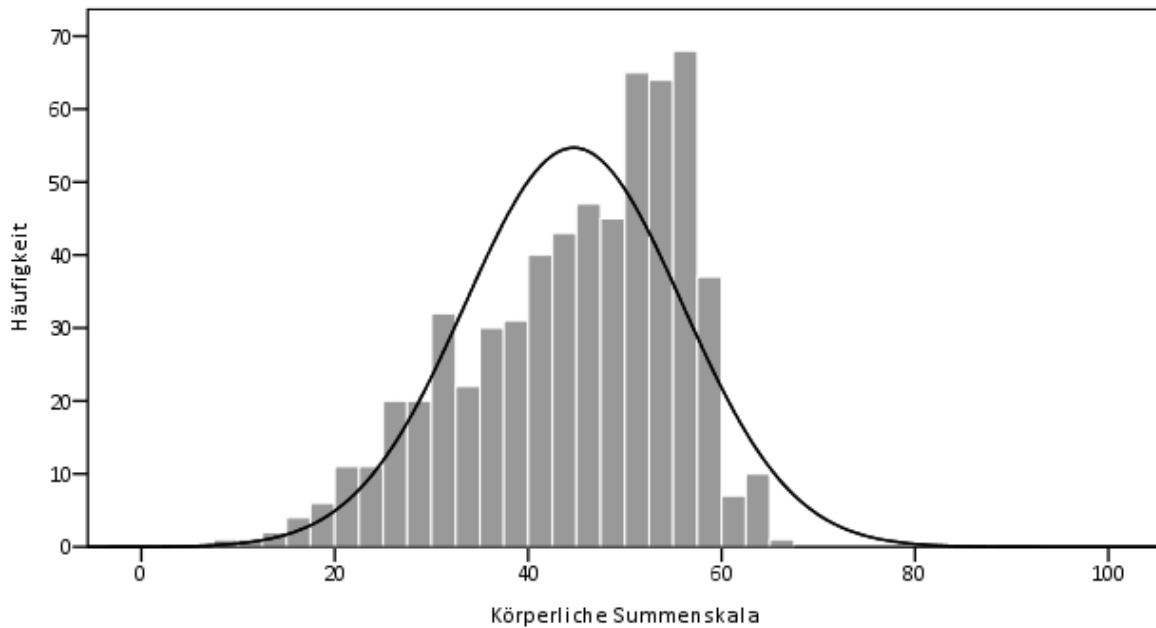


Abbildung 18: Werteverteilung der körperlichen Summenskala mit Normalverteilungskurve (N = 618; eigene Berechnung und Darstellung)

Der Mittelwert der Studienpopulation für die KSK beträgt $\bar{x} = 44,71 \pm 11,27$. Die Werte liegen zwischen Min. = 9,13 und Max. = 65,97 (Spannweite R = 56,84). Die Mehrheit der befragten Versicherten hat weniger als 50 Punkte für die körperliche Summenskala ($\tilde{x} = 46,96$). Die Verteilung der KSK ist grafisch in Abbildung 18 dargestellt (vgl. Anhang 51). Der Mittelwert der befragten Versicherten der Heimat Krankenkasse für die subjektive körperliche Gesundheit ist deutlich niedriger als der der deutschen Normstichprobe ($\bar{x}_{\text{Studienpopulation}} = 44,71$ vs. $\bar{x}_{\text{Normstichprobe}} = 50,21$, vgl. Abbildung 19). Dieser mittlere Unterschied von -5,50 (95 % KI [-6,39; -4,61]) ist statistisch signifikant mit mittlerer Effektstärke ($t(617) = -12,134$, $p \leq ,001$, $r = ,439$) und auch als relevant zu bewerten (Differenz ≥ 5 Punkte, Bullinger & Kirchberger, 1998). Die Versicherten der Stichprobe bewerten ihre physische Gesundheit also schlechter als die Allgemeinbevölkerung in Deutschland. Die mittlere Bewertung der subjektiven körperlichen Gesundheit der Studienpopulation entspricht eher der der normierten Subgruppe mit aktuellen oder chronischen Erkrankungen ($\bar{x}_{\text{Normstichprobe erkr.}} = 47,16$), ist aber weiterhin im Mittel etwas niedriger. Der Mittelwertunterschied zwischen diesen Gruppen von -2,45 (95 % KI [-3,34; -1,56]), ist zwar statistisch signifikant mit kleiner Effektstärke ($t(617) = -5,404$, $p \leq ,001$, $r = ,213$), aber nicht relevant (vgl. Abbildung 19). Die Werteverteilung für die Wahrnehmung der physischen Gesundheit ist in Interventions- und Kontrollgruppe ähnlich und auch im Mittel gleich ($\bar{x}_{\text{IG}} = 44,69 \pm 11,50$, $\bar{x}_{\text{KG}} = 44,74 \pm 11,04$; $t(616) = -0,056$, $p > ,05$; vgl. Abbildung 19, s. a. Anhang 17 und Anhang 51).

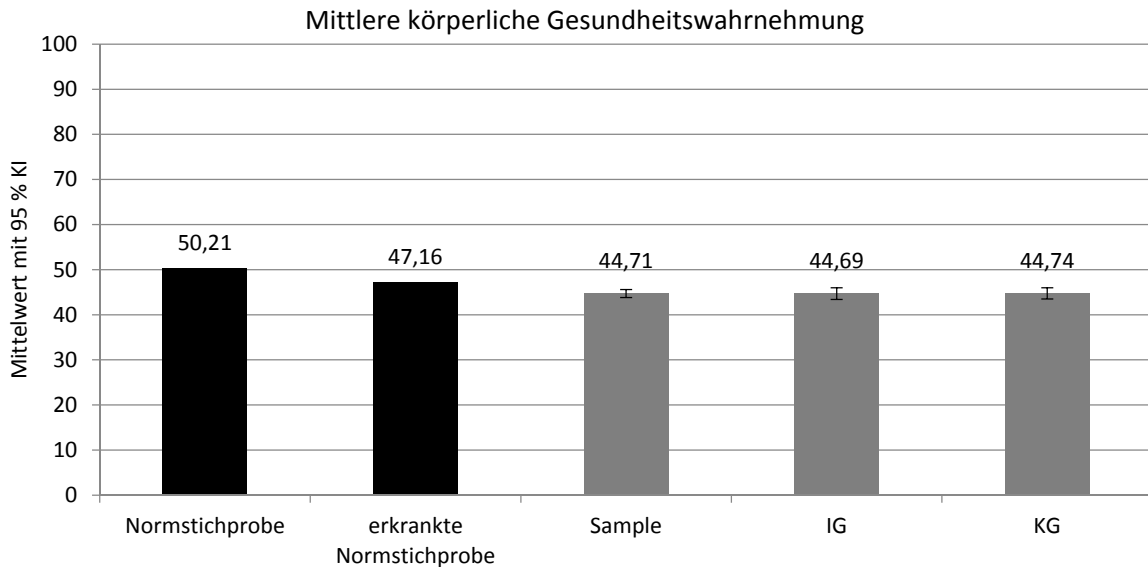


Abbildung 19: Vergleich der mittleren Bewertung der körperlichen Gesundheitswahrnehmung einschließlich 95 % KI für Daten des Samples (eigene Berechnung und Darstellung)

5.4.2 Wahrnehmung psychosozialer und emotionaler Gesundheit

Die psychische Summenskala (PSK) umfasst die Bewertung psychosozialer und emotionaler Aspekte von Gesundheit und Wohlbefinden. Sie ist zusammengesetzt aus den vier Subskalen Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden (Bullinger & Kirchberger, 1998). Die PSK umfasst wie die KSK Werte von null bis 100, ein höherer Wert spiegelt eine bessere Bewertung wider.

Die Einschätzung der psychischen Gesundheitsdimension im Sample beträgt im Mittel $\bar{x} = 48,98 \pm 11,36$. Die Werte liegen zwischen Min. = 13,40 und Max. = 70,91 (Spannweite $R = 57,51$). Etwas mehr als die Hälfte der befragten Versicherten erreicht für die psychische Summenskala etwas über 50 Punkte ($\tilde{x} = 51,70$). Die Werteverteilung ist in Abbildung 20 dargestellt (vgl. Anhang 52). Der Vergleich der Studienpopulation mit der deutschen Normstichprobe zeigt, dass die Befragten der Stichprobe ihre psychische Gesundheit und ihr psychisches Wohlbefinden nach der PSK etwas schlechter bewerten als die Allgemeinbevölkerung ($\bar{x}_{\text{Studienpopulation}} = 48,98$ vs. $\bar{x}_{\text{Normstichprobe}} = 51,54$, vgl. auch Abbildung 21). Die Differenz von -2,56 (95 % KI [-3,46; -1,66]) ist zwar statistisch signifikant mit kleiner Effektstärke, aber nicht relevant ($t(617) = -5,6$, $p \leq ,001$, $r = ,22$). Der Mittelwert der Studienpopulation entspricht dem der Bevölkerungsgruppe mit aktuellen oder chronischen Erkrankungen ($\bar{x}_{\text{Normstichprobe erkr.}} = 48,89$; $t(617) = 0,197$, $p = ,844$, mittlere Differenz = 0,09, 95 % KI [-0,80; 0,99]). Im Mittel bewertet die Kontrollgruppe ihre psychische Gesundheit etwas besser als die Interventionsgruppe ($\bar{x}_{\text{IG}} = 47,67 \pm 11,65$, $\bar{x}_{\text{KG}} = 50,34 \pm 10,92$). Der mittlere Unterschied von 2,7 (95 % KI [-4,48; -0,91]) ist signifikant mit kleiner Effektgröße ($t(614,393) = -2,969$, $p = ,003$, $r = ,118$; vgl. Abbildung 21), aber nicht als relevant einzuschätzen.

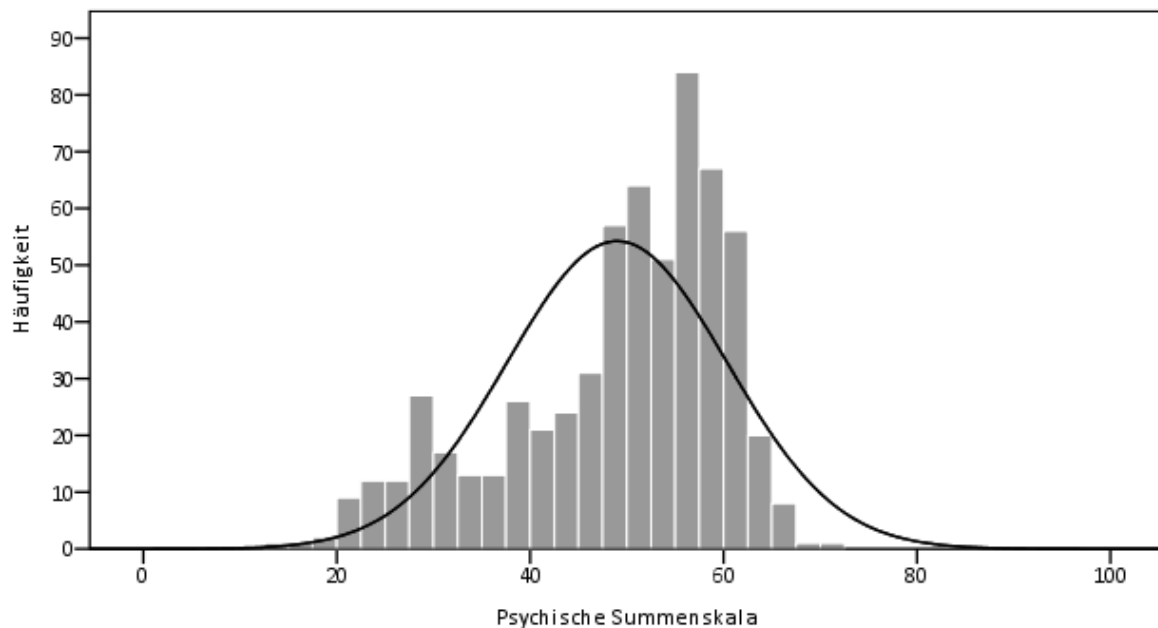


Abbildung 20: Werteverteilung der psychischen Summenskala mit Normalverteilungskurve (N = 618; eigene Berechnung und Darstellung).

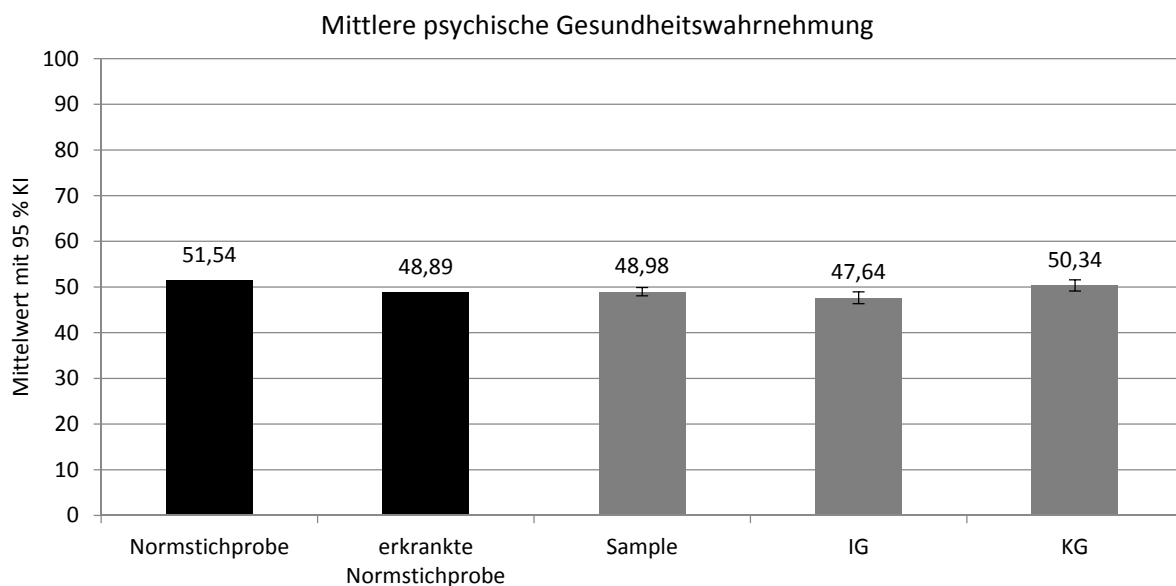


Abbildung 21: Vergleich der mittleren Bewertung der psychischen Gesundheitswahrnehmung einschließlich 95 % KI für Daten des Samples (eigene Berechnung und Darstellung)

5.4.3 Allgemeiner Gesundheitszustand, Gesundheitswahrnehmung und Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustands im Vergleich zum vergangenen Jahr

Für die Erhebung des SF-36 Health Surveys wurden die Versicherten gefragt, wie Sie ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben würden. Die Mehrheit der Befragten (56,2 %) bewertet ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „gut“, während knapp ein Drittel diesen als weniger gut bis schlecht einschätzt (32,2 %). Lediglich 11,5 % bezeichnen ihre Gesundheit als sehr gut oder ausgezeichnet (vgl. Abbildung 22, Anhang 19). Für die Studienpopulation chronisch Erkrankter war dieses Ergebnis mit Bewertungen im überwiegend mittleren Bereich von „gut“ bis „weniger gut“ zu erwarten. Sowohl Coachingteilnehmende als auch Versicherte der Kontrollgruppe bewerten den allgemeinen subjektiven Gesundheitszustand ähnlich, es gibt keine signifikanten Unterschiede ($\chi^2(4) = 2,273, p = ,686$).

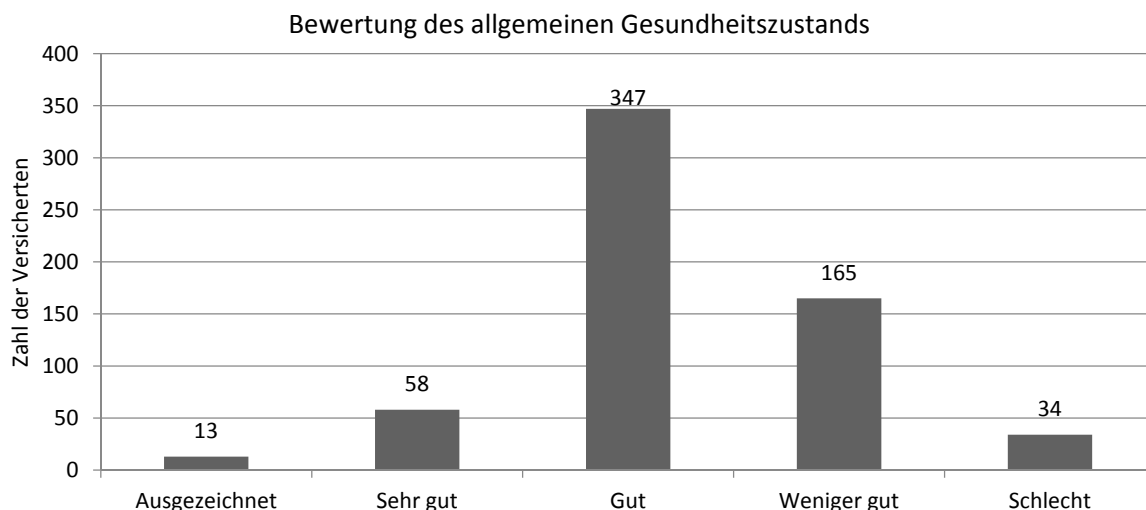


Abbildung 22: Häufigkeitsverteilung der Bewertungen des allgemeinen Gesundheitszustands (N = 617; eigene Berechnung und Darstellung)

Die Subskala „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“ fasst verschiedene Aspekte zu Alltagseinschränkungen und subjektiver Gesundheitsbewertung zusammen. Die „Persönliche Beurteilung der Gesundheit, einschließlich aktueller Gesundheitszustand, zukünftige Erwartungen und Widerstandsfähigkeit gegenüber Erkrankungen“ wird damit beschrieben (Bullinger & Kirchberger, 1998, S.12). Auch für diese Subskala (Wertebereich von null bis 100) gilt: Je höher der Score der Skala, desto besser ist die Bewertung der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung.

Der Mittelwert des Samples (N = 619) für allgemeine Gesundheitswahrnehmung beträgt $\bar{x} = 56,62 \pm 20,75$. Die Werte sind über die gesamte Skala von Min = 0 bis Max = 100 verteilt. Die Hälfte der Befragten hat einen Score zwischen 42 (Q1) und 72 (Q3), wie die Werteverteilung in Abbildung 23 darstellt. Im Vergleich zur deutschen Normstichprobe ist der mittlere Score der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung im Sample signifikant geringer mit mittlerer Effektstärke und relevant ($\bar{x} = 68,05 \pm 20,15$; mittlerer Unterschied = -11,43, 95 % KI [-13,064; -9,788], $t(618) = -13,699$, $p \leq ,001$, $r = ,483$; vgl. Abbildung 24). Normwerte der einzelnen Subskalen für Personen mit akuten und chronischen Erkrankungen liegen nicht vor. Alternativ können Werte der Normpopulationen für einzelne chronische Erkrankungen wie z. B. mit Hypertonie ($\bar{x} = 56,85$), Angina pectoris ($\bar{x} = 46,64$), Arthrose und Arthritis ($\bar{x} = 50,79$) oder Rückenschmerzen, Ischias und Bandscheibenschaden ($\bar{x} = 58,74$) herangezogen werden. Die Mittelwerte dieser Subgruppen entsprechen eher der Bewertung der befragten Versicherten der Heimat Krankenkasse (gesamtes Sample). Die Kontrollgruppe bewertet ihre Allgemeine Gesundheitswahrnehmung etwas besser als die Interventionsgruppe ($\bar{x}_{IG} = 55,55$; $\bar{x}_{KG} = 57,72$). Die mittlere Differenz zwischen IG und KG von -2,17 (95 % KI [-5,445; 1,103]) ist jedoch nicht signifikant ($t(617) = -1,302$, $p = ,193$; vgl. Abbildung 24).

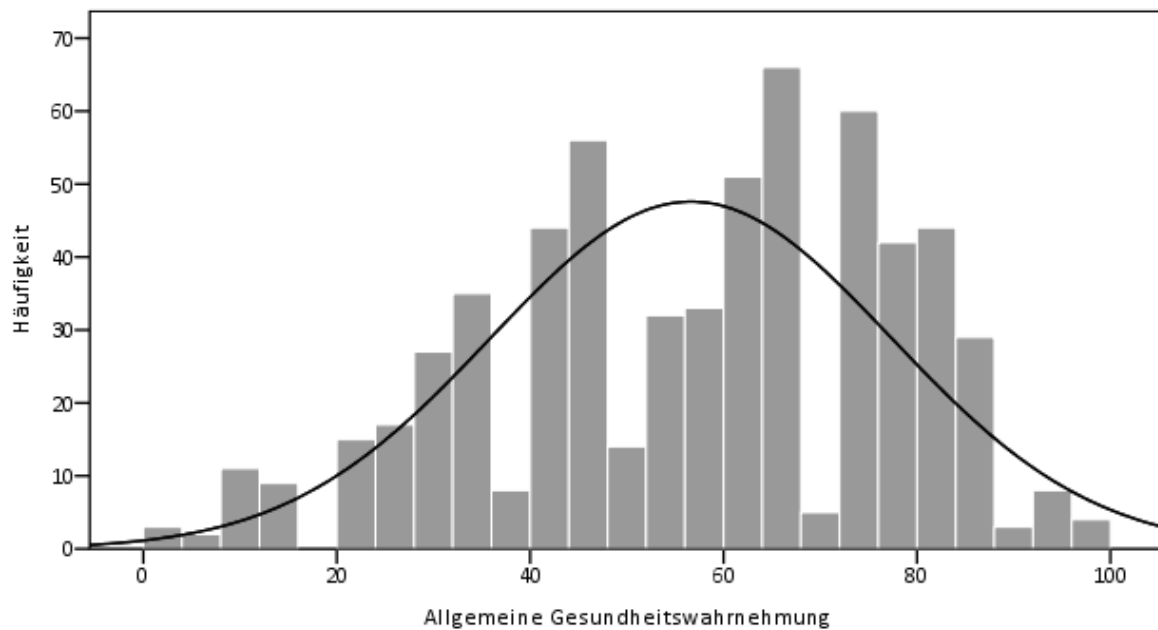


Abbildung 23: Werteverteilung für die Subskala „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“ mit Normalverteilungskurve (N = 619; eigene Berechnung und Darstellung)

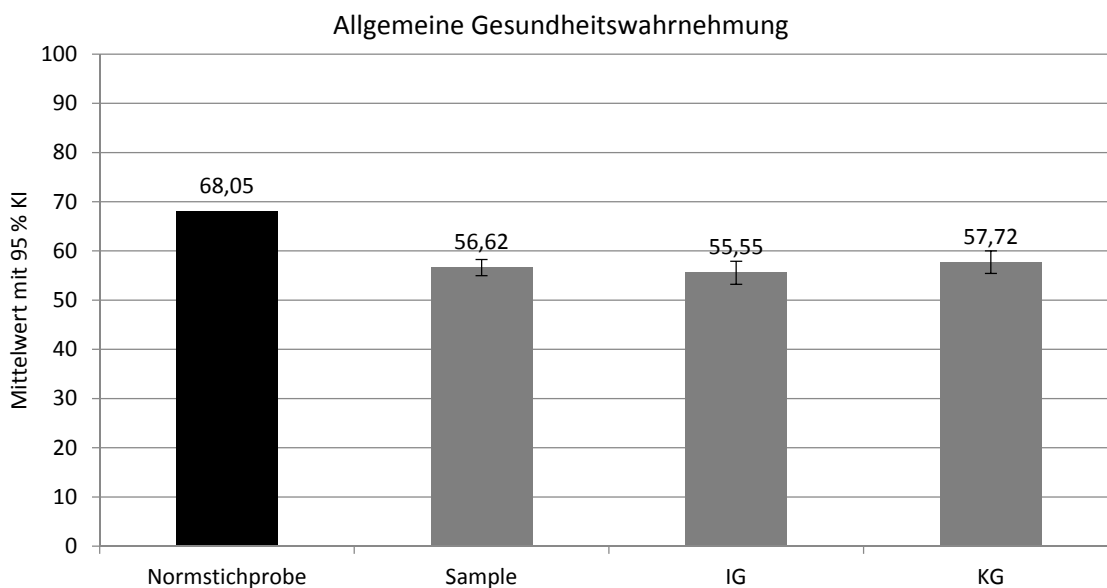


Abbildung 24: Vergleich der mittleren Bewertung der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung mit 95 % KI für Daten des Samples (N = 619; eigene Berechnung und Darstellung)

Für die Bewertung der subjektiven Gesundheit ist gerade bei chronisch Erkrankten der Verlauf bzw. die Entwicklung von Krankheit oder Gesundheit relevant. Daher interessiert, wie die Befragten ihren derzeitigen Gesundheitszustand im Vergleich zum vergangenen Jahr einschätzen (Verbesserung, Verschlechterung, gleichbleibend). Im Vergleich zum Vorjahr schätzt die Mehrheit des Samples ihre Gesundheit als unverändert ein (52,7 %; „Etwa wie vor einem Jahr“), ein knappes Drittel nimmt Verbesserungen wahr (31,1 %), d. h. 519 Versicherte mit chronischen Erkrankungen bewerten ihre Gesundheitsentwicklung positiv (83,8 %). Eine Verschlechterung nahmen 100 Versicherte wahr, dies entspricht 16,2 % der Studienpopulation (vgl. Tabelle 24). Im Vergleich von IG und KG werden Unterschiede offensichtlich: Die Befragten der IG haben deutlich häufiger eine Verbesserung des Gesund-

heitszustands wahrgenommen als die Kontrollgruppe (44,8 % bzw. 17,3 %). Gleichzeitig bewerteten weniger Versicherte der Interventionsgruppe ihren Gesundheitszustand im Zeitverlauf als unverändert oder verschlechtert (vgl. Tabelle 24). Wird also nicht die aktuelle Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands betrachtet, sondern die Gesundheitsentwicklung, zeigen sich signifikante Unterschiede bei mittlerer Effektstärke zum Vorteil der Interventionsgruppe ($X^2(4) = 57,044$, $p \leq ,001$, Cramér's $V = ,304$).

Tabelle 24: Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben? Deskriptive Statistik (N = 619, n fehlend = 0; eigene Berechnung und Darstellung)

Gesundheitsveränderung im Vergleich zum Vorjahr	Stichprobe gesamt	IG	KG
Derzeit viel besser	n 46	36	10
	% 7,4	11,5	3,3
Derzeit etwas besser	n 147	104	43
	% 23,8	33,3	14,0
Etwa wie vor einem Jahr	n 326	128	198
	% 52,7	41,0	64,5
Derzeit etwas schlechter	n 71	33	38
	% 11,5	10,6	12,4
Derzeit viel schlechter	n 29	11	18
	% 4,7	3,5	5,9
Gesamtsumme	n 619	312	307
	% 100,0	100,0	100,0

5.4.4 Zusammenfassung

Die befragten Versicherten schätzen ihren subjektiven Gesundheitszustand allgemein als mittelmäßig ein. Ein Vergleich der Scores der befragten Versicherten der Heimat Krankenkasse zeigt, dass sie ihre allgemeine, physische und psychische Gesundheit schlechter wahrnehmen als die deutsche Allgemeinbevölkerung. Ihre Einschätzung von Gesundheit und Lebensqualität ist ähnlich wie bzw. etwas schlechter als die anderer chronisch erkrankter Menschen in Deutschland. Im Vergleich von IG und KG bestehen keine signifikanten Unterschiede in der aktuellen und körperlichen subjektiven Gesundheit. Emotional-psychische Aspekte werden von der IG signifikant aber nicht relevant schlechter bewertet. Die IG bewertet ihre subjektive Gesundheit im Vergleich zum Vorjahr (Zeitraum vor der Intervention) signifikant besser als die KG. Dies ist für Menschen mit chronischen Erkrankungen und kontinuierlich degenerativer Entwicklung des Gesundheitszustands ein positives Outcome.

5.5 Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und Kosten in Interventions- und Kontrollgruppe (Routinedatenanalyse)

Zur Bewertung möglicher Wirkungen des telefonischen Gesundheitscoachings auf die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und Kosten werden nachfolgend die Outcomes der Routinedaten für ambulante und stationäre Versorgung berichtet (vgl. Tabelle 9, S. 100). Auf die deskriptive Darstellung (statistische Kennzahlen mit Streu- und Lagemaßen) folgt der Analyseteil, in dem untersucht wird, ob es Unterschiede zwischen der IG und KG gibt – zu den einzelnen Messzeitpunkten und über die Zeit betrachtet. Dazu werden Mittelwertvergleiche mittels t-Tests und Varianzanalyse mit Messwiederholung durchgeführt (vgl. Abschn. 4.4.3).

5.5.1 Anzahl der Erkrankungsfälle

Die mittlere Zahl der Erkrankungsfälle lag in der Stichprobe bei etwa $\bar{x} = 13 \pm 6$ und bleibt über die Zeit (2008–2011) betrachtet konstant. Die Spannweite ist mit $R = 46$ groß, der kleinste Wert beträgt $\text{Min.} = 0$ und maximale gemessene Zahl der Erkrankungsfälle $\text{Max.} = 47$. Die Verteilung der Werte ist im Sample zu den vier Messzeitpunkten ähnlich (vgl. Abbildung 25). Für 50 % bis 60 % der Versicherten sind acht bis 15 Erkrankungsfälle und für etwa ein Drittel des Samples 16 und mehr Erkrankungsfälle dokumentiert (vgl. Anhang 20).

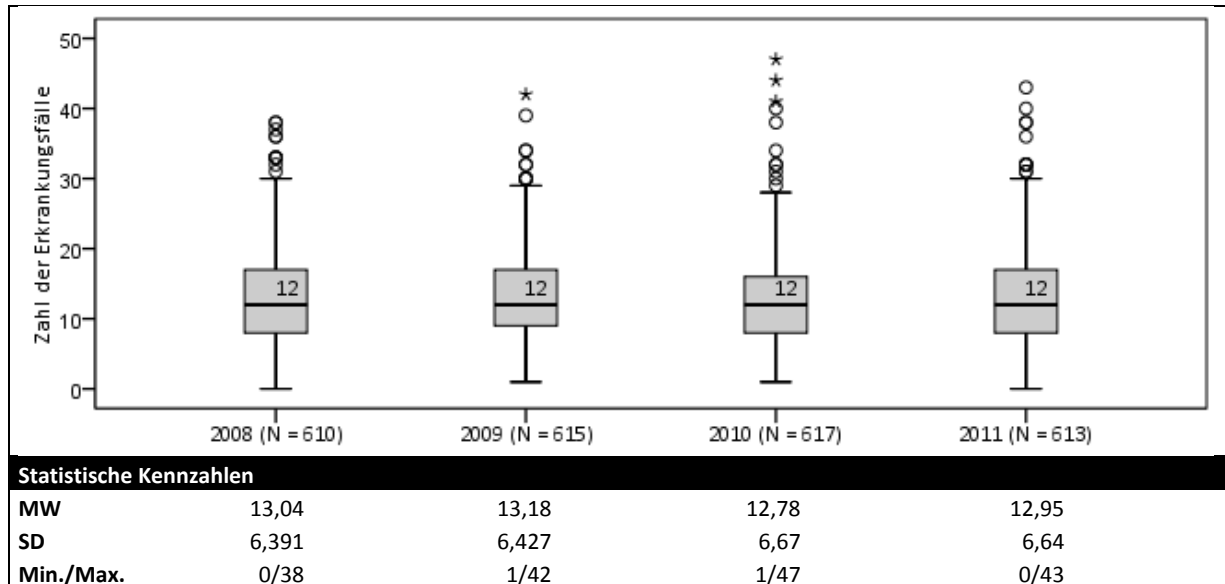
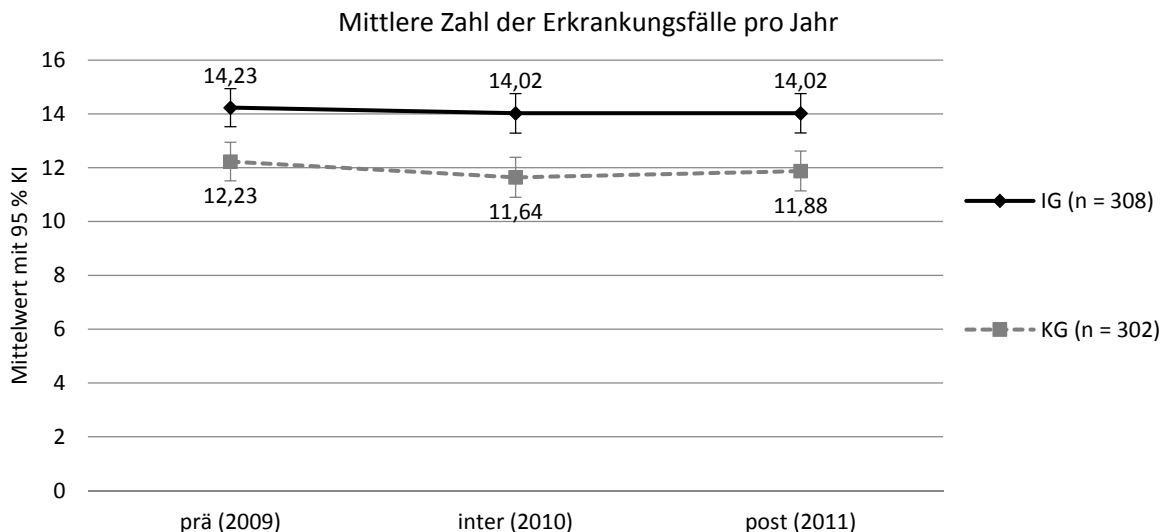


Abbildung 25: Werteverteilung der Zahl der Erkrankungsfälle 2008–2011 (Legende des Box-Plots: * – Extremwerte, o – Ausreißer; eigene Berechnung und Darstellung)

Tabelle 25: Vergleich von statistischen Kennzahlen und Mittelwerten für Erkrankungsfälle der Interventions- und Kontrollgruppe 2008–2011 (eigene Berechnung und Darstellung)

	Stichprobe		Teststatistik
	IG	KG	
2008			
N	306	304	
MW	13,46	12,63	
SD	6,80	5,93	
Min/Max	0/38	1/36	
Mittlere Differenz [95 % KI]	0,836 [-0,179; 1,851]		t (608) = 1,617, p = ,106
2009			
N	309	306	
MW	14,20	12,15	
SD	6,97	5,65	
Min/Max	1/42	1/30	
Mittlere Differenz [95 % KI]	2,047*** [1,042; 3,052]		t (590,009) = 4,001, p ≤ ,001, r = ,163
2010			
N	311	306	
MW	13,96	11,58	
SD	7,18	5,88	
Min/Max	1/47	1/40	
Mittlere Differenz [95 % KI]	2,380*** [1,343; 3,417]		t (595,171) = 4,507, p ≤ ,001, r = ,182
2011			
N	309	304	
MW	14,04	11,85	
SD	7,07	5,98	
Min/Max	0/43	0/38	
Mittlere Differenz [95 % KI]	2,187*** [1,148; 3,225]		t (597,475) = 4,136, p ≤ ,001, r = ,167

Die mittlere Zahl der Erkrankungsfälle im Basisjahr 2008 zeigt, dass die Coachingteilnehmenden $\bar{x}_{IG} = 13,5$ Mal in ambulanter Behandlung waren und damit im Mittel fast ein Mal häufiger wegen einer Erkrankung in Behandlung waren als die Kontrollgruppe $\bar{x}_{KG} = 12,6$ Mal (n. s.). In den Folgejahren (2009–2011) bleibt die signifikante, mittlere Differenz von etwa zwei Erkrankungsfällen zwischen IG und KG im zeitlichen Verlauf etwa gleich ($p < ,001$, jew. kleine Effektgröße, vgl. Tabelle 25). Über die Zeit (2009–2011) und nach Zugehörigkeit zu IG oder KG bestehen keine statistisch signifikanten Veränderungen ($F(1,580, 960,498) = 0,916$, $p = ,770$; vgl. Abbildung 26). Es ist also kein Effekt der Intervention auf die Zahl der Erkrankungsfälle festzustellen.



ANOVA (Zeit*IG/KG): $F = 0,196$, $p = ,770$

Abbildung 26: Verlaufsdiagramm der jährlichen mittleren Erkrankungsfälle vor, während und nach der Intervention für Interventions- und Kontrollgruppe (N = 610; eigene Berechnung und Darstellung)

5.5.2 Kosten ambulant ärztlicher Versorgung

Die mittleren Kosten für ambulante ärztliche Behandlungen lagen im Studienzeitraum zwischen $\bar{x}_{2011} = 806,16 \text{ EUR} \pm 652,586$ und $\bar{x}_{2009} = 892,78 \text{ EUR} \pm 731,131$. Die höchsten ambulanten Arztkosten für einen Versicherten in einem Jahr betragen Max. = 17.550,47 EUR (2008), die geringsten Kosten betragen Min. = 0 EUR (2008 und 2011). In den Jahren 2009–2011 lagen die höchsten ambulanten Arztkosten im Bereich zwischen 5.000 EUR bis 5.500 EUR, das Minimum etwa 18 EUR bzw. 19 EUR. Die Spannweite für die ambulanten Arztkosten ist groß bei ähnlichen Häufigkeitsverteilungen in den einzelnen Jahren (vgl. Abbildung 27). Im Erhebungszeitraum verändern sich die mittleren Kosten für ambulante ärztliche Behandlungen in der Studienpopulation nur leicht. Im Basisjahr 2008 betragen die durchschnittlichen Arztkosten 865,32 EUR. Im Folgejahr stiegen sie leicht an und sanken daraufhin 2010 auf 840,00 EUR und 2011 auf 806,16 EUR.

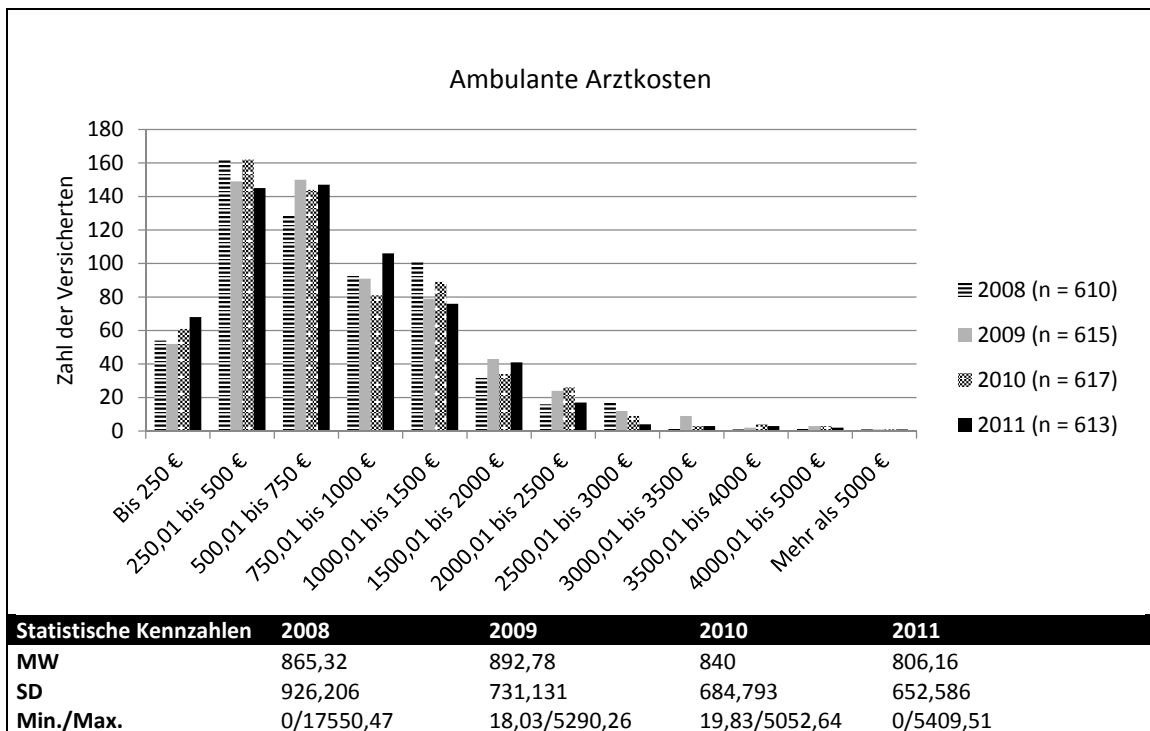
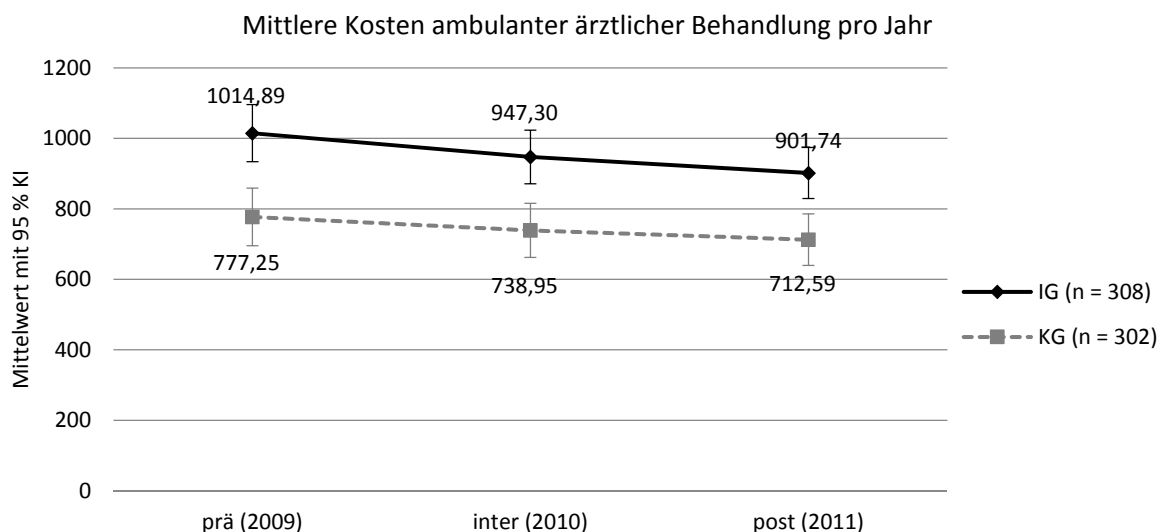


Abbildung 27: Ambulante Arztkosten (EUR, gruppiert) und statistische Kennzahlen 2008–2011 (eigene Berechnung und Darstellung)

Der Vergleich der mittleren ambulanten Arztkosten von IG und KG zeigt, dass sie im Basisjahr für die Interventionsgruppe etwa 889 EUR betragen und für die Kontrollgruppe knapp 47 EUR geringer waren ($\bar{x}_{KG} = 842$ EUR) (n. s.). Im Jahr 2009 stiegen die mittleren ambulanten Arztkosten für die Coachingteilnehmenden und sanken für die Kontrollgruppe. Die mittleren Unterschiede sind 2009 sowie in den Folgejahren statistisch signifikant mit kleiner Effektgröße, sie verringern sich jedoch im Verlauf von 241 EUR (2009) auf 207 EUR (2010) und 190 EUR (2011) (jew. $p \leq ,001$). Im Jahr 2011 nach der Intervention betragen die mittleren ambulanten Arztkosten in der Interventionsgruppe $\bar{x}_{IG} = 901$ EUR und in der Kontrollgruppe $\bar{x}_{KG} = 710$ EUR. In beiden Gruppen sinkt das Niveau der mittleren ambulanten Arztkosten 2009–2011 (vgl. Tabelle 26). Die Visualisierung der mittleren Kostenentwicklung für ambulante ärztliche Versorgung (2009–2011) für IG und KG verdeutlicht, dass diese in beiden Gruppen etwa parallel sinken, d. h. es ist keine Wechselwirkung der Intervention anzunehmen bzw. es ist kein Effekt auf das telefonische Gesundheitscoaching zurückzuführen (Abbildung 28; $F(1,643, 999,125) = 0,239$, $p = ,743$). Die signifikant unterschiedlich hohen mittleren ambulanten ärztlichen Behandlungskosten zwischen beiden Gruppen zu den einzelnen Messzeitpunkten bestanden bereits vor der Intervention.

Tabelle 26: Vergleich von statistischen Kennzahlen und Mittelwerten für ambulante Arztkosten (EUR) der Interventions- und Kontrollgruppe 2008–2011 (eigene Berechnung und Darstellung)

		Stichprobe		Teststatistik
		IG	KG	
2008	N	306	304	
	MW	888,66	841,83	
	SD	666,26	1129,72	
	Min/Max	0/4.668,08	46,55/17.550,47	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	46,83 [-100,537; 194,201]		t (608) = 0,624, p = ,533
2009	N	309	306	
	MW	1012,70	771,69	
	SD	812,65	616,40	
	Min/Max	33,18/5290,26	18,03/4025,59	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	241,01*** [126,836; 355,175]		t (574,140) = 4,146, p ≤ ,001, r = ,170
2010	N	311	306	
	MW	942,58	735,75	
	SD	738,10	609,71	
	Min/Max	120,52/5072,47	19,83/4153,65	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	206,835*** [99,865; 313,804]		t (597,158) = 3,797, p ≤ ,001, r = ,154
2011	N	309	304	
	MW	900,58	710,19	
	SD	699,08	587,42	
	Min/Max	0/4487,96	0/5409,51	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	190,395*** [88,031; 292,759]		t (596,452) = 3,653, p ≤ ,001, r = ,148



ANOVA (Zeit*IG/KG): $F = 0,239$, $p = ,743$

Abbildung 28: Verlaufsdigramm der jährlichen mittleren ambulanten Arztkosten (EUR) vor, während und nach der Intervention für Interventions- und Kontrollgruppe (N = 610; eigene Berechnung und Darstellung)

5.5.3 Anzahl verschriebener Arzneimittel

Die mittlere Zahl der Verschreibungen pro Jahr liegt in der Stichprobe zwischen $\bar{x} = 15 \pm 13,861$ und $\bar{x} = 16 \pm 15,640$, der Median beträgt $\tilde{x} = 11$ bis $\tilde{x} = 12$, d. h. der Mehrheit der Versicherten wurden etwa 12 Mal Medikamente innerhalb eines Jahres verschrieben. In jedem Jahr gibt es einzelne Versicherte, für die keine Verschreibung dokumentiert ist (Min. = 0). Die Spannweite für die Zahl der Arzneimittelverschreibungen ist groß, bis Max. = 136. Insgesamt verändert sich die mittlere Zahl der Arzneimittelverschreibungen von Jahr zu Jahr nur geringfügig und die Häufigkeitsverteilung in der Studienpopulation bleibt ebenfalls ähnlich (vgl. Abbildung 29).

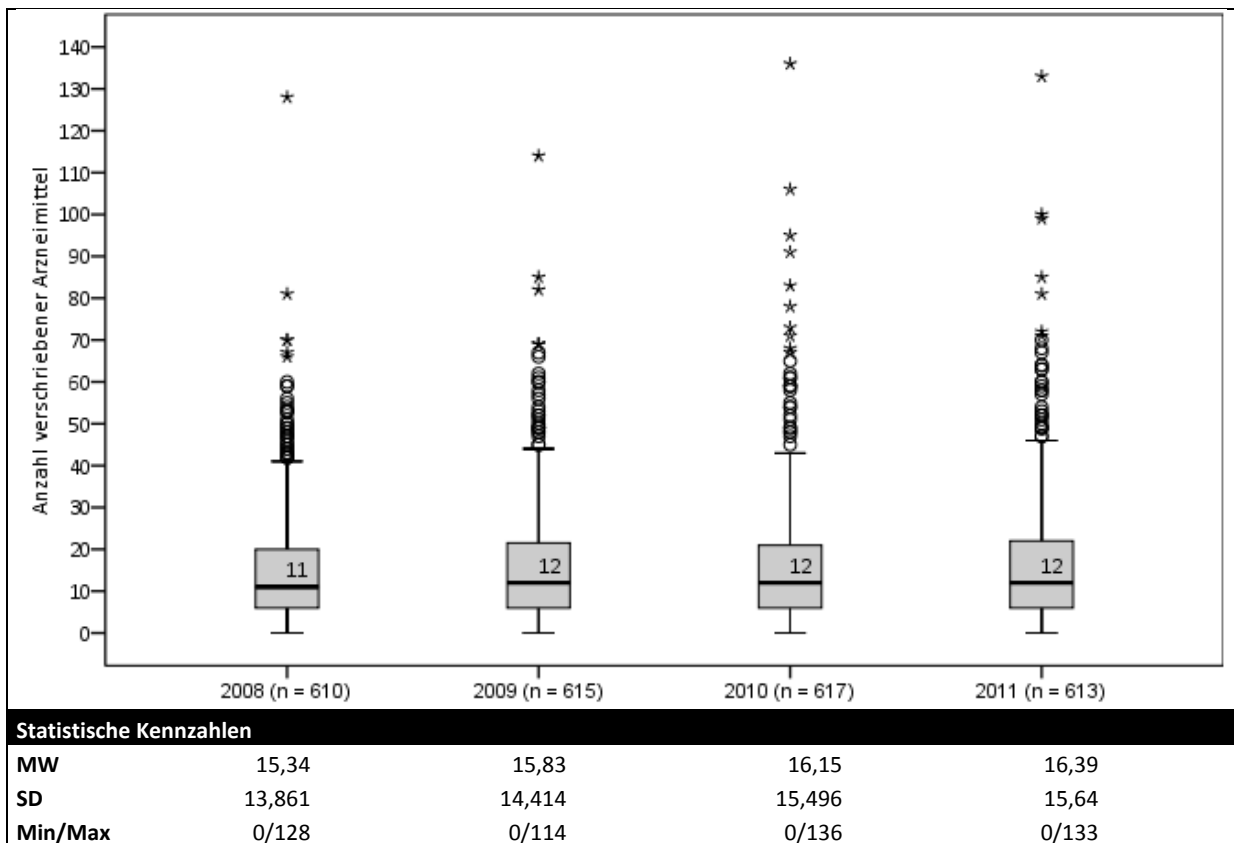
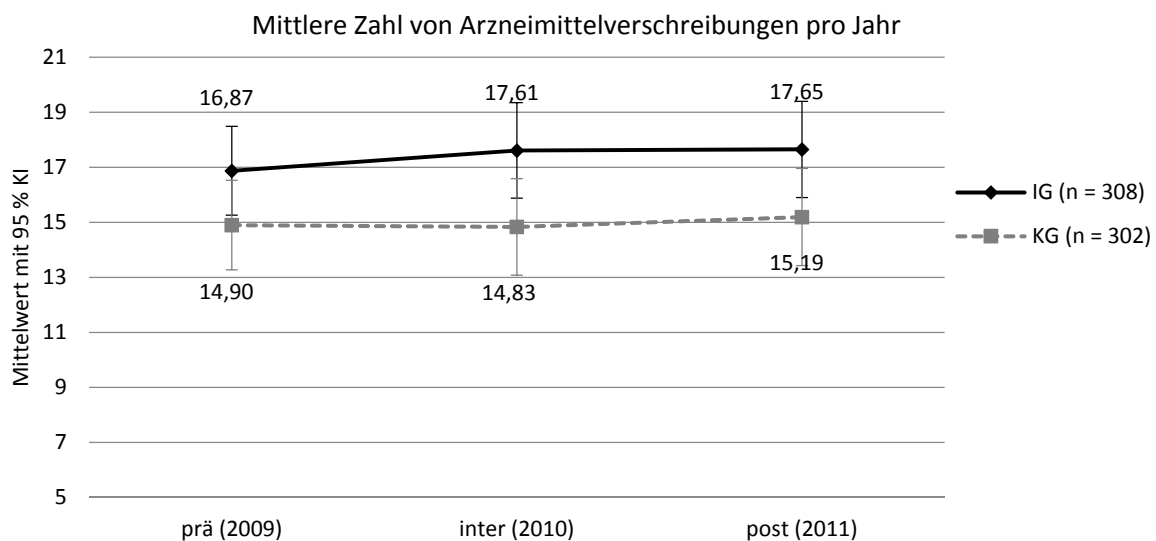


Abbildung 29: Werteverteilung der Zahl der Arzneimittelverschreibungen 2008–2011 (Legende des Box-Plots: * – Extremwerte, o – Ausreißer; eigene Berechnung und Darstellung)

Im Vergleich von IG und KG wird folgendes deutlich: Die Versicherten der Interventionsgruppe haben im Basisjahr 2008 im Mittel fast 16 Mal Arzneimittel verschrieben bekommen, die Kontrollgruppe fast 15 Mal. In den darauffolgenden Jahren steigt der Mittelwert in der Interventionsgruppe leicht auf $\bar{x}_{IG} = 17,6$ im Jahr 2011 an und bleibt in der KG etwa konstant (2011: $\bar{x}_{KG} = 15,1$) (mittlere Differenzen 2008 = 1,1 und 2009 = 2,1, n. s.). Während und nach der Intervention ist die Zahl in der IG mit etwa zwei bis drei Verordnungen signifikant höher ist als in der Kontrollgruppe (mittlere Unterschiede 2010 = 2,9 bzw. 2011 = 2,5; $p \leq ,05$, vgl. Tabelle 27). Die Entwicklung der mittleren Verordnungszahlen von Arzneimitteln 2009–2011 zeigt, dass sich ihre Zahl in beiden Gruppen nur geringfügig verändert und sich im Verlauf ähnlich entwickelt ($F(1,219, 741,101) = 0,193$, $p = ,710$; vgl. Abbildung 30). Es ist also kein Effekt der Intervention auf die mittlere Zahl der Arzneimittelverschreibungen anzunehmen.

Tabelle 27: Vergleich von statistischen Kennzahlen und Mittelwerten für Anzahl verschriebener Arzneimittel der Interventions- und Kontrollgruppe 2008–2011 (eigene Berechnung und Darstellung)

		Stichprobe		Teststatistik
		IG	KG	
2008	n	306	304	
	MW	15,92	14,75	
	SD	13,93	13,79	
	Min/Max	0/81	0/128	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	1,175 [-1,029; 3,379]		t (608) = 1,047, p = ,296
2009	n	309	306	
	MW	16,85	14,79	
	SD	14,97	13,78	
	Min/Max	0/85	0/114	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	2,064 [-0,215; 4,342]		t (613) = 1,778, p = ,076
2010	n	311	306	
	MW	17,56	14,71	
	SD	16,05	14,80	
	Min/Max	0/106	0/136	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	2,850* [0,408; 5,292]		t (615) = 2,292, p = ,022, r = ,092
2011	n	309	304	
	MW	17,62	15,13	
	SD	16,10	15,08	
	Min/Max	0/100	0/133	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	2,493* [0,018; 4,968]		t (611) = 1,978, p = ,048, r = ,080



ANOVA (Zeit*IG/KG): $F = 0,193$, $p = ,710$

Abbildung 30: Verlaufsdigramm der Anzahl verschriebener Arzneimittel vor, während und nach der Intervention für Interventions- und Kontrollgruppe (N = 610; eigene Berechnung und Darstellung)

5.5.4 Arzneimittelkosten

Die mittleren Arzneimittelkosten liegen in der Studienpopulation mit chronisch erkrankten Versicherten im Erhebungszeitraum (2008–2011) zwischen $\bar{x}_{2008} = 759,62 \text{ EUR} \pm 1.813,11$ bis $\bar{x}_{2010} = 942,70 \text{ EUR} \pm 2.354,15$. Für die Hälfte der Versicherten wurden jedoch nur ca. 370–400 EUR jährliche Arzneimittelkosten abgerechnet. Für einige Versicherte sind sehr hohe Arzneimittelkosten angefallen, die den Mittelwert entsprechend beeinflussen. Die Werteverteilung und Spanne für Arzneimittelkosten der Studienpopulation ist breit (bis zu R = 29.944,48 EUR im Jahr 2010). Im Erhebungszeitraum (2008–2011) steigen die mittleren Arzneimittelkosten 2008–2010 um ca. 180 EUR auf 943 EUR an und sinken 2011 leicht auf 914 EUR (vgl. Abbildung 31 und Anhang 22). Die

mittleren Arzneimittelkosten bleiben in der Kontrollgruppe im Erhebungszeitraum etwa stabil. In der Interventionsgruppe ist 2008–2010 eine Steigerung im Mittel um 300 EUR festzustellen. 2011 bleibt das Niveau der Kosten stabil. Die mittleren Arzneimittelkosten sind in der Interventionsgruppe in jedem Jahr höher als in der Kontrollgruppe. Im Basisjahr 2008 ist der Mittelwertunterschied der Arzneimittelkosten nicht signifikant, die mittlere Differenz wird bis 2011 kontinuierlich größer und ist jeweils signifikant ($p \leq ,05$; vgl. Tabelle 28). Während der Intervention steigen in beiden Gruppen die mittleren Arzneimittelkosten und sinken leicht im Jahr darauf. Diese ähnliche Entwicklung deutet darauf hin, dass keine Wechselwirkung über die Zeit und zwischen IG/KG bzw. kein Einfluss der Intervention auf die Arzneimittelkosten besteht ($F(1,201, 729,991) = 0,146, p = ,749$; Abbildung 32).

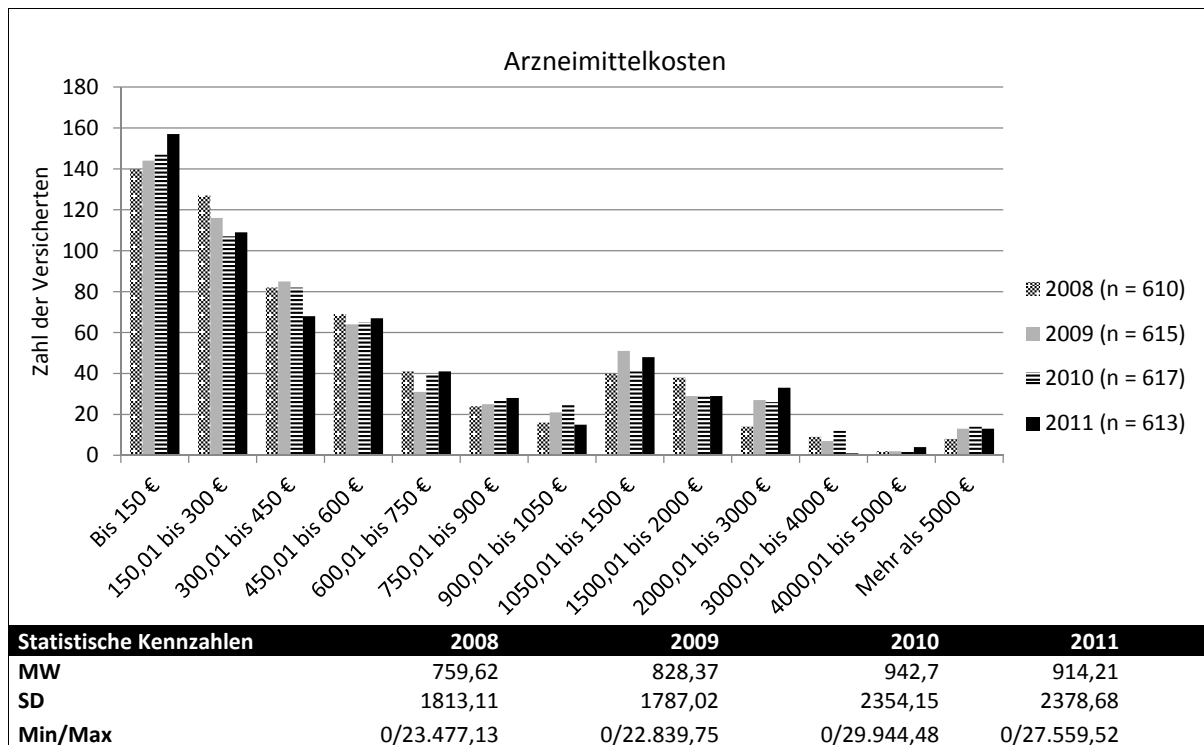
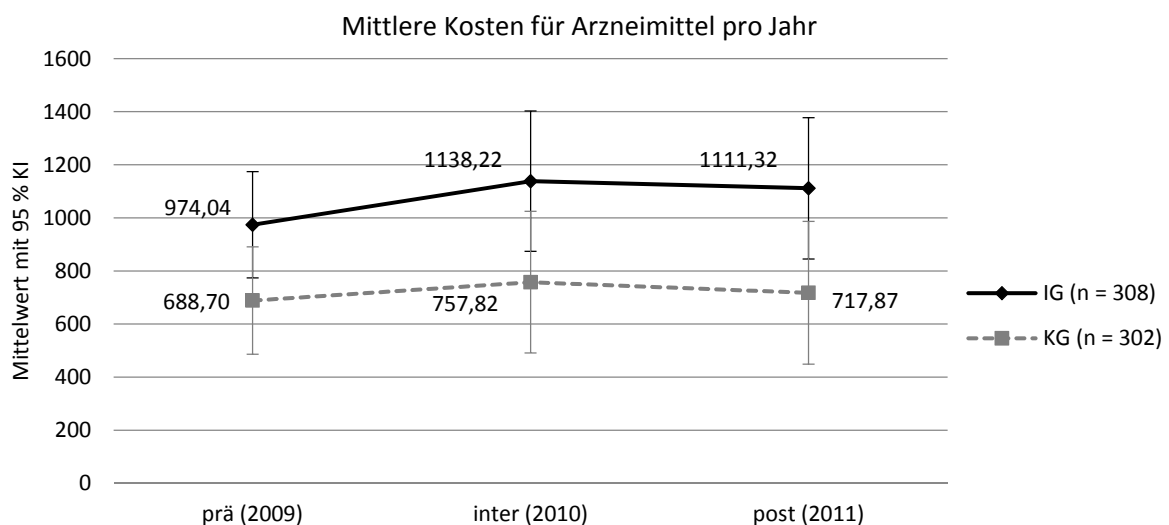


Abbildung 31: Arzneimittelkosten (EUR) 2008–2011 (eigene Berechnung und Darstellung)

Tabelle 28: Vergleich von statistischen Kennzahlen und Mittelwerten für jährliche Arzneimittelkosten (EUR) der Interventions- und Kontrollgruppe 2008–2011 (eigene Berechnung und Darstellung)

	Stichprobe		Teststatistik
	IG	KG	
2008	n	306	304
	MW	825,59	693,22
	SD	1949,84	1664,78
	Min/Max	0/23059,06	0/23477,13
	Mittlere Differenz [95 % KI]	132,365 [-156,020; 420,749] t (608) = 0,901, p = ,368	
2009	n	309	306
	MW	972,27	683,04
	SD	2211,93	1202,43
	Min/Max	0/22839,75	0/12779,42
	Mittlere Differenz [95 % KI]	289,230* [7,488; 570,972] t (476,407) = 2,017, p = ,044, r = ,092	
2010	n	311	306
	MW	1131,33	750,99
	SD	2941,81	1524,40
	Min/Max	0/29944,48	0/13134,08
	Mittlere Differenz [95 % KI]	380,337* [10,503; 750,172] t (466,942) = 2,021, p = ,044, r = ,093	
2011	n	309	304
	MW	1111,35	713,84
	SD	3029,10	1421,80
	Min/Max	0/27559,52	0/12454,75
	Mittlere Differenz [95 % KI]	397,511* [22,831; 772,192] t (439,014) = 2,085, p = ,038, r = ,099	



ANOVA (Zeit*IG/KG): $F = 0,146$, $p = ,749$

Abbildung 32: Verlaufsdiagramm mittlere Arzneimittelkosten (EUR) vor, während und nach der Intervention für Interventions- und Kontrollgruppe (N = 610; eigene Berechnung und Darstellung)

5.5.5 Anzahl der Krankenhausaufenthalte

Die mittlere Zahl der Krankenhausbearbeitungen beträgt in der Studienpopulation etwa 0,4 pro Jahr. Der Wert berücksichtigt alle Versicherten, also auch diejenigen, die nicht stationär behandelt wurden. In jedem Jahr waren etwa drei Viertel der Versicherten nicht im Krankenhaus. Zwischen 10-20 % der Versicherten wurden ein bis drei Mal pro Jahr stationär behandelt, bei wenigen Versicherten waren mehr als drei Krankenhausaufenthalte erforderlich. Die maximale Zahl von Krankenhausaufenthalten, die in einem Jahr auf eine Versicherte oder einen Versicherten entfielen, beträgt fünf bis neun stationäre Aufenthalte. Die mittlere Zahl der Krankenhausaufenthalte bleibt im Erhebungszeitraum

2008–2011 mit $\bar{x} = 0,4$ beinahe unverändert (vgl. Abbildung 33). Die mittlere Zahl der Krankenhausbehandlungen der IG vor und während der Intervention (2008–2010) sinkt geringfügig von $\bar{x}_{IG\ 2008\ u.\ 2009} = 0,5$ auf $\bar{x}_{IG\ 2010} = 0,4$ und steigt im Jahr nach der Intervention wieder leicht auf $\bar{x}_{IG\ 2011} = 0,5$. In der Kontrollgruppe sinkt und steigt der Mittelwert geringfügig und ist 2011 auf etwa demselben Niveau wie 2008 ($\bar{x}_{KG\ 2008} = 0,4$; $\bar{x}_{KG\ 2011} = 0,4$). Der Vergleich der beiden Gruppen zu den einzelnen Messzeitpunkten zeigt, dass die Coachingteilnehmenden im Mittel häufiger stationär versorgt wurden. Eine Ausnahme stellt das Interventionsjahr 2010 dar, in diesem Jahr ist die mittlere Zahl der Krankenhausaufenthalte in beiden Gruppen gleich ($\bar{x}_{IG\ 2010} = 0,4$; $\bar{x}_{KG\ 2010} = 0,4$). Die jährlichen mittleren Unterschiede zwischen beiden Gruppen sind lediglich geringfügig (n. s.; vgl. Tabelle 29). Es besteht kein statistisch signifikanter Effekt der Intervention auf die mittlere Zahl der Krankenhausaufenthalte (keine Wechselwirkung über Zeit und nach Zuordnung zur IG und KG; $F(1,885, 1146,132) = 1,050$, $p = ,347$; vgl. Abbildung 34).

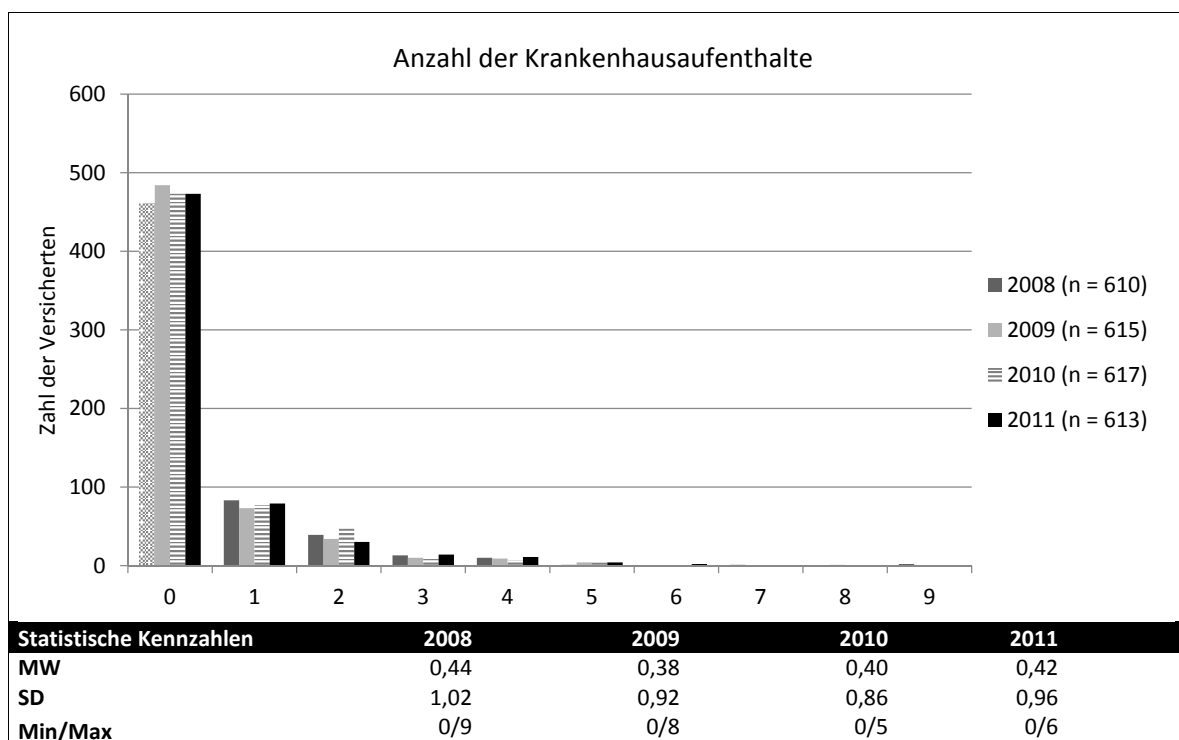
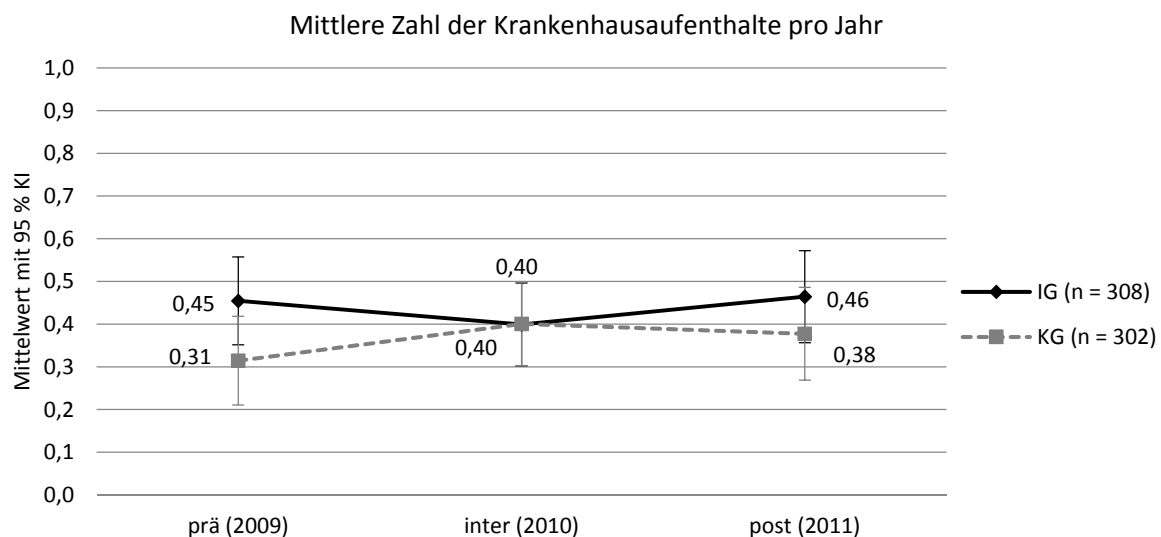


Abbildung 33: Häufigkeitsverteilung der und statistische Kennzahlen zur Zahl der Krankenhausbehandlungen 2008–2011 (eigene Berechnung und Darstellung)

Tabelle 29: Vergleich von statistischen Kennzahlen und Mittelwerten für jährliche Zahl von Krankenhausaufenthalten der Interventions- und Kontrollgruppe 2008–2011 (eigene Berechnung und Darstellung)

		Stichprobe		Teststatistik
		IG	KG	
2008	n	306	304	
	MW	0,48	0,40	
	SD	1,09	0,94	
	Min/Max	0/9	0/9	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	0,082 [-0,080; 0,244]		t (608) = 0,998, p = ,319
2009	n	309	306	
	MW	0,45	0,31	
	SD	1,03	0,78	
	Min/Max	0/8	0/5	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	0,143 [-0,002; 0,287]		t (575,148) = 1,934, p = ,054
2010	n	311	306	
	MW	0,40	0,40	
	SD	0,82	0,91	
	Min/Max	0/4	0/5	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	-0,006 [-0,143; 0,130]		t (615) = -0,093, p = ,926
2011	n	309	304	
	MW	0,46	0,38	
	SD	1,00	0,91	
	Min/Max	0/6	0/5	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	0,088 [-0,065; 0,240]		t (611) = 1,131, p = ,258



ANOVA (Zeit*IG/KG): $F = 1,050$, $p = ,347$

Abbildung 34: Verlaufsdiagramm der Zahl der Krankenhausaufenthalte vor, während und nach der Intervention für die Interventions- und Kontrollgruppe (N = 610, eigene Berechnung und Darstellung)

5.5.6 Krankenhauskosten

Analog zur Zahl der Krankenhausbehandlungen sind für über drei Viertel der Versicherten des Samples keine Krankenhauskosten in den einzelnen Jahren 2008–2011 angefallen. Die mittleren Kosten des gesamten Samples belaufen sich auf weniger als 1.000 EUR pro Jahr. Im zeitlichen Verlauf sinken die Kosten für stationäre Behandlungen zunächst im Jahr vor der Intervention (2009). In den darauffolgenden Jahren steigen sie wieder an (2010, 2011). Die Kosten sind sehr unterschiedlich hoch, bis zu maximal 31.500 EUR (2011) (vgl. Tabelle 30, Abbildung 35 und Abbildung 36).

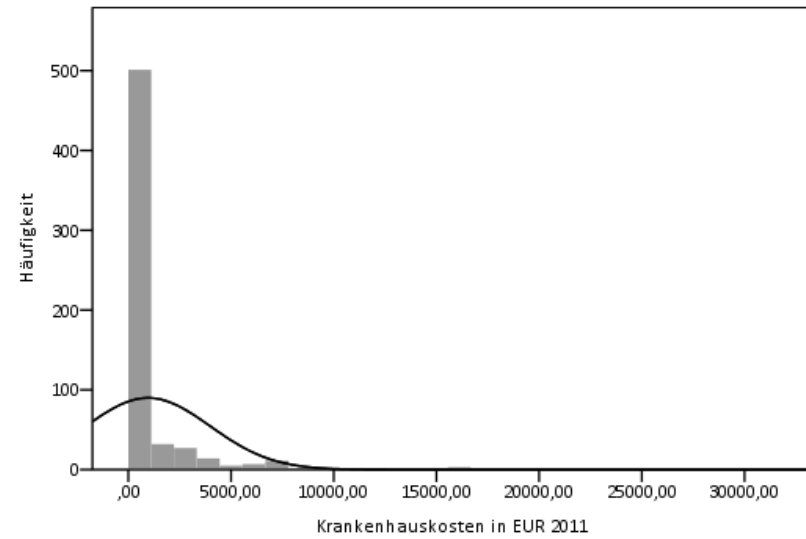
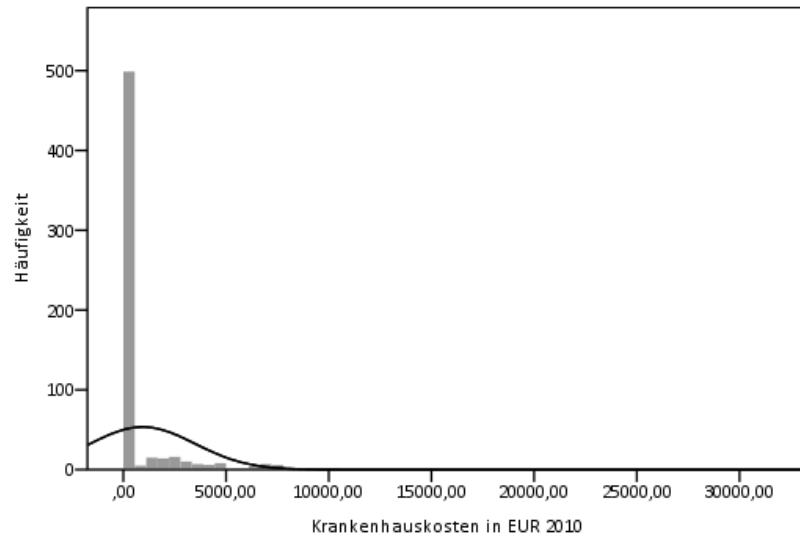
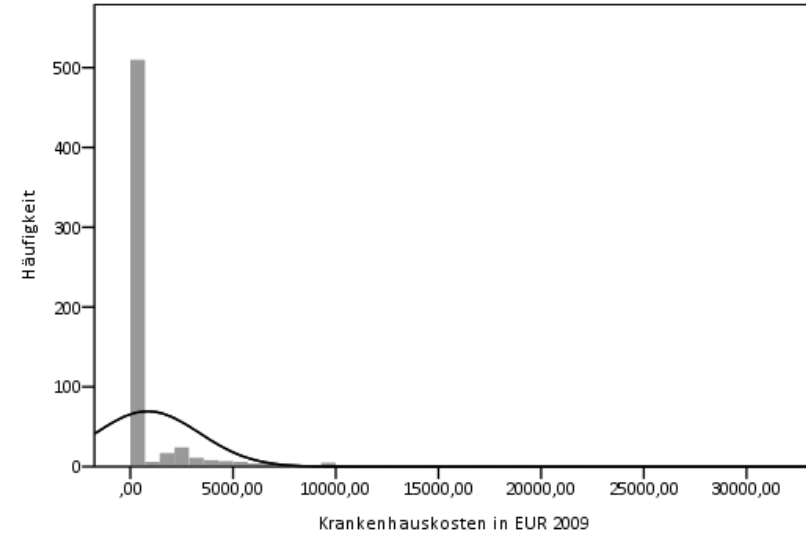
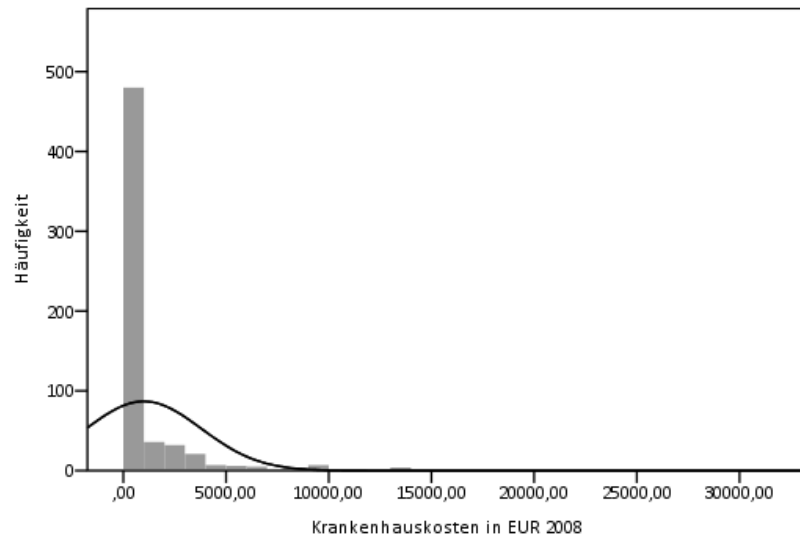


Abbildung 35: Werteverteilung der Kosten (EUR) von Krankenhausbehandlungen 2008–2011 (Histogramme mit Normalverteilungskurve; eigene Berechnung und Darstellung)

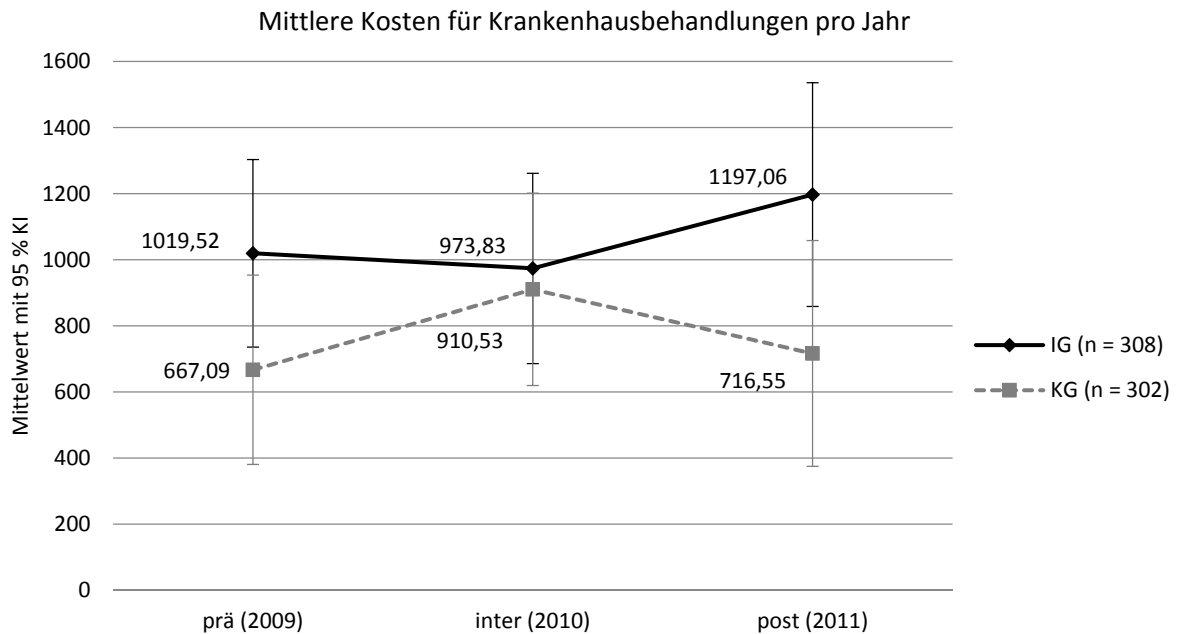
Tabelle 30: Statistische Kennzahlen zu Kosten (EUR) von Krankenhausbehandlungen 2008–2011 (eigene Berechnung und Darstellung)

	2008	2009	2010	2011
N	610	615	617	613
MW	989,26	838,17	932,13	954,47
SD	2804,13	2529,4	2559,54	3025,29
Min/Max	0/23.679,75	0/21.741,47	0/17.355,78	0/31.476,53

Die mittleren Krankenhauskosten der Kontrollgruppe sinken und steigen von Jahr zu Jahr zwischen durchschnittlich 700 EUR und 900 EUR. Während sie 2010 steigen, sinken sie im Jahr darauf (2011). In der Interventionsgruppe sinken sie zunächst vor und während der Intervention (2008–2010) geringfügig von etwa 1.100 EUR auf 970 EUR und steigen im Jahr nach der Intervention auf knapp 1.200 EUR. Zu allen Messzeitpunkten fallen im Mittel mehr Kosten für die stationäre Versorgung der IG an. Zwischen der IG und KG gibt es vor und während der Intervention keine signifikanten mittleren Unterschiede, im Jahr nach der Intervention (2011) ist die mittlere Differenz von gut 480 EUR statistisch signifikant ($p \leq ,05$; vgl. Tabelle 31). Die Betrachtung im zeitlichen Verlauf lässt einen Einfluss der Intervention auf die Kosten für Krankenhausbehandlungen vermuten. Die Entwicklung der Krankenhauskosten zwischen der IG und KG ist im zeitlichen Verlauf nicht signifikant unterschiedlich ($F(1,861, 1131,412) = 1,044, p = ,348$; vgl. Abbildung 36) und damit kann kein Effekt der Intervention auf dieses Outcome nachgewiesen werden.

Tabelle 31: Vergleich von statistischen Kennzahlen und Mittelwerten für jährliche Krankenhauskosten (EUR) der Interventions- und Kontrollgruppe 2008–2011 (eigene Berechnung und Darstellung)

		Stichprobe		Teststatistik
		IG	KG	
2008	N	306	304	
	MW	1093,19	884,65	
	SD	2963,65	2634,60	
	Min/Max	0/23478,83	0/23679,75	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	208,54 [-237,458; 654,544]		t (608) = 0,918, p = ,359
2009	N	309	306	
	MW	1016,22	658,37	
	SD	2810,88	2199,15	
	Min/Max	0/21279,92	0/21741,47	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	357,86 [-41,646; 757,358]		t (581,915) = 1,759, p = ,079
2010	N	311	306	
	MW	964,44	899,29	
	SD	2570,55	2552,11	
	Min/Max	0/15159,08	0/17355,78	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	-65,15 [-339,880; 470,177]		t (615) = -0,316, p = ,752
2011	N	309	304	
	MW	1193,19	711,84	
	SD	3296,36	2706,21	
	Min/Max	0/28000,62	0/31476,53	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	481,35* [3,268; 9,59,430]		t (592,090) = 1,977, p = ,048, r = ,081



ANOVA (Zeit*IG/KG): $F = 1,044$, $p = ,348$

Abbildung 36: Verlaufsdiagramm der Krankenhauskosten (EUR) vor, während und nach der Intervention für Interventions- und Kontrollgruppe (N = 610; eigene Berechnung und Darstellung)

5.5.7 Zusammenfassung

Für die betrachteten Outcomes der ambulanten und stationären Versorgung ist folgendes festzuhalten: Die Coachingteilnehmenden waren vor, während und nach der Intervention (2009–2011) signifikant häufiger in ambulanter Behandlung als die KG (mittlerer Unterschied von etwa 2 Erkrankungsfällen pro Jahr), ebenso waren die mittleren Kosten für ambulante ärztliche Behandlungen und Arzneimittel in der IG signifikant höher als in der KG. Zu beobachten war zudem, dass die mittleren Arzneimittelkosten der KG etwa konstant blieben, aber die der IG bis 2010 anstiegen und nach der Intervention geringfügig zurückgingen. Hinsichtlich der mittleren Zahl der Arzneimittelverschreibungen bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG, ihre Zahl entwickelt sich ähnlich. Die mittlere Zahl der Krankenhausbehandlungen ist für IG und KG ähnlich und bleibt über die Zeit etwa konstant. Die Coachingteilnehmenden sind im Mittel etwas häufiger in stationärer Behandlung als Versicherte der KG, im Interventionsjahr ist dies in beiden Gruppen gleich. Entsprechend sind die mittleren Kosten für Krankenhausbehandlungen der IG teils deutlich höher als die der KG, ein signifikanter mittlerer Unterschied besteht lediglich nach der Intervention (2011). Für den Interventionszeitraum ist zu beobachten, dass die mittleren Kosten für stationäre Versorgung in der IG währenddessen etwas sinken und in der KG steigen. Für keins der betrachteten Outcomes besteht ein nachweisbarer Effekt der Intervention auf die Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Behandlungen und deren Kosten. In der Betrachtung spiegeln sich keine einheitlichen Trends oder Effekte der Intervention wider. Während der Intervention sind Kosten und Leistungsanspruchnahme in der Interventionsgruppe überwiegend gesunken, stiegen jedoch im Folgejahr wieder. Arzneimittelkosten und -verschreibungen stiegen während des Interventionszeitraums an – möglicherweise in Folge verbesserter Adhärenz. Der Vergleich der Mittelwerte verdeutlicht unterschiedliche Niveaus von Kosten und Fallzahlen: Sie liegen in der Interventionsgruppe höher als in der Kontrollgruppe.

5.6 Explorative Analyse

Im dritten Analyseschritt erfolgt die explorative Datenauswertung. Diese orientiert sich nicht an der Prüfung von Hypothesen sondern geht ausdrücklich entdeckend vor. Im Fokus steht dabei die Frage, ob im Sample Subgruppen identifiziert werden können, die besonders von der Intervention profitieren und welche bekannten Faktoren ein Outcome wie Interventionserfolg, physische oder psychische Gesundheit, erklären können (vgl. Abbildung 10, S. 113). Aus Gründen der Lesbarkeit und Fokussierung auf zentrale Erkenntnisse werden die wesentlichen Ergebnisse beschrieben. Die vollständige Darstellung der explorativen Analysen ist in Anhang 48 nachzulesen.

5.6.1 Subjektiver Interventionserfolg (Zusammenfassung)

Welche Faktoren das Outcome „Subjektiver Interventionserfolg“ möglicherweise erklären können, wurde mittels Regressionsmodell geprüft. Dieses konnte jedoch nicht den subjektiven Interventionserfolg erklären ($R^2 = ,063$, korrigiertes $R^2 = ,026$). Lediglich die Variable „durchschnittliche Gesprächsdauer“ des Coachings zeigte einen signifikanten Einfluss (Modellgleichung: *Subjektiver Interventionserfolg* = $1,004 - 0,001 * \text{Durchschnittliche Gesprächszeit}$), der allerdings als gering einzustufen ist (Regressionskoeffizienten Beta = $-,184$). Der Zusammenhang ist negativ, d. h. je länger die mittlere Gesprächsdauer, desto höher ist der subjektive Interventionserfolg. Die anderen unabhängigen Variablen tragen nicht zur Erklärung des subjektiven Interventionserfolgs bei. Dieser kann also mit den vorliegenden Variablen nicht erklärt werden.

5.6.2 Subjektive Gesundheit und Lebensqualität (Zusammenfassung)

Bezüglich subjektiver Gesundheit und Lebensqualität wurden Unterschiede 1) zwischen den drei VMP sowie 2) zwischen VMP-spezifischen IG und KG untersucht. Der Vergleich der drei VMP hinsichtlich subjektiver Gesundheit und Lebensqualität verdeutlicht, dass die drei betrachteten Dimensionen körperliche, psychische und allgemeine Gesundheitswahrnehmung je nach Art der chronischen Erkrankung bzw. VMP (signifikant) unterschiedlich bewertet werden. Die körperliche Gesundheit wird von Versicherten des VMP für Komorbidität ($\bar{x} = 42,66$) signifikant schlechter bewertet als von Personen mit psychischen Erkrankungen ($\bar{x} = 46,12$) oder HKE ($\bar{x} = 45,34$) ($F(2, 615) = 5,482$, $p = ,004$, $\eta^2 = ,018$). Diese Gruppe beurteilt zwar ihre körperliche Gesundheit vergleichsweise am besten (höchster Mittelwert unter den VMP), ihre psychische Gesundheit allerdings am schlechtesten ($\bar{x} = 44,41$, niedrigster Mittelwert im Sample). Versicherte des VMP für HKE berichten hier jedoch kaum Einschränkungen ($\bar{x} = 53,36$), der Mittelwert für den psychischen Gesundheitsscore ist sogar etwas höher als der der Normstichprobe. Personen des VMP Komorbidität liegen dazwischen ($\bar{x} = 49,15$). Für die subjektive psychische Gesundheit bestehen erhebliche und signifikante Mittelwertunterschiede zwischen allen drei VMP ($F(2, 615) = 35,418$, $p \leq ,000$, $\eta^2 = ,103$).

Die allgemeine Gesundheitswahrnehmung bewerten Befragte des VMP für HKE etwas besser als die Befragten der VMP Komorbidität und psychische Erkrankungen ($\bar{x}_{\text{HKE}} = 60,24$, $\bar{x}_{\text{Komorb.}} = 54,08$, $\bar{x}_{\text{Psych. Erkr.}} = 55,58$; $F(2, 616) = 5,016$, $p = ,007$, $r = 0,127$). Insbesondere Versicherte des VMP für HKE nehmen ihre allgemeine Gesundheit im Mittel etwas besser wahr als die Versicherten der anderen VMP. Bezogen auf die wahrgenommene Gesundheitsentwicklung bestehen keine Unterschiede zwischen den drei Erkrankungsgruppen. Der Vergleich der IG und KG in den einzelnen VMP zeigt ein heterogenes Bild. Die subjektive körperliche Gesundheitswahrnehmung oder die allgemeine Gesundheitswahrnehmung bewerten die VMP-spezifischen IG und KG etwa gleich gut oder schlecht (n. s.). Allerdings bestehen Unterschiede zwischen der IG und KG mit psychischen Erkrankungen in der Bewertung der psychischen Gesundheitswahrnehmung sowie der Gesundheitsentwicklung: Die

Coachingteilnehmenden mit psychischen Erkrankungen nehmen ihre psychische Gesundheit signifikant und relevant schlechter wahr ($\bar{x} = 41,48$), als die entsprechende Kontrollgruppe ($\bar{x} = 47,31$, $F(2, 612) = 3,244$, $p = ,040$, $\eta^2 = ,010$). Für die anderen VMP sind diese Unterschiede nicht festzustellen. Hinsichtlich der Gesundheitsentwicklung bestehen signifikante Unterschiede in der Häufigkeitsverteilung ($X^2_{HKE}(2) = 9,289$, $p = ,010$, Cramér's $V = ,212$; $X^2_{Komb.}(2) = 33,782$, $p \leq ,001$, Cramér's $V = ,403$; $X^2_{Psych. Erkr.}(2) = 18,160$, $p \leq ,001$, Cramér's $V = ,298$). Alle VMP-spezifischen IG bewerten ihre Gesundheitsentwicklung im Vergleich zum Vorjahr signifikant besser als die entsprechenden KG.

5.6.3 Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und Kosten in Interventions- und Kontrollgruppe (Zusammenfassung)

Explorativ wird der Frage nachgegangen, ob sich einzelne VMP hinsichtlich der Outcomes zur Leistungsanspruchnahme und zu Kosten voneinander unterscheiden. Dazu werden die IG und KG differenziert nach VMP betrachtet – 1) sowohl hinsichtlich möglicher Unterschiede zu einzelnen Messzeitpunkten, 2) als auch hinsichtlich unterschiedlicher Entwicklungen über die Zeit.

Ad 1) Zwischen den VMP-spezifischen Gruppen bestehen für einzelne Variablen zu den einzelnen Messzeitpunkten und für einzelne Subgruppen signifikante Mittelwertunterschiede. Hieraus lassen sich jedoch keine Trends oder Erkenntnisse ableiten. Es fallen Unterschiede zwischen dem Niveau der Kosten und der Leistungsanspruchnahme auf: Versicherte des VMP Komorbidität haben im Mittel die höchsten Kosten und die höchste Leistungsanspruchnahme für ambulante ärztliche Behandlungen und Arzneimittelversorgung. Psychisch Erkrankte haben die zweithäufigsten Erkrankungsfälle. Auf die Versichertengruppe mit HKE entfallen ebenfalls im Mittel hohe ambulante ärztliche Behandlungskosten sowie eine hohe Zahl von Arzneimittelverschreibungen. Die geringsten Krankenhauskosten entfallen auf Versicherte des VMP für psychische Erkrankungen.

Ad 2) Über die Zeit betrachtet ergeben sich kaum signifikant unterschiedliche Entwicklungen der Outcomes zwischen VMP-spezifischen Interventions- und Kontrollgruppen. Lediglich für ambulante Arztkosten und Arzneimittelkosten konnte festgestellt werden, dass sie sich zwischen IG und KG des VMP für HKE signifikant unterschiedlich entwickeln: Die mittleren ambulanten Arztkosten sinken während der Intervention und steigen im Jahr danach bei den Coachingteilnehmenden an. In der Kontrollgruppe hingegen steigen die mittleren Arztkosten im Jahr 2010 und sinken im darauffolgenden Jahr (2011) ($F(1,837, 371,094) = 4,560$, $p = ,013$, $\eta^2 = ,022$). Die mittleren Arzneimittelkosten der IG steigen sowohl während als auch nach der Intervention an. Für die Kontrollgruppe steigen sie zunächst im Jahr 2010 und sinken daraufhin wieder ($F(1,043, 210,756) = 4,407$, $p = ,035$, $\eta^2 = ,021$).

6 Diskussion

6.1 Methodendiskussion

6.1.1 Stand der Forschung und Entwicklung und theoretischer Hintergrund

Der Stand der Forschung und Entwicklung wurde für telefonisches Gesundheitscoaching bei chronischen Erkrankungen aufgearbeitet. Dazu wurden relevante (wissenschaftliche) Datenbanken nach internationalen und nationalen Publikationen durchsucht und systematisch gesichtet (PICO). Trotz definierter Ein- und Ausschlusskriterien ist eine Vergleichbarkeit der Studien auf Grund der Komplexität und der Unterschiede hinsichtlich Interventionen und Methoden kaum möglich. Aktuelle Weiterentwicklungen von Coachinginterventionen wurden daher nicht berücksichtigt, wie z. B. die Kombination mit Online-Angeboten, Applikationen auf dem Smartphone, SMS, persönlichen Gesprächen oder mit telemedizinischen Anwendungen, obwohl diese Kommunikationsformen zukünftig an Bedeutung gewinnen. Der Fokus der Recherche lag nicht auf Determinanten von Gesundheitscoaching, auch wenn dies für Messung und Erklärung der Intervention relevant ist. Zur Schließung der Forschungslücke, die in vielen Publikationen aufgezeigt wird, trägt sie also nicht bei (z. B. Hutchison & Breckon, 2011). Diese möglichen Limitierungen der Recherche schätzt die Autorin für die Bewertung des Forschungsstands als gering ein. Als mögliche theoretische Grundlagen für telefonisches Gesundheitscoaching sind geeignete, akzeptierte und „traditionelle“ Theorien skizziert worden. Die wesentlichen Aspekte wurden zwar in der Arbeit genannt, eine passende und umfassende oder geprüfte Theorie scheint es aber nicht zu geben. Auf Grund der Anwendungsorientierung des Forschungsvorhabens wurde auf eigene theoretische Überlegungen verzichtet. Diese komplexe Intervention mit vielen Einflussfaktoren zu durchdringen, erfordert einen eigenen wissenschaftlichen Diskurs. Langfristig kann ein solcher Prozess die Entwicklung evidenzbasierter Coachingtechniken fördern, einschließlich der Identifikation von Prädiktoren für den Erfolg und Misserfolg der Intervention. Da telefonisches Gesundheitscoaching als zusätzliche und freiwillige Leistung von Krankenkassen angeboten wird, wurden ihre Rolle, Aufgaben und Weiterentwicklung zwecks Einordnung in das Gesundheitssystem aufgearbeitet.

Zur Bewertung der Studienlage bzw. zur Durchführung von Studien sind grundlegende methodische Herausforderungen zu beachten: Telefonisches Gesundheitscoaching ist eine komplexe Intervention, die komplexe Evaluationsdesigns erfordert. RCTs und outcomeorientierte Wirksamkeitsstudien analysieren lediglich einzelne Aspekte. Für die Evaluation ist eine große Spannweite von Determinanten und Outcomes erforderlich, um medizinische, krankheitsspezifische Effekte (z. B. Blutdruck oder BMI) sowie Veränderungen bezüglich Verhaltensmustern (z. B. Bewegungssteigerung, Vorsorgeleistungen, Adhärenz) oder der Fähigkeiten und Kompetenzen zu messen. Neue Instrumente und Definitionen von (un-)erwünschten medizinischen und nicht-medizinischen Outcomes sind zu entwickeln, um die Wirkung von telefonischem Gesundheitscoaching mit geeigneten Messkriterien zu untersuchen. Klinische Outcomes greifen häufig zu kurz, da sie die umfangreichen Versorgungsbedürfnisse nicht erfassen und/oder für die Zielgruppe der chronisch Erkrankten ungeeignet sind (Rosenbach & Ewers, 2012; Hutchison & Breckon, 2011). Auch mehr Transparenz über Vorgehen und Qualitätssicherung des Coachings wären hierfür zentral. Ferner ist zu überlegen, wie gesundheitliche Verbesserungen, die stetige Verschlechterung des Gesundheitszustands und andere gesundheitliche Probleme als die chronische Erkrankung (VMP), die damit nicht Gegenstand des Coachings sind, berücksichtigt und gemessen werden können. Denkbar wäre die Messung der Risikoreduktion, die für die Teilnehmenden gleichzeitig Ziel und Nutzen bedeuten würde. Dies setzt allerdings voraus, den Zusammenhang von Risikoreduktion und den dazu erforderlichen (Verhaltens-)Veränderungen besser zu kennen bzw. zu untersuchen (Simmons, Griffin, Steele, Wareham & Ekelund, 2008).

Mit komplexen Designs sollen die reale Versorgungspraxis untersucht und mehrere Änderungen gleichzeitig betrachtet werden können. Damit wird zwar die Versorgungsrealität – d. h. die Bedingungen der Regelversorgung – besser abgebildet, es ist jedoch schwieriger Effekte zu messen, weil die Studienpopulation breit ist und die betrachteten Outcomes wahrscheinlich interagieren (u. a. Patja et al., 2012; Jeffery et al., 2003). Zudem kann auch der Implementationsprozess in der Versorgungspraxis betrachtet und daraus Schlüsse für die Gestaltung des Coachings gezogen werden. Es gibt allerdings kaum Studien zur Integration von Gesundheitscoaching in die Regelversorgung und wie Coaching in den Versorgungsprozess insgesamt passt (Butterworth et al., 2007; Valanis, 2003). Auch für Deutschland sind Effektivität und Effizienz für Gesundheitscoaching bisher nur unzureichend belegt (SVR, 2012a). Gerade auch zu Kosten und Kosten-Nutzen-Verhältnissen fehlen bislang aussagekräftige und umfassende Studien. Dabei ist die Höhe der Kosten für die Intervention abhängig von ihrer Umsetzung und kann erheblich variieren (Digenio et al., 2009). Diese Herausforderungen erschweren es, die Effekte, Effektivität und Effizienz zu bewerten und zu vergleichen (Kivelä et al., 2014; Suksomboon et al., 2014; Teeter & Kavookjian, 2014; Hutchison & Breckon, 2011; Olsen & Nesbitt, 2010). Eine verbesserte Evidenzlage erfordert eine bessere Studienqualität und mehr Transparenz für die Vergleichbarkeit der Studien (z. B. Reproduzierbarkeit, Skalierbarkeit, Operationalisierung der Definitionen, ggf. Randomisierung, ausreichende Power und Größe der Stichprobe, Ausschluss und Kontrolle von Confoundern, Transparenz hinsichtlich Ein- und Ausschlusskriterien, Methoden, Settings, Outcomes) (Goode et al., 2012; Taggart et al., 2012; Hutchison & Breckon, 2011; Newnham-Kanas et al., 2009; Dale et al., 2008; Butterworth et al., 2007; Eakin et al., 2007; Bunn et al., 2005; Stober & Parry, 2005; Norris, 2001). Diese umfassenden Anforderungen an Forschung, Entwicklung und Evaluation entsprechen denen der Prävention und Gesundheitsförderung, die bisher auch kaum für andere, ältere und vergleichbar komplexe präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen erfüllt wurden. Es ist festzuhalten, dass es die Wahl des einen „richtigen“ Studiendesigns nicht geben kann.

6.1.2 Studiendesign zur Evaluation von Weitblick

Ziel ist die Untersuchung des Nutzens von telefonischem Gesundheitscoaching für Versicherte und Krankenkasse. Die Möglichkeiten der Datenerhebung und der Wahl der erhobenen Daten beruhen auf den Gegebenheiten der bereits laufenden Intervention und den versorgungspraktischen Möglichkeiten der Heimat Krankenkasse. Dies hat Limitationen für Datenerhebung und -bereinigung zur Folge, die in einer anwendungsorientierten Forschung kaum zu vermeiden und in diesem Kontext auch eher akzeptiert sind (Döring & Bortz, 2016). So konnten Confounder nicht gemessen oder in den Analysen kontrolliert und keine Rückschlüsse auf die Wirkung der Intervention gezogen werden. Der Vorteil dieses Vorgehens ist, dass die hier betrachtete Intervention unter realen Bedingungen durchgeführt und evaluiert wird (Antes et al., 2016; Donner-Banzhoff et al., 2013; Schmacke, 2011; Coombes, 2010; Thorogood & Coombes, 2010a; Kliche et al., 2006; Widmer, 2006; Rush et al., 2004; Campbell et al., 2000).

6.1.2.1 Quantitative Teilstudie

Die Identifizierung von Programmteilnehmenden erfolgte mit Routinedaten. Auf die Einbindung weiterer relevanter Informationen wurde verzichtet, sie wäre mit einem erheblichen und nicht vertretbaren Aufwand verbunden gewesen. Die vollständige Verfügbarkeit der Routinedaten bestand erst im Folgejahr, so dass Planung und Implementation von Maßnahmen ohne aktuelle Datengrundlage erfolgen. Zwischenzeitig konnten sich Morbidität und Krankheitsrisiken ohne Intervention deutlich verändern. Hierin können Gründe für die Unterschiede zwischen IG und KG liegen. Ferner sind Determinanten für eine Programmteilnahme und für Gesundheit nicht erfasst. Dies schränkt die Übertragbarkeit

und Erklärungsmöglichkeiten der Ergebnisse ein. Es bedeutet, dass das Matching der IG und KG unzureichend ist, obwohl die Parallelisierung der Gruppenmerkmale (matched groups) anhand der wenigen verfügbaren Merkmale erfolgreich war und der Erhöhung der internen Validität diente (West et al., 2014; Bortz & Döring, 2006). Weiterhin ist die Vergleichbarkeit auf Grund eines Freiwilligenbias sowie unbekannter Confounder – sowohl für die Teilnahme am Coaching als auch an der Evaluationsstudie (IG und KG) – limitiert (West et al., 2014; Bortz & Döring, 2006). Typischerweise nehmen bei freiwilligen, telefonischen Befragungen eher Personen teil, die stark am Thema interessiert sind, ein höheres Bildungsniveau haben, sozial privilegiert und weiblich sind (Selbstrekrutierung, Freiwilligenbias) (Schnell, Esser & Hill, 2013; Neugebauer & Porst, 2001). Demnach kann sich eine Gruppe auf Grund der freiwilligen Teilnahme am Programm z. B. hinsichtlich Lebensstil oder familiärem Risiko von der anderen Gruppe unterscheiden. Zudem determiniert der Zeitpunkt des Anrufs welche Personengruppen erreicht werden. Es ist anzunehmen, dass erwerbstätige und jüngere Versicherte schwerer zu erreichen waren (Bortz & Döring, 2006). Ein „Zugangskonzept“ zur Zielgruppe, das Kenntnisse der Adressaten, Einflussfaktoren und eine angemessene Ansprache berücksichtigt sowie Selektionseffekte vermeiden hilft, lag nicht vor (Walter & Jahn, 2015). Ferner besteht bei dem gewählten Vorgehen keine Möglichkeit die subjektive Risikowahrnehmung und wahrgenommene Kompetenz der angesprochenen Versicherten zu erfassen. Diese zeigten sich jedoch als wesentliche Barrieren für die Teilnahme an einer Maßnahme (ebd.). Der insgesamt hohe Anteil von Frauen in der Stichprobe (61%) ist ein Hinweis auf einen möglichen Bias durch die postalische und telefonische Rekrutierung sowie durch die freiwillige Teilnahme an einer gesundheitsbezogenen Intervention und Studie.

Des Weiteren ist das Phänomen der Regression zur Mitte zu beachten. Demnach folgen auf einen häufig zufällig extremen Messwert oft Messungen mit eher durchschnittlichen Werten, ohne dass eine Veränderung vorgenommen wurde (Zwingmann & Wirtz, 2005; Cousins et al., 2002). Dieses Phänomen könnte die Auswahl von Versicherten beeinträchtigen (Auswahl zufällig extremer Merkmalsausprägungen). Ferner ist zu beachten, dass Hochrisiko- und Hochkostengruppen anhand von Routinedaten deutlich unterschätzt werden (Behrend et al., 2007). Folglich werden nicht alle richtigen und nicht alle Hochrisiko- und Hochkostenfälle für die Intervention identifiziert. Dies kann die Bewertung ihrer Wirksamkeit beeinflussen und den Nachweis ihres Nutzes erschweren (Dixon & Bardsley, 2012; Behrend et al., 2007; Zwingmann & Wirtz, 2005). Die Zielgruppe des Coachings ist eine selektive Versicherten-Gruppe, die nicht repräsentativ zur Versichertenpopulation ist. Hierauf bezieht sich die externe Validität. Für die definierte Zielgruppe des Programms ist eine gute Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse anzunehmen. Wichtig ist, dass potenzielle Programmteilnehmende nicht systematisch an der Teilnahme gehindert werden und möglichen Barrieren entgegen gewirkt wird. Da nur wenige soziodemografische Merkmale einbezogen werden konnten, ist kaum zu bewerten, ob und auf welche anderen Versichertenpopulationen die Ergebnisse übertragbar wären. Ein weiterer möglicher Bias liegt in der spezifischen Versichertenstruktur der Heimat Krankenkasse als Betriebskrankenkasse. Historisch bedingt spiegeln BKKn nicht die gesellschaftlichen und sozioökonomischen Strukturen wider. Merkmale chronisch erkrankter Versicherter, die mit demselben Algorithmus identifiziert würden, wären aber vermutlich über alle Kassenarten hinweg ähnlich. Trotz Limitationen sind Routinedaten und darauf angewendete Algorithmen geeignete, durchführbare und ressourcenschonende Verfahren für die Teilnehmerauswahl. Es wäre allerdings mehr Transparenz für den angewandten Algorithmus wünschenswert (Morbiditätsclusterung mit DxCG-Risk-Score).

Die berücksichtigten Daten beinhalten mögliche bzw. erwartete Outcomes der Intervention (subjektive Bewertungen der Coachingteilnehmenden, nutzerorientierte Outcomes, Routinedaten). Reliablere erfolgsabhängige und klinische Endpunkte wurden kaum verwendet (Nolte et al., 2013). Sie hätten dazu beigetragen, die komplexe und multiple Morbidität bei der Teilnehmerauswahl und im Coachingprozess zu berücksichtigen sowie die sich wiederholenden Aushandlungsprozesse von Prioritäten zwischen Gesundheitsfragen, medizinischen Leitlinien, individuellen Werten und sozialem Leben abzubilden, auch wenn ihr Einfluss noch nicht vollständig bekannt ist (Walker et al. 2011). Diese Forschungslücke wird von dieser Teilstudie nicht beleuchtet, da umfangreiche und aufwändige Datenerhebungen während der Intervention erforderlich gewesen wären. Denkbar ist, dass dies zukünftig mit der Dokumentation des Coachings erfolgen könnte.

Der Datensatz der telefonischen Befragung liegt beinahe vollständig vor, jedoch keine Informationen über die Responserate. Eine stichprobenartige Kontrolle bzw. Beobachtung des Erhebungs- und Dokumentationsverfahrens erfolgte nicht, ebenfalls keine spezifische Schulung der Interviewerinnen und Interviewer, die bereits geschult und erfahren im telefonischen Umgang mit Versicherten sind. Der Datenschutz wurde durch die Anonymisierung der Versicherten mittels Schlüssel-ID sichergestellt und nur die zur Auswertung notwendigen Informationen übermittelt. Damit sind die wesentlichen wissenschaftlichen und ethischen Forschungsstandards eingehalten worden (Döring & Bortz, 2016).

Bei der *Datenauswertung* wurden die Testvoraussetzungen für Untersuchungen geprüft und bei Bedarf korrigierte Werte berichtet (z. B. bei Verletzung der Sphärizitätsannahme). Der Umgang mit Verletzungen von Voraussetzungen für Testverfahren (z. B. Normalverteilung, Varianzhomogenität) sowie der Verbleib von Ausreißern und Extremwerten im Datensatz wurden jeweils erläutert und begründet. Die getroffenen Annahmen zur Normalverteilung der unabhängigen Variablen (zentraler Grenzwertsatz) sowie zur Varianzhomogenität (Vernachlässigung wegen gleicher Gruppengröße) können kritisiert werden, sind aber von der Autorin wohlüberlegt. Für die Datenauswertung wurden parametrische Tests verwendet, obwohl die Verteilungen der Werte häufig nicht-parametrische Tests indizierten. Zwar sind für die Analyse der Kosten nicht-parametrische Tests auf Grund der großen Variabilität der Werteverteilung empfohlen, parametrische Verfahren sind aber nicht ausgeschlossen (Heyse, Cook & Carides, 2005). Eine Limitierung der Aussagefähigkeit ist dennoch anzunehmen, dies betrifft auch die begrenzten Aussagefähigkeiten zu kausalen Zusammenhängen von Variablen (interne Validität, s. o.) sowie eine meist geringe Effektstärke. Rückschlüsse auf die Wirkung der Intervention sind nur sehr begrenzt möglich, nicht zuletzt auf Grund der eingeschränkten Eignung von Routinedaten für Evaluationen.

Der Stichprobenumfang (N = 619) kann als ausreichend und die statistische Validität als gut bewertet werden (Döring & Bortz, 2016). Die theoretisch-sachlogischen Annahmen zu den Wirkrichtungen (insbesondere in den Regressionsmodellen) können trotz sorgfältiger Prüfung nach dem Forschungs- und Entwicklungsstand falsch sein. Die Gütekriterien der Skala zum Interventionserfolg sind zwar als gut zu bewerten, allerdings sind die Einzelitems der Zufriedenheitsbefragung nicht validiert und Deckeneffekte wahrscheinlich. Die Skala veranschaulicht dennoch die Nutzenwahrnehmung der Intervention durch die Teilnehmenden.

Außer den *soziodemografischen Basisangaben* zu Alter und Geschlecht der Versicherten sind keine weiteren Daten zu Determinanten von Gesundheit in den *Routinedaten* enthalten. Auch die zugeordnete „Indikation“ bzw. das VMP basiert auf Selektion und Zusammenfassung von Routinedaten. Die

routinedatenbasierten Kennziffern Risikoprognose und Versorgungsmanagementkategorie geben Hinweise zum Gesundheitszustand. Ihre Berechnungen sind nicht transparent und können daher für die Evaluation nicht auf Richtigkeit und Verlässlichkeit von der Autorin geprüft werden (begrenzte Validität). Des Weiteren berücksichtigt die Risikoprognose vornehmlich stationäre Behandlungen und Kosten. Mögliche Effekte zu diesen Outcomes waren allerdings in der vorliegenden Analyse auf Grund der geringen Krankenhausfälle nicht messbar. Die Informationslücke zu soziodemografischen Daten sowie unbekannte und nicht kontrollierbare Confounder schränken die Möglichkeiten der Evaluation und Aussagekraft der Ergebnisse ein. Ein Vorteil der Routinedaten ist die kontinuierliche Messung der Versorgungsleistungen und -kosten. In dieser Studie ist der Nachweis von Einflüssen durch Interventionen bedingt möglich, da die Daten nicht diagnosespezifisch zugeordnet wurden. Alle im Messzeitraum angefallenen Kosten und Leistungen sind unabhängig von der Krankheitsursache zusammengefasst. Diese unzureichende Spezifität sowie nicht auszuschließende Einflüsse führen zu einer geringen Bewertung der *internen Validität*. Aus denselben Gründen kann keine Kosten-Wirksamkeits-Analyse durchgeführt werden. Das Studiendesign ermöglicht es, unterschiedliche Entwicklungen der Kennzahlen zwischen IG und KG zu untersuchen. Gründe für Unterschiede können aber nur vermutet werden. Des Weiteren setzt eine Interpretation der Leistungsanspruchnahme und -kosten zunächst die Bewertung der Veränderungen im Einzelfall voraus (Steigerung, Reduktion oder Beibehaltung von Leistungen oder Kosten). In der vorliegenden Aufbereitung kann nicht Über-, Unter- oder Fehlversorgung der Versicherten geurteilt werden, ebenso wenig über Wirkungen des Coachings. Die entsprechenden Mittelwerte würden durch die Korrekturen von Über- und Unterversorgung unverändert bleiben und damit keine möglichen Effekte gemessen werden. Die Betrachtung der Routinedaten anhand von Mittelwerten über die Zeit allein zeigt also nicht unbedingt, ob sich die Versorgung insgesamt verändert hat oder konstant bleibt.

Die Grundlagen des Eingangsassessments zur Einschätzung einer *Risikoklasse* durch den Dienstleister Sanvartis zu Beginn der Intervention sind nicht bekannt und können daher nicht bewertet werden. Die Risikoklasse indiziert zwar zunächst den Umfang des Coachings, im Verlauf wird diese aber an den tatsächlichen und ggf. veränderten Bedarf angepasst. Veränderungen sind nicht auf verwendbare Weise für die Evaluation dokumentiert worden. Die Kennzahl ist wenig spezifisch und kann durch geringe Varianz nicht zur Erklärung von Outcomes beitragen. Sie dient vornehmlich planerischen Zwecken für die Durchführung des Coachings.

Der SF-36 Health Survey ist ein valides und reliables Instrument zur Messung *subjektiver, gesundheitsbezogener Lebensqualität*. Seine Konstruktvalidität ist hoch (Döring & Bortz, 2016). Die Vollständigkeit des Datensatzes ist erfüllt und wichtig für die adäquate Berechnung der Summen- und Subskalen des SF-36 Health Surveys. Der Vergleich von subjektiver Gesundheit und Lebensqualität zwischen IG und KG kann keinen kausalen Zusammenhang zwischen Intervention und Outcome nachweisen. Unterschiede zwischen den beiden Gruppen können bereits vor der Intervention bestanden haben und ggf. Teilnahmebereitschaft und Veränderungswillen beeinflusst haben (Bias). Veränderungen bzw. Effekte des Coachings für die Zielgruppe chronisch Erkrankter mit niedrigeren Zielwerten kann das Instrument nur schwer erfassen (Sensitivität) und sind daher möglicherweise nicht gemessen worden (Bullinger & Kirchberger, 1998). Die *interne Validität* ist daher nicht gegeben (Döring & Bortz, 2016). Dieses Outcome ist für die Evaluation als Proxy für die Effektivität der Maßnahmen relevant.

Die Items der *Zufriedenheitsbefragung* wurden überwiegend vollständig beantwortet. Die Fragen sind jedoch nicht validiert. Die Reliabilität der Summenskala für „subjektiven Interventionserfolg“ ist mit Cronbach's $\alpha = ,832$ als hoch zu bewerten. Kritisch einzuschätzen ist die Formulierung der Frage 15

nach Kompetenz und Verständlichkeit der Coaches, da diese zwei unterschiedliche Aspekte enthält. Die Antworten auf die offene Fragestellung wurden von den Mitarbeitenden in eigenen Worten dokumentiert. Damit wurde bereits ein Auswertungsschritt vorgenommen (Zusammenfassung der Aussagen und Formulierung in der dritten Person) und kann aus folgenden Gründen beeinflusst worden sein: a) Bedeutungsverschiebung durch Formulierung der Mitarbeitenden, b) die Versicherten passen ihre Antworten ggf. auf Grund eines vermuteten Abhängigkeitsverhältnisses der interviewenden Person oder sozialer Erwünschtheit an, c) die zuvor gestellten Fragen zu Weitblick beeinflussen die Richtung der Antworten. Da die inhaltlichen Aussagen zum Programm von Interesse sind und weniger die Wortwahl der Versicherten, sind diese möglichen Einflüsse als gering und wenig relevant zu bewerten. Zufriedenheitsbefragungen sind allerdings auf Grund von Deckeneffekten und Verzerrungen häufig wenig aussagekräftig. Viele Befragte vermeiden kritische Antworten und neigen zu konformem Verhalten, orientiert an verbreiteten Normen und Erwartungen (soziale Erwünschtheit) (Bortz & Döring, 2006). So antworten Personen tendenziell zustimmend (Akquieszenz), andere wiederum ablehnend (Nein-sage-Tendenz) oder sie möchten sich nicht festlegen und wählen eine mittlere Kategorien (Häder, 2010; Bortz & Döring, 2006). Insbesondere ältere Menschen geben häufig hohe Zufriedenheitsbewertungen ab, vermeiden Negativkategorien und neigen zu sozial erwünschtem Antwortverhalten (Lamnek, 2010; Spiegel, 2005; Knesebeck & Lüschen, 2000). Diese Verzerrungen gelten auch für Patientenzufriedenheit im Gesundheitswesen und betreffen damit ebenfalls die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung (Neugebauer & Porst, 2001).

6.1.2.2 Qualitative Teilstudie

Methodik, Methode und Ergebnisse des qualitativen Forschungsprozesses sind systematisch und nachvollziehbar beschrieben sowie regel- und theoriegeleitet durchgeführt worden (Helfferich, 2011). Reliabilität wurde erreicht, indem Erhebung und Auswertung von derselben Person durchgeführt wurden (Flick, 2012). Die Interkoderreliabilität ist verringert, da die Analyseschritte von einer einzelnen Person ohne reflexive Verständigung am Material durchgeführt wurden (Mayring, 2005). Zur Plausibilisierung erfolgte ein regelmäßiger Austausch mit anderen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, Doktor-mutter und dem Kooperationspartner Heimat Krankenkasse. Weiterhin hat die Interviewerin mit offenen Fragestellungen, geringem Redeanteil und Nachfragen bei unklaren oder mehrdeutigen Aussagen versucht, eine hohe Validität bei der Datenerhebung sicherzustellen, d. h. inhaltliche Steuerungen und Beeinflussung der Coaching-Teilnehmenden zu vermeiden und Aussagen der Befragten richtig zu verstehen und einzuordnen (Przyborski & Wohrab-Sahr, 2014; Flick, 2012).

Feldzugang und Rekrutierung von Studienteilnehmenden erfolgten durch ein postalisches Anschreiben und ggf. zusätzliche telefonische Kontaktaufnahme durch die Heimat Krankenkasse. Bei der telefonischen Nachrekrutierung wurde die Zusammensetzung des bisherigen Samples berücksichtigt und ein etwa ausgeglichenes Geschlechterverhältnis erreicht. Die Verständlichkeit des Anschreibens ist verbesserungswürdig. Möglicherweise waren die Erwartungen an die Teilnehmenden unklar formuliert oder es bestand Sorge wegen Überforderung, mangelndem Wissen oder des sensiblen, privaten Themas Gesundheit und Krankheit. Die Interviewerin klärte im ersten Telefonat über das Vorhaben auf, versuchte geäußerte Bedenken zu entkräften und zögernde Versicherte zu einer Teilnahme zu motivieren. Die bereits erläuterten möglichen Verzerrungen auf Grund der schriftlichen und telefonischen Kommunikation gelten ebenfalls für diese Teilstudie (s. o.).

Die Größe des *Samples* der Teilstudie ($n = 8$, Alter ≥ 60 Jahre, nicht erwerbstätig) ist für das Studienvorhaben als angemessen einzuschätzen und ihre Zusammensetzung ist nach den bekannten soziodemografischen Aspekten (Alter, Geschlecht, Erwerbstätigkeit) und Krankheitsart (VMP HKE) homogen

(Helfferrich, 2011). Morbiditätsspektrum, Fähigkeiten, Einschränkungen und Gesundheitsverhalten unterscheiden sich erheblich voneinander. Diese Heterogenität erfüllt das Gütekriterium der inneren Repräsentation (Stichprobe mit möglichst unterschiedlichen Fällen) und verbessert die Aussagekraft der Daten (Helfferrich, 2011; Berger & Lenz, 2006; Neugebauer & Porst, 2001). Die zuvor festgelegten Merkmale für das Sampling wurden beim Anschreiben der Versicherten und bei der telefonischen Nachfassaktion berücksichtigt. Für die rekrutierte Zielgruppe Älterer ist die gewählte Erhebungsmethode sehr gut geeignet (Lamnek, 2010). Die Ergebnisse sind gültig für die selektive Interviewgruppe (Ältere mit HKE, nicht erwerbstätig, Rekrutierungsmethoden) mit ihrer Lebenslage, ihrem Erfahrungshintergrund und ihrem spezifischen Verständnis von Gesundheit und der Aufgaben des Sozialversicherungssystems. Das Sample spiegelt nicht die Teilnehmerstruktur der gesamten Weitblickkohorte wider, sondern die Lebenslage der über 60-jährigen, nicht erwerbstätigen Erwachsenen und deren spezifischer Bedarfs- und Bedürfnislage. Dies beschränkt die Übertragbarkeit der Ergebnisse. Die Ergebnisse tragen zur Annäherung an die Fragestellung bei, auch wenn eine theoretische Sättigung nicht erreicht wurde. Auf Grund der Heterogenität des Krankheitsspektrums wäre eine Vielzahl weiterer Interviews erforderlich, das mit den Rahmenbedingungen des Studienvorhabens nicht vereinbar war (Forschungsökonomie, Grenzen der Qualifikationsarbeit, Grenzen des Feldzugangs und der Ressourcen der Heimat Krankenkasse).

Die Anwendung des *Interviewleitfadens* zeigte, dass dieser für seinen Zweck geeignet ist und ein ausreichend breites Themenspektrum angesprochen wird. Der Verzicht auf einen expliziten Pretest kann daher im Nachhinein als akzeptabel und forschungsökonomisch bewertet werden. Der Zeitpunkt für die Durchführung der Experteninterviews war gut geeignet: Die zeitliche Nähe zwischen Programmende und dem Interviewzeitpunkt ermöglichte es den Befragten, sich an die Intervention zu erinnern, ihren Nutzen auf Grund eines gewissen zeitlichen Abstands zu reflektieren und in die Bewertung mit einzubeziehen (Bortz & Döring, 2006; Neugebauer & Porst, 2001). Im einführenden Gespräch war neben dem Studienvorhaben die Klärung der Rolle der Interviewerin als Doktorandin der Universität Bielefeld erforderlich. Die wissenschaftliche Untersuchung als Kooperation zwischen Heimat Krankenkasse und Universität Bielefeld wurde begrüßt, stieß auf Akzeptanz und förderte nach Einschätzung der Interviewerin überwiegend (sehr) offene Gespräche. Die geplante Dauer von 30-45 min verlängerte sich auf etwa 60 min pro Interview. Dies und die Bereitschaft zur Studienteilnahme lassen auf großes Interesse der Befragten am Forschungsgegenstand schließen. Die Mehrheit der Befragten zeigte sich auch bei komplexeren Fragen bemüht, diese zu verstehen und (ausführlich) zu beantworten sowie ihre Argumente, Meinungen und Positionen zu begründen. Allerdings war der Gegenstand der Interviews für die Befragten teils schwer zu fassen. Die Verwendung einfacher Sprache und konkreter Beispiele erleichterten den Befragten eine Antwort. Dieses Vorgehen kann jedoch zu inhaltlicher Beeinflussung der IP durch die Interviewerin und damit zu einer Verminderung der Validität führen. Diese wird allerdings als gering eingeschätzt. Besonderheiten und Beobachtungen wurden protokollarisch festgehalten und für die Auswertung berücksichtigt, z. B. die Beteiligung der Ehefrau am Gespräch. In diesen zwei Fällen werden mögliche Einflüsse der Ehepartnerinnen auf den Gesprächsverlauf als gering eingeschätzt (Anwesenheitseffekte, Schnell et al., 2011; Diekmann, 2005). Die formalen Voraussetzungen (Einverständnis des Partners für Teilnahme der Frau und Unterschreiben der Unterlagen zur Teilnahme) sind ebenfalls erfüllt.

Mit der *thematischen Analyse* wurden für die Fragestellung relevante Inhalte identifiziert und in einem Kategoriensystem strukturiert. Einzelne Kategorien, insbesondere Wissen („offengelegtes Gesundheitswissen“), Information („Bedarf nach Gesundheitsinformationen“) und Beratung, weisen auf

Grund thematischer Überschneidungen vermutlich keine ausreichende Trennschärfe auf. Für die Auswertung und Beantwortung der Fragestellung ist die erreichte Trennschärfe ausreichend. Schwierig zu erfassen waren gesundheitsbezogene Verhaltensänderungen. Der Nutzen war für die Befragten schwer zu formulieren und daher wurden latente Inhalte beschrieben und interpretiert. Eine Limitierung stellt die eingeschränkte Erhebung von Daten zum sozialen Umfeld und dessen Einfluss auf Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Krankheitsbewältigung dar. Diese Informationen sind gerade für das individuelle Gesundheitsverhalten wichtige Einflussfaktoren.

6.1.3 Schlussfolgerungen und Ausblick

Mit der quantitativen Teilstudie wurde der Nutzen von telefonischem Gesundheitscoaching auf verschiedenen Ebenen untersucht. Ihre Aussagefähigkeit wird durch die Datenqualität, die Wahl der Messinstrumente, ihre Auswertungsmethoden und das Studiendesign determiniert. Nach Abwägung bekannter Vor- und Nachteile von Routinedaten für Versorgungs- und anwendungsbezogene Forschung wurde deren Verwendung gewählt. Ebenso wird die Verwendung des SF-36 Health Surveys als bestmögliche, umsetzbare Lösung betrachtet. Die Erhebungen sind überwiegend vollständig und plausibel. Die diagnoseunabhängige Aufbereitung der einzelnen Outcomes ist jedoch für die Interpretation problematisch. Die Daten sind nicht ausreichend differenziert und es fehlen sozioökonomische Informationen sowie die Berücksichtigung von Confoundern. Die mangelnde Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Populationen ist dem Auswahlverfahren der Versichertengruppe und der Wahl parametrischer Tests geschuldet. Auf Grund des Studiendesigns sind Zusammenhänge nicht nachweisbar und das Zurückführen von Effekten auf die Intervention ist nicht möglich. Trotz dieser methodischen Einschränkungen ist es eine Stärke des Studiendesigns, dass die Intervention im Kontext der Versorgungsrealität evaluiert wird und nicht als RCT. Die Limitationen können nicht durch die qualitative Teilstudie überwunden werden. Sie stellt jedoch eine wichtige und sinnvolle Ergänzung zum Nutzen der Intervention aus Sicht der Teilnehmenden dar. Die Ergebnisse beschränken sich auf eine selektive Versichertengruppe aus dem VMP für HKE. Dennoch spiegelt das Sample die Heterogenität von Bedürfnissen zur Gesundheitsversorgung und Krankheitsbewältigung von Personen mit chronischen Erkrankungen wider. Vor dem Hintergrund forschungspragmatischer Überlegungen sind der Umfang des Samples und der erhobenen Daten trotz nicht erreichter Saturierung als angemessen und ausreichend zu bewerten (Helfferich, 2011). Insgesamt ist die Wahl der qualitativen Methoden für Fragestellung und Zielsetzung als geeignet und adäquat zu bewerten.

Erfolgreiche und wirksame Interventionen erfordern aus Sicht von Public Health unbedingt eine zielgruppenspezifische Intervention, um die an das Programm geknüpften Ziele zu erreichen. Da Routinedaten trotz ihrer Limitierungen für die Identifikation von Teilnehmenden vermutlich häufig die Basis darstellen, sind eine spezifische Auswahl geeigneter Kennzahlen sowie ein präzises Auswahlverfahren wichtig. Für das Ziel einer Reduktion vermeidbarer stationärer Notfallbehandlungen sollte der Algorithmus für die Routinedatenanalyse daraufhin spezifiziert werden. Für die Berücksichtigung des aktuellen Versorgungsgeschehens sollten ausschließlich zeitnah verfügbare Routinedaten zu stationären Behandlungen, Reha-Maßnahmen oder neuen DMP-Einschreibungen berücksichtigt werden. Die eingeschränkte Nutzbarkeit dieser Datenquelle bleibt bestehen und ist für die Krankenkasse nicht zu beeinflussen. Für die Identifikation potenzieller Coachingteilnehmender, die zu diesem Zeitpunkt am ehesten von ihr profitieren würden, ist es erforderlich Alternativen zu entwickeln (vgl. Drop, 2011). So könnte mit einem Screening zu gesundheitlichen Risiken und Potenzialen sowie der Erhebung von Interessen individueller auf Teilnehmende eingegangen werden. Versicherten können dann bspw. risi-

koadjustierte und typgerechte Maßnahmen aus einem differenzierten Versorgungsmanagementkonzept der Krankenkasse angeboten werden (s. Abbildung 37, S. 194). Auch der sogenannte Risk Score sowie die Auswahl und Bildung einer tatsächlich vergleichbaren Kontrollgruppe können weiterentwickelt werden (z. B. krankheitsspezifische Grenzwerte für Risikoprognosen, subjektive Einschätzung der Gesundheit, Veränderungsbereitschaft) (Schnell et al., 2011; Graves et al., 2009; Weiß, 2008; Bortz & Döring, 2006). Ferner sind mögliche (un-) erwünschte Selektionseffekte der für die Merkmalszusammensetzung der Teilnehmenden und Evaluation der Intervention Rekrutierungsverfahren zu beachten, wie bspw. die telefonische Kontaktaufnahme oder der Freiwilligenbias. Es ist zu untersuchen, welche Versicherten teilnehmen und welche nicht (selektive oder breite Zielgruppe). Ggf. sind Anpassungen des Auswahl- und Rekrutierungsverfahrens vorzunehmen, um eben auch „unterprivilegierte Gruppen“ zu erreichen (Stichwort: Präventionsdilemma und gesundheitliche Chancengleichheit; Franzkowiak, 2018; Kühn & Rosenbrock, 2009, S. 57; Schnabel, 2009, vgl. Abschnitt 2.2.2.1). Die Nutzung dieser Kenntnisse kann die Effektivität und Effizienz von Gesundheitscoaching erhöhen. Die Eignung von Angeboten für breite Versichertengruppen zur Identifikation von Teilnehmenden einer Intervention ist zu prüfen: Einerseits kann das Interesse oder die Teilnahme an einem allgemeinem Coaching der Einstieg in komplexe und spezifische Versorgungsmanagementprogramme sein und damit als Selektionsmechanismus verwendet werden. Zumindest ein Teil der Versicherten, die zur Zielgruppe der Intervention gehören, kann so identifiziert werden. Andererseits können lediglich solche Personen Interesse daran zeigen und rekrutiert werden, die bereits einen gesunden Lebensstil pflegen. Die tatsächlich „Bedürftigen“ würden also nicht identifiziert und zur Teilnahme motiviert (Präventionsdilemma; Franzkowiak, 2018; Schnabel, 2009).

Für zukünftige Forschungsvorhaben zur Evaluation dieser und ähnlicher Interventionen können spezifischere Routinedaten in Bezug auf das VMP sowie zu sozioökonomischen Informationen die Qualität und Validität der Daten verbessern. Methodisch kann die Vergleichbarkeit von IG und KG ggf. über ein matched groups Verfahren bspw. mittels Propensity Score erhöht werden, der im Bereich von Routinedaten bereits etabliert ist (West et al., 2014). Je nach Intervention und Versorgungspraxis können als Vergleichsgruppe sogar besser reale Versorgungsdaten anstatt einer Kontrollgruppe verwendet werden (Graves et al., 2009). Neben Fragen nach richtigen Vergleichsmethoden sind alternative Studiendesigns (z. B. Stepped Wedge) und Auswertungsmethoden (z. B. Mehrebenenanalyse, Difference-in-Difference Ansatz) zu prüfen, um mögliche Effekte zu messen. Weitere qualitative Forschungsaktivitäten sind denkbar, wie die Anwendung tiefergehender Methoden zur Datenerhebung und Auswertung (z. B. episodische Interviews oder fallbezogene Analysen), mit denen kausale Zusammenhänge zwischen Merkmalen von Teilnehmenden und der Nutzenwahrnehmung aufgestellt werden können oder Reflektionsprozesse der Teilnehmenden angestoßen und aufgegriffen werden. Damit kann der Frage nachgegangen werden, warum welche Versicherten von der Intervention (besonders) profitieren. Um den subjektiven Nutzen, der von vielen Befragten nur schwer benannt werden konnte, valide und reliabel erfassen zu können, sind die Methoden in weiteren Untersuchungen anzupassen. Ebenfalls ist ein Diskurs zur theoretischen Absicherung der Intervention zu führen.

6.2 Ergebnisdiskussion

6.2.1 Stand der Forschung, Entwicklung und des theoretischen Hintergrunds

Die Intervention telefonisches Gesundheitscoaching wird überwiegend bei Personen mit chronischen Erkrankungen eingesetzt, deren Krankheitsverlauf durch Verhaltensänderungen beeinflussbar ist. Die Idee ist, dass Coaching Gesundheitskompetenzen fördert und die medizinische Versorgung um Präven-

tion, Gesundheitsförderung und -verhalten ergänzt. Aus Public Health Sicht ist es richtig an dieser Stelle anzusetzen, auch wenn die Verhältnisse, die Gesundheit determinieren, kaum einbezogen werden. Die Verantwortung für gesundheitsförderliches Verhalten und Lebensstilveränderung darf daher nicht allein den Versicherten bzw. Coachingteilnehmenden zugeschoben werden. Der häufig diskutierte Rollenwandel hin zu mündigen Nutzenden bzw. Patientinnen und Patienten ist für sie besonders herausfordernd. Für eine verbesserte Versorgung chronisch Erkrankter sind weitere Maßnahmen erforderlich, insbesondere Versorgungsstrukturen, die auf chronische Erkrankungen und diesen Betroffenen ausgerichtet sind. Die Krankenkassen können die gesellschaftlichen Entwicklungen aufgreifen und Versorgung mitgestalten, indem die bestehenden Versorgungsstrukturen angepasst und verändert werden. Wettbewerb sollte um Versorgungsqualität und nicht nur um Preise stattfinden. Dies setzt einen Wandel des Verständnisses ihrer Rolle und Aufgaben voraus. In dem bestehenden starren System ist dies eine Herausforderung. Diese anzunehmen bedeutet aber die Chance, eine zukunftsfähige und nutzerorientierte Gesundheitsversorgung zu gestalten. Neben externen Anreizen zum Wandel bedarf es intrinsischer Motivation seitens der GKV, um neues zu wagen und politische und Versorgungsstrukturen zu verändern, eigene Schwerpunkte zu setzen und sich konsequent an den Interessen der Versicherten zu orientieren.

Der Forschungs- und Entwicklungsstand verdeutlicht den Variantenreichtum von (telefonischem) Gesundheitscoaching – auch innerhalb desselben Gesundheitssystems. Telefoncoaching wird als eine eigenständige Intervention durchgeführt oder als Teil einer Maßnahme eingesetzt z. B. ergänzend zu Therapien und Medikation. Kommunikationstechnologien werden unterschiedlich kombiniert und genutzt, z. B. hinsichtlich ihrer Art (Telefonate, SMS, persönliche Gespräche, automatische Sprachnachrichten, Videotelefonie, E-Mail, Telemonitoring, Apps für Smartphones) und Häufigkeit oder mit weiteren Mitteln, kleinen Geräten oder Apparaten ergänzt (z. B. Schrittzähler, Internetplattformen zum Datenaustausch). Eine telefonische Intervention ist hinsichtlich ihrer Effektivität nicht gegenüber anderen Medien und Kommunikationswegen überlegen, aber vermutlich effizienter (Damschroder et al., 2014; Digenio et al., 2009; Sherwood et al., 2006; Jeffery et al., 2003). Die Zielgruppen, Anwendungsbereiche und der Umfang unterscheiden sich teils erheblich zwischen den Interventionen, ebenso ihre inhaltliche und methodische Umsetzung, über die aber kaum berichtet wird. Es fehlen Trennschärfe und Präzision des Coachingbegriffs und seiner Methoden. Einerseits erschweren Komplexität, Heterogenität und Intransparenz die Vergleichbarkeit und Bewertung der Intervention, um die wirksamen Strategien zu identifizieren. Andererseits zeigt es die Anwendungsvielfalt und damit ein Potenzial dieser flexiblen und individuellen Intervention auf. Ebenfalls variieren Ausbildung, Qualifikation und (evidenzbasierte) Methoden der Gesundheitscoaches erheblich, der Gegenstand ist trotz weiter Verbreitung nicht geschützt (Mißbeck, 2013; Wolever & Eisenberg, 2011; Grant, 2008; Grant, 2005; Palmer et al., 2003). Da diese Aspekte häufig nicht klar beschrieben sind, kann ihr Einfluss auf die Outcomes nicht ausreichend berücksichtigt werden (Wolever & Eisenberg, 2011). So ist unklar, welche Teilnehmenden am meisten von der Intervention profitieren und welche Bedingungen, Methoden und Einflussfaktoren den Erfolg der Intervention erklären. Folgende Determinanten gelten als möglich: Umfang der Intervention (Kontaktdauer und -frequenz), Programmdauer und Nachbetreuung, Beziehung zwischen Coach und Teilnehmenden, Leistungsindividualisierung (typgerechte, individuelle, nutzergeleitete Themen und Ziele), Integration in Versorgungsstrukturen (z. B. Ärztinnen und Ärzte), Zielgruppenspezifität, Settings (ambulant, stationär, Rehabilitation), Gegenstand bzw. Indikation, Kommunikationsmittel und ergänzende Technik (z. B. Telemonitoring, Telemedizin). Die Diversität der Umsetzung kann für die Intervention eine Chance sein, da sie einen individuellen Zuschnitt der Maßnahme ermöglicht (Leistungsindividualisierung). Für telefonisches Gesundheitscoaching kann also auf einen Mix aus

unterschiedlichen Methoden und Inhalten genutzt werden, je nach Teilnehmenden und deren Zielsetzung. Die hohe Individualität und Flexibilität der Intervention zur individuellen Verhaltensprävention sind zu wahren. Die Weiterentwicklung von Coaching kann also methodisch (s. o.), technisch und inhaltlich stattfinden.

Technische Innovationen können Varianten onlinegestützter Kommunikation (z. B. die Nutzung von Social Media) betreffen, aber auch ergänzende mobile Applikationen oder teilautomatisierte Module (Welch et al., 2018; Knebel, 2011). Die Vorteile des telefonischen Gesundheitscoachings bleiben bestehen (kostengünstig, orts- und zeitunabhängig, individuell), gleichzeitig werden weitere Zugangs- und Kontaktwege ermöglicht. Technische Weiterentwicklungen betreffen auch die IT-Struktur und Software für Qualitätssicherung (Erfüllung von EBM oder anderen Standards), die Dokumentation des Coachingverlaufs und die Evaluation (Böttcher et al., 2011). So kann die Hinterlegung aktueller, evidenzbasierter medizinischer Informationen die Qualität der Coachinginhalte fördern. Dies gilt auch für eine übersichtliche Dokumentation des Coachings (Inhalte, Ziele der Teilnehmenden, Assessmentergebnisse, Methoden), die die Arbeit der Coaches unterstützt und damit dessen Verlauf und Evaluationsmöglichkeiten begünstigen kann. Möglicherweise können sogar Teilnehmende, die nicht von der Maßnahme profitieren oder solche ohne erforderliche Veränderungsbereitschaft frühzeitig aus der Intervention „herausgesteuert“ und in adäquatere Maßnahmen übergeleitet werden (Böttcher et al., 2011). Eine Vernetzung mit weiteren Programmen der (Heimat) Krankenkasse zum VM oder zu Leistungen sowie mit Leistungserbringenden wird daher für sinnvoll gehalten.

Die inhaltliche Weiterentwicklung von telefonischem Gesundheitscoaching bezieht sich z. B. auf Zielgruppen (Multimorbidität, schlecht eingestellte Diabetikerinnen und Diabetiker, Hochrisikofälle, telefonische Begleitung bei Angehörigenpflege), Erkrankungsarten und -schwere, (indikationsunabhängige) risikofaktorenorientierte VMPs bei Rauchen, Übergewicht, Inaktivität, Fehl- und Mangelernährung, die Integration einer Fachärztin oder eines Facharztes, einer Physiotherapeutin oder eines Physiotherapeuten, persönliche oder virtuelle Gruppentreffen mit anderen Teilnehmenden zwecks Erfahrungsaustausch oder für gemeinsame körperliche Aktivität. Die Intervention kann ferner mit der Beratung zu leistungsrechtlichen Auskünften verknüpft werden. Der Integration von behandelnden Ärztinnen und Ärzten und anderen Professionen ins Coaching wurde bisher nur wenig Beachtung geschenkt. Dabei kann ihre Perspektive auf die Intervention und die Unterstützung bzw. Ablehnung der Programmteilnahme ihrer Patientinnen und Patienten den Erfolg der Intervention beeinflussen. Die Integration einer Lotsenfunktion zur Orientierung im Gesundheitswesen ist denkbar. Der Coach kann als integrierender Faktor zwischen Ärztin oder Arzt, weiteren Leistungserbringenden und Patientinnen und Patienten vermitteln, Leistungen koordinieren sowie die Gesundheitsprofessionen bei Aufgaben außerhalb ihrer Kernkompetenzen unterstützen (Schmid et al., 2008). So können insbesondere nicht-medizinische Bedarfe thematisiert und koordiniert werden, die eine wichtige Ergänzung der medizinischen Perspektive bedeuten. Die hausärztliche Verantwortung für die Koordination medizinischer Leistungen soll an dieser Stelle nicht hinterfragt werden. Es geht vielmehr um eine Ergänzung der Versorgung durch das Coaching. Ferner kann es eine Entlastung des Gesundheitssystems vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels bedeuten und eine gute Versorgungsqualität fördern. Diese muss aber weiterhin auch ohne Telefon- oder Onlinecoaching gesichert sein. Es bleibt abzuwarten, ob das Präventionsgesetz Impulse zur Weiterentwicklung von telefonischem Gesundheitscoaching setzt, bspw. im Setting Betrieb für psychische Gefährdungsbeurteilungen, Gesundheitsmanagement und Gesund-

heitsförderung oder auf kommunaler Ebene. Unabhängig davon kann die Förderung der Erwerbsfähigkeit von chronisch Erkrankten ein Gegenstand von telefonischem Gesundheitscoaching sein, um bspw. Arbeitsunfähigkeitszeiten oder Erwerbsminderungen zu vermeiden oder zu verzögern.

Viele Studien zu telefonischem Gesundheitscoaching berichten von signifikant positiven Outcomes oder zumindest von positiven Trends für Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Nutzerkompetenzen, obwohl die Evidenzlage tatsächlich nicht eindeutig ist. Empirische Ergebnisse sind teils konträr, wie z. B. steigende und sinkende Leistungsanspruchnahmen und Kosten. Die Bewertung dieser Entwicklung ist davon abhängig was als gewünschter Effekt bzw. als Hypothese festgelegt wird (z. B. Kosteneinsparungen durch verringerte und gezielte Leistungsanspruchnahme oder verbesserte Versorgungsqualität durch vermehrte Leistungsanspruchnahme) und ist eine Frage der Perspektive (z. B. Krankenkasse, Versicherte oder Gesellschaft). Publikationen zu unerwünschten oder adversen Effekten oder gänzlich ohne gemessene Wirkungen sind in den Recherchen nicht identifiziert worden. Vermutlich besteht ein Publikationsbias. Die Nachhaltigkeit der Maßnahme ist bislang nur unzureichend betrachtet worden und nur wenige Untersuchungen konnten sie nachweisen (Trief et al., 2014; O'Hara et al., 2013; O'Hara et al., 2012; Böttcher et al., 2011 Sacco et al., 2004). Des Weiteren ist zu vermuten, dass die häufig heterogenen und moderaten Ergebnisse und kleinen Effektgrößen methodisch bedingt sind, u. a. wegen repräsentativer Sample. Möglicherweise ist ein selektives, zuvor gescreentes Sample mit engagierten Teilnehmenden oder mit großen Verbesserungsmöglichkeiten besser geeignet. Dann könnten die Effekte für Teilnehmende, die am meisten involviert waren, messbar sein (Goode et al., 2015; Eakin et al., 2013; Jordan et al., 2011). Trotz geringer Evidenz, heterogener Studienergebnisse und moderater Effekte sind die abschließenden Bewertungen der Intervention i. d. R. positiv. Weiterhin wird der Nachweis der Evidenz von telefonischem Gesundheitscoaching durch die unklare Wirkungsweise erschwert. Es fehlen theoretische Grundlagen und Erklärungsmodelle zur Wirkung der Intervention einschließlich Prädiktoren und Confounder, eine Abgrenzung der Intervention, Standards für und Transparenz über Methoden, Techniken und Qualifikationen der Coaches (z. B. Hutchison & Breckon, 2011; Ostermann, 2010; Grant, 2008; Schmid et al., 2008; Grant, 2005). Bekannte und auf die Intervention anwendbaren Theorien, Modelle und evidenzbasierte Methoden sind (weiter-) zu entwickeln, um die spezifische Komplexität sowie Besonderheiten der Intervention zu berücksichtigen und würden zur Legitimation, Qualität und Transparenz von Gesundheitscoaching beitragen. Mit diesem Nachweis könnte es als effektive gesundheits- und kompetenzfördernde Intervention leichter implementiert werden (Grant, 2005).

Trotz vieler Potenziale von telefonischem Gesundheitscoaching zur Unterstützung der Versorgung bei chronischer Krankheit sind auch ihre Grenzen zu beachten. Zum einen ist das Fortschreiten chronischer Erkrankungen nur bedingt zu beeinflussen. Sie kann hinausgezögert, jedoch kaum verhindert werden. Zudem ist eine gesundheitsförderliche Lebensweise nicht nur von den individuellen Kompetenzen abhängig, sondern eine persönliche Wertentscheidung darüber, wie umfassend gesundheitsförderliches Verhalten im Leben ist oder sein soll. Zum anderen sind die medizinischen und therapeutischen Handlungsmöglichkeiten begrenzt, ebenso wie die fachlichen und methodischen Kompetenzen der Coaches. Telefonisches Gesundheitscoaching kann bei sehr spezifischen und komplexen medizinischen Problemen an ihre Grenzen stoßen. Dann ist eine ärztliche Untersuchung, Diagnosestellung und Beratung erforderlich. Diese kann aber durch die Coaches begleitet werden. Die an Gesundheitscoaching geknüpften Erwartungen und Annahmen zur Effizienzsteigerung auf Grund ungenutzter Ressourcen und durch verbessertes gesundheitsförderliches Verhalten sind kritisch zu diskutieren und zu prüfen

(Schmid et al., 2008). Die bekannten Untersuchungsergebnisse und ihre Methoden lassen keine abschließende Bewertung zu und sind für zukünftige Forschungsvorhaben an die Komplexität der Intervention und ihren Versorgungskontext anzupassen.

6.2.2 Zufriedenheit, subjektive Gesundheit, Leistungsanspruchnahme und Kosten (Quantitative Ergebnisse)

Die *Stichprobenbeschreibung* zeigt, dass ein repräsentatives Sample und (eine) vergleichbare (VMP-spezifische) Kontrollgruppe(n) gebildet wurde(n). Es fehlen allerdings relevante sozioökonomische Merkmale, genaue Diagnosen (ICD-10), der Gesundheits- und Krankheitszustand bzw. die Erkrankungsschwere und Determinanten für Gesundheitsverhalten. Die Alters- und Geschlechterverteilung des Samples entspricht den Prävalenzen der berücksichtigten Erkrankungen in der Bevölkerung: Diese treten häufig im mittleren bis höheren Erwachsenenalter auf. Das mittlere Alter des Samples beträgt 57 Jahre, im VMP für psychische Erkrankungen sind mehr Frauen und das mittlere Alter ist geringer ($\bar{x}_{\text{psych. Erkr.}} = 48,8$; $RS \bar{x} = 1,6$). Im VMP für HKE ist der Männeranteil höher, ebenso wie das mittlere Alter $\bar{x}_{\text{HKE}} = 61,6$; $RS \bar{x} = 1,8$). Ein komplexer Versorgungsbedarf mit großer Wahrscheinlichkeit einer hohen Leistungsanspruchnahme spiegelt sich in der vergleichsweise höheren Risikoprognose für Versicherte des VMP bei Komorbidität wider ($\bar{x}_{\text{Komorb.}} = 59,5$; $RS \bar{x} = 2,2$).

Die Kontakthäufigkeit im Coaching orientiert sich in der Praxis am Bedarf der Teilnehmenden. Die Mittelwerte zu *Gesprächsdauer und Kontakthäufigkeit* in den einzelnen VMP unterscheiden sich signifikant mit kleiner bzw. großer Effektgröße. Die Vermutung liegt nahe, dass auf unterschiedliche morbiditätsbedingte Coachingbedarfe der drei Krankheitsgruppen eingegangen oder durch die Coaches determiniert wird und es deshalb zu unterschiedlichen mittleren Gesprächsdauern und Kontakthäufigkeiten kommt. Die Unterschiede in den VMP können zudem alters-, oder geschlechtsbedingt sein. Die quantitative Dauer der Coachingtelefonate gibt keine Hinweise zum inhaltlichen Umfang der Intervention (z. B. durch mehr Inhalte oder Zuwendung).

6.2.2.1 Zufriedenheitsbefragung

Wie bewerten die Coachingteilnehmenden das Programm?

Die sehr hohe Zufriedenheit mit dem telefonischen Gesundheitscoaching ist auf Grund der nicht validierten Fragen, wahrscheinlicher Verzerrungen und geringer Reliabilität der Outcomes kritisch zu betrachten (Nolte et al., 2013; Häder, 2010; Lamnek, 2010; Bortz & Döring, 2006; Spiegel, 2005; Knesebeck & Lüschen, 2000). Die tendenziell heterogene Einschätzung von Alltagsnutzen und Erwartungserfüllung deutet darauf hin, dass die Maßnahme möglicherweise nicht für alle Teilnehmenden zufriedenstellend oder geeignet war. Auch die Auswertung der offenen Fragestellung stützt diese Vermutung, denn sie schlagen Maßnahmen zur Verbesserung und Anpassung des Programms vor und empfanden die Beschreibung des Programms als missverständlich. Trotz Kritik sind Zufriedenheit und Akzeptanz der Versicherten mit dem telefonischen Gesundheitscoaching grundsätzlich als hoch zu bewerten. Drauf deutet die hohe Bereitschaft der Versicherten zu einer Wiederholung oder Fortführung der Intervention hin. Das Telefon als Kommunikationsmittel ist von den Teilnehmenden akzeptiert, die Medien für Kommunikation und Austausch können aber für eine individuelle, typgerechte Begleitung erweitert werden (schriftlich & mündlich, persönlich, Individual- oder Gruppenbegleitung). Der Vertrauensaufbau zwischen Coach und Teilnehmenden ist weitgehend gelungen. Dies ist wichtig, da viele private und sensible Informationen Preis gegeben werden. Je nach Teilnehmendem kann dieser zusätzlich gefördert werden, bspw. mittels einer Kontaktaufnahme zum Coach zu einem selbst gewähl-

tem Zeitpunkt (z. B. bei Ungestörtheit oder Veränderungsbereitschaft) oder durch die persönliche Vorstellung des Coaches beim Teilnehmenden mittels Anschreiben und ggf. Bild. Ein Wechsel der Beratern ist zu vermeiden. Ein stärkerer Einbezug von Ärztinnen und Ärzten sowie die Integration leistungsrechtlicher Auskünfte (z. B. durch die leistungsrechtliche Beratung der Heimat Krankenkasse) in das Programm sind ein Bedarf der Teilnehmenden. Weiterhin scheinen Fragestellungen und Hilfebedarfe der Versichertengruppe sehr spezifisch. Aus Sicht der Versicherten ist das Programm stärker zu individualisieren und an aktuelle Bedarfe und Bedürfnisse flexibel anzupassen. Dabei ist zu bedenken, dass die Möglichkeiten telefonischer Begleitung bei sehr spezifischen Fragen und komplexen medizinischen Problemen an ihre Grenzen stoßen können. Dennoch können ggf. Wissenslücken der Teilnehmenden, die aus Sicht des Coaches bestehen, mittels Coaching geschlossen, der aktuelle Stand der Medizin vermittelt und in entsprechendes Verhalten übersetzt werden. Vermehrte Orientierung an den individuellen Bedürfnissen der Teilnehmenden ist zu stärken. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Teilnehmende aus ihrer Sicht über ihr chronisches Krankheitsgeschehen und medizinische Versorgung bereits sehr gut informiert seien.

Das Regressionsmodell konnte den subjektiven Interventionserfolg mit den verfügbaren Daten nicht ausreichend erklären. Die Limitierungen der Zufriedenheitsbefragung und Veränderungshinweise rechtfertigen die Durchführung einer umfassenderen qualitativen Erhebung von Erfahrungen und Perspektiven der Versicherten auf das Telefoncoaching.

6.2.2.2 Subjektive Gesundheit und Lebensqualität

Unterscheidet sich subjektive Gesundheit und Lebensqualität der Interventionsgruppe von der Normbevölkerung des SF-36 Health Surveys?

Die überwiegend mittelmäßige Bewertung der „allgemeinen Gesundheitswahrnehmung“ im mittleren Bereich („gut“ bis „weniger gut“) war auf Grund der chronischen Erkrankungen der Befragten zu erwarten und ist in IG und KG ähnlich. Dementsprechend nehmen sie ihre allgemeine Gesundheit signifikant und relevant schlechter wahr als die Allgemeinbevölkerung (Normstichprobe). Ein ähnliches Bild zeigt sich für die subjektive psychische und insbesondere physische Gesundheit, die die Befragten jeweils schlechter als die Allgemeinbevölkerung (Normstichprobe) einschätzen. Diesen Aspekt bewerten sie sogar etwas schlechter als die genormte Subgruppe mit aktuellen oder chronischen Erkrankungen.

Unterscheiden sich subjektive Gesundheit und Lebensqualität zwischen Interventions- und Kontrollgruppe nach der Intervention?

Welche weiteren Unterschiede können explorativ beobachtet werden?

Zwischen IG und KG bestehen keine signifikanten und relevanten Unterschiede hinsichtlich körperlicher Gesundheit. Die Kontrollgruppe bewertet psychische Gesundheit und Wohlbefinden etwas besser als die Interventionsgruppe. Die ähnlichen Einschätzungen der allgemeinen, physischen und psychischen Gesundheitswahrnehmung sowie der aktuellen Gesundheitswahrnehmung lassen vermuten, dass sich die Versicherten der Kontrollgruppe subjektiv etwas „gesünder“ fühlen als die der Interventionsgruppe. Das Sample umfasst also Versicherte, die nicht nur anhand der Routinedaten als (chronisch) krank identifiziert wurden, sondern auch ihre subjektive Gesundheit als mittelmäßig bis schlecht bewerten. Demnach wurde also eine erkrankte Zielgruppe mit Risikowahrnehmung identifiziert und für die Intervention erreicht. Dieses Outcome ist ferner ein Indikator für die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und damit auch für eine Krankenkasse relevant (Perrin et al., 2011; Chern et al., 2002; Wang et al., 2000; vgl. Abschn. 2.4.3).

Die Bewertung der subjektiven Gesundheit und Lebensqualität (körperliche, psychische und allgemeine Gesundheitswahrnehmung) zwischen den drei VMP unterscheidet sich signifikant. Die Ursachen hierfür können sowohl in den Charakteristika der Erkrankungen liegen (psychisch Erkrankte bewerten ihre psychische Gesundheit schlechter als körperlich Erkrankte mit bspw. HKE), als auch in strukturellen Unterschieden hinsichtlich Alter und Geschlecht. Trotz Coachingteilnahme schätzen die Versicherten mit psychischen Erkrankungen ihre psychische Gesundheit nach der Intervention signifikant schlechter ein, als die entsprechende KG. Die unterschiedliche Bewertung von Gesundheitsdimensionen je VMP lässt die Thesen zu, dass die Versicherten je nach Indikationen unterschiedliche Bedürfnisse haben und, dass sich gesündere Versicherte aus der IG „rausselektiert“ haben und somit nicht am Coaching teilnehmen.

*Unterscheidet sich die Gesundheitsentwicklung zwischen Interventions- und Kontrollgruppe?
Falls Unterschiede bestehen, welche können explorativ beobachtet werden?*

Die meisten befragten Coachingteilnehmenden schätzen die Entwicklung ihrer Gesundheit als verbessert oder unverändert ein (83,84 %), während diese in der Kontrollgruppe häufiger unverändert ist oder sich verschlechtert hat. Dies ist eine signifikant positive Entwicklung zugunsten der Coachingteilnehmenden. Die subjektive Gesundheitsveränderung kann ein Indiz für die Wirkung des telefonischen Gesundheitscoachings sein. Die Gründe dieses Unterschieds können anhand der Daten nicht identifiziert werden und ein Zusammenhang kann nicht nachgewiesen werden. Die Vermutung liegt nahe, dass die Begleitung der Gesundheitscoaches eine subjektive Gesundheitsverbesserung gefördert hat. Denn die Coachingteilnehmenden nehmen trotz schlechterer subjektiver Gesundheit eine positive Gesundheitsentwicklung wahr. Zwischen den drei VMP bestehen keine signifikanten Unterschiede in der Bewertung.

6.2.2.3 Routinedaten

Unterscheiden sich Versorgungsleistungen und ihre Kosten vor, während und nach der Intervention zwischen Interventions- und Kontrollgruppe?

Die Datenauswertung für ambulante ärztliche Leistungen und deren Kosten zeigt jeweils einen signifikanten mittleren Unterschied vor, während und nach der Intervention zwischen IG und KG. Die Relevanz des mittleren Unterschieds von zwei Erkrankungsfällen pro Jahr und Kostenunterschieden zwischen ca. 190 EUR bis 240 EUR ist für diese Versichertengruppe mit hoher Morbidität fraglich. Versicherten der IG wurden im Mittel ein bis drei Arzneimittel mehr pro Jahr verschrieben. Die Relevanz der signifikanten Unterschiede von 2,5 und 2,9 mehr Verordnungen und mittleren Kostendifferenzen von ca. 290 EUR bis 400 EUR (vor,) während und nach der Intervention ist für chronisch Erkrankte ebenfalls mit Skepsis zu beurteilen. Da für die Interventionsgruppe insgesamt mehr ambulante ärztliche Leistungen und Arzneimittelverschreibungen erbracht wurden sowie jeweils höhere mittlere Kosten angefallen sind, können die Unterschiede in der Gesamtbetrachtung als relevant beurteilt werden. Die vermehrten Verschreibungen und Erkrankungsfälle sowie gestiegenen mittleren Kosten stehen vermutlich in Zusammenhang, auch wenn offen bleibt, ob Intervention, Selbstselektion der Teilnehmenden oder andere Gründe dafür ursächlich sind.

Für ambulante und stationäre Behandlungen werden sinkende Kosten und Leistungen während der Intervention sowie für stationäre Versorgung steigende Leistungen und Kosten nach der Intervention für die IG festgestellt. Eine Zunahme für Arzneimittelverschreibungen und -kosten während der Intervention wurde beobachtet, dies kann ein Indiz für erhöhte Adhärenz sein. Die Veränderungen sind

jedoch gering und können nicht auf das Coaching zurückgeführt werden. Die Kennzahlen für ambulante ärztliche und Arzneimittelversorgung in IG und KG entwickeln sich also über die Zeit ähnlich, auch wenn sie jeweils in der KG niedriger sind als in der IG. Das unterschiedliche Niveau der Leistungsanspruchnahme und der Kosten bestand bereits im Jahr 2009 vor der Intervention (Ausnahme: Zahl der Arzneimittelverschreibungen) und bleibt im zeitlichen Verlauf etwa konstant bzw. entwickelt sich über die Zeit betrachtet nicht unterschiedlich. Sie können daher nicht mit dem Coaching in Zusammenhang gebracht werden, sondern sind vermutlich bedingt durch andere, unbekannte Einflüsse. Es kann keine Wirkung der Intervention auf die Kostenentwicklung und Leistungsanspruchnahme der ambulanten Versorgung nachgewiesen werden. Allerdings sind die mittleren Unterschiede der Kennzahlen während des Coachings (2010) am größten (Ausnahme: Arzneimittelkosten). Möglicherweise verstärkt das Coaching den bereits vorher eingesetzten Trend einer vermehrten Leistungsanspruchnahme bzw. eines vermehrten Versorgungsbedarfs. Die beschriebenen Unterschiede zwischen IG und KG bestanden noch nicht im Jahr 2008, als die Coachingteilnehmenden ausgewählt wurden. Wie in der Stichprobenbeschreibung dargestellt, waren beide Gruppen anhand der Routinedaten für 2008 vergleichbar. Zu den darauffolgenden Messzeitpunkten (2009–2011) bestehen signifikante und relevante Mittelwertunterschiede zwischen IG und KG, also bereits vor Beginn der Intervention. Unbekannte Determinanten haben die Unterschiede zwischen IG und KG bedingt und bestehen im zeitlichen Verlauf fort. Dies lässt auf eine eingeschränkte Vergleichbarkeit von IG und KG schließen, obwohl sie zunächst strukturgleich waren. Diese Veränderungen können möglicherweise in Zusammenhang mit der Rekrutierung und freiwilligen Teilnahme am Gesundheitscoaching stehen (Selektions- und Freiwilligenbias; West et al., 2014; Schnell et al., 2013; Weiß, 2008; Bortz & Döring, 2006; Neugebauer & Porst, 2001). Mutmaßlich stehen die vermehrte Leistungsanspruchnahme und Teilnahmebereitschaft am Coaching in Zusammenhang mit einer verschlechterten Gesundheitswahrnehmung und/oder dem Wunsch nach gesundheitsförderlichen Maßnahmen.

Die stationäre Versorgung wird im Mittel häufiger von Coachingteilnehmenden (IG) in Anspruch genommen als von Versicherten der KG, mittlere Häufigkeit und mittlere Kosten hierfür unterscheiden sich zwischen beiden Gruppen nicht signifikant (Ausnahme: Krankenhauskosten 2011). Die Entwicklung der Kennzahlen im zeitlichen Verlauf ist ebenfalls nicht signifikant unterschiedlich. Es fällt allerdings auf, dass im Interventionszeitraum 2010 die Zahl der Krankenhausaufenthalte für die IG verringert ist und sich gleichzeitig in der KG erhöht. Dies lässt einen Effekt des telefonischen Gesundheitscoachings vermuten, nämlich die Vermeidung stationärer Behandlungen durch die Begleitung der Coaches. Dieser ist aber nicht nachweisbar. Für die Versorgungsqualität und das Kostenmanagement einer Krankenkasse ist es insbesondere von Interesse stationäre Notaufnahmen zu vermeiden. Die Zahl Versicherter mit Krankenhausaufenthalten ist im Sample sehr gering. Lediglich 10–20 % der Versicherten des Samples wurden überhaupt innerhalb eines Jahres stationär behandelt. Dies führt zu geringen mittleren Veränderungen sowie einer geringen Varianz der Zahl der Krankenhausaufenthalte und Krankenhauskosten und bedingt, dass ein möglicher Unterschied bzw. Effekt der Intervention nicht entdeckt werden kann. Dazu trägt ferner die breite Streuung der Kosten stationärer Behandlungen bei. Für weitere routinedatenbasierte Kennzahlen (mittlere Gesamtkosten für ambulante Versorgung, mittlere Zahl der Heil- und Hilfsmittelverordnungen, mittlere Kosten für Heil- und Hilfsmittel, mittlere Zahl der Zuordnungen zur hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG-Zuordnungen) und mittlerer Deckungsbeitrag) sind ebenfalls keine Effekte des Coachings nachweisbar oder zu vermuten (ähnliche methodische Limitierungen).

Es ist festzuhalten, dass die Kosten und Leistungsanspruchnahme für die beschriebenen Outcomes ambulanter und stationärer Versorgung vor, während und nach dem Coaching in der Interventionsgruppe überwiegend höher sind als in der Kontrollgruppe. Dieses Ergebnis stimmt mit der unterschiedlichen Bewertung der subjektiven Gesundheit überein, die als Indikator für Leistungsanspruchnahme gilt (Perrin et al., 2011; Chern et al., 2002; Wang et al., 2000). Demnach geht eine schlechtere subjektive Gesundheit mit einer höheren Leistungsanspruchnahme einher. IG und KG unterschieden sich zwar im Niveau der Leistungsanspruchnahme und Kosten, die Entwicklung der Mittelwerte ist aber über die Zeit betrachtet ähnlich und es sind keine statistisch signifikanten Effekte des telefonischen Gesundheitscoachings auf Kosten und Leistungsanspruchnahme nachzuweisen. Die Unterschiede bestanden bereits vor der Intervention (2009) und sind durch Confounder determiniert, die nicht im Studiendesign erfasst sind. Hinzu kommt, dass viele Mittelwertunterschiede nur eine geringe praktische Relevanz haben (kleine Effektstärke). Dies kann auf Merkmale der Daten zurückgeführt werden (z. B. Verteilung der Werte, parametrischer Testverfahren, Verbleib von Ausreißern und Extremwerten in den statistischen Analysen, obwohl sie die Power von Signifikanz-Tests beeinträchtigen (Field, 2013)). Insgesamt ist kein Effekt der Intervention auf die Leistungsanspruchnahme oder Kosten nachzuweisen. Wirkungen des Coachings können nur mit (großer) Vorsicht vermutet werden.

Profiziert ein VMP möglicherweise besonders von der Intervention? Gibt es Unterschiede zwischen den spezifischen Subgruppen bzw. entwickeln sich Kennzahlen für ein VMP unterschiedlich über die Zeit?

Die VMP-spezifische Betrachtung der Routinedaten zu Kosten und Leistungsanspruchnahmen verdeutlicht ein unterschiedliches Kostenniveau je VMP. Subjektive Gesundheit gilt als Indikator für Leistungsanspruchnahme und wird von den Versicherten der VMP unterschiedlich bewertet (Perrin et al., 2011; Chern et al., 2002; Wang et al., 2000). Eine Gegenüberstellung der Daten zeigt, dass Coachingteilnehmende mit Komorbidität die schlechteste Bewertung subjektiver körperlicher und allgemeiner Gesundheit haben und häufig die höchste Leistungsanspruchnahme sowie die höchsten Kosten für Versorgung. Das Ergebnis passt zum Forschungsstand, auch wenn es dieses nicht erklärt und kein Zusammenhang mit dem telefonischen Gesundheitscoaching nachgewiesen werden kann. Insgesamt ergeben sich – abgesehen von unterschiedlichen Niveaus von Kosten und Leistungsanspruchnahme zwischen den Erkrankungsgruppen – keine Hinweise darauf, dass die Intervention auf ein ausgewähltes VMP einen besonderen Effekt hat bzw. die Krankenkasse bei einem VMP mehr als bei anderen von der Intervention hinsichtlich Kosten- und Leistungsanspruchnahme profitiert. Die Niveauunterschiede für Leistungsanspruchnahme und Kosten indizieren eher unterschiedliche Versorgungsbedürfnisse, die vermutlich überwiegend krankheitsbedingt sind. Ferner ist zu vermuten, dass verschiedene Alters- und Geschlechterstrukturen der VMP-Gruppen sowie weitere Einflüsse, die jedoch mit dem Studiendesign nicht zu erfassen waren, diese Unterschiede bewirkt haben.

6.2.3 Gegenüberstellung von Interventionsnutzen und Bedürfnissen der Versicherten sowie Zielsetzung der Intervention (Qualitative Ergebnisse)

Welchen subjektiven Nutzen beschreiben die Teilnehmenden von Gesundheitscoaching mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen für ihre Krankheitsbewältigung und Gesundheitsversorgung?

Verschiedene Ebenen der *subjektiven Nutzenwahrnehmung* werden anhand der qualitativen Teilstudie deutlich:

- Das Erreichen gesundheitsbezogener Ziele und die Wahrnehmung eines gesundheitlichen Nutzens bzw. gesundheitlicher Verbesserungen sowie
- die Zufriedenheit der Teilnehmenden mit der Intervention auf Grund der positiven und vertraulichen Beziehung zum Coach sowie dessen emotionale und psychische Unterstützung im Umgang mit Gesundheitsproblemen. Ein Teil der Befragten sieht das Coachingprogramm als wichtige Unterstützung, ein anderer Teil nimmt keinen oder nur einen geringen subjektiven Nutzen der Intervention wahr. Dennoch befürworten fast alle Befragten das Programm Weitblick als Angebot ihrer Krankenkasse: Sie bewerten die Intervention insgesamt als positiv, auch wenn sie selbst keinen Nutzen von der Programmteilnahme wahrnehmen. Hieraus ergibt sich eine weitere Ebene der Nutzenwahrnehmung:
- Die Versicherten erkennen an, dass die Krankenkasse sich um ihre chronisch erkrankten Versicherten kümmert. Dies bedeutet eine positive Außenwirkung (Marketing) für die Heimat Krankenkasse bei ihren Versicherten und möglicherweise Dritten, die davon hören.

Mit diesen Ergebnissen aus der Sicht der Versicherten wird die Evaluation um eine Perspektive erweitert. Die tabellarische Gegenüberstellung zeigt, welche Übereinstimmungen und Diskrepanzen zwischen Patienten- und Kassenperspektive bestehen (vgl. Tabelle 32). Die Dimensionen des subjektiven Nutzens (rechte Spalte) entsprechen weitgehend der Zielsetzung des Programms der Krankenkasse (mittlere Spalte) und den Bedürfnissen und Erwartungen der Teilnehmenden (linke Spalte) nach Unterstützung und Befähigung. Diese kann 1) durch Beratung und Information zu medizinischen Fragen, Behandlungsmöglichkeiten, Stärkung der Rolle der oder des Versicherten und Auswahl von Leistungserbringenden sowie 2) nach Unterstützung für und Befähigung zur Orientierung im Gesundheitssystem erfolgen (z. B. Qualität und Auswahl von Leistungserbringenden, Leistungsspektrum der GKV zu medizinischer Versorgung und Prävention überblicken und auswählen, Leistungsrecht). Der Bedarf und das Interesse der Befragten folgen dabei meist gesundheitsbezogenen Problemen bzw. Fragestellungen und betreffen vor allem spezifische Themen oder Krankheiten. Der Umfang des Bedarfs an Gesundheitsinformationen unterscheidet sich zwischen den Befragten nach vielen und detaillierten oder nur den wichtigsten Informationen. Die Suche nach Informationen erfolgt überwiegend gezielt und anlassbezogen, d. h. bei neuer oder veränderter gesundheitlicher Problemlage, nach Arztgesprächen oder bei (neuen) Diagnosen. Die Coachingteilnehmenden nehmen einen Nutzen für Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Krankheitsbewältigung hinsichtlich der Förderung von Partizipation und Eigenverantwortung sowie eines gesundheitsförderlichen Lebensstils wahr, der zuvor nicht als Bedürfnis beschrieben wurde. Die Befragten hatten hierzu kein oder nur ein geringes Bedürfnis geäußert. Sie bewerteten positiv, dass auf die Themen Gesundheitsförderung und Lebensstil eingegangen wurde. Das Unterstützungsbedürfnis betraf vorrangig Themen und Fragen rund um die gesetzliche Krankenversicherung. Diese Ausrichtung kann in Intervention und Studiendesign begründet sein, die von der Heimat Krankenkasse initiiert wurden. Während ein Teil der Versicherten das Coaching als Unterstützung ihrer Partizipation und Eigenverantwortung in der Gesundheitsversorgung versteht, kann es für andere auch die Abgabe oder Abnahme von Arbeit und Verantwortung bedeuten. Dies kann – je nach Kompetenzen und Gesundheitszustand – eine geeignete Form der Unterstützung sein, befähigt diese aber nicht langfristig zu selbstständigem Gesundheits- und Krankheitsmanagement. Die Coaches unternehmen also eine Gradwanderung zwischen Förderung und Befähigung sowie Unterstützung, Kontrolle und „Entmündigung“.

Tabelle 32: Bedürfnisse und subjektiver Nutzen zur Unterstützung von Krankheitsbewältigung und Gesundheitsversorgung durch telefonisches Gesundheitscoaching (eigene Darstellung)

Unterstützungsbedürfnisse und Erwartungen aus Sicht der Teilnehmenden	Zielsetzung der Intervention aus Perspektive der Krankenkasse	Subjektiver Nutzen aus Sicht der Teilnehmenden
<ul style="list-style-type: none"> • Beratung und Informationen (medizinisch & leistungsrechtlich) • Kenntnisse zum und Orientierung im Gesundheitssystem • Versorgungsqualität • Lotsenfunktion • Verstehen der Strukturen des Gesundheitssystems: Transparenz, Zusammenarbeit der Akteure und Einrichtungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung und Begleitung zu gesundheitsförderlichem Lebensstil • Förderung der Medikamentenadhärenz • Leistungen der GKV zu Gesundheitsförderung und Prävention • Reduktion vermeidbarer Kosten, z. B. durch Verhinderung von Notfallsituationen oder von Krankenhausaufenthalten • Stärkung einer kritischen Nutzerrolle 	<ul style="list-style-type: none"> • Begleitung, Information, Beratung und Bestärkung des Versicherten zu medizinischen Aspekten, Gesundheitsverhalten, -förderung und -versorgung • (Emotionale, psychische und sachlich-inhaltliche) Unterstützung durch einen „Kümmerer“ im Hintergrund und ausführliche Gespräche • Identifizieren und Erreichen gesundheitsbezogener Ziele (z. B. Verhaltensänderungen, Alltagsbewältigung, gesundheitliche Verbesserungen, Medikamentenadhärenz) • Problem- und Alltagsorientierung • Stärkung der Eigenverantwortung für Gesundheit • Stärkung einer aktiven, partizipativen Nutzer- und Versichertenrolle • Kenntnisse zum und Orientierung im Gesundheitssystem durch Informationen zu und Wahl von Leistungen und Leistungserbringenden

Es wurde deutlich, dass HKE als Grund für die Einschreibung in das Programm nicht immer das (gesundheitsbezogene) Hauptproblem war. Teils standen andere akute Gesundheits- oder private Probleme im Vordergrund, teils bestand in der Wahrnehmung der IP kein Handlungsbedarf hinsichtlich der HKE. Der subjektive Unterstützungsbedarf stimmte nicht in allen Fällen mit dem VMP überein oder Beratung bzw. Informationen waren schon bekannt und bedeuteten keinen Mehrwert für den IP. Aus Untersuchungen ist bekannt, dass eine solche geringe subjektive Risikowahrnehmung sowie eine subjektiv als hoch wahrgenommene Kompetenz Barrieren für die Interventionsteilnahme sind (Walter & Jahn, 2015). Es ist daher anzunehmen, dass diese Faktoren zu einer geringen Nutzenwahrnehmung für Krankheitsbewältigung und Gesundheitsversorgung geführt haben. Für die Unterstützung von Krankheitsbewältigung und Gesundheitsversorgung von Versicherten mit HKE ist oft ein komplexes komorbides oder multimorbides Krankheitsgeschehen zu berücksichtigen, mit dem ein heterogener Informations- und Unterstützungsbedarf einhergeht. Das Verständnis von Prävention und Gesundheitsförderung der Versicherten weicht ab von der des Programms Weitblick, der Krankenkasse und der wissenschaftlichen Definition. Während letztgenannte den Fokus auf individuelles Verhalten sowie gesellschaftliche und umweltbedingte Verhältnisse legen, stehen für die IP Fragen des Leistungsrechts zu präventiven oder alternativmedizinischen Leistungen im Vordergrund. Diese Betrachtung vernachlässigt die Eigenverantwortung und Potenziale des eigenen Verhaltens, die jeder Mensch für seine Gesundheit trägt und die ein Teil der Befragten selbst wünscht und einfordert. In diesem Zusammenhang fügt sich weiterhin die Beobachtung ein, dass einige Teilnehmende die Zielvereinbarungen mit ihrem Coach nicht als wichtig oder verbindlich wahrnahmen (vgl. Anhang 91). Telefonisches Gesundheitscoaching setzt an dieser Stelle an, indem der Fokus auf der Förderung des eigenen Gesundheitsverhaltens und der Eigenverantwortung gelegt wird.

Bezüglich „Gesundheitsberatung“ ist auf Diskrepanzen zwischen Erfahrungen und Wünschen der Teilnehmenden hinzuweisen: Trotz der positiven Erfahrung mit telefonischer Gesundheitsberatung (Kommunikationsform) durch Beratende mit medizinisch-pflegerischer Ausbildung, besteht bei den Teilnehmenden vor allem der Wunsch nach persönlicher Beratung durch Ärztinnen und Ärzte. Diese sind zwar ebenso wie medizinisch-pflegerische Fachkräfte für medizinische Beratungen und Lebensstilfragen formal qualifiziert, jedoch nicht für Fragen zum Leistungsrecht und zu Leistungen der GKV, einem zentralen Informationsbedürfnis. Hierzu sind Kenntnisse bspw. von Sozialversicherungsfachangestellten erforderlich, die die IPs für Gesundheitsberatung eher nicht favorisieren. Konträr zum Wunsch nach ärztlichen Beratenden steht die als kritisch gesehene ärztliche Patientensteuerung, weil sie intransparent sei und nicht im Interesse der Patientinnen und Patienten erfolge. Dieser Widerspruch von Beratungserfahrung und Wünschen sind anhand der Daten nicht aufzulösen bzw. zu erklären.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass das telefonische Gesundheitscoaching aus Sicht der Teilnehmenden mit HKE ihre individuelle Krankheitsbewältigung und Gesundheitsversorgung unterstützen kann. Damit erreicht das Programm sein zentrales Ziel: die individuelle Befähigung und Unterstützung von chronisch erkrankten Versicherten. Zudem nahmen die Coachingteilnehmenden einen Nutzen für nicht benannte oder bislang unbekannte Bedürfnisse wahr (Gesundheitsförderung, Partizipation, Eigenverantwortung). Das hohe Unterstützungsbedürfnis zur Orientierung im Gesundheitssystem und damit einhergehend der Wunsch nach einer Lotsenfunktion sowie der Sicherstellung von Versorgungssicherheit, -qualität und Transparenz im Gesundheitssystem liegen nicht im Fokus des Programms. Weitblick und können auch nicht durch das telefonische Gesundheitscoaching erfüllt werden. Inwiefern die Intervention dies leisten kann, darf oder soll, ist abhängig von ihrer (Weiter-)Entwicklung (vgl. Kap. 7). Ferner ist das Programm nicht für alle Teilnehmenden gleich gut geeignet. Ohne Fallanalyse sowie Daten zu Prädiktoren und Confoundern, wie Sozioökonomie und Gesundheitsdeterminanten, ist kaum zu eruieren, für welche Versicherten die Intervention besonders geeignet ist und welche am ehesten profitieren.

6.3 Mixed Methods – Zusammenführung der Ergebnisse

Die Ergebnisse zum Stand der Forschung und Entwicklung, zum theoretischem Hintergrund sowie zu den empirischen Untersuchungen zu Weitblick „haben unterschiedliche Blickwinkel, Ziele und Grenzen, die sich im Sinne der Forschungsfrage gegenseitig ergänzen“ (Creswell & Plano Clark, 2011, S. 8). Mixed Methods entsprechend werden sie orientierend an der übergeordneten Fragestellung der Arbeit gemeinsam diskutiert und damit zusammengeführt. In der nachfolgenden Gesamtschau zeigen sich überwiegend ergänzende Ergebnisse, die mittels unterschiedlicher Methoden und aus verschiedenen Perspektiven erarbeitet worden sind. Diese geben übereinstimmend Hinweise auf positive Effekte und einen Nutzen der Intervention, auch wenn nur wenige Nachweise die Effektivität und Effizienz belegen können. Das Vorgehen verdeutlicht die Komplexität der Intervention und die damit verbundenen Anforderungen an ein Evaluationsdesign. Die Schwierigkeiten und Herausforderungen zum Nachweis der Wirksamkeit sind dieselben, die bislang für Prävention und Gesundheitsförderung ungeklärt sind: Studien und Zielgruppe sind heterogen, die Maßnahmen, Verhaltensweisen und chronischen Krankheitsbilder sind komplex, die Einflüsse multifaktoriell und interdependent. Zudem ist die medizinische Regelversorgung in die Modelle einzubeziehen. Komplexe Studiendesigns sind erforderlich, um einen Wirksamkeitsnachweis erbringen zu können (Rütten et al., 2017; Antes et al., 2016; DeGEval, 2016; Borglin, 2015; Finck et al., 2015; Plaumann & Pawils, 2015; Kuckartz, 2014a; Heyvaert et al., 2013; Nolte et al., 2013; Kuckartz & Busch, 2012; Creswell & Plano Clark, 2011; Kühn & Rosenbrock, 2009; Kliche et al., 2006). Dazu sind neben Prädiktoren und Confoundern, wie soziodemografischen

Faktoren, auch Gründe für eine Teilnahme zu eruieren und die Unterschiede zwischen IG und KG zu erklären (z. B. Kriterien und Methoden der Teilnehmerauswahl, telefonische Kontaktaufnahme oder Freiwilligenbias). Weiterhin ist über erwünschte und unerwünschte Outcomes und Ziele der von telefonischem Gesundheitscoaching zu reflektieren. Zu berücksichtigen sind dazu auch Annahmen zum Präventionspotenzial, zur Risikowahrnehmung, zur Wahrnehmung der eigenen Kompetenzen und zur Veränderungsbereitschaft der Versicherten. Diese Kenntnisse würden nicht nur die Effektivität der Programmteilnahme für die Versicherten erhöhen, sondern auch den Nutzen für die Heimat Krankenkasse (Effizienz). Sie können zur Verbesserung der Intervention beitragen – für die Rekrutierung von Teilnehmenden und die adäquate Umsetzung der Intervention. Zudem können chronische Krankheiten eine erhebliche Eigendynamik entwickeln, die im Studiendesign bisher nicht erfasst ist, obwohl die Coaches während der Intervention vermutlich darauf eingehen. Diese Faktoren können die Outcomes bzw. Wirksamkeit beeinflussen, konnten aber nicht in der Analyse berücksichtigt werden. Dies limitiert die Ergebnisse, so dass lediglich der Status Quo zu einem Messzeitpunkt beschrieben werden kann sowie Vergleiche mit der Normstichprobe angestellt werden können.

Telefonisches Gesundheitscoaching ist eine aus der Versorgungspraxis heraus entwickelte Intervention zur Förderung von Prävention, Gesundheitsverhalten und Unterstützung der medizinischen Versorgung von vulnerablen Gruppen, häufig von chronisch Erkrankten. Damit sollen Mängel ihrer Versorgung überbrückt und verbessert werden. Empirische Studien und Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit bewerten die Intervention tendenziell positiv, obwohl die Evidenz vor allem auf Grund von Studienlimitationen und geringen bis moderaten Effekten nicht eindeutig ist (O'Hara et al., 2013; Hutchison & Breckon, 2011; Eakin et al., 2007). Die größten Effekte werden dabei für vulnerable Gruppen wie chronisch Erkrankte und hier besonders solche mit schlechten Ausgangswerten angenommen (Dennis et al., 2013; Vincent & Sanchez-Birkhead, 2013; Hutchison & Breckon, 2011; Jordan et al., 2011). Dies überrascht nicht, da Veränderungen ausreichend groß und leichter messbar sind, wie eine dann relevante Risikoreduktion. Ob soziodemografische Faktoren eine Rolle spielen, ist umstritten (Goode et al., 2015; Sukomboon et al., 2014; Lippke & Renneberg, 2006; Nutbeam & Harris, 2005; Hurrelmann, 2000). Trotz dieser Bewertungen bleibt die Wirkungsweise von telefonischem Gesundheitscoaching unklar und die Methoden intransparent. Die Vorgehensweisen sind vielfältig und nicht evidenzbasiert, auch wenn sie ähnliche Ziele und Herangehensweisen aufweisen. Es gibt nur wenige Studien, die die Inhalte und Methoden der Intervention transparent machen und zur Erklärung ihrer Wirkungsweise beitragen (z. B. Kivelä et al., 2014; Nolte et al., 2013; Goode et al., 2012; Hutchison & Breckon, 2011; Olsen & Nesbitt, 2010; Digenio et al., 2009; Eakin et al., 2007). Der aktuelle Forschungsstand liefert dennoch wichtige Hinweise für die Intervention, wie bspw. zum Informationsbedarf chronisch Erkrankter. So besteht trotz häufig langer „Krankheitskarrieren“ ein hoher Informationsbedarf der Betroffenen zur ihrer Krankheit, Bewältigung und Versorgung (Hocking et al., 2013; Beniwal et al., 2011; Bokern, 2006; Celentano et al., 2004; Marstedt, 2003). Ähnlich können auch wissenschaftliche Kenntnisse über Bewältigungsphasen chronischer Krankheit und dafür typische Unterstützungsbedürfnisse für ein adäquates Gesundheitscoaching genutzt werden (Schaeffer & Moers, 2008). Dies ist relevant für die inhaltliche Entwicklung von Gesundheitscoaching, die Schulung der Coaches sowie die Qualität und Bedürfnisgerechtigkeit der Intervention.

Die Intervention ist nicht theoretisch abgesichert. Theorien und Modelle können zur ihrer Fundierung sowie systematischen Erklärung, Evaluation und möglichen Skalierung beitragen. Diese fördern die methodische und inhaltliche Weiterentwicklung des Coachings, wie z. B. Gesprächstechniken, spezifische Inhalte entsprechend der Krankheits- und Bewältigungsphasen, Messung von Interventionen und

Outcomes oder Kriterien zur Rekrutierung von Teilnehmenden bzw. für den richtigen Zeitpunkt einer Teilnahme am Coaching. Dies kann langfristig zu einer verbesserten Qualität und Effektivität der Intervention führen. Mit der Integration des transtheoretischen Modells in telefonisches Gesundheitscoaching kann der Veränderungsprozess von Gesundheitsverhalten systematisch und theoriegeleitet unterstützt sowie der Verlauf dokumentiert und ausgewertet werden (Seibt, 2011d; Prochaska & DiClemente, 2005; Prochaska & DiClemente, 1982). Andere Theorien dienen als Erklärungsansätze, wie telefonisches Gesundheitscoaching gesundheitsförderliches Verhalten beeinflussen kann (Theorie des bewussten Verhaltens, Sozial-kognitive Theorie, Sozial-kognitives Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens). Die theoretischen Grundlagen beinhalten zwar Erklärungsansätze für Teile der Intervention, allerdings gibt es seit geraumer Zeit kaum eine Weiterentwicklung in diesem Feld. Wünschenswert wäre eine integrierende bzw. transdisziplinär angelegte Coachingtheorie und -intervention, um die Vorteile der Verbindung und Rückkopplungsprozesse aus Wissenschaft und Praxis zu nutzen. Selbstkritisch ist darauf hinzuweisen, dass die vorliegende Arbeit ebenfalls keinen Beitrag zur Entwicklung einer theoretischen Rahmung leistet, sondern wie andere Autoren zuvor (z. B. Hutchison & Breckon, 2011) erneut auf die Forschungslücke hinweist. Sie kann aber als Vorarbeit bzw. „Brückenschlag“ (Heintel, 2009, S. 23) für eine transdisziplinäre Weiterentwicklung gesehen werden. Lenartz' (2012) Modell von Gesundheitskompetenz kann als Grundlage für ein Erklärungsmodell herangezogen werden. Denn Ergebnisse zum wahrgenommenen Nutzen können in dieses Gesundheitskompetenzmodell eingeordnet werden. Das vorhandene „gesundheitsbezogene Grundwissen“ wurde durch Beratung und Aufklärung im Coaching weiter ausgebaut. Die Förderung und Stärkung der Eigenverantwortung und partizipativen Rolle der Versicherten im Gesundheitssystem fanden ebenfalls im Rahmen des Coachings statt („Verantwortungsübernahme“). Weiterhin sind die Kommunikationsfähigkeiten bspw. gegenüber Ärztinnen und Ärzten gefördert worden, ebenso wie Kenntnisse zum und Orientierung im Gesundheitssystem („Kommunikation und Kooperation“). Auch die Elemente „Selbstkontrolle“ (Zielbildung) und „Selbstregulation“ (Zielerreichung) waren Gegenstand des Coachings, die gesundheitsförderliche Verhaltensänderungen einiger Teilnehmenden erklären könnten. Dieser Versuch einer theoretischen Einordnung zeigt Möglichkeiten wie telefonisches Gesundheitscoaching wirken bzw. Gesundheitskompetenzen fördern kann. Der Vorteil dieses Erklärungsansatzes ist die Berücksichtigung verschiedener, zusammenwirkender Konzepte, die das Outcome „Gesundheitsverhalten und Gesundheit“ determinieren. Für die Konzeption und Messung der Intervention kann das Modell möglicherweise zukünftig genutzt werden, derzeit besteht allerdings für diese Anwendung noch Forschungsbedarf.

In Hinsicht auf den Anwendungskontext des telefonischen Gesundheitscoachings im Gesundheitssystem in Deutschland sowie auf die Versorgungsmängel und -bedarfe bei chronischer Krankheit ist festzuhalten, dass das Gesundheitssystem selbst unverändert bleibt. Es hat gleichzeitig Vor- und Nachteile, dass telefonisches Gesundheitscoaching nicht in lokalen Strukturen und Ressourcen integriert ist (Stratmann et al., 2011). Es kann unabhängig davon agieren und ist damit leicht ein- und umsetzbar. Es findet aber ohne Kontinuität und Verbindung zur haus- oder fachärztlichen Versorgung statt. Die Einbettung der Intervention in bestehende Strukturen der Leistungserbringenden und gute Verknüpfung zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten werden jedoch als zentral für den langfristigen Interventionserfolg angesehen (Dennis et al., 2013; Stratmann et al., 2011; Olsen & Nesbitt, 2010). Die Implementation in die Regelversorgung erfordert allerdings nicht nur einen Wirkungsnachweis und die Akzeptanz der Zielgruppe, sondern auch die Akzeptanz der Ärztinnen, Ärzte und Dienstleistenden. In der Praxis sind dann Kenntnisse und Informationen zu lokalen Programmen und Leistungen (Ressour-

cen) und zum Einbezug von nicht-medizinischen Ressourcen vor Ort erforderlich, wie z. B. Arbeitsagentur, Unterstützung oder finanzielle Zuschüsse von Staat und Sozialversicherungen, gemeinnützige Organisationen, spezifische Initiativen, Altenhilfe oder psychosoziale Beratungsstellen (Ozaki et al., 2011).

Welchen Beitrag leistet Gesundheitscoaching für chronisch Erkrankte zu einer nutzer- und bedarfsorientierten Versorgung, für einen besseren subjektiven Gesundheitszustand und zur Unterstützung von Krankheitsbewältigung?

Für die Coachingteilnehmenden ist ein subjektiver Nutzen zu vermuten: Sie nehmen eine positive Gesundheitsentwicklung und einen hohen Interventionsnutzen wahr. Der subjektive Nutzen betrifft Formen der Förderung von Selbstmanagement, Gesundheitskompetenzen, Krankheitsbewältigung und Gesundheitsversorgung. In diesem Zusammenhang beschreiben sie u. a. Empfehlungen für ärztliche Kontrollbesuche und Präventionsmaßnahmen, Medikationsadhärenz, Bewegung und Ernährung oder das Erlernen von Techniken zur Bewältigung körperlich und psychisch belastender Situationen. Des Weiteren bestärkten die Coaches die Versicherten, in Gesprächen mit Leistungserbringenden Fragen zu stellen („mündiger Patient“) und ihre Eigenverantwortung für Gesundheit wahrzunehmen. Möglicherweise wirken hier das vermehrte Screening, Monitoring und Versorgungsmanagement sowie das „Kümmern“, Unterstützen und Bestärken zusammen, ähnlich wie beim Hawthorne-Effekt²¹ (Vincent & Sanchez-Birkhead, 2013; Müller, 2011; Schreier & Odağ, 2010). Weitblick geht damit auf die vielen individuellen Bedürfnisse der befragten Versicherten ein und unterstützt sie hinsichtlich Gesundheit, Versorgung und Krankheitsbewältigung. Es kann vermutet werden, dass die genannten positiven Erfahrungen der Teilnehmenden mit dem Coaching und die Gesundheitsentwicklung zusammenhängen. Die emotionale, psychische sowie sachlich-inhaltliche Unterstützung der Coaches scheint den Nutzen für die Teilnehmenden auszumachen bzw. zu wirken. Weiterhin ist relevant, dass die Teilnehmenden mit dem Thema Prävention vor allem GKV-Leistungen, Vorsorgeuntersuchungen oder sehr spezifische Fragen, z. B. zu Ernährung, in Verbindung bringen. Fragen zum Lebensstil oder zu Gesundheitsförderung wurden durch das Coaching in den Fokus der Versicherten gerückt. Möglicherweise bedingen sie ebenfalls die Gesundheitsverbesserung über Zeit. Eine Weiterentwicklung des Coachings hin zu einer Lotsenfunktion liegt nahe.

Trotz vieler positiver Bewertungen des Coachings muss beachtet werden, dass nicht alle Teilnehmenden vom Coaching profitiert haben und die Bewertung insgesamt zweigeteilt ist. Ein Teil der Befragten nahm einen Nutzen wahr, ein anderer nicht. Ähnliche Ergebnisse zeigte die Erhebung bei Coachingteilnehmenden des Dienstleisters 4Sigma für eine BKK: Akzeptanz und Zufriedenheit mit der Durchführung des Coachings waren hoch, einen Nutzen nahm allerdings nur ein Teil der Befragten wahr (Pourie, 2011b; Pourie & Schmöller, 2010). Die geteilte Nutzenwahrnehmung wirft die Frage auf, welche Versicherte vom Coaching profitieren und warum. Die Gründe können im Coaching liegen, weil es nicht die Bedürfnisse der Versicherten trifft bzw. treffen kann (unpassende Intervention) oder im Auswahlverfahren der Versicherten, das nicht alle relevanten Kriterien für eine wirksame Intervention berücksichtigt. Insgesamt hat das Coaching aus Sicht der Teilnehmenden zu einer besseren Orientierung im Versorgungssystem und adäquaten Leistungsanspruchnahme beigetragen sowie Prävention und Ge-

²¹ Das Bewusstsein über die Teilnahme an einer Studie kann bereits zu Verhaltensänderungen führen und damit zu einer falschen Einschätzung bspw. zur Wirksamkeit einer Intervention führen.

sundheitsförderung gestärkt, die Krankheitsbewältigung wurde unterstützt. Dies spiegelte sich allerdings nicht unbedingt in einem messbar besseren subjektiven Gesundheitszustand der chronisch Erkrankten wider.

Welchen Nutzen hat telefonisches Gesundheitscoaching in Bezug auf eine effektive und effiziente Ressourcennutzung in der GKV bzw. für diese BKK?

Eine Wirkung des Coachings für Ressourcennutzung kann nicht nachgewiesen werden. Unter der Annahme, dass eine Wirkung besteht, sind unterschiedliche Erklärungsansätze denkbar:

- 1) Effekte der Intervention waren methodisch nicht messbar, auf Grund von Confoundern und/oder nicht-diagnosespezifischer, ungeeigneter Routinedaten und/oder auf Grund der Mittelwertvergleiche, bei dem sich Effekte gegenseitig aufheben.
- 2) Ein Nutzen der Intervention zum Leistungs- und Kostenmanagement bestand nur für einen Teil der Versicherten und war folglich zu gering, um erfasst zu werden.

Diese zweite Annahme wird durch die qualitative Teilstudie gestützt (zweigeteilte Nutzenwahrnehmung) und führt zur Frage zurück, welche Versicherten von der Intervention profitieren und warum. Risikoprognose und Routinedaten waren zunächst 2008 für IG und KG vergleichbar, in den folgenden Jahren nicht mehr. Es sind also Unterschiede zwischen beiden Gruppen anzunehmen, deren Ursache jedoch unbekannt ist. Die Daten zeigen, dass eine Zielgruppe mit subjektiv schlechter Gesundheit in die Intervention eingeschlossen wurde. Dieser gilt als Indikator für Leistungsanspruchnahme und spiegelt sich möglicherweise in der höheren Leistungsanspruchnahme und den höheren Kosten der IG wider (Perrin et al., 2011; Chern et al., 2002; Wang et al., 2000; vgl. Abschn. 2.4.3). Des Weiteren sinken Kosten und Leistungsanspruchnahme im Interventionszeitraum für die IG leicht, so dass Effekte der Intervention zumindest vermutet werden können. Eine Ausnahme sind die Zahl der verschriebenen Arzneimittel und die Arzneimittelkosten, die während der Intervention leicht steigen. Es bleibt allerdings offen, ob diese Trends hinsichtlich der Versorgungsqualität und Effizienz ein erwünschter oder unerwünschter Effekt ist.

Grundsätzlich verfügt Gesundheitscoaching über das Potenzial, die Kosten und Leistungsanspruchnahme der Versicherten zu beeinflussen. Die gewünschte Wirkrichtung (Steigerung, Reduktion oder Beibehaltung von Leistungsniveau und Kosten) ist jedoch individuell für jeden Versicherten unterschiedlich und abhängig von Versorgungsqualität und Gesundheitszustand. Ob damit von der Krankenkasse verbundene Erwartungen zur Reduktion vermeidbarer Kosten und Leistungsanspruchnahmen (langfristig) erreicht werden können, kann nicht beantwortet werden. Die These, dass mit guter Versorgungsqualität und Gesundheitsförderung langfristig vermeidbare Kosten eingespart werden können, bleibt bestehen. In Studien konnten dazu sowohl Kosteneinsparungen als auch -steigerungen nachgewiesen werden (Oksman et al., 2017; Varney et al., 2016; Mißlbeck, 2013; Böttcher et al., 2011; Pomerantz et al., 2010; Pourie & Schmöller, 2010).

7 Potenziale und Grenzen von telefonischem Gesundheitscoaching für chronisch Erkrankte

7.1 Entwicklungsstand von telefonischem Gesundheitscoaching bzw. Weitblick

Telefonisches Gesundheitscoaching ist eine Intervention zur Prävention und Gesundheitsförderung bei chronischen Erkrankungen. Sie zielt auf verhaltensbedingte, beeinflussbare Risikofaktoren und individuelles Gesundheitsverhalten ab, um den Verlauf chronischer Erkrankungen zu begünstigen (RKI & Destatis, 2015; Plass et al., 2014; Hintzpeter et al., 2011; Scheidt-Nave, 2010; Badura et al., 2007; Maaz et al., 2007; Rosenbrock & Gerlinger, 2006). Für die Zielgruppe chronisch Erkrankter sind das Gesundheitsverhalten, die Kompetenzförderung, eine Unterstützung der medizinisch-therapeutischen Versorgung sowie der Krankheitsbewältigung wesentliche Determinanten für bessere Gesundheit und Lebensqualität. Aus Public Health Sicht ist dieser Fokus eine gute Ergänzung zur Medizin bzw. medizinorientierten Versorgung und für individuelle Verhaltensprävention und Gesundheitsförderung für eine Zielgruppe mit Gesundheitsrisiken geeignet. Die Potenziale von Prävention und Gesundheitsförderung können also auch für telefonisches Gesundheitscoaching vermutet und ein erheblicher Einfluss auf die Bevölkerungsgesundheit angenommen werden (Walter, Robra & Schwartz, 2012; Rosenbrock & Gerlinger, 2006; Schwartz, 2003; SVR, 2001; Schwartz, 2000). Die Intervention greift die gesellschaftlichen Trends und Bedürfnisse nach nutzerorientierten, flexiblen und mobilen Versorgungsformen auf (Sigrist et al., 2015). Ihre Stärken sind dabei ein hoher Grad der möglichen Individualisierung sowie die methodischen, technischen und inhaltlichen Weiterentwicklungen. Diese Anforderungen aus der Praxis sprechen für eine transdisziplinäre Herangehensweise mit wissenschaftlicher und praktischer Expertise.

Der Nutzen von (telefonischem) Gesundheitscoaching ist weder in der Literatur noch durch die vorliegende Untersuchung eindeutig belegt. Die Ergebnisse fügen sich zu einem Bild mit tendenziell positiver Wirkung zusammen. Welcher Nutzen für die Intervention angenommen werden kann, ist in Tabelle 33 zusammengefasst. Der Aufbau der Tabelle orientiert sich dabei an den Fragestellungen und Ergebnissen dieser Arbeit bzgl. Versorgung, subjektiver Gesundheit und Krankheitsbewältigung, Inanspruchnahme von Ressourcen, Bewertung der Intervention und der Rolle der GKV. Die tabellarische Übersicht rückt die Perspektive der Teilnehmenden in den Vordergrund. Die Ziele der Krankenkasse bezogen auf Ressourcen- und Leistungssteuerung treten in den Hintergrund – das Ziel Versorgungsmanagement ausgenommen. Diese Perspektive trifft den Charakter von telefonischem Gesundheitscoaching, dessen Vorteile in der Individualität und Leistungsindividualisierung liegen und ist in der Diskussion um die Implementation und Skalierung stärker in den Fokus zu rücken. Beide Aspekte sind zentral für die Coachingteilnehmenden und entsprechen politischen Zielen, nämlich der Partizipation und Teilhabe von Patientinnen und Patienten in der Gesundheitsversorgung durch die Förderung von Nutzerkompetenzen, Eigenverantwortung und Partizipation.

Tabelle 33: Zusammenfassung der Nutzenbewertung von telefonischem Gesundheitiscoaching (eigene Darstellung)

Nutzendimension	Bewertung
Patienten- und bedarfsorientierte Versorgung, Krankheitsbewältigung	<ul style="list-style-type: none"> • Das Coaching orientiert sich an subjektiv wichtigen Fragestellungen der Teilnehmenden. Dies macht den wesentlichen Unterschied zur Regelversorgung aus. Es werden medizinische und nicht-medizinische Probleme berücksichtigt. Diese umfassende emotionale, psychische und sachlich-inhaltliche Unterstützung ist für die Teilnehmenden wichtig, ebenso wie die Berücksichtigung der unterschiedlichen Bedürfnisse, wie z. B. des Informationsbedarfs • Es gibt Hinweise auf die Förderung von Nutzerkompetenzen sowie von Eigenverantwortung und Partizipation der Versicherten für ihre Gesundheitsversorgung. Damit verbunden ist vermutlich der Wunsch nach informierter Mitbestimmung und Steuerung der eigenen medizinischen Versorgung – sofern die Teilnehmenden dies auf Grund ihres Gesundheitszustands und ihrer Fähigkeiten wollen bzw. können. • Der Coach als „Kümmerer“ unterstützt die Orientierung im Gesundheitssystem und vermittelt entsprechende Kenntnisse. Darunter fallen u. a. Empfehlungen für ärztliche Kontrollen und Präventionsmaßnahmen, Förderung von Medikationsadhärenz, Bewegung und Ernährung oder das Erlernen von Techniken und Strategien zur Krankheitsbewältigung. Er unterstützt damit die Gesundheitsprofessionen bei Aufgaben außerhalb ihrer Kernkompetenzen. Dies kann eine Entlastung des Gesundheitssystems vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels bedeuten. • Die Intervention hat Grenzen bei spezifischen Fragen sowie komplexen medizinischen Problemen. Den Bedarf der Teilnehmenden nach einer Lotsenfunktion kann die Intervention nicht leisten.
Gesundheit und Gesundheitsverhalten der Teilnehmenden	<ul style="list-style-type: none"> • Es gibt Hinweise auf positive Effekte für Gesundheit und für die subjektive Gesundheit. Für Weiblich-Teilnehmende ist die subjektive Gesundheit zwar mittelmäßig bis schlecht, aber die subjektive Gesundheitsentwicklung ist positiv. • Wahrscheinlich trägt telefonisches Gesundheitiscoaching zu verbessertem gesundheitsförderlichem Verhalten, Gesundheitswissen sowie zum Erreichen gesundheitsbezogener Ziele bei. • Grenzen der Intervention beziehen sich auf die Beeinflussbarkeit chronischer Krankheiten, deren Fortschreiten kaum zu verhindern ist, sowie auf individuelle Kompetenzen, Handlungsspielräume (s. o.) und auf persönliche Wertentscheidungen über den Umfang eines gesundheitsförderlichen Lebensstils.
Nachhaltigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Nachhaltigkeit wurde bisher kaum nachgewiesen und für Weitblick nicht erhoben.
Ressourcennutzung	<ul style="list-style-type: none"> • Heterogene Effekte: Steigende und sinkende Leistungsanspruchnahme und Kosten. Je nach Zielsetzung können beide Wirkrichtungen gewünschte Effekte sein. • Keine Effekte für Weitblick nachweisbar. Es kann vermutet werden, dass die Interventionsgruppe eine vermehrte Leistungsanspruchnahme bzw. einen erhöhten Versorgungsbedarf hatte als die Kontrollgruppe. Ferner unterscheidet sich die Ressourcennutzung zwischen den VMP. Diese beobachteten Unterschiede stimmen überein mit der Bewertung der subjektiven Gesundheit als Indikator für Leistungsanspruchnahme.
Akzeptanz der Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Akzeptanz unter den Weitblick-Teilnehmenden: Sie sind überwiegend zufrieden mit der Intervention und der Beziehung zum Coach (Vertrauen), trotz heterogener Nutzenwahrnehmung (es ist unklar, welche Determinanten und Methoden die Outcomes und die Nutzenwahrnehmung der Intervention erklären, d. h. welche Versicherten von der Intervention profitieren und warum). • Problem- und Alltagsorientierung ist den Teilnehmenden wichtig. Dies erfordert einen hohen Grad an Individualität des Coachings in der Umsetzung. • Akzeptanz der Intervention unter Leistungserbringenden ist unbekannt bzw. heterogen. Für eine mögliche Integration der Leistung in die Regelversorgung sind Rolle, Aufgaben und Abgrenzung in bestehenden Versorgungsstrukturen zu klären.

Heimat Krankenkasse/GKV	<ul style="list-style-type: none"> • Weitblick unterstützt die Orientierung der Versicherten im Gesundheitssystem und ist damit dem Versorgungsmanagement zuzuordnen. • Das Coachingangebot trägt zu einer positiven (Außen-)Wahrnehmung der Heimat Krankenkasse bei den Versicherten bei. Sie bewerten es als positiv, dass ihre Krankenkasse sich um ihre Versicherten kümmert, unabhängig davon, ob sie selbst einen Nutzen wahrgenommen haben. • Ein Effekt von Weitblick auf Ressourcennutzung oder -steuerung ist auf Grund der Studienlimitierungen nicht nachweisbar. Der Zusammenhang zwischen guter Versorgungsqualität, Gesundheitsförderung und der Einsparung vermeidbarer Kosten ist unbestätigt. Vielmehr ist zu klären, ob Coaching zur Versorgungssteuerung geeignet ist. Ferner ist zu differenzieren, welche Outcomes eine verbesserte Versorgungsqualität indizieren (z. B. Kostenreduktion oder -steigerung).
--------------------------------	---

Die individuelle Ausrichtung auf Gesundheitsprobleme und -bedürfnisse – auch bei komplexen Fragestellungen wie beim multimorbiden Krankheitsgeschehen – ist ein wesentlicher Vorteil von telefonischem Gesundheitscoaching. Leistungsindividualisierung einer Intervention gilt auch empirisch als relevant. Der Wirkungsgrad hinsichtlich Gesundheitszustand und -ausgaben kann sich verbessern (Haaf & Halsband, 2011). Alltagsnähe, individuelle Problemorientierung und Berücksichtigung des gesamten Krankheitsgeschehens (nicht nur mit Bezug auf das VMP) einschließlich nicht-medizinischer Probleme sind eine besondere Stärke, wie auch die Ergebnisse der qualitativen Teilstudie zeigen (s. a. Freund, 2012; Rosenbach & Ewers, 2012; Schmid et al., 2008; Schaeffer, 2006; Müller-Mundt & Schaeffer, 2003). Die Erfahrungen der Weitblick-Teilnehmenden zeigen sogar einen noch größeren Bedarf nach Individualisierung. Die Bestärkung und Unterstützung für gesundheitsförderliches Verhalten, Gesundheitskompetenzen und Selbstmanagementfähigkeiten sowie für eine aktive Rolle als mündiger Nutzerin oder Nutzer bzw. Patientin oder Patient bedeuten eine wichtiger werdende Ergänzung der medizinischen Versorgung (SVR, 2012a; Friesacher, 2010; UN CRPD, 2006; DIMDI & WHO, 2005; Schaeffer & Moers, 2004; Tattersall, 2002). Die aus der Versorgungspraxis heraus, „bottom-up“ entwickelte Maßnahme trifft Bedarfe und Bedürfnisse der Zielgruppe, unabhängig von klinischer Wirksamkeit. Akzeptanz und Befürwortung des Coachings durch die teilnehmenden Versicherten sind zu beachten. Dies kann als Abstimmung für die Implementation der Intervention gewertet werden, quasi „bottom-up“ durch die Versicherten. Dennoch ist die Intervention nicht für alle gleich geeignet oder sinnvoll. Es bleibt unklar, warum das Gesundheitscoaching einigen Versicherten nützt und anderen nicht bzw. welche Faktoren dies beeinflussen. Die Grenzen des Coachings und seine Determinanten sind zu untersuchen, wie bspw. wechselnde Prioritäten in der Versorgung oder begrenzte Beeinflussbarkeit der chronischen Krankheit.

Die alleinige Betrachtung sowohl von Zielen der Krankenkasse als auch von klinischer Effektivität und Effizienz greifen für eine Bewertung von telefonischem Gesundheitscoaching zu kurz. Daher reiht sich die Evaluation von Weitblick ein in die an der Versorgungspraxis orientierten Betrachtungen von Interventionen. Sie leistet – wie viele andere Untersuchungen – keinen Beitrag zur theoretischen Weiterentwicklung. Der Wert der Ergebnisse aus der Versorgungsrealität darf aber nicht geschmälert werden: Trotz offenkundiger Limitationen und methodischer Schwierigkeiten des Studiendesigns (bspw. fehlende Erhebung von Confoundern oder Outcomes zu Gesundheitsverhalten), ist es ein Vorteil, dass die Intervention in der Versorgungspraxis und damit unter Alltagsbedingungen entwickelt, erprobt und evaluiert wurde. Damit verbindet sie – ganz im Sinne transdisziplinärer Forschung – Wissenschaft und Praxis. Die Bedingungen entsprechen der Realität von Versicherten und Krankenkasse. Für die Evaluation hat sich der multiperspektivische Ansatz mit Methodenmix bewährt, um ein umfassendes Bild zur

Intervention zu erhalten. Die quantitativen und qualitativen Ergebnisse bedeuten eine sinnvolle Ergänzung zueinander. Dies soll theoretisch fundierten Interventionen und klinischen Studien nicht ihre Bedeutung absprechen. Vielmehr soll der Blick auf die Möglichkeiten der Entwicklung, Erprobung und Bewertung von Interventionen geweitet und Alternativen zu starren methodischen Idealen aufgezeigt werden. Ein robusteres Vorgehen zur Entwicklung, zum Monitoring und zur Evaluation von Telefoncoaching ist erforderlich, um ein umfassendes Bild zu seinen Wirkungen zu erhalten. Ein mehrschrittiges Vorgehen mit Berücksichtigung verschiedener Perspektiven wie mit Mixed Methods kann eine adäquate Möglichkeit sein (Kuckartz, 2014a; Creswell & Plano Clark, 2011; Schmacke, 2011; Campbell et al., 2000). Für zukünftige Forschungsvorhaben sind u. a. Methoden anzuwenden, die den langfristigen Prozess der Verhaltensänderung wahrnehmbar und messbar machen und die nachhaltige, nicht-medizinische und verhaltensbezogene Outcomes einschließlich Assoziationen und Interaktionen beinhalten (Patja et al., 2012; Stober & Parry, 2005). Dies wurde bereits für Studiendesign und Methodik der vorliegenden Evaluation diskutiert, einschließlich der auch hier bestehenden Limitierungen und Grenzen des Studiendesigns (vgl. Kapitel 6). Gleichzeitig ist es ein Vorteil, die „praktische Effektivität“ der Intervention in den Blick zu nehmen und verschiedene Perspektiven zu berücksichtigen. So hebt die Nutzerperspektive die Bedeutung einer individuell angepassten Intervention bzw. Leistungsindividualisierung hervor. Gerade dies erschwert allerdings die Untersuchung der Wirksamkeit von telefonischem Gesundheitscoaching anhand einheitlicher und vergleichbarer Vorgehensweisen. Die geteilte Nutzenwahrnehmung empirischer Studien und der Evaluation von Weitblick deutet aber auch darauf hin, dass sie erheblich von individuellen Faktoren abhängt. Allein eine vulnerable Gruppe mit schlechtem Gesundheitszustand als Zielgruppe zu definieren, für die der größte Nutzen angenommen wird, kann so zu kurz gedacht sein.

7.2 Gesetzliche Krankenkassen und telefonisches Gesundheitscoaching

Die Krankenkassen wollen mit telefonischem Gesundheitscoaching als Teil des Versorgungsmanagements ihrer Versorgungsverantwortung für chronisch erkrankte Versicherte nachkommen. Gleichzeitig sehen sie es als Instrument zum Kostenmanagement und ggf. Versorgungssteuerung. Dahinter steht die Annahme, dass mit einer besseren Versorgungsqualität und gesundheitsförderlichem Verhalten kurz- und/oder langfristig geringere Kosten durch adäquate Leistungsanspruchnahme anfallen sowie unnötige Leistungen vermieden werden. Eine verbesserte Versorgungsqualität kann allerdings auch höhere Kosten verursachen. Es bleibt offen, ob sich die beiden Ziele – Versorgungs- und Kostenmanagement – vereinbaren und mit dieser Maßnahme erreichen lassen. Vielmehr scheint der Nutzen in Gesundheitskompetenzen und im Gesundheitsverhalten für die Teilnehmenden zu liegen.

Die Intervention telefonsches Gesundheitscoaching ergänzt das auf Akutversorgung ausgerichtete Gesundheitssystem und überbrückt bestehende Versorgungsprobleme insbesondere bei chronischen Erkrankungen, indem sie die Teilnehmenden individuell unterstützt. Die Intervention ist unabhängig von den Versorgungsstrukturen, flexibel umsetzbar und damit leicht zu implementieren. Damit ist sie jedoch auch losgelöst von Versorgungsstrukturen der Teilnehmenden und Kenntnissen zu den lokalen Gegebenheiten. Sie verändert also nicht die grundsätzliche Ausrichtung des Systems und löst nicht die strukturellen Probleme der Versorgung und der Ressourcenverteilung, sondern reiht sich vielmehr ein in Konzepte zur Prävention und Gesundheitsförderung, die die bestehenden Verhältnisse möglichst wenig antasten (Pfaff & Dierks, 2017; Schmidt-Semisch & Paul, 2010; Kühn & Rosenbrock, 2009; Schnabel et al., 2009). Es mangelt also weiter an nutzerorientierten und transparenten Versorgungsstrukturen. Telefonisches Gesundheitscoaching stellt dennoch eine Lösung für eine Versorgungslücke dar, um die sich im ausdifferenzierten, spezialisierten System niemand kümmert oder in der Verantwortung

sieht: Die Koordination der Versorgung, Unterstützung bei der Orientierung und umfassenden Krankheitsbewältigung der Versicherten.

Die Betrachtung von telefonischem Gesundheitscoaching und der Evaluationsergebnisse verdeutlicht die heterogenen Bedürfnisse der Teilnehmenden nach Krankheitsarten, Schweregraden bzw. Gesundheitszustand, individuellen Prioritäten und Umweltbedingungen. Zum einen sind diese Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der Intervention zu nutzen, bspw. hinsichtlich Zielgruppenauswahl und weiterer Individualisierung. Zum anderen können sie für den Auf- und Ausbau von VM der Krankenkasse genutzt werden: Es ist sinnvoll die verschiedenen (bestehenden) Maßnahmen einer Krankenkasse aufeinander abzustimmen und für die verschiedenen Zielgruppen bzw. Versichertengruppen auszudifferenzieren. Diese unterscheiden sich z. B. hinsichtlich der Kommunikationsmittel, der Intensität, allgemeiner oder (indikations-)spezifischer Maßnahmen, der unterschiedlichen Grade an Individualität, etc. Sie bauen idealerweise aufeinander auf und können die Versicherten bei Bedarf in andere Interventionen verweisen (vgl. Abbildung 37).

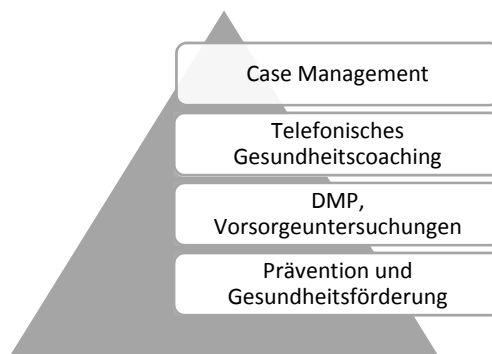


Abbildung 37: Entwurf eines Versorgungsmanagementkonzepts (eigene Darstellung)

Trotz dünner Evidenz finden allgemeine Coachinginterventionen vermehrt Eingang in das Leistungsangebot der Krankenkassen (z. B. der eCoach der hkk für Ernährung, Bewegung, Anti-Stress oder Rauchfrei und das Coaching der TK für Anti-Stress, Nichtraucher werden, bei Depression, für Fitness, weitere Beispiele sind eine Kooperation aus Pharmaunternehmen Novartis und der Knappschaft für Herzinsuffizienz-Patienten mit Start im Dezember 2017, ein Coaching der AOK Rheinland/Hamburg für Diabetiker oder das Coaching der DAK) (Bauer, 2018; Handelskrankenkasse [hkk], 2018; Höhl, 2018; TK, 2018; Fey, 2012). Demgegenüber stehen Coachingangebote wie Weitblick der Heimat Krankenkasse, das sich an eine definierte und ausgewählte Zielgruppe richtet und nicht allen Versicherten zugänglich ist. Es ist anzuerkennen, dass sich die Heimat Krankenkasse mit diesem Angebot an eine Zielgruppe mit vermuteten Versorgungsdefiziten und Präventionspotenzial richtet. Klar definierte Zielgruppen und präzise Ziele für Versorgungs- und Kostenmanagement können zur Effektivität und einem effizienten Einsatz der begrenzten Ressourcen gesetzlicher Krankenkassen beitragen. Allgemeine Coachinginterventionen (s. o.) sprechen eine große Gruppe von Versicherten einer Krankenkasse an, die vermutlich eher Marketing- und Wettbewerbsvorteile bezwecken sollen (BVA, 2018). Ein solcher Zweck lässt allerdings viele Potenziale der Intervention ungenutzt. Die Ziele einer Krankenkasse, die mit Coachingangeboten verfolgt werden, können also aus der tatsächlichen Umsetzung der Intervention abgeleitet werden, wie bspw. die Definition und Auswahl einer Zielgruppe.

Studien zu solchen modellhaft eingeführten Coachings gesetzlicher Krankenkassen wurden häufig nicht publiziert oder lediglich die zusammengefassten Ergebnisse in anderen Medien berichtet (z. B. Mißbeck, 2013 und Schlingensiepen, 2018). Gründe hierfür sind nur zu vermuten, wie bspw. Sorge vor

öffentlicher Kritik und Wettbewerb sowie die „Bindung und Akquise von Versicherten mit guten Risiken“ (BVA, 2018, S. 144; Staeck, 2018a, 2018b). Angesichts der mangelnden nationalen und internationalen Evidenzlage und des Forschungsbedarfs zur Integration in das Gesundheitssystem ist die breite Einführung kritisch zu sehen. Es gilt die Frage zu erörtern, ob die Kosten für telefonisches Gesundheitscoaching von der Versichertengemeinschaft getragen werden. Diese stellt sich für viele Leistungen, die von der GKV finanziert werden (sollen), die aber ebenfalls nicht evidenzbasiert sind oder sogar als kritisch in Bezug auf eine Verstärkung des Präventionsdilemmas zu betrachten sind, wie z. B. Bonusprogramme (Franzkowiak, 2018; Scherenberg & Greiner, 2008). Dies ist eine politische und gesellschaftliche Frage, ebenso wie die Diskussion darüber, ob die GKV Prävention und Gesundheitsförderung für die Bevölkerung finanzieren darf/soll/muss/kann oder es vielmehr eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist. Wenn telefonisches Gesundheitscoaching eine individuelle Intervention für eine definierte Zielgruppe darstellt, ist es eher im Versorgungsmanagement einzuordnen und nicht als gesellschaftliche Maßnahme – im Unterschied z. B. zur unabhängigen Patientenberatung. Aus gesellschaftlicher und politischer Sicht kann es in Hinblick auf die Ressourcenverwendung der GKV sinnvoll sein, neben den „klassischen“ Kriterien evidenzbasierter Medizin (klinische Effektivität) stärker die Nutzerperspektive in die Bewertung einzubeziehen (z. B. subjektiver Nutzen, gesundheitsbezogene Lebensqualität). Nach dieser Betrachtung ist die Implementation von telefonischem Gesundheitscoaching eine sinnvolle Ergänzung zur (medizinischen) Regelversorgung – auch ohne Nachweis von Kosteneinsparungen. So fordert es auch die Projektgruppe Patienten-Coaching des Bundesverbands Managed Care (Mißbeck, 2013). Ein Schritt in diese Richtung stellt die Einführung eines Coachings für Versicherte mit Diabetes der AOK Rheinland/Hamburg im Rahmen des Innovationsfonds dar, das ab Mai 2018 erprobt wird (Höhl, 2018). Denn die „praktische Effektivität“, also die Wirkung der Intervention in der Versorgungspraxis bzw. in der Regelversorgung, ist unbekannt (SVR, 2012a; Butterworth et al., 2007; Valanis, 2003).

Auf Ebene des Gesundheitssystems interessiert, welchen Beitrag Gesundheitscoaching zum Versorgungsmanagement, zur Versorgungsgestaltung und zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens (Qualität, Nutzerorientierung, Effektivität, Effizienz) entsprechend der Bedürfnisse chronisch Erkrankter leisten kann und welche Aspekte unberührt bleiben. Die Übernahme von Versorgungsverantwortung durch Krankenkassen für ihre Versicherten scheint im Kontext des bestehenden Versorgungssystems ambitioniert, denn sie selbst haben kaum Zugriff oder Einflussmöglichkeiten auf das System bzw. die Leistungserbringenden (z. B. im Unterschied zu Health Maintenance Organizations in den USA, die eigene Leistungserbringende haben und darüber Versorgungsmanagement und Leistungssteuerung betreiben können). Ihre gegenwärtige Rolle kann eher als „Mitspieler“ im bestehenden Gesundheitssystem bewertet werden, die die finanziellen Mittel (um-)verteilen. Telefonisches Gesundheitscoaching kann als Beispiel dienen, dass ein Teil der Krankenkassen innovative Lösungen für bestehende Probleme der Gesundheitsversorgung sucht, die innerhalb ihrer Gestaltungsmöglichkeiten liegen. Die Implementation der Intervention kann mit einem breiteren Blick als Aufhänger für Veränderungen, Reformen und neue Strukturen betrachtet werden: Es deutet auf ein Interesse der Krankenkassen hin, Interventionen für Versicherte zu erproben und Versorgungsverantwortung zu übernehmen. Es kann als Ansatz dienen, ihre Rolle zu verändern und ein aktiver Akteur im Gesundheitssystem zu werden, um Strukturen der Gesundheitsversorgung zu beeinflussen und mitzugestalten (Stichwort: Qualitäts- statt Preiswettbewerb der Krankenkassen; Hauss & Gatermann, 2004; Drupp, 2002). Hieran kann die Debatte über die zukünftige Rolle der GKV, ihrer (Zusatz-)Leistungen und Aufgaben geknüpft werden. Welche Rolle die GKV zukünftig einnehmen wird, ist nicht abzusehen und nicht nur vom eingeforderten Handlungsspielraum sondern auch von zukünftigen gesetzlichen Reformen abhängig. Die

Entwicklung und Nutzung neuer Technologien und digitaler Anwendungen durch deutet aber auf ein Interesse der Krankenkassen auf Gestaltung und Einflussnahme auf die Versorgung hin.

Nach dieser Betrachtung kann telefonisches Gesundheitscoaching ein Hebel sein, dass den Wandel der Rolle und des Selbstverständnisses der Krankenkassen unterstützen kann. Die Intervention fördert zudem Mündigkeit und Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten in der Versorgung, einschließlich Bestärkung und Unterstützung für gesundheitsförderliches Verhalten, Gesundheitskompetenzen und Selbstmanagementfähigkeiten. Diese beiden veränderten Rollen von Nutzenden sowie von Krankenkassen können zur Veränderung der medizinischen Versorgung beitragen. Damit wird ein weiterer Hebel genutzt, der Veränderungsprozesse in den Strukturen befördern kann und der auf die Coachingintervention der Krankenkassen zurückgeht.

7.3 Handlungsempfehlungen

Die Handlungsempfehlungen, die sich aus der Evaluation von Weitblick für telefonisches Gesundheitscoaching ergeben, sind nachfolgend zusammengefasst (Tabelle 34). Zwecks Übersichtlichkeit und zur Vermeidung von Wiederholungen wurde die tabellarische Darstellung gewählt.

Tabelle 34: Handlungsempfehlungen für telefonisches Gesundheitscoaching

Anwendungsbereich	Handlungsempfehlungen
Wissenschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Stärker transdisziplinär ausgerichtete Forschung und Entwicklung von theoretischer Rahmung, Erklärungsmodellen und Methoden • Entwicklung und Erprobung von Methoden zur Evaluation komplexer Interventionen mit dem Ziel von evidenzbasiertem Coaching, u. a. durch <ul style="list-style-type: none"> – geeignete Outcomes, z. B. subjektive und objektive Gesundheit, Verhaltensänderung, Risikoreduktion, nutzerorientierte Outcomes, Nutzerkompetenzen – Wahl geeigneter Vergleichsgruppen – Berücksichtigung von Confoundern – Identifikation von Erfolgsfaktoren für die Wirksamkeit von Coaching, z. B. Determinanten, Umsetzungsmerkmale wie Interventionsdauer und Kontakthäufigkeit sowie welche „Typen“ von Teilnehmenden profitieren und welche nicht • Entwicklung von Verfahren zur Auswahl von Versicherten für Interventionen (z. B. routinedatenbasierte Kennzahlen und Scores oder Screenings) • Forschung und Entwicklung zu Anwendungsmöglichkeiten von Routinedaten
Praxis	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung und Anwendung zielgruppenspezifischer Auswahl- und Rekrutierungsverfahren • Eruiierung weiterer geeigneter Zielgruppen für telefonisches Gesundheitscoaching, z. B. Multimorbidität, Diabetes mellitus, Hochrisikofälle, Angehörigenpflege, Risikoverhalten, Veränderungsbereitschaft • Integration lokaler Versorgungsstrukturen, z. B. Ärztinnen, Ärzte, Therapeutinnen, Therapeuten und weitere Leistungserbringende • Austauschmöglichkeiten für Betroffene schaffen, bspw. durch virtuelle und/oder persönliche Gruppentreffen • Eruiierung weiterer möglicher Aufgaben eines Coaches, z. B. Lotsenfunktion • Entwicklung und Umsetzung weiterer Kommunikationswege, z. B. neue, digitale Informations- und Kommunikationstechnologien, wie Videotelefonie, Chat, (mobile) Anwendungen, Telemedizin • Integration leistungsrechtlicher Auskünfte • Skalierung auf andere Settings, z. B. Betriebe oder Kommunen • Transparenz und Standardisierungen zur Qualifikation der Coaches sowie der Methoden und Techniken des Coachings • Standardisierung der Coachingdokumentation und Nutzbarmachung für Evaluation

Politik	<ul style="list-style-type: none"> • Gesetzliche Reformen und Anreize <ul style="list-style-type: none"> – zum Wandel der Rolle der GKV – zur Stärkung der Rolle von Versicherten, Patientinnen und Patienten – für Qualitätswettbewerb – für patientenorientierte Versorgung • Anpassung von Evaluations- und Bewertungskriterien, die transdisziplinäre Forschung und Evaluation für wirksame, lebensweltorientierte Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention ermöglichen
GKV	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Versorgungsstrukturen für chronisch Erkrankte <ul style="list-style-type: none"> – Fokus auf Gesundheitsförderung und Prävention – Differenziertes Versorgungsmanagement und -steuerung für Versicherte und ihre unterschiedlichen, sich verändernden Versorgungs- und Unterstützungsbedürfnisse – Wettbewerb um Versorgungsqualität <p>Erläuterung: Neue Technologien und Digitalisierung bieten Chancen gemeinsam mit den Versicherten die Versorgungsprozesse zu steuern. Sie können also als Hebel für Veränderungsprozesse innerhalb des Versorgungssystems genutzt werden.</p> • Anstoß von Veränderungsprozessen im Rollen- und Aufgabenverständnis der GKV hin zum „Player“, bspw. durch die Implementation von Innovationen und Technologien • Förderung der Mündigkeit und Gesundheitskompetenzen der Versicherten • Nutzung und Förderung der Möglichkeiten transdisziplinärer Versorgungsforschung, z. B. Eruiierung der Möglichkeiten differenzierte, diagnosespezifische Routinedaten zu extrahieren oder Nutzung von Routinedaten und darauf basierenden Kennzahlen für Versorgungssteuerung

7.4 Schlussfolgerungen und Ausblick

Die Evaluationsergebnisse von Weitblick deuten auf eine positive Wirkung von telefonischem Gesundheitscoaching für eine verbesserte subjektive Gesundheit hin, auch wenn die Wirksamkeit bezogen auf Ressourcennutzung, Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten auf Grund des Studiendesigns nicht nachgewiesen werden kann. Die Mehrheit der Versicherten akzeptiert das Programm und bewertet es als unterstützende, ergänzende und hilfreiche Versorgungsleistung. Ob das Gesundheitsverhalten verändert wurde, wurde nicht erhoben. Es ist anzunehmen, dass die richtige Zielgruppe für das Programm angesprochen und erreicht wurde, die auf Grund ihrer allgemein schlecht bewerteten subjektiven Gesundheit selbst ein Gesundheitsrisiko bzw. einen Handlungsdruck wahrnimmt und für die hohe Leistungsanspruchnahme und Versorgungskosten anfallen. Auf Grund des subjektiven Nutzens von telefonischem Gesundheitscoaching und den vermuteten Auswirkungen auf Versorgungsqualität, scheint aus Sicht der GKV eine Fortführung von Weitblick auch ohne Wirksamkeitsnachweis in Bezug auf Ressourcennutzung sinnvoll. Dass Weitblick zu einer positiven Außenwahrnehmung der Krankenkasse bei ihren Versicherten beiträgt, ist ein positiver Nebeneffekt. Als reines Marketinginstrument würden seine Potenziale jedoch weitgehend ungenutzt bleiben. Der Vergleich der zielgruppenspezifischen Ausrichtung von Weitblick mit breit angelegten Coachingangeboten zeigt die Bedeutung von Konzeption, Zielsetzung und Qualität der Umsetzung der Intervention auf – u. a. für die Wirksamkeit. Ferner zeigte sich die für die Teilnehmenden und ihre Nutzenwahrnehmung die zentrale Bedeutung einer hohen Individualität und Flexibilität der Maßnahme. Beides ist für die individuelle Verhaltensprävention zu wahren und sogar auszubauen, obwohl sie auch die Evaluation mit „klassischen“ Methoden erschweren. Die zahlreichen technischen, methodischen sowie inhaltlichen Möglichkeiten zur Weiterentwicklung dazu sind zu nutzen.

Die Untersuchung konnte die methodischen Schwierigkeiten zum Nachweis der Effektivität, wie sie auch für gesundheitsförderliche Maßnahmen bekannt sind, nicht überwinden. Sie zeigt jedoch die Bedeutung von Mixed Methods, um unterschiedliche Aspekte einer Intervention herauszuarbeiten. So kann zwar in diesem Fall keine klinische Effektivität oder Effizienz nachgewiesen, jedoch die Nutzenwahrnehmung um die Perspektive der Teilnehmenden bzw. der Zielgruppe erweitert werden. Dies ermöglicht eine umfassendere Bewertung sowie die Berücksichtigung der realen Versorgungsbedingungen („praktische Effektivität“). Dies bietet eine Chance für die Bewertung von Interventionen – neben medizinischen und therapeutischen Maßnahmen – die Teilnehmersicht in den Fokus zu rücken. Zum einen entspricht dies der politischen Zielsetzung von Teilhabe und Partizipation der Patientinnen und Patienten bzw. Versicherten an der Versorgung. Zum anderen werden die bestehende Bewertungsmaßstäbe von Interventionen und Leistungen hinterfragt, die bislang klinische Effektivität und Effizienz in den Vordergrund stellen. Für die Integration von telefonischem Gesundheitscoaching in die Strukturen der Regelversorgung bedarf es auch der Akzeptanz im Versorgungssystem durch die Leistungserbringenden. In diesem Zusammenhang kann einerseits die Nutzenwahrnehmung (z. B. Entlastung um Aufgaben außerhalb der Kernkompetenzen) und andererseits Wünsche und Nachfragen der Patientinnen und Patienten förderlich für eine breite Implementation sein.

Einige gesetzliche Krankenkassen nehmen die Chancen zur Gestaltung der Gesundheitsversorgung bereits wahr, die sich für die Weiterentwicklung von GKV und Versorgungssystem ergeben. Die Evaluation bzw. Implementation von Weitblick zeigt Möglichkeiten einer aktiven Rolle zur Gestaltung der Versorgungsstrukturen auf. Ein Wandel kann mit den darin gesehenen Chancen, die die Institution für sich selbst und ihren Auftrag sieht, vorangetrieben werden. Auch Nachfragen der eigenen mündigen Versicherten, die entsprechendes Handeln einfordern und die Aufgaben der GKV nicht allein in der Umsetzung der Gesundheitsversorgung nach dem SGB sehen, können Wandel fördern. Da die GKV mit entsprechender (finanzieller) Macht ausgestattet ist, ist sie auch ein zentraler Akteur um den Wandel voranzutreiben oder den Status Quo zu verwalten und damit zu bewahren. Ganz ohne gesetzliche Reformen und Anreize wird ein Wandel aber wohl nur schwer stattfinden. Die Entwicklungen und Trends von Informations- und Kommunikationstechnologien sowie der Digitalisierung bieten neue Möglichkeiten für Krankenkassen neue Wege zu beschreiten und Lösungen zu entwickeln.

8 Literaturverzeichnis

- Abel, T. & Ruckstuhl, B. (2011). Lebensweisen / Lebensstile. In S. Blümel (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (Neuausg., S. 365–368). Gamburg: Verl. für Gesundheitsförderung.
- Ajzen, I. (1985). From Intentions to Actions. A Theory of Planned Behavior. In J. Kuhl & J. Beckmann (Hrsg.), *Action Control. From Cognition to Behavior* (S. 11–39). Berlin, Heidelberg: Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-642-69746-3_2
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50 (2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Altgeld, T. (2016). Im vierten Anlauf endlich alles gut? *Impulse für Gesundheitsförderung / Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.*, 11–12.
- Altgeld, T. & Kickbusch, I. (2012). Gesundheitsförderung. In F. W. Schwartz, U. Walter, J. Siegrist, P. Kolip, R. Leidl, M.-L. Dierks et al. (Hrsg.), *Public health* (3. Aufl., S. 187–196). Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Amelung, V. E. (2011). Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand. In V. E. Amelung, S. Eble & H. Hildebrandt (Hrsg.), *Innovatives Versorgungsmanagement. Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand* (S. 3–16). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Amshoff, B. (2009). Strategisches Krankenkassenmanagement unter Bedingungen (morbidityorientierter) Risikostrukturausgleichssysteme in Deutschland und der Schweiz. In H. Rebscher & R. Achermann (Hrsg.), *Gesundheitssysteme im Wandel. [5. Konsultation vom 18./19. Juni 2009 in Boltenhagen]* (S. 91–115). Heidelberg [u.a.]: Economica.
- Antes, G., Kunzweiler, K. & Töws, I. (2016). Das medizinische Dilemma der Prävention - Evidenz, Nutzen, Chancen und Risiken. In H. Rebscher, S. Kaufmann & G. Antes (Hrsg.), *Präventionsmanagement in Gesundheitssystemen* (S. 29–44). Heidelberg: medhochzwei.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping. New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass Publ.
- Aoun, S., Osseiran-Moisson, R., Shahid, S., Howat, P. & O'Connor, M. (2012). Telephone Lifestyle Coaching: Is It Feasible as a Behavioural Change Intervention for Men? *Journal of Health Psychology*, 17 (2), 227–236. <https://doi.org/10.1177/1359105311413480>
- Arbeitsgruppe Gute Praxis Gesundheitsinformation. (2016). Gute Praxis Gesundheitsinformation. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 110-111, 85–92.
<https://doi.org/10.1016/j.zefq.2015.11.005>
- Arbour-Nicopoulos, K. P., Tomasone, J. R., Latimer-Cheung, A. E. & Ginis, K. A. M. (2014). Get In Motion: An Evaluation of the Reach and Effectiveness of a Physical Activity Telephone Counseling Service for Canadians Living With Spinal Cord Injury. *PM&R*, 6, 1088–1096.
- Ash, A. S., Ellis, R. P., Pope, G. C., Ayanian, J. Z., Bates, D. W., Burstin, H. et al. (2000). Using Diagnoses to Describe Populations and Predict Costs. *Health Care Financing Review*, 21, 7–28.
- Ash, A. S., Zhao, Y., Ellis, R. P. & Kramer, M. S. (2001). Finding future high-cost cases: comparing prior cost versus diagnosis-based methods. *Health services research*, 36, 194–206.
- Assmann, C. & Iseringhausen, O. (Oktober 2012). *Evaluation des Patientenbegleitprogramms „Weitblick“ der Heimatkrankenkasse*. Bielefeld: Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft Ostwestfalen-Lippe (ZIG OWL); Verein zur Förderung von Innovationen in der Gesundheitswirtschaft OWL e.V.

- Association for Coaching & European Mentoring and Coaching Council (Hrsg.). (2018). *Global Code of Ethics*. Zugriff am 04.05.2018. Verfügbar unter http://c.ymcdn.com/sites/associationfor-coaching.site-ym.com/resource/resmgr/Legal/AC_Global_Code_of_Ethics.pdf
- Atkins, S., Odendaal, W., Leon, N., Lutge, E. & Lewin, S. (2015). Qualitative Process Evaluation for Complex Interventions. In D. A. Richards & I. Rahm Hallberg (Eds.), *Complex interventions in health. An overview of methods* (pp. 239–247). London: Routledge.
- Atteslander, P. (2008). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (12. Aufl.). Berlin: Schmidt.
- ÄZ (2017, 21. August). Behandlungsprogramme: Acht Millionen DMP-Patienten eingeschrieben. *Ärzte Zeitung*. Zugriff am 25.10.2017. Verfügbar unter https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/versorgungsforschung/?sid=941301
- Baas, J. (2017). Der Innovationsfonds aus Sicht der Techniker Krankenkassen. In V. E. Amelung, S. Eble, H. Hildebrandt, F. Knieps, R. Lägel, S. Ozegowski et al. (Hrsg.), *Innovationsfonds. Impulse für das deutsche Gesundheitssystem* (1. Auflage, S. 30–32). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Bachkirova, T. (2017). Developing a Knowledge Base of Coaching: Questions to Explore. In T. Bachkirova, G. Spence & D. B. Drake (Eds.), *The SAGE Handbook of Coaching* (pp. 23–41). London: SAGE.
- Bachkirova, T., Spence, G. & Drake, D. B. (2017). Introduction. In T. Bachkirova, G. Spence & D. B. Drake (Eds.), *The SAGE Handbook of Coaching* (pp. 1–20). London: SAGE.
- Backes, H. & Lieb, C. (2011). Peer Education. In S. Blümel (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (Neuausg., S. 417–421). Gamburg: Verl. für Gesundheitsförderung.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2011). *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung* (13. Aufl.). Heidelberg [u.a.]: Springer.
- Badura, B., Schellschmidt, H. & Vetter, C. (2007). Vorwort. In B. Badura, H. Schellschmidt & C. Vetter (Eds.), *Fehlzeiten-Report 2006. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*. Chronische Krankheiten. Betriebliche Strategien zur Gesundheitsförderung, Prävention und Wiedereingliederung. Springer.
- Baker, D. W. (2006). The Meaning and the Measure of Health Literacy. *Journal of general internal medicine*, 21 (8), 878–883. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x>
- Bandelow, N. C. & Schade, M. (2009). Wettbewerbliche Transformation im ambulanten Sektor: Governanceformen und gesundheitspolitische Zielpräferenzen im Wandel. In R. Böckmann (Hrsg.), *Gesundheitsversorgung zwischen Solidarität und Wettbewerb*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory* (Prentice-Hall series in social learning theory). Upper Saddle River: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1998). Health Promotion from the Perspective of Social Cognitive Theory. *Psychology and Health*, 13, 623–649.
- Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior*, 31 (2), 143–164. <https://doi.org/10.1177/1090198104263660>
- Bauer, C. (2018, 8. Februar). Coaches unterstützen Herzinsuffizienz-Patienten. *E-Health. Ärzte Zeitung*. Verfügbar unter http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/e-health/telemedizin/?sid=957074
- Bauer, U., Rosenbrock, R. & Schaeffer, D. (2005). Stärkung der Nutzerposition im Gesundheitswesen – eine gesundheitspolitische Herausforderung und Notwendigkeit. In B. Badura & O. Iseringhausen (Hrsg.), *Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation. Beiträge aus der Versorgungsforschung* (1. Aufl., S. 187–201). Bern: Huber.

- Baumeister, H. & Hutter, N. (2012). Koronare Herzerkrankung und psychische Störungen. In Vorstand des BDP (Hrsg.), *Die großen Volkskrankheiten. Beiträge der Psychologie zu Prävention, Gesundheitsförderung und Behandlung* (S. 55–65). Berlin: Deutscher Psychologen Verlag GmbH.
- Becker, U. & Kingreen, T. (2017a). SGB V § 1. In U. Becker & T. Kingreen (Hrsg.), *SGB V Gesetzliche Krankenversicherung. Kommentar*. Beck-online: München: C.H. Beck.
- Becker, U. & Kingreen, T. (2017b). SGB V § 11 (4). In U. Becker & T. Kingreen (Hrsg.), *SGB V Gesetzliche Krankenversicherung. Kommentar*. Beck-online: München: C.H. Beck.
- Behnke, K., Demmler, G. & Unterhuber, H. (2001). Gesundheitsberatung als Antwort auf veränderte Gesundheitsbedürfnisse. In R. Brinkmann-Göbel (Hrsg.), *Handbuch für Gesundheitsberater* (1. Aufl., S. 50–62). Bern [u.a.]: Huber.
- Behrend, C., Buchner, F., Happich, M., Holle, R., Reitmeir, P. & Wasem, J. (2007). Risk-adjusted capitation payments: how well do principal inpatient diagnosis-based models work in the German situation? Results from a large data set. *The European Journal of Health Economics*, 8 (1), 31–39. <https://doi.org/10.1007/s10198-006-0004-7>
- Bengel, J. & Mittag, O. (2012). Gesundheitliche und ökonomische Bedeutung von chronischen Erkrankungen und psychischer Komorbidität. In Vorstand des BDP (Hrsg.), *Die großen Volkskrankheiten. Beiträge der Psychologie zu Prävention, Gesundheitsförderung und Behandlung* (S. 11–15). Berlin: Deutscher Psychologen Verlag GmbH.
- Beniwal, S., Sharma, B. B. & Singh, V. (2011). What we can say: disease illiteracy. *The Journal of the Association of Physicians of India*, 59, 360–364.
- Beratungsunternehmen (2008, August). *Morbiditätsorientiertes Versorgungsmanagement im Wettbewerb 2009. Ein Lösungsansatz für die BKK Dr. Oetker.*, Bielefeld.
- Berchtold, J. (2017). SGB V § 11 (4). In S. Knickrehm, R. Kreikebohm & R. Waltermann (Hrsg.), *Kommentar zum Sozialrecht*. Beck-online: Bd. 63. München: C.H. Beck.
- Berger, B. & Lenz, M. (2006). *Bewertung deutschsprachiger Instrumente zur Erhebung von Patientenzufriedenheit*, Fachwissenschaft Gesundheit Universität Hamburg. Verfügbar unter https://www.stiftung-gesundheit.de/pdf/studien/Erhebung_von_Patientenzufriedenheit.pdf
- Bertelsmann Stiftung. (o. J.a). *Gesundheitsmonitor. Fragebogen Versicherte, Welle 10*, Bertelsmann Stiftung. Verfügbar unter http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-4EE9CB86-A1666485/bst/xcms_bst_dms_17528_17529_2.pdf
- Bertelsmann Stiftung. (o. J.b). *Gesundheitsmonitor. Fragebogen Versicherte, Welle 12*, Bertelsmann Stiftung. Verfügbar unter http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-4EE9CB86-A1666485/bst/xcms_bst_dms_21807_21808_2.pdf
- Bertelsmann Stiftung. (o. J.c). *Gesundheitsmonitor. Fragebogen Versicherte, Welle 19*, Bertelsmann Stiftung. Verfügbar unter http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-4EE9CB86-A1666485/bst/xcms_bst_dms_34831_34832_2.pdf
- Bertelsmann Stiftung. (o. J.d). *Gesundheitsmonitor. Fragebogen Versicherte, Welle 9*, Bertelsmann Stiftung. Verfügbar unter http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-4EE9CB86-A1666485/bst/xcms_bst_dms_16963_16964_2.pdf
- Bittlingmayer, U. H. & Sahrai, D. (2014). Gesundheitsförderung und Prävention zwischen Autonomie, adaptiven Präferenzen und Expert_innenwissen. In B. Schmidt (Hrsg.), *Akzeptierende Gesundheitsförderung. Unterstützung zwischen Einmischung und Vernachlässigung* (S. 76–87). Weinheim [u.a.]: Beltz Juventa.
- BKK Oetker; Beratungsunternehmen. (Februar 2010). *Projektbuch. Einführung eines Versorgungsmanagements in der Betriebskrankenkasse Dr. Oetker* (BKK Oetker & Beratungsunternehmen, Hrsg.).

- BKK Oetker & Sanvartis GmbH (Hrsg.). *Rahmenvertrag zwischen der BKK Dr. Oetker und der Sanvartis GmbH*.
- Blättner, B. & Waller, H. (2011). *Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen Theorie und Anwendung* (5. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bock, J.-O., Brettschneider, C., Seidl, H., Bowles, D., Holle, R., Greiner, W. et al. (2015). *Standardisierte Bewertungssätze aus gesellschaftlicher Perspektive für die gesundheitsökonomische Evaluation* (1. Aufl.). Baden-Baden: Nomos.
- Bogner, A. & Menz, W. (2009). Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrsg.), *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder* (3. Aufl., S. 61–98). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Böhm, A. (2005). Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory. In U. Flick (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (4. Aufl., S. 475–485). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Böhme, S., Geiser, C., Mühlhoff, T., Holtmann, J. & Renneberg, B. (2012). Telephone Counseling for Patients with Chronic Heart Failure: Results of an Evaluation Study. *International Journal of Behavioral Medicine*, 19 (3), 288–297. <https://doi.org/10.1007/s12529-011-9179-0>
- Bokern, J. (2006). *Wissensstand und Wissensbedarf von Patienten und ihren Angehörigen über die koronare Herzkrankheit* [Mikrofiche-Ausg.].
- Borglin, G. (2015). The value of mixed methods for researching complex interventions. In D. A. Richards & I. Rahm Hallberg (Eds.), *Complex interventions in health. An overview of methods* (pp. 29–45). London: Routledge.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Böttcher, K., Herbarth, L. & Reinke, S. (2011). Evolution des Gesundheitscoachings bei der KKH-Allianz - Von den ersten Schritten bis zu Etablierung eines innovativen Versorgungsmodells. In V. E. Aemlung, S. Eble & H. Hildebrandt (Hrsg.), *Innovatives Versorgungsmanagement. Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand* (S. 361–368). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Bowles, D. (2009, 9. November). *Versorgungsforschung mit GKV-Routinedaten. - Potenziale und Limitationen am Beispiel der Prophylaxe venöser Thromboembolien (VTE) in der Hüft- und Kniegelenkendoprothetik (Unveröffentlicht)*. Masterarbeit zur Erlangung des Grades eines Master of Public Health der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Universität Bielefeld, Bielefeld.
- Braun, B. & Marstedt, G. (2010). Gesundheitspolitik auf dem Prüfstand. Gesundheitsreformen im Urteil der Versicherten. In J. Böcken, B. Braun & J. Landmann (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2010: Bürgerorientierung im Gesundheitswesen* (S. 173–250). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Brinkmann-Göbel, R. (2001). 1.1 Gesundheitsberatung: Zur Relevanz eines „neuen“ Elements im Gesundheitswesen. In R. Brinkmann-Göbel (Hrsg.), *Handbuch für Gesundheitsberater* (1. Aufl., S. 13–32). Bern [u.a.]: Huber.
- Britigan, D. H., Murnan, J. & Rojas-Guyler, L. (2009). A Qualitative Study Examining Latino Functional Health Literacy Levels and Sources of Health Information. *Journal of Community Health*, 34 (3), 222–230. <https://doi.org/10.1007/s10900-008-9145-1>
- Britt, E., Hudson, S. M. & Blampied, N. M. (2004). Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient education and counseling*, 53 (2), 147–155. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00141-1](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00141-1)

- Britton, A. (2010). Evaluation interventions: experimental study designs in health promotion. In M. Thorogood & Y. Coombes (Eds.), *Evaluating health promotion. Practice and methods* (3rd ed., pp. 42–55). Oxford: Oxford University Press.
- Bühl, A. (2010). *PASW 18* (Scientific tools, [ehemals SPSS], 12. Aufl.). München [u.a.]: Pearson Studium.
- Bullinger, M. (2000). Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 43 (3), 190–197. <https://doi.org/10.1007/s001030050034>
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand* (Handanweisung). Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verl. für Psychologie.
- Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Hrsg.). (2013). *Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische KHK. Kurzfassung. 2. Auflage, Version 1*.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2017). *Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand Jahresdurchschnitt 2016 (Ergebnisse der GKV-Statistik KM1/13)*. Stand: 16. März 2017 (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Hrsg.). Zugriff am 10.10.2017. Verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_JD_2016.pdf
- Bundesversicherungsamt (Hrsg.). (2008,). *So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds*. Zugriff am 26.10.2017. Verfügbar unter http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wie_funktioniert_Morbi_RSA.pdf
- Bundesversicherungsamt (Hrsg.). (2017). *Tätigkeitsbericht 2016*. Bonn. Zugriff am 25.10.2017. Verfügbar unter <http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Presse/epaper2016/index.html#114>
- Bundesversicherungsamt (Hrsg.). (2018). *Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung*. Bonn. Zugriff am 06.04.2018. Verfügbar unter https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Presse/2017/20180403Sonderbericht_web.pdf
- Bunn, F., Byrne, G. & Kendall, S. (2005). The effects of telephone consultation and triage on healthcare use and patient satisfaction: a systematic review. *The British journal of general practice*, 55, 956–961.
- Burger, S., Guthoff-Hagen, S. & Oelmann, I. (2012). DMP: Einstieg in ein indikationsübergreifendes Versorgungsmanagement. In R. Roski, P. Stegmaier & A. Kleinfeld (Hrsg.), *Disease-Management-Programme. Statusbericht 2012* (S. 149–155). MVF-Fachkongresse „10 Jahre DMP“ und „Versorgung 2.0“. Bonn: eRelation - Content in health.
- Busch, M. A., Hapke, U. & Mensink, G. B.M. (2011). Psychische Gesundheit und gesunde Lebensweise. *GBE kompakt*.
- Busch, M. A., Maske, U. E., Ryl, L., Schlack, R. & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56 (5-6), 733–739. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1688-3>
- Busse, R., Blümel, M. & Spranger, A. (2017). *Das deutsche Gesundheitssystem. Akteure, Daten, Analysen* (2. Aufl.). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Butterworth, S. W., Linden, A. & McClay, W. (2007). Health coaching as an intervention in health management programs. *Disease Management & Health Outcomes*, 15, 299–307.

- Butterworth, S. W., Linden, A., McClay, W. & Leo, M. C. (2006). Effect of motivational interviewing-based health coaching on employees' physical and mental health status. *Journal of Occupational Health Psychology, 11*, 358.
- Caldwell, K. L., Gray, J. & Wolever, R. Q. (2013). The Process of Patient Empowerment in Integrative Health Coaching. How Does it Happen? *Global advances in health and medicine: improving healthcare outcomes worldwide, 2* (3), 48–57. <https://doi.org/10.7453/gahmj.2013.026>
- Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A. L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D. et al. (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ, 321* (7262), 694–696. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7262.694>
- Candidus, W.-A. (2015a). Patientenautonomie vs. Herrschaftswissen. Ist der Kranke nun Patient oder Kunde? In P. Oberender & J. Zerth (Hrsg.), *Patient Gesundheitswesen. Mission 2030* (S. 38). Berlin: Quintessenz-Verl.
- Candidus, W.-A. (2015b). Transparenz vs. Blackbox. Wie finde ich die richtige Information und „meinen“ Arzt? In P. Oberender & J. Zerth (Hrsg.), *Patient Gesundheitswesen. Mission 2030* (S. 39). Berlin: Quintessenz-Verl.
- Caracelli, V. J. (2006). Methodology: Building Bridges to Knowledge. In R. Stockmann (Hrsg.), *Evaluationforschung. Grundlagen und ausgewählte Forschungsfelder* (Bd. 1, 3. Aufl., S. 177–203). Münster: Waxmann.
- Carroll, J. (2005). Predictive Modeling Expands Its Book of Techniques. *Managed Care Magazine Online, 11*, S. 44–49.
- Cavanagh, M. J. (2005). Mental-Health Issues and Challenging Clients in Executive Coaching. In M. J. Cavanagh, A. M. Grant & T. Kemp (Eds.), *Evidence-based coaching. Theory, research and practice from the behavioural sciences* (pp. 21–36). Volume 1.
- Celentano, A., Palmieri, V., Arezzi, E., Sabatella, M., Guigliaro, B., Brancati, C. et al. (2004). Cardiovascular secondary prevention: patients' knowledge of cardiovascular risk factors and their attitude to reduce the risk burden, and the practice of family doctors. The „Help Your Heart Stay Young“ study. *Italian heart journal, 5*, 767–773.
- Chan, C. H. W. (2009). Process-Focused Evaluation: How Does It Work? In W.-T. Chien (Ed.), *Strategies in Evaluation of Complex Health Care Interventions for People with Physical or Mental Health Issues* (pp. 51–59). New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Chan, C. H. W. & Chien, W.-T. (2009). Strategies in Evaluating a Complex Health Care Intervention: Important Issues for Consideration. In W.-T. Chien (Ed.), *Strategies in Evaluation of Complex Health Care Interventions for People with Physical or Mental Health Issues* (pp. 1–11). New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Chang, H.-Y., Lee, W.-C. & Weiner, J. P. (2010). Comparison of alternative risk adjustment measures for predictive modeling: high risk patient case finding using Taiwan's National Health Insurance claims. *BMC health services research, 10* (1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-343>
- Chern, J.-Y., Wan, T.H. & Begun, J. (2002). A Structural Equation Modeling Approach to Examining the Predictive Power of Determinants of Individuals' Health Expenditures. *Journal of Medical Systems, 26* (4), 323–336. <https://doi.org/10.1023/A:1015868720789>
- Chien, W.-T. & Thompson, D. R. (2009). Strategies in Evaluating Health Care Services: Mixed Methods Approach. In W.-T. Chien (Ed.), *Strategies in Evaluation of Complex Health Care Interventions for People with Physical or Mental Health Issues* (pp. 139–146). New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Citavi. Literaturverwaltung & Wissensorganisation (Version 6) [Computer software]: Swiss Academic Software.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.) Hillsdale: Erlbaum.
- Coombes, Y. (2010). Evaluating according to purpose and resources: strengthening the evidence base incrementally. In M. Thorogood & Y. Coombes (Eds.), *Evaluating health promotion. Practice and methods* (3rd ed., pp. 27–41). Oxford: Oxford University Press.
- Coombes, Y. & Thorogood, M. (2010). Introduction. In M. Thorogood & Y. Coombes (Eds.), *Evaluating health promotion. Practice and methods* (3rd ed., pp. 3–10). Oxford: Oxford University Press.
- Corcoran, N. (2013). Information Technology. In N. Corcoran (Hrsg.), *Communicating health* (2nd edition, pp. 94–111). Los Angeles: SAGE.
- Cousins, M. S., Shickle, L. M. & Bander, J. A. (2002). An Introduction to Predictive Modeling for Disease Management Risk Stratification. *Disease management*, 5 (2).
- Coyle, M. K., Duffy, J. R. & Martin, E. M. (2007). Teaching/learning health promoting behaviors through telehealth. *Nursing education perspectives*, 28, 18–23.
- Creswell, J. W. & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2nd edition). Los Angeles: SAGE.
- Cucciare, M. A. & O'Donohue, W. (2006). Predicting future healthcare costs: how well does risk-adjustment work? *Journal of Health Organisation and Management*, 20 (2), 150–162.
<https://doi.org/10.1108/14777260610661547>
- Dale, J., Caramlau, I. O., Lindenmeyer, A. & Williams, S. M. (2008). Peer support telephone calls for improving health. *The Cochrane database of systematic reviews* (4).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006903.pub2>
- Damschroder, L. J., Lutes, L. D., Kirsh, S., Kim, H. M., Gillon, L., Holleman, R. G. et al. (2014). Small-changes obesity treatment among veterans. 12-month outcomes. *American Journal of Preventive Medicine*, 47 (5), 541–553. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.06.016>
- Dennis, S. M., Harris, M. F., Lloyd, J., Powell, G., Faruqi, N. & Zwar, N. (2013). Do people with existing chronic conditions benefit from telephone coaching? A rapid review. *Australian health review*, 37; Jg. 2013, 381–388.
- Deutsches Cochrane-Zentrum, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) - Institut für Medizinisches Wissensmanagement & Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Hrsg.). (2013). *Manual Systematische Literaturrecherche für die Erstellung von Leitlinien* (1. Auflage). Zugriff am 20.06.2017. Verfügbar unter http://www.cochrane.de/sites/cochrane.de/files/public/uploads/20130517_Manual_Literaturrecherche_Final-1.pdf
<https://doi.org/10.6094/UNIFR/2013/2>
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information & World Health Organisation (Hrsg.). (2005). *ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Stand Oktober 2005. Zugriff am 17.01.2013. Verfügbar unter http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endfassung/icf_endfassung-2005-10-01.pdf
- Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (Hrsg.). (2011). *EbM-Glossar. Glossar zur Evidenzbasierten Medizin*. Verfügbar unter <http://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/images/dnebm-glossar-2011.pdf>
- Diekmann, A. (2005). *Empirische Sozialforschung* (rororo, 55551 : Rowohlts Enzyklopädie, 14. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Dierks, M.-L. (2009). Einrichtungen zur Patienten- und Verbraucherberatung: Bedarf und Nutzung. In J. Böcken, B. Braun & J. Landmann (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2009: Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung* (Bd. 2009, S. 59–79). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

- Dierks, M.-L., Diel, F. & Schwartz, F. W. (2012). Stärkung der Gesundheitskompetenz: Bildung, Information und Beratung. In F. W. Schwartz, U. Walter, J. Siegrist, P. Kolip, R. Leidl, M.-L. Dierks et al. (Hrsg.), *Public health* (3. Aufl., S. 379–389). Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Dierks, M.-L. & Seidel, G. (2012). Nutzer der Patientenberatung. In D. Schaeffer (Hrsg.), *Lehrbuch Patientenberatung* (2. Aufl., S. 185–196). Bern: Huber.
- Digenio, A. G., Mancuso, J. P., Gerber, R. A. & Dvorak, R. V. (2009). Comparison of methods for delivering a lifestyle modification program for obese patients. A randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 150, 255–262.
- Dixon, J. & Bardsley, M. (2012). Predictive risk modelling using routine data: underexploited potential to benefit patients. *Journal of health services research & policy*, 17 (3), 131–132.
<https://doi.org/10.1258/jhsrp.2012.012054>
- Dolan, P. (2005). Output measures and valuation in health. In M. F. Drummond & A. McGuire (Eds.), *Economic evaluation in health care. Merging theory with practice* (pp. 46–67). Oxford: Oxford University Press.
- Donner-Banzhoff, N., Bösner, S. & Albohn-Kühne, C. (2013). *Innovationen verbreiten, optimieren und evaluieren. Ein Leitfaden zur interventionellen Versorgungsforschung*. Berlin: Springer.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. vollst. überarb., aktualisierte und erw. Aufl.). Berlin: Springer.
- Drabik, A., Graf, C., Büscher, G. & Stock, S. (2012). Evaluation der Effektivität eines Disease Management Programms Diabetes Mellitus in der GKV - Erste Ergebnisse und methodische Überlegungen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 106 (9), 649–655.
<https://doi.org/10.1016/j.zefq.2011.12.007>
- Drop, L. (2011). Der unbekannt Patient: Methodischer Ansatz zur Gewinnung von Teilnehmern für Patienten-Betreuungsprogramme. In V. E. Amelung, S. Eble & H. Hildebrandt (Hrsg.), *Innovatives Versorgungsmanagement. Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand* (Schriftenreihe des Bundesverbandes Managed Care, S. 379–385). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Drösler, S., Hasford, J., Kurth, B.-M., Schaefer, M., Wasem, J. & Wille, E. (2011, 22. Juni). *Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. Endfassung*. Bundesversicherungsamt (BVA). Zugriff am 09.11.2017. Verfügbar unter http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wissenschaftlicher_Berat/Evaluationsbericht_zum_Jahresausgleich.pdf
- Drummond, M. F., Sculpher, M., Claxton, K., Stoddart, G. L. & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (4. ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Drupp, M. (2002). Gesundheitsförderung durch Krankenkassen. Vom „Gesundheitskurs“ zum „Gesundheitscoaching“. In U. Walter, M. Drupp & F. W. Schwartz (Hrsg.), *Prävention durch Krankenkassen* (S. 24–39). Weinheim [u.a.]: Juventa.
- Duden. (2018). *Eva-lu-a-ti-on | Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Synonyme, Herkunft*, Duden. Zugriff am 28.03.2018. Verfügbar unter <https://www.duden.de/rechtschreibung/Evaluation>
- Duke, S.-A. S., Colagiuri, S. & Colagiuri, R. (2009). Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus. *The Cochrane database of systematic reviews* (1), CD005268.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD005268.pub2>
- Dunkley, A. J., Bodicoat, D. H., Greaves, C. J., Russell, C., Yates, T., Davies, M. J. et al. (2014). Diabetes prevention in the real world: effectiveness of pragmatic lifestyle interventions for the prevention

- of type 2 diabetes and of the impact of adherence to guideline recommendations: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes care*, 37 (4), 922–933. <https://doi.org/10.2337/dc13-2195>
- Eakin, E. G., Lawler, S. P., Vandelanotte, C. & Owen, N. (2007). Telephone interventions for physical activity and dietary behavior change: a systematic review. *American journal of preventive medicine*, 32 (5), 419–434. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.01.004>
- Eakin, E. G., Reeves, M. M., Lawler, S. P., Graves, N., Oldenburg, B., Del Mar, C. et al. (2009). Telephone counseling for physical activity and diet in primary care patients. *American Journal of Preventive Medicine*, 36 (2), 142–149. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.09.042>
- Eakin, E. G., Reeves, M. M., Winkler, E. A. H., Healy, G. N., Dunstan, D. W., Owen, N. et al. (2013). Six-month outcomes from living well with diabetes. A randomized trial of a telephone-delivered weight loss and physical activity intervention to improve glycemic control. *Annals of behavioral medicine*, 46 (2), 193–203. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9498-2>
- Eakin, E. G., Reeves, M. M., Winkler, E. A. H., Lawler, S. P. & Owen, N. (2010). Maintenance of physical activity and dietary change following a telephone-delivered intervention. *Health Psychology*, 29, 566–573.
- Eakin, E. G., Winkler, E. A. H., Dunstan, D. W., Healy, G. N., Owen, N., Marshall, A. M. et al. (2014). Living well with diabetes: 24-month outcomes from a randomized trial of telephone-delivered weight loss and physical activity intervention to improve glycemic control. *Diabetes care*, 37 (8), 2177–2185. <https://doi.org/10.2337/dc13-2427>
- Ebel, T. (2012). Asthma besser im Grill. *Gesundheit und Gesellschaft*, 14.
- Elkeles, T., Kirschner, W., Graf, C. & Kellermann-Mühlhoff, P. (2008). Versorgungsunterschiede zwischen DMP und Nicht-DMP aus Sicht der Versicherten. Ergebnisse einer vergleichenden Versichertenbefragung von Typ 2-Diabetikern der BARMER. *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik*, 62 (1), 10–18. <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2008-1-10>
- Ellard, D. & Parsons, S. (2010). Process evaluation: understanding how and why interventions work. In M. Thorogood & Y. Coombes (Eds.), *Evaluating health promotion. Practice and methods* (3rd ed., pp. 87–101). Oxford: Oxford University Press.
- Engel, F. (2007). Beratung und Neue Medien. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung. Band 1: Disziplinen und Zugänge* (Bd. 2, 2. Aufl., S. 497–508). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Engel, F., Nestmann, F. & Sickendiek, U. (2007). „Beratung“ - Ein Selbstverständnis in Bewegung. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung. Band 1: Disziplinen und Zugänge* (Bd. 2, 2. Aufl., S. 33–43). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Engel, F., Nestmann, F. & Sickendiek, U. (2012). Theoretische Konzepte der Beratung. In D. Schaeffer (Hrsg.), *Lehrbuch Patientenberatung* (2. Aufl., S. 25–58). Bern: Huber.
- Ewers, M. & Schaeffer, D. (2012). Aufgaben der Patientenberatung. In D. Schaeffer (Hrsg.), *Lehrbuch Patientenberatung* (2. Aufl., S. 87–107). Bern: Huber.
- Ewert, B. (2013). *Vom Patienten zum Konsumenten? Nutzeridentitäten und Nutzerbeteiligung im Gesundheitssystem* (Bd. 8). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-00433-0_2
- Faltermaier, T. (2007). Gesundheitsberatung. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder* (2. Aufl., S. 1063–1081). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Faltermaier, T. (2011). Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln. In S. Blümel (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (Neuausg., S. 311–314). Gamburg: Verl. für Gesundheitsförderung.

- Fey, P. (2012). Regionale Unterschiede und neue Versorgungsformen - Patientencoaching für Chroniker - DAK-Ansätze im Versorgungsmanagement. In R. Roski, P. Stegmaier & A. Kleinfeld (Hrsg.), *Disease-Management-Programme. Statusbericht 2012* (S. 233–238). MVF-Fachkongresse „10 Jahre DMP“ und „Versorgung 2.0“. Bonn: eRelation - Content in health.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics. And sex and drugs and rock ,n' roll* (Mobile study, 4th ed.). Los Angeles: SAGE.
- Finck, S., Nöcker, G., Wildner, M. & Walter, U. (2015). Präventive Maßnahmen transferieren - In Versorgungspraxis überführen. *Gesundheitswesen, 77 Suppl 1*, S124-8. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1347252>
- Fink, A. & Behrens, J. (2013). „Fakten und Zahlen“ zu Brustkrebs und Herzinfarkt. In D. Nittel & A. Seltrecht (Hrsg.), *Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand? Brustkrebs und Herzinfarkt aus interdisziplinärer* (S. 14–23). Berlin [u.a.]: Springer.
- Finzen, A. (2013). *Stigma psychische Krankheit. Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen* (1. Aufl.). Köln: Psychiatrie-Verl.
- Fischer, C. (2011). Die Rolle der Versicherten und Patienten bei der Gestaltung des Gesundheitswesens unter Berücksichtigung des demografischen Wandels. In J. N. Weatherly (Hrsg.), *1. DGbV Zukunftskongress - Bürgerorientiertes Versorgungs-Management im Gesundheitswesen. Chancen für Patienten, Akteure und Volkswirtschaft* (1., neue Ausg., S. 56–68). Borsdorf: winterwork.
- Flick, U. (2007a). Design und Prozess qualitativer Forschung. In U. Flick (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (5. Aufl., S. 252–265). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Flick, U. (2007b). Editorial introduction. In S. Kvale (Ed.), *Doing Interviews* (pp. ix–xiii). London: SAGE.
- Flick, U. (2007c). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* (5. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Flick, U. (2009). *Sozialforschung. Methoden und Anwendungen* (Originalausgabe). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Flick, U. (2010). Triangulation. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 278–289). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92052-8_19
- Flick, U. (2012). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* (5. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Fox, S. (2013). After Dr Google: peer-to-peer health care. *Pediatrics, 131 Suppl 4*, 5. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-3786K>
- Franke, A. (2012). *Modelle von Gesundheit und Krankheit* (3., überarb. Aufl.). Bern: Huber.
- Franzkowiak, P. (2003). Prävention. In Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung* (Bd. 6, 4. erweiterte und überarbeitete, S. 179–180). Schwabenheim a. d. Selz: Sabo.
- Franzkowiak, P. (2011). Krankheit. In S. Blümel (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (Neuausg., S. 349–355). Gamburg: Verl. für Gesundheitsförderung.
- Franzkowiak, P. (2018). *Prävention und Krankheitsprävention*. Zugriff am 06.10.2018. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-I091-1.0>
- Franzkowiak, P. & Franke, A. (2011). Stress und Stressbewältigung. In S. Blümel (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (Neuausg., S. 543–550). Gamburg: Verl. für Gesundheitsförderung.

- Frees, E. W., Gao, J. & Rosenberg, M. A. (2011). Predicting the Frequency and Amount of Health Care Expenditures. *North American Actuarial Journal*, 15 (3), 377–392.
<https://doi.org/10.1080/10920277.2011.10597626>
- Freund, T. (2012). Einzelcoaching für Mehrfahrerkrankte. *Gesundheit und Gesellschaft*, 15, 20–25.
- Freund, T., Mahler, C., Erler, A., Gensichen, J., Ose, D., Szecsenyi, J. et al. (2011). Identification of patients likely to benefit from care management programs. *The American journal of managed care*, 17, 345–352.
- Freund, T., Wensing, M., Mahler, C., Gensichen, J., Erler, A., Beyer, M. et al. (2010). Development of a primary care-based complex care management intervention for chronically ill patients at high risk for hospitalization: a study protocol. *Implementation Science*, 5 (1), 1–7.
<https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-70>
- Friesacher, H. (2010). Nutzerorientierung – Zur normativen Umcodierung des Patienten. In B. Paul & H. Schmidt-Semisch (Hrsg.), *Risiko Gesundheit* (S. 55–72). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92448-9_4
- Frosch, D. L., Uy, V., Ochoa, S. & Mangione, C. M. (2011). Evaluation of a behavior support intervention for patients with poorly controlled diabetes. *Archives of Internal Medicine*, 171 (22), 2011–2017. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.497>
- Froschauer, U. & Lueger, M. (2003). *Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme* (UTB, Bd. 2418). Wien: facultas.wuv.
- Fuchs, J., Busch, M. A., Lange, C. & Scheidt-Nave, C. (2012). Prevalence and patterns of morbidity among adults in Germany. Results of the German telephone health interview survey German Health Update (GEDA) 2009. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 55 (4), 576–586. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1464-9>
- Fullerton, B., Nolte, E. & Erler, A. (2011). Qualität der Versorgung chronisch Kranker in Deutschland. Die hausärztliche Versorgung der Zukunft. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105 (8), 554–562. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2010.12.025>
- Gaebel, W. (2013). Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen - Sekundärdaten von drei gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund. *Deutsches Ärzteblatt*, 110 (47), 799–808. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2013.0799>
- Garms-Homolová, V. & Schaeffer, D. (2012). Einzelne Bevölkerungsgruppen: Ältere und Alte. In F. W. Schwartz, U. Walter, J. Siegrist, P. Kolip, R. Leidl, M.-L. Dierks et al. (Hrsg.), *Public health* (3. Aufl., S. 703–715). Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Gawlik, C., Moldenhauer, U. & König, T. (2012). DMP: Vergleichende Evaluation. In R. Roski, P. Stegmaier & A. Kleinfeld (Hrsg.), *Disease-Management-Programme. Statusbericht 2012* (S. 61–69). MVF-Fachkongresse „10 Jahre DMP“ und „Versorgung 2.0“. Bonn: eRelation - Content in health.
- Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Peel, J. & Baker, D. W. (2003). Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient education and counseling*, 51 (3), 267–275.
[https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00239-2](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00239-2)
- Gebhardt, J. (2012). Höchstrichterliche Rechtsprechung zu strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137g SGB V. In R. Roski, P. Stegmaier & A. Kleinfeld (Hrsg.), *Disease-Management-Programme. Statusbericht 2012* (S. 70–75). MVF-Fachkongresse „10 Jahre DMP“ und „Versorgung 2.0“. Bonn: eRelation - Content in health.
- Geene, R. (2016). Das Präventionsgesetz – Aufgaben für die GKV. *Impulse für Gesundheitsförderung / Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.*, 7–8.
- Geene, R. & Heberlein, I. (2017). SGB V § 1. In C. Rolfs, R. Giesen, R. Kreikebohm & P. Udsching (Hrsg.), *Beck'scher Online-Kommentar Sozialrecht*, 46. Edition. Beck-online. München: Beck.

- Geene, R. & Reese, M. (2017). *Handbuch Präventionsgesetz. Neuregelungen der Gesundheitsförderung*. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Gerhardus, A., Breckenkamp, J. & Razum, O. (2008). Evidence-based Public Health. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 103 (6), 406–412. <https://doi.org/10.1007/s00063-008-1060-9>
- Gerlinger, T. (2009). Wettbewerb und Patientenorientierung in der gesetzlichen Krankenversicherung. In R. Böckmann (Hrsg.), *Gesundheitsversorgung zwischen Solidarität und Wettbewerb* (S. 19–41). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91419-0_2
- Gerlinger, T. (2013). Disease-Management-Programme für Brustkrebs und koronare Herzkrankheit. In D. Nittel & A. Seltrecht (Hrsg.), *Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand? Brustkrebs und Herzinfarkt aus interdisziplinärer Perspektive*. Berlin [u.a.]: Springer.
- Gerlinger, T. (2016a). Chancen und Grenzen des Präventionsgesetzes. *Impulse für Gesundheitsförderung / Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.*, 3–4.
- Gerlinger, T. (2016b). Präventionsgesetz. In A. Trojan, L. Kaba-Schönstein, P. Franzkowiak, S. Blümel & G. Nöcker (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Ergänzungsband 2016. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 135–142). Grafling: Verlag für Gesundheitsförderung. Zugriff am 08.11.2017. Verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i092-1.0>
- Gesellschaft für Evaluation e.V. (2016). *Standards für Evaluation. Erste Revision 2016*.
- GG. *Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland* in der Fassung der Bekanntmachung vom 23.05.1949 (BGBl. I Teil III, Gliederungsnr 100-1), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 13. Juli 2017 (BGBl. I S. 2347) geändert worden ist.
- Gilomen, H., Martin, J. P. & Owen, E. (2001). Foreword. In D. S. Rychen & L. H. Salganik (Eds.), *Defining and Selecting Key Competencies* (pp. v–vi). Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Gilomen, H., Rychen, D. S. & Salganik, L. H. (2001). Concluding Remarks. In D. S. Rychen & L. H. Salganik (Eds.), *Defining and Selecting Key Competencies* (pp. 247–251). Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- GKV-WSG. *Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)* in der Fassung und Bekanntmachung vom 26.03.2007 (BGBl. I Nr. 11, S. 378-473).
- Glaeske, G. (2012). DMP: Nutzen und Effizienz bleiben fraglich. In R. Roski, P. Stegmaier & A. Kleinfeld (Hrsg.), *Disease-Management-Programme. Statusbericht 2012* (S. 133–137). MVF-Fachkongresse „10 Jahre DMP“ und „Versorgung 2.0“. Bonn: eRelation - Content in health.
- Gläser, J. & Laudel, G. (2009). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Goode, A. D., Reeves, M. M. & Eakin, E. G. (2012). Telephone-delivered interventions for physical activity and dietary behavior change: an updated systematic review. *American journal of preventive medicine*, 42 (1), 81–88. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.08.025>
- Goode, A. D., Winkler, E. A. H., Lawler, S. P., Reeves, M. M., Owen, N. & Eakin, E. G. (2011). A telephone-delivered physical activity and dietary intervention for type 2 diabetes and hypertension: Does intervention dose influence outcomes? *American Journal of Health Promotion*, 25, 257–263.
- Goode, A. D., Winkler, E. A. H., Reeves, M. M. & Eakin, E. G. (2015). Relationship between intervention dose and outcomes in living well with diabetes—a randomized trial of a telephone-delivered lifestyle-based weight loss intervention. *American journal of health promotion (AJHP)*, 30, 120–129.

- Gößwald, A., Schienkiewitz, A., Nowossadeck, E. & Busch, M. A. (2013). Prävalenz von Herzinfarkt und koronarer Herzkrankheit bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56 (5-6), 650–655. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1666-9>
- Grant, A. M. (2003). The Impact of Life Coaching on Goal Attainment, Metacognition and Mental Health. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 31, 253.
- Grant, A. M. (2005). What is Evidence-Based Executive, Workplace and Life Coaching? In M. J. Cavanagh, A. M. Grant & T. Kemp (Eds.), *Evidence-based coaching. Theory, research and practice from the behavioural sciences* (pp. 1–12). Volume 1.
- Grant, A. M. (2008). Personal life coaching for coaches-in-training enhances goal attainment, insight and learning. *Coaching: An International Journal of Theory, Research and Practice*, 1, 54–70.
- Grant, A. M. (2011). Is it time to REGROW the GROW model? Issues related to teaching coaching session structures. *The Coaching Psychologist*, 7, 118–216.
- Grant, A. M. (2012). An integrated model of goal-focused coaching: An evidence-based framework for teaching and practice. *International Coaching Psychology Review*, 7, 146–165.
- Grant, A. M. (2017). Coaching as Evidence-Based Practice: The View Through a Multiple-Perspective Model of Coaching Research. In T. Bachkirova, G. Spence & D. B. Drake (Eds.), *The SAGE Handbook of Coaching* (pp. 62–84). London: SAGE.
- Graves, N., Barnett, A. G., Halton, K. A., Veerman, J. L., Winkler, E. A. H., Owen, N. et al. (2009). Cost-Effectiveness of a Telephone-Delivered Intervention for Physical Activity and Diet. *PloS one*, 4 (9), 1–8. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0007135>
- Greß, S. (2017). Präventionsgesetz fehlkonstruiert. Gesetzliche Krankenversicherung. *Wirtschaftsdienst*, 97 (8), 532–533. <https://doi.org/10.1007/s10273-017-2174-6>
- Greß, S. & Stegmüller, K. (2009). Gesetzliche Spielräume zur Entwicklung neuer Versorgungskonzepte - Eine systematische Analyse der einschlägigen Regelungen und deren Entwicklung. In V. E. Amelung, J. Sydow & A. Windeler (Hrsg.), *Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation* (S. 91–102). Stuttgart: Kohlhammer.
- Günster, C., Klose, J. & Schmacke, N. (Eds.). (2011). *Versorgungs-Report 2011. Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Haaf, A. & Halsband, E. (2011). Leistungsindividualisierung als Schlüssel zur Wirtschaftlichkeit - Zusammenführung internationaler Projekterfahrungen im Patientencoaching. In V. E. Amelung, S. Eble & H. Hildebrandt (Hrsg.), *Innovatives Versorgungsmanagement. Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand* (S. 387–394). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Häder, M. (Hrsg.). (2010). *Empirische Sozialforschung* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden.
- Hajen, L., Paetow, H. & Schumacher, H. (2011). *Gesundheitsökonomie. Strukturen - Methoden - Praxisbeispiele* (6., überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hamacher, W., Eickholt, C., Lenartz, N. & Blanco, S. (2012, 21. Mai). *Sicherheits- und Gesundheitskompetenz durch informelles Lernen im Prozess der Arbeit* (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), Hrsg.) (Projektnummer: F 2141). Dortmund. Zugriff am 03.01.2014. Verfügbar unter http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/F2141.pdf?__blob=publicationFile&v=5
- Hammersley, M. L., Cann, V. R., Parrish, A.-M., Jones, R. A. & Holloway, D. J. (2015). Evaluation of the effects of a telephone-delivered health behaviour change program on weight and physical activity. *Nutrition & Dietetics*, 72 (4), 356–362. <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12213>

- Handelskrankenkasse. (2018, 28. März). *hkk eHealth Angebote*, Handelskrankenkasse. Zugriff am 28.03.2018. Verfügbar unter <https://www.hkk.de/leistungen-und-services/hkk-leistungen/ehealth-angebote>
- Hanschitz, R.-C. (2009). Einleitung. In R.-C. Hanschitz, E. Schmidt & G. Schwarz (Hrsg.), *Transdisziplinarität in Forschung und Praxis. Chancen und Risiken partizipativer Prozesse* (S. 15–22). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hardeman, W., Kinmonth, A. L., Michie, S. & Sutton, S. (2009). Impact of a physical activity intervention program on cognitive predictors of behaviour among adults at risk of Type 2 diabetes (ProActive randomised controlled trial). *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6, 16. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-6-16>
- Harris, J., Felix, L., Miners, A., Murray, E., Michie, S., Ferguson, E. et al. (2011). Adaptive e-learning to improve dietary behaviour: a systematic review and cost-effectiveness analysis. *Health technology assessment*, 15.
- Härter, M., Dirmaier, J., Dwinger, S., Kriston, L., Herbarth, L., Siegmund-Schultze, E. et al. (2016). Effectiveness of Telephone-Based Health Coaching for Patients with Chronic Conditions: A Randomised Controlled Trial. *PloS one*, 11 (9), e0161269. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161269>
- Härter, M., Dwinger, S., Seebauer, L., Simon, D., Herbarth, L., Siegmund-Schultze, E. et al. (2012). Evaluation of telephone health coaching of German health insurants with chronic conditions. *Health Education Journal*, 72 (5), 622–634. <https://doi.org/10.1177/0017896912453990>
- Hartmann, J., Schauer, S., Krauth, C. & Amelung, V. E. (2012). Methoden zur Prädiktion von Hochnutzern: ein systematischer Literatur-Review. *GMS Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie 2012, Vol. 8(1), ISSN, 8*.
- Hase, F. (2017). SGB I § 13 Aufklärung. In C. Rolfs, R. Giesen, R. Kreikebohm & P. Udsching (Hrsg.), *Beck'scher Online-Kommentar Sozialrecht*, 46. Edition. Beck-online. München: Beck.
- Hauss, F. & Gatermann, D. (Hans-Böckler-Stiftung, Hrsg.). (2004). *Die Erhöhung der Nutzerkompetenz von Krankenversicherten. Schaffung von Handlungs- und Unterstützungsstrukturen*, Hans-Böckler-Stiftung.
- Hautzinger, M. (2012). Volkskrankheit Depression. In Vorstand des BDP (Hrsg.), *Die großen Volkskrankheiten. Beiträge der Psychologie zu Prävention, Gesundheitsförderung und Behandlung* (S. 25–30). Berlin: Deutscher Psychologen Verlag GmbH.
- Hayes, J. T., Boucher, J. L., Pronk, N. P., Qehling, E., Spencer, M. & Waslaski, J. (2001). The Role of the Certified Diabetes Educator in Telephone Counseling. *The Diabetes Educator*, 27 (3), 377–386. <https://doi.org/10.1177/014572170102700307>
- Heintel, P. (2009). Wege aus der Randständigkeit – ein Brückenschlag. In R.-C. Hanschitz, E. Schmidt & G. Schwarz (Hrsg.), *Transdisziplinarität in Forschung und Praxis. Chancen und Risiken partizipativer Prozesse* (S. 23–197). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hermann, C. & Tomaschko, K. (2017). Der Innovationsfonds - die Perspektive der AOK Baden-Württemberg. In V. E. Amelung, S. Eble, H. Hildebrandt, F. Knieps, R. Lägel, S. Ozegowski et al. (Hrsg.), *Innovationsfonds. Impulse für das deutsche Gesundheitssystem* (1. Auflage, S. 26–29). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Heyse, J. F., Cook, J. R. & Carides, G. W. (2005). Statistical considerations in analysing health care resource utilization and cost data. In M. F. Drummond & A. McGuire (Eds.), *Economic evaluation in health care. Merging theory with practice* (pp. 215–235). Oxford: Oxford University Press.

- Heyvaert, M., Maes, B. & Onghena, P. (2013). Mixed methods research synthesis. Definition, framework, and potential. *Quality & Quantity*, 47 (2), 659–676. <https://doi.org/10.1007/s11135-011-9538-6>
- Hiller, C. (2016). *Telefongespräch zu Weitblick am 12.02.2016 mit Charlotte Sahin*. Bielefeld/Duisburg.
- Hintzpeter, B., List, S. M., Lampert, T. & Ziese, T. (2011). Entwicklung chronischer Krankheiten. In C. Günster, J. Klose & N. Schmacke (Eds.), *Versorgungs-Report 2011. Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen* (S. 3–28). Stuttgart: Schattauer.
- Hirani, S. P. & Newman, S. P. (2005). Patients' beliefs about their cardiovascular disease. *Heart*, 91 (9), 1235–1239. <https://doi.org/10.1136/hrt.2003.025262>
- HLS-EU Consortium. 2012. *Comparative Report on Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU* (HLS-EU Consortium, ed.). Online Publication. Zugriff am 30.06.2013. Verfügbar unter <http://www.health-literacy.eu>
- Hocking, A., Laurence, C. & Lorimer, M. (2013). Patients' knowledge of their chronic disease - the influence of socio-demographic characteristics. *Australian family physician*, 42, 411–416.
- Hodek, J. M., Ruhe, A. & Greiner, W. (2009). Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Multimorbidität im Alter. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 52 (12), 1188–1201. <https://doi.org/10.1007/s00103-009-0974-6>
- Hodgman, S. B. (2008). Predictive modeling & outcomes. *Professional case management*, 13 (1), 19. <https://doi.org/10.1097/01.PCAMA.0000306019.56387.7a>
- Höhl, R. (2018, 11. Januar). Tele-Coaching unterstützt Diabetiker. E-Health. *Ärzte Zeitung*. Verfügbar unter https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/pro-dialog/?sid=955189
- Hörmann, G. (2007). Gesundheitswissenschaften/Medizin und Beratung. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung. Band 1: Disziplinen und Zugänge* (Bd. 2, 2. Aufl., S. 171–179). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Hügler, S. (2012). Patientencoaching: Orientierung im Versorgungsdschungel. *Dtsch med Wochenschr*, 137 (15), p12-p12. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1301812>
- Hurrelmann, K. (2000). *Gesundheitssoziologie* (4. Aufl.). Weinheim [u.a.]: Juventa.
- Hurrelmann, K. & Franzkowiak, P. (2011). Gesundheit. In S. Blümel (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (Neuausg., S. 100–105). Gamburg: Verl. für Gesundheitsförderung.
- Hurrelmann, K., Laaser, U. & Razum, O. (2012). Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften in Deutschland. In K. Hurrelmann & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (Klaus Hurrelmann, Oliver Razum (Hrsg.), 5. Aufl., S. 15–51). Weinheim [u.a.]: Beltz Juventa.
- Huster, S. (2012). Gesundheits- als Gesellschaftspolitik. *GGW*, 12, 24–30.
- Huster, S. (2017). SGB V § 137f. In U. Becker & T. Kingreen (Hrsg.), *SGB V Gesetzliche Krankenversicherung. Kommentar*. Beck-online.: München: C.H. Beck.
- Huster, S. & Schramme, T. (Hrsg.). (2016). *Normative Aspekte von Public Health* (Bd. 55). Baden-Baden: Nomos.
- Hutchison, A. J. & Breckon, J. D. (2011). A review of telephone coaching services for people with long-term conditions. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 17 (8), 451–458. <https://doi.org/10.1258/jtt.2011.110513>
- (2013). IBM SPSS Statistics (Version 22) [Computer software]: IBM.
- International Coach Federation (Hrsg.). (2018). *Code of Ethics*. Zugriff am 04.05.2018. Verfügbar unter <https://coachfederation.org/code-of-ethics>

- Jacobi, F. (2012). Warum sind psychische Störungen Volkskrankheiten? In Vorstand des BDP (Hrsg.), *Die großen Volkskrankheiten. Beiträge der Psychologie zu Prävention, Gesundheitsförderung und Behandlung* (S. 16–23). Berlin: Deutscher Psychologen Verlag GmbH.
- Jahnsen, K. (2011). Hypertonie. In C. Günster, J. Klose & N. Schmacke (Eds.), *Versorgungs-Report 2011. Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen* (S. 165–178). Stuttgart: Schattauer.
- Jeffery, R. W., Sherwood, N. E., Brelje, K., Pronk, N. P., Boyle, R., Boucher, J. L. et al. (2003). Mail and phone interventions for weight loss in a managed-care setting. Weigh-To-Be one-year outcomes. *International journal of obesity and related metabolic disorders*, 27 (12), 1584–1592.
<https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802473>
- Jeserich, F. (2013). Der Patient im Gesundheitswesen. In E. Nagel (Hrsg.), *Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung* (5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 423–437). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Jordan, J. E., Buchbinder, R. & Osborne, R. H. (2010). Conceptualising health literacy from the patient perspective. *Patient education and counseling*, 79 (1), 36–42.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.10.001>
- Jordan, R. E., Lancashire, R. J. & Aday, P. (2011). An evaluation of Birmingham Own Health® telephone care management service among patients with poorly controlled diabetes. a retrospective comparison with the General Practice Research Database. *BMC Public Health*, 11 (1), 707.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-707>
- Joussen, J. (2017). SGB V § 11 (4). In C. Rolfs, R. Giesen, R. Kreikebohm & P. Udsching (Hrsg.), *Beck'scher Online-Kommentar Sozialrecht*, 46. Edition. Beck-online. München: Beck.
- Jubelt, L. E., Volpp, K. G., Gatto, D. E., Friedman, J. Y. & Shea, J. A. (2015). A Qualitative Evaluation of Patient-Perceived Benefits and Barriers to Participation in a Telephone Care Management Program. *American Journal of Health Promotion*, 30; Jg. 2015-12, 117–119.
- Jung, E. (2010). *Kompetenzerwerb. Grundlagen Didaktik, Überprüfbarkeit*. München: Oldenbourg.
- Kaba-Schönstein, L. (2011a). Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und -strategien. In S. Blümel (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (Neuausg., S. 137–144). Gamburg: Verl. für Gesundheitsförderung.
- Kaba-Schönstein, L. (2011b). Gesundheitsförderung VI: Einordnung und Bewertung der Entwicklung (Terminologie, Verhältnis zur Prävention, Erfolge, Probleme und Perspektiven. In S. Blümel (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (Neuausg., S. 203–214). Gamburg: Verl. für Gesundheitsförderung.
- Kane, R. L. & Radosevich, D. M. (2011). *Conducting health outcomes research*. Sudbury, Mass.: Jones & Bartlett.
- Keil, U. (2005). Das weltweite WHO-MONICA-Projekt: Ergebnisse und Ausblick. *Gesundheitswesen*, 67 (S 01), 38–45. <https://doi.org/10.1055/s-2005-858240>
- Kelly, J. T., Reidlinger, D. P., Hoffmann, T. C. & Campbell, K. L. (2016). Telehealth methods to deliver dietary interventions in adults with chronic disease: a systematic review and meta-analysis. *The American journal of clinical nutrition*, 104 (6), 1693–1702.
<https://doi.org/10.3945/ajcn.116.136333>
- Kelly, J., Crowe, P. & Shearer, M. (2005). The Good Life Club project. Telephone coaching for chronic disease self management. *Australian family physician*, 34, 31–34.
- Kickbusch, I. (2006). *Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*. Gamburg: Verl. für Gesundheitsförderung.

- Kinmonth, A. L., Wareham, N. J., Hardeman, W., Sutton, S., Prevost, A. T., Fanshawe, T. et al. (2008). Efficacy of a theory-based behavioural intervention to increase physical activity in an at-risk group in primary care (ProActive UK). A randomised trial. *Lancet (London, England)*, 371 (9606), 41–48. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60070-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60070-7)
- Kivelä, K., Elo, S., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (2014). The effects of health coaching on adult patients with chronic diseases: A systematic review. *Patient education and counseling*, 97, 147–157. Verfügbar unter kirsi.kivela@dnainternet.net
- Klemperer, D., Lang, B., Koch, K., Hilda, B., Brunsmann, F., Burkhardt, M. et al. (2010). Die ‚Gute Praxis Gesundheitsinformation‘. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 104 (1), 66–68. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2009.12.018>
- Klerings, I., Weinhandl, A. S. & Thaler, K. J. (2015). Information overload in healthcare. Too much of a good thing? *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 109 (4-5), 285–290. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2015.06.005>
- Kliche, T., Koch, U., Lehmann, H. & Töppich, J. (2006). Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 49 (2), 141–150. <https://doi.org/10.1007/s00103-005-1216-1>
- Knebel, U. (2011). *IT-gestützte Gesundheitsförderungsprogramme. Design, Einführung und Evaluation am Beispiel Gesundheitssport* (1. Aufl.).
- Knesebeck, O. v. d. & Lüschen, G. (2000). Zum Problem von Verweigerungen in telefonischen Befragungen alter Menschen. In V. Hüfken (Hrsg.), *Methoden in Telefonumfragen* (1. Aufl., S. 123–138). Wiesbaden: Westdt. Verl.
- Knieps, F. (2017). Der Innovationsfonds aus Sicht der BKK. In V. E. Amelung, S. Eble, H. Hildebrandt, F. Knieps, R. Lägél, S. Ozegowski et al. (Hrsg.), *Innovationsfonds. Impulse für das deutsche Gesundheitssystem* (1. Auflage, neue Ausgabe, S. 22–25). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Kofahl, C., Nickel, S. & Höhne, A. (2012). Inanspruchnahme von Angeboten zur Bewältigung chronischer Erkrankungen und dauerhafter gesundheitlicher Einschränkungen. In J. Böcken, B. Braun & U. Repschläger (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2011: Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK* (Bd. 2011, S. 133–154). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- König, H.-H. (2016). Ökonomische Evaluation von Gesundheitsförderung und Prävention. In A. Trojan, L. Kaba-Schönstein, P. Franzkowiak, S. Blümel & G. Nöcker (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Ergänzungsband 2016. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 166–172). Grafing: Verlag für Gesundheitsförderung. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i048-1.0>
- Kosack, T. & Wolik, A. (2010). Berechnung von Hospitalisierungswahrscheinlichkeiten. Die Methode der Zufallswälder und der Vergleich mit gängigen statistischen Klassifikationsverfahren. In U. Repschläger, C. Schulte & N. Osterkamp (Hrsg.), *BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2010. Beiträge und Analysen* (S. 266–286). Verfügbar unter http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Komponenten/gemeinsame__PDF__Dokumente/Publikationen/Kosack__Wolik__10,property=Data.pdf
- Köster-Steinebach, I. (2017). Der Innovationsfonds aus Sicht der Patientenvertretung. In V. E. Amelung, S. Eble, H. Hildebrandt, F. Knieps, R. Lägél, S. Ozegowski et al. (Hrsg.), *Innovationsfonds. Impulse für das deutsche Gesundheitssystem* (1. Auflage, S. 54–57). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

- Kraushaar, R. (2016). Das Präventionsgesetz – Motor für eine nachhaltige Förderung der Gesundheit. *Impulse für Gesundheitsförderung / Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.*, 2–3.
- Kriegesmann, B., Kottmann, M., Masurek, L. & Nowak, U. (2005). *Kompetenz für eine nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH.
- Kryspin-Exner, I. & Pintzinger, N. (2010). Theorien der Krankheitsprävention und des Gesundheitsverhaltens. In K. Hurrelmann & T. Altgeld (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (3. Aufl., S. 24–34). Bern: Huber.
- Kuckartz, U. (2010). *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten* (3., aktualisierte Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden.
- Kuckartz, U. (2012). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim [u.a.]: Beltz Juventa.
- Kuckartz, U. (2014a). *Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. Wiesbaden: Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-93267-5>
- Kuckartz, U. (2014b). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (2. Aufl.). Weinheim [u.a.]: Beltz Juventa.
- Kuckartz, U. & Busch, J. (2012). Mixed Methods in der Evaluation. In U. Kuckartz & S. Rädiker (Hrsg.), *Erziehungswissenschaftliche Evaluationspraxis. Beispiele - Konzepte - Methoden* (S. 142–155). Weinheim: Beltz Juventa.
- Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S. & Stefer, C. (2008). *Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis* (2., aktualisierte Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden.
- Kücking, M. (2016). Das Präventionsgesetz – Aufgaben für die GKV. *Impulse für Gesundheitsförderung / Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.*, 4–6.
- Kühn, H. & Rosenbrock, R. (2009). Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. Eine Problematik. In U. H. Bittlingmayer, D. Sahrai & P.-E. Schnabel (Hrsg.), *Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit* (1. Aufl., S. 47–71). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- Kuo, R. & Lai, M.-S. (2010). Comparison of Rx-defined morbidity groups and diagnosis-based risk adjusters for predicting healthcare costs in Taiwan. *BMC health services research*, 10, 126. Verfügbar unter <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/126>
- Kurtz, T. (2010). Der Kompetenzbegriff in der Soziologie. In T. Kurtz & M. Pfadenhauer (Hrsg.), *Soziologie der Kompetenz* (S. 7–25). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kurtz, T. & Pfadenhauer, M. (Hrsg.). (2010). *Soziologie der Kompetenz*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch*. Weinheim [u.a.]: Beltz PVU.
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch*. (5. Aufl.) Weinheim [u.a.]: Beltz.
- Lampert, C. & Grimm, M. (2017a). Mehr als die Summe einzelner Teile? Transdisziplinäre Gesundheitskommunikation in Bereichen mit medizinischer Unsicherheit. In C. Lampert & M. Grimm (Hrsg.), *Gesundheitskommunikation als transdisziplinäres Forschungsfeld* (S. 35–45). Baden-Baden: Nomos.
- Lampert, C. & Grimm, M. (2017b). Vorwort. In C. Lampert & M. Grimm (Hrsg.), *Gesundheitskommunikation als transdisziplinäres Forschungsfeld* (S. 5–8). Baden-Baden: Nomos.
- Lauterbach, K. W., Gerber, A., Klever-Deichert, G. & Stollenwerk, B. (2005). Kosteneffektivität der Prävention der koronaren Herzkrankheit in Deutschland. *Zeitschrift für Kardiologie*, 94 (0), iii100-iii104. <https://doi.org/10.1007/s00392-005-1314-y>

- Lauterbach, M. (2008a). *Einführung in das systemische Gesundheitscoaching*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Lauterbach, M. (2008b). Systemisches Gesundheitscoaching. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 9 (04), 337–343. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1090059>
- Lawn, S. & Schoo, A. (2010). Supporting self-management of chronic health conditions: Common approaches. *Patient education and counseling*, 80 (2), 205–211. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.10.006>
- Lawson, K. L., Jonk, Y., O'Connor, H., Riise, K. S., Eisenberg, D. M. & Kreitzer, M. J. (2013). The impact of Telephonic Health Coaching on Health Outcomes in a High-risk Population. *Global advances in health and medicine : improving healthcare outcomes worldwide*, 2 (3), 40–47. <https://doi.org/10.7453/gahmj.2013.039>
- Lederbogen, F. & Ströhle, A. (2012). Stress, psychische Erkrankungen und koronare Herzkrankheit. *Der Nervenarzt*, 83 (11), 1448–1457. <https://doi.org/10.1007/s00115-012-3666-7>
- Lee, B. (2006). Theories of Evaluation. In R. Stockmann (Hrsg.), *Evaluationsforschung. Grundlagen und ausgewählte Forschungsfelder* (Bd. 1, 3. Aufl., S. 137–176). Münster: Waxmann.
- Lemmens, V. E. P. P., Oenema, A., Klepp, K. I., Henriksen, H. B. & Brug, J. (2008). A systematic review of the evidence regarding efficacy of obesity prevention interventions among adults. *Obesity reviews*, 9 (5), 446–455. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2008.00468.x>
- Lenartz, N. (2012). *Gesundheitskompetenz und Selbstregulation*. Göttingen: V&R unipress, Bonn Univ. Press.
- Liebl, A. (2007). Kosten in der Früh- und Spätphase des Diabetes mellitus. *Der Internist*, 48 (7), 708–714. <https://doi.org/10.1007/s00108-007-1875-0>
- Lin, W.-C., Chien, H.-L., Willis, G., O'Connell, E., Rennie, K. S., Bottella, H. M. et al. (2012). The effect of a telephone-based health coaching disease management program on Medicaid members with chronic conditions. *Medical care*, 50 (1), 91–98. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31822dcedf>
- Linden, A., Butterworth, S. W. & Prochaska, J. O. (2010). Motivational interviewing-based health coaching as a chronic care intervention. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16, 166–174.
- Lippke, S. & Renneberg, B. (2006). Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 35–60). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Longo, D. R., Schubert, S. L., Wright, B. A., LeMaster, J., Williams, C. D. & Clore, J. N. (2010). Health information seeking, receipt, and use in diabetes self-management. *Annals of family medicine*, 8 (4), 334–340. <https://doi.org/10.1370/afm.1115>
- Loskill, H. (2011). Was sich Patienten vom Versorgungsmanagement im Gesundheitswesen wünschen. In J. N. Weatherly (Hrsg.), *1. DGbV Zukunftskongress - Bürgerorientiertes Versorgungs-Management im Gesundheitswesen. Chancen für Patienten, Akteure und Volkswirtschaft* (S. 16–22). Borsdorf: winterwork.
- Löwel, H. (2006). *Koronare Herzkrankheit und akuter Myokardinfarkt. Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (Robert Koch-Institut (RKI), Hrsg.) (Heft 33).
- Lüngen, M. & Passon, A. M. (2013). Gesundheitsökonomie: Die Finanzierung von Prävention und Behandlung von Herzinfarkt und Brustkrebs. In D. Nittel & A. Seltrecht (Hrsg.), *Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand? Brustkrebs und Herzinfarkt aus interdisziplinärer Perspektive* (S. 25–34). Berlin [u.a.]: Springer.
- Maaz, A., Winter, M. H.-J. & Kuhlmeier, A. (2007). Der Wandel des Krankheitspanoramas und die Bedeutung chronischer Erkrankungen (Epidemiologie, Kosten). Fehlzeiten-Report 2006. In B. Badura, H. Schellschmidt & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2006. Zahlen, Daten, Analysen aus allen*

- Branchen der Wirtschaft* (S. 5–23). Chronische Krankheiten. Betriebliche Strategien zur Gesundheitsförderung, Prävention und Wiedereingliederung. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-540-34368-4_1
- Mancuso, J. M. (2009). Assessment and measurement of health literacy: An integrative review of the literature. *Nursing & Health Sciences*, 11 (1), 77–89. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00408.x>
- Marstedt, G. (2003). Auf der Suche nach Information und Beratung: Befunde zum Wandel der Patientenrolle. In J. Böcken, B. Braun & M. Schnee (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2003. Die ambulante Bevölkerung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft* (S. 117–135). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Marstedt, G., Buitkamp, M. & Braun, B. (2007). Eine Patiententypologie: Befunde zur Differenzierung unterschiedlicher Normen und Verhaltensmuster von Patienten im Gesundheitssystem. In J. Böcken, B. Braun & R. Amhof (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2007. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten* (S. 231–256). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Maske, U. E., Busch, M. A., Jacobi, F., Riedel-Heller, S. G., Scheidt-Nave, C. & Hapke, U. (2013). Chronische somatische Erkrankungen und Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. *Psychiat Prax*, 40 (EFirst), 207–213. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1343103>
- Matzick, S. (2008a). Einleitung: Zukunftsaufgabe Gesundheitsberatung. In S. Matzick (Hrsg.), *Zukunftsaufgabe Gesundheitsberatung. Strategien für Gesundheitsberufe, Perspektiven für Patienten und Verbraucher* (Bd. 26, 2. Aufl., S. 7–16). Lage: Jacobs.
- Matzick, S. (2008b). Wissen als integraler Bestandteil von Beratung. In S. Matzick (Hrsg.), *Zukunftsaufgabe Gesundheitsberatung. Strategien für Gesundheitsberufe, Perspektiven für Patienten und Verbraucher* (Bd. 26, 2. Aufl., S. 39–57). Lage: Jacobs.
- MAXQDA. Qualitative Datenanalyse Software [Computer software].
- Mayring, P. (Hrsg.). (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (5. Aufl.). Weinheim [u.a.]: Beltz.
- Mayring, P. (2005). Qualitative Inhaltsanalyse. In U. Flick (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (4. Aufl., S. 468–475). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Mayring, P. (2007). Qualitative Inhaltsanalyse. In U. Flick (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (5. Aufl., S. 468–475). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse* (10. Aufl.). Weinheim [u.a.]: Beltz.
- Medical Research Council (Hrsg.). (2008). *Developing and evaluating complex interventions: new guidance*.
- Meenan, R. T., Goodman, M. J., Fishman, P. A., Hornbrook, M. C., O’Keeffe-Rosetti, M. C. & Bachman, D. J. (2003). Using Risk-Adjustment Models to Identify High-Cost Risks. *Medical care*, 41, 1301–1312.
- Merkens, H. (2007). Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. In U. Flick (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (5. Aufl., S. 286–299). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Meuser, M. & Nagel, U. (2009). Experteninterview und der Wandel der Wissensproduktion. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrsg.), *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder* (3. Aufl., S. 35–60). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Meyer-Lutterloh, K. (2011). Bürgerorientierung als Zukunftsaufgabe für das Gesundheitswesen. In J. N. Weatherly (Hrsg.), *1. DGbV Zukunftskongress - Bürgerorientiertes Versorgungs-Management im Gesundheitswesen. Chancen für Patienten, Akteure und Volkswirtschaft* (S. 114–125). Borsdorf: winterwork.

- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Mißlbeck, A. (2013, 13. März). Der Arzt als Lehrer. Patienten-Coaching. *Ärzte Zeitung*. Verfügbar unter http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/special-arzt-patient/article/834349/patienten-coaching-arzt-lehrer.html
- Modig, S., Kristensson, J., Troein, M., Brorsson, A. & Midlov, P. (2012). Frail elderly patients' experiences of information on medication. A qualitative study. *BMC geriatrics*, 12, 46. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-12-46>
- Müller, H.-J. & Engelmeyer Anette (2013). Anforderungen an ein Schnittstellenmanagement in der GKV. In H. Rebscher & S. Kaufmann (Hrsg.), *Versorgungsmanagement in Gesundheitssystemen* (S. 291–305). Heidelberg: medhochzwei.
- Müller, M. L. (2011). Zur Nutzenbewertung im Gesundheitswesen. In P. Hensen & C. Kölzer (Hrsg.), *Die gesunde Gesellschaft: Sozioökonomische Perspektiven und sozialetische Herausforderungen* (S. 63–78). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92818-0_3
- Müller-Mundt, G. & Schaeffer, D. (2003). Patientenorientierte Versorgung chronisch Kranker. In H. Pfaff, M. Schrappe, K. W. Lauterbach, U. Engelmann & M. Halber (Hrsg.), *Gesundheitsversorgung und Disease-Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung* (S. 143–148). Bern [u.a.]: Huber.
- Murphy, S. M. E., Castro, H. K. & Sylvia, M. L. (2011). Predictive Modeling in Practice: Improving the Participant Identification Process for Care Management Programs Using Condition Specific Cut Points. *Population Health Management*, 14, 205–210.
- Murray, C. J. L., Salomon, J. A., Mathers, C. D. & Lopez, A. D. (2002). *Summary measures of population health. Concepts, ethics, measurement, and applications*. Geneva: World Health Organization.
- Nagel, E. (2013). Gesetzliche Krankenversicherung. In E. Nagel (Hrsg.), *Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung* (5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 59–98). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2010). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung* (2. Aufl.). Gamburg: Verl. für Gesundheitsförderung.
- Nationale Präventionskonferenz. (2016, 19. Februar). *Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V* (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), Spitzenverband Bund der Pflegekassen, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau & Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund), Hrsg.). Nationale Präventionskonferenz. Zugriff am 29.11.2017. Verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilung/2016/Praevention_NPK_BRE_verabschiedet_am_19022016.pdf
- Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression (NVL Unip. Depression), (Hrsg.). (2009). *S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie. Unipolare Depression-Langfassung*. DGPPN, ÄZQ, AWMF (1. Auflage), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde; Bundesärztekammer; Kassenärztliche Bundesvereinigung; Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften; AkdÄ; BPTK; BApK; Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen; Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie; Deutsche Gesellschaft für Psychologie; Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften; Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression. Verfügbar unter http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression/pdf/s3_nvl_depression_lang.pdf

- Nestmann, F. (2007). Beratungsmethoden und Beratungsbeziehung. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder* (Bd. 2, 2. Aufl., S. 783–796). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Nestmann, F. (2008). Beratung im Gesundheitswesen - Maximen und Herausforderungen. In S. Matzick (Hrsg.), *Zukunftsaufgabe Gesundheitsberatung. Strategien für Gesundheitsberufe, Perspektiven für Patienten und Verbraucher* (Bd. 26, 2. Aufl., S. 17–38). Lage: Jacobs.
- Nestmann, F., Sickendiek, U. & Engel, F. (2007). Statt einer „Einführung“: Offene Fragen „guter Beratung“. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder* (2. Aufl., S. 599–607). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Neugebauer, B. & Porst, R. (2001). *Patientenzufriedenheit. Ein Literaturbericht* (Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA), Hrsg.). Mannheim.
- Newnham-Kanas, C., Gorczyński, P., Morrow D. & Irwin, J. D. (2009). Annotated bibliography of life coaching and health research. *International journal of evidence based coaching and mentoring*, 7, 39.
- Nolte, S., Elsworth, G. R., Newman, S. & Osborne, R. H. (2013). Measurement issues in the evaluation of chronic disease self-management programs. *Quality of Life Research*, 22 (7), 1655–1664. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0317-1>
- Norris, S. L. (2001). Effectiveness of Self-Management Training in Type 2 Diabetes. A systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes care*, 24, 561.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15 (3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. & Harris, E. (2005). *Theorien und Modelle der Gesundheitsförderung* (Nachdr.). Gamburg: Verl. für Gesundheitsförderung.
- Nutbeam, D. & Harris, E. (2008). *Theory in a nutshell* (2. Aufl.). Sydney [u.a.]: McGraw-Hill.
- O’Connor, A. M., Stacey, D. & Légaré, F. (2008). Coaching to support patients in making decisions. Needs to be tailored to individuals, and integrated with existing health systems. *British Medical Journal*, 336 (7638), 228–229. <https://doi.org/10.1136/bmj.39429.434907.80>
- O’Hara, B. J., Phongsavan, P., Eakin, E. G., Develin, E., Smith, J., Greenaway, M. et al. (2013). Effectiveness of Australia’s Get Healthy Information and Coaching Service: maintenance of self-reported anthropometric and behavioural changes after program completion. *BMC Public Health*, 13, 175. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-175>
- O’Hara, B. J., Phongsavan, P., Rissel, C., Hardy, L. L., Zander, A., Greenaway, M. et al. (2015). Role of general practice in the utilisation of the NSW Get Healthy Information and Coaching Service. *Australian Journal of Primary Health*, 21; Jg. 2015, 182–188.
- O’Hara, B. J., Phongsavan, P., Venugopal, K. & Bauman, A. E. (2011). Characteristics of participants in Australia’s Get Healthy telephone-based lifestyle information and coaching service: reaching disadvantaged communities and those most at need. *Health Education Research*, 26 (6), 1097–1106. <https://doi.org/10.1093/her/cyr091>
- O’Hara, B. J., Phongsavan, P., Venugopal, K., Eakin, E. G., Eggins, D., Caterson, H. et al. (2012). Effectiveness of Australia’s Get Healthy Information and Coaching Service®: translational research with population wide impact. *Preventive medicine*, 55 (4), 292–298. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.07.022>
- Oksman, E., Linna, M., Horhammer, I., Lammintakanen, J. & Talja, M. (2017). Cost-effectiveness analysis for a tele-based health coaching program for chronic disease in primary care. *BMC health services research*, 17 (1), 138. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2088-4>

- Olsen, J. M. & Nesbitt, B. J. (2010). Health Coaching to Improve Healthy Lifestyle Behaviors: An Integrative Review. *American Journal of Health Promotion*, 25 (1), e1-e12.
<https://doi.org/10.4278/ajhp.090313-LIT-101>
- Ostermann, D. (2010). *Gesundheitscoaching* (Integrative Modelle in Psychotherapie, Supervision und Beratung, 1. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Owen, J. M. (2007). *Program evaluation. Forms and approaches* (3. ed.). New York: Guilford Press.
- Ozaki, R. R., Schneider, J. I., Hall, J. P., Moore, J. M., Linkins, K. W., Brya, J. J. et al. (2011). Personal navigation, life coaching, and case management: Approaches for enhancing health and employment support services. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 34, 83–95.
- Palmer, S., Tubbs, I. & Whybrow, A. (2003). Health coaching to facilitate the promotion of healthy behaviour and achievement of health-related goals. *International Journal of Health Promotion and Education*, 41, 91–93.
- Panattoni, L. E., Vaithianathan, R., Ashton, T. & Lewis, G. H. (2011). Predictive risk modelling in health: options for New Zealand and Australia. *Australian health review*, 35 (1), 45–51.
<https://doi.org/10.1071/AH09845>
- Patja, K., Absetz, P., Auvinen, A., Tokola, K., Kyto, J., Oksman, E. et al. (2012). Health coaching by telephony to support self-care in chronic diseases: clinical outcomes from The TERVA randomized controlled trial. *BMC health services research*, 12, 147. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-147>
- Perrin, N. A., Stiefel, M., Mosen, D. M., Bauck, A., Shuster, E. & Dirks, E. M. (2011). Self-Reported Health and Functional Status Information Improves Prediction of Inpatient Admissions and Costs. *The American journal of managed care*, 17, e472-e478.
- Pfaff, H. & Dierks, M.-L. (2017). Der Innovationsfonds aus Sicht des Expertenbeirats. In V. E. Amelung, S. Eble, H. Hildebrandt, F. Knieps, R. Lägel, S. Ozegowski et al. (Hrsg.), *Innovationsfonds. Impulse für das deutsche Gesundheitssystem* (S. 49–53). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Pizur-Barnekow, K., Darragh, A. & Johnston, M. (2011). “I cried because I didn’t know if I could take care of him”: toward a taxonomy of interactive and critical health literacy as portrayed by caregivers of children with special health care needs. *Journal of health communication*, 16 Suppl 3, 205–221. <https://doi.org/10.1080/10810730.2011.604386>
- Plass, D., Vos, T., Hornberg, C., Scheidt-Nave, C., Zeeb, H. & Krämer, A. (2014). Entwicklung der Krankheitslast in Deutschland. Ergebnisse, Potenziale und Grenzen der Global Burden of Disease-Studie. *Deutsches Ärzteblatt*, 111 (38), 629–638. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0629>
- Plaumann, M. & Pawils, S. (2015). Von jungen Erwachsenen bis zum höheren Alter—Präventive Maßnahmen wirksam gestalten. *Gesundheitswesen*, 77 Suppl 1, S82-S84. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1559601>
- Pomerantz, J. I., Toney, S. D. & Hill, Z. J. (2010). Care coaching: an alternative approach to managing comorbid depression. *Professional case management*, 15 (3), 137.
<https://doi.org/10.1097/NCM.0b013e3181c00f0f>
- Porter, M. E. & Guth, C. (2012). *Chancen für das deutsche Gesundheitssystem. Von Partikularinteressen zu mehr Patientennutzen*. Berlin, Heidelberg: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-25683-7>
- Pospeschill, M. (2012). *SPSS für Fortgeschrittene. Durchführung fortgeschrittener statistischer Analysen* (RRZN-Handbuch, 10. veränderte Auflage). Hannover.

- Pourie, R. (2011a). Wie viel Bürgerorientierung braucht das Gesundheitswesen? Die Position der DGBV. In J. N. Weatherly (Hrsg.), *1. DGBV Zukunftskongress - Bürgerorientiertes Versorgungs-Management im Gesundheitswesen. Chancen für Patienten, Akteure und Volkswirtschaft* (S. 33–40). Borsdorf: winterwork.
- Pourie, R. (2011b). Zukunftsmodell Patientencoaching: Erfahrungen und Ergebnisse aus der praktischen Umsetzung. In V. E. Amelung, S. Eble & H. Hildebrandt (Hrsg.), *Innovatives Versorgungsmanagement. Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand* (S. 395–409). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Pourie, R. & Schmöller, M. (2010). Patientencoaching: Outcomes eines Pilotprojekts. *Monitor Versorgungsforschung*, 3.
- Powers, C. A., Meyer, C. M., Roebuck, M. C. & Vaziri, B. (2005). Predictive modeling of total healthcare costs using pharmacy claims data: a comparison of alternative econometric cost modeling techniques. *Medical care*, 43, 1065–1072.
- PrävG. *Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz)* in der Fassung und Bekanntmachung vom 24.07.2015 (BGBl I Nr. 31, S. 1368-1379).
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy. Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19 (3), 276–288.
<https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (2005). The Transtheoretical Approach. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Hrsg.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (S. 147–171). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195165791.003.0007>
- Prognos AG (Hrsg.). (2011). *Wissenschaftliche Begleitung des Modellverbundes nach § 65b SGB V. Unabhängige Patientenberatung Deutschland. Endbericht zur Modellphase 2006 bis 2010*. Zugriff am 16.01.2013. Verfügbar unter http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/beratung/Endbericht_Prognos.pdf
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2014). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch* (4. Aufl.). München: Oldenbourg. <https://doi.org/10.1524/9783486719550>
- Radoschweski, M. & Bellach, B.-M. (1999). Der SF-36 im Bundes-Gesundheits-Survey – Möglichkeiten und Anforderungen der Nutzung auf der Bevölkerungsebene. *Gesundheitswesen*, 62, S191-S199.
- Rahm Hallberg, I. (2015). Introduction to Section 3: Evaluation of complex interventions. In D. A. Richards & I. Rahm Hallberg (Eds.), *Complex interventions in health. An overview of methods* (pp. 185–189). London: Routledge.
- Rechtien, W. (2007). Beratung in Gruppen. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung. Band 1: Disziplinen und Zugänge* (Bd. 2, 2. Aufl., S. 359–372). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Reichert, J. (2005). Abduktion, Deduktion und Induktion in der qualitativen Forschung. In U. Flick (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (4. Aufl., S. 276–286). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Reiners, H. (2011a). *Mythen der Gesundheitspolitik* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Reiners, H. (2011b). *Krank und pleite? Das deutsche Gesundheitssystem* (1. Aufl.). Berlin: Suhrkamp.
- Reiners, H. (2014). Akzeptanzorientierung zwischen Public Health und Gesundheitspolitik. In B. Schmidt (Hrsg.), *Akzeptierende Gesundheitsförderung. Unterstützung zwischen Einmischung und Vernachlässigung* (S. 258–269). Weinheim [u.a.]: Beltz Juventa.
- Reschke, P. & Sehlen, S. (2005). Methoden der Morbiditätsadjustierung. *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik*, 10–19.

- Reschke, P., Sehlen, S., Schiffhorst, G., Schröder, W. F., Lauterbach, K. W. & Wasem, J. (2005). *Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich. Endbericht. Untersuchung zur Auswahl geeigneter Gruppenbildungen, Gewichtungsfaktoren und Klassifikationsmerkmale für einen direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung*. Schriftenreihe des BMGS. Zugriff am 10.02.2013. Verfügbar unter http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/forschungsberichte/Klassifikationsmodelle_RSA.pdf
- Richards, K. C., Enderlin, C. A., Beck, C., McSweeney, J. C., Jones, T. C. & Roberson, P. K. (2007). Tailored biobehavioral interventions: a literature review and synthesis. *Research and theory for nursing practice*, 21, 271–285.
- Rimmer, J. H., Hsieh, K., Graham, B. C., Gerber, B. S. & Gray-Stanley, J. A. (2010). Barrier removal in increasing physical activity levels in obese African American women with disabilities. *Journal of women's health*, 19 (10), 1869–1876. <https://doi.org/10.1089/jwh.2010.1941>
- Robert Koch-Institut & Statistisches Bundesamt (Hrsg.). *Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Zugriff am 08.12.2017. Verfügbar unter www.gbe-bund.de
- Robert Koch-Institut & Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2015). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. Berlin. Verfügbar unter <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf>
- Rollnick, S., Miller, W. R. & Butler, C. C. (2008). *Motivational Interviewing in Health Care. Helping Patients Change Behavior*. New York, London: The Guilford Press.
- Rose, M. (2003, 10. Februar). *Messung der Lebensqualität bei chronischen Erkrankungen*. Zugriff am 23.05.2012. Verfügbar unter <http://edoc.hu-berlin.de/habilitationen/rose-matthias-2003-01-28/PDF/Rose.pdf>
- Rosenbach, F. & Ewers, M. (2012). *Selbstmanagementförderung bei psychischen Gesundheitsproblemen - eine Literaturstudie* (Working Paper / Charité Universitätsmedizin Berlin, Unit Gesundheitswissenschaften und Ihre Didaktik, 12-01). Berlin: Charité.
- Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2004). *Gesundheitspolitik*. Bern [u.a.]: Huber.
- Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2006). *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2012). Gesundheitspolitik. In K. Hurrelmann & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (Klaus Hurrelmann, Oliver Razum (Hrsg.), 5. Aufl., S. 1009–1052). Weinheim [u.a.]: Beltz Juventa.
- Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2014). *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung* (3. Aufl.): Huber.
- Ruppar, T. M. & Conn, V. S. (2010). Interventions to promote physical activity in chronically ill adults. *The American journal of nursing*, 110 (7), 30-7; quiz 38-9. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000383930.99849.85>
- Rüsch, N. (2015). Prävention und das Stigma psychischer Erkrankungen. In W. Rössler & V. Ajdacic-Gross (Hrsg.), *Prävention psychischer Störungen. Konzepte und Umsetzungen* (Konzepte, Methoden und Praxis der Klinischen Psychiatrie, 1. Aufl., S. 19–28). Stuttgart: Kohlhammer.
- Rush, B., Shiell, A. & Hawe, P. (2004). A census of economic evaluations in health promotion. *Health Education Research*, 19 (6), 707–719. <https://doi.org/10.1093/her/cyg092>
- Rütten, A., Abu-Omar, K., Burlacu, I., Schätzlein, V. & Suhrcke, M. (2017). Sind Präventionsmaßnahmen zur Bewegungsförderung kosteneffektiv? Ein systematischer Review von Überblicksarbeiten. *Gesundheitswesen*, 79 (S 01), S51-S59. <https://doi.org/10.1055/s-0042-123702>

- Ryll, T. (2017). Versorgungsmanagement generell. In J. N. Weatherly (Hrsg.), *Versorgungsmanagement in der Praxis des Deutschen Gesundheitswesens. Konkrete Projekte, theoretische Aufarbeitung* (Gesundheit. Politik - Gesellschaft - Wirtschaft, S. 49–56). Wiesbaden: Springer VS.
- Sacco, W. P., Malone, J. I., Morrison, A. D., Friedman, A. & Wells, K. (2009). Effect of a brief, regular telephone intervention by paraprofessionals for type 2 diabetes. *Journal of behavioral medicine*, 32 (4), 349–359. <https://doi.org/10.1007/s10865-009-9209-4>
- Sacco, W. P., Morrison, A. D. & Malone, J. I. (2004). A brief, regular, proactive telephone “coaching” intervention for diabetes: rationale, description, and preliminary results. *Journal of diabetes and its complications*, 18 (2), 113–118. [https://doi.org/10.1016/S1056-8727\(02\)00254-4](https://doi.org/10.1016/S1056-8727(02)00254-4)
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.). (2001). *Gutachten 2000/2001 Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Über-, Unter- und Fehlversorgung*. Band III - Ausführliche Zusammenfassung. Zugriff am 23.05.2012. Verfügbar unter <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht01/Kurz-f-de.pdf>
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.). (2003, 30. April). *Gutachten 2003 Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung Band II: Qualität und Versorgungsstrukturen*. Zugriff am 06.06.2018. Verfügbar unter <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/005/1500530.pdf>
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.). (2001). *Gutachten 2000/2001 Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege*. Band I und Band II - Kurzfassung. Zugriff am 08.11.2017. Verfügbar unter http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2000-2001/kurz-f-de00.pdf
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.). (2009, 25. Juni). *Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Zugriff am 27.07.2013. Verfügbar unter http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurz-fassung-2009.pdf
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.). (2012a, 17. Juni). *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten. Kurzfassung*. Zugriff am 10.01.2013. Verfügbar unter http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Kurz-fassung.pdf
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.). (2012b, 17. Juni). *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten. Langfassung*. Zugriff am 10.01.2013.
- Sackett, D. L. & Wennberg, J. E. (1997). Choosing the best research design for each question. It’s time to stop squabbling over the “best” methods. *BMJ*, 315 (7123), 1636. <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7123.1636>
- Salganik, L. H. (2001). Competencies for Life: A Conceptual and Empirical Challenge. In D. S. Rychen & L. H. Salganik (Eds.), *Defining and Selecting Key Competencies* (pp. 17–32). Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Sanvartis GmbH. (2015). *Versorgungsmanagement*, Sanvartis GmbH. Zugriff am 27.12.2015. Verfügbar unter <http://www.sanvartis.de/leistungen/versorgungsmanagement.html>
- Sanvartis GmbH. (2016a). *Leistungen*, Sanvartis GmbH. Zugriff am 02.01.2016. Verfügbar unter <http://www.sanvartis.de/de/leistungen.html>
- Sanvartis GmbH. (2016b). *Referenzen*, Sanvartis GmbH. Zugriff am 02.01.2016. Verfügbar unter <http://www.sanvartis.de/referenzen.html>

- Schaeffer, D. (1995). Prävention und Gesundheitsförderung chronisch Kranker als Aufgabe kurativer Institutionen. *Das Gesundheitswesen*, 57, 145–150.
- Schaeffer, D. (Hrsg.). (2005). *Evaluation der Modellprojekte zur unabhängigen Patientenberatung und Nutzerinformation* (Studien zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft, 1. Aufl.). Bern: Huber.
- Schaeffer, D. (2006). Bewältigung chronischer Erkrankung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39 (3), 192–201. <https://doi.org/10.1007/s00391-006-0383-5>
- Schaeffer, D. (2009a). Bewältigung chronischer Erkrankung - Status Quo der Theoriediskussion. In D. Schaeffer (Hrsg.), *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf* (1. Aufl., S. 15–51). Bern: Huber.
- Schaeffer, D. (Hrsg.). (2009b). *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf* (1. Aufl.). Bern: Huber.
- Schaeffer, D. (2009c). Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf - Einleitung. In D. Schaeffer (Hrsg.), *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf* (1. Aufl., S. 7–12). Bern: Huber.
- Schaeffer, D. (2017). Chronische Krankheit und Health Literacy. In D. Schaeffer & J. M. Pelikan (Hrsg.), *Health literacy. Forschungsstand und Perspektiven* (1. Aufl., S. 53–70). Bern: Hogrefe.
- Schaeffer, D. & Dewe, B. (2012). Zur Interventionslogik von Beratung in Differenz zu Information, Aufklärung und Therapie. In D. Schaeffer (Hrsg.), *Lehrbuch Patientenberatung* (2. Aufl., S. 59–86). Bern: Huber.
- Schaeffer, D. & Dierks, M.-L. (2012). Patientenberatung. In K. Hurrelmann & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (Klaus Hurrelmann, Oliver Razum (Hrsg.), 5. Aufl., S. 757–790). Weinheim [u.a.]: Beltz Juventa.
- Schaeffer, D. & Moers, M. (2003). Bewältigung chronischer Krankheiten - Herausforderungen für die Pflege. In B. Rennen-Allhoff & D. Schaeffer (Hrsg.), *Handbuch Pflegewissenschaft* (S. 447–484). Weinheim [u.a.]: Juventa.
- Schaeffer, D. & Moers, M. (2004). *Der Patient als Nutzer* (1. Aufl.). Bern [u.a.]: Huber.
- Schaeffer, D. & Moers, M. (2008). Überlebensstrategien – ein Phasenmodell zum Charakter des Bewältigungshandelns chronisch Erkrankter. *Pflege & Gesellschaft*, 13, 6–31.
- Schaeffer, D. & Moers, M. (2009). Abschied von der Patientenrolle? Bewältigungshandeln im Verlauf chronischer Krankheit. In D. Schaeffer (Hrsg.), *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf* (1. Aufl., S. 111–131). Bern: Huber.
- Schaeffer, D. & Pelikan, J. M. (2017). Health Literacy: Begriff, Konzept, Relevanz. In D. Schaeffer & J. M. Pelikan (Hrsg.), *Health literacy. Forschungsstand und Perspektiven* (1. Auflage, S. 11–18). Bern: Hogrefe.
- Schaeffer, D. & Schmidt-Kaehler, S. (2012). Patientenberatung: wachsende Bedeutung und neue Aufgaben. In D. Schaeffer (Hrsg.), *Lehrbuch Patientenberatung* (2. Aufl., S. 11–21). Bern: Huber.
- Schäffler, B. (2011). Der Online-Coach Ihres Vertrauens. *Healthcare Marketing*, 7, 38–41.
- Scheidt-Nave, C. (2010). Chronische Erkrankungen – Epidemiologische Entwicklung und die Bedeutung für die Öffentliche Gesundheit. *Chronische Erkrankungen*, 18 (1), 2. <https://doi.org/10.1016/j.phf.2009.12.002>
- Schendera, C. F. G. (2014). *Regressionsanalyse mit SPSS* (2. Aufl.). München: De Gruyter Oldenbourg.
- Scherenberg, V. & Greiner, W. (2008). Bonusprogramme – Zwischen Wettbewerb und Prävention. *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik*, 62 (3), 19–25. <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2008-3-19>
- Schlenker, R.-U. (2011). Versorgungsmanagement der Krankenkassen. In V. E. Amelung, S. Eble & H. Hildebrandt (Hrsg.), *Innovatives Versorgungsmanagement. Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand* (S. 31–37). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

- Schlingensiepen, I. (2018, 9. Januar). Depression: Coaching per Telefon wollen Patienten lieber vom Arzt. *Ärzte Zeitung*. Verfügbar unter https://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/w_specials/special-versicherungen/?sid=955020
- Schmacke, N. (2011). Dilemmata in der Versorgungsforschung. Ein Plädoyer für mehr Ergebnisoffenheit. *GGW*, 11, 16–22.
- Schmid, E., Weatherly, J. N., Meyer-Lutterloh, K., Seiler, R. & Lägell, R. (2008). *Patientencoaching, Gesundheitscoaching, Casemanagement. Methoden im Gesundheitsmanagement von morgen*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schmidt, B. (2010). Der kleine Unterschied: Gesundheit fördern - und fordern. In B. Paul & H. Schmidt-Semisch (Hrsg.), *Risiko Gesundheit* (S. 23–37). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden.
- Schmidt, B. (2014). Gesundheitsförderung zwischen Zwangsbeglückung und Freiheitsgewährleistung. In B. Schmidt (Hrsg.), *Akzeptierende Gesundheitsförderung. Unterstützung zwischen Einmischung und Vernachlässigung* (S. 24–34). Weinheim [u.a.]: Beltz Juventa.
- Schmidt, C. (2005). Analyse von Leitfadeninterviews. In U. Flick (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (rororo, Bd. 55628, 4. Aufl., S. 447–456). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Schmidt-Kaehler, S. (2007). *Praxisleitfaden Patientenberatung* (Planung, Umsetzung und Evaluation). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Schmidt-Kaehler, S. & Knatz, B. (2012). Formen der Patientenberatung. In D. Schaeffer (Hrsg.), *Lehrbuch Patientenberatung* (2. Aufl., S. 109–132). Bern: Huber.
- Schmidt-Semisch, H. & Paul, B. (2010). Risiko Gesundheit. Eine Einführung. In B. Paul & H. Schmidt-Semisch (Hrsg.), *Risiko Gesundheit* (S. 7–21). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden.
- Schmöller, M. (2011). *Vier Systemmodelle für das deutsche Gesundheitswesen. Eine Typologisierung von Patienten, Ärzten und Krankenversicherungen* (1. Aufl.). Teilw. zugl.: Passau, Univ., Diss., 2010 u.d.T.: Schmöller, Michael: Das deutsche Gesundheitssystem im Wandel. Baden-Baden: Nomos.
- Schmucker, R. (2009). Solidarität in der europäisierten Gesundheitspolitik? Zum Verhältnis von Wettbewerb und Solidarität im europäischen Binnenmarktprojekt. In R. Böckmann (Hrsg.), *Gesundheitsversorgung zwischen Solidarität und Wettbewerb* (S. 203–231). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schnabel, P.-E. (2009). Zur Kritik medizin-paradigmatischer Normativitäten in der aktuellen „Präventions“-Politik. In U. H. Bittlingmayer, D. Sahrai & P.-E. Schnabel (Hrsg.), *Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit* (1. Aufl., S. 183–208). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- Schnabel, P.-E., Bittlingmayer, U. H. & Sahrai, D. (2009). Normativität und Public Health. Einleitende Bemerkungen in problempräziserer und sensibilisierender Absicht. In U. H. Bittlingmayer, D. Sahrai & P.-E. Schnabel (Hrsg.), *Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit* (1. Aufl., S. 11–43). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- Schnell, R., Esser, E. & Hill, P. B. (2013). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (10., überarb. Aufl.). München [u.a.]: Oldenbourg.
- Schnell, R., Hill, P. B. & Esser, E. (2011). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (9. Aufl.). München: Oldenbourg.
- Schnitzler, J. (2017). SGB V § 43. In C. Rolfs, R. Giesen, R. Kreikebohm & P. Udsching (Hrsg.), *Beck'scher Online-Kommentar Sozialrecht*, 46. Edition. Beck-online. München: Beck.

- Schoenenberger, A. W. & Erne, P. (2009). Koronare Herzkrankheit – Definitionen und Epidemiologie. *Therapeutische Umschau*, 66, 223–229.
- Scholz, K. (2017). SGB V § 65b. In C. Rolfs, R. Giesen, R. Kreikebohm & P. Udsching (Hrsg.), *Beck'scher Online-Kommentar Sozialrecht*, 46. Edition. Beck-online. München: Beck.
- Scholz, U. & Schwarzer, R. (2005). Modelle der Gesundheitsverhaltensänderung. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (Enzyklopädie der Psychologie, Bd. 1, S. 389–405). Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verl. für Psychologie.
- Schreier, M. & Odağ, Ö. (2010). Mixed Methods. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 263–277). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92052-8_18
- Schreyögg, A. (2007). Coaching. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder* (2. Aufl., S. 947–956). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Schulenburg, J.-M. v. d. & Greiner, W. (2013). *Gesundheitsökonomik* (3. Aufl.). Tübingen: Mohr Siebeck.
- Schützeichel, R. (2010). Wissen, Handeln, Können. Über Kompetenzen, Expertise und epistemische Regime. In T. Kurtz & M. Pfadenhauer (Hrsg.), *Soziologie der Kompetenz* (S. 173–189). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schwartz, F. W. (2000). *Gutachten Gesundheitsausgaben für chronische Krankheit in Deutschland. Krankheitskostenlast und Reduktionspotentiale durch verhaltensbezogene Risikomodifikation*. Lengerich: Pabst.
- Schwartz, F. W. (2003). Public Health - Zugang zu Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung, Analysen für effektive und effiziente Lösungsansätze. In F. W. Schwartz, B. Badura, R. Busse, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist et al. (Hrsg.), *Das Public-health-Buch* (2. Aufl., S. 3–6). München [u.a.]: Urban & Fischer.
- Schwartz, F. W., Schlaud, M., Siegrist, J. & Troschke, J. von (2012). Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung. Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind Bevölkerungen? In F. W. Schwartz, U. Walter, J. Siegrist, P. Kolip, R. Leidl, M.-L. Dierks et al. (Hrsg.), *Public health* (3. Aufl., S. 37–60). Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Schwarz, J. & Enzler, H. B., Keller; Muriel; Simoni, C. de; Seidmann, S. & Westphalen, A. (Mitarbeiter) (Schwarz, J. & Enzler, H. B., Hrsg.). (o. J.). *Methodenberatung. Datenanalyse*, Universität Zürich. Zugriff am 04.12.2017. Verfügbar unter <http://www.methodenberatung.uzh.ch/de/datenanalyse.html>
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors. Theoretical approaches and a new model. *Self-Efficacy : Thought Control Of Action*.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie* (3., überarbeitete. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R., Lippke, S. & Luszczynska, A. (2011). Mechanisms of health behavior change in persons with chronic illness or disability. The Health Action Process Approach (HAPA). *Rehabilitation psychology*, 56 (3), 161–170. <https://doi.org/10.1037/a0024509>
- Seebauer, L., Simon, D., Bermejo, I., Herbarth, L., Siegmund-Schultze, E., Temmert, D. et al. (2011). Einstellungen chronisch Kranker zum telefonischen Gesundheitscoaching. *Das Gesundheitswesen*, 73; Jg. 2011, 430–437. Verfügbar unter <https://www.thieme.de/de/gesundheitswesen/profil-1875.htm>
- Seibt, A. C. (2011a). Sozial-kognitive Theorie. In S. Blümel (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (Neuausg., S. 524–527).

- Gamburg: Verl. für Gesundheitsförderung. Verfügbar unter <http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=81fa61dd2c1fb3f211abaf9a4d02ea1c&id=angebote&idx=180>
- Seibt, A. C. (2011b). Sozial-kognitives Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens. In S. Blümel (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (Neuausg., S. 521–523). Gamburg: Verl. für Gesundheitsförderung.
- Seibt, A. C. (2011c). Theorie des geplanten Verhaltens. In S. Blümel (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (Neuausg., S. 564–566). Gamburg: Verl. für Gesundheitsförderung. Verfügbar unter <http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=81fa61dd2c1fb3f211abaf9a4d02ea1c&id=angebote&idx=183>
- Seibt, A. C. (2011d). Transtheoretisches Modell der Phasen der Verhaltensänderung. In S. Blümel (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (Neuausg., S. 567–571). Gamburg: Verl. für Gesundheitsförderung. Verfügbar unter <http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=81fa61dd2c1fb3f211abaf9a4d02ea1c&id=angebote&idx=134>
- SGB IV. *Viertes Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung* – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973), das zuletzt durch Artikel 7a des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist.
- SGB V. *Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung* – in der Fassung der Bekanntmachung vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. August 2017 (BGBl. I S. 3214) geändert worden ist.
- SGB VII. *Siebttes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Unfallversicherung* – in der Fassung der Bekanntmachung vom 07. August 1991 (BGBl. I S. 1254), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2575) geändert worden ist.
- Shaw, R., Gillies, M., Barber, J., MacIntyre, K., Harkins, C., Findlay, I. N. et al. (2012). Pre-exercise screening and health coaching in CHD secondary prevention: a qualitative study of the patient experience. *Health Education Research*, 27 (3), 424–436. <https://doi.org/10.1093/her/cys005>
- Sherwood, N. E., Jeffery, R. W., Pronk, N. P., Boucher, J. L., Hanson, A., Boyle, R. et al. (2006). Mail and phone interventions for weight loss in a managed-care setting. Weigh-to-be 2-year outcomes. *International journal of obesity (2005)*, 30 (10), 1565–1573. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803295>
- Siegrist, J. (2012). Gesundheitsverhalten - psychosoziale Aspekte. In F. W. Schwartz, U. Walter, J. Siegrist, P. Kolip, R. Leidl, M.-L. Dierks et al. (Hrsg.), *Public health* (3. Aufl., S. 143–154). Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Siemens, K. K., Gurol-Urganci, I., Atun, R. & Weiner, J. P. (2007). Evaluating case-mix and predictive modeling measures within the British Primary care sector. *BMC health services research*, 7 (1), 1–2. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-S1-A8>
- Sigrist, S., Bornstein, N., Lesmono, K., Dür, A. S. & Folkers, G. (2015). *Hacking healthcare. Das Gesundheitssystem verstehen & weiterdenken*. Zürich: Neue Zürcher Zeitung.
- Simmons, L. A. & Wolever, R. Q. (2013). Integrative Health Coaching and Motivational interviewing. Synergistic Approaches to Behavior Change in Healthcare. *Global advances in health and medicine: improving healthcare outcomes worldwide*, 2 (4), 28–35. <https://doi.org/10.7453/gahmj.2013.037>
- Simmons, R. K., Griffin, S. J., Steele, R., Wareham, N. J. & Ekelund, U. (2008). Increasing overall physical activity and aerobic fitness is associated with improvements in metabolic risk. Cohort analysis of the ProActive trial. *Diabetologia*, 51 (5), 787–794. <https://doi.org/10.1007/s00125-008-0949-4>

- Simon, M. (2017). *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise* (6., vollständig aktualisierte und überarbeitete Auflage). Bern: Hogrefe.
- Soellner, R., Huber, S., Lenartz, N. & Rudinger, G. (2009). Gesundheitskompetenz—ein vielschichtiger Begriff. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 17, 105–113.
- Soellner, R., Huber, S., Lenartz, N. & Rudinger, G. (2010). Facetten der Gesundheitskompetenz - eine Expertenbefragung. Projekt Gesundheitskompetenz. *Z. f. Päd.*, 56, 104–114.
- Sørensen, K., Schuh, B., Stapleton, G. & Schröder-Bäck, P. (2013). Exploring the ethical scope of health literacy - A critical literature review. *Albanian Medical Journal*, 71–83.
- Sørensen, K., van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J. M., Slonska, Z. et al. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12 (1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Specke, H. K. (2005). *Der Gesundheitsmarkt in Deutschland*. Bern [u.a.]: Huber.
- Spence, G. & Oades, L. G. (2011). Coaching with self-determination in mind: Using theory to advance evidence-based coaching practice. *International journal of evidence based coaching and mentoring*, 9, 37–55.
- Spiegel, J. (2005). *Ältere Menschen in Freiburg. Zufriedenheit, Unterstützung durch Familie und Freunde und Vorstellungen über die Versorgung im Falle von Pflegebedürftigkeit* (Amt für Bürgerservice und Informationsverarbeitung Freiburg, S. I., Hrsg.). Freiburg im Breisgau. Verfügbar unter https://www.freiburg.de/pb/site/Freiburg/get/documents_E-2138210219/freiburg/daten/statistik/statistik_infodienst_2005-06.pdf
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen (Hrsg.). (2017a). *Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2016 in Mrd. Euro*. Zugriff am 08.12.2017. Verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/gkv_kennzahlen/kennzahlen_gkv_2017_q1/300dpi_6/GKV-Kennzahlen_Leistungsbereiche_Euro_2016a.jpg
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen (Hrsg.). (2017b). *Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2016 in Prozent*. Zugriff am 08.12.2017. Verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/gkv_kennzahlen/kennzahlen_gkv_2017_q1/300dpi_6/GKV-Kennzahlen_Leistungsbereiche_Prozent_2016.jpg
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen (Hrsg.). (2017c). *Gemeinsame Empfehlungen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen auf der Grundlage von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V vom 2. Dezember 2013 in der Fassung vom 8. Februar 2017*. Berlin. Zugriff am 17.10.2017. Verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/patientenschulung/2017_02_16_Reha_GEP_Allgemeiner_Teil_Final_08_02_2017.pdf
- Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.). (2001). *Gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen auf der Grundlage von § 43 Nr. 2 SGB V Empfehlungen SpiV-KK*. Zugriff am 03.06.2012.
- Squires, H., Chilcott, J., Akehurst, R., Burr, J. & Kelly, M. P. (2016). A systematic literature review of the key challenges for developing the structure of public health economic models. *International journal of public health*, 61 (3), 289–298. <https://doi.org/10.1007/s00038-015-0775-7>
- Staack, F. (2018a, 5. April). Bundesversicherungsamt: Zwiespältige Bilanz des Kassen-Wettbewerbs. *Ärzte Zeitung*. Zugriff am 06.04.2018. Verfügbar unter https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/krankenkassen/?sid=961025
- Staack, F. (2018b, 5. April). Wettbewerb mit Makel. Kommentar zur GKV. *Ärzte Zeitung*. Zugriff am 06.04.2018. Verfügbar unter https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/krankenkassen/?sid=961030

- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2016, ergänzt am 2017, 19. Juli). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011*. Fachserie 1 Reihe 1.3 - 2015. Wiesbaden. Zugriff am 10.10.2017. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Bevoelkerungsfortschreibung2010130157004.pdf?__blob=publicationFile
- Steventon, A., Tunkel, S., Blunt, I. & Bardsley, M. (2013). Effect of telephone health coaching (Birmingham OwnHealth) on hospital use and associated costs. Cohort study with matched controls. *British Medical Journal*, *347*. <https://doi.org/10.1136/bmj.f4585>
- Stober, D. R. & Parry, C. (2005). Current Challenges and Future Direction in Coaching Research. In M. J. Cavanagh, A. M. Grant & T. Kemp (Eds.), *Evidence-based coaching. Theory, research and practice from the behavioural sciences* (pp. 13–19).
- Stock, S., Drabik, A., Buscher, G., Graf, C., Ullrich, W., Gerber, A. et al. (2010). German Diabetes Management Programs Improve Quality Of Care And Curb Costs. *Health Affairs*, *29* (12), 2197–2205. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0799>
- Stockmann, R. (2006). Evaluation in Deutschland. In R. Stockmann (Hrsg.), *Evaluationsforschung. Grundlagen und ausgewählte Forschungsfelder* (3. Aufl., S. 15–46). Münster: Waxmann.
- Straka, G. A. & Macke, G. (2009). Berufliche Kompetenz: Handeln können, wollen und dürfen - Zur Klärung eines diffusen Begriffs. *Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis*, *38*, 14.
- Stratmann, L., Rose, I., Philipp, R. & Kottmair, S. (2011). Der Beitrag des Patientencoachings zum erfolgreichen Versorgungsmanagement. In V. E. Amelung, S. Eble & H. Hildebrandt (Hrsg.), *Innovatives Versorgungsmanagement. Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand* (S. 369–377). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Stroth, S. (2007). *Ratlose Patienten? Gesundheitliche Information und Beratung aus Sicht der Bevölkerung*. Bremen: Ed. Temmen.
- Stumm, G., Weber, C. & Pourie, R. (2011). Telefonbasiertes Patientencoaching bei psychischen Störungen. In J. N. Weatherly (Hrsg.), *Die konkrete psychiatrische Versorgung im 21. Jahrhundert - Status Quo und Perspektiven*. (S. 81–92). Borsdorf: winterwork.
- Suksomboon, N., Poolsup, N. & Nge, Y. L. (2014). Impact of phone call intervention on glycemic control in diabetes patients: a systematic review and meta-analysis of randomized, controlled trials. *PloS one*, *9* (2), e89207. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089207>
- Sylvia, M. L., Shadmi, E., Hsiao, C.-J., Boyd, C. M., Schuster, A. B. & Boulton, C. (2006). Clinical features of high-risk older persons identified by predictive modeling. *Disease management : DM*, *9*, 56–62.
- Taggart, J., Williams, A., Dennis, S. M., Newall, A., Shortus, T., Zwar, N. et al. (2012). A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. *BMC Family Practice*, *13* (1), 49. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-49>
- Tattersall, R. (2002). The expert patient: a new approach to chronic disease management for the twenty-first century. *Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians*, *2*, 227–229.
- Teeter, B. S. & Kavookjian, J. (2014). Telephone-based motivational interviewing for medication adherence: A systematic review. *Translational behavioral medicine*, *4*, 372–381.
- Thorogood, M. (2010). Using systematic reviews in health promotion. In M. Thorogood & Y. Coombes (Eds.), *Evaluating health promotion. Practice and methods* (3rd ed., pp. 70–86). Oxford: Oxford University Press.
- Thorogood, M. & Coombes, Y. (2010a). Conclusions: providing appropriate evidence and influencing policy. In M. Thorogood & Y. Coombes (Eds.), *Evaluating health promotion. Practice and methods* (3rd ed., pp. 206–211). Oxford: Oxford University Press.

- Thorogood, M. & Coombes, Y. (Eds.). (2010b). *Evaluating health promotion. Practice and methods* (3rd ed.). Oxford: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199569298.001.0001>
- Tiede, M., Dwinger, S., Herbarth, L., Härter, M. & Dirmaier, J. (2016). Long-term effectiveness of telephone-based health coaching for heart failure patients: A post-only randomised controlled trial. *Journal of Telemedicine and Telecare*. <https://doi.org/10.1177/1357633X16668436>
- TK. (2018, 15. März). *TK-GesundheitsCoach*, TK. Zugriff am 28.03.2018. Verfügbar unter <https://www.tk.de/techniker/service/gesundheits-und-medizin/praevention-und-frueherkennung/tk-gesundheitscoach-2023460>
- Trief, P. M., Cibula, D., Delahanty, L. M. & Weinstock, R. S. (2014). Depression, stress, and weight loss in individuals with metabolic syndrome in SHINE, a DPP translation study. *Obesity*, 22 (12), 2532–2538. <https://doi.org/10.1002/oby.20916>
- Truschkat, I. (2010). Kompetenz – Eine neue Rationalität sozialer Differenzierung? In T. Kurtz & M. Pfadenhauer (Hrsg.), *Soziologie der Kompetenz* (S. 69–84). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Tsuchiya, A. & Williams, A. (2005). Welfare economics and economic evaluation. In M. F. Drummond & A. McGuire (Eds.), *Economic evaluation in health care. Merging theory with practice* (pp. 22–45). Oxford: Oxford University Press.
- UN CRPD. (2006). *UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (UN-Behindertenrechtskonvention, UN BRK)*, United Nations (UN). Zugriff am 17.01.2013. Verfügbar unter <http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/convtexte.htm>
- Unabhängige Patientenberatung Deutschland gGmbH. (2018). *Unabhängige Patientenberatung Deutschland*, Unabhängige Patientenberatung Deutschland gGmbH. Zugriff am 25.05.2018. Verfügbar unter <https://www.patientenberatung.de/de>
- Valanis, B. (2003). A model for examining predictors of outcomes of telephone nursing advice. *The Journal of nursing administration*, 33, 91.
- Van den Bussche, H., Eisele, M., Schäfer, I., Bachmann, C. & Kaduszkiewicz, H. (2007). Die chronisch Kranken und ihre speziellen Versorgungsprobleme. In J. Böcken, B. Braun & R. Amhof (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2007. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten* (S. 54–75). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Van Lente, E. J. (2011). Erfahrungen mit strukturierten Behandlungsprogrammen (DMPs) in Deutschland. In C. Günster, J. Klose & N. Schmacke (Hrsg.), *Versorgungs-Report 2011. Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen* (S. 55–83). Stuttgart: Schattauer.
- Varney, J. E., Liew, D., Weiland, T. J., Inder, W. J. & Jelinek, G. A. (2016). The cost-effectiveness of hospital-based telephone coaching for people with type 2 diabetes. A 10 year modelling analysis. *BMC health services research*, 16 (1), 521. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1645-6>
- Vendus Sales & Communication Group GmbH. (2018, 28. März). *Sanvartis: Zertifizierte Qualität, doppelt geprüft!*, Vendus Sales & Communication Group GmbH. Zugriff am 28.03.2018. Verfügbar unter http://www.vendus.de/news/detail/archive/2014/march/article/sanvartis-zertifizierte-qualitaet-doppelt-geprueft.html?tx_ttnews%5bday%5d=18&cHash=c909284c24
- Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.). *Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2015*. Köln, Berlin. Zugriff am 10.10.2017. Verfügbar unter <https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/archiv-pkv-zahlenbericht/zahlenbericht-2015.pdf>

- Verisk Health (2011, 17. Oktober). Verisk Health's DxCG Risk Solutions Technology Ready to Support Industry Adoption of ICD-10-CM. *PRNewswire*. Verfügbar unter <http://www.prnewswire.com/news-releases/verisk-healths-dxcg-risk-solutions-technology-ready-to-support-industry-adoption-of-icd-10-cm-131989608.html>
- Vincent, A. E. & Sanchez-Birkhead, A. C. (2013). Evaluation of the effectiveness of nurse coaching in improving health outcomes in chronic conditions. *Holistic nursing practice*, 27 (3), 148–161. <https://doi.org/10.1097/HNP.0b013e31828a095c>
- Vonken, M. (2010). Kompetenz und kompetentes Handeln als Gestaltung der Biografie und des Lebenslaufs. In T. Kurtz & M. Pfadenhauer (Hrsg.), *Soziologie der Kompetenz* (S. 191–208). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Vorstand des BDP (Hrsg.). (2012). *Die großen Volkskrankheiten. Beiträge der Psychologie zu Prävention, Gesundheitsförderung und Behandlung*. Berlin: Deutscher Psychologen Verlag GmbH. <https://doi.org/10.1026/0033-3042/a000134>
- Wagner, R. F. (2007). Integrative Beratungsansätze. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder* (2. Aufl., S. 663–674). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Walker, C., Furler, J. S., Blackberry, I. D., Dunbar, J., Young, D. & Best, J. D. (2011). The delivery of a telephone coaching programme to people with type 2 diabetes by practice nurses in Victoria, Australia. A qualitative evaluation. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 3 (4), 419–426. <https://doi.org/10.1111/j.1752-9824.2011.01116.x>
- Walter, U. & Jahn, I. (2015). Zielgruppen erreichen - Zugangswege gestalten. *Gesundheitswesen*, 77 Suppl 1, S14-18. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1334940>
- Walter, U. & Lux, R. (2011). Prävention chronischer Krankheiten. In C. Günster, J. Klose & N. Schmacke (Eds.), *Versorgungs-Report 2011. Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen* (Versorgungs-Report, 1. 2011, pp. 85–101). Stuttgart: Schattauer.
- Walter, U., Robra, B.-P. & Schwartz, F. W. (2012). Prävention. In F. W. Schwartz, U. Walter, J. Siegrist, P. Kolip, R. Leidl, M.-L. Dierks et al. (Hrsg.), *Public health* (3. Aufl., S. 196–223). Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Walters, J. A., Cameron-Tucker, H., Courtney-Pratt, H., Nelson, M., Robinson, A., Scott, J. et al. (2012). Supporting health behaviour change in chronic obstructive pulmonary disease with telephone health-mentoring: insights from a qualitative study. *BMC Family Practice*, 13, 55. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-55>
- Wang, M. C., Rosen, A., Kazis, L., Loveland, S., Anderson, J. & Berlowitz, D. (2000). Correlation of Risk Adjustment Measures Based on Diagnoses and Patient Self-Reported Health Status. *Health Services and Outcomes Research Methodology*, 1 (3-4), 251–265. <https://doi.org/10.1023/A:1011411713949>
- Wantland, D. J., Portillo, C. J., Holzemer, W. L., Slaughter, R. & McGhee, E. M. (2004). The effectiveness of Web-based vs. non-Web-based interventions: a meta-analysis of behavioral change outcomes. *Journal of medical Internet research*, 6 (4), e40. <https://doi.org/10.2196/jmir.6.4.e40>
- Weatherly, J. N. (2011). Versorgungsmanagement - Was ist das? In J. N. Weatherly (Hrsg.), *1. DGBV Zukunftskongress - Bürgerorientiertes Versorgungs-Management im Gesundheitswesen. Chancen für Patienten, Akteure und Volkswirtschaft* (S. 127–160). Borsdorf: winterwork.
- Weatherly, J. N. (2017). Schlussbemerkung: Die Deutsche Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement e.V. im Kontext zum Versorgungsmanagement in Deutschland. In J. N. Weatherly (Hrsg.), *Versorgungsmanagement in der Praxis des Deutschen Gesundheitswesens. Konkrete Projekte, theoretische Aufarbeitung* (S. 391–395). Wiesbaden: Springer VS.

- Weatherly, J. N. & Knetsch, M. (2017). Definitionen im Versorgungsmanagement. In J. N. Weatherly (Hrsg.), *Versorgungsmanagement in der Praxis des Deutschen Gesundheitswesens. Konkrete Projekte, theoretische Aufarbeitung* (S. 11–17). Wiesbaden: Springer VS.
- Wegscheider, K. (2012). DMP: Methodik für faire Vergleiche. In R. Roski, P. Stegmaier & A. Kleinfeld (Hrsg.), *Disease-Management-Programme. Statusbericht 2012* (S. 144–148). MVF-Fachkongresse „10 Jahre DMP“ und „Versorgung 2.0“. Bonn: eRelation - Content in health.
- Weinert, F. E. (2001). Concept of Competence: A Conceptual Clarification. In D. S. Rychen & L. H. Salganik (Hrsg.), *Defining and Selecting Key Competencies* (S. 45–65). Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Weir, S., Phil, D., Aweh, G. & Clark, R. E. (2008). Case selection for a Medicaid chronic care management program. *Health Care Financing Review*, 30, 61–74.
- Weiß, C. (2008). *Basiswissen medizinische Statistik* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Welch, V., Petkovic, J., Simeon, R., Presseau, J., Gagnon, D., Hossain, A. et al. (2018). Interactive social media interventions for health behaviour change, health outcomes, and health equity in the adult population. *The Cochrane database of systematic reviews*, 13 (4), e1001990.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012932>
- Welti, F. (2017a). SGB V § 43. In U. Becker & T. Kingreen (Hrsg.), *SGB V Gesetzliche Krankenversicherung. Kommentar*. Beck-online: München: C.H. Beck.
- Welti, F. (2017b). SGB V § 20. In U. Becker & T. Kingreen (Hrsg.), *SGB V Gesetzliche Krankenversicherung. Kommentar*. Beck-online: München: C.H. Beck.
- Wendt, C. (2013). *Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung?* Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-02239-6>
- West, S. G., Cham, H., Thoemmes, F., Renneberg, B., Schulze, J. & Weiler, M. (2014). Propensity scores as a basis for equating groups: Basic principles and application in clinical treatment outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, No Pagination Specified.
<https://doi.org/10.1037/a0036387>
- Widmer, T. (2006). Qualität der Evaluation - Wenn Wissenschaft zur praktischen Kunst wird. In R. Stockmann (Hrsg.), *Evaluationsforschung. Grundlagen und ausgewählte Forschungsfelder* (3. Aufl., S. 85–112). Münster: Waxmann.
- Willenborg, P. & van Lente, E. J. (2012). Mehr Tempo für die DMP. *Gesundheit und Gesellschaft*, 4–5.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Klose, M. & Ryl, L. (2010, 1. September). *Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (Robert Koch-Institut (RKI), Hrsg.) (Heft 51). Berlin.
- Wolever, R. Q. & Dreusicke, M. H. (2016). Integrative health coaching. A behavior skills approach that improves HbA1c and pharmacy claims-derived medication adherence. *BMJ Open Diabetes Research and Care*, 4 (1). <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2016-000201>
- Wolever, R. Q., Dreusicke, M. H., Fikkan, J., Hawkins, T. V., Yeung, S., Wakefield, J. et al. (2010). Integrative health coaching for patients with type 2 diabetes: A randomized clinical trial. *The Diabetes Educator*, 36, 629–639. Verfügbar unter ruth.wolever@duke.edu
- Wolever, R. Q. & Eisenberg, D. M. (2011). What is health coaching anyway? Standards needed to enable rigorous research: comment on “evaluation of a behavior support intervention for patients with poorly controlled diabetes”. *Archives of Internal Medicine*, 171 (22), 2017–2018.
<https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.508>
- Wolever, R. Q., Moore, M. A. & Jordan, M. (2017). Coaching in Healthcare. In T. Bachkirova, G. Spence & D. B. Drake (Eds.), *The SAGE Handbook of Coaching* (pp. 521–543). London: SAGE.
- World Health Organisation. (1946). *Constitution of the World Health Organization. WHO Constitution*. The Constitution was adopted by the International Health Conference held in New York from 19

- June to 22 July 1946, signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Off. Rec. Wld Hlth Org., 2, 100), and entered into force on 7 April 1948. Amendments adopted by the Twenty-sixth, Twenty-ninth, Thirty-ninth and Fifty-first World Health Assemblies (resolutions WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 and WHA51.23) came into force on 3 February 1977, 20 January 1984, 11 July 1994 and 15 September 2005 respectively and are incorporated in the present text.
- World Health Organisation (Hrsg.). (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Zugriff am 13.01.2014. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
- Worldwide Association of Business Coaches (WABC) (Hrsg.). (2018). *Business Coaching Definition*, Worldwide Association of Business Coaches. Zugriff am 04.05.2018. Verfügbar unter <http://www.wabccoaches.com/includes/popups/definition.html>
- Wulfhorst, B. (2012). Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung. In K. Hurrelmann & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (Klaus Hurrelmann, Oliver Razum (Hrsg.), 5. Aufl., S. 729–756). Weinheim [u.a.]: Beltz Juventa.
- Yi, R. (2008, 20. September). *Risk Adjustment and Predictive Modeling for Medicaid*. Zugriff am 27.05.2013. Verfügbar unter http://www.ehcca.com/presentations/predmodel2/yi_1.pdf
- Zeidler, J. & Braun, S. (2012). Sekundärdatenanalysen. In O. Schöffski & J.-M. Graf von der Schulenburg (Hrsg.), *Gesundheitsökonomische Evaluationen* (S. 243–274). Berlin: Springer.
- Zhao, Y., Ash, A. S., Ellis, R. P., Ayanian, J. Z., Pope, G. C., Bowen, B. et al. (2005). Predicting pharmacy costs and other medical costs using diagnoses and drug claims. *Medical care*, 43, 34–43.
- Zhao, Y., Ash, A. S., Ellis, R. P. & Slaughter, J. P. (2002). Disease Burden Profiles: An Emerging Tool for Managing Managed Care. *Health Care Management Science*, 5 (3), 211–219. <https://doi.org/10.1023/A:1019711617120>
- Zhao, Y., Ellis, R. P., Ash, A. S., Calabrese, D., Ayanian, J. Z., Slaughter, J. P. et al. (2001). Measuring population health risks using inpatient diagnoses and outpatient pharmacy data. *Health services research*, 36, 180–193.
- Zürcher, R. (2010). *Kompetenz - eine Annäherung in fünf Schritten* (Magazin Erwachsenenbildung.at (2010) 9, 12 S): Fachportal Pädagogik. DIPF.
- Zwingmann, C. & Wirtz, M. (2005). Regression zur Mitte. *Die Rehabilitation*, 44 (04), 244–251. <https://doi.org/10.1055/s-2005-866924>

9 Anhang

Anhang 1: Suchtermini und Trefferzahlen der systematischen Literaturrecherche	239
Anhang 2: Übersicht über die unabhängigen und abhängigen Variablen der quantitativen Datenanalyse	241
Anhang 3: Fragebogen zur Zufriedenheit von Weitblick.....	242
Anhang 4: Beschreibung der Zusammenfassung von Skalen	243
Anhang 5: Verteilung der Altersgruppen für Männer und Frauen sowie Streu- und Lagemaße	243
Anhang 6: Histogramm der Altersverteilung mit Normalverteilungskurve	244
Anhang 7: Werteverteilung für Alter nach Versorgungsmanagementprogrammen	244
Anhang 8: Häufigkeitsverteilung nach Risikoklassen (Sanvartis) 2010	245
Anhang 9: Histogramm für Werteverteilung der Risikoprognose.....	245
Anhang 10: Verteilung der Versorgungsmanagementkategorien in der Gesamtstichprobe	245
Anhang 11: Häufigkeiten der Coachingkontakte (gruppiert) nach VMP und Interventionsgruppe gesamt	246
Anhang 12: Werteverteilung der durchschnittlichen Dauer der Coachinggespräche in der Interventionsgruppe differenziert nach Versorgungsmanagementprogramm.....	246
Anhang 13: Durchschnittliche Dauer eines Coachinggesprächs	247
Anhang 14: Häufigkeitsverteilung der Bewertung der Programmdauer	247
Anhang 15: Werteverteilung des subjektiven Interventionserfolgs nach Versorgungsmanagementprogramm	248
Anhang 16: Kategoriensystem der qualitativen Inhaltsanalyse zu Anmerkungen von Coachingteilnehmenden mit Beschreibung.....	249
Anhang 17: Werteverteilung der physischen Gesundheitswahrnehmung nach Interventions- und Kontrollgruppe	250
Anhang 18: Werteverteilung der psychischen Gesundheitswahrnehmung nach Interventions- und Kontrollgruppe	250
Anhang 19: Häufigkeitsverteilung der Bewertungen des allgemeinen Gesundheitszustands nach Interventions- und Kontrollgruppe	251
Anhang 20: Häufigkeitsverteilung (kategorisiert) der Zahl der Erkrankungsfälle nach Interventions- und Kontrollgruppe 2008–2011.....	252
Anhang 21: Histogramme zur Häufigkeitsverteilung der ambulanten Arztkosten (EUR)	253
Anhang 22: Histogramme zur Häufigkeitsverteilung der Arzneimittelkosten (EUR)	254
Anhang 23: Ergebnisbeschreibung der Analyse weiterer Outcomes, die nicht im Hauptteil der Arbeit dargestellt wurden.....	255
Anhang 24: Weitere routinedatenbasierte Outcomevariablen	255
Anhang 25: Ambulante Gesamtkosten (EUR, gruppiert) und statistische Kennzahlen 2008–2011 ...	256
Anhang 26: Vergleich von statistischen Kennzahlen und Mittelwerten für Kosten ambulanter Versorgung (EUR) 2008–2011.....	257
Anhang 27: Verlaufsdiagramm für ambulante Gesamtkosten (EUR)	258
Anhang 28: Mittlere Zahl der Heilmittelverordnungen und statistische Kennzahlen 2008–2011	258
Anhang 29: Vergleich von statistischen Kennzahlen und Mittelwerten für die Anzahl von Heilmittelverordnungen 2008–2011 zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe	259
Anhang 30: Verlaufsdiagramm für die mittlere Zahl der Heilmittelverordnungen	259
Anhang 31: Statistische Kennwerte für Heilmittelkosten (EUR) 2008–2011	260
Anhang 32: Häufigkeitsverteilung der Heilmittelkosten (EUR, kategorisiert) 2008–2011.....	260

Anhang 33: Vergleich von statistischen Kennzahlen für Heilmittelkosten (EUR) 2008–2011 der Interventions- und Kontrollgruppe	260
Anhang 34: Verlaufsdiagramm für mittlere Heilmittelkosten (EUR).....	261
Anhang 35: Mittlere Zahl der Hilfsmittelverordnungen und statistische Kennzahlen 2008–2011.....	262
Anhang 36: Vergleich von Mittelwerten und statistischen Kennzahlen für Hilfsmittelverordnungen 2008–2011	262
Anhang 37: Verlaufsdiagramm für die mittlere Zahl der Hilfsmittelverordnungen.....	263
Anhang 38: Häufigkeitsverteilung der Hilfsmittelkosten (EUR, kategorisiert) und statistische Kennzahlen 2008–2011	263
Anhang 39: Vergleich von statistischen Kennzahlen und Mittelwerten für Hilfsmittelkosten (EUR) 2008–2011	264
Anhang 40: Verlaufsdiagramm für die mittleren Hilfsmittelkosten (EUR).....	264
Anhang 41: Werteverteilung der Anzahl der Zuordnungen zur hierarchisierten Morbiditätsgruppen 2008–2011	265
Anhang 42: Vergleich von statistischen Kennzahlen und Mittelwerten für die Zahl der Zuordnungen zu hierarchisierten Morbiditätsgruppen 2008–2011	266
Anhang 43: Verlaufsdiagramm für die Zahl der Zuordnungen zu hierarchisierten Morbiditätsgruppen.....	266
Anhang 44: Statistische Kennzahlen zum Deckungsbeitrag (EUR) 2008–2011.....	267
Anhang 45: Werteverteilung des Deckungsbeitrags (EUR) 2008–2011	268
Anhang 46: Vergleich von Mittelwerten und statistischen Kennzahlen für den Deckungsbeitrag (EUR) 2008–2011	269
Anhang 47: Verlaufsdiagramm für den mittleren Deckungsbeitrag (EUR)	270
Anhang 48: Explorative Analyse	273
Anhang 49: Regressionsmodell zum subjektiven Interventionserfolg.....	273
Anhang 50: Lineares Regressionsmodell mit Prädiktoren für subjektiven Interventionserfolg	274
Anhang 51: Streu- und Lagemaße für körperliche Summenskala der deutschen Normstichprobe und der Studienpopulation	275
Anhang 52: Streu- und Lagemaße für psychische Summenskala der deutschen Normstichprobe und der Studienpopulation	275
Anhang 53: Vergleich der Mittelwerte für die Subskala allgemeine Gesundheitswahrnehmung.....	276
Anhang 54: Häufigkeitsverteilung der Bewertung der Gesundheitsentwicklung	277
Anhang 55: Vergleich von statistischen Kennzahlen und Mittelwerten für Erkrankungsfälle 2008–2011	278
Anhang 56: Entwicklung der jährlichen mittleren Erkrankungsfälle für Versicherte des Versorgungsmanagementprogramms Herz-Kreislauf-Erkrankungen.....	279
Anhang 57: Entwicklung der jährlichen mittleren Erkrankungsfälle für Versicherte des Versorgungsmanagementprogramms Komorbidität.....	279
Anhang 58: Entwicklung der jährlichen mittleren Erkrankungsfälle für Versicherte des Versorgungsmanagementprogramms psychische Erkrankungen	280
Anhang 59: Vergleich von statistischen Kennzahlen und Mittelwerte für ambulante Arztkosten (EUR) 2008–2011	281
Anhang 60: Entwicklung der jährlichen mittleren ambulanten Arztkosten (EUR) für Versicherte des Versorgungsmanagementprogramms Herz-Kreislauf-Erkrankungen.....	282

Anhang 61: Entwicklung der jährlichen mittleren ambulanten Arztkosten (EUR) für Versicherte des Versorgungsmanagementprogramms Komorbidität.....	282
Anhang 62: Entwicklung der jährlichen mittleren ambulanten Arztkosten (EUR) für Versicherte des Versorgungsmanagementprogramms psychische Erkrankungen	283
Anhang 63: Vergleich von statistischen Kennzahlen und Mittelwerte für Anzahl verschriebener Arzneimittel 2008–2011	284
Anhang 64: Entwicklung der jährlichen mittleren Anzahl von Arzneimittelverschreibungen für Versicherte des Versorgungsmanagementprogramms Herz-Kreislauf-Erkrankungen...	285
Anhang 65: Entwicklung der jährlichen mittleren Anzahl von Arzneimittelverschreibungen für Versicherte des Versorgungsmanagementprogramms Komorbidität.....	285
Anhang 66: Entwicklung der jährlichen mittleren Anzahl von Arzneimittelverschreibungen für Versicherte des Versorgungsmanagementprogramm psychische Erkrankungen.....	286
Anhang 67: Vergleich von statistischen Kennzahlen und Mittelwerte für jährliche Arzneimittelkosten (EUR) 2008–2011	287
Anhang 68: Entwicklung der jährlichen mittleren Arzneimittelkosten (EUR) für Versicherte des Versorgungsmanagementprogramms Herz-Kreislauf-Erkrankungen.....	288
Anhang 69: Entwicklung der jährlichen mittleren Arzneimittelkosten (EUR) für Versicherte des Versorgungsmanagementprogramms psychisch Erkrankungen	289
Anhang 70: Vergleich von statistischen Kennzahlen und Mittelwerten für jährliche Zahl von Krankenhausaufenthalten 2008–2011	290
Anhang 71: Entwicklung der jährlichen mittleren Zahl von Krankenhausbehandlungen für Versicherte des Versorgungsmanagementprogramms Herz-Kreislauf-Erkrankungen	291
Anhang 72: Entwicklung der jährlichen mittleren Anzahl von Krankenhausbehandlungen für Versicherte des Versorgungsmanagementprogramms Komorbidität.....	291
Anhang 73: Entwicklung der jährlichen mittleren Zahl von Krankenhausbehandlungen für Versicherte des Versorgungsmanagementprogramms psychisch Erkrankungen.....	292
Anhang 74: Vergleich von statistischen Kennzahlen und Mittelwerte für jährliche Krankenhauskosten (EUR) 2008–2011	293
Anhang 75: Entwicklung der jährlichen mittleren Krankenhauskosten (EUR) für Versicherte des Versorgungsmanagementprogramms Herz-Kreislauf-Erkrankungen.....	294
Anhang 76: Entwicklung der jährlichen mittleren Krankenhauskosten (EUR) für Versicherte des Versorgungsmanagementprogramms Komorbidität.....	294
Anhang 77: Entwicklung der jährlichen mittleren Krankenhauskosten (EUR) für Versicherte des Versorgungsmanagementprogramms psychisch Erkrankungen	295
Anhang 78: Interviewleitfaden – ausführliche Fassung	296
Anhang 79: Anschreiben der Heimat Krankenkasse an Versicherte zur Studienteilnahme	300
Anhang 80: Projektbeschreibung, Einwilligung- und Datenschutzerklärung	303
Anhang 81: Merkmale für die Fallauswahl der qualitativen Studie	306
Anhang 82: Interviewprotokoll	306
Anhang 83: Ausführliche Beschreibung des Kategoriensystems der qualitativen Inhaltsanalyse.....	308
Anhang 84: Definition der Subkategorien von „Erkrankungen/Diagnosen und Medikation“	308
Anhang 85: Definition der Subkategorien von „Gesundheitsberatung“	310
Anhang 86: Definition der Subkategorien „Bedürfnis nach Gesundheitsinformationen“	311
Anhang 87: Definition von Subkategorien von „Offengelegtem Gesundheitswissen“	312
Anhang 88: Definition der Subkategorien von „Gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen“	313

Anhang 89: Definition der Subkategorien von „Bewertung der Gesundheitsversorgung“	315
Anhang 90: Definition der Subkategorien zur „Wahrnehmung der Intervention Weitblick“	316
Anhang 91: Thematische Summaries der Hauptkategorien zur qualitativen Inhaltsanalyse	318

Anhang 1: Suchtermini und Trefferzahlen der systematischen Literaturrecherche am 25.02., 28.02. und 03.03.2017 (eigene Darstellung)

Suchbegriff	Suchtermini	Anzahl der Treffer je Datenbank*
health coaching chronic telephone	("health"[MeSH Terms] OR "health"[All Fields]) AND ("mentoring"[MeSH Terms] OR "mentoring"[All Fields] OR "coaching"[All Fields]) AND chronic[All Fields] AND ("telephone"[MeSH Terms] OR "telephone"[All Fields])	PubMed: 88 CINAHL : 48 PSYINDEX: 4 socINDEX : 2 SSCI: 48 Sowiport: 7 PsycINFO: 3 (Boolean: (health AND coaching) AND chronic AND telephone) Cochrane Library: 56 BASE: 0
self management education chronic telephone coaching	("self care"[MeSH Terms] OR ("self"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "self care"[All Fields] OR ("self"[All Fields] AND "management"[All Fields]) OR "self management"[All Fields]) AND ("education"[Subheading] OR "education"[All Fields] OR "educational status"[MeSH Terms] OR ("educational"[All Fields] AND "status"[All Fields]) OR "educational status"[All Fields] OR "education"[All Fields] OR "education"[MeSH Terms]) AND chronic[All Fields] AND ("telephone"[MeSH Terms] OR "telephone"[All Fields]) AND ("mentoring"[MeSH Terms] OR "mentoring"[All Fields] OR "coaching"[All Fields])	PubMed: 19 CINAHL : 15 PSYINDEX: 1 socINDEX : 1 SSCI: 10 Sowiport: 0 PsycINFO: 5 (Boolean angepasst: (self management or self care) AND chronic AND telephone coaching) Cochrane Library: 15 BASE: 0
gesundheitscoaching	gesundheitscoaching[All Fields]	PubMed: 2 CINAHL : 0 PSYINDEX: 22 socINDEX : 0 SSCI: 0 Sowiport: 9 PsycINFO: 1 Cochrane Library: 0 BASE: 12
gesundheitskompetenz	gesundheitskompetenz[All Fields]	PubMed: 4 CINAHL : 2 PSYINDEX: 48 socINDEX : 1 SSCI: 1 Sowiport: 82 PsycINFO: 1 Cochrane Library: 0 BASE: 85
health behaviour change coaching telephone	("health behaviour"[All Fields] OR "health behavior"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "behavior"[All Fields]) OR "health behavior"[All Fields]) AND ("Change"[Journal] OR "change"[All Fields]) AND ("mentoring"[MeSH Terms] OR "mentoring"[All Fields] OR "coaching"[All Fields]) AND ("telephone"[MeSH Terms] OR "telephone"[All Fields])	PubMed: 59 CINAHL : 6 PSYINDEX: 0 socINDEX : 0 SSCI: 50 Sowiport: 82 PsycINFO: 9 (health behavior change AND coaching AND telephone) Cochrane Library: 63 BASE: 0

health behavior change counseling telephone	("health behaviour"[All Fields] OR "health behavior"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "behavior"[All Fields]) OR "health behavior"[All Fields]) AND ("Change"[Journal] OR "change"[All Fields]) AND ("counselling"[All Fields] OR "counseling"[MeSH Terms] OR "counseling"[All Fields]) AND ("telephone"[MeSH Terms] OR "telephone"[All Fields])	PubMed: 278 CINAHL : 249 PSYINDEX: 8 sociINDEX : 20 SSCI: 155 Sowiport: 5 PsycINFO: 25 (health behavior change AND counseling AND telephone) Cochrane Library: 169 BASE: 0
life coaching chronic health behavior	("life"[MeSH Terms] OR "life"[All Fields]) AND ("mentoring"[MeSH Terms] OR "mentoring"[All Fields] OR "coaching"[All Fields]) AND chronic[All Fields] AND ("health behaviour"[All Fields] OR "health behavior"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "behavior"[All Fields]) OR "health behavior"[All Fields])	PubMed: 54 CINAHL : 33 PSYINDEX: 0 sociINDEX : 2 SSCI: 28 Sowiport: 1 PsycINFO: 7 (life coaching AND chronic AND health behavior (smarttext searching) Cochrane Library: 27 BASE: 0
coaching chronic health be- haviour self management	("mentoring"[MeSH Terms] OR "mentoring"[All Fields] OR "coaching"[All Fields]) AND chronic[All Fields] AND ("health behaviour"[All Fields] OR "health behavior"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "behavior"[All Fields]) OR "health behavior"[All Fields]) AND ("self care"[MeSH Terms] OR ("self"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "self care"[All Fields] OR ("self"[All Fields] AND "management"[All Fields]) OR "self management"[All Fields])	PubMed: 67 CINAHL : 4 PSYINDEX: 0 sociINDEX : 0 SSCI: 35 Sowiport: 98 PsycINFO: 10 (coaching AND chronic AND health behavior AND (self management or self care)) Cochrane Library: 33 BASE: 0
coaching chronic health be- havioral self management	("mentoring"[MeSH Terms] OR "mentoring"[All Fields] OR "coaching"[All Fields]) AND chronic[All Fields] AND ("health"[MeSH Terms] OR "health"[All Fields]) AND ("behavior"[MeSH Terms] OR "behavior"[All Fields] OR "behavioral"[All Fields]) AND ("self care"[MeSH Terms] OR ("self"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "self care"[All Fields] OR ("self"[All Fields] AND "management"[All Fields]) OR "self management"[All Fields])	PubMed: 83 CINAHL : 28 PSYINDEX: 3 sociINDEX : 1 SSCI: 16 Sowiport: 49 PsycINFO: 1 (coaching AND chronic AND health behavioral AND (self management or self care)) Cochrane Library: 13 BASE: 0
telephone health coaching outcome chronic	("telephone"[MeSH Terms] OR "telephone"[All Fields]) AND ("health"[MeSH Terms] OR "health"[All Fields]) AND ("mentoring"[MeSH Terms] OR "mentoring"[All Fields] OR "coaching"[All Fields]) AND outcome[All Fields] AND chronic[All Fields]	PubMed: 43 CINAHL : 10 PSYINDEX: 0 sociINDEX : 1 SSCI: 34 Sowiport: 63 PsycINFO: 1 (telephone AND health coaching AND outcome AND chronic) Cochrane Library: 43 BASE: 0
Summe der Treffer je Daten- bank (inkl. Dubletten)		PubMed: 654 CINAHL : 424 PSYINDEX: 86 sociINDEX : 28 SSCI: 377 Sowiport: 396 PsycINFO: 62 Cochrane Library: 419 BASE: 97
(*ggf. mit an die Anforderungen der Datenbank angepasstem Suchtermini)		

Anhang 2: Übersicht über die unabhängigen und abhängigen Variablen der quantitativen Datenanalyse (verwendete Variablen sind fett gedruckt, nicht verwendete Variablen sind in eckigen Klammern aufgeführt; eigene Darstellung)

Unabhängige Variablen	Abhängige Variablen	
	Kategorien	Variablen
Alter* (metrisch)	Zufriedenheit° (ordinal, nur für IG)	Zufriedenheit mit der Programmdauer
Geschlecht* (nominal, dichotom)		Bewertung der Kontakthäufigkeit
Risikoprognose* (metrisch)		Subjektiver Alltagsnutzen
[VMK* (nominal)]		Kompetenz und Verständlichkeit des Coaches
VMP* (nominal)		Eingehen auf persönliche Bedürfnisse
Interventions- und Kontrollgruppe (nominal, dichotom)		Erwartungserfüllung
Durchschnittliche Gesprächsdauer~ (metrisch, nur für IG)		Zufriedenheit mit der Intervention insgesamt
Kontakthäufigkeit zum Coach~ (metrisch, nur für IG)		Subjektiver Interventionserfolg (Summenscore) (metrisch)
Risikoklasse~ (ordinal, nur für IG)	Gesundheitliche Lebensqualität°	Körperlicher Summenskala (metrisch)
		Psychische Summenskala (metrisch)
		Allgemeine Gesundheitswahrnehmung
		Gesundheitsveränderung im Vergleich zu Vorjahr (ordinal)
		Aktueller Gesundheitszustand (ordinal)
		[Körperliche Funktionsfähigkeit (metrisch)]
		[Körperliche Rollenfunktion (metrisch)]
		[Körperliche Schmerzen]
		[Vitalität (metrisch)]
		[Soziale Funktionsfähigkeit (metrisch)]
		[Emotionale Rollenfunktion (metrisch)]
		[Psychisches Wohlbefinden (metrisch)]
		[Einzelne Variablen des SF-36 (ordinal/metrisch)]
		Anzahl der Arztbesuche (Erkrankungsfälle) 2008–2011
		Arztkosten 2008–2011
		Anzahl verschriebener Arzneimittel 2008–2011
		Arzneimittelkosten 2008–2011
	Anzahl der Krankenhausaufenthalte 2008–2011	
	Krankenhauskosten 2008–2011	
	[Gesamtkosten für Arzt, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel 2008–2011]	
	[Anzahl der HMG-Zuordnungen - Hierarchisierte Morbiditätsgruppen 2008–2011]	
	[Anzahl der Heilmittelverordnungen 2008–2011]	
	[Heilmittelkosten 2008–2011]	
	[Anzahl der Hilfsmittelverordnungen 2008–2011]	
	[Hilfsmittelkosten 2008–2011]	
	[Deckungsbeitrag 2008–2011]	
Legende: *Routinedaten + Berechneter Score aus Routinedaten durch Consulting Unternehmen ~ Daten des Dienstleisters Sanartis für die Durchführung der Intervention ° Erhebung durch telefonische Befragung durch die Heimat Krankenkasse		

Zusatzfragen zur Evaluation des Coachings „Weitblick“

Sie haben am Patientenbegleitprogramm „Weitblick“ teilgenommen. Wir möchten gerne von Ihnen wissen, welche Erfahrungen Sie damit gemacht haben.

12. Wie bewerten Sie die Dauer des Patientenbegleitprogramms „Weitblick“?

viel zu lang	zu lang	genau richtig	zu kurz	viel zu kurz
1	2	3	4	5

13. Wie bewerten Sie die Häufigkeit der Kontakte mit Ihrer Gesundheitsberaterin?

viel zu wenig	zu wenig	genau richtig	zu häufig	viel zu häufig
1	2	3	4	5

14. Wie hilfreich war die Teilnahme am Patientenbegleitprogramm „Weitblick“ in Ihrem alltäglichen Leben für Sie?

sehr hilfreich	hilfreich	teils, teils	weniger hilfreich	gar nicht hilfreich
1	2	3	4	5

15. In wie fern stimmen sie der folgenden Aussage zu?

Meine Gesundheitsberaterin ist kompetent und drückt sich klar und verständlich aus.

stimme voll zu	stimme zu	teils, teils	stimme eher nicht zu	stimme gar nicht zu
1	2	3	4	5

16. In wie fern stimmen sie der folgenden Aussage zu?

Meine Gesundheitsberaterin geht auf meine persönlichen Bedürfnisse ein.

stimme voll zu	stimme zu	teils, teils	stimme eher nicht zu	stimme gar nicht zu
1	2	3	4	5

17. Entsprach das Patientenbegleitprogramm „Weitblick“ Ihren Erwartungen?

Meine Erwartungen wurden...

übertroffen	erfüllt	nicht erfüllt
1	2	3

18. Wie zufrieden sind Sie mit dem Patientenbegleitprogramm insgesamt?

sehr zufrieden	zufrieden	teils, teils	unzufrieden	sehr zufrieden
1	2	3	4	5

19. Haben Sie Wünsche an oder Anregungen für das Programm „Weitblick“? Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

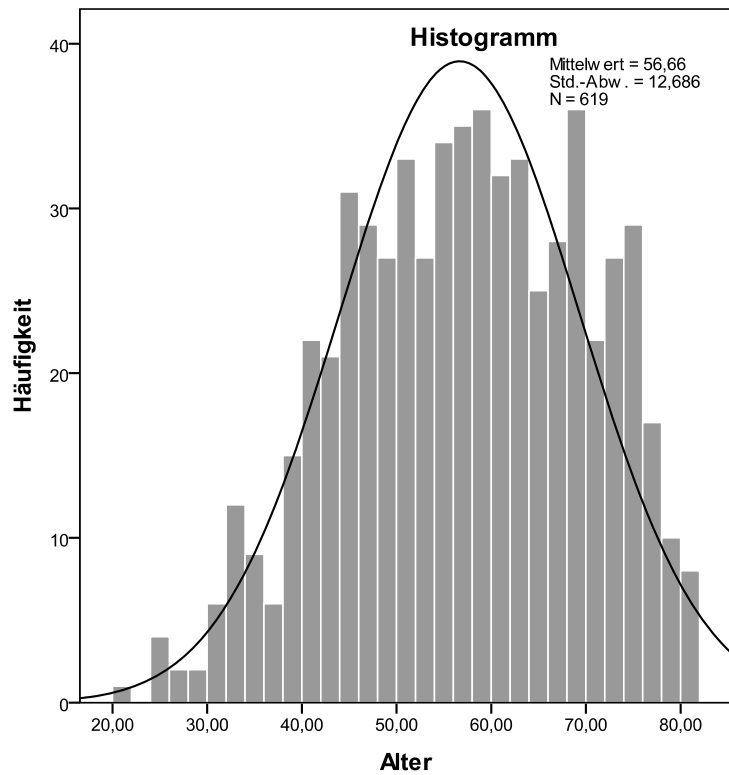
Anhang 4: Beschreibung der Zusammenfassung von Skalen

Für die folgenden Items wurden die Antwortskalen zwecks Kontingenzanalysen zusammengefasst:

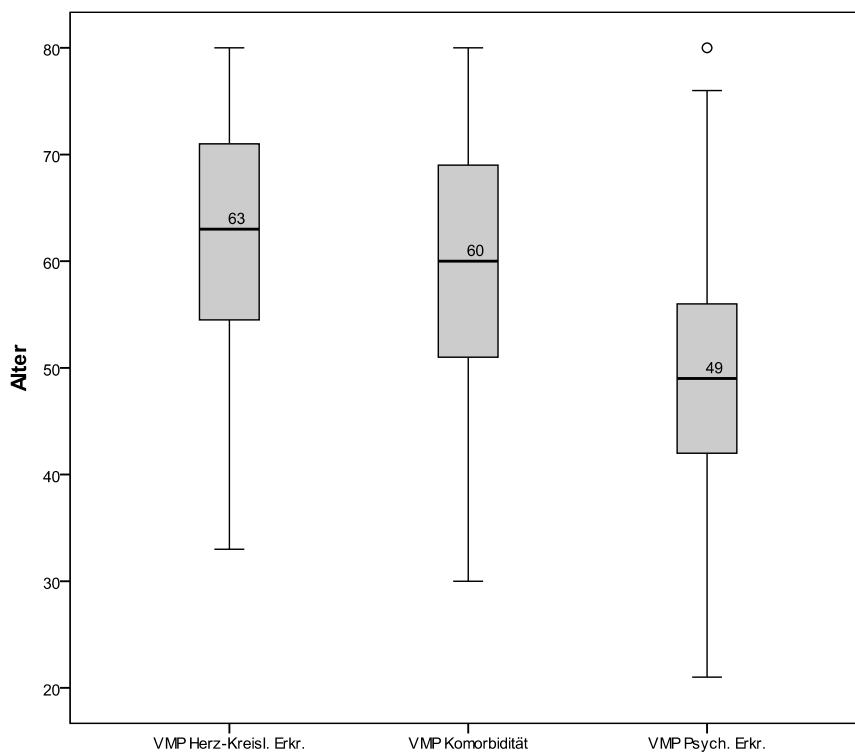
- Bewertung der Programmdauer: Die Ausprägungen „viel zu lang“ und „zu lang“ sowie „zu kurz“ und „viel zu kurz“ wurden jeweils zusammengefasst.
- Bewertung der Kontakthäufigkeit mit dem Coach: Die Ausprägungen „viel zu wenig“, und „zu wenig“ „zu häufig“ und „viel zu häufig“ wurden zu „(überhaupt) nicht adäquat“ zusammengefasst, so dass nur noch zwei Merkmale verglichen werden.
- Bewertung des Alltagsnutzens: Die Ausprägungen „weniger hilfreich“ und „gar nicht hilfreich“ wurden zu „nicht hilfreich“ zusammengefasst.
- Bewertung der Kompetenz und Verständlichkeit des Coaches sowie dem Eingehen auf persönliche Bedürfnisse: Die Kategorien „stimme eher nicht zu“ und „stimme gar nicht zu“ wurden zu „stimme nicht zu“ zusammengefasst.
- Bewertung der Zufriedenheit insgesamt: Die Kategorien „unzufrieden“ und „sehr unzufrieden“ wurden zu „nicht zufrieden“ zusammengefasst.
- Subjektive Gesundheitsentwicklung: Die Kategorien sind wie folgt zusammengefasst: besser = „derzeit viel besser als vor einem Jahr“ und „derzeit etwas besser als vor einem Jahr“; unverändert = „etwa wie vor einem Jahr“; schlechter = „derzeit etwas schlechter als vor einem Jahr“ und „derzeit viel schlechter als vor einem Jahr“.

Anhang 5: Verteilung der Altersgruppen für Männer und Frauen sowie Streu- und Lagemaße (N = 619, keine fehlenden Werte; eigene Berechnung und Darstellung)

		Männlich	Weiblich	Summe
Altersgruppen	bis 30 Jahre	n	3	10
		%	1,2 %	2,6 %
	31 bis 40 Jahre	n	17	39
		%	7,1 %	10,3 %
	41 bis 50 Jahre	n	44	90
		%	18,3 %	23,7 %
	51 bis 60 Jahre	n	62	105
		%	25,8 %	27,7 %
	61 bis 70 Jahre	n	63	82
		%	26,2 %	21,6 %
	71 bis 80 Jahre	n	51	53
		%	21,2 %	14,0 %
	Summe	n	240	379
		%	100,0 %	100,0 %
MW		58,87	55,25	56,66
SD		12,36	12,71	12,69
Min		21	24	21
Max		80	80	80
1. Quartil		50	46	47
2. Quartil		60	55	57
3. Quartil		69	65	67



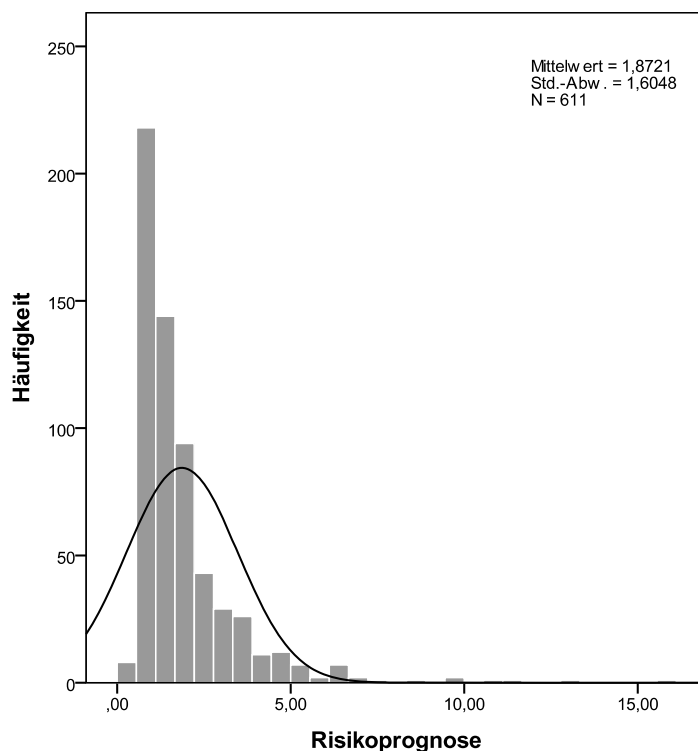
Anhang 6: Histogramm der Altersverteilung mit Normalverteilungskurve (N = 619; eigene Berechnung und Darstellung)



Anhang 7: Werteverteilung für Alter nach Versorgungsmanagementprogrammen (N = 611, Legende des Box-Plots: o – Ausreißer; eigene Berechnung und Darstellung)

Anhang 8: Häufigkeitsverteilung nach Risikoklassen (Sanvartis) 2010 zu Beginn der Intervention differenziert nach VMP und gesamt (Jahr 2010, N = 312, keine fehlenden Werte; eigene Berechnung und Darstellung)

Risikoklasse Sanvartis		Herz-Kreisl.-Erkr.	Komorbidität	Psych. Erkr.	Summe
Risikoklasse I	n	64	52	34	150
	%	61,0 %	49,5 %	33,3 %	48,1 %
Risikoklasse II	n	41	53	67	161
	%	39,0 %	50,5 %	65,7 %	51,6 %
Risikoklasse III	n	0	0	1	1
	%	0,0 %	0,0 %	1,0 %	0,3 %
Summe	n	105	105	102	312
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %



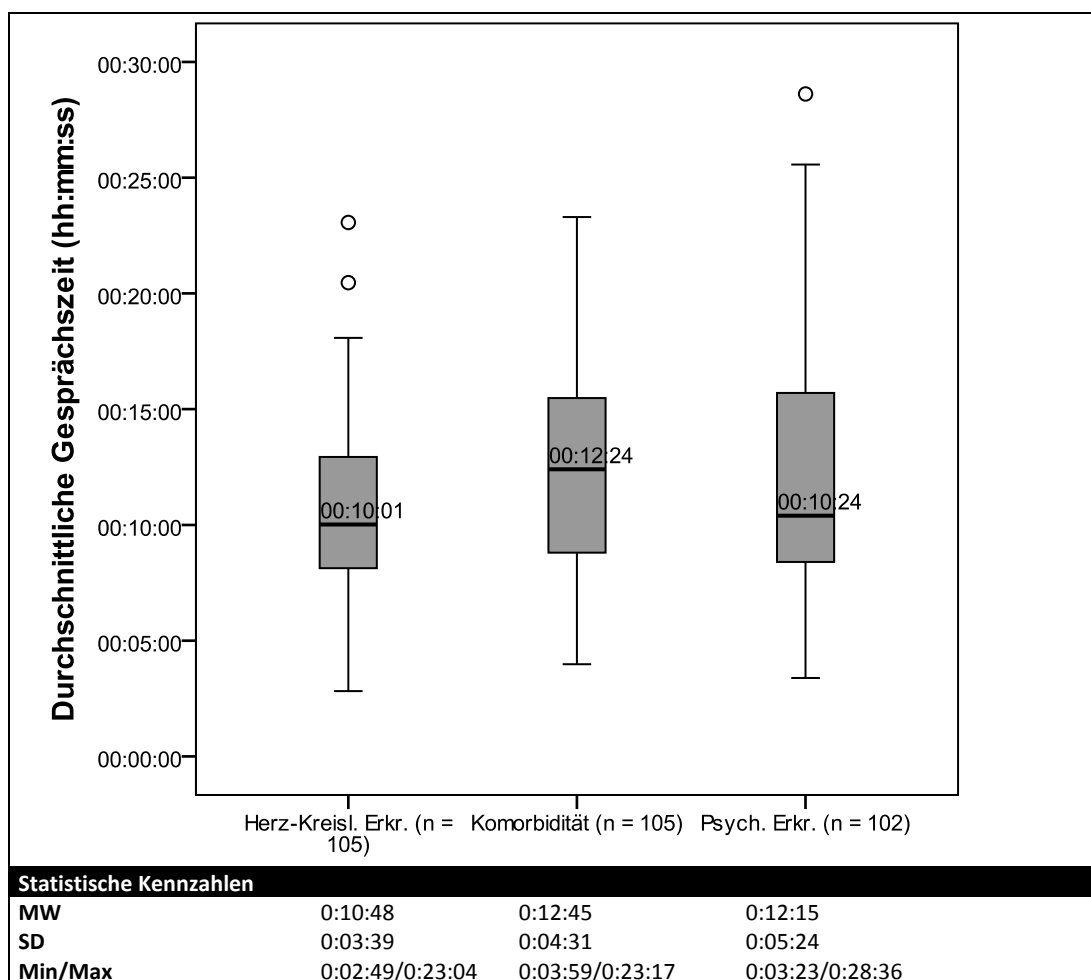
Anhang 9: Histogramm für Werteverteilung der Risikoproggnose mit Normalverteilungskurve (N = 611; eigene Berechnung und Darstellung)

Anhang 10: Verteilung der Versorgungsmanagementkategorien in der Gesamtstichprobe (N₂₀₀₈ = 619, N₂₀₀₉ = 617, n_{fehlend 2009} = 2)

Versorgungsmanagementkategorie		Herz- Kreisl.-Erkr.	Komorbidität	Psych. Erkr.	Summe
anderer Wert	n	5	8	5	18
	%	2,4 %	3,8 %	2,4 %	2,9 %
Kategorie C	n	145	129	114	388
	%	70,4 %	62,0 %	55,6 %	62,7 %
Kategorie D	n	56	71	86	213
	%	27,2 %	34,1 %	42,0 %	34,4 %
Summe	n	206	208	205	619
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Anhang 11: Häufigkeiten der Coachingkontakte (gruppiert) nach VMP und Interventionsgruppe gesamt (eigene Berechnung und Darstellung)

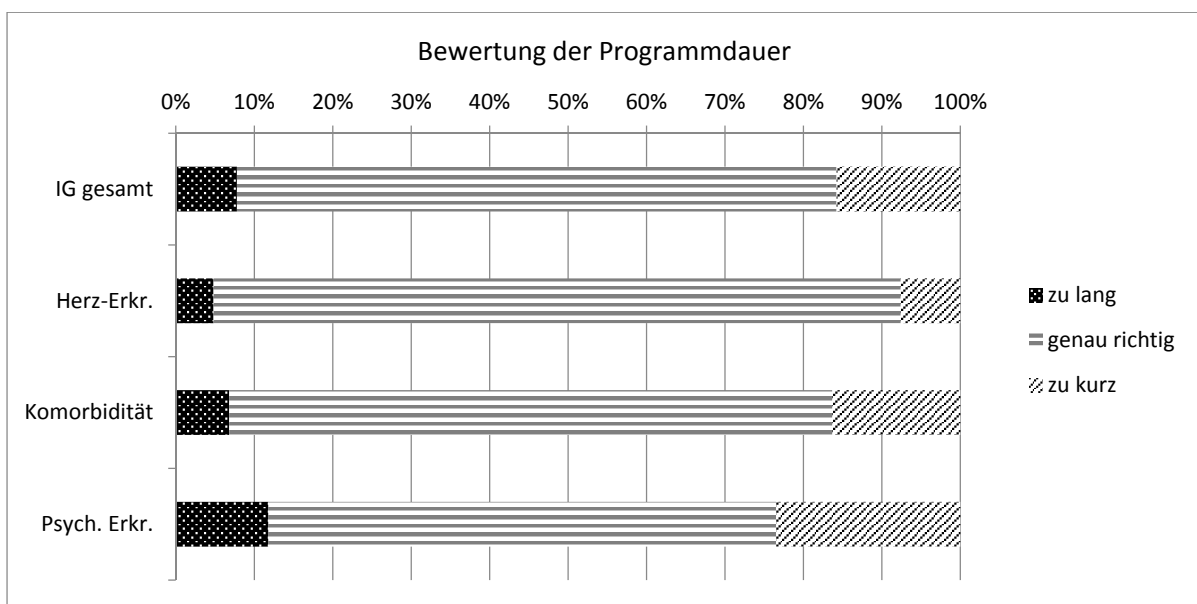
Kontakthäufigkeit/VMP	IG gesamt		Substichproben		
	n	%	Herz-Kreisl.-Erkr.	Komorbidität	Psych. Erkr.
weniger als 8 Mal	22	7,1 %	15 14,3 %	3 2,9 %	4 3,9 %
8 Mal	104	33,3 %	76 72,4 %	12 11,4 %	16 15,7 %
9 Mal	75	24,0 %		14 13,3 %	61 59,8 %
10 Mal	71	22,8 %	2 1,9 %	65 61,9 %	4 3,9 %
mehr als 10 Mal	40	12,8 %	12 11,4 %	11 10,5 %	17 16,7 %
Summe	312	100,0 %	105 100,0 %	105 100,0 %	102 100,0 %



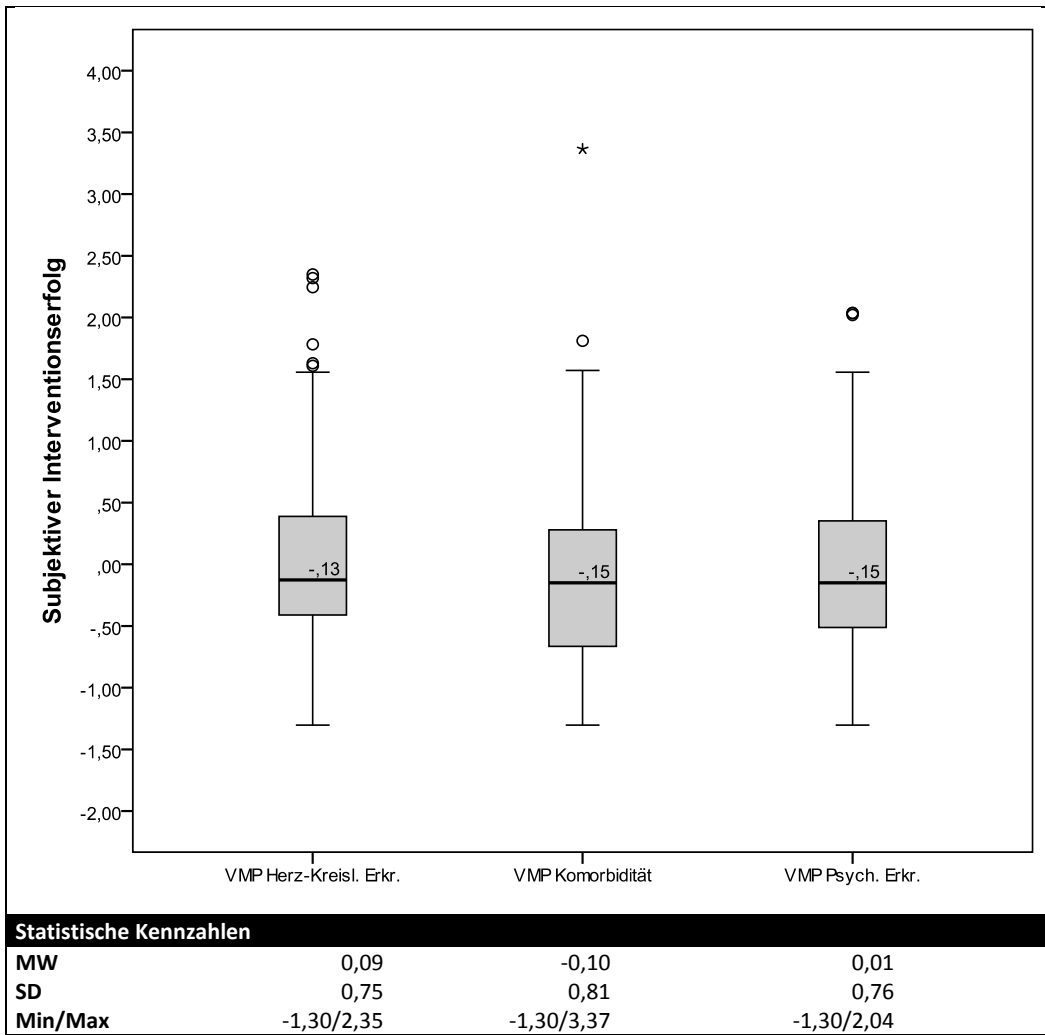
Anhang 12: Werteverteilung der durchschnittlichen Dauer der Coachinggespräche in der Interventionsgruppe differenziert nach Versorgungsmanagementprogramm (n = 293; Legende des Box-Plots: * – Extremwerte, o – Ausreißer; eigene Berechnung und Darstellung)

Anhang 13: Durchschnittliche Dauer eines Coachinggesprächs (gruppiert) nach VMP und Interventionsgruppe gesamt (eigene Berechnung und Darstellung)

Gesprächsdauer in Minuten	in	IG gesamt	Substichproben		
			Herz-Kreisl.-Erkr.	Komorbidität	Psych. Erkr.
bis 10 min	n	130	52	34	44
	%	41,7 %	49,5 %	32,4 %	43,1 %
10 -15 min	n	102	36	37	29
	%	32,7 %	34,3 %	35,2 %	28,4 %
mehr als 15 min	n	80	17	34	29
	%	25,6 %	16,2 %	32,4 %	28,4 %
Gesamt	n	312	105	105	102
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %



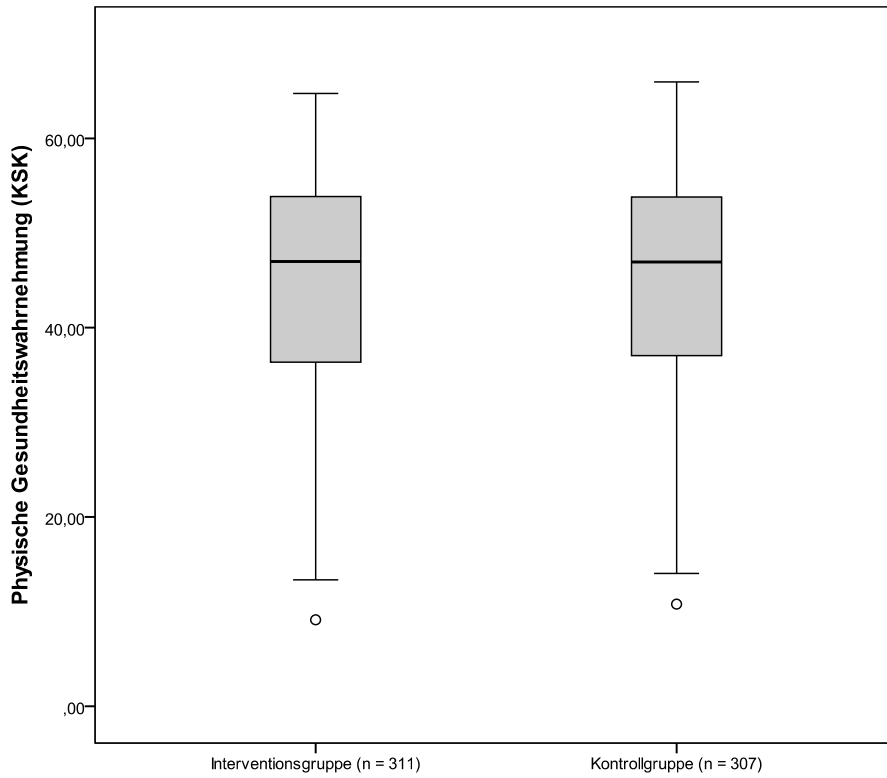
Anhang 14: Häufigkeitsverteilung der Bewertung der Programmdauer für die IG insgesamt sowie differenziert nach VMP (n = 311, n fehlend = 1, signifikante Unterschiede nach VMP mit kleiner Effektgröße ($X^2(4) = 15,385$, $p = ,004$, Cramér's $V = ,157$); eigene Berechnung und Darstellung)



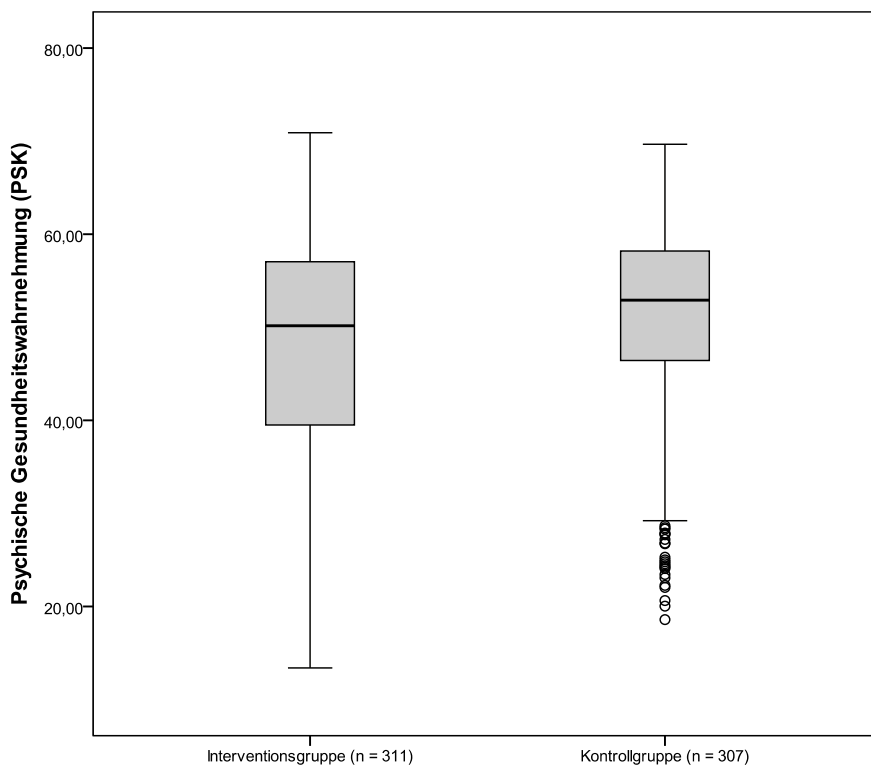
Anhang 15: Werteverteilung des subjektiven Interventionserfolgs nach Versorgungsmanagementprogramm (n = 293, Legende des Box-Plots: * – Extremwerte, o – Ausreißer; eigene Berechnung und Darstellung)

Anhang 16: Kategoriensystem der qualitativen Inhaltsanalyse zu Anmerkungen von Coachingteilnehmenden mit Beschreibung(eigene Darstellung)

Hauptkategorien	Unterkategorien	Ankerbeispiel
Zufriedenheit mit dem Inhalt Beschreibung und Bewertung von inhaltlichen Aspekten des Programms	Erwartungen an das Programm Beinhaltet in wie fern (abweichende) Erwartungen an das Programm bestanden und welche Ziele daran geknüpft wurden	<i>„[...] hat sich etwas anderes darunter vorgestellt. Die Informationen waren ihm zu weitläufig. [...]“</i>
	Kommunikationskanäle Bewertungen und Erfahrungen mit der Kommunikation per Telefon und der schriftlichen Informationen	<i>„Er fand es schwierig über das Telefon gesundheitliche Dinge zu besprechen.“</i>
	Leistungen Bewertung und Beschreibung der wahrgenommen Leistungen und Inhalte des Programms sowie ihres Nutzens, Wünsche an weiteren Unterstützungsmöglichkeiten innerhalb des Programms	<i>Sie „[...] fand die Gespräche sehr aufbauend, sie machten ihr Mut.“</i> <i>Die Versicherte „[...] hätte sich mehr Coaching und Kontrolle aber auch mehr Leistungsangebote und alternative Behandlungsmöglichkeiten erhofft.“</i>
Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen des Programms Bewertung von Faktoren, die die Durchführung des Programms betreffen	Betreuungspersonen Bewertung der Gesundheitsberaterinnen hinsichtlich ihrer Kompetenzen und ihrer inhaltlichen Beratung	<i>„Sie fand es toll, eine Ansprechpartnerin zu haben. Sie wünscht sich jedoch mehr Fachkompetenz u. a. zu Leistungen, Adressen und zentralen Telefonnummern.“</i>
	Zeitspanne Differenzierte Bewertung der Programmdauer und der Kontakthäufigkeit	<i>„ [...] Sie fand, dass zum Ende des Programms die Gespräche zu weit auseinander lagen. Sie hätte sich mehr Gespräche gewünscht.“</i>
Nutzen Beschreibung ob und in wie fern die Versicherten vom Programm profitieren oder warum sie keinen Nutzen wahrgenommen haben	-	<i>„Der Informationsaustausch war ihm wichtig.“</i> <i>Er bewertet es als „gut“, denn „[...] sowohl bei körperlichen Beschwerden als auch bei psychischen Belastungen wurde eine adäquate Hilfestellung angeboten.“</i>



Anhang 17: Werteverteilung der physischen Gesundheitswahrnehmung nach Interventions- und Kontrollgruppe (N = 618, n fehlend = 1; Legende des Box-Plots: o – Ausreißer; eigene Berechnung und Darstellung)



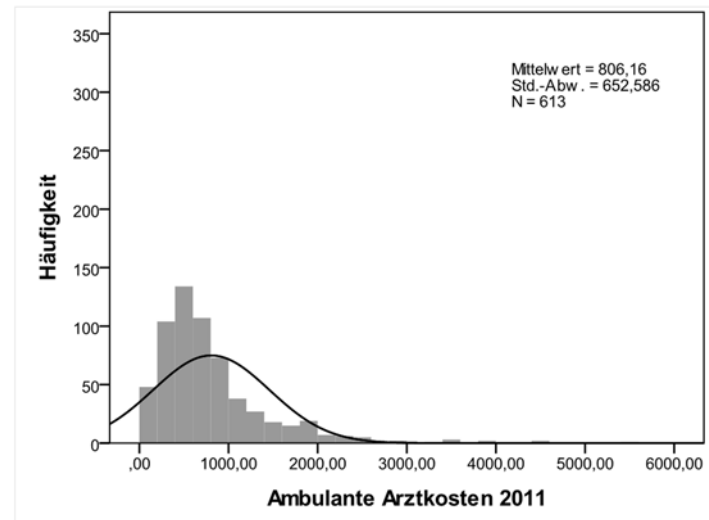
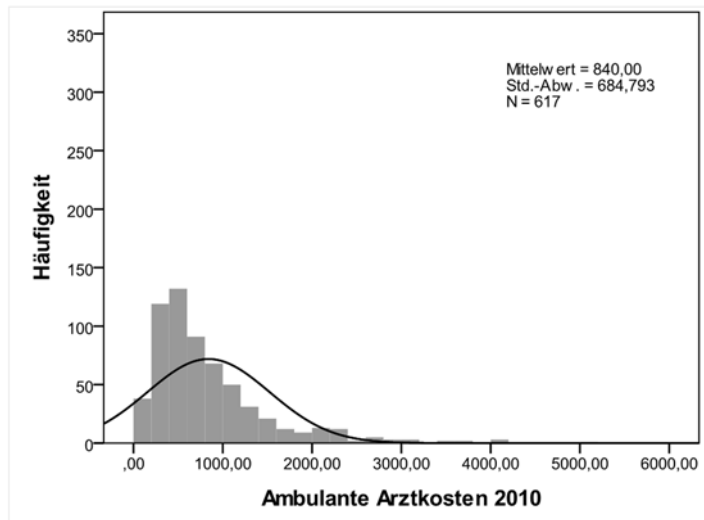
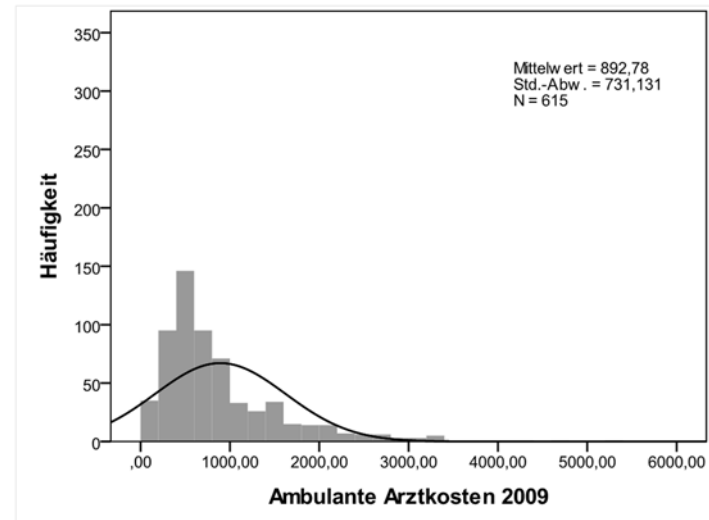
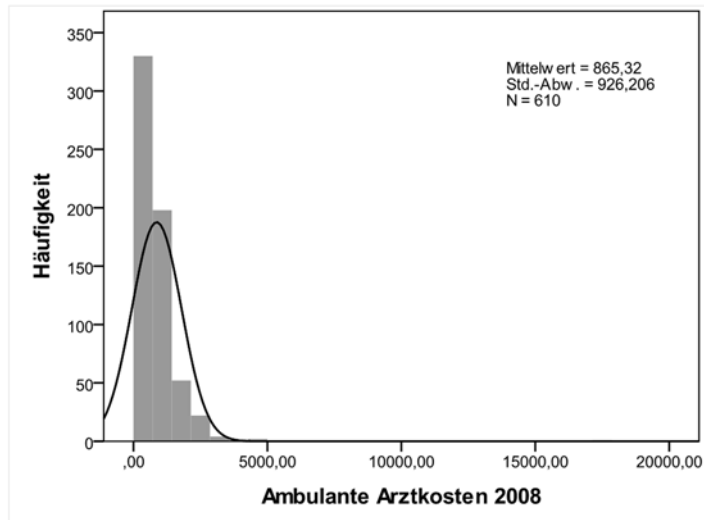
Anhang 18: Werteverteilung der psychischen Gesundheitswahrnehmung nach Interventions- und Kontrollgruppe (N = 618, n fehlend = 1; Legende des Box-Plots: o – Ausreißer; eigene Berechnung und Darstellung)

Anhang 19: Häufigkeitsverteilung der Bewertungen des allgemeinen Gesundheitszustands nach Interventions- und Kontrollgruppe (N = 617, n fehlend = 2, $X^2(4) = 2,273$, $p = ,686$; eigene Berechnung und Darstellung)

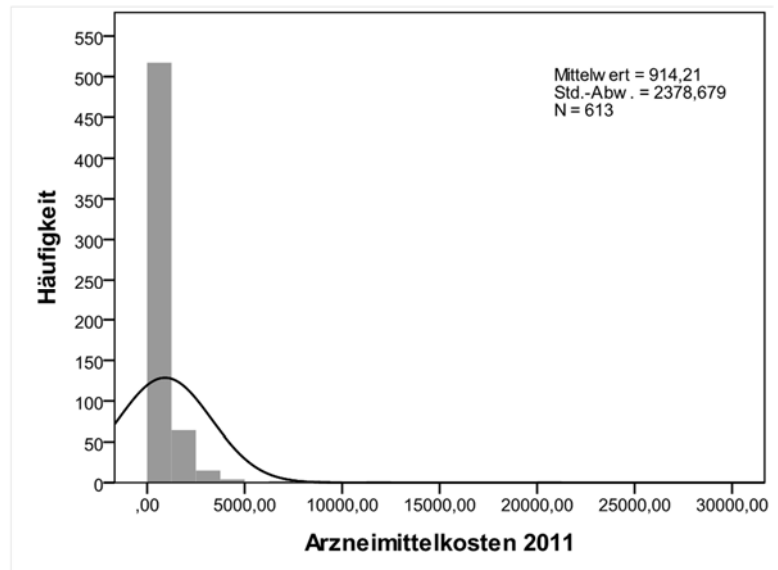
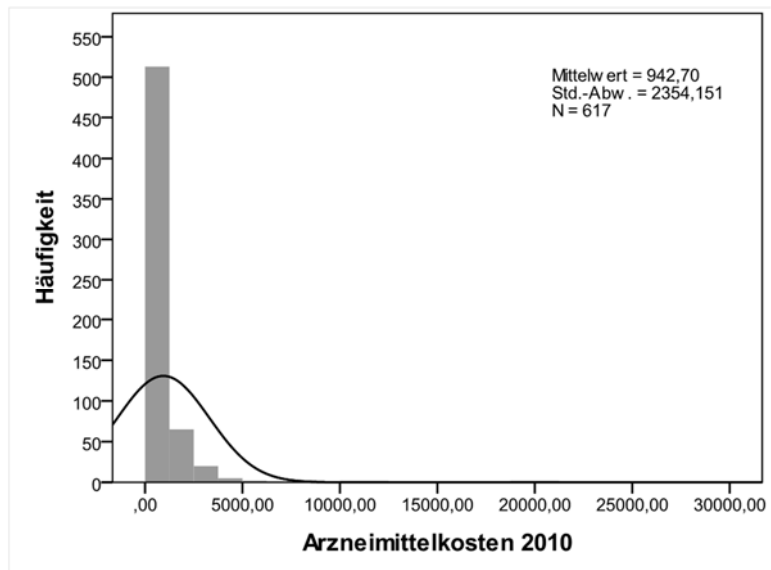
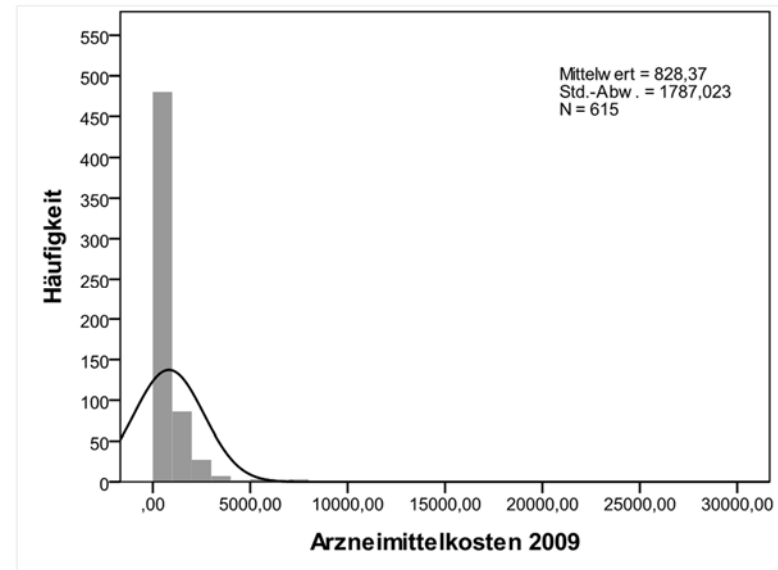
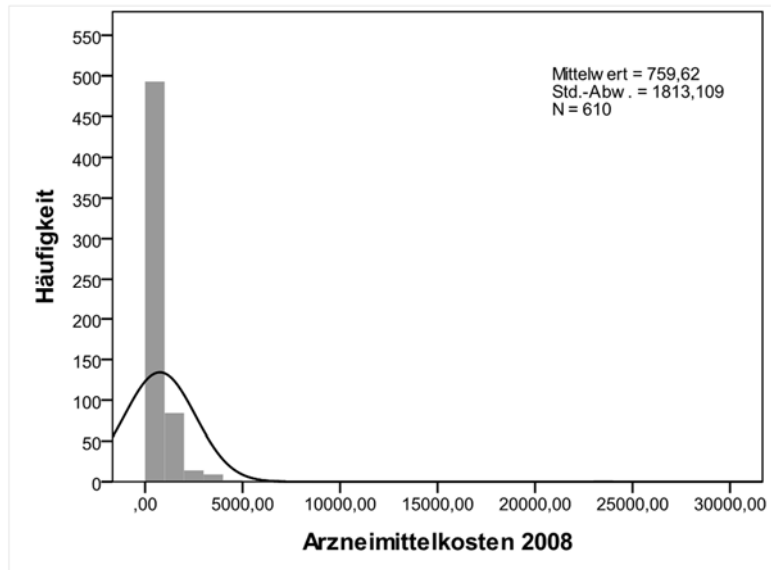
Allgemeiner Gesundheitszustand	Gesund-	Studienpopulation gesamt	IG	KG
Ausgezeichnet	n	13	4	9
	%	2,1	1,3	2,9
Sehr gut	n	58	28	30
	%	9,4	9,0	9,8
Gut	n	347	175	172
	%	56,2	56,5	56,0
Weniger gut	n	165	85	80
	%	26,7	27,4	26,1
Schlecht	n	34	18	16
	%	5,5	5,8	5,2
Gesamtsumme	n	617	310	307
	%	100,0	100,0	100,0

Anhang 20: Häufigkeitsverteilung (kategorisiert) der Zahl der Erkrankungsfälle nach Interventions- und Kontrollgruppe 2008–2011 (eigene Berechnung und Darstellung)

Zahl der Erkrankungsfälle	2008				2009				2010				2011			
	IG		KG		IG		KG		IG		KG		IG		KG	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0 bis 3	11	3,6	6	2,0	4	1,3	10	3,3	7	2,3	12	3,9	11	3,6	17	5,6
4 bis 7	47	15,4	53	17,4	47	15,2	59	19,3	44	14,1	69	22,5	46	14,9	59	19,4
8 bis 11	71	23,2	84	27,6	69	22,3	88	28,8	80	25,7	82	26,8	63	20,4	85	28,0
12 bis 15	74	24,2	74	24,3	72	23,3	75	24,5	75	24,1	74	24,2	71	23,0	64	21,1
16 und mehr	103	33,7	87	28,6	117	37,9	74	24,2	105	33,8	69	22,5	118	38,2	79	26,0
Gesamt	306	100,0	304	100,0	309	100,0	306	100,0	311	100,0	306	100,0	309	100,0	304	100,0



Anhang 21: Histogramme zur Häufigkeitsverteilung der ambulanten Arztkosten (EUR) mit Normalverteilungskurve 2008–2011. (Anm. d. Verf.: Die Skalen der Kosten sind aus Gründen der Darstellbarkeit unterschiedlich; eigene Berechnung und Darstellung)



Anhang 22: Histogramme zur Häufigkeitsverteilung der Arzneimittelkosten (EUR) mit Normalverteilungskurve 2008–2011 (eigene Berechnung und Darstellung)

Anhang 23: Ergebnisbeschreibung der Analyse weiterer Outcomes, die nicht im Hauptteil der Arbeit dargestellt wurden

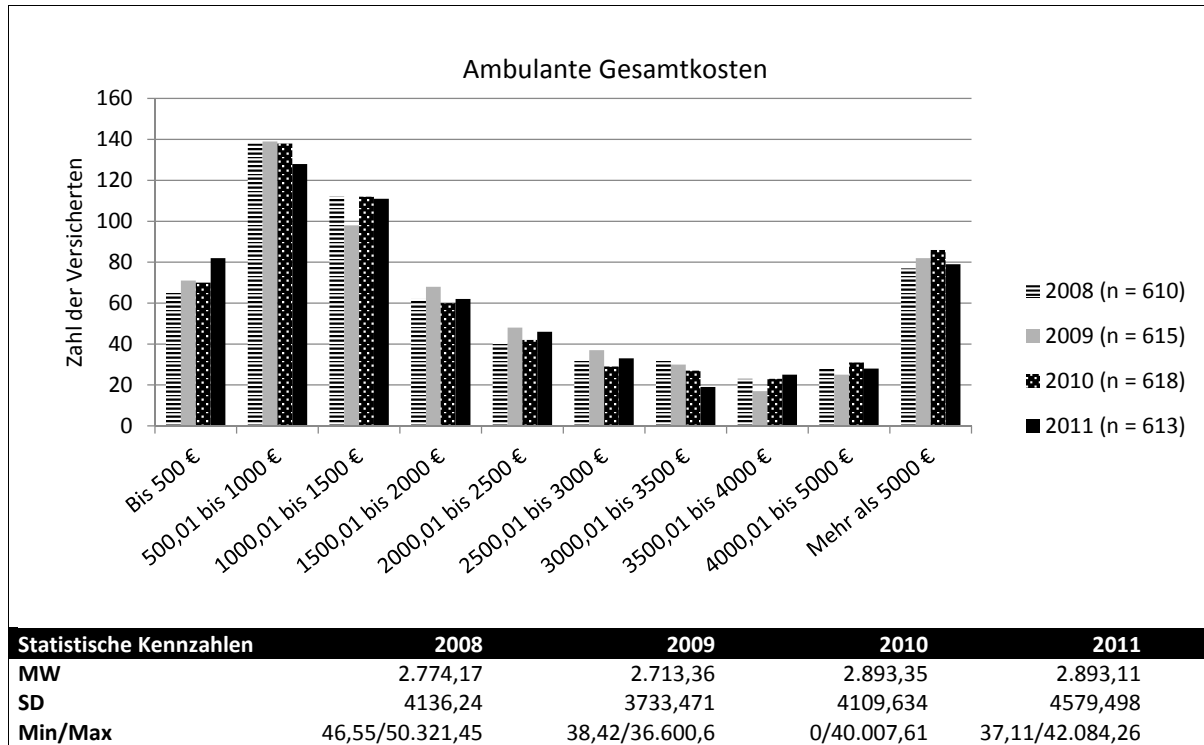
Neben den bereits dargestellten Outcomes zu Kosten und Leistungsanspruchnahme (vgl. Abschn. 5.5 sowie Tabelle 9), wurde bei der Planung der Evaluation angenommen, dass die Intervention möglicherweise auf weitere routinedatenbasierte Kennzahlen einen Effekt haben kann. Daher wurden zusätzlich die Gesamtkosten ambulanter Versorgung, Heil- und Hilfsmittelverordnungen sowie Kosten, Deckungsbeitrag und die Anzahl der HMG-Zuordnungen für das Sample der Studie im Messzeitraum 2008–2011 erhoben (vgl. Anhang 24). Diese Outcomes betreffen nicht die primären Ziele der Intervention, die Werteverteilungen für Analysen sind nur begrenzt geeignet und zudem werden keine zusätzlichen Erkenntnisse generiert (s. u.). Daher werden sie ergänzend und der Vollständigkeit halber im Anhang berichtet und nicht im Hauptteil der Ergebnisdarstellung.

Anhang 24: Weitere routinedatenbasierte Outcomevariablen (eigene Darstellung)

Merkmal (Variable) und berücksichtigte Berichtsjahre	Beschreibung
Anzahl der Heilmittelverordnungen 2008–2011	Anzahl Heilmittelverordnungen im Berichtsjahr, Heilmittel sind „Dienstleistungen“, insbesondere Therapien und gesetzlich definiert (§ 30 SGB VII; Bock et al., 2015).
Heilmittelkosten 2008–2011	Kosten für Heilmittel im Berichtsjahr in Euro.
Anzahl der Hilfsmittelverordnungen 2008–2011	Anzahl Hilfsmittelverordnungen im Berichtsjahr, Hilfsmittel sind gesetzlich definiert (§ 30 SGB VII).
Hilfsmittelkosten 2008–2011	Kosten für Hilfsmittel im Berichtsjahr in Euro. Bei Kosten für Hilfsmittel ist zu beachten, dass Versicherte häufig teils erhebliche Zahlungen für Hilfsmittel leisten, wenn sie ein Produkt erwerben, „dessen Preis oberhalb des [...] geltenden Höchstbetrages liegt“ (Bock et al., 2015, S. 37).
Gesamtkosten für Arztbehandlungen, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel 2008–2011	Die Kennziffer für Gesamtkosten der ambulanten Versorgung im Berichtsjahr in Euro umfasst die Summe der Kosten für ambulante Arztbehandlungen, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel pro Berichtsjahr und Fall in Euro. Kosten für stationäre Behandlungen sind darin nicht enthalten.
Anzahl der HMG-Zuordnungen - Hierarchisierte Morbiditätsgruppen 2008–2011	Anzahl der HMG-Zuordnungen im Berichtsjahr. Pro Morbidität/Erkrankung, definiert vom Bundesversicherungsamt und den GKVen, wird einer oder einem Versicherten eine HMG zugeordnet. Den Versicherten können mehrere HMG gleichzeitig in einem Jahr zugeordnet werden. Das Bundesversicherungsamt legt jährlich die Kriterien für die Zuordnung einer Morbiditätsgruppe fest. Die Zuordnung erfolgt jedes Jahr neu und wird über die Abrechnungsdaten zu Versorgungsleistungen vorgenommen, wie z. B. Facharztbehandlung in zwei Quartalen im Jahr und das Einlösen von Rezepten für Arzneimittel. Sie betrifft eine Auswahl von Erkrankungen, d. h. es können bei den Versicherten darüber hinaus weitere, ggf. chronische Erkrankungen oder „erlösrelevante“ Krankheiten vorliegen.
Deckungsbeitrag 2008–2011	Der Deckungsbeitrag wird gebildet aus der Differenz von Zuweisung und Leistungskosten aus dem Gesundheitsfonds. Ist die Zahl positiv bedeutet dies für die Kasse einen Überschuss finanzieller Mittel bezogen auf die oder den einzelnen Versicherten. Eine negative Zahl entspricht einem monetären Verlust für die Versicherung auf individueller Ebene betrachtet. Allgemeinkosten sind im angegebenen Deckungsbeitrag nicht berücksichtigt.

Gesamtkosten im ambulanten Sektor

Die mittleren ambulanten Versorgungskosten liegen im Messzeitraum 2008–2011 durchschnittlich zwischen ca. 2.700 EUR und 2.900 EUR und verändern sich in der Studienpopulation von Jahr zu Jahr kaum. Die Werte streuen breit (Spannweite R = 36.600–50.300 EUR; vgl. Anhang 25).



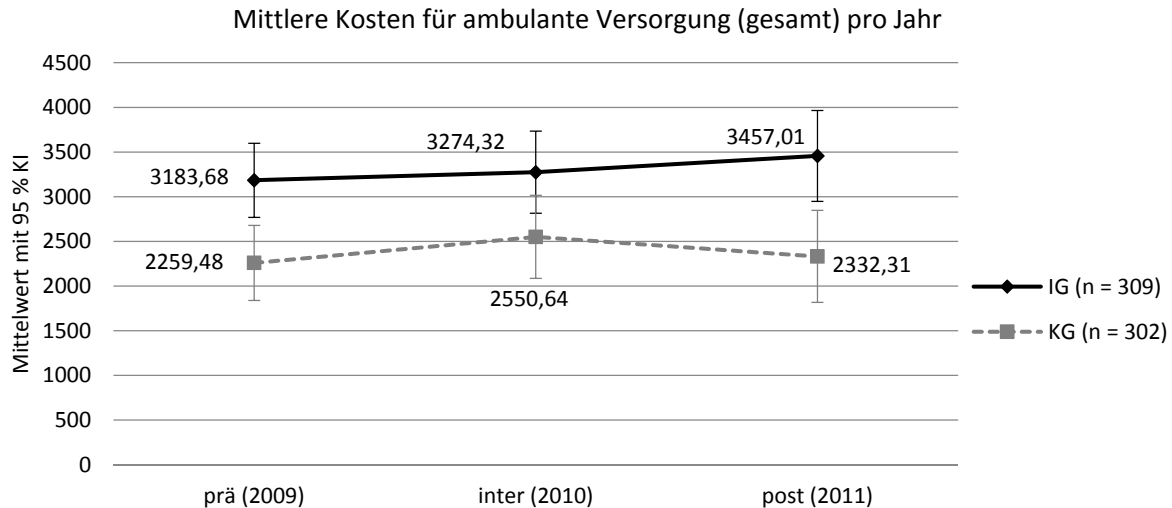
Anhang 25: Ambulante Gesamtkosten (EUR, gruppiert) und statistische Kennzahlen 2008–2011 (eigene Berechnung und Darstellung)

Die Betrachtung der ambulanten Versorgungskosten für die Coachingteilnehmenden zeigt, dass die mittleren ambulanten Gesamtkosten 2008–2011 kontinuierlich von etwa 3.000 EUR auf knapp 3.500 EUR steigen. In der KG schwanken die mittleren Kosten zwischen etwa 2.200 EUR und 2.500 EUR, der Mittelwert steigt und sinkt von Jahr zu Jahr. Die mittleren ambulanten Gesamtkosten sind in jedem Jahr in der KG geringer als in der IG. Der Mittelwertunterschied zwischen beiden Gruppen ist 2008 nicht statistisch signifikant, jedoch in den darauffolgenden Jahren (vgl. Anhang 26).

Anhang 26: Vergleich von statistischen Kennzahlen und Mittelwerten für Kosten ambulanter Versorgung (EUR) 2008–2011 der Interventions- und Kontrollgruppe (eigene Berechnung und Darstellung)

		Stichprobe		Teststatistik
		IG	KG	
2008	N	306	304	
	MW	3005,95	2540,87	
	SD	3981,08	4280,65	
	Min/Max	124,39/25211,36	46,55/50321,45	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	465,078 [-192,209; 1122,365]		t (608) = 1,390, p = ,165
2009	N	309	306	
	MW	3183,68	2238,43	
	SD	4319,76	2960,77	
	Min/Max	44,73/36600,60	38,42/23921,43	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	945,248** [359,113; 1531,384]		t (545,552) = 3,168, p = ,002, r = ,134
2010	N	312	306	
	MW	3252,18	2527,49	
	SD	4357,51	3812,92	
	Min/Max	0/33577,17	19,83/40007,61	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	724,685* [78,187 ; 1371,183]		t (608,174) = 2,201, p = ,028, r = ,089
2011	N	309	304	
	MW	3457,01	2319,95	
	SD	5050,90	3971,46	
	Min/Max	37,11/33265,32	46,20/42084,26	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	1137,063** [416,913; 1857,213]		t (582,790) = 3,101, p = ,002, r = ,127

Die Betrachtung der mittleren Gesamtkosten über die Zeit nach IG und KG verdeutlicht einen Anstieg der mittleren ambulanten Gesamtkosten in der Interventionsgruppe vor, während und nach der Intervention von ca. 3.200 EUR auf etwa 3.500 EUR. Auch in der Kontrollgruppe ist ein Anstieg der ambulanten Gesamtkosten während der Intervention von knapp 2.300 EUR auf knapp 2.600 EUR zu beobachten, nach der Intervention sinken die Kosten auf gut 2.300 EUR. Das Kostenniveau ist zwischen beiden Gruppen unterschiedlich: In der IG liegt es zwischen 2009 und 2011 etwa 700–1.200 EUR höher als in der KG. Die Kosten für ambulante Leistungen unterschieden sich zwar, über die Zeit betrachtet verbleiben sie in den jeweiligen Gruppen auf ähnlichem Niveau (vgl. Anhang 27). Es besteht keine signifikante Wechselwirkung über die Zeit und nach IG/KG ($F(1,610, 980,782) = 0,440, p = ,601$), d. h. es ist kein Effekt der Intervention auf ambulante Behandlungskosten nachzuweisen.

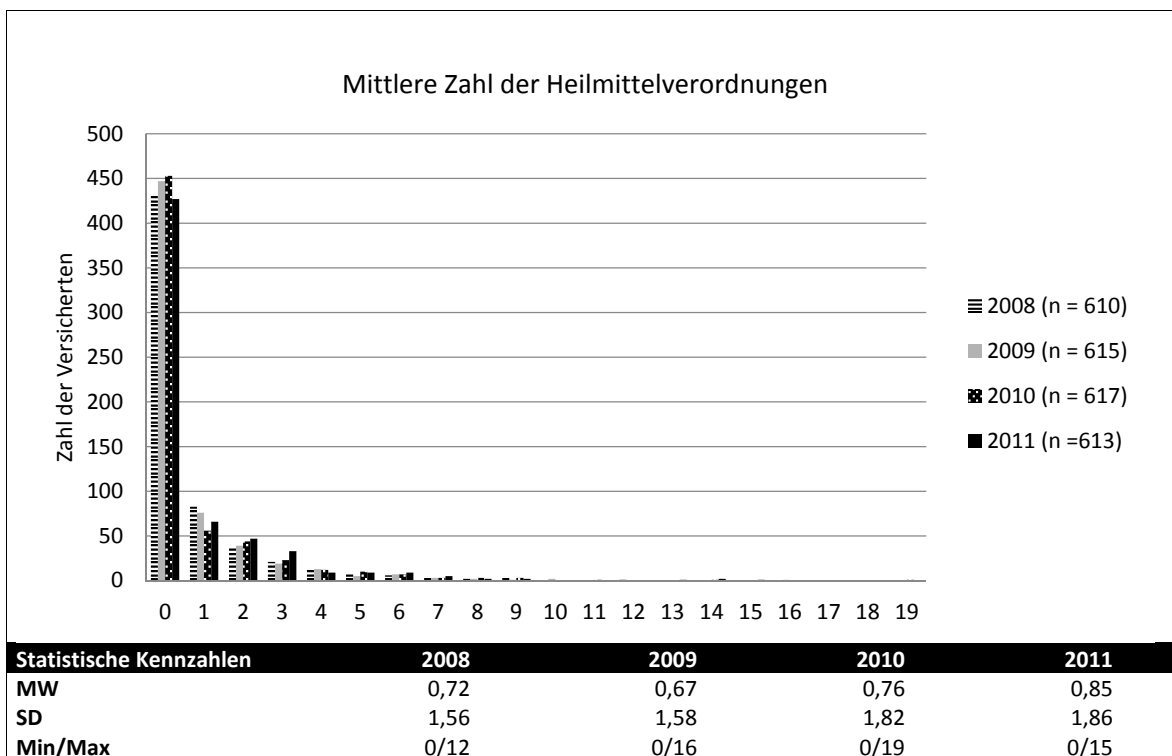


ANOVA (Zeit*IG/KG): $F = 0,440$, $p = ,601$

Anhang 27: Verlaufsdigramm für ambulante Gesamtkosten (EUR) vor, während und nach der Intervention für Interventions- und Kontrollgruppe (N = 610; eigene Berechnung und Darstellung)

Heilmittelverordnungen

Die mittlere Zahl jährlicher Verordnungen von Heilmitteln im gesamten Sample liegt pro Jahr zwischen $\bar{x} = 0,67$ und $\bar{x} = 0,85$. Einem Großteil der Versicherten (jährlich ca. 70 %) wurden gar keine Heilmittel verordnet. Die Werte streuen zwischen Min = 0 und Max = 19 (Anhang 28). Die Variablen enthalten einige Ausreißer und Extremwerte.



Anhang 28: Mittlere Zahl der Heilmittelverordnungen und statistische Kennzahlen 2008–2011 (eigene Berechnung und Darstellung)

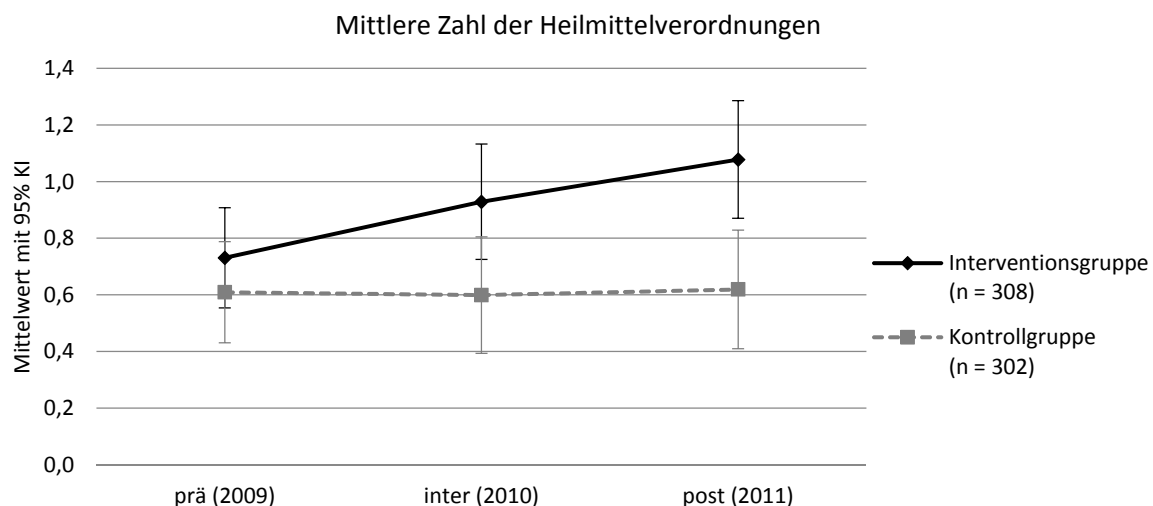
Zwischen der IG und KG gibt es kaum signifikante Unterschiede in der Häufigkeit der Heilmittelverordnungen. In der KG bleibt die mittlere Zahl der Verordnungen von Heilmitteln etwa konstant, in der IG

steigt sie kontinuierlich an. Der wachsende Unterschied ist 2010 und 2011, statistisch signifikant (vgl. Anhang 29).

Der Verlauf der mittleren Zahl der Heilmittelverordnungen über die Zeit in IG und KG zeigt, dass der Mittelwert in der Kontrollgruppe etwa konstant bleibt und in der Interventionsgruppe kontinuierlich ansteigt. Der Unterschied zwischen beiden Gruppen ist jedoch gering und nicht statistisch signifikant ($F(1,481, 900,722) = 2,037, p = ,144$). Zudem überschneiden sich die Konfidenzintervalle (vgl. Anhang 30). Es kann also kein signifikanter Interventionseffekt hinsichtlich der Zahl der Heilmittelverordnungen nachgewiesen werden.

Anhang 29: Vergleich von statistischen Kennzahlen und Mittelwerten für die Anzahl von Heilmittelverordnungen 2008–2011 zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe (eigene Berechnung und Darstellung)

		Stichprobe		Teststatistik
		IG	KG	
2008	N	306	304	
	MW	0,83	0,61	
	SD	1,60	1,52	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	0,22 [-0,027; 0,470]		t (608) = 1,752, p = ,080
2009	N	309	306	
	Mittelwert	0,73	0,61	
	Standardabweichung	1,50	1,65	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	0,12 [-0,133; 0,367]		t (613) = 0,921, p = ,357
2010	N	311	306	
	Mittelwert	0,93	0,59	
	Standardabweichung	1,97	1,64	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	0,34* [0,048; 0,621]		t (599,263) = 2,296, p = ,022, r = ,120
2011	N	309	304	
	Mittelwert	1,07	0,62	
	Standardabweichung	2,05	1,62	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	0,46** [0,166; 0,752]		t (584,261) = 3,078, p = ,002, r = ,126



ANOVA (Zeit*IG/KG): $F = 2,037, p = ,144$

Anhang 30: Verlaufsdigramm für die mittlere Zahl der Heilmittelverordnungen vor, während und nach der Intervention für Interventions- und Kontrollgruppe (N = 610; eigene Berechnung und Darstellung)

Heilmittelkosten

Analog zu den Verschreibungen für Heilmittel fallen auch bei ca. 70 % der Versicherten der Studienpopulation keine Kosten für Heilmittelversorgung an. Die mittleren Kosten im gesamten Sample liegen zwischen 79,83 EUR und 105,15 EUR, die Spannweite bzw. Min. und Max. reichen im Beobachtungszeitraum von 0 EUR bis zu 3006,20 EUR (vgl. Anhang 31 und Anhang 32). Die Werte konzentrieren sich um 0 EUR und sind zudem breit gestreut.

Anhang 31: Statistische Kennwerte für Heilmittelkosten (EUR) 2008–2011 (eigene Berechnung und Darstellung)

	2008	2009	2010	2011
MW	84,92	79,83	92,55	105,15
SD	249,82	248,83	282,09	301,53
Min/Max	0/2742,77	0/2706,8	0/2919,74	0/3006,2
Q1	0	0	0	0
Q2	0	0	0	0
Q3	84	70,6	65,925	86,7
N	610	615	617	613

Anhang 32: Häufigkeitsverteilung der Heilmittelkosten (EUR, kategorisiert) 2008–2011 (eigene Berechnung und Darstellung)

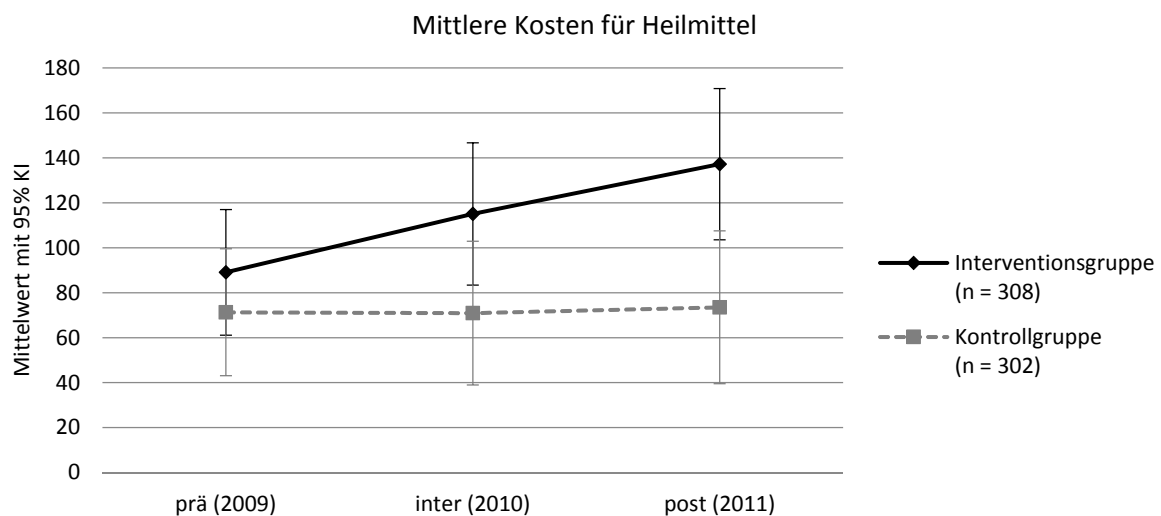
Heilmittelkosten	2008		2009		2010		2011	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine Heilmittelkosten	431	70,7	447	72,7	453	73,4	427	69,7
bis 100,00 €	72	11,8	70	11,4	43	7,0	51	8,3
100,01 € bis 200,00 €	37	6,1	36	5,9	45	7,3	57	9,3
Mehr als 200,00 €	70	11,5	62	10,1	76	12,3	78	12,7
Gesamt	610	100,0	615	100,0	617	100,0	613	100,0

Für die IG lagen die Ausgaben im Mittel zu jedem Messzeitpunkt höher als für die KG. Diese Unterschiede sind mit Ausnahme für das Jahr 2009 signifikant. Während die Kosten in der KG etwa konstant blieben (zwischen 62,76 EUR und 73,03 EUR), schwankten diese für die IG (deutliche Kostensenkung 2009) und stiegen 2010 und 2011 deutlich an. Die Mittelwerte lagen zwischen 88,78 EUR und 136,76 EUR und umfassten eine weitere Spanne als die KG (vgl. Anhang 33).

Anhang 33: Vergleich von statistischen Kennzahlen für Heilmittelkosten (EUR) 2008–2011 der Interventions- und Kontrollgruppe (eigene Berechnung und Darstellung)

	Stichprobe		Teststatistik
	IG	KG	
2008	n	306	304
	MW	106,93	62,76
	SD	284,91	206,75
	Mittlere Differenz [95 % KI]	44,17* [4,593, 83,739]	t (556,617) = 2,192, p = ,029, r = ,093
2009	n	309	306
	MW	88,78	70,79
	SD	240,66	256,90
	Mittlere Differenz [95 % KI]	17,987 [-21,430, 57,403]	t (613) = ,896, p = ,371
2010	n	311	306
	MW	114,73	70,01
	SD	311,85	246,69
	Mittlere Differenz [95 % KI]	44,72* [0,298, 89,143]	t (587,977) = 1,977, p = ,048, r = ,081
2011	n	309	304
	MW	136,76	73,03
	SD	337,41	256,65
	Mittlere Differenz [95 % KI]	63,729** [16,220, 111,239]	t (574,732) = 2,635, p = ,009, r = ,109

Die Kosten steigen über die Zeit in der IG deutlich an und bleiben in der KG etwa konstant. Die unterschiedlichen Entwicklung im zeitlichen Verlauf zwischen IG und KG sind nicht statistisch signifikant ($F(1,299, 789,554) = 1,347, p = ,254$; vgl. Anhang 34).

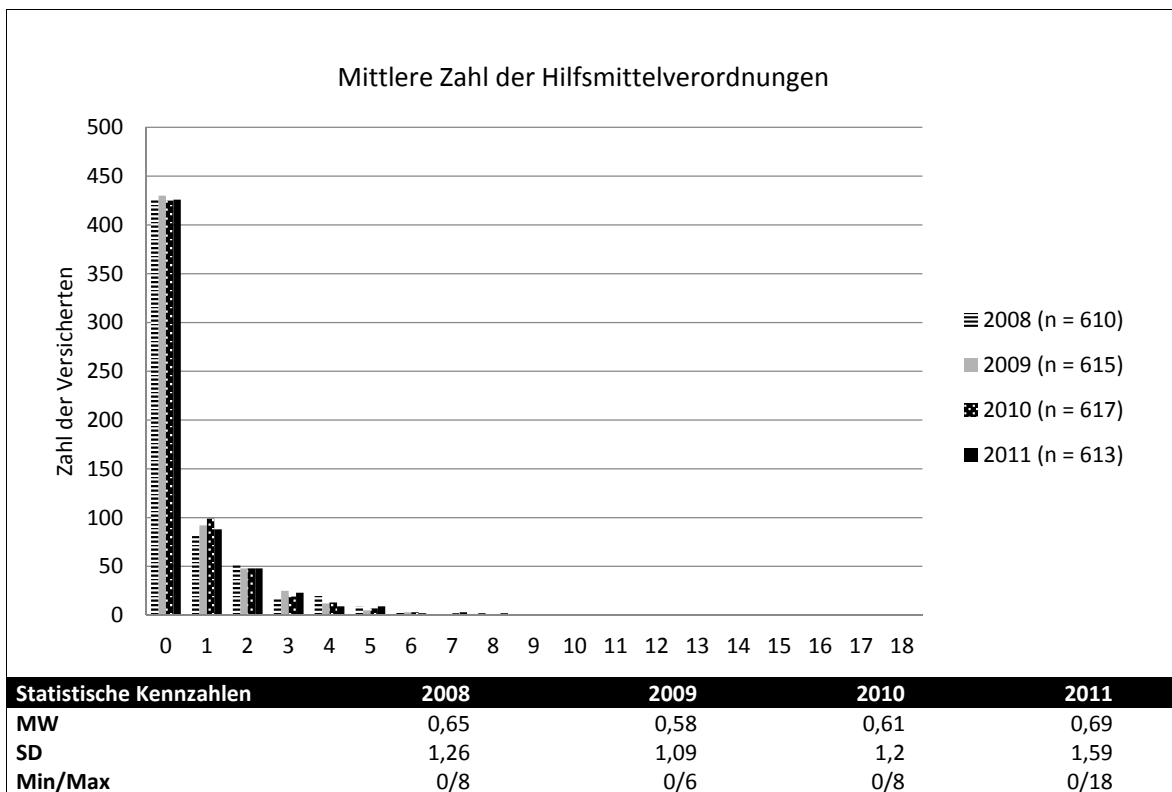


ANOVA (Zeit*IG/KG): $F = 1,347, p = ,254$

Anhang 34: Verlaufsdigramm für mittlere Heilmittelkosten (EUR) vor, während und nach der Intervention für Interventions- und Kontrollgruppe (N = 610; eigene Berechnung und Darstellung)

Hilfsmittelverordnungen

Die mittlere Zahl jährlicher Verordnungen von Hilfsmitteln im gesamten Sample liegt pro Jahr zwischen $\bar{x} = 0,58$ und $\bar{x} = 0,69$ (etwas niedriger als die Mittelwerte für Heilmittelverordnungen). Einem Großteil der Versicherten (jährlich knapp 70 %) wurden gar keine Heilmittel oder lediglich eins verordnet (13–17 %). Das Minimum liegt entsprechend bei null Hilfsmittelverschreibungen, maximal erhielt eine Versicherte oder ein Versicherter 18 Hilfsmittelverschreibungen. Nur wenige Versicherte erhalten jährlich zwei oder mehr Hilfsmittelverschreibungen. Die Werte sind breit gestreut (vgl. Anhang 35).



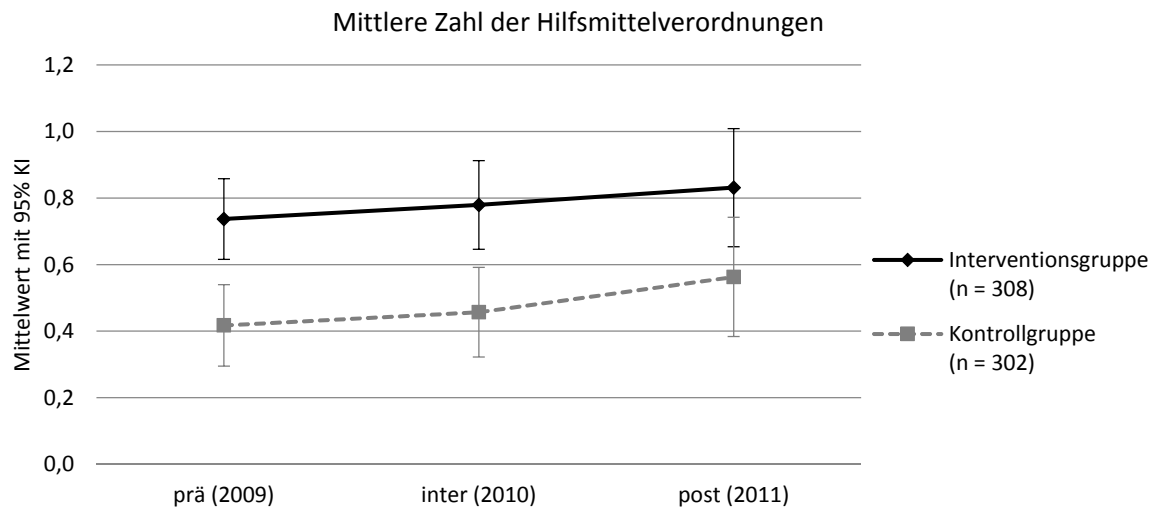
Anhang 35: Mittlere Zahl der Hilfsmittelverordnungen und statistische Kennzahlen 2008–2011 (eigene Berechnung und Darstellung)

IG und KG des Samples unterscheiden sich in der mittleren Zahl der Hilfsmittelverordnungen in jedem betrachteten Jahr signifikant: Für die IG wurden $\bar{x} = 0,3$ Verordnungen mehr pro Jahr und Versicherten durch Ärztinnen und Ärzte verschrieben als für die KG. Die Differenz verändert sich über die vier Jahre jedoch kaum (vgl. Anhang 36).

Anhang 36: Vergleich von Mittelwerten und statistischen Kennzahlen für Hilfsmittelverordnungen 2008–2011 der Interventions- und Kontrollgruppe (eigene Berechnung und Darstellung)

		Stichprobe		Teststatistik
		IG	KG	
2008	n	306	304	
	MW	0,78	0,51	
	SD	1,36	1,14	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	0,27** [0,075, 0,474]		t (591,714) = 2,705, p = ,007, r = ,111
2009	n	309	306	
	Mittelwert	0,73	0,42	
	Standardabweichung	1,28	0,82	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	0,32*** [0,149, 0,490]		t (524,919) = 3,678, p ≤ ,001, r = ,159
2010	n	311	306	
	Mittelwert	0,77	0,45	
	Standardabweichung	1,29	1,07	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	0,32***? [0,137, 0,511]		t (598,034) = 3,395, p = ,001, r = ,138
2011	n	309	304	
	Mittelwert	0,83	0,56	
	Standardabweichung	1,71	1,44	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	0,27* [0,018, 0,520]		t (596,602) = 2,107, p = ,035, r = ,086

Die Zahl der Hilfsmittelverordnungen entwickelt sich ähnlich in IG und KG über die Zeit. Die Zahl der Verschreibungen ist in der IG in jedem Jahr um etwa 0,3 höher als in der KG. Es besteht kein Interaktionseffekt zwischen IG/KG und über die Zeit ($F(1,669, 1014,489) = 0,097, p = ,874$; vgl. Anhang 37).



ANOVA (Zeit*IG/KG): $F = 0,097, p = ,874$

Anhang 37: Verlaufsdiagramm für die mittlere Zahl der Hilfsmittelverordnungen vor, während und nach der Intervention für Interventions- und Kontrollgruppe (N = 610, eigene Berechnung und Darstellung)

Hilfsmittelkosten

Analog zur Zahl der Hilfsmittelverschreibungen liegt die mittlere Zahl der Hilfsmittelkosten im gesamten Sample pro Jahr zwischen 74,22 EUR und 113,12 EUR (das entspricht einem ähnlichen Kostenniveau wie für Heilmittel). Die häufigsten Werte betragen 0 bzw. geringe Beträge für Hilfsmittel. Die Werte sind breit gestreut. Einem Großteil der Versicherten (jährlich etwa knapp 70 %) wurden gar keine Heilmittel verordnet, etwa 11-14 % wurde ein Hilfsmittel verschrieben (vgl. Anhang 38).

Anhang 38: Häufigkeitsverteilung der Hilfsmittelkosten (EUR, kategorisiert) und statistische Kennzahlen 2008–2011 (eigene Berechnung und Darstellung)

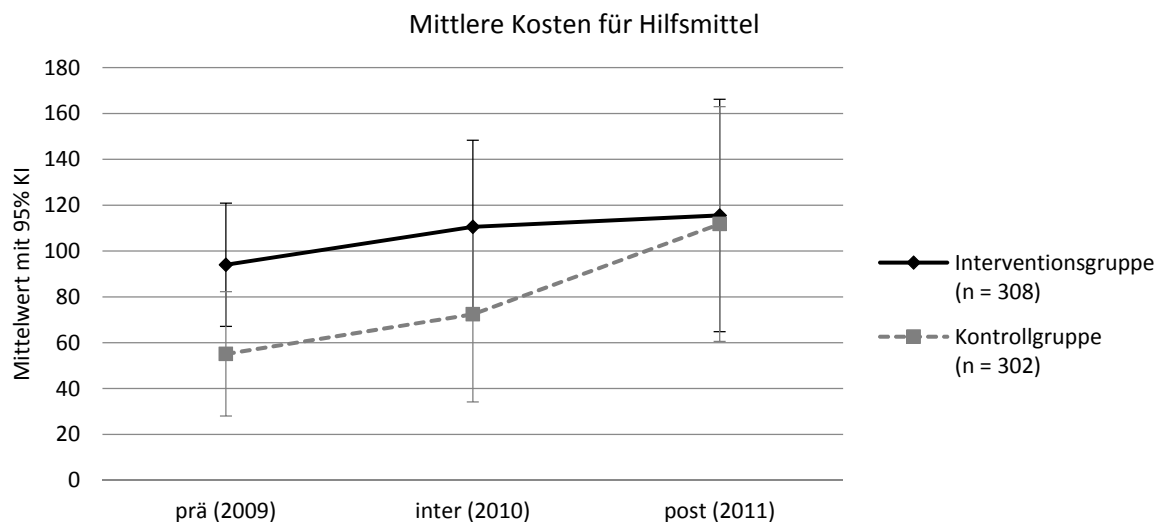
Hilfsmittelkosten (kategorisiert)	2008		2009		2010		2011	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine Hilfsmittelkosten	426	69,8	430	69,9	425	68,9	426	69,5
bis 100 €	68	11,2	83	13,5	79	12,8	74	12,1
100,01 € bis 250,00 €	62	10,2	58	9,4	68	11,0	54	8,8
Mehr als 250 €	54	8,9	44	7,2	45	7,3	59	9,6
Gesamt	610	100,0	615	100,0	617	100,0	613	100,0
Statistische Kennzahlen								
MW	75,04		74,22		90,66		113,12	
SD	220,45		239,74		336,54		451,85	
Min/Max	0/2.633,47		0/3.099,82		0/5.451,66		0/8.193,64	
Q1	0		0		0		0	
Q2	0		0		0		0	
Q3	62,235		54		64,24		64,7	

Die entstandenen Ausgaben lagen im Mittel für die IG höher als für die KG. Diese Unterschiede sind lediglich im Jahr 2009 signifikant. Im Jahr 2011 gleicht sich das Kostenniveau beider Gruppen an und ist beinahe identisch ($\bar{x}_{IG} = 115,14$ EUR, $\bar{x}_{KG} = 111,06$ EUR) (vgl. Anhang 39).

Anhang 39: Vergleich von statistischen Kennzahlen und Mittelwerten für Hilfsmittelkosten (EUR) 2008–2011 der Interventions- und Kontrollgruppe (eigene Berechnung und Darstellung)

		Stichprobe		Teststatistik
		IG	KG	
2008	n	306	304	
	MW	91,57	58,40	
	SD	229,84	209,65	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	33,17 [-1,807, 68,149]		t (603,623) = 1,862, p = ,063
2009	n	309	306	
	MW	93,71	54,54	
	SD	282,34	185,56	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	39,17* [1,358, 76,983]		t (532,895) = 2,035, p = ,042, r = ,088
2010	n	311	306	
	MW	109,55	71,45	
	SD	307,81	362,92	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	38,10 [-15,072, 91,274]		t (615) = 1,407, p = ,160
2011	n	309	304	
	MW	115,14	111,06	
	SD	333,71	546,97	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	4,08 [-67,664, 75,819]		t (611) = 0,112, p = ,911

Die Hilfsmittelkosten steigen vor, während und nach der Intervention sowohl in der IG und KG an (vgl. Anhang 40). Nach der Intervention sind die mittleren Kosten in beiden Gruppen ähnlich hoch. Vor und während der Intervention waren die Mittelwerte in der IG noch höher (s. o.). Auf Grund des ähnlichen Verlaufs ist kein Effekt der Intervention auf die Hilfsmittelkosten anzunehmen, sie sind nicht signifikant unterschiedlich ($F(1,730, 1052,027) = 0,507, p = ,576$).



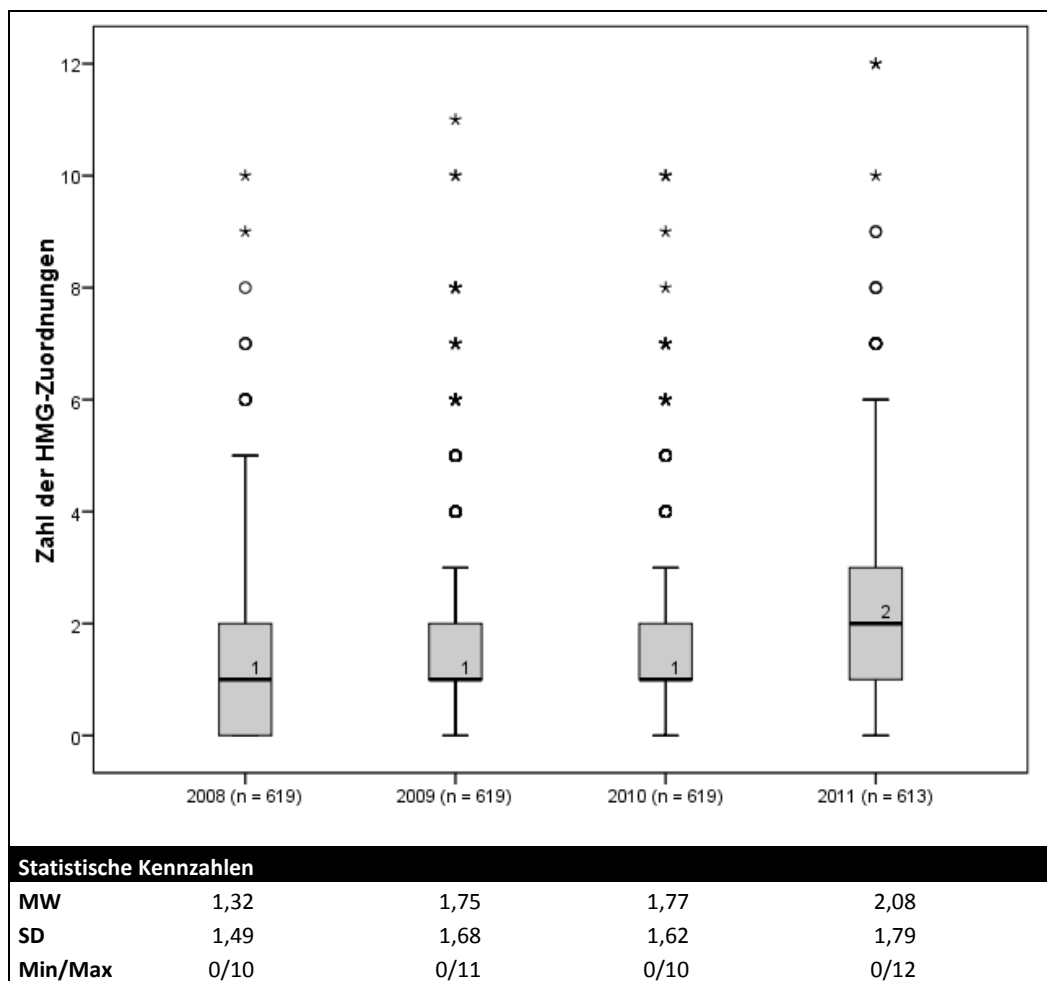
ANOVA (Zeit*IG/KG): $F = 0,507, p = ,576$

Anhang 40: Verlaufsdigramm für die mittleren Hilfsmittelkosten (EUR) vor, während und nach der Intervention für Interventions- und Kontrollgruppe (N = 610; eigene Berechnung und Darstellung)

Anzahl der Zuordnungen zu hierarchisierten Morbiditätsgruppen

Im Durchschnitt wurden jeder und jedem Versicherten der Studienpopulation im Erhebungszeitraum $\bar{x}_{2008} = 1,3$ bis $\bar{x}_{2011} = 2,1$ hierarchisierte Morbiditätsgruppen zugeordnet. Die Mehrheit der Versicherten hat null bis zwei oder drei Zuordnungen (1. bis 3. Quartil), ihre Zahl streut breit, bis zu Max. = 12. Im Erhebungszeitraum (2008–2011) steigt die mittlere Zahl HMG-Zuordnungen von $\bar{x}_{2008} = 1,3$ jährlich

an und beträgt schließlich $\bar{x}_{2011} = 2,1$. Dies ist ebenfalls in der Darstellung der Werteverteilung zu erkennen (vgl. Anhang 41). Die Zuordnung der Mehrheit der Versicherten zu mindestens einer HMG war für diese Gruppe mit chronischen Erkrankungen zu erwarten.



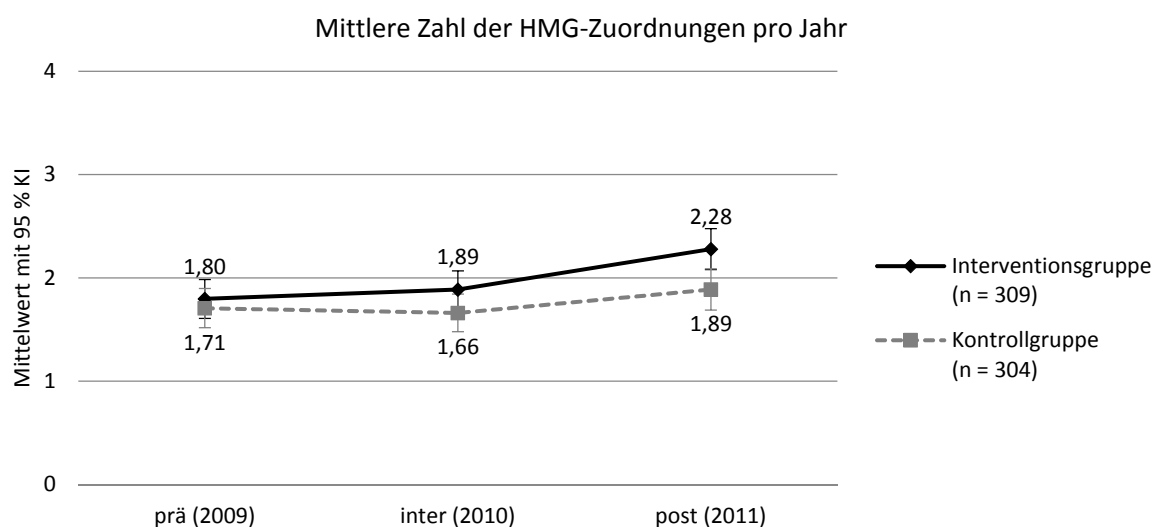
Anhang 41: Werteverteilung der Anzahl der Zuordnungen zur hierarchisierten Mordibidiätsgruppen 2008–2011 (Legende des Box-Plots: * – Extremwerte, o – Ausreißer; eigene Berechnung und Darstellung)

Die Betrachtung der mittleren Zahl der HMG-Zuordnungen zeigt, dass in der IG der Mittelwert 2008–2011 um im Durchschnitt eine Zuordnung pro Versicherten ansteigt ($\bar{x}_{IG, 2008} = 1,3$; $\bar{x}_{IG, 2011} = 2,3$). Der Anstieg fällt in der KG mit im Mittel etwa 0,5 Zuordnungen moderater aus ($\bar{x}_{KG, 2008} = 1,4$; $\bar{x}_{KG, 2011} = 1,9$) und ist nicht kontinuierlich. Im Jahr 2010 sinkt der Mittelwert etwas. Der Mittelwert ist in jedem Jahr in der IG etwas höher ist als in der KG. Der Unterschied ist jedoch lediglich im Jahr nach der Intervention (2011) statistisch signifikant mit kleiner Effektgröße ($p \leq ,05$; vgl. Anhang 42). Die inhaltliche Relevanz der mittleren Differenz von 0,4 ist jedoch kritisch zu bewerten.

Anhang 42: Vergleich von statistischen Kennzahlen und Mittelwerten für die Zahl der Zuordnungen zu hierarchisierten Morbiditätsgruppen 2008–2011 der Interventions- und Kontrollgruppe (eigene Berechnung und Darstellung)

		Stichprobe		Teststatistik
		IG	KG	
2008	n	312	307	
	MW	1,26	1,38	
	SD	1,48	1,49	
	Min/Max	0/9	0/10	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	-0,12 [-0,356; 0,113]		t (617) = -1,017, p = ,309
2009	n	312	307	
	MW	1,78	1,71	
	SD	1,72	1,64	
	Min/Max	0/10	0/11	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	0,07 [-0,193; 0,337]		t (617) = 0,532, p = ,595
2010	n	312	307	
	MW	1,89	1,66	
	SD	1,77	1,45	
	Min/Max	0/10	0/8	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	0,23 [-0,025; 0,485]		t (617) = 1,769, p = ,077
2011	n	309	304	
	MW	2,28	1,89	
	SD	1,89	1,66	
	Min/Max	0/12	0/12	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	0,39* [0,108; 0,672]		t (611) = 2,715, p = ,007, r = ,109

Der Verlauf der HMG-Zuordnungen über die Zeit in IG und KG zeigt, dass der Mittelwert in der KG während der Intervention zunächst leicht sinkt und nach der Intervention ansteigt. In der IG steigt die Kennzahl für Morbidität während und nach der Intervention an. Der Unterschied zwischen beiden Gruppen ist jedoch gering und die Konfidenzintervalle überschneiden sich (vgl. Anhang 43). Die Entwicklung zwischen beiden Gruppen ist über die Zeit betrachtet signifikant unterschiedlich mit sehr kleiner Effektgröße ($F(1,862, 1137,436) = 5,081, p = ,008, \eta^2 = 0,008$). Lediglich 0,8 % der Gesamtvarianz der Zahl der HMG-Zuordnungen werden durch die Wechselwirkung von Zeit und der Zuordnung zur Interventions- oder Kontrollgruppe erklärt. Die Relevanz der unterschiedlichen Entwicklungen in IG und KG ist kritisch zu bewerten.



ANOVA (Zeit*IG/KG): $F = 5,081, p = ,008, \eta^2 = 0,008$

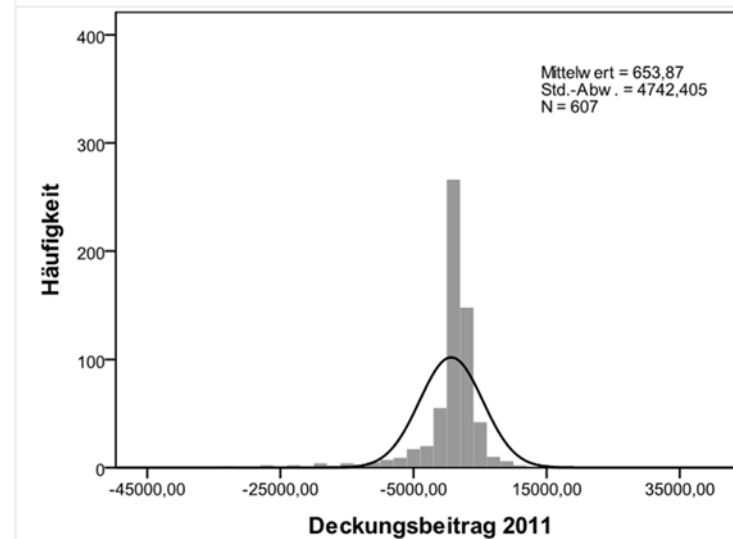
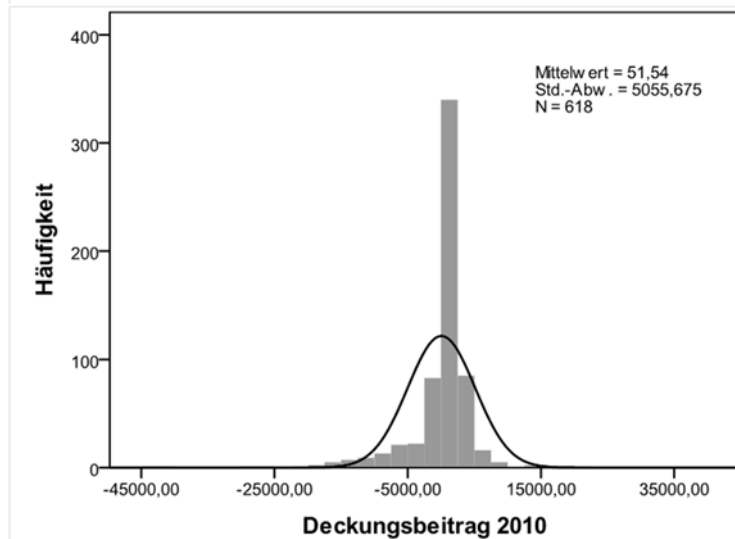
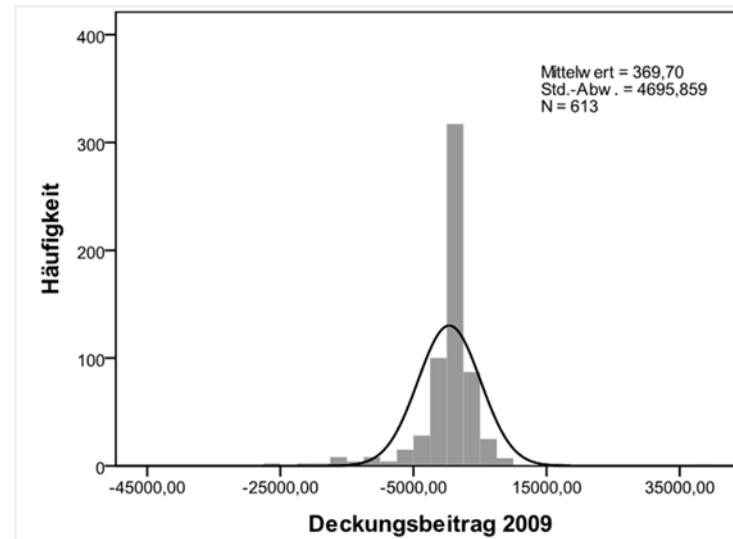
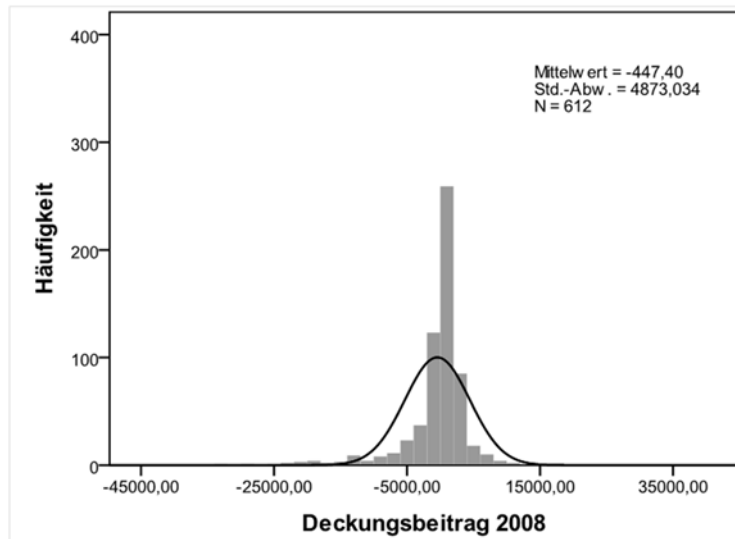
Anhang 43: Verlaufsdigramm für die Zahl der Zuordnungen zu hierarchisierten Morbiditätsgruppen vor, während und nach der Intervention für Interventions- und Kontrollgruppe (N = 613; eigene Berechnung und Darstellung)

Deckungsbeitrag

Der mittlere Deckungsbeitrag in der gesamten Studienpopulation schwankt im Messzeitraum zwischen $\bar{x}_{2008} = -447,40$ EUR und $\bar{x}_{2011} = 653,87$ EUR, die Werte weisen eine breite Streuung auf (vgl. Anhang 44 und Anhang 45). Der geringste Wert im betrachteten Zeitraum beträgt Min. = -42.506,13 EUR, der größte Wert Max. = 39.195,29 EUR.

Anhang 44: Statistische Kennzahlen zum Deckungsbeitrag (EUR) 2008–2011 (eigene Berechnung und Darstellung).

Deckungsbeitrag	2008	2009	2010	2011
MW	-447,40	369,70	51,54	653,87
SD	4873,03	4695,86	5055,67	4742,40
Min	-33.131,42	-27.88,49	-42.506,13	-32.396,73
Max	14.701,55	39.195,29	20.494,29	15.241,91
Q1	-836,60	-290,82	-158,35	417,21
Q2	497,92	911,95	1020,03	1397,24
Q3	1506,98	2117,16	1969,73	2564,84
N	612	613	618	607



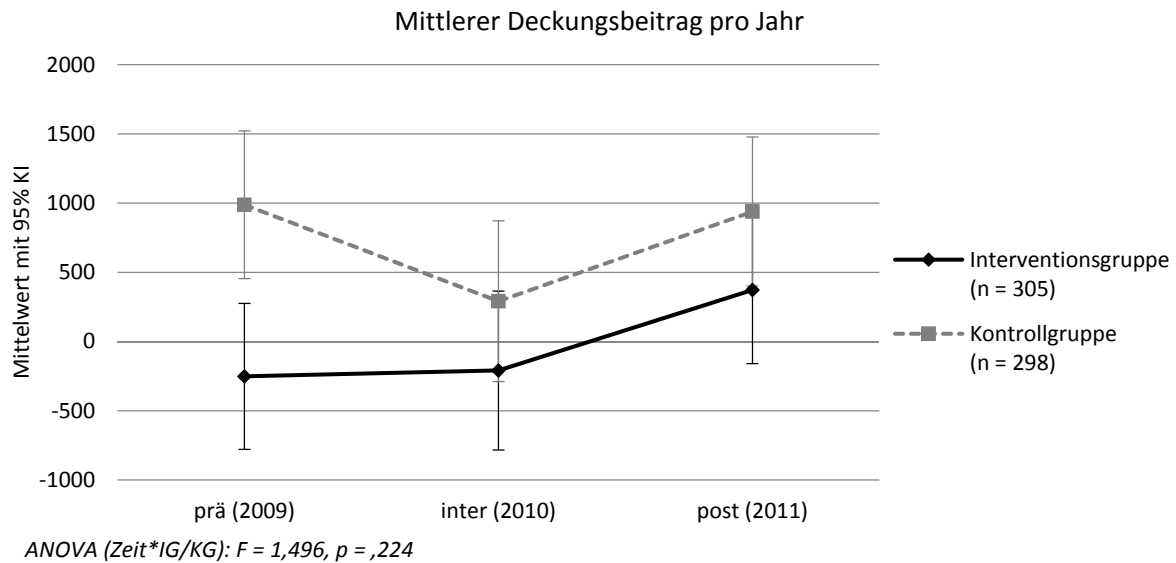
Anhang 45: Werteverteilung des Deckungsbeitrags (EUR) 2008–2011 (Histogramme mit Normalverteilungskurve; eigene Berechnung und Darstellung)

Im Vergleich von IG und KG ist festzustellen, dass in der IG der mittlere Deckungsbeitrag im Betrachtungszeitraum außer im Jahr 2011 negativ ist. Im Jahr 2008 beträgt er ca. $\bar{x} = -894$ EUR. Diese negative Summe verringert sich bis 2010 auf ca. $\bar{x} = -173$ EUR und ist 2011 positiv mit einem Betrag von ca. 347 EUR. Der mittlere Deckungsbeitrag der Kontrollgruppe ist durchgehend positiv und höher als in der Interventionsgruppe, er schwankt jedoch erheblich zu den einzelnen Messzeitpunkten zwischen 2 EUR und 992 EUR. Die Mittelwerte von IG und KG unterscheiden sich 2008 (Differenz = -896,62 EUR) und 2009 (Differenz = -1238,71 EUR) signifikant voneinander. Im Interventionsjahr 2010 sowie im Jahr darauf sind die Unterschiede nicht signifikant (vgl. Anhang 46).

Anhang 46: Vergleich von Mittelwerten und statistischen Kennzahlen für den Deckungsbeitrag (EUR) 2008–2011 der Interventions- und Kontrollgruppe (eigene Berechnung und Darstellung)

		Stichprobe		Teststatistik
		IG	KG	
2008	n	307	305	
	MW	-894,24	2,38	
	SD	5392,74	4248,50	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	-896,62* [-1667,143; -126,096]		t (579,933) = -2,285, p = ,023, r = ,094
2009	n	308	305	
	MW	-246,62	992,09	
	SD	5325,91	3869,57	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	-1238,71** [-1976,758; -500,653]		t (560,655) = -3,297, p = ,001, r = ,138
2010	n	312	306	
	MW	-173,61	281,11	
	SD	5646,06	4369,95	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	-454,72 [-1251,492; 342,061]		t (584,565) = -1,121, p = ,263
2011	n	306	301	
	MW	347,73	965,10	
	SD	5546,69	3736,22	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	-617,37 [-1370,325; 135,584]		t (535,443) = -1,611; p = ,108

Der Verlauf des Deckungsbeitrags über die Zeit in IG und KG zeigt, dass der Mittelwert in der KG während der Intervention sinkt und nach der Intervention auf ein ähnliches Niveau wie im Jahr vor der Intervention ansteigt. In der IG bleibt die Kennzahl etwa konstant und steigt nach der Intervention an. Die Verläufe sind zwar unterschiedlich und auch die mittleren Unterschiede zwischen beiden Gruppen sind groß, es besteht jedoch keine signifikante Wechselwirkung bzw. es ist kein Effekt der Intervention nachzuweisen ($F(2, 1202) = 1,496, p = ,224$; vgl. Anhang 47).



Anhang 47: Verlaufsdiagramm für den mittleren Deckungsbeitrag (EUR) vor, während und nach der Intervention für Interventions- und Kontrollgruppe (N = 610; eigene Berechnung und Darstellung)

Zusammenfassung und Diskussion

Die mittleren ambulanten Behandlungskosten in den einzelnen Jahren 2009–2011 sind zwischen IG und KG signifikant unterschiedlich und die mittleren Kosten der IG liegen zu jedem Messzeitpunkt höher als in der KG. Allerdings besteht kein signifikanter Effekt der Intervention zwischen IG oder KG über die Zeit. Die Heil- und Hilfsmittelverordnungen betreffend ist festzustellen, dass lediglich einem geringen Anteil der Versicherten des Samples entsprechende Leistungen verordnet wurden. Zu allen Messzeitpunkten ist die Zahl der Hilfsmittelverschreibungen in der IG höher als in der KG und steigt kontinuierlich an. Für beide Outcomes sind im zeitlichen Verlauf keine signifikanten Veränderungen der Zahl der Verordnungen zwischen IG und KG nachzuweisen. Ähnliches gilt für die mittleren Heil- und Hilfsmittelkosten. Zu allen Messzeitpunkten waren diese in der IG höher als in der KG und stiegen kontinuierlich an. Während in der KG die mittleren Heilmittelkosten im Messzeitraum etwa konstant blieben, stiegen die Hilfsmittelkosten leicht an und waren im Jahr nach der Intervention etwa genauso hoch wie die der IG. Insgesamt besteht kein signifikanter Effekt der Intervention auf die Entwicklung der Heil- und Hilfsmittelkosten. Die mittlere Zahl der HMG-Zuordnungen nimmt über die Zeit (2008–2011) in der gesamten Studienpopulation zu. In der KG sinkt die mittlere Zahl der HMG-Zuordnungen im Jahr 2010 zunächst leicht und steigt im Jahr 2011 an. Die Zahl der HMG-Zuordnungen ist im Messzeitraum in der IG im Mittel etwas höher als in der KG. Über die Zeit betrachtet, entwickeln sich IG und KG signifikant unterschiedlich, es kann also ein Effekt der Intervention auf die Zahl der HMG-Zuordnungen vermutet werden. Der Deckungsbeitrag der Versicherten des Samples schwankt im Messzeitraum (2008–2011) und entwickelt sich zwischen IG und KG unterschiedlich. In der IG steigt er kontinuierlich von Jahr zu Jahr an, während er in der KG abwechselnd sinkt und steigt. Die mittlere Differenz zwischen IG und KG ist lediglich in den Jahren 2008 und 2009 signifikant. Es gibt keine signifikante Wechselwirkung über die Zeit und nach IG/KG und damit ist kein Effekt der Intervention auf diese Kennzahl anzunehmen.

Die Ergebnisse der dargestellten Kennzahlen entsprechen in etwa den Ergebnissen, die bereits in Abschn. 5.5 dargestellt wurden. Es kann geschlussfolgert werden, dass auch diese Kennzahlen nicht zur Messung von Effekten der Intervention geeignet sind. Dies hat ähnliche Gründe, wie sie bereits

diskutiert wurden (Abschn. 6.1.2 und 6.2.2). Die Kennzahl „ambulante Gesamtkosten“ wird vermutlich durch viele einzelne Kostenvariablen beeinflusst, die nicht mit der chronischen Erkrankung, die die Intervention indiziert hatte, zusammenhängen. Dies gilt ebenfalls für die Outcomes zu Heil- und Hilfsmitteln. Für diese Kennzahlen kommt hinzu, dass nur wenige Versicherte überhaupt entsprechende Leistungen in Anspruch genommen haben und Kosten angefallen sind. Die geringe Fallzahl erschwert es, aussagekräftige Effekte zu ermitteln. Des Weiteren sind Heil- und Hilfsmittel jedoch nicht unmittelbar Leistungen, die für die chronische Krankheit, die das Coaching fokussierte, relevant sind. Die verordneten Heil- und Hilfsmittel können auch mit der Versorgung anderer Erkrankungen zusammenhängen. Ferner kann anhand der geringen Zahl von Kosten und Leistungsanspruchnahme von Heil- und Hilfsmitteln geschlussfolgert werden, dass dieser Bereich im telefonischen Gesundheitscoaching für die Verbesserung von Versorgungsqualität und Steuerung von Leistungsanspruchnahme nicht im Fokus steht. Entsprechende Leistungen können aber relevant für die Versorgung bei HKE wie bspw. Schlaganfall sein können, deren Folgen häufig die Unterstützung von Heil- und Hilfsmitteln erfordern und Lebensqualität und Versorgung verbessern.

Der hohe Anteil von Versicherten mit mindestens einer HMG-Zuordnung im Sample war zu erwarten, da chronisch Erkrankte als Zielgruppe im Fokus der Intervention bzw. der Evaluation standen. Gleichzeitig deckte das Krankheitsspektrum mit HKE, psychischen Erkrankungen oder Komorbidität, auf die die Intervention ausgerichtet war, eine Vielzahl von Erkrankungen ab, die auch den hierarchisierten Morbiditätsgruppen entsprechen. Im Vergleich mit allen gesetzlich Krankenversicherten, wird zudem deutlich, dass im Jahr 2009 immerhin mehr als ein Drittel aller Versicherten mindestens eine HMG zugeordnet wurde (Drösler et al., 2011). Gleichzeitig stieg im Messzeitraum bundesweit unter allen Versicherten die Zahl der HMG-Zuordnungen an, so dass die Beobachtung in die allgemeine Entwicklung dieser Kennziffer passt. Dementsprechend ist die signifikant unterschiedliche Entwicklung zwischen IG und KG von 2009–2011 kritisch zu bewerten. Weiterhin ist der statistisch signifikante Unterschied von 0,4 HMG-Zuordnungen im Jahr 2011 zwischen IG und KG hinsichtlich seiner Relevanz zu hinterfragen. Dieser Unterschied ist sehr gering und praktisch nicht erlösrelevant für die Krankenkasse. Es ist zudem fraglich, ob die Intervention tatsächlich Einfluss auf die komplexen Kriterien für eine HMG-Zuordnung und die damit verbundenen Voraussetzungen nehmen kann, wie bspw. Kodierung und Abrechnung von ambulanten Leistungen und Verordnungen. Es ist vielmehr der Unterschied des mittleren Niveaus festzustellen, bei fast paralleler Kennzahlentwicklung zwischen IG und KG. Dies wurde bereits für andere Outcomes beobachtet. Die Gründe für diese teils signifikanten mittleren Unterschiede zu den einzelnen Messzeitpunkten, sind jedoch nicht bekannt bzw. mit dem Studiendesign nicht zu eruieren. Nicht erhobene Faktoren können diese Unterschiede im Niveau von Kosten und Leistungsanspruchnahme determinieren (z.B. Freiwilligenbias, Selbstselektion).

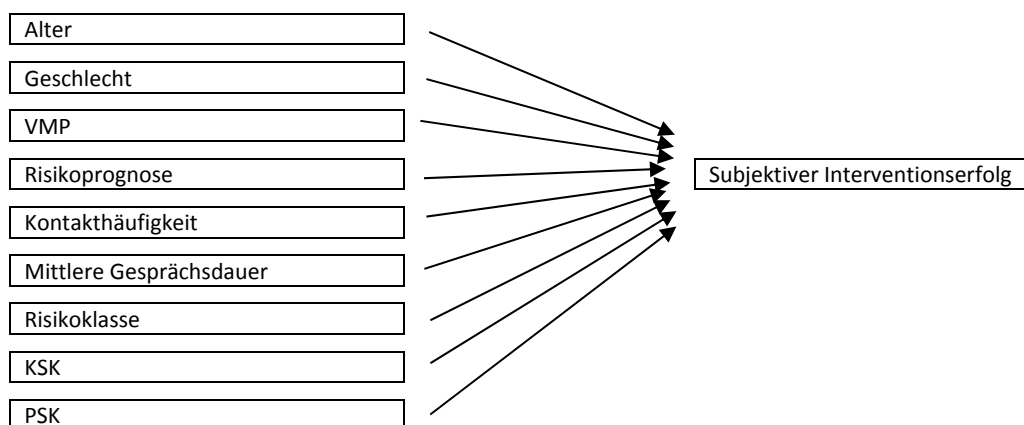
Der Deckungsbeitrag ist zwar eine relevante Größe hinsichtlich der Finanzlage für die Krankenkasse, ist jedoch von Faktoren und Kriterien wie der der HMG-Zuordnungen abhängig und damit kaum von Interventionen wie telefonischem Gesundheitscoaching beeinflussbar. Diese Kennzahl ist also zusätzlich verzerrt und abhängig von HMG-Zuordnungen und anderen Faktoren des Gesundheitsfonds/M-RSA. Auch bei dieser Kennzahl fließen neben den Daten zu chronischen Erkrankungen, die die Coachingteilnahme indizierten, weitere, VMP-unabhängige Daten zu Kosten und Leistungsanspruchnahme ein. Der Deckungsbeitrag kann also nicht als Hinweis auf verbesserte, bedarfsorientierte Versorgung verstanden werden. Es kann vermutet werden, dass der im Zeitverlauf erhöhte und positive

Deckungsbeitrag mit der zunehmenden mittleren Zahl von HMG-Zuordnungen im Sample zusammenhängt und damit eine verbesserte bzw. eine effiziente, erlösorientierte oder -optimierte Kodierung und Abrechnung widerspiegelt.

Anhang 48: Explorative Analyse

Subjektiver Interventionserfolg (Regressionsmodell)

Ausgehend von der Beobachtung, dass die Mittelwerte des Summenscores „Subjektiver Interventionserfolg“ sich nur geringfügig zwischen den drei VMP unterscheiden, kann vermutet werden, dass andere Faktoren einen Einfluss auf den Interventionserfolg haben (vgl. Abschn. 5.2.1, S. 133 und Anhang 15). Daher wird ein Regressionsmodell für die IG gebildet und überprüft. Die Fragestellung lautet: Welche Faktoren erklären das Outcome subjektiver Interventionserfolg? Es wird angenommen, dass neben soziodemografischen Informationen (Geschlecht, Alter), der Zuordnung zu einem VMP und Angaben zur Schwere der Erkrankung (Risikoprognose, Risikoklasse) auch Aspekte zu subjektiver Gesundheit und Lebensqualität (KSK, PSK), Kontakthäufigkeit und mittlere Gesprächsdauer des Coachings Prädiktoren sein können. Um ihren Einfluss auf den subjektiven Interventionserfolg zu untersuchen, wird die Stichprobe mittels eines multiplen linearen Regressionsmodells untersucht (s. Darstellung des Modells in Anhang 49). Die Prädiktoren wurden aus inhaltlichen und theoretischen Überlegungen heraus ausgewählt. Im Vorhinein ist unklar, welche Variablen das Outcome am besten vorhersagen. Daher wird ein exploratives Vorgehen gewählt und zunächst mit der direkten Methode (*Einschluss/Enter/Blockweise*) versucht ein Modell zu entwickeln, das die Prognose am besten abschätzt (Schendera, 2014).



Anhang 49: Regressionsmodell zum subjektiven Interventionserfolg (eigene Darstellung)

Die eingeschlossenen Variablen der Gleichung und ihre Parameter sind in Anhang 50 dargestellt. Demnach ist lediglich die Variable zur durchschnittlichen Gesprächsdauer des Coachings für die Erklärung des Outcomes subjektiver Interventionserfolg nützlich (Modellgleichung: *Subjektiver Interventionserfolg = 1,004 - 0,001 * Durchschnittliche Gesprächszeit*). Der standardisierte Regressionskoeffizienten Beta zeigt, dass der Einfluss der mittleren Gesprächsdauer (-,184) eher gering und negativ ist, d. h. je länger die mittlere Gesprächsdauer, desto höher ist der subjektive Interventionserfolg. Die anderen unabhängigen Variablen tragen nicht zur Erklärung des Outcomes bei. Das Modell erklärt lediglich 6 % der Variation der abhängigen Variable ($R^2 = ,063$, korrigiertes $R^2 = ,029$). Es ist daher nicht zur Erklärung des multivariaten Zusammenhangs geeignet.

Anhang 50: Lineares Regressionsmodell mit Prädiktoren für subjektiven Interventionserfolg (95 % KI in eckigen Klammern; Methode: Einschluss, n = 285; eigene Berechnung und Darstellung)

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte	p-Wert
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta	
Konstante	0,981 [-0,185; 2,146]	,593		,099
Geschlecht	-0,069 [-0,266; 0,128]	,100	-,043	,489
Alter	-0,002 [-0,010; 0,007]	,004	-,024	,724
Risikoprognose	0,045 [-0,019; 0,109]	,033	,090	,166
VMP_Psych (Dummy-Variable)*	-0,126 [-0,389; 0,138]	0,134	-,075	,348
VMP_Komorb (Dummy-Variable)*	-0,100 [-0,349; 0,149]	,127	-,061	,430
Anzahl telefon. Kontakte	-0,056 [-0,127; 0,015]	,036	-,109	,120
Durchschnittl. Gesprächszeit	-0,001 [-0,001; 0,000]	,000	-,182	,004
Risikoklasse (I & II)~	0,055 [-0,141; 0,251]	,100	,035	,579
KSK	0,007 [-0,002; 0,016]	,004	,101	,117
PSK	-0,007 [-0,016; 0,002]	,005	-,109	,107

* VMP wurde über Dummy-Variablen kodierte, aufgrund der nominalen Ausprägung der Variable VMP (Field, 2013; Pospeschill, 2012). ~ RK III ist wegen zu geringer Fallzahl nicht berücksichtigt worden.

Subjektive Gesundheit und Lebensqualität: Zur Unterscheidung von VMP und VMP-spezifischen Interventions- und Kontrollgruppen

Wahrnehmung physischer Gesundheit und Lebensqualität

Die mittlere subjektive physische Gesundheit und Lebensqualität unterscheidet sich zwischen den VMP: Die Versicherten für das VMP Komorbidität haben den geringsten Wert für die KSK ($\bar{x} = 42,66$), d. h. sie bewerten körperliche Aspekte ihrer Gesundheit am schlechtesten. Die Gruppe der psychisch erkrankten Befragten bewertet ihre körperliche Gesundheit nach KSK besten ($\bar{x} = 46,12$). Fast ebenso gut schätzt die Gruppe der Herz-Kreislauf-Erkrankten diese ein ($\bar{x} = 45,34$) (vgl. Anhang 51). Die Unterschiede zwischen den drei Gruppen sind statistisch signifikant ($F(2, 615) = 5,482, p = ,004, \eta^2 = ,018$). Der Post hoc Test (Scheffé), der die drei VMP vergleicht, bestätigt, dass sich insbesondere die Versicherten des VMP für Komorbidität von den anderen beiden Gruppen signifikant unterscheiden (zu HKE: $p = ,048$, zu psychischen Erkr.: $p = ,007$). Die Unterschiede zwischen den Teilnehmenden der VMP HKE und psychische Erkrankungen sind nicht signifikant ($p = ,799$). Die mittleren Unterschiede der Befragten des VMP Komorbidität erreichen jedoch nicht die klinisch relevante Differenz von ≥ 5 . Die VMP-spezifischen IG und KG unterscheiden sich jeweils nicht signifikant (es besteht kein Interaktionseffekt zwischen den Variablen IG/KG und den VMP: $F(2, 612) = 2,336, p = ,098$), d. h. die jeweiligen IG und KG eines VMP bewerten ihre subjektive Gesundheit und Lebensqualität ähnlich (vgl. Anhang 51).

Anhang 51: Streu- und Lagemaße für körperliche Summenskala der deutschen Normstichprobe und der Studienpopulation (markierte und hervorgehobene Mittelwerte weichen auf signifikant voneinander ab; Quelle: Studiendaten, Bullinger & Kirchberger, 1998; eigene Berechnung und Darstellung)

	Dt. Normstichprobe		Stichprobe			Substichproben			Psych. Erkr.			Komorbidität		
	Gesamt	chron. & akt. Erkr.	gesamt	IG	KG	IG	KG	gesamt	IG	KG	gesamt	IG	KG	gesamt
N	2773	1861	618	311	307	105	101	206	102	103	205	104	103	207
MW	50,21	47,16	44,71	44,69	44,74	45,61	45,14	**45,38	47,14	45,10	**46,12	41,36	43,98	**42,66
SD	10,24	10,59	11,27	11,50	11,04	11,04	11,12	11,06	11,20	11,20	11,22	11,57	10,87	11,28
Min/Max	5,33/ 68,72	4,68/ 72,85	9,13/ 65,97	9,13/ 64,75	10,79/ 65,97	9,13/ 64,75	18,17/ 62,54	9,13/ 64,75	15,06/ 64,24	16,90/ 65,97	15,06/ 65,97	13,36/ 60,70	10,79/ 63,91	10,79/ 63,91
Q1	44,48	38,95	36,67	36,28	36,83	41,02	38,01	38,74	37,57	35,97	36,60	32,30	37,58	35,71
Q2	53,46	49,28	46,96	46,98	46,94	48,92	47,49	47,93	48,96	47,88	48,56	42,37	45,68	43,37
Q3	57,08	54,80	53,86	53,86	53,90	53,77	54,72	54,57	56,25	53,37	55,56	51,36	52,70	51,74

Anhang 52: Streu- und Lagemaße für psychische Summenskala der deutschen Normstichprobe und der Studienpopulation (markierte und hervorgehobene Mittelwerte weichen signifikant voneinander ab; Quelle: Studiendaten, Bullinger & Kirchberger, 1998; eigene Berechnung und Darstellung)

	Dt. Normstichprobe		Stichprobe			Substichprobe			Psych. Erkr.			Komorbidität		
	Gesamt	chron. & akt. Erkr.	gesamt	IG	KG	IG	KG	gesamt	IG	KG	gesamt	IG	KG	gesamt
N	2773	1861	618	311	307	105	101	206	102	103	205	104	103	207
MW	51,54	48,89	48,98	*47,64	*50,34	52,96	53,77	***53,36	*41,48	*47,31	***44,41	48,30	50,00	***49,15
SD	8,14	10,74	11,36	11,65	10,92	8,85	8,82	8,82	11,56	11,75	11,99	11,46	11,07	11,27
Min/Max	11,85/ 73,25	0,55/ 73,71	13,40/ 70,91	13,40/ 70,91	18,58/ 69,68	27,96/ 70,91	23,07/ 66,44	23,07/ 70,91	20,25/ 61,60	20,63/ 64,05	20,25/ 64,05	13,40/ 63,93	18,58/ 69,68	13,40/ 69,68
1. Quartil	48,03	43,38	42,63	39,44	46,42	48,53	49,81	49,54	31,45	40,15	34,16	43,14	44,70	44,14
2. Quartil	53,04	51,17	51,70	50,17	52,92	55,42	55,42	55,42	42,02	50,77	46,55	51,56	53,77	52,49
3. Quartil	56,71	56,07	57,47	57,05	58,24	59,37	59,24	59,32	51,21	56,12	54,15	56,78	57,13	56,94

Wahrnehmung psychosozialer und emotionaler Gesundheit und Lebensqualität

Zwischen den drei VMP bestehen mittlere Unterschiede hinsichtlich subjektiver psychischer Gesundheit und Lebensqualität. Die Versicherten für das VMP psychische Erkrankungen haben den geringsten Wert für die psychische Summenskala ($\bar{x} = 44,41$), d. h. bewerten psychische Aspekte ihrer Gesundheit am schlechtesten. Die Gruppe der Befragten mit HKE bewertet ihre psychische Gesundheit am besten ($\bar{x} = 53,36$), dazwischen sind die Versicherten mit Zuordnung zum VMP Komorbidität einzuordnen ($\bar{x} = 49,15$) (vgl. Anhang 52). Die Mittelwertdifferenz innerhalb des Samples zwischen den VMP ist mit bis zu 8,94 groß und entsprechend sind die Mittelwertdifferenzen der VMP signifikant ($F(2, 615) = 35,418, p \leq ,000, \eta^2 = .103$). Der Post hoc Test (Scheffé), der die drei VMP vergleicht, ergibt, dass sich alle drei VMP signifikant voneinander unterscheiden (jew. $p \leq ,000$) und dass die Unterschiede teils auch die klinisch relevante Differenz von ≥ 5 erreichen.²² Weiterhin besteht ein signifikanter Unterschied mit kleiner Effektgröße zwischen den VMP-spezifischen IG und KG ($F(2, 612) = 3,244, p = ,040, \eta^2 = ,010$). Der Unterschied ist bei Betrachtung der Mittelwerte vermutlich auf das VMP für psychische Erkrankungen zurückzuführen, hier beträgt die mittlere Differenz zwischen IG und KG 5,83 (vgl. Anhang 52). Die IG des VMP psychische Erkrankungen bewertet ihre psychische und emotionale Gesundheit demnach deutlich schlechter als die Kontrollgruppe desselben VMP. Im Vergleich zur erkrankten Allgemeinbevölkerung ist festzustellen, dass der Mittelwert für das VMP psychische Erkrankungen ($\bar{x}_{\text{VMP psych. Erkr.}} = 44,41$ deutlich unter dem Mittelwert der erkrankten Normstichprobe liegt ($\bar{x}_{\text{Normstichprob. erkr.}} = 48,89$, Differenz = 4,48). Der Mittelwert für das VMP HKE ($\bar{x}_{\text{HKE}} = 53,36$) liegt beinahe fünf Punkte über dem der erkrankten Normstichprobe (Differenz = 4,47) (vgl. Anhang 52).

Allgemeine Gesundheitswahrnehmung und -entwicklung

Die Mittelwerte für die Bewertung der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung unterschieden sich nach VMP: Befragte des VMP für HKE bewerteten die allgemeine Gesundheitswahrnehmung etwas besser als die Befragten der Gruppen Komorbidität und psychische Erkrankungen ($\bar{x}_{\text{HKE}} = 60,24, \bar{x}_{\text{Komorb.}} = 54,08, \bar{x}_{\text{Psych. Erkr.}} = 55,58; F(2, 616) = 5,016, p = ,007, r = 0,127$, vgl. Anhang 53). Der Vergleich der drei VMP mittels Post hoc Test (Scheffé) zeigt, dass die mittleren Differenzen zwischen VMP HKE und VMP Komorbidität signifikant sind (6,161, 95 % KI [1,188; 11,134], $p = ,010$). Auch wenn der Vergleich der Mittelwerte für VMP-spezifische IG und KG zeigt, dass die Werte der KG jeweils höher sind als die der IG, bestehen keine signifikanten Unterschiede ($F(1, 613) = 0,054, p = ,947$, vgl. Anhang 53).

Anhang 53: Vergleich der Mittelwerte für die Subskala allgemeine Gesundheitswahrnehmung nach Interventions- und Kontrollgruppe sowie und Versorgungsmanagementprogramm (markierte und hervorgehobene Mittelwerte weichen signifikant voneinander ab; Quelle: Studiendaten, Bullinger & Kirchberger, 1998; eigene Berechnung und Darstellung)

Dt. Normstichprobe	Stichprobe gesamt	Substichprobe Herz-Kreisl.-Erkr.			Komorbidität			Psych. Erkr.		
		IG	KG	Gesamt	IG	KG	gesamt	IG	KG	gesamt
68,05	56,62	59,43	61,08	**60,24	52,61	55,56	**54,08	54,57	56,58	**55,58

Weiterhin wurde die subjektive Gesundheitsentwicklung betrachtet. Zwischen den drei VMP bestehen keine signifikanten Unterschiede in der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung ($X^2(4) = 8,123$,

²² Die Mittelwertdifferenz zwischen VMP für psychische Erkrankungen und Komorbidität beträgt 4,74 und ist annähernd klinisch relevant, der Unterschied zum VMP Herz-Kreisl.-Erkr. ist klinisch relevant (Mittelwertdifferenz = 8,94). Der Mittelwertunterschied zwischen VMP Komorbidität und Herz-Kreislauf-Erkrankungen beträgt 4,21 und ist damit annähernd klinisch relevant.

p = ,087; vgl. Anhang 54; vgl. Abschn. 4.4.3). Allerdings bestehen signifikante Unterschiede zwischen den VMP-spezifischen IG und KG ($X^2_{HKE} (2) = 9,289$, p = ,010, Cramér's V = ,212; $X^2_{Komorb.} (2) = 33,782$, p ≤ ,001, Cramér's V = ,403; $X^2_{Psych. Erkr.} (2) = 18,160$, p ≤ ,001, Cramér's V = ,298): Die Unterschiede liegen in einer Verbesserung der subjektiven Gesundheit in den IG, während in den Kontrollgruppen der Anteil der Befragten höher ist, die einen unveränderten oder sogar einen schlechteren Gesundheitszustand im Vergleich zum Vorjahr wahrnehmen.

Anhang 54: Häufigkeitsverteilung der Bewertung der Gesundheitsentwicklung nach Interventions- und Kontrollgruppe sowie Versorgungsmanagementprogramm (eigene Berechnung und Darstellung)

Gesundheitsveränderung im Vergleich zum Vorjahr		Herz-Kreisl.-Erkr.			Komorbidität			Psych. Erkr.		
		IG	KG	gesamt	IG	KG	gesamt	IG	KG	gesamt
Derzeit viel besser	n	9	1	10	15	4	19	12	5	17
	%	8,57	0,99	4,85	14,29	3,88	9,13	11,8	4,9	8,29
Derzeit etwas besser	n	27	15	42	37	10	47	40	18	58
	%	25,71	14,85	20,39	35,24	9,71	22,60	39,2	17,5	25,29
Etwa wie vor einem Jahr	n	54	66	120	34	69	103	40	63	103
	%	51,43	65,35	58,25	32,38	66,99	49,52	39,2	61,2	50,24
Derzeit etwas schlechter	n	11	18	29	16	11	27	6	9	15
	%	10,48	17,82	14,08	15,24	10,68	12,98	5,9	8,7	7,32
Derzeit viel schlechter	n	4	1	5	3	9	12	4	8	12
	%	3,81	0,99	2,43	2,86	8,74	5,77	3,9	7,8	5,85
Gesamtsumme	n	105	101	206	105	103	208	102	103	205
	%	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Leistungsinanspruchnahmen und Kosten: Zur Unterscheidung von VMP-spezifischen Interventions- und Kontrollgruppen

Anzahl der Erkrankungsfälle

Die Interventionsgruppe des VMP HKE hat im Vergleich zu den anderen beiden VMP die geringste mittlere Zahl von Erkrankungsfällen. Der Vergleich von IG und KG zeigt, dass für die IG im Ausgangsjahr 2008 im Mittel 0,7 weniger Erkrankungsfälle dokumentiert wurden als für die KG (n. s.). Zwischen Fällen und Kontrollen bestehen in den Jahren vor (2009) und nach (2011) der Intervention signifikante Unterschiede (mittlere Differenz 2009 beträgt 1,5, im Jahr 2011 beträgt sie 1,8). Während des Coachings (2010) ist die mittlere Differenz von 1,3 Erkrankungsfällen nicht signifikant (vgl. Anhang 55). Im zeitlichen Verlauf wird deutlich, dass sich die mittlere Zahl der Arztbesuche zwischen IG und KG etwa parallel entwickelt: Im Interventionsjahr sinkt die Zahl der Erkrankungsfälle leicht und steigt im Jahr darauf an. Die Coachingteilnehmenden waren in jedem Jahr etwas häufiger in ambulanter ärztlicher Behandlung als die Kontrollgruppe (vgl. Anhang 56). Ein Effekt der Intervention für die Coachingteilnehmenden mit HKE ist anhand der Kennzahl nicht anzunehmen.

Anhang 55: Vergleich von statistischen Kennzahlen und Mittelwerten für Erkrankungsfälle 2008–2011 der versorgungsmanagementprogrammspezifischen Interventions- und Kontrollgruppen (eigene Berechnung und Darstellung)

		Substichproben								
		Herz-Kreisl.-Erkr.			Komorbidität			Psych. Erkr.		
		IG	KG	Teststatistik	IG	KG	Teststatistik	IG	KG	Teststatistik
2008	n	105	98		103	103		98	103	
	MW	10,82	11,53		15,36	13,71		14,30	12,58	
	SD	5,77	5,29		6,71	6,57		7,09	5,68	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	-0,712 [-2,248; 0,824]		t (201) = -0,914, p = ,362		1,650 [-0,175; 3,476]		t (204) = 1,783, p = ,076		1,713 [-0,070; 3,496]
2009	n	105	101		104	103		100	102	
	MW	12,30	10,85		15,62	13,20		14,72	12,38	
	SD	5,71	4,80		7,69	6,02		7,03	5,84	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	1,453* [0,002; 2,905]		t (204) = 1,974, p = ,050, r = ,137		2,412* [0,518; 4,305]		t (205) = 2,510, p = ,013, r = ,173		2,338* [0,542; 4,133]
2010	n	104	101		105	103		102	102	
	MW	11,85	10,56		15,51	13,09		14,53	11,08	
	SD	5,90	5,02		7,11	6,89		7,97	5,27	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	1,282 [-0,229; 2,792]		t (203) = 1,673, p = ,096		2,427* [0,513; 4,341]		t (206) = 2,500, p = ,013, r = ,172		3,451*** [1,584; 5,318]
2011	n	105	100		104	102		100	102	
	MW	13,30	11,46		13,95	11,87		14,90	12,22	
	SD	6,56	5,22		6,72	6,33		7,89	6,34	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	1,845* [0,208; 3,482]		t (203) = 2,222, p = ,027		2,079* [0,285; 0,286]		t (204) = 2,285, p = ,023, r = ,158		2,684** [0,701; 4,668]

Anhang 56: Entwicklung der jährlichen mittleren Erkrankungsfälle für Versicherte des Versorgungsmanagementprogramms Herz-Kreislauf-Erkrankungen vor, während und nach der Intervention für Interventions- und Kontrollgruppe (n = 204, F (1,507, 304,402) = 0,184, p = ,769; eigene Berechnung und Darstellung)

Anzahl der Arztbesuche (Erkrankungsfälle)	IG und KG	MW	SD	n
2009	IG	12,37	5,690	104
	KG	10,92	4,773	100
	Gesamt	11,66	5,298	204
2010	IG	11,85	5,897	104
	KG	10,60	5,035	100
	Gesamt	11,24	5,513	204
2011	IG	13,25	6,564	104
	KG	11,46	5,221	100
	Gesamt	12,37	5,997	204

Die Versicherten des VMP Komorbidität waren am häufigsten in ambulanter ärztlicher Behandlung, mit Ausnahme des Jahres 2011. Im Vergleich zu entsprechenden KG nahmen die Coachingteilnehmenden des VMP Komorbidität in jedem Jahr häufiger diese Leistungen in Anspruch. Die mittlere Differenz von 1,7 Erkrankungsfällen ist im Ausgangsjahr 2008 nicht signifikant, jedoch vor, während und nach Intervention (2009 & 2010 beträgt die mittlere Differenz 2,4, im Jahr 2011 beträgt sie 2,1; vgl. Anhang 55). Über die Zeit betrachtet entwickelt sich die mittlere Zahl der Arztbesuche etwa parallel: Im Interventionsjahr bleibt die Zahl der Erkrankungsfälle etwa konstant und sinkt im Jahr darauf (2011) (vgl. Anhang 57). Es ist kein Effekt der Intervention zu erkennen.

Anhang 57: Entwicklung der jährlichen mittleren Erkrankungsfälle für Versicherte des Versorgungsmanagementprogramms Komorbidität vor, während und nach der Intervention für Interventions- und Kontrollgruppe (n = 206, F (1,624, 331,319) = 0,090, p = ,877; eigene Berechnung und Darstellung)

Anzahl der Arztbesuche (Erkrankungsfälle)	IG und KG	MW	SD	n
2009	IG	15,62	7,688	104
	KG	13,24	6,045	102
	Gesamt	14,44	7,009	206
2010	IG	15,62	7,067	104
	KG	13,11	6,919	102
	Gesamt	14,37	7,090	206
2011	IG	13,95	6,721	104
	KG	11,87	6,330	102
	Gesamt	12,92	6,597	206

Die Coachingteilnehmenden des VMP für psychische Erkrankungen waren in jedem Jahr (2008–2011) häufiger in ambulanter ärztlicher Behandlung als die entsprechende Kontrollgruppe. Die mittlere Differenz von 1,7 Erkrankungsfällen ist im Ausgangsjahr 2008 nicht signifikant, jedoch vor, während und nach Intervention (2009 beträgt die mittlere Differenz 2,3, 2010 steigt die Differenz auf 3,5 Arztkontakte an und im Jahr 2011 beträgt sie 2,7; vgl. Anhang 55). Über die Zeit betrachtet bleibt die mittlere Zahl der Arztbesuche in der IG etwa konstant. In der KG sinkt sie insbesondere im Jahr 2010, im darauffolgenden Jahr steigt sie wieder auf Vorjahresniveau (2009) an (vgl. Anhang 58). Es ist kein Effekt der Intervention zu erkennen.

Anhang 58: Entwicklung der jährlichen mittleren Erkrankungsfälle für Versicherte des Versorgungsmanagementprogramms psychische Erkrankungen vor, während und nach der Intervention für Interventions- und Kontrollgruppe (n = 200, F (1,631, 323,001) = 0,562, p = ,536; eigene Berechnung und Darstellung).

Anzahl der Arztbesuche (Erkrankungsfälle)	IG und KG	MW	SD	n
2009	IG	14,72	7,025	100
	KG	12,51	5,816	100
	Gesamt	13,62	6,528	200
2010	IG	14,62	8,022	100
	KG	11,19	5,260	100
	Gesamt	12,90	6,981	200
2011	IG	14,90	7,889	100
	KG	12,30	6,349	100
	Gesamt	13,60	7,260	200

Kosten ambulanter ärztlicher Versorgung

Während im Ausgangsjahr die durchschnittlichen ambulanten Arztkosten in der IG noch etwas niedriger waren als in der KG, kehrte sich das Verhältnis in den darauffolgenden Jahren um: Vor und nach der Intervention sind die mittleren ambulanten Arztkosten der Coachingteilnehmenden mit HKE signifikant höher als in der entsprechenden KG. Im Interventionsjahr sinken die mittleren Kosten jedoch in der IG, so dass die Kosten in beiden Gruppen ähnlich sind (vgl. Anhang 59). Im zeitlichen Verlauf entwickeln sich die mittleren Kosten für ambulante ärztliche Behandlungen im VMP HKE zwischen IG und KG signifikant unterschiedlich mit kleiner Effektstärke (vgl. Anhang 60). Die Betrachtung der Kontraste verdeutlicht, dass sich die Kennzahl zwischen beiden Gruppen insbesondere nach der Intervention unterschiedlich entwickelt (2010 vs. 2011, $p = ,004$, $\eta^2 = ,041$).

Anhang 59: Vergleich von statistischen Kennzahlen und Mittelwerte für ambulante Arztkosten (EUR) 2008–2011 der versorgungsmanagementprogrammspezifischen Interventions- und Kontrollgruppe (eigene Berechnung und Darstellung)

		Substichproben								
		Herz-Kreisl.-Erkr.			Komorbidität			Psych. Erkr.		
		IG	KG	Teststatistik	IG	KG	Teststatistik	IG	KG	Teststatistik
2008	n	105	98		103	103		98	103	
	MW	666,46	894,10		1010,45	817,38		998,73	816,55	
	SD	411,20	1782,29		728,05	548,93		758,74	682,07	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	-227,640 [-580,198; 124,918]	t (201) = -1,273, p = ,204	193,070* [15,932; 370,209]	t (204) = 2,149, p = ,033, r = ,149	182,186 [-18,296; 382,668]	t (199) = 1,792, p = ,075			
2009	n	105	101		104	103		100	102	
	MW	829,12	641,39		1170,41	818,54		1041,43	853,40	
	SD	723,16	391,64		874,80	592,83		803,93	783,97	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	187,727* [28,526; 346,928]	t (161,476) = 2,329, p = ,021, r = ,180	351,869*** [147,096; 556,643]	t (181,304) = 3,391, p = ,001, r = ,244	188,027 [-32,281; 408,336]	t (200) = 1,683, p = ,094			
2010	n	104	101		105	103		102	102	
	MW	705,97	687,93		1127,58	837,67		993,40	680,18	
	SD	447,05	574,93		834,15	710,41		809,95	519,28	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	18,042 [-124,129; 160,213]	t (203) = 0,251, p = ,803	289,910** [77,916; 501,904]	t (206) = 2,696, p = ,008, r = ,185	313,218* [125,181; 501,255]	t (172,030) = 3,288, p = ,001, r = ,243			
2011	n	105	100		104	102		100	102	
	MW	948,85	616,35		883,11	761,35		868,06	751,02	
	SD	740,71	352,72		737,31	702,23		612,06	638,02	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	332,499*** [173,577; 491,421]	t (150,460) = 4,134, p ≤ ,001, r = ,319	121,766 [-76,102; 319,634]	t (204) = 1,213, p = ,226	117,046 [-56,475; 290,567]	t (200) = 1,330, p = ,185			

Anhang 60: Entwicklung der jährlichen mittleren ambulanten Arztkosten (EUR) für Versicherte des Versorgungsmanagementprogramms Herz-Kreislauf-Erkrankungen vor, während und nach der Intervention für Interventions- und Kontrollgruppe (n = 204, F (1,837, 371,094) = 4,560, p = ,013, $\eta^2 = ,022$; eigene Berechnung und Darstellung)

Arztkosten	IG und KG	MW	SD	n
2009	IG	833,87	725,02	104
	KG	645,96	390,90	100
	Gesamt	741,75	591,69	204
2010	IG	705,97	447,05	104
	KG	691,33	576,81	100
	Gesamt	698,79	513,53	204
2011	IG	952,74	743,22	104
	KG	616,35	352,72	100
	Gesamt	787,84	607,75	204

Die höchsten Kosten für ambulante ärztliche Behandlungen fielen für die Versicherten des VMP Komorbidität an. Die mittleren ambulanten Arztkosten sind zu jedem Messzeitpunkt in der Gruppe der Coachingteilnehmenden des VMP Komorbidität höher als in der entsprechenden KG. In den Jahren 2008–2010 ist die mittlere Differenz zwischen beiden Gruppen statistisch signifikant mit kleiner Effektgröße, im Jahr nach der Intervention nähern sich die mittleren Kosten an (vgl. Anhang 59). Über die Zeit betrachtet bleiben die mittleren Arztkosten während der Intervention im Vergleich zum Vorjahr in beiden Gruppen etwa konstant, im Jahr nach der Intervention sinken sie in beiden Gruppen, insbesondere sinken sie in der IG (vgl. Anhang 61). Die Veränderungen über die Zeit zwischen IG und KG sind jedoch nicht signifikant. Ein Effekt der Intervention kann zwar vermutet aber nicht nachgewiesen werden.

Anhang 61: Entwicklung der jährlichen mittleren ambulanten Arztkosten (EUR) für Versicherte des Versorgungsmanagementprogramms Komorbidität vor, während und nach der Intervention für Interventions- und Kontrollgruppe (n = 206, F (1,545, 315,137) = 1,692, p = ,192; eigene Berechnung und Darstellung)

Arztkosten	IG und KG	MW	SD	n
2009	IG	1170,41	874,80	104
	KG	821,00	595,23	102
	Gesamt	997,40	767,94	206
2010	IG	1134,91	834,78	104
	KG	839,08	713,77	102
	Gesamt	988,43	789,38	206
2011	IG	883,11	737,31	104
	KG	761,35	702,23	102
	Gesamt	822,82	720,99	206

Die mittleren ambulanten Arztkosten sind in der IG des VMP für psychische Erkrankungen zu jedem Messzeitpunkt 2008–2011 höher als in der Kontrollgruppe. Die mittlere Differenz zwischen den beiden Gruppen erreicht jedoch lediglich im Interventionsjahr 2010 statistische Signifikanz mit kleiner Effektstärke (vgl. Anhang 59). Vor, während und nach der Intervention sinken die mittleren Arztkosten in der Gruppe der Coachingteilnehmenden kontinuierlich, während sie in der entsprechenden KG zunächst sinken und im Jahr 2011 etwas ansteigen. Die Entwicklung über die Zeit zwischen beiden Gruppen ist jedoch nicht signifikant unterschiedlich und ein Effekt der Intervention kann nicht nachgewiesen werden (vgl. Anhang 62).

Anhang 62: Entwicklung der jährlichen mittleren ambulanten Arztkosten (EUR) für Versicherte des Versorgungsmanagementprogramms psychische Erkrankungen vor, während und nach der Intervention für Interventions- und Kontrollgruppe (n = 200, F (1,627, 322,240) = 1,421, p = ,243; eigene Berechnung und Darstellung)

Arztkosten	IG und KG	MW	SD	n
2009	IG	1041,43	803,93	100
	KG	863,93	788,06	100
	Gesamt	952,68	799,00	200
2010	IG	1003,17	815,04	100
	KG	684,46	523,55	100
	Gesamt	843,81	701,69	200
2011	IG	868,06	612,06	100
	KG	759,09	641,47	100
	Gesamt	813,58	627,74	200

Anzahl verschriebener Arzneimittel

Die Anzahl verschriebener Arzneimittel (gezählt nach PZN) unterscheidet sich zu den einzelnen Messzeitpunkten zwischen den VMP-spezifischen IG und KG nur geringfügig, die mittleren Differenzen sind in den einzelnen Jahren nicht signifikant unterschiedlich.

Es ist festzustellen, dass die mittlere Zahl der Verschreibungen des VMP für HKE in 2008 in der KG um im Mittel um 1,9 Verschreibungen höher war, als in der Interventionsgruppe (n. s.). Vor und während der Intervention erhielt die Gruppe der Coachingteilnehmenden 1,2 bzw. 1,5 mehr Arzneimittelverschreibungen, nach der Intervention sinkt der Unterschied auf lediglich 0,5. Die höchste Zahl von Verschreibungen erhielten die Versicherten beider Gruppen im Interventionsjahr 2010 $\bar{x}_{IG} = 19,8$ und $\bar{x}_{KG} = 18,4$ (vgl. Anhang 63). Die Entwicklung über die Zeit zwischen 2009 und 2011 verläuft in beiden Gruppen ähnlich und ist nicht signifikant unterschiedlich. Ein Effekt der Intervention kann nicht nachgewiesen werden (vgl. Anhang 64).

Anhang 63: Vergleich von statistischen Kennzahlen und Mittelwerte für Anzahl verschriebener Arzneimittel 2008–2011 der versorgungsmanagementprogrammspezifischen Interventions- und Kontrollgruppe (eigene Berechnung und Darstellung)

		Substichproben								
		Herz-Kreisl.-Erkr.			Komorbidität			Psych. Erkr.		
		IG	KG	Teststatistik	IG	KG	Teststatistik	IG	KG	Teststatistik
2008	N	105	98		103	103		98	103	
	MW	16,42	18,31		20,59	16,42		10,49	9,70	
	SD	13,76	12,69		16,14	16,87		8,92	9,29	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	-1,887 [-5,559; 1,784]	t (201) = -1,013, p = ,312	4,175 [-0,362; 8,711]	t (204) = 1,814, p = ,071	0,791 [-1,746; 3,327]	t (199) = 0,615, p = ,539			
2009	N	105	101		104	103		100	102	
	MW	19,02	17,90		21,72	17,24		9,52	9,24	
	SD	15,18	13,47		17,46	16,11		7,34	9,18	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	1,118 [-2,830; 5,066]	t (204) = 0,558, p = ,577	4,478 [-0,126; 9,083]	t (205) = 1,917, p = ,057	0,285 [-2,024; 2,594]	t (200) = 0,243, p = ,808			
2010	N	104	101		105	103		102	102	
	MW	19,84	18,36		21,57	17,11		11,12	8,69	
	SD	17,09	14,66		17,74	17,71		10,23	8,73	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	1,480 [-2,911; 5,871]	t (203) = 0,665, p = ,507	4,465 [-0,382; 9,312]	t (206) = 1,816, p = ,071	2,431 [-0,193; 5,056]	t (202) = 1,827, p = ,069			
2011	N	105	100		104	102		100	102	
	MW	17,14	16,62		18,28	14,89		17,45	13,91	
	SD	16,92	14,37		16,44	13,90		14,96	16,82	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	0,523 [-3,810; 4,856]	t (203) = 0,238, p = ,812	3,387 [-0,799; 7,573]	t (204) = 1,595, p = ,112	3,538 [-0,882; 7,959]	t (200) = 1,578, p = ,116			

Anhang 64: Entwicklung der jährlichen mittleren Anzahl von Arzneimittelverschreibungen für Versicherte des Versorgungsmanagementprogramms Herz-Kreislauf-Erkrankungen vor, während und nach der Intervention für Interventions- und Kontrollgruppe (n = 204, F (1,268, 256,116) = 0,064, p = ,857; eigene Berechnung und Darstellung)

Anzahl verschriebener Arzneimittel	IG und KG	MW	SD	n
2009	IG	19,10	15,232	104
	KG	17,99	13,511	100
	Gesamt	18,55	14,389	204
2010	IG	19,84	17,091	104
	KG	18,47	14,692	100
	Gesamt	19,17	15,936	204
2011	IG	17,21	16,989	104
	KG	16,62	14,365	100
	Gesamt	16,92	15,722	204

Im Vergleich zu den anderen beiden VMP sind die mittleren Unterschiede in der Zahl der Arzneimittelverschreibungen zwischen Fällen und Kontrollen im VMP Komorbidität am größten: Sie liegen in den Jahren 2008–2010 zwischen 4,1 und 4,5 Verschreibungen, im Jahr nach der Intervention sinkt die mittlere Differenz auf 3,4 (jeweils n. s.). In der Interventionsgruppe werden zwischen $\bar{x}_{2009} = 21,7$ und $\bar{x}_{2011} = 18,3$ Arzneimittel verschrieben, in der Kontrollgruppe zwischen $\bar{x}_{2009} = 17,2$ und $\bar{x}_{2011} = 14,9$ Arzneimittel. Die Entwicklung über die Zeit zwischen 2009 und 2011 verläuft in beiden Gruppen ähnlich und ist nicht signifikant unterschiedlich. Ein Effekt der Intervention kann nicht nachgewiesen werden (vgl. Anhang 65).

Anhang 65: Entwicklung der jährlichen mittleren Anzahl von Arzneimittelverschreibungen für Versicherte des Versorgungsmanagementprogramms Komorbidität vor, während und nach der Intervention für Interventions- und Kontrollgruppe (n = 206, F (1,221, 249,044) = 0,130, p = ,769; eigene Berechnung und Darstellung)

Anzahl verschriebener Arzneimittel	IG und KG	MW	SD	N
2009	IG	21,72	17,456	104
	KG	17,33	16,166	102
	Gesamt	19,55	16,932	206
2010	IG	21,61	17,824	104
	KG	17,20	17,777	102
	Gesamt	19,42	17,894	206
2011	IG	18,28	16,443	104
	KG	14,89	13,896	102
	Gesamt	16,60	15,292	206

Die mittleren Unterschiede der Zahl der Arzneimittelverschreibungen zwischen Fällen und Kontrollen des VMP für psychische Erkrankungen sind in den Jahren vor der Intervention ähnlich hoch (im Jahr 2008 beträgt der mittlere Unterschied 0,8 und im Jahr 2009 beträgt er 0,3). 2010 steigt jedoch die Zahl der Verschreibungen in der IG auf $\bar{x}_{2010} = 11,1$ an und sinkt gleichzeitig in der KG auf $\bar{x}_{2010} = 8,7$. Im darauffolgenden Jahr steigt die Zahl der Verschreibungen in beiden Gruppen deutlich an ($\bar{x}_{IG} = 17,5$; $\bar{x}_{KG} = 13,9$) und die mittlere Differenz zwischen beiden Gruppen ist auf 3,5 angestiegen (n. s.; vgl. Anhang 63). Insgesamt verläuft die Entwicklung über die Zeit zwischen 2009 und 2011 in beiden Gruppen ähnlich und ist nicht signifikant unterschiedlich. Ein Effekt der Intervention kann nicht nachgewiesen werden (vgl. Anhang 66).

Anhang 66: Entwicklung der jährlichen mittleren Anzahl von Arzneimittelverschreibungen für Versicherte des Versorgungsmanagementprogramm psychische Erkrankungen vor, während und nach der Intervention für Interventions- und Kontrollgruppe (n = 200, F (1,190, 235,701) = 1,149, p = ,295; eigene Berechnung und Darstellung)

Anzahl verschriebener Arzneimittel	IG und KG	MW	SD	n
2009	IG	9,52	7,341	100
	KG	9,33	9,241	100
	Gesamt	9,42	8,325	200
2010	IG	11,15	10,315	100
	KG	8,79	8,776	100
	Gesamt	9,97	9,625	200
2011	IG	17,45	14,960	100
	KG	14,07	16,953	100
	Gesamt	15,76	16,037	200

Arzneimittelkosten

Die durchschnittlichen Arzneimittelkosten waren in der IG zu jedem Messzeitpunkt (etwas) höher als in der KG. Im Interventionsjahr war die Differenz der mittleren Kosten zwischen beiden Gruppen am geringsten (mittlerer Unterschied = 76,20 EUR). Die mittleren Kosten für Arzneimittel waren in beiden Gruppen ähnlich hoch (n. s.). Im Jahr nach der Intervention stiegen die mittleren Kosten jedoch für die Gruppe der Coachingteilnehmenden von $\bar{x}_{2010} = 951,97$ EUR auf $\bar{x}_{2011} = 1758,29$ EUR, während sie in der entsprechenden Kontrollgruppe von $\bar{x}_{2010} = 875,77$ EUR auf $\bar{x}_{2011} = 602,10$ EUR sanken. Die mittlere Differenz von 1156,19 EUR ist im Jahr nach der Intervention um ein vielfaches höher als in den Vorjahren und statistisch signifikant ($p < ,05$; vgl. Anhang 67). Im zeitlichen Verlauf entwickeln sich die mittleren Kosten für Arzneimittel im VMP HKE zwischen IG und KG signifikant unterschiedlich mit kleiner Effektstärke ($p = ,035$, $\eta^2 = ,021$, vgl. Anhang 68). Vor und während der Intervention entwickeln sich die Kosten in beiden Gruppen noch ähnlich. Im Jahr nach der Intervention steigen sie jedoch für die Coachingteilnehmenden erheblich an, während sie für die Versicherten der KG etwas sinken. Die Betrachtung der Kontraste verdeutlicht, dass sich die Kennzahl zwischen beiden Gruppen insbesondere nach der Intervention unterschiedlich entwickelt (2010 vs. 2011, $p = ,035$, $\eta^2 = ,022$).

Anhang 67: Vergleich von statistischen Kennzahlen und Mittelwerte für jährliche Arzneimittelkosten (EUR) 2008–2011 der Interventions- und Kontrollgruppe sowie differenziert nach Versorgungsmanagementprogrammen (eigene Berechnung und Darstellung)

		Substichproben								
		Herz-Kreisl.-Erkr.			Komorbidität			Psych. Erkr.		
		IG	KG	Teststatistik	IG	KG	Teststatistik	IG	KG	Teststatistik
2008	n	105	98		103	103		98	103	
	MW	776,21	691,37		1034,77	957,65		658,64	430,55	
	SD	796,77	1078,83		2299,93	2562,76		2373,62	646,64	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	84,840 [-176,461; 346,141]	t (201) = 0,640, p = ,523	77,111 [-591,862; 746,084]	t (204) = 0,227, p = ,820	228,088 [-250,710; 706,885]	t (199) = 0,939, p = ,349			
2009	n	105	101		104	103		100	102	
	MW	895,73	780,82		1139,70	825,75		878,53	442,12	
	SD	944,19	1432,68		2430,26	1325,06		2845,30	686,86	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	114,907 [-217,203; 447,018]	t (204) = 0,682, p = ,496	313,950 [-223,203; 851,103]	t (205) = 1,152, p = ,251	436,403 [-143,336; 1016,142]	t (110,283) = 1,492, p = ,139			
2010	n	104	101		105	103		102	102	
	MW	951,97	875,77		1310,55	850,59		1129,72	526,86	
	SD	1047,24	1742,38		2982,98	1537,50		4026,80	1244,13	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	76,195 [-318,382; 470,771]	t (203) = 0,381, p = ,704	459,958 [-190,680; 1110,597]	t (206) = 1,394, p = ,165	602,858 [-223,377; 1429,093]	t (120,108) = 1,445, p = ,151			
2011	n	105	100		104	102		100	102	
	MW	1758,29	602,10		847,38	794,17		706,58	743,05	
	SD	4627,08	743,54		2085,49	1739,39		920,34	1573,98	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	1156,191* [249,227; 2063,155]	t (109,631) = 2,526, p = ,013, r = ,235	53,214 [-474,854; 581,281]	t (204) = .199, p = ,843	-36,467 [-395,114; 322,179]	t (200) = -0,201, p = ,841			

Anhang 68: Entwicklung der jährlichen mittleren Arzneimittelkosten (EUR) für Versicherte des Versorgungsmanagementprogramms Herz-Kreislauf-Erkrankungen.vor, während und nach der Intervention für Interventions- und Kontrollgruppe (n = 204, F (1,043, 210,756) = 4,407, p = ,035, $\eta^2 = ,021$; eigene Berechnung und Darstellung)

Arzneimittelkosten	IG und KG	MW	SD	n
2009	IG	900,24	947,62	104
	KG	785,87	1438,99	100
	Gesamt	844,17	1211,93	204
2010	IG	951,97	1047,24	104
	KG	881,79	1750,11	100
	Gesamt	917,57	1432,27	204
2011	IG	1764,42	4649,06	104
	KG	602,10	743,54	100
	Gesamt	1194,66	3402,28	204

Im VMP Komorbidität sind die mittleren Arzneimittelkosten zu jedem Messzeitpunkt in IG und meist auch in KG (Ausnahme 2010) im Vergleich zu den anderen beiden Erkrankungsgruppen am höchsten. Die mittlere Differenz zwischen Fällen und Kontrollen der VMP Komorbidität ist in den Jahren 2008 und 2011 gering (77,11 EUR bzw. 55,21 EUR), sie steigt allerdings im Jahr vor der Intervention auf 313,95 EUR und während der Intervention auf 459,96 EUR an. Die mittleren Differenzen zwischen beiden Gruppen sind zu keinem Messzeitpunkt signifikant unterschiedlich (vgl. Anhang 67). Trotz der großen Unterschiede gerade in den Jahren 2009 und 2010 entwickeln sich die Kosten für Arzneimittel in beiden Gruppen nicht signifikant unterschiedlich. Ein Effekt der Intervention kann nicht nachgewiesen werden (vgl. Anhang 24-).

Anhang 24-1: Entwicklung der jährlichen mittleren Arzneimittelkosten (EUR) für Versicherte des Versorgungsmanagementprogramms Komorbidität vor, während und nach der Intervention für Interventions- und Kontrollgruppe (n = 206, F (1,432, 292,092) = 0,672, p = ,464; eigene Berechnung und Darstellung)

Arzneimittelkosten	IG und KG	MW	SD	n
2009	IG	1139,70	2430,26	104
	KG	831,58	1330,28	102
	Gesamt	987,14	1965,51	206
2010	IG	1319,74	2995,94	104
	KG	856,91	1543,75	102
	Gesamt	1090,57	2395,34	206
2011	IG	847,38	2085,49	104
	KG	794,17	1739,39	102
	Gesamt	821,04	1917,44	206

Die mittleren Arzneimittelkosten von Fällen und Kontrollen des VMP für psychische Erkrankungen sind in der Interventionsgruppe 2008–2010 jeweils höher als in der entsprechenden KG, die mittleren Differenzen vergrößern sich in diesem Zeitraum von zunächst 228,09 EUR auf 602,86 EUR. Die mittleren Kosten für Arzneimittel sind in der IG vor und während der Intervention etwa doppelt so hoch wie in der KG. Im darauffolgenden Jahr (2011) kehrt sich das Verhältnis allerdings um: die mittleren Kosten sind etwa gleich hoch ($\bar{x}_{IG} = 706,58$ und $\bar{x}_{KG} = 743,05$) und in der KG um 36,47 EUR höher als in der IG (vgl. Anhang 67). Die Entwicklung der mittleren Arzneimittelkosten unterscheidet sich über die Zeit betrachtet (kontinuierlicher Anstieg 2009–2011 in der KG, Anstieg in der IG 2009–2010, danach sinkende Kosten), die Unterschiede sind jedoch nicht statistisch signifikant. Ein Effekt der Intervention kann nicht nachgewiesen werden (vgl. Anhang 66 und Anhang 69).

Anhang 69: Entwicklung der jährlichen mittleren Arzneimittelkosten (EUR) für Versicherte des Versorgungsmanagementprogramms psychisch Erkrankungen vor, während und nach der Intervention für Interventions- und Kontrollgruppe (n = 200, $F(1,145, 226,721) = 1,888$, $p = ,169$; eigene Berechnung und Darstellung)

Arzneimittelkosten	IG und KG	MW	SD	n
2009	IG	878,53	2845,30	100
	KG	445,79	692,54	100
	Gesamt	662,16	2076,82	200
2010	IG	1143,15	4066,08	100
	KG	532,77	1255,59	100
	Gesamt	837,96	3017,10	200
2011	IG	706,58	920,34	100
	KG	755,80	1587,15	100
	Gesamt	731,19	1294,29	200

Anzahl der Krankenhausaufenthalte

Die mittlere Zahl der Krankenhausbehandlungen im VMP für HKE ist in den Jahren 2008–2011 in jedem Jahr für die Coachingteilnehmenden etwas höher als in der KG. Die mittlere Differenz verringert sich allerdings von 0,63 im Jahr 2008 auf 0,02 im Jahr 2010. Im darauffolgenden Jahr 2011 wird die IG wieder etwas häufiger stationär häufiger aufgenommen als die KG (mittlere Differenz = 0,1). Die mittleren Unterschiede sind zu keinem Messzeitpunkt statistisch signifikant (vgl. Anhang 70). Die Entwicklung über die Zeit verläuft zwischen beiden Vergleichsgruppen zwar unterschiedlich, die Unterschiede sind jedoch nicht signifikant (vgl. Anhang 71). Ein Effekt der Intervention kann nicht nachgewiesen werden.

Anhang 70: Vergleich von statistischen Kennzahlen und Mittelwerten für jährliche Zahl von Krankenhausaufenthalten 2008–2011 der versorgungsmanagementprogrammspezifischen IG und KG (eigene Berechnung und Darstellung)

	Substichproben									
	Herz-Kreisl.-Erkr.			Komorbidität			Psych. Erkr.			
	IG	KG	Teststatistik	IG	KG	Teststatistik	IG	KG	Teststatistik	
2008	n	105	98		103	103		98	103	
	MW	0,41	0,35		0,65	0,36		0,39	0,50	
	SD	1,07	0,73		1,10	0,85		1,10	1,17	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	0,630 [-0,193; 0,318]	t (201) = 0,482, p = ,630	*0,291 [0,021; 0,561]	t (191,804) = 2,126, p = ,035	-0,107 [-0,424; 0,209]	t (199) = -0,670, p = ,504			
2009	n	105	101		104	103		100	102	
	MW	0,45	0,25		0,57	0,32		0,34	0,36	
	SD	0,97	0,70		1,22	0,77		0,86	0,88	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	0,200 [-0,032; 0,432]	t (189,147) = 1,703, p = ,090	0,247 [-0,033; 0,527]	t (173,966) = 1,742, p = ,083	-0,023 [-0,263; 0,218]	t (200) = -0,187, p = ,852			
2010	n	104	101		105	103		102	102	
	MW	0,39	0,38		0,47	0,36		0,32	0,47	
	SD	0,84	0,79		0,92	0,81		0,68	1,10	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	0,018 [-0,206; 0,242]	t (203) = 0,158, p = ,874	0,107 [-0,130; 0,345]	t (206) = 0,891, p = ,374	-0,147 [-0,399; 0,105]	t (168,277) = -1,152, p = ,251			
2011	n	105	100		104	102		100	102	
	MW	0,41	0,31		0,42	0,43		0,56	0,38	
	SD	0,98	0,72		0,95	0,95		1,09	1,04	
	Mittlere Differenz [95 % KI]	0,100 [-0,138; 0,337]	t (203) = 0,826, p = ,410	-0,008 [-0,270; 0,253]	t (204) = -0,063, p = ,950	0,178 [-0,118; 0,473]	t (200) = 1,186, p = ,237			

Anhang 71: Entwicklung der jährlichen mittleren Zahl von Krankenhausbehandlungen für Versicherte des Versorgungsmanagementprogramms Herz-Kreislauf-Erkrankungen vor, während und nach der Intervention für Interventions- und Kontrollgruppe (n = 204, F (1,941, 392,108) = 0,578, p = ,557; eigene Berechnung und Darstellung)

Anzahl der Krankenhaus- aufenthalte	IG und KG	MW	SD	n
2009	IG	,45	,974	104
	KG	,25	,702	100
	Gesamt	,35	,856	204
2010	IG	,39	,841	104
	KG	,36	,772	100
	Gesamt	,38	,806	204
2011	IG	,41	,981	104
	KG	,31	,720	100
	Gesamt	,36	,863	204

Im VMP Komorbidität wurde die IG in den Jahren 2008–2010 häufiger im Krankenhaus behandelt als die entsprechende KG (z. B. $\bar{x}_{IG\ 2008} = 0,65$ und $\bar{x}_{KG\ 2008} = 0,36$). Die mittlere Differenz von 0,29 zwischen beiden Gruppen ist im Jahr 2008 statistisch signifikant, in den darauffolgenden Jahren verringert sie sich auf 0,10 (2010). Nach der Intervention sind die Versicherten der KG geringfügig häufiger stationär aufgenommen worden, als die IG ($\bar{x}_{IG\ 2011} = 0,42$ und $\bar{x}_{KG\ 2011} = 0,43$, mittlere Differenz beträgt -0,01; vgl. Anhang 70). Die Entwicklung der Kennzahl über die Zeit 2009–2011 ist zwischen beiden Gruppen unterschiedlich: In der IG sinkt die mittlere Zahl der Krankenhausaufenthalte, während sie in der KG ansteigt. Die Veränderungen sind jedoch geringfügig und über die Zeit betrachtet nicht statistisch signifikant. Ein Effekt der Intervention ist nicht nachzuweisen (vgl. Anhang 72).

Anhang 72: Entwicklung der jährlichen mittleren Anzahl von Krankenhausbehandlungen für Versicherte des Versorgungsmanagementprogramms Komorbidität vor, während und nach der Intervention für Interventions- und Kontrollgruppe (n = 206, F (1,944, 296,658) = 1,057, p = ,347; eigene Berechnung und Darstellung)

Anzahl der Krankenhaus- aufenthalte	IG und KG	MW	SD	n
2009	IG	,57	1,221	104
	KG	,32	,773	102
	Gesamt	,45	1,029	206
2010	IG	,47	,924	104
	KG	,36	,818	102
	Gesamt	,42	,873	206
2011	IG	,42	,952	104
	KG	,43	,949	102
	Gesamt	,43	,948	206

Im Vergleich von IG und KG des VMP für psychische Erkrankungen ist festzustellen, dass die KG in den Jahren 2008–2010 im Mittel häufiger stationär aufgenommen wurde, als die Interventionsgruppe (\bar{x}_{IG} zwischen 0,3 und 04, \bar{x}_{KG} zwischen 0,4 und 05, mittlere Differenzen zwischen -0,02 und -0,15). Im Jahr nach der Intervention kehrt sich diese Beobachtung um: die Coachingteilnehmenden hatten häufiger eine Krankenhausbehandlung als die entsprechenden Kontrollen ($\bar{x}_{IG,\ 2011} = 0,56$ und $\bar{x}_{KG,\ 2011} = 0,38$, mittlere Differenz beträgt 0,18). Die Unterschiede sind zu keinem Messzeitpunkt signifikant (vgl. Anhang 70). Die Entwicklung der Kennzahl über die Zeit 2009–2011 ist zwischen beiden Gruppen unterschiedlich: In der Interventionsgruppe steigt die Zahl der Krankenhausaufenthalte insbesondere nach der Intervention an, während sie in der Kontrollgruppe zunächst steigt (2010) und dann wieder sinkt

(2011). Die Veränderungen sind über die Zeit betrachtet nicht statistisch signifikant und ein Effekt der Intervention ist nicht nachzuweisen (vgl. Anhang 73).

Anhang 73: Entwicklung der jährlichen mittleren Zahl von Krankenhausbehandlungen für Versicherte des Versorgungsmanagementprogramms psychisch Erkrankungen vor, während und nach der Intervention für Interventions- und Kontrollgruppe (n = 200, F (1,803, 357,089) =1,591, p = ,207; eigene Berechnung und Darstellung)

Anzahl der Krankenhaus- aufenthalte	IG und KG	MW	SD	n
2009	IG	,34	,855	100
	KG	,37	,884	100
	Gesamt	,35	,868	200
2010	IG	,33	,682	100
	KG	,48	1,105	100
	Gesamt	,40	,919	200
2011	IG	,56	1,085	100
	KG	,39	1,053	100
	Gesamt	,48	1,070	200

Krankenhauskosten

Im VMP für Herz-Kreislauf-Erkrankte waren die mittleren Kosten für die IG im Jahr 2008 zunächst leicht geringer als in der KG ($\bar{x}_{IG, 2008} = 1115,83$ und $\bar{x}_{KG, 2008} = 1135,88$, mittlere Differenz = -20,05). In den darauffolgenden Jahren ist die mittlere Differenz zwischen beiden Gruppen jeweils höher, insbesondere im Jahr nach der Intervention sind die Kosten in der Gruppe der Coachingteilnehmenden fast doppelt so hoch wie für die Kontrollen ($\bar{x}_{IG, 2011} = 1433,80$ und $\bar{x}_{KG, 2011} = 730,37$, mittlere Differenz = 703,43). Die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen sind zu keinem Messzeitpunkt signifikant (vgl. Anhang 74). Über die Zeit (2009–2011) betrachtet steigen die Krankenhauskosten zunächst in beiden Gruppen während des Interventionsjahres an. Nach der Intervention steigen sie für die Coachingteilnehmenden weiter an, während sie für die Kontrollen sinken. Diese unterschiedliche Entwicklung ist jedoch nicht statistisch signifikant. Ein Effekt der Intervention ist nicht nachzuweisen (vgl. Anhang 75).

Anhang 74: Vergleich von statistischen Kennzahlen und Mittelwerte für jährliche Krankenhauskosten (EUR) 2008–2011 der versorgungsmanagementprogrammspezifischen Interventions- und Kontrollgruppen (eigene Berechnung und Darstellung)

	Substichproben								
	Herz-Kreisl.-Erkr.			Komorbidität			Psych. Erkr.		
	IG	KG	Teststatistik	IG	KG	Teststatistik	IG	KG	Teststatistik
2008	n	105	98		103	103		98	103
	MW	1115,83	1135,88		1403,78	575,16		742,51	955,11
	SD	3410,54	3280,52		3192,73	1426,56		2049,36	2861,39
	Mittlere Differenz [95 % KI]	-20,052 [-947,419; 907,314]	t (201) = -0,043, p = ,966		*826,624 [147,451; 1509,796]	t (141,166) = 2,405, p = ,017		-212,560 [-907,926; 482,726]	t (199) = -0,603, p = ,547
2009	n	105	101		104	103		100	102
	MW	918,65	731,84		1527,61	751,89		586,83	491,19
	SD	2403,48	2499,16		3874,57	2570,40		1556,50	1306,00
	Mittlere Differenz [95 % KI]	189,815 [-486,670; 860,230]	t (204) = 0,547, p = ,585		775,726 [-125,303; 1676,755]	t (179,156) = 1,699, p = ,091		95,647 [-302,694; 493,989]	t (200) = 0,473, p = ,636
2010	n	104	101		105	103		102	102
	MW	1240,70	1115,36		1064,38	886,64		579,87	698,11
	SD	3155,62	2938,76		2736,83	2788,55		1474,74	1782,45
	Mittlere Differenz [95 % KI]	125,344 [-714,981; 965,669]	t (203) = 0,294, p = ,769		177,739 [-577,593; 933,071]	t (206) = 0,464, p = ,643		-118,235 [-569,899; 333,429]	t (202) = -0,516, p = ,606
2011	n	105	100		104	102		100	102
	MW	1433,80	730,37		835,64	570,21		1312,39	835,29
	SD	3340,82	2218,16		2498,47	1530,79		3921,20	3842,99
	Mittlere Differenz [95 % KI]	703,430 [-74,631; 1481,491]	t (181,672) = 1,784, p = ,076		265,431 [-305,109; 835,971]	t (204) = 0,917, p = ,360		477,094 [-600,126; 1554,314]	t (200) = 0,873, p = ,384

Anhang 75: Entwicklung der jährlichen mittleren Krankenhauskosten (EUR) für Versicherte des Versorgungsmanagementprogramms Herz-Kreislauf-Erkrankungen vor, während und nach der Intervention für Interventions- und Kontrollgruppe (n = 204, F (1,832, 369,971) = 0,778, p = ,450; eigene Berechnung und Darstellung)

Krankenhauskosten	IG und KG	MW	SD	N
2009	IG	927,48	2413,41	104
	KG	739,15	2510,67	100
	Gesamt	835,16	2457,30	204
2010	IG	1240,70	3155,62	104
	KG	1124,50	2952,13	100
	Gesamt	1183,74	3050,60	204
2011	IG	1447,59	3353,99	104
	KG	730,37	2218,16	100
	Gesamt	1096,01	2869,93	204

Im VMP Komorbidität fielen für die Fälle zu allen Messzeitpunkten mehr Krankenhauskosten an, als für die entsprechende KG. In den Jahren 2008 und 2009 sind die Krankenhauskosten der Coachingteilnehmenden (mehr als) doppelt so hoch, wie für die Kontrollen. Die mittlere Differenz von 826,62 EUR zwischen beiden Gruppen ist im Jahr 2008 statistisch signifikant ($\bar{x}_{IG\ 2008} = 1403,78$ und $\bar{x}_{KG\ 2008} = 575,16$). Im darauffolgenden Jahr verringert sie sich etwas auf 775,73 (2009). Während der Intervention ist der Unterschied der mittleren Kosten von 177,74 am geringsten. Nach der Intervention steigen die Kosten in der Interventionsgruppe wieder etwas an, während sie in der Kontrollgruppe sinken ($\bar{x}_{IG\ 2011} = 835,64$ und $\bar{x}_{KG\ 2011} = 570,21$, mittlere Differenz beträgt 265,43; vgl. Anhang 74). Die Entwicklung der Kennzahl über die Zeit 2009–2011 ist zwischen beiden Gruppen unterschiedlich: In der Interventionsgruppe sinken die mittleren Krankenhauskosten, während sie in der Kontrollgruppe zunächst leicht steigen und dann sinken. Die beiden Gruppen entwickeln sich über die Zeit nicht signifikant unterschiedlich und ein Effekt der Intervention ist nicht nachzuweisen (vgl. Anhang 76).

Anhang 76: Entwicklung der jährlichen mittleren Krankenhauskosten (EUR) für Versicherte des Versorgungsmanagementprogramms Komorbidität vor, während und nach der Intervention für Interventions- und Kontrollgruppe (n = 206, F (2, 408) = 0,835, p = ,434; eigene Berechnung und Darstellung)

Krankenhauskosten	IG und KG	MW	SD	N
2009	IG	1527,61	3874,57	104
	KG	759,26	2582,00	102
	Gesamt	1147,16	3312,95	206
2010	IG	1074,61	2748,07	104
	KG	895,33	2800,92	102
	Gesamt	985,84	2769,04	206
2011	IG	835,64	2498,47	104
	KG	570,21	1530,79	102
	Gesamt	704,21	2075,72	206

Die Versicherten des VMP für psychische Erkrankungen haben – mit Ausnahme der IG im Jahr 2011 – die geringsten Krankenhauskosten im Vergleich zu den anderen beiden Erkrankungsgruppen. Im Vergleich der mittleren Kosten für stationäre Behandlungen von Fällen und Kontrollen ist ein heterogenes Bild festzustellen. 2008 und 2010 sind die Krankenhauskosten in der KG höher (mittlere Differenz - 212,56 bzw. -118,24), in den Jahren 2009 und 2011 sind die mittleren Kosten für Krankenhausbehandlungen für die Coachingteilnehmenden höher (mittlere Differenz 95,65 bzw. 477,09). Die Kosten sind insbesondere im Jahr nach der Intervention in beiden Gruppen deutlich angestiegen ($\bar{x}_{IG\ 2011} = 1312,39$

und $\bar{x}_{KG 2011} = 835,29$). Zu keinem Messzeitpunkt sind die mittleren Unterschiede signifikant (vgl. Anhang 74). Die Krankenhauskosten steigen über die Zeit 2009–2011 in beiden Gruppen an. In der KG steigen die mittleren Krankenhauskosten kontinuierlich an, während sie in der IG zunächst etwa konstant bleiben und dann deutlich steigen. Die beiden Gruppen entwickeln sich über die Zeit nicht signifikant unterschiedlich und ein Effekt der Intervention ist nicht nachzuweisen (vgl. Anhang 77).

Anhang 77: Entwicklung der jährlichen mittleren Krankenhauskosten (EUR) für Versicherte des Versorgungsmanagementprogramms psychisch Erkrankte, während und nach der Intervention für Interventions- und Kontrollgruppe (n = 200, F (1,308, 258,933) = 0,652, p = ,459; eigene Berechnung und Darstellung)

Krankenhauskosten	IG und KG	MW	SD	n
2009	IG	586,83	1556,50	100
	KG	501,01	1317,24	100
	Gesamt	543,92	1438,86	200
2010	IG	591,47	1487,24	100
	KG	712,07	1797,57	100
	Gesamt	651,77	1646,68	200
2011	IG	1312,39	3921,20	100
	KG	852,00	3879,77	100
	Gesamt	1082,19	3897,56	200

Anhang 78: Interviewleitfaden – ausführliche Fassung

Die ausführliche Fassung enthält Hinweise für die interviewende Person zu Gesprächsphasen vor und nach dem Interview. Die tabellarische Darstellung des Leitfadens (s.u.) umfasst zudem die deduktiven Kategorien, die für die Leitfadenentwicklung herangezogen wurden (linke Spalte), sowie eine Spalte (rechts) mit Platz für Notizen und Stichwörtern, die für die Durchführung des Interviews und Formulierung der Fragen unterstützend sein können.

PRÄ-INTERVIEW

- Vorab für das Gespräch und Unterstützung bedanken
- Vorstellung der Interviewerin (Name, Rolle, Einrichtung)
- Zielsetzung/Hintergrund des Forschungsvorhabens und des Interviews
- Formalitäten: Aufklärung und Einverständniserklärung
 - Freiwilligkeit der Teilnahme und der Antworten
 - Anonymität des Gesprächs und Vertraulichkeit der Inhalte
 - Tonaufnahme und ggf. Notizen während des Gesprächs (damit alles gehört wird und keine Infos verloren gehen)
 - Unterschreiben der Erklärungen, eine Kopie verbleibt beim Interviewpartner
- Experteninterview: Versicherte als Experten, von deren Erfahrungen lernen
 - Es gibt keine falschen oder richtigen Antworten, im Vordergrund stehen subjektive, persönliche Meinung und Erfahrung
 - „Gespräch“, Leitfaden – dient nur der Orientierung und um sicherzustellen, dass alle interessierenden Themengebiete abgedeckt werden
 - Gesprächsanteil liegt vor allem bei der oder dem Versicherten
 - Begrenzte Zeit, bitte um Verständnis, falls ich Sie ggf. unterbreche!
- Auswertungsmethode: inhaltliche Zusammenfassungen, Paraphrasierung, Verallgemeinerung
- Fragen?

Anmerkung: Anstatt der Begriffe „Coach“ und „Coaching“ werden die Bezeichnungen „Gesundheitsberaterin“ bzw. „Gesundheitsberater“ und Weitblick als Programmname verwendet. Dies entspricht dem Sprachgebrauch der Heimat Krankenkassen und ist den Versicherten bekannt.

Tabellarischer Interviewleitfaden

Deduktive Kategorien	Leitfragen	Notizen
	<ul style="list-style-type: none"> Einführung: Bitte stellen Sie sich kurz vor (Person, Familie und Freunde, Beruf). 	
Interaktive Gesundheitskompetenzen	<ul style="list-style-type: none"> Gesundheit, Gesundheitsverhalten, Gesundheitswissen 	
<ul style="list-style-type: none"> Subjektive Gesundheitswahrnehmung 	<ul style="list-style-type: none"> Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand beschreiben? 	Alltagseinschränkungen
<ul style="list-style-type: none"> Gesundheits- und Krankheitswissen Verständnis der Erkrankung 	<ul style="list-style-type: none"> Was wissen Sie über Ihre Medikation und Behandlung? 	Schweregrad, (langfristige) Krankheitsfolgen,
<ul style="list-style-type: none"> Wahrnehmung des gesundheitsbezogenen Handlungsbedarfs Gesundheits-erhalt, Prävention, Gesundheitsförderung Nutzungskompetenz (Inanspruchnahme von Leistungen) 	<ul style="list-style-type: none"> Was tun Sie selbst für den Erhalt Ihrer Gesundheit bzw. gegen eine Verschlechterung Ihres Gesundheitszustandes oder was können Sie dafür tun? 	Bedeutung von Gesundheit, Koordination der Versorgung, Erreichen von Gesundheitszielen
Interaktive und kritische Gesundheitskompetenzen	<ul style="list-style-type: none"> Verhalten: Gesundheitsstrategien und Bewältigung gesundheitlicher Probleme 	
<ul style="list-style-type: none"> Handlungsfähigkeiten Zurechtfinden im Versorgungssystem 	<ul style="list-style-type: none"> Wenn ein (neues) Problem mit Ihrer Gesundheit bzw. Erkrankung auftritt, was machen Sie dann und an wen wenden Sie sich? 	
<ul style="list-style-type: none"> Gesundheitsinformationen und -wissen (Zugänglichkeit, Verständnis, Bewertung, Nutzung) 	<ul style="list-style-type: none"> Zu welchen Gesundheitsthemen suchen Sie nach Informationen und was machen Sie damit? Woher bekommen Sie Informationen zu Gesundheit und Krankheit? Aus welchen Quellen informieren Sie sich? Wie bewerten Sie die Quellen/Informationen? 	
<ul style="list-style-type: none"> Gesundheitssystem und Beratung (Meinung) Rollen und Aufgaben der Akteure 	<ul style="list-style-type: none"> Wer sollte Ihrer Meinung nach Versicherte bzw. Patienten zu Gesundheitsfragen beraten bzw. woher/von wem wollen Sie Informationen erhalten? In welchem Umfang? 	
<ul style="list-style-type: none"> Gesundheitliche Eigenverantwortung Gesundheitliche Selbstbestimmung 	<ul style="list-style-type: none"> In wie weit fühlen Sie sich ausreichend informiert und befähigt auch selbst Entscheidungen für Ihre Gesundheit und Gesundheitsversorgung zu treffen? (z. B. sich für oder gegen eine Behandlung zu entscheiden?) 	
<ul style="list-style-type: none"> Bedarf an Kompetenzen 	<ul style="list-style-type: none"> Was würde Ihnen für Ihre Gesundheit und Versorgung helfen? Welche Fähigkeiten oder Angebote benötigen Sie? Von wem? (Befähigung und Unterstützung) 	Meinung
<ul style="list-style-type: none"> Verbale Kommunikationsfähigkeiten Interaktion mit Gesundheitsprofessionen (Verständnis, Bewertung, Nutzung) 	<ul style="list-style-type: none"> Wie verläuft die Kommunikation mit Ihrem Arzt? Können Sie Ihre Gesundheitsprobleme und Versorgungsbedürfnisse beschreiben/ausdrücken und sich Ihrem Arzt verständlich machen? 	
Nutzen und Nutzenerwartung des Gesundheitscoachings	<ul style="list-style-type: none"> Patientenbegleitprogramm Weitblick 	
<ul style="list-style-type: none"> Wahrnehmung des gesundheitsbezogenen Handlungsbedarfs Nutzenwahrnehmung der Intervention 	<ul style="list-style-type: none"> Warum haben Sie sich für eine Teilnahme am Programm Weitblick entschieden? 	

<ul style="list-style-type: none"> • Nutzenwahrnehmung der Intervention 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Was hat Ihnen das Programm gebracht? 	Besonders nützliches/hilfreiches, was gelernt, besonders in Erinnerung, Ziele erreicht
<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsbezogener Handlungsbedarf 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Worüber haben Sie mit Ihrem Weitblick-Gesundheitsberater gesprochen (Themen und Ziele)? 	Ziele erreicht?
<ul style="list-style-type: none"> • Interaktion • Akzeptanz • Qualifikation • Vertrauen 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wie bewerten Sie die Gespräche und Zusammenarbeit mit Ihrem Gesundheitsberater? 	Gesundheitscoach und Beratungsprozess
<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung von Krankheitsbewältigung, Förderung von Gesundheitskompetenzen 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Gehen Sie heute anders mit Ihrer Krankheit im Alltag um? Bitte erläutern Sie. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung von Krankheitsbewältigung, Förderung von Gesundheitskompetenzen • Auswirkungen Versorgungsqualität 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hat das Programm zu Veränderungen Ihrer gesundheitlichen Versorgung beigetragen? 	
<ul style="list-style-type: none"> • Kritische Gesundheitskompetenzen, Politik • GKV-Gesundheitsversorgung in Deutschland 		
<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung von Krankheitsbewältigung und Gesundheitsversorgung, Kritische Gesundheitskompetenzen 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wie finden Sie, dass Ihre Krankenversicherung so etwas wie das Begleitprogramm Weitblick anbietet? 	Meinung
<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung von Krankheitsbewältigung und Gesundheitsversorgung, kritische Gesundheitskompetenzen • Bedürfnisse der Gesundheitsversorgung • Politik • Rollen und Aufgaben der Akteure 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Welche Angebote wünschen Sie sich von Ihrer Krankenkasse? Welche Erwartungen haben Sie an Ihre Krankenversicherung? 	
<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung von Krankheitsbewältigung und Gesundheitsversorgung, kritische Gesundheitskompetenzen • Bedürfnisse der Gesundheitsversorgung • Politik 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wie wird sich die Gesundheitsversorgung Ihrer Meinung nach im deutschen Gesundheitssystem zukünftig entwickeln? 	
<ul style="list-style-type: none"> • Gesprächsabschluss 		
Abschlussfrage	<ul style="list-style-type: none"> ○ Möchten Sie zu dem Gespräch noch etwas ergänzen? Habe ich einen Aspekt übersehen oder ausgelassen? 	
Abschied	<ul style="list-style-type: none"> ○ Danksagung 	

Leitfragen erstellt in Anlehnung an den aktuellen Forschungsstand sowie an folgende Quellen: Bertelsmann Stiftung, o. J.a, o. J.b, o. J.c, o. J.d; HLS-EU Consortium, 2012; Modig, Kristensson, Troein, Brorsson & Midlov, 2012; Pizur-Barnekow, Darragh & Johnston, 2011; Jordan, Buchbinder & Osborne, 2010; Longo et al., 2010; Britigan, Murnan & Rojas-Guyler, 2009, Helfferich, 2011.

POST-INTERVIEW

- ➔ Danken für Zeit, Geduld und Auskunft über teils sehr private Informationen, Ihre Erfahrungen, Meinung und Einstellungen
- ➔ Hinweis auf Kontaktdaten auf der Einverständniserklärung
- ➔ Angebot: Zusendung der Dissertation und Publikationen

Heimat Krankenkasse · Herforder Straße 23 · 33602 Bielefeld

Geschäftsstelle Bielefeld
Öffnungszeiten
Montag bis Freitag: 08.00 - 17.00 Uhr

Ihr Gesprächspartner:
Mario Schröder
Teamleitung Versorgungsmanagement

T. 0521 92395-2501
F. 0521 92395-152501
m.schroeder@
heimat-krankenkasse.de

Bielefeld, 30.10.2013

Evaluation des Patientenbegleitprogramms Weitblick Kooperation mit der Universität Bielefeld

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit unserem Patientenbegleitprogramm Weitblick bieten wir unseren Versicherten eine rundum gute und zuverlässige Versorgung und begleiten sie aktiv auf dem Weg zu mehr Gesundheit. Damit wir dies auch weiterhin gewährleisten können, sind wir sehr an Ihren Erfahrungen als Teilnehmer/in dieses Programms interessiert.

In Kooperation mit der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld wird das Patientenbegleitprogramm Weitblick im Rahmen einer Dissertation wissenschaftlich begleitet. Um Meinungen und Erfahrungen zu dem Programm zu erhalten, sollen persönliche Gespräche mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern wie Ihnen geführt werden. Schließlich können Sie uns am besten sagen, wie wir uns noch besser für Ihre Gesundheit einsetzen können!

Wir möchten Sie daher bitten, unser Vorhaben zu unterstützen und ein persönliches Gespräch bzw. Interview mit einer Mitarbeiterin der Universität Bielefeld, Frau Charlotte Assmann, zu führen. In dem persönlichen Gespräch würden Sie das Programm Weitblick beurteilen und Vorteile und ggf. Nachteile nennen, die Sie aus der Teilnahme an dem Programm im Bezug auf Ihre Erkrankung sehen.

Die Teilnahme an dem Vorhaben ist natürlich freiwillig. Selbstverständlich werden alle Anforderungen des Datenschutzes eingehalten. Gespräch und Auswertung erfolgen anonym und vertraulich. Die Ergebnisse werden ausschließlich für die wissenschaftliche Evaluation verwendet.

Wenn Sie für ein solches Gespräch zur Verfügung stehen, senden Sie uns bitte die beiliegende Einverständniserklärung bis zum 14.11.2013 ausgefüllt zurück. Damit erklären Sie sich einverstanden, dass wir Ihren Namen und Ihre Telefonnummer an Frau Assmann weitergeben dürfen. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass keinerlei andere Daten übermittelt werden.

Ihr Einverständnis vorausgesetzt, wird Frau Assmann Sie telefonisch kontaktieren und mit Ihnen einen Termin für ein ca. 45 minütiges Interview im Zeitraum von November bis Dezember 2013 vereinbaren. Gerne kommt Sie für das Gespräch zu Ihnen. Das Gespräch kann aber auch telefonisch durchgeführt werden.

Heimat BKK · Herforder Straße 23 · 33602 Bielefeld · info@heimat-krankenkasse.de · www.heimat-krankenkasse.de · IK 103 724 238

Bankverbindung · SEB AG · BLZ 480 101 11 · Konto-Nr. 1019 234 400 · IBAN DE98 4801 0111 1019 2344 00 · BIC ESSEDE33HAN

Service-Telefon 0800 1060100 (kostenfrei)

Ihre Meinung und Ihre Erfahrung sind uns sehr viel wert. Wir würden uns daher sehr freuen, wenn wir Sie für ein Interview gewinnen können und danken Ihnen schon jetzt für Ihre Mithilfe.

Haben Sie Fragen? Sprechen Sie uns an. Wir sind für Sie da.

Mit freundlichen Grüßen

Mario Schröder

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an und senden Sie Ihre Antwort per Post zum 14.10.2013 zurück an:

Heimat Krankenkasse
Mario Schröder
Herforder Straße 23
33802 Bielefeld

Einverständniserklärung

Versichertendaten	
Name, Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
Adresse	Versicherungsnummer

- Ja**, ich bin bereit an der Evaluation des Patientenbegleitprogramms Weitblick teilzunehmen und ein Interview mit Frau Assmann zu führen. Die Heimat Krankenkasse darf dazu meinen Namen und meine Telefonnummer an Frau Assmann weitergeben.
- Nein**, ich bin nicht bereit ein Interview für die Evaluation des Patientenbegleitprogramms Weitblick zu führen.

.....
Ort, Datum Unterschrift des Versicherten

.....
Rufnummer zur Terminvereinbarung

Projektbeschreibung

Evaluation des telefonisches Patientenbegleitprogramm Weitblick

Die Heimat Krankenkasse möchte ihren Versicherten eine gute, individuelle und zuverlässige Versorgung bieten. Dazu überprüft und bewertet sie regelmäßige ihre Angebote – auch mit Kooperationspartnern. Zur Evaluation ihres Patientenbegleitprogramms Weitblick, ein telefonisches Gesundheitscoaching für chronisch erkrankte Versicherte, besteht eine Kooperation zwischen der Heimat Krankenkasse und Frau Charlotte Assmann, Doktorandin der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Frau Assmann führt die Evaluation des Programms im Rahmen ihrer Doktorarbeit durch.

In dem Evaluations- bzw. Forschungsvorhaben wird untersucht, welchen Nutzen das telefonische Patientenbegleitprogramm Weitblick für die Förderung der Gesundheitskompetenz und zum Versorgungsmanagement durch Krankenkassen hat und wie die Effektivität und Effizienz des Programms zu bewerten sind. Um einen tiefergehenden Einblick in die Thematik und in die praktischen Erfahrungen der Versicherten mit dem Programm Weitblick und insbesondere mit der Förderung von Gesundheitskompetenzen zu erhalten, sollen mit ehemaligen Programmteilnehmenden Gespräche, sogenannte Experteninterviews, geführt werden. Die Interviews werden mittels Tonaufnahme aufgezeichnet, anschließend verschriftlicht (Transkription) und ausgewertet. Die mittels der Interviews erhobenen Daten werden anschließend für die qualitativen Auswertungen im Promotionsvorhaben herangezogen. Ziel ist es, zu erfahren, wie die Teilnehmenden das Programm Weitblick bewerten, welchen Nutzen sie für den Umgang mit Ihrer Erkrankung sehen (Förderung der Gesundheitskompetenzen) und wie sie es einschätzen, dass die Heimat Krankenkasse ein solches Programm anbietet und die Kosten dafür trägt. Die Ergebnisse dienen der Nutzenbewertung und Optimierung des Programms Weitblick sowie der Weiterentwicklung der Leistungsangebote und der Ausrichtung der Heimat Krankenkasse.

Kooperationspartner:

Heimat Krankenkasse und Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld

Ansprechpartner Heimat Krankenkasse: André Leniger, Mario Schröder T. 0521 92395-0 E-Mail: a.leniger@heimat-krankenkasse.de	Bearbeitende Promovendin: Charlotte Assmann, MSc PH Universität Bielefeld Fakultät für Gesundheitswissenschaften charlotte.assmann@uni-bielefeld.de Tel.: 0175/512 66 77	Gutachterin und Betreuung: Prof. Dr. Claudia Hornberg Universität Bielefeld Fakultät für Gesundheitswissenschaften claudia.hornberg@uni-bielefeld.de Tel. (Skr.): 0521/106-4366
--	--	---

Ablauf und Durchführung

Die Forschung findet im Rahmen der Promotion von Frau Assmann an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld statt. Frau Assmann trägt die Verantwortung für das methodische Vorgehen. Als Betreuerin von Seiten der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld fungiert Frau Prof. Dr. Claudia Hornberg, von Seiten der Heimat Krankenkasse sind Herr André Leniger und Herr Mario Schröder Ansprechpartner (Kontaktdaten s.o.).

Die erste Kontaktaufnahme mit Ihnen als möglicher Interviewpartner erfolgte schriftlich durch die Heimat Krankenkasse. Von den angeschriebenen Versicherten, die Interesse haben an einem Experteninterview teilzunehmen, gibt die Heimat Krankenkasse den Namen und die Telefonnummer dieser Versicherten an Frau Assmann weiter. Daraufhin nimmt diese telefonisch Kontakt mit den potenziellen Interviewpartnern auf, um einen Interviewtermin zu vereinbaren und ggf. Fragen zum Vorhaben zu klären. Die Einwilligung zur Teilnahme an dem Interview ist freiwillig. Bei Zustimmung zur Teilnahme an der Untersuchung geben die Interviewpartner ihre Adresse oder ggf. die Adresse eines anderen Interviewortes an Frau Assmann weiter. Daraufhin kann das Experteninterview durchgeführt werden.

Um Ihre Meinung und Ihre Aussagen auswerten zu können, ist eine Audioaufzeichnung des Gesprächs und dessen Verschriftlichung (Transkription) von großer Bedeutung. Selbstverständlich werden alle Anforderungen des Datenschutzes erfüllt, so bleibt die Aufnahme allein bei Frau Assmann und wird nach der Transkription der Gesprächsinhalte gelöscht, spätestens am 30.06.2014. Die Abschrift können Sie gerne auf Anfrage bei Frau Assmann erhalten (Kontaktdaten s.u.). Während der Verschriftlichung der Audiodaten werden die Namen und Positionen aller der am Interview beteiligten oder im Interview genannten Personen anonymisiert. Dazu entfernt Frau Assmann alle persönlichen Bezüge oder Namen, so dass keine Rückschlüsse mehr auf Ihre Person möglich sind, d.h. alle Personen- oder Ortsangaben werden verändert oder unkenntlich gemacht, Berufe, andere persönliche Informationen oder Namen werden durch verfremdende Beschreibungen ersetzt und damit ebenfalls anonymisiert. Schließlich existiert nur noch eine anonymisierte Abschrift (Transkript), die für die wissenschaftliche Auswertung verwendet und aufbewahrt wird.

Ihr Name und Ihre Kontaktdaten sowie die Tonaufzeichnung (s.u.) werden nach der Transkription der Interviews in den hierzu erstellten Unterlagen der Forscherin vollständig gelöscht, so dass lediglich die anonymisierte Abschrift des Interviews existiert. Die von Ihnen unterschriebene Erklärung zur Einwilligung in die Auswertung wird in einem gesonderten Ordner an einer gesicherten Stelle (Digitales Archivierungssystem der Heimat Krankenkasse) getrennt von den Abschriften aufbewahrt. Sie dient lediglich dazu, bei einer Überprüfung durch den Datenschutzbeauftragten nachweisen zu können, dass Sie mit der Auswertung einverstanden sind. Sie kann mit Ihrem Interview nicht mehr in Verbindung gebracht werden.

Die verschriftlichten Gesprächsinhalte und deren Auswertung sind anonym und vertraulich. Die Ergebnisse werden ausschließlich für die wissenschaftliche Evaluation im Rahmen der Promotion verwendet. Sie haben natürlich die Möglichkeit zu entscheiden, ob Sie auszugsweise Zitate vor der Fertigstellung des Evaluationsberichts gegenlesen möchten. Bitte setzen Sie sich in diesem Fall gerne bis zum 30.06.2014 mit Frau Assmann in Verbindung.

Einwilligungserklärung der Interviewpartnerin/des Interviewpartners

Ich bin über das Evaluationsvorhaben des Programms Weitblick in Kooperation zwischen Heimat Krankenkasse und Frau Charlotte Assmann, Promovendin an der Universität Bielefeld, in dessen Rahmen das Interview erfolgt, informiert worden und habe die o.g. Informationen zur Kenntnis genommen und verstanden.

Die im Rahmen der Experteninterviews erhobenen Informationen und Daten werden ausschließlich in anonymisierter Form für die wissenschaftliche Evaluation des Programms Weitblick im Dissertationsvorhaben verwendet und, wie oben beschrieben, streng vertraulich behandelt. Die erhobenen Daten werden nur von Frau Assmann genutzt und nicht an Dritte weitergegeben.

Es erfolgen ggf. anonyme Zitationen aus den anonymisierten Transkripten.

Die Teilnahme an der Studie und diese Einwilligungserklärung erfolgen freiwillig. Durch meine Verweigerung der Teilnahme entstehen mir keine Nachteile. Die Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Der schriftliche Widerruf ist schriftlich und formlos zu richten an:

Charlotte Assmann
Doktorandin der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
AG 7 Umwelt und Gesundheit
Prof. Dr. Claudia Hornberg
Universitätsstraße 25
33615 Bielefeld

E-Mail: charlotte.assmann@uni-bielefeld.de

Im Falle eines Widerrufs werden alle personenbezogenen Daten, soweit diese nicht bereits anonymisiert sind, mit sofortiger Wirkung gelöscht.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Frau Assmann ein Experteninterview mit mir führt, das Gespräch aufzeichnet ((Tonaufzeichnung) und transkribiert. Mit der oben beschriebenen Verarbeitung und Verwendung meiner Daten bin ich einverstanden.

Mir wurde die Möglichkeit eingeräumt, Fragen zum Forschungsvorhaben, zum Vorgehen, zur Aufklärung und zur Einverständniserklärung zu stellen.

[Name Interviewpartner, Ort, Datum]

[Unterschrift]

(Anm.: Eine Kopie der Erklärung verbleibt beim Interviewpartner)

Anhang 81: Merkmale für die Fallauswahl der qualitativen Studie (Sampling; eigene Darstellung)

Merkmal	Spektrum der Ausprägung		Informationsquelle
	Von	Bis	
Alter*	Jung (bis 50 Jahre)	Älter (über 65 Jahre)	Routinedaten
Geschlecht	Weiblich	Männlich	Routinedaten
PLZ	Umkreis von 25 km ausgehend vom PLZ-Bezirk 33602 (Stadtzentrum und Sitz der Heimat Krankenkasse)		Versichertendaten
*Das Spektrum ist abhängig von der aktuellen Kohorte, die tatsächlich mögliche Altersspanne kann von vorgeschlagenen Altersgrenzen abweichen.			

Anhang 82: Interviewprotokoll (Formular)

!!!NACH dem Interview auszufüllen!!!

Interview

Interview Code-Nr.: <i>[laufende Nummer nach Reihenfolge der Interviewdurchführung]</i>
Datum:
Dauer (Min):
Ort/Räumlichkeit:

Angaben zum Interviewpartner

Angaben zum Interviewpartner entweder außerhalb des eigentlichen Interviews oder im Interview erfragt, falls nicht bekannt, geschätzt.

Alter:
Ausbildung:
Beruf/Berufsstatus:
Kinder:
Partnerschaft/Familienstand:

Zusätzliche Informationen, besondere Vorkommnisse bei Kontaktierung oder im Interview

Interesse (z. B. bei Terminvereinbarung, Erzählbereitschaft, Interesse nach dem Interview)
Interviewatmosphäre, Stichworte zur personalen Beziehung
Interaktion im Interview, schwierige Passagen
Störungen, z. B. durch räumliche oder zeitliche Besonderheiten
Gesprächsverlauf insgesamt
Bemerkungen: Post-Interviewphase

Interviewprotokoll erstellt nach Helfferich, 2011 und Gläser & Laudel, 2009.

Hauptkategorie: Erkrankungen/Diagnosen und Medikation

Die Kategorie „Erkrankungen/Diagnosen und Medikation“ umfasst Krankheiten, Diagnosen, Therapien und Medikamente, die die IP im Verlauf des Gesprächs benannt haben. Ziel ist es, einen Überblick über das gesamte Krankheitsspektrum der IP zu erhalten, der die subjektive Beschreibung von Krankheiten, ggf. auch Selbstdiagnosen, von einer Ärztin oder einem Arzt diagnostizierte Krankheiten sowie (medikamentöse) Therapien umfasst.

Ankerbeispiel: „Ich habe einige Knieprobleme. Ich hatte schon einen Termin gehabt zur Knieoperation. Ich sollte ein neues Knie bekommen. Ich laufe da schon auf der Felge. Und dann ist das mit dem Knöchel passiert. [...] Ich habe immer noch kein neues Knie, das hat sich gebessert. Ich habe jetzt Einlagen auch wegen des Knöchels bekommen. Da habe ich mir gute, teure anfertigen lassen. Die haben die Stellung des Knies so verbessert, dass ich momentan nur wenige Probleme habe mit dem Knie. [...] Und je später man das Knie operiert, umso besser, weil es länger hält. Und das hat mir gut geholfen. [...]“ IP 6, Abs. 3-6

Zur besseren Übersicht sind diese Daten in Subkategorien geordnet (Anhang 84):

Anhang 84: Definition der Subkategorien von „Erkrankungen/Diagnosen und Medikation“ (eigene Darstellung)

Subkategorien zu „Erkrankungen/Diagnosen und Medikation“	Definition	Beispiele für genannte Aspekte	Ankerbeispiel
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Umfasst alle Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, einschließlich Hinweise z. B. durch Medikation oder Symptome	Hypertonie, Herzrhythmusstörungen, Vorhofflimmern, Arteriosklerose, Schlaganfall, Herzinfarkt, Herzkatheteruntersuchungen, Stent	<i>„Ja, ich hatte Wasser in der Lunge. Und mit dem Herzen habe ich es jetzt, Rhythmusstörungen und dann Vorhofflimmern.“ IP 4, Abs. 13</i>
Risikofaktoren und Komorbidität	Umfasst physische und psychische Erkrankungen und (Risiko-)Faktoren, die mit HKE zusammenhängen und ggf. ein zusätzliches gesundheitliches Risiko darstellen; Erkrankungen des Bewegungsapparates sind separat erfasst (s. u.)	Diabetes, Cholesterin, Depression, Angststörungen, Übergewicht, Stress	<i>„Ich will’s auf jeden Fall versuchen, weil es auf jeden Fall besser wäre, wenn ich noch was runter habe [vom Körpergewicht, Anm. d. Verf.]. Aber sonst ernähre ich mich schon sehr bewusst. Ich schaufle nicht alles in mich rein, obwohl man korpulenter ist.“ IP 4, Ab. 29</i>
Bewegungsapparat	Umfasst alle Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems oder solche die Auswirkungen darauf haben (Separate Kategorie, weil entsprechende Erkrankungen die Möglichkeiten der Prävention von HKE einschränken können, auch wenn sie nicht direkt einen Risikofaktor darstellen)	Knöchelbruch, Bruch des Oberschenkelhalses, Arthrose, Verletzungen oder Operationen z. B. am Knie	<i>„Aber gut dann hatte ich Pech, ich bin gestürzt. Da habe ich meine Hüfte gebrochen und hatte einen Oberschenkelhalsbruch. Eine Prothese gab es dann.“ IP 6, Abs. 33</i>

Medikation	Medikamente oder Wirkstoffe, von denen die Befragten berichten	Medikamente gegen Bluthochdruck (Beta-Blocker), zur Verzögerung der Blutgerinnung („Blutverdünnung“, ASS 100, Marcumar), wegen erhöhtem Cholesterinspiegel, Insulin spritzen, Antidepressiva, Pantoprazol für den Magen, Amitaron (Herztablette)	„Ja, ich muss Medikamente nehmen. Das sind diese Blocker. Für den Druck oder so. Und Blutverdünnung. ASS 100.“ IP 3, Abs. 13
Gesundheitseinschätzung durch Dritte (Angehörige, Interviewerin)	Risikofaktoren, Erkrankungen oder Eindrücke zum Gesundheitszustand, die die Befragten selbst nicht benannt haben, aber im Interview beobachtet oder von Angehörigen benannt wurden	Übergewicht, verringerte kognitive Leistungen, Verwirrtheit, Trauer	„Es gibt zwar immer das wo ich denk, hunderttausend Mal reden, [...] es kommt da oben nicht so an. [...] Ich denke, es ist eigentlich schlimmer geworden. Ich glaube das Gehirn verarbeitet es nicht so schnell. Ist meine persönliche Meinung. Ich weiß es nicht.“ IP 2-Ehefrau, Abs. 99-100
Weitere	Umfasst alle weiteren Diagnosen, Erkrankungen und Eingriffe von denen die Befragten berichten und die sich nicht in die anderen Subkategorien einordnen lassen	Augenoperation, Vergrößerung der Prostata, Operationen einschließlich Komplikationen, Schuppenflechte, Schilddrüsenunterfunktion, Laktoseintoleranz, Meniskusschaden und -OP, physische und psychische Belastungen durch Pflege eines Angehörigen, Stirnhöhlenentzündung, Blasenentzündung, Gallenkolik	„Ich hatte ja noch Schuppenflechte überall.“ IP 6, Abs. 18

Hauptkategorie „Gesundheitsberatung“

Die Hauptkategorie „Gesundheitsberatung“ beinhaltet Erfahrungen, Wünsche und Anforderungen sowie die Bewertung unterschiedlicher Formen von Beratung zu gesundheitlichen und medizinischen Fragestellungen. Gesundheitsberatung kann alles umfassen, was die Befragten im Interview damit assoziieren.

Ankerbeispiel: „Wenn die Krankenkassen sowas machen, weiß ich nicht ob das so geschultes Personal ist, die sich in diese Fälle hineindenken können und auch dann Bescheid wissen. Und man hat wieder einen zusätzlichen Partner mit dem man Sprechen muss. Hinfahren oder Telefonieren oder wie auch immer. Telefonieren ist immer schlecht. Dahin fahren und dem Mann oder der Frau in die Augen schauen, um zu sehen was er denn so sagt.“ IP 5, Abs. 156

Zur besseren Übersicht sind diese Daten in Subkategorien geordnet worden (Anhang 85):

Anhang 85: Definition der Subkategorien von „Gesundheitsberatung“

Subkategorien zu „Gesundheitsberatung“	Definition	Beispiele für genannte Aspekte	Ankerbeispiel
Anbieter	Beinhaltet alle Anbieter (Institutionen) von Gesundheitsberatung, die sich die Befragten für diese Aufgabe vorstellen können (ausdrücklich nicht die Qualifikation der Beratenden, s. u.)	Krankenkasse	<i>I: „Hätten Sie eine Idee wo das sein sollte oder wer das machen sollte?“ IP: „Die Krankenkassen eigentlich.“ IP 2, Abs. 94-95</i>
Bedarf und Interesse	Umfasst den subjektiven Bedarf und das Interesse der Befragten an Gesundheitsberatung	allgemeines Interesse, anlassbezogenes Interesse, spezifische Fragen	<i>I: „Wenn Sie jetzt eine konkrete Frage zu einem Krankheitsbild hätten. Wenn Sie sich jetzt überlegen, wen Sie da anrufen können. Wer sollte das sein [...]?“ IP: „Würde ich glaube ich gar nicht machen.“ IP 7, Abs. 86-87</i>
Präferenzen der Beratungsform	Umfasst die Anforderungen und Wünsche an die praktische Durchführung und Erreichbarkeit der Beratung	Ärztin/Arzt, Krankenkasse, fester Ansprechpartner, freiwillige Einzelberatung, Nähe zum Wohnort, persönliche und individuelle Beratung, Telefon, kein zusätzlicher Akteur	<i>„Dahin fahren und dem Mann oder der Frau in die Augen schauen, um zu sehen was er denn so sagt. Wie er es denn wirklich meint.“ IP 5, Abs. 156</i>
Qualifikation	Beschreibt die Anforderungen an die Qualifikation von Gesundheitsberatern	Ärztin/Arzt	<i>„Ein Arzt. Der kann das am besten verstehen. Fachlich ist das an sich egal.“ IP 2, Abs. 104</i>
Themenbereiche	Umfasst die Beratungsthemen, die sich die Befragten wünschen bzw. zu denen Beratungsbedarf besteht	Leistungen der GKV, Ernährung, Selbsthilfe	<i>„Und viele wissen auch gar nicht so was Ihnen zusteht [gemeint sind Leistungsansprüche, Anm. d. Verf.] und was sie machen können.“ IP 6, Abs. 187</i>

Hauptkategorie „Bedürfnis nach Gesundheitsinformationen“

Die Kategorie „Bedürfnis nach Gesundheitsinformationen“ umfasst Daten über den (thematischen) Bedarf nach gesundheitsbezogenen Informationen sowie Umgang und Beschaffung dieser. Der Fokus dieser Kategorie liegt auf Informationen zu Gesundheitsthemen, im Unterschied zur Kategorie Gesundheitsberatung, in der neben (thematischem) Bedarf die Rahmenbedingungen und die Interaktion mit beratenden Personen sowie daran angeknüpfte Anforderungen betrachtet wurden.

Ankerbeispiel: „Aber ich bin ein Mensch, im Zeitalter des Computers kann man ja immer alles gut und schön nachlesen. Und wenn irgendwas war, dann gucke ich auch wirklich liebend gern nach und suche nach Alternativen oder warum das so ist. Ich informiere mich eigentlich immer selbst ganz gut. Wobei alles kann man auch nicht rausbekommen.“ IP 6, Abs. 65

Auch diese Kategorie ist in thematische Subkategorien zwecks Übersicht geordnet worden (Anhang 86):

Anhang 86: Definition der Subkategorien „Bedürfnis nach Gesundheitsinformationen“

Subkategorien zu „Bedürfnis nach Gesundheitsinformationen“	Definition	Beispiele für genannte Aspekte	Ankerbeispiel
Themenbereiche	Themen, zu denen Bedarf nach Informationen aus Sicht der Befragten besteht	Alternative Behandlungsmöglichkeiten, alternative Medizin, Leistungserbringende (Eignung, Qualifikation, Expertise), Medikation, Ernährung, Leistungsrecht, Präventionsleistungen der Krankenkasse	„Sie ist bei der [Name einer GKV (anonymisiert)] und keiner verrät einem Sachen, die einem eigentlich zustehen oder die Möglichkeiten die man hat. [...] ob das jetzt hier heißt es wäre egal ob sie in dieses oder doch lieber in ein anderes Krankenhaus gehen.“ IP 6, Abs. 172
Umfang und Motivlage	Hinweise auf Umfang, Motive und Interesse an Gesundheitsinformationen	Ärztliche Gespräche nachvollziehen und verstehen, Empfehlungen für Behandlungen, Therapien verstehen, verschiedene Behandlungsmöglichkeiten kennenlernen, Interesse an Partizipation am Behandlungsprozess	„Wenn ich jetzt vom Arzt was höre, was der mir sagt und ich hab das nicht verstanden, dann guck ich eben da rein [ins Internet, Anm. d. Verf.].“ IP 2, Abs. 87
Quellen und Zugang	Verschiedene Quellen und Zugangswege, aus denen die Befragten Gesundheitsinformationen beziehen	Zeitschriften, TV, Internet, Angehörige, Freunde, Bekannte, Ärztin/Arzt, Krankenkasse	„Ja, ich kriege ja immer von der Krankenkasse die Zeitschrift. Oetker [gemeint ist die Heimat Krankenkasse] schickt mir auch immer die Zeitung.“ IP 1, Abs. 54-55
Recherchestrategien	Beschreibung der Maßnahmen zur Beschaffung von und Zugang zu Gesundheitsinformationen	Gezielte Recherche, Zufallsfunde, Nachfragen im Bekanntenkreis	„Informationen – ja wo kriegt man die her? Durch Freunde, die irgendwo gewisse Krankheiten haben. Die einen Herzinfarkt gehabt haben.“ IP 3, Abs. 60

Hauptkategorie „Offengelegtes Gesundheitswissen“

Die Kategorie „Offengelegtes Gesundheitswissen“ umfasst und gliedert anhand der Subkategorien (Anhang 87) das offengelegte Gesundheitswissen, das die IP beschrieben haben. Dabei geht es nicht um das tatsächliche Verhalten (s. Kategorie „Gesundheitsverhalten“), sondern darum, mit welchen Themen sich die Befragten auskennen, wie tief das Verständnis über ihre eigenen Erkrankungen und ihr allgemeines gesundheitsbezogenes Wissen ist.

Ankerbeispiel: „Durch diese Schule, Arbeit, Sitzen, alles was hier am Körper ist, wenn kein Muskel da ist, geht es an die Gelenke und an die Knochen. Und unsere Generation und davor, die haben das aufgebaut, dass die Muskeln dein Knochengestüt stärken und halten.“ IP 3, Abs. 53

Anhang 87: Definition von Subkategorien von „Offengelegtem Gesundheitswissen“

Subkategorien zu „Offengelegtem Gesundheitswissen“	Definition	Beispiele für genannte Aspekte	Ankerbeispiel
Themenbereiche	Umfasst Themen des Gesundheitswissens der Befragten; zu diesem Spektrum (Gesundheitsversorgung, -verhalten, -politik und -system) haben sie Sachverhalte beschrieben oder ihre Kenntnisse verdeutlicht	Therapie, Behandlung, Medikation, Qualitätskriterien, Diagnostik, alternative Medizin, Volkskrankheiten, Ernährung, Demenz und Pflege, Klima und Gesundheit, GKV und Leistungsrecht, Gesundheitssystem und -politik (Mediziner Ausbildung, Verwaltungskosten, Vergütung ärztlicher Leistungen, Marketingbudget von Pharmaunternehmen, Rabattverträge für Medikation, Verhalten von Versicherten, Überversorgung, internationale Vergleiche)	<i>„Über die chinesische Medizin weiß ich viel. Ich habe Akkupunktur bekommen. Ich habe hier für meine Arthrose schon Röntgenstrahlen bekommen usw. Und jetzt habe ich nochmal Akkupunktur. Es geht mir wieder ganz gut. Das hilft schon. Es aktiviert den Selbstheilungsprozess im Körper. Und diese Angebote sind toll von der Heimat [Krankenkasse, Anm. d. Verf.]. Das kann ich nur empfehlen.“ IP 6, Abs. 50-51</i>
Umfang	Beinhaltet Hinweise auf den Umfang des Gesundheitswissens, d. h. wie tief das Verständnis von einer Krankheit, Untersuchung oder Behandlung ist	Gesundheitsbezogenes Allgemeinwissen, Grundverständnis, vertieftes Verständnis, spezifisches Wissen zur (chronischen) Krankheit oder diagnostischen Untersuchungen, falsches Wissen	<i>„Wie mich schütze, das weiß man ja eigentlich. Viel frische Luft, Sauerstoff, Obst. Schützen kann man sich auch nicht. Wenn Sie draußen unter Leuten sind, dann geht das ganz schnell. Einer hustet an oder wäscht sich nicht die Hände, die Klinke packen Sie an. Da kann man sich gar nicht schützen. Man kann ja vieles vorbeugen, aber schützen. Oder wie in Japan, mit Mundschutz. Das geht ja auch nicht. Sieht nicht wirklich toll aus.“ IP 6, Abs. 92-93</i>

Hauptkategorie „Gesundheitsbezogene Verhaltensweisen“

Die Kategorie „gesundheitsbezogene Verhaltensweisen“ beinhaltet verschiedene gesundheitsbezogene Verhaltensweisen der IP. Diese betreffen alltägliche oder regelmäßige Verhaltensweisen z. B. zwecks Gesunderhaltung, Verhalten bei Krankheit oder auf Grund einer Therapie. Die Kategorie bezieht keine Orientierung im Gesundheitssystem oder Verhalten gegenüber Leistungserbringenden ein, sondern vielmehr den Lebensstil und die Berücksichtigung von Gesundheit.

Ankerbeispiel: „Ich mach' Wassergymnastik. Das ist verschrieben worden vom Arzt. Ich muss Tabletten nehmen, klar. Das gehört ja dazu. Und jetzt hab ich noch Physiotherapie. [...] Alles, damit ich wieder auf die Beine komme. Das ist schon schwierig.“ IP 2, Abs. 25

Das Gesundheitsverhalten ist anhand von Subkategorien thematisch gegliedert (Anhang 88).

Anhang 88: Definition der Subkategorien von „Gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen“

Subkategorien zu „Gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen“	Definition	Beispiele für genannte Aspekte	Ankerbeispiel
Lebensstil	Alltägliches und regelmäßiges Verhalten mit Gesundheitsbezug und dem Ziel physische und psychische Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern, beinhaltet sowohl Risikovermeidung als auch Gesundheitsförderung (Ressourcenaufbau)	Entspannung, Stressbewältigung und -vermeidung, Bewegung und körperliche Aktivität, Rauchverzicht, Alkoholverzicht, gesunde Ernährung, Stürze und Stöße vermeiden	„Wir essen schon ein bisschen bewusster. Meine Frau kauft viele Biosachen ein. Wir reduzieren den Fleischverbrauch, nicht nur weil wir glauben, dass das dem Körper gut tun, sondern weil wir auch meinen, wir essen eh viel Fleisch. Zucker lasse ich weitgehend weg. Ich will nicht sagen, dass wir besonders gesund leben, aber wir achten schon ein bisschen drauf. [...] Wir achten auf das Gewicht und sowas. Das man nicht auseinanderläuft wie ein Hefekloß.“ IP 5, Abs. 59-61
Umgang mit (akuten) Krankheitssituationen	Umfasst wie die Befragten in (akuten) Krankheitssituationen mit einem Gesundheitsproblem oder einer Erkrankung umgehen, diese behandeln, Symptome bewerten und unter welchen Bedingungen sie professionelle Hilfe in Anspruch nehmen und von welcher Art	Medikation, Schulmedizin, alternative Heilverfahren (z. B. TCM), Selbsttherapie, Ärztin/Arzt aufsuchen, Beratung durch Freunde und Bekannte	I: „Wenn Sie sonst merken, dass es Ihnen schlechter geht, das kann ja auch eine Erkältung sein. Was machen Sie dann? [...]“ IP: „Erst mal versuche ich es selbst in den Griff zu kriegen. Wenn das dann nicht geht, dann gehe ich zum Arzt. Aber erst mal versuche ich es selbst.“ IP 4, Abs. 37-38
Compliance	Informationen über Compliance der Befragten bezüglich Medikation, Therapien und ärztlichen Empfehlungen, einschließlich der dahinterliegenden Motive	Medikation, Therapien, regelmäßige ärztliche Kontrollbesuche, Adhärenz auf Grund von Verstehen und/oder Einverständnis mit den Maßnahmen oder auf Grund von Vertrauen in die behandelnde Ärztin oder in den behandelnden Arzt	„Das ist so, wie man es mir beigebracht hat, von der ärztlichen Seite her, von der Psychologin her. Da halte ich mich dran. Das mache ich. Und so komme ich da auch bestens mit zurecht.“ IP 4, Abs. 143
Bewältigung von Krankheit und Belastungen	Umfasst Motive und Strategien zum Umgang mit und zur Bewältigung von Krankheit, Einschränkungen und Belastungen – unabhängig davon ob die Bewältigung als erfolgreich eingeschätzt wird oder nicht, es werden medizinische und nicht-medizinische Aspekte berücksichtigt	Umgang mit Unsicherheiten und Widersprüchen bei Diagnosen, Umgang mit gesundheitlichen Belastungen und Problemen	„Wenn ich merke, dass diese Rhythmusstörungen kommen. [...] Dann fange ich an dagegen zu halten mit diesen Atemübungen. Das ich also ganz ruhig bleibe, dass ich mir sage, da passiert jetzt nicht weiter was. Das geht wieder vorbei. Jetzt ganz ruhig. Ich versuche mich abzulenken mit irgendwas. Meistens geht das nicht, weil ich mich dann so elend fühle.“ IP 4, Abs. 104

Vorsorge, Prävention und Gesundheitsförderung	Umfasst Art der Maßnahmen bzw. Leistungen zur Vorsorge, Prävention und Gesundheitsförderung, die die Befragten in Anspruch nehmen, Umfang und Bedeutung, die sie diesen beimessen, mögliche Wirkungen, Hindernisse für die Durchführung oder Inanspruchnahme, einschließlich Medikamente, die die Befragten regelmäßig oder nach Bedarf und eigenen Ermessen einnehmen und die keine Ärztin, kein Arzt, keine Therapeutin oder kein Therapeut verschrieben hat (Selbstmedikation)	Leistungen zur Vorsorge (Check-up, Krebsvorsorge), Prävention und Gesundheitsförderung (alternative Medizin, Kuren/Reha, (Pflege-)Kurse), Gründe für Motivation und Hindernisse (z. B. Krankheitsfolgen vermeiden), Selbstmedikation (Misteltee, Cranberry-Dragees, Schlaftabletten)	<i>„Ich mache mindestens ein Mal im Jahr diese Präventionskurse von der Krankenkasse. TCM Medizin. Die chinesische Medizin ist sehr gut.“ IP 6, Abs. 44</i>
--	---	--	---

Hauptkategorie „Bewertung der Gesundheitsversorgung“

Die Kategorie „Bewertung der Gesundheitsversorgung“ beinhaltet Bewertungen der Versorgung aus Sicht der Befragten. Ein breites und offenes Verständnis des Begriffs erlaubt es, all diejenigen Aspekte aufzugreifen, die aus Sicht der IP für die Gesundheitsversorgung relevant sind. Darin eingeschlossen sind sowohl strukturelle Probleme des Gesundheitssystems als auch Fragen und Probleme der individuellen Versorgung. Ebenso können neben medizinischen Aspekten auch nicht-medizinische Facetten eine Rolle für die Versorgung spielen.

Ankerbeispiel: „Das kommt drauf an. Bei meinem Urologen, habe ich das Gefühl, dass ich da schon ehrliche und gute Antworten bekomme. Weil ich auch frage. Bei dem Kardiologen eigentlich auch. Ich frage dann aber auch.“ IP 5, Abs. 73-74

Zur Untergliederung dieser breiten Kategorie sind Subkategorien gebildet worden (Anhang 89).

Anhang 89: Definition der Subkategorien von „Bewertung der Gesundheitsversorgung“

Subkategorien zu „Bewertung der Gesundheitsversorgung“	Definition	Beispiele für genannte Aspekte	Ankerbeispiel
Gesundheitssystem	Bewertung der Strukturen, formale und organisatorische Elemente der Gesundheitsversorgung, die Mängel der Gesundheitsversorgung sowie die Auswirkungen des Versorgungssystems auf die individuelle Versorgung (Bezug auf die Makro- und Mesoebene)	(In-)Transparenz, Versorgungssicherheit (Pflege, ambulante ärztliche Versorgung), Einschätzung der zukünftigen Entwicklung des Versorgungssystems, Ungleichheit in der Versorgung (gesundheitliche Ungleichheit, Zwei-Klassen-Medizin), Wartezeiten auf Termine, ...	<i>„Allerdings gibt es natürlich auch andere Bereiche, wo man vielleicht sagen könnte, da ist man als Kassenspatient immer noch der Patient zweiter Klasse. Wenn es um Termine bei Fachärzten geht, oder so. Das ist schon schlimm. [...]“ IP 5, Abs. 125-126</i>
Alternative Medizin	Bedeutung von und Erfahrungen der Befragten mit alternativmedizinischen Behandlungen	Akupunktur, Puls-Zungen-Diagnostik, Massagen, Tee, Tai Chi, Verständnis von alternativen Heilverfahren (ganzheitliche Medizin, TCM), Qualität, Effektivität der Maßnahmen	<i>„In [Ort] ist ein Südkoreaner für Gesundheit und Ernährung und der macht Akupunktur. Das ist ein top Mann. Der hat meiner Frau unheimlich geholfen. Da bekommt sie jetzt zehn Mal [Akupunktur, Anm. d. Verf.]“ IP 3, Abs. 27</i>
Aufgaben von Ärztin, Arzt, Patientin und Patient	Aufgaben, Verantwortung und Rollen von Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten aus Sicht der Befragten, Gestaltung und Umsetzung der Beziehung zwischen Ärztin oder Arzt und Patientin oder Patient	Fragen stellen, kritisch und reflektierend, Leistungsangebote nutzen bzw. empfehlen, Krankenkasse oder Leistungserbringende wechseln bei Unzufriedenheit, Ärztin/Arzt ist verantwortlich und zuständig für Gesundheit und Versorgung, Grenzen des ärztlichen Handelns erkennen	<i>„Der Arzt ist Diabetologe und der hat das unter Kontrolle.“ IP 1, Abs. 34</i>
Orientierung im Gesundheitssystem	Hindernisse und Schwierigkeiten sich als Patientin oder Patient im Gesundheitswesen zurecht zu finden (Mikroebene, Patientenperspektive) (Kriterien, die die Orientierung von Patientinnen und Patienten unterstützen können, sind separat in der Subkategorie „Kriterien für die Auswahl von Leistungserbringenden“ kodiert, s. u.)	Suche und Auswahl von Leistungserbringenden, Suche und Auswahl von Leistungen, Bedürfnis nach Mitbestimmung und Steuerung der eigenen Versorgung, intransparente Empfehlungen von Ärzten und Einrichtungen durch behandelnde Ärzte, Recherchen, Eignung des Hausarztes als Lotse, fehlende Bewertungsmöglichkeiten der Qualität von Leistungserbringenden und Leistungen	<i>„Ich habe manchmal das Gefühl die Ärzte kriegen von den Krankenhäusern einen Bonus, wenn das Krankenhaus empfohlen wird. [...] Und wenn du heute nicht die Möglichkeit hast dich zu orientieren und selber da hinterher zu gucken und zu schauen und zu fragen, dann ist man ausgeliefert.“ IP 6, Abs. 117-118</i>
Kriterien für die Wahl von Leistungserbringenden	Umfasst Kriterien nach denen die Befragten Leistungserbringende (Ärztinnen und Ärzte, Einrichtungen, Therapeuten) auswählen (möchten)	Beziehung zur Ärztin oder zum Arzt, persönliche Bekanntschaft, Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringenden, Expertise und Spezialisierung, Wohnortnähe, Empfehlung von Angehörigen, Freunden oder Bekannten, Empfehlung von Ärztinnen und Ärzten, Qualitätskriterien (z. B. Häufigkeit der Behandlungen)	<i>„Und dann sagte mir eine gute Schulfreundin, die sagte zu mir: ‚Geh doch mal nach [Name einer Stadt (anonymisiert)], die haben doch diese ganzen Herzspezialisten und das ist doch in Ordnung.‘ Dann habe ich mir das überlegt.“ IP 7, Abs. 21</i>

Hauptkategorie „Wahrnehmung der Intervention Weitblick“

In der Kategorie „Wahrnehmung der Intervention Weitblick“ sind alle Daten zur subjektiven Wahrnehmung der Intervention und dessen Nutzen aus Sicht der Befragten kategorisiert.

Ankerbeispiel: „Das hat sie [die Gesundheitsberaterin, Anm. d. Verf.] einem auch vermittelt, dass man sich kümmert. Man kann nicht immer alles so hinnehmen. Man muss sich heute sehr viel selbst kümmern. Man ist nicht immer nur auf die anderen angewiesen, man muss schon ein bisschen selbst für seine Gesundheit tun.“ IP 6. Abs. 148

Zur Strukturierung der Daten sind Subkategorien gebildet worden (Anhang 90). Die Kategorie beinhaltet keine Daten dazu, wie die Befragten Weitblick als Leistung ihrer Krankenkassen bewerten, da dies nicht Gegenstand der Fragestellung ist.

Anhang 90: Definition der Subkategorien zur „Wahrnehmung der Intervention Weitblick“

Subkategorien zur „Wahrnehmung der Intervention Weitblick“	Definition	Beispiele für genannte Aspekte	Ankerbeispiel
Durchführung und Organisation	Beinhaltet Informationen zur Umsetzung des Coachings, einschließlich der Probleme und Verbesserungsmöglichkeiten aus Sicht der Teilnehmenden	Einschreibungsprozess für Teilnahme, Gesprächszeit, -häufigkeit, -dauer, (Probleme der) Umsetzung des Programms, Verwendung der Coaching-Hilfsmittel (Schrittzähler und Briefe)	<i>IP: „Die [Gesundheitsberaterin, Anm. d. Verf.] hat gefragt, wie es [geht]... Die schreiben sich das ja auf. Und fragen dann das nächste Mal was da war, ob was anderes, ...“ IP-Ehefrau: „Das nächste Mal was man so gemacht hat und dann unterhält man sich über dieses Thema. Und was man vielleicht noch anders machen kann, besser machen kann.“ IP 3, IP 3-Ehefrau, Abs. 166-167</i>
Bewertung	Allgemeine Bewertungen der Intervention aus Sicht der Teilnehmenden, Daten zum subjektiven Nutzen sind separat erfasst (s. u.)	Programmidee, Beziehung zum Coach (Vertrauen, Empathie), Erwartungshaltung, Dauer des Programms, Alltagsbezug, Interesse/Bereitschaft zur Wiederholung, Zufriedenheit	<i>„Ne, das hat die [Gesundheitsberaterin, Anm. d. Verf.] eigentlich alles ganz gut hingekriegt. Sie ist auf mich eingegangen, was ich hatte und so. Das wollte sie wissen. Und ob sie was tun könnte. Und was sie versprochen hat, hat sie auch getan. Und das war eigentlich ganz gut.“ IP 2, Abs. 184</i>

Motivlage für Teilnahme	Motive und Gründe der Befragten, warum sie sich für eine Teilnahme am Programm Weitblick entschieden haben	Teilnahme birgt kein Risiko, Verbesserung gesundheitlicher Probleme, gesundheitsbezogener Informations- und Beratungsbedarf, Motivation durch Angehörige	<i>„Dann habe ich gedacht, weil es auch gerade wegen dem seelischen Gleichgewicht und ich ja jetzt auch in dieser Krise war: ‚Ja gut, warum nicht? Man kann es ja mal probieren.‘ Und es stand ja auch dabei, wenn es einem nicht zusagt, man kann ja wieder rausgehen. Ich denke, ein Risiko gehst du ja nicht ein, ich sehe dann ja wie es ist.“ IP 4, Abs. 114-115</i>
Subjektiver Nutzen	Umfasst den subjektiven Nutzen des Programms aus Sicht der Teilnehmenden in Bezug auf ihre Gesundheit und Gesundheitsversorgung (beinhaltet keine allgemeine Bewertung des Programms insgesamt, dazu s. o.)	„Kümmerer“ im Hintergrund, Lernen Fragen zu stellen und kritisch zu sein, Eigenverantwortung stärken, Bestätigung und Bestärkung das "Richtige" für die Gesundheit zu tun, Ratschläge, Beratung, Aufklärung, Unterstützung der Alltagsbewältigung, Förderung von Kondition und Mobilität, Problemorientierung	<i>„Und dann war mein Blutdruck nicht in Ordnung. Und da sagte sie auch, ‚Gehen Sie nochmal zum Arzt, lassen Sie sich anders einstellen.‘ Und, und, und. Und das hab ich dann auch gemacht, weil der Blutdruck wirklich zu hoch war. Jetzt ist das im optimalen Bereich.“ IP 3-Ehefrau, Abs. 172</i>
Coachingthemen	Gesundheitsbezogene Themen, die im Rahmen des Coachings behandelt wurden, unabhängig davon ob ein Zusammenhang mit einer HKE besteht oder nicht	Allgemeines Befinden/subjektive Gesundheit und Verlauf, Behandlungen und Erkrankungen, Ursachen von Erkrankungen, psychische Gesundheit/seelische Belastungen, Ernährung, Bewegung, Sport, Medikation	<i>„Und das ging immer auf Bewegung, auf Sport und solche Sachen. Das war der Schwerpunkt.“ IP 5, Abs. 86</i>
Zielvereinbarungen	Umfasst die gesundheitsbezogenen Zielvereinbarungen, die die Teilnehmenden im Verlauf des Programms mit den Coaches getroffen haben, wie sie diese bewerten und wie sie das Erreichen der Ziele einschätzen	Vorhandensein bzw. Wahrnehmung von Zielvereinbarungen durch die Teilnehmenden, Erreichen von Zielen, thematische Bereiche (Ernährung/Gewicht, Laufen, Medikation), Identifikation von Hindernissen für die Zielerreichung, Einschätzung der Relevanz der Zielvereinbarung für sich selbst und die eigene Gesundheit	<i>„Es ging ja um Bewegung. Ich bekam einen Schrittzähler, das fand ich auch ganz toll. Da kann ich ja nun leider nicht viel mit dienen. Aber die hat mich ja nun auch länger begleitet und dann habe ich angefangen, so langsam Schritte zu gehen.“ IP 6, Abs. 135</i>

Anhang 91: Thematische Summaries der Hauptkategorien zur qualitativen Inhaltsanalyse

Die thematischen Summaries fassen die nach Hauptkategorien strukturierten Daten inhaltlich zusammen, um sie hinsichtlich der Forschungsfrage auf ihren Kern zu reduzieren (Kuckartz, 2014b).

Erkrankungen/Diagnosen und Medikation

Informationen über die Morbidität der Befragten ergänzen die Beschreibung des Samples. Die IP berichten von einem breiten Krankheitsspektrum, bei dem nicht in jedem Fall HKE im Fokus stehen oder eine solche von den Befragten als Krankheit oder Belastung wahrgenommen werden. Es ist festzuhalten, dass die Befragten nicht alle bestehenden Erkrankungen und Risikofaktoren benennen: Einige erwähnen ihre HKE nicht (auf Grund dessen wurden sie für das Programm Weitblick ausgewählt) oder lediglich das Medikament, das auf eine solche Erkrankung hinweist oder sie nehmen es nicht als Krankheit wahr. Andere benennen ihr Übergewicht bzw. Adipositas, das die Interviewerin beobachten konnte, nicht als gesundheitsrelevantes Problem oder Risiko. Neben HKE und ihren Risikofaktoren werden gesundheitliche Probleme des Bewegungsapparats berichtet, die Einschränkungen im Alltag bedeuten, sowie psychische Belastungen, die überwiegend auf die physischen Erkrankungen zurückgeführt werden. Wechselwirkungen der einzelnen Krankheiten und Risikofaktoren sowie die Auswirkungen der Erkrankungen auf den Gesundheitszustand werden von einigen, aber nicht von allen Befragten beschrieben. Einige Risikofaktoren und Erkrankungen des Bewegungsapparates schränken Präventionsmöglichkeiten wie die Steigerung der körperlichen Aktivität ein. Gerade diese Befragten benennen kaum einen Zusammenhang zwischen den Risikofaktoren bzw. Erkrankungen des Bewegungsapparates und ihrer HKE.

Insgesamt verdeutlicht das erfasste Krankheitsspektrum eine hohe Multimorbidität der befragten Versicherten. Die Beschreibungen der Erkrankungen spiegelt die heterogene Wahrnehmung und Relevanz der Krankheiten aus Sicht der Befragten wider: Einige berichten von ihren HKE, für andere Personen stehen andere Gesundheitsprobleme und deren Behandlungsbedarf oder Einschränkungen im Vordergrund. Demzufolge bedeuten Krankheitsbewältigung und Gesundheitsversorgung komplexe Prozesse und Anforderungen für die Betroffenen. Ob und in wie fern das Coachingprogramm Weitblick hierfür einen Beitrag leistet bzw. einen Nutzen dafür bringt, kann anhand dieser Kategorie nicht betrachtet werden. Sie liefert Hintergrundinformationen für die Analyse und Interpretation latenter Inhalte und unterstützt das Verständnis der Aussagen der Befragten.

Gesundheitsberatung

Das Verständnis von Gesundheitsberatung basiert auf den Vorstellungen, die die Befragten im Interview damit assoziieren: Sie bevorzugen eine persönliche, individuelle Beratung, feste Ansprechpartner zwecks Kontinuität sowie Wohnortnähe. Für geeignete Anbieter von Gesundheitsberatung halten die Befragten vor allem behandelnde Ärztinnen und Ärzte und teils Mitarbeitende von Krankenkassen. Als Qualifikation von Gesundheitsberatenden werden Ärzte bevorzugt, weitere Anforderungen werden nicht konkretisiert. Telefonischer Beratung steht die Mehrheit der Personen kritisch gegenüber.

Die Befragten nehmen nur einen geringen Beratungsbedarf für sich selbst wahr, Interesse an einem solchen Angebot besteht überwiegend anlassbezogen und betrifft spezifische Fragen, z. B. eine Ernährungsberatung. Das Themenspektrum für mögliche Beratungen bezieht sich vor allem auf Leistungen der GKV, Qualität von Versorgung und medizinische Fragen. Während für Beratung zu leistungsrecht-

lichen Fragen Mitarbeitende der Krankenkasse qualifiziert sind, sind Ärztinnen und Ärzte dies für medizinische Fragestellungen. Es ist festzustellen, dass die Befragten ihre Erfahrungen mit dem Programm Weitblick nicht in diese Aussagen einbeziehen: Dessen Form (telefonisch, kontinuierlich, medizinische aber keine ärztliche Professionen als Beratende sowie die Themen Lebensstil und Gesundheitsförderung) wird nicht als Beispiel für Beratung beschrieben, trotz der überwiegend positiven Erfahrungen mit dem telefonischen Gesundheitscoaching (s. u. Kategorie Wahrnehmung der Intervention Weitblick). Auch andere Beratungsanbieter, wie bspw. die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) oder die Verbraucherzentralen, werden nicht benannt. Die Befragten wünschen sich überwiegend eine ärztliche Beratung zu medizinischen Themen, gleichzeitig unterstellen sie Ärztinnen und Ärzten Patientinnen und Patienten nach intransparenten und nicht immer nutzerorientierten Kriterien, durch das Gesundheitssystem zu lotsen (z. B. bei Überweisungen).

Anhand der Kategorie „Gesundheitsberatung“ kann nicht direkt der subjektive Nutzen von telefoni-schem Gesundheitscoaching aufgezeigt werden, jedoch werden Bedarfe für Beratung und Unterstützung zur Krankheitsbewältigung und Gesundheitsversorgung deutlich.

Bedürfnis nach Gesundheitsinformationen

Die Zusammenfassung der Kategorie „Gesundheitsinformation“ stellt die interessierenden Themen aus Sicht der befragten Coachingteilnehmenden heraus und erläutert ihre Motive und Zugangswege zu Gesundheitsinformationen. Thematisch bezieht sich das Bedürfnis an Gesundheitsinformationen – wie der Beratungsbedarf – auf medizinische Fragen sowie Leistungen und Angebote der GKV mit Fokus auf Präventionsleistungen. Des Weiteren betrifft das Interesse der IP das Finden und Auswählen von Leistungserbringenden und (alternativen) Behandlungsmöglichkeiten, unabhängig von Empfehlungen der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes. Zum Zeitpunkt des Interviews wurde kein Bedürfnis nach Informationen zu gesundheitsförderlichem Verhalten und Lebensstil genannt, ebenfalls wurden keine Themen aufgezählt, die in Weitblick besprochen wurden. Das thematische Informationsbedürfnis betrifft also das Verständnis medizinischer Sachverhalte sowie die Orientierung im Gesundheitswesen hinsichtlich Leistungen und Leistungserbringenden, weniger Lebensstil und Gesundheitsverhalten.

Das Informationsbedürfnis und auch das Vorgehen für das Suchen und Finden von Gesundheitsinformationen sind unterschiedlich hoch bzw. (un-)systematisch ausgeprägt. Als Quellen werden überwiegend Printmedien der Apotheke und der Krankenkasse („Push-Informationen“) sowie Angehörige und Freunde verwendet. Das bedeutet, das Finden von Informationen erfolgt überwiegend zufällig und die Befragten nutzen allgemeine und leicht verfügbare Quellen. Zwei Befragte nutzen das Internet für gezielte Recherche („Pull-Informationen“) und informieren sich ausführlich und interessengeleitet zu Gesundheits- und Leistungsfragen. Andere beschränken sich ausschließlich auf die Informationen, die sie von ihren behandelnden Ärzten erhalten. Das Bedürfnis an Informationen ist also heterogen. Gesundheitsinformationen dienen den Befragten dazu, Informationen, Empfehlungen und Behandlungen von Ärzten besser zu verstehen und nachzuvollziehen. Für einige Befragte ist dies Voraussetzung für Partizipation im Behandlungsprozess. Das Bedürfnis nach Gesundheitsinformationen und Partizipation im Versorgungsprozess können der Unterstützung von Krankheitsbewältigung und Gesundheitsversorgung dienen.

Die Äußerungen lassen keinen direkten Bezug zur Intervention Weitblick erkennen, verdeutlichen jedoch einen heterogenen Bedarf an allgemeinen sowie spezifischen Informationen und Beratung.

Offengelegtes Gesundheitswissen

Das Gesundheitswissen, das die Befragten in den Interviews beschrieben haben, umfasst unterschiedliche Facetten: medizinisches, leistungsrechtliches und gesundheitspolitisches Wissen sowie gesundheitsförderliche Verhaltensweisen (s. u. nachfolgende Auflistung). Bezüglich des medizinischen Wissens wurde teils ausgeprägtes Detailwissen über Erkrankungen, diagnostische Verfahren und Therapiemöglichkeiten deutlich, das sich vorwiegend auf das eigene Krankheitsbild bezieht. Weiterhin verfügen einige Befragte über umfassende Kenntnisse zum Leistungsrecht für präventive Maßnahmen. Das umfangreiche Wissen in diesen Bereichen deutet auf eine Auseinandersetzung mit der Krankheit und ihren Belastungen hin.

Die vorhandenen Wissensbereiche lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Wissen zu Gesundheit und Krankheit allgemein sowie spezialisiertes und detailliertes krankheitsbezogenes Wissen – überwiegend erfahrungsbezogen
- GKV-Regelungen, z. B. Bewilligungsverfahren und Leistungsrecht
- Alternative (Heil-)Methoden, ihre Herkunft, Vorgehensweise (z. B. TCM, Tai Chi)
- Gesundheitsförderliche(s) Verhalten und Verhältnisse ebenso wie Risiken
- Qualitätskriterien für Leistungen und Leistungserbringenden (Wissen zur Orientierung im Gesundheitssystem)
- Umsetzung und Anwendung von Wissen, z. B. Selbsttherapie im Krankheitsfall, Einordnung von Symptomen
- Allgemeines gesundheitspolitisches Wissen (u. a. Ausbildung und Vergütung von Ärzten, Finanzierung des Gesundheitssystems, Versorgungssicherheit z. B. in ländlichen Regionen, internationaler Vergleich von Gesundheitssystemen)

Anhand der Hauptkategorie „Offengelegtes Gesundheitswissen“ wird erneut die Bedeutung der Themenbereiche zu medizinischen Fragen sowie GKV-Leistungen, Orientierung im Gesundheitssystem und (Be-)Handlungsmöglichkeiten für Krankheitsbewältigung und Gesundheitsversorgung der Coaching-Teilnehmenden deutlich. Auch wenn bereits – teils ausgeprägtes, teil oberflächliches – Wissen zu diesen Themenbereichen bei den Befragten vorhanden ist, so sind dies grundsätzlich relevante und interessierende Themen für die befragten Versicherten.

Gesundheitsbezogenes Verhalten

Als gesundheitsbezogenes Verhalten beschreiben die Versicherten überwiegend mögliche Leistungen zur Prävention und Vorsorge, die im Gesundheitswesen angeboten werden, insbesondere solche, die von den Krankenkassen bezahlt werden. Das eigene Verhalten steht weniger im Fokus. Als gesundheitlich relevantes Verhalten im Alltag (Lebensstil) beschreibt die Mehrzahl der Befragten die Vermeidung von Risiken wie Rauchen, Alkohol, fett- und zuckerhaltige Lebensmittel und Stress sowie das Betreiben regelmäßiger körperlicher Aktivität und Entspannung. Ziel ist es, Gesundheitszustand und Leistungsfähigkeit zu erhalten.

Umfang und Intensität bspw. von Bewegung stellen sich innerhalb des Samples heterogen dar, sie geben Hinweise auf Motivation und Bedeutung von gesundheitszuträglichem Verhalten für die einzelnen Personen.

Bei Auftreten von Krankheiten vertrauen die meisten zunächst ihrer subjektiven Einschätzung und der Bewertung von Angehörigen und Freunden und behandeln sich bspw. mit frei verfügbaren Arznei-

oder Hausmitteln (Selbstmedikation) selbst. Sehen sie keinen eigenen Handlungsspielraum (mehr) und den Bedarf professioneller Hilfe, wird eine Ärztin oder ein Arzt konsultiert. Ärztliche Empfehlungen und Verschreibungen (Medikation, Therapie) werden von den Befragten überwiegend befolgt (Compliance). Das Hinterfragen der Notwendigkeit der Therapie oder von Risiken findet kaum statt. Die Befragten vertrauen grundsätzlich den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. IP zeigen sich kritisch bei Untersuchungen und Behandlungen und deren Risiken und Chancen. Sie recherchieren selbst Informationen zur Einschätzung von Gesundheit und Behandlungsbedarf und wollen den Versorgungsablauf mitbestimmen. Sie sehen sich nicht nur gefordert Entscheidungen über die Ablehnung oder Inanspruchnahme von Leistungen zu treffen, sondern auch mit therapeutischen Grenzen, ausbleibenden gesundheitlichen Verbesserungen und krankheitsbedingt veränderten sozialen Rollen umzugehen. Sie konsultieren verschiedene Ärzte und sind bereit ggf. alternative Medizin wie TCM oder neue Therapien und Behandlungen auszuprobieren

Die Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung werden von den Befragten überwiegend mit Leistungen der GKV zur Prävention und Vorsorge in Verbindung gebracht: Entsprechende medizinische und therapeutische Angebote der Krankenkasse und die Inanspruchnahme von Vorsorge- und Präventionsleistungen sind wichtig für die Befragten, die hierfür ggf. eigene finanzielle Ressourcen verwenden. Mit einem gesundheitsförderlichen Lebensstil assoziieren die Befragten vor allem körperliche Aktivität, ggf. auch im Rahmen von Präventionskursen oder integriert in den Alltag.

Mittels dieser Kategorie werden Verhaltensweisen zur Krankheitsbewältigung, Gesunderhaltung und für Gesundheitsversorgung aufgezeigt. Einerseits bezieht sich dies auf den (gesundheitsfördernden) Lebensstil (z. B. Ernährung, Bewegung) und die Vermeidung von Risiken (z. B. Rauchen, Alkohol). Andererseits nehmen die IP Leistungen zur Vorsorge und Prävention in Anspruch. Ziel ist jeweils etwas für die eigene Gesundheit zu tun, den Gesundheitszustand zu erhalten oder zu verbessern und Krankheit zu bewältigen

Bewertung der Gesundheitsversorgung

Die Bewertung der Gesundheitsversorgung basiert auf den umfangreichen Erfahrungen der IP. Sie verdeutlichen Mängel der Versorgung auf unterschiedlichen Ebenen. Zentrale Schwierigkeiten bereiten ihnen die Orientierung im Gesundheitssystem und die Wahl von Leistungserbringenden auf Grund der Intransparenz bezüglich der Steuerung von Patientinnen und Patienten zwischen Akteuren und hinsichtlich der Weiterempfehlungen. Es fehlen transparente Kriterien für die Auswahl von Leistungen und Leistungserbringenden anhand von verständlichen und vergleichbaren Qualitätsmerkmalen. Dies würde eine selbstbestimmte und begründete Wahl, Mitsprache oder Entscheidungsfindung einer Patientin oder eines Patienten im Behandlungsprozess ermöglichen. Das Bedürfnis einiger Befragter nach Partizipation ist unterschiedlich. Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung wie Paternalismus, Partnerschaft und Prinzipal-Agent können in den Daten wiedergefunden werden.

Die eigene individuelle medizinische Versorgung bewerten die Befragten im Großen und Ganzen als zufriedenstellend bis gut. Anhand konkreter Beispiele benennen sie dennoch Probleme. In der Arzt-Patienten-Beziehung besteht Verbesserungsbedarf: Kommunikation mit den behandelnden Ärzten, Transparenz der Behandlung und Behandlungsentscheidungen sowie eine persönliche, vertrauliche Beziehung und Empathie werden als Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung genannt und sind neben der medizinischen Qualifikation wichtig. Erschwerend sind das ungleiche „Machtverhältnis“ u. a. auf Grund von Informationsasymmetrien in der Arzt-Patienten-Beziehung sowie die intransparente Verteilung von Aufgaben und unklarer Verantwortung der Akteure im Gesundheitssystem. Bei

Unzufriedenheit oder ausbleibenden gesundheitlichen Verbesserung in der Regelversorgung, probiert ein Teil der Versicherten alternative Medizin wie TCM aus, die für einige eine Lösung ist bzw. Verbesserung der Gesundheit erreicht, sie steuern also ihre Versorgung selbst.

Die Beschreibung verdeutlicht das Bedürfnis der Befragten nach Informationen oder Unterstützung zur Partizipation und Orientierung im Gesundheitssystem, wie das Auswählen von Leistungserbringenden. Dies spielt nach Angaben der Befragten eine zentrale Rolle für die Krankheitsbewältigung und Gesundheitsversorgung.

Wahrnehmung der Intervention Weitblick

Die Kategorie „Wahrnehmung der Intervention Weitblick“ umfasst heterogene und differenzierte Bewertungen der Intervention und insbesondere deren wahrgenommenen Nutzen aus Sicht der Befragten.

Als Motivation für die Teilnahme am Programm nannten die befragten Versicherten Handlungsbedarf hinsichtlich ihres Gesundheitszustands oder gesundheitsbezogenen Beratungs- und Informationsbedarfs. Zudem begründeten fast alle IPs ihre Teilnahme damit, kein Risiko mit dem Angebot einzugehen (Das Programm könne jederzeit beendet werden und bringe keine Nachteile mit sich). Ein wichtiges Kriterium und Voraussetzung für die langfristige Teilnahme war die Beziehung zum Coach verbunden mit dem Aufbau von Vertrauen. Dies gelang in den meisten Fällen und die Coaches werden sehr positiv und als empathisch bewertet. Hinsichtlich der Durchführung und Organisation des Programms gab es nur wenige Kritikpunkte (z. B. keine direkte Rückrufmöglichkeit der Coaches), auch nicht für die telefonische Kommunikationsform. Positiv hervorgehoben wurden die kontinuierlich aufeinander aufbauenden und längeren Gespräche ohne Zeitdruck sowie die Langfristigkeit der Begleitung. Als Themen des Coachings erinnerten die Teilnehmenden das allgemeine Befinden, Behandlungen einschließlich Medikation und Ursachen von Erkrankungen, psychische Gesundheit und Belastungen, Bewegung und Sport. Die Zielvereinbarungen zwischen Coaches und Teilnehmenden für gesundheitsförderliche Verhaltensänderungen erreichte ein Teil der Befragten. Der Fokus der Ziele lag auf Bewegung und ggf. die Korrektur der Blutdruckmedikation. Einige Teilnehmenden hatten die Zielvereinbarungen nicht als besonders wichtig oder als verbindlich wahrgenommen. Die Verwendung der Hilfsmittel wie Schrittzähler, Therapiebuch und postalische Anschreiben war nur für wenige Versicherte von Bedeutung. Die Befragten hatten verschiedene Erwartungen an das Programm, die jedoch nicht alle erfüllt wurden, wie die Lotsenfunktion.

Bei der Bewertung des Programms unterschieden die meisten Befragten zwischen der Idee der Intervention – die sehr positiv bewertet wurde – sowie dem eigenen subjektiven Nutzen. Auch wenn nicht alle einen subjektiven Nutzen (z. B. Verhaltensänderungen, neue Informationen, Problemlösung) oder einen Zusatznutzen im Vergleich zur Regelversorgung wahrnahmen, so zeigen die Beschreibungen der IP, auf welche Weise sie vom Programm profitieren, bzw. welchen subjektiven Nutzen sie wahrnahmen. Hier wurde eine Bandbreite verschiedener Fähigkeiten und Kompetenzen aufgezählt: „Kümmerer“ im Hintergrund, Lernen gegenüber Leistungserbringenden Fragen zu stellen und sich kritisch zu äußern, Eigenverantwortung für Gesundheit und adäquate Versorgung stärken, Bestätigung und Bestärkung das "Richtige" für die Gesundheit zu tun (Vorsorge, Prävention und Gesundheitsförderung), Ratschläge, Beratung, Aufklärung, Alltagsbewältigung, Kondition steigern, Mobilität fördern, gesundheitsbezogene Problemorientierung durch die Coaches. Dies bedeutet aus Sicht der IP einen subjektiven Nutzen für Krankheitsbewältigung und Gesundheitsversorgung.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, Charlotte Şahin, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Stellen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß aus anderen Werken entnommen sind, habe ich unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Das gilt auch für die verwendeten Tabellen und Abbildungen.

Zusätzlich erkläre ich, dass die vorliegende Arbeit nicht anderweitig in dieser Form als Dissertation einer Prüfungsbehörde eingereicht wurde. Ich habe auch keine weiteren Versuche zur Promotion unternommen.

Bielefeld, _____

Ort, Datum

Unterschrift