

# Formative Evaluation der Schlaganfall-Bezugstherapie Phase-E Schleswig-Holstein aus Sicht der Therapeutinnen und Therapeuten

## Stroke Care Management Phase E in Schleswig-Holstein – a Formative Evaluation from the Therapists' Perspective

Autorin

Claudia Pott

Institut

NeuroPhysioReha, Neuried, Deutschland

Schlüsselwörter

Schlaganfall, ambulante Pflege, patientenzentrierte Versorgung, interdisziplinäre Kommunikation, Machbarkeitsstudie

Key words

stroke, ambulatory care, patient-centered care, interdisciplinary communication, feasibility study

eingereicht 16.05.2020

akzeptiert 20.09.2020

online publiziert 28.01.2021

Bibliografie

physioscience 2021; 17: 54–64

DOI 10.1055/a-1180-7608

ISSN 1860-3092

© 2021. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,

70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Claudia Pott

NeuroPhysioReha, Wettersteinstraße 8, 82061 Neuried, Deutschland

Claudia.pott.cp@gmail.com

ZUSAMMENFASSUNG

**Hintergrund** Fokussierung auf Körperfunktionsstörungen, mangelnde Teilhabe-Orientierung und Leitlinienimplementierung, Sektoren- und Professionsgrenzen kennzeichnen die Schlaganfall-Rehabilitation Phase-E. Hauptproblem ist ein fehlendes Case Management mit selektiver Einzel- statt koordinierter interprofessioneller Versorgung. Kernelement des Pilotprojekts Schlaganfall-Bezugstherapie (BZT), Phase-E, ist eine Schulung zur interprofessionellen teilhabeorientierten Ziel- bzw. Therapieplanung. Als Case-Managerinnen und Case-Manager legen Bezugstherapeutinnen und -therapeuten Art, Frequenz und Dauer der Heilmittelverordnungen fest und unterstützen Patientinnen und Patienten beim Selbstmanagement.

**Ziel** Formative Evaluation aus Sicht der Therapeutinnen und Therapeuten, um die Intervention zu optimieren und auf weitere Regionen bzw. Krankheitsbilder auszuweiten.

**Methode** 18 ausgebildete Bezugstherapeutinnen und -therapeuten (Ergo-, Sprach- und Physiotherapie) wurden mittels halbstandardisiertem Fragebogen-Interview zur Schulung und Tätigkeit als Bezugstherapeutinnen und -therapeuten sowie zu Veränderungsbedarfen befragt.

**Ergebnisse** Für die Befragten gehören Fallkonferenzen und Ressourcenerfassung zu den wichtigsten Aspekten. Teilhabeorientierte Zielplanung werden als das am weitesten umgesetzte, Fallkonferenzen als das am wenigsten umgesetzte Prinzip benannt. Eine koordiniertere und patientenzentrierte Versorgung gelten ebenso als Vorteile wie eine leistungsbezogenere Vergütung, ein besserer Ressourceneinsatz durch Teilhabeorientierung und eine leichtere Integration der Bezugspersonen. Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit nicht durch das BZT-Projekt geschulte Therapeutinnen und Therapeuten werden als Nachteil benannt.

**Schlussfolgerung** Alle Befragten bewerten Schulung und Konzeption positiv und bestätigen die Wichtigkeit der teilhabeorientierten Zielplanung und Top-down-Vorgehensweise. Weitere Maßnahmen sollten dazu dienen, das Implementieren von Assessments, Leitlinien und Fallkonferenzen zu fördern. BZT besitzt Modellcharakter für das Erproben in weiteren Regionen bzw. bei weiteren Diagnosegruppen.

ABSTRACT

**Background** Stroke care management phase E is characterized by focussing on body functioning deficits, insufficient participation orientation, guidelines implementation, as well as cross-sectional and professional boundaries. The main problem is the lack of case management with selective individual instead of interprofessional care. The core element of the pilot project Stroke Care Management (BZT) Phase E is a training in interprofessional participation-top-down goal and therapy planning. As case managers BZT-therapists determine type, frequency and length of outpatient therapy and support the patient's self-management.

**Objective** Serving the formative evaluation of BZT from the therapist's point of view in order to optimize intervention and promote expansion into other regions or diagnoses.

**Method** 18 trained BZT-therapists (occupational-, speech- and physiotherapists) were questioned about the effects of the training on their professional activities as BZT-therapists, the need for change in regard to training and BZT complex intervention in a semi-standardized, paper-based questionnaire-interview.

**Results** Respondents considered time for case conferences and resource gathering to be the most important aspects. They assessed participation-goal orientation, as the most widely implemented principle, however, time for case-conferences as the least implemented. They perceived more coordinated and patient-centered care as advantages. Further seen

as beneficial were performance-related remuneration, better use of resources through participation-goal orientation and easier integration of relatives. Difficulty in working with therapists who were not trained in the BZT project was assessed as a disadvantage.

**Conclusion** All respondents evaluate training and conception as positive and confirm the importance of participation (goal-) orientation and the top-down approach. Further activities should serve to promote the implementation of assessments, guidelines and case conferences. Stroke care management has a model character for broadening in other regions or for other diagnostic groups.

## Einleitung

Weltweit erleiden 33 Millionen Menschen pro Jahr einen Schlaganfall [11], bis 2030 wird mit einer Verdopplung der Fallzahlen gerechnet [22, 25]. Schlaganfall ist die häufigste neurologische Erkrankung in Deutschland [18, 21]. Laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes lag die Diagnose „Hirnfarkt“ in Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten 2017 mit 76 687 Fällen an vierter Stelle der Reha-Diagnosen [17]. Mehr als 20 000 Menschen aus Hamburg und Schleswig-Holstein sind pro Jahr von einem Schlaganfall betroffen [17]. 25–33 Prozent dieser Patientenschaft versterben innerhalb des ersten Jahres nach Schlaganfall, von den Überlebenden leiden bis zu 40 Prozent an erheblichen funktionellen Einschränkungen. Aktuell leben etwa 110 000 Menschen in Hamburg und Schleswig-Holstein mit den Schlaganfallfolgen, ca. die Hälfte ist jünger als 65 Jahre, d. h. im erwerbsfähigen Alter [36].

Die wachsende Nachfrage nach Konzepten für eine wirksame Schlaganfallversorgung in Kombination mit begrenzten Ressourcen im Gesundheitswesen hat in den letzten Jahren zu einem verstärkten Interesse an den wirtschaftlichen Aspekten bei der Versorgung von Personen mit Schlaganfall geführt [43]. Die Europäische Union (EU) gab dafür 2017 rund 60 Mrd. Euro aus [28], bis 2040 wird eine Steigerung auf 86 Mrd. prognostiziert [26]. Die Kosten für die indirekte medizinische Versorgung wie informelle Pflegekosten schätzte die EU 2015 auf 15,9 Mrd. Euro, die Kosten für Produktivitätsverluste auf 5,4 Mrd. Euro [28].

Nach Entlassung aus der stationären Versorgung begibt sich der überwiegende Teil der ca. 270 000 Patientinnen und Patienten in Deutschland in die Behandlung der Hausärzteschaft [37], die auch die Kooperation und Koordination der Versorgung übernehmen [8] und Hilfsmittelverordnungen ausstellen. Der Bedarf an Verordnungen für eine ambulante Therapie ist hoch, da Personen nach Schlaganfall in der Mehrzahl unter umfangreichen funktionellen Beeinträchtigungen leiden [37]. Bei je zwei Einzeltherapien pro Woche belaufen sich die Kosten nach der Kassenärztlichen Bundesvereinbarung für eine Logopädie-Einzelbehandlung auf 37,99 Euro/Einheit, für Ergotherapie (sensomotorisch-perzeptive Behandlung) auf 52,50 Euro/Einheit und für Physiotherapie-KG-ZNS auf 37,99 Euro/Einheit, insgesamt entstehen ca. 13 000 Euro Kosten pro Fall und Jahr [20]. Die im Heilmittelreport nach § 302 SGB erfassten Routinedaten wie Ausga-

benentwicklung, Verordnungsmengen und -arten lassen aber keine Schlüsse auf Effektivität und Effizienz der Heilmittelversorgung zu [45].

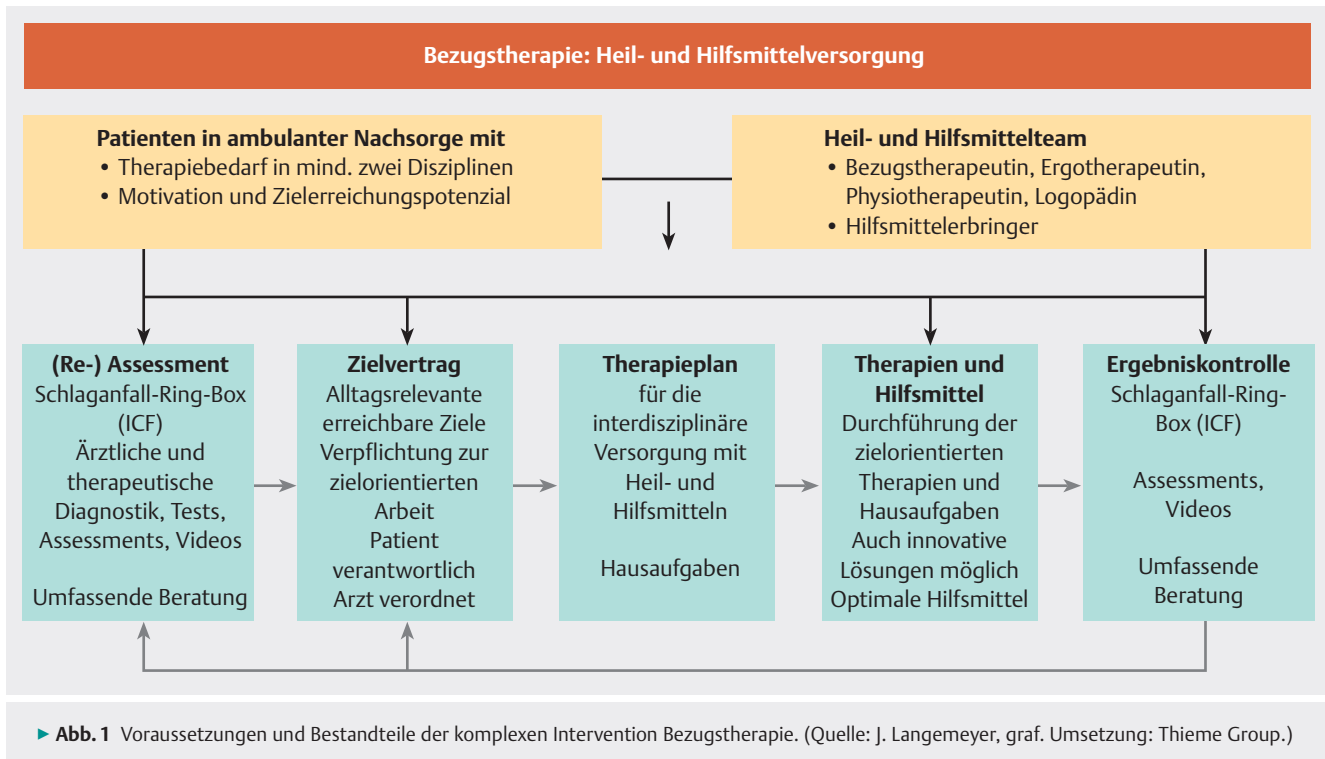
Während Akutversorgung und frühe rehabilitative Behandlungen im deutschen Gesundheitssystem sichergestellt sind, fehlt es im Sozialraum, d. h. im Lebens- und Arbeitsumfeld der Patientenschaft meist an ausreichenden therapeutischen Angeboten [34]. Kostenträger bemängeln Unterbrechungen in der medizinisch-therapeutischen Versorgung. Obwohl im Entlassmanagement eine möglichst zeitnahe Therapiefortsetzung empfohlen wird, besteht eine Lücke von 1,5 Monaten für Logopädie und Physiotherapie nach Klinikentlassung [6]. Die fehlende Verfügbarkeit von ambulanter Physio- oder Ergotherapie bei über 50 Prozent der betroffenen Personen ist belegt [31].

Angehörige von Gesundheitsfachberufen sowie die Patientenschaft stellen andere Probleme in den Vordergrund, wie die von einer multidisziplinären Zusammenarbeit weit entfernte selektierte Leistungserbringung im ambulanten Bereich [2] und die mangelhafte sektorenübergreifende Kommunikation bzw. Koordination [34]. Therapeutische Maßnahmen in der Heilmittelerbringung basieren häufig auf einem vagen empirischen Wissen und sind von der Ordnungspraxis der zuweisenden Ärzteschaft geprägt [3]. Basierend auf einer Evaluation von physio- und ergotherapeutischen Versorgungsverläufen und der Mortalität im ersten Jahr nach Insult empfehlen Peschke et al. [31] therapeutische Versorgungsprozesse sektorenübergreifend und leitlinienbasiert zu implementieren.

Das Pilotprojekt Schlaganfall-Bezugstherapie (BZT) in Schleswig-Holstein greift diese Empfehlung auf (► **Abb. 1**).

## Pilotprojekt Schlaganfall-Bezugstherapie

Ende 2018 begann die Entwicklung der neuen Versorgungsform durch die Organisation Schlaganfall-Ring Schleswig-Holstein (SRSH), die in vier Kompetenznetzen (Rendsburg, Pinneberg, Lübeck, Plön/Ostholstein) Patientinnen und Patienten sowie Angehörige kostenlos telefonisch und aufsuchend berät. Zusätzlich zum Beratungsangebot finden Treffen und Informationsveranstaltungen mit ca. 60 Kompetenznetz-Partnerschaften aus dem ambulanten und stationären Sektor sowie den verschiedenen Professionen statt. Im Rahmen der Schlaganfall-Kompetenznetze und unter wissenschaftlicher Begleitung des Instituts für Allgemein-



medizin der Universität Kiel konzipierte der SRSH die komplexe Intervention Bezugstherapie (BZT). Diese ist als möglicher Lösungsansatz für die beschriebenen Versorgungsmängel zu verstehen, insbesondere im Hinblick auf eine patientenzentrierte, teilhabeadressierende, sektoren- und Berufsgruppen übergreifende sowie koordinierte Heilmittelversorgung. Die BZT umfasst eine Kommunikationsplattform, standardisierte Abläufe unter Nutzung eines sich in Entwicklung befindlichen webbasierten Dokumentationssystems und eine extrabudgetäre Vergütung nach Zeitaufwand. Wesentlicher Bestandteil ist eine Schulung mit 56 Unterrichtseinheiten (je 45 Min), zu den Inhalten gehören z. B. das Modell der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), Sozialrecht, Patientenzentrierung und Kommunikation.

Ergo-, Physio- und Sprachtherapeutinnen und -therapeuten aus den Regionen der Kompetenznetze können nach Besuch der Schulung und Bestehen der Prüfung, in Form eines als „bestanden“ beurteilten Fallberichts, als sogenannte Bezugstherapeutinnen und -therapeuten tätig werden. Die für die komplexe Intervention geschulten Therapeutinnen und Therapeuten übernehmen die Verantwortung für das Festlegen der Teilhabeziele, den Einsatz von Assessments, die Integration evidenzbasierter Interventionen, das Erstellen des interprofessionellen Therapieplans unter Berücksichtigung hemmender und fördernder Kontextfaktoren und die Evaluation der Zielerreichung. Die BZT ist damit eine komplexe Intervention, die den lange geforderten Paradigmenwechsel von unkoordinierter, monodisziplinär erbrachter und häufig konzeptgebundener/tradierter Therapieverfahren in der Physiotherapie (z. B. Bobath) zu einem interprofessionellen Ansatz mit Patientenzentrierung, Teilhabe- und Ziel-Orientierung sowie evidenzbasierter Therapie in der Phase-E unterstützt.

Ende November 2019 endete das Schulungsprogramm, seit Dezember 2020 kann die Patientenschaft an der neuen komplexen Intervention BZT teilnehmen.

## Methode

Im Rahmen der freiwilligen Teilnahme an der BZT wurden Patientinnen und Patienten umfassend in einem persönlichen Gespräch über die BZT aufgeklärt. Nach angemessener Bedenkzeit wurden Patientinnen und Patienten sowie angehörige Personen der gesetzlichen Vertretung gebeten, mit ihrer Unterschrift dem Informed Consent zuzustimmen. Die schriftlichen Informationen enthalten alle erforderlichen Angaben, z. B. zum Datenschutz und Widerrufsrecht.

Die Studie wurde in Übereinstimmung mit der Deklaration von Helsinki [36] durchgeführt.

Bei der Studie handelt es sich um ein nicht experimentelles exploratives Studiendesign mit dem Ziel der formativen Evaluation der komplexen Intervention BZT aus Perspektive der Bezugstherapeutinnen und -therapeuten.

Alle befragten Personen wurden umfassend über die Ziele der Befragung aufgeklärt. Sie nahmen freiwillig teil, konnten ohne Nennung von Gründen auf die Teilnahme verzichten oder widerrufen. Da es sich bei der Population der befragten Personen um eine nicht vulnerable Gruppe handelte, war für die Studie kein Ethikvotum erforderlich [11].

Die Daten wurden anonymisiert mittels Fragebogen-Interview in Papierform ermittelt. Soziodemographische Daten wurden nicht erhoben, um Rückschlüsse auf die befragten Personen auszuschließen und damit deren Anonymität gegenüber der Untersucherin zu gewährleisten.

Das Reporting dieser Studie basiert auf dem Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement [42].

## Formative Evaluation der komplexen Intervention Bezugstherapie

Eine formative Evaluation dient der Identifikation von Einflussfaktoren zur Optimierung der Programmgestaltung [10] und der Implementierung in die Versorgungspraxis [46]. Im Sinne einer Change/Veränderungs- bzw. Programmtheorie werden dabei Prozesse, Ergebnisse und Interaktionseffekte auf behandelte und behandelnde Personen sowie auf die organisatorische Ebene evaluiert [46]. Die formative Evaluation im Rahmen dieser Studie fokussiert das Erleben der Schulung und des Theorie-Praxis-Transfers, d. h. das Umsetzen der Schulungsinhalte. Die Therapeutinnen und Therapeuten reflektieren durch die Befragung ihre beruflichen Erfahrungen, die sie unter den neuen Strukturen der BZT in der ambulanten Heilmittelversorgung vs. des herkömmlichen Systems gesammelt haben. Ihre Bewertung der komplexen Intervention BZT soll die Weiterentwicklung und Implementierung in die Regelversorgung fördern. Die Evaluation zur Bewertung der Qualität der Schulung erfolgt in einer gesonderten Qualitätssicherungsmaßnahme unter wissenschaftlicher Begleitung des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Kiel.

Das Ziel dieser Studie ist die BZT in der Schlaganfallnachsorge in Schleswig-Holstein aus Sicht der Therapeutinnen und Therapeuten im Hinblick auf folgende Fragestellungen zu untersuchen:

1. Wie beurteilen Therapeutinnen und Therapeuten die Wirkung der Schulung auf ihre berufliche Tätigkeit als Bezugstherapeutinnen und -therapeuten?
2. Besteht Veränderungs- oder Weiterentwicklungsbedarf der komplexen Intervention BZT hinsichtlich a) der Schulung zu und b) der Tätigkeit als Bezugstherapeutinnen und -therapeuten?

## Untersuchungsfeld

Die komplexe Intervention BZT wird in Schleswig-Holstein im Feld der ambulanten Heilmittelversorgung von Patientinnen und Patienten nach Schlaganfall in der Phase-E erprobt. Als Phase-E wird die Behandlungs- und Rehabilitationsphase nach Abschluss einer medizinischen Rehabilitation; Leistungen zur Sicherung des Erfolges der medizinisch-therapeutischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bzw. zur Teilhabe an Erziehung und Bildung sowie am Leben in der Gemeinschaft bezeichnet [4]. Die Befragten sind Therapeutinnen und Therapeuten der Gesundheitsfachberufe aus den Kompetenznetzen des SRSB. Das Versenden der Fragebögen an die Teilnehmenden erfolgte über den Adressverteiler des SRSB.

## Teilnehmende

An der Studie nahmen Therapeutinnen und Therapeuten der Gesundheitsberufe mit folgenden Kriterien teil: (1) Zugehörigkeit zu den Berufsgruppen Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie mit abgeschlossener Berufsausbildung, (2) abgeschlossene Schulung zur und (3) begonnene Tätigkeit als Bezugstherapeutin bzw. -therapeut. Von September bis November 2019 wurden die Schulungen

mit 18 Bezugstherapeutinnen und -therapeuten in 2 Gruppen durchgeführt, die interprofessionell zusammengesetzt waren. Alle ausgebildeten Therapeutinnen und -therapeuten nahmen an der Befragung teil.

## Fragebogen

In dem halbstandardisierten Fragebogen-Interview wurden die Befragten mit 3 offenen und 4 geschlossenen Fragen (mit Freifeld-Option) zu folgenden Angaben gebeten: (1) Wirkungen der Schulung auf die berufliche Tätigkeit als Bezugstherapeutin bzw. -therapeut, (2) Veränderungsbedarf bzgl. der Schulung und (3) der komplexen Intervention BZT. Freifelder für Antworten („Weitere Anmerkungen“) dienen dem Feedback des Forschungsprozesses, dem besseren Verständnis der Antworten auf geschlossene Fragen, der Vertiefung bzw. Identifizierung von (neuen) Themen sowie der Entwicklung neuer Forschungsfragen [14].

Die Autorin entwickelte das halbstandardisierte Fragebogen-Interview in Zusammenarbeit mit dem SRSB, der die Praktikabilität im Hinblick auf die Verständlichkeit der Fragen und den Zeitumfang beurteilte. Gemeinsam diskutierten sie die Umrechnung der Fragebögen mit Likert-Skala und die Items hinsichtlich der Konstruktvalidität. Aufgrund der limitierten Ressourcen und der kleinen Stichprobe musste auf eine statistische Berechnung verzichtet werden. Der kognitive Pretest wurde mit einer Physiotherapeutin des Neuro-Reha-Netztes München durchgeführt.

Die ersten Fragen beziehen sich auf Aspekte, die für die Entwicklung der BZT als relevant erachtet wurden. Die befragten Personen wurden gefragt, für wie wichtig (unwichtig bis extrem wichtig) sie bestimmte allgemeine bzw. patientenspezifische Aspekte im herkömmlichen System der Heilmittelerbringung auf einer vierstufigen Skala erachten. Es schloss sich die Frage an, inwieweit sie diese Punkte im BZT-Projekt als bereits umgesetzt beurteilen, ebenfalls mit Likert-Skala von 1–4 (nicht umgesetzt bis vollständig umgesetzt). Beurteilt werden sollten die Aspekte: Zeit für Fallkonferenzen, interprofessioneller Therapieplan, Teilhabe- und Zielorientierung, spezifische Vergütung der Koordinationsarbeit. Für die Patientenzentrierung wurden Empowerment/Befähigung [27, 39], Shared Decision/Geteilte Entscheidungsfindung [33], Ressourcenerfassung, (patientenbezogene) Assessments, Teilhabeorientierung und konkrete Zielformulierung beurteilt. Weitere Items adressierten, ob während der Schulung gelehrt Inhalte für die therapeutische Tätigkeit übernommen wurden, sowie mögliche Vor- und Nachteile. Als mögliche antizipierte Vorteile der BZT waren eine im Vergleich zur herkömmlichen Versorgungspraxis koordiniertere Versorgung, interprofessionellere Kommunikation im Hinblick auf Zielabsprachen bzw. Therapieplangestaltung, eine patientenzentriertere Versorgung und die Aufwertung der Therapieberufe vorgegeben; zusätzliche Vorteile konnten die Befragten ergänzen. Neben der Möglichkeit eigene Nachteile zu formulieren beantworteten die befragten Personen, ob weitere Aussagen ihre Zustimmung finden, z. B.:

- Die Zusammenarbeit mit Therapeutinnen und Therapeuten, die nicht im BZT-Projekt geschult wurden, ist schwierig.
- Mir fällt es schwer, die Dinge praktisch umzusetzen, die ich in der Schulung gelernt habe.

- Die Verantwortung, das Projekt mitgestalten zu können, ist zu groß.
- Das Projekt lässt sich nicht auf andere Regionen übertragen.

Am Ende des Fragebogens wurden die Befragten nach ihren Wünschen zur Weiterentwicklung der Schulung und zur Weiterentwicklung der komplexen Intervention, besonders hinsichtlich der Schulung, befragt.

## Datenerhebung und Datenauswertung

Die Teilnehmenden wurden gebeten, den am 01.02.2020 postalisch versendeten Fragebogen nach spätestens zwei Wochen (bis zum 15.02.2020) zurückzusenden. Über eine Plattform des SRSH erfolgte eine Erinnerung, sodass am 15.03.2020 alle 18 versendeten Fragebögen zur Datenauswertung ausgefüllt vorlagen. 8 Fragebögen waren vollständig ausgefüllt, 5 Fragebögen waren ohne Angaben zu den offenen Fragen ausgefüllt, bei 5 Fragebögen fehlten Daten auch bei geschlossenen Fragen. In die Analyse einbezogen wurden alle Fragebögen (n = 18). Aufgrund der geringen Fallzahl wurden unvollständige Fragebögen nicht als Non-Responder ausgeschlossen, damit darin enthaltene wichtige Informationen in die Diskussion zur Weiterentwicklung der komplexen Intervention berücksichtigt werden konnten.

Die Datenauswertung und -analyse erfolgte mit dem Statistikprogramm IBM SPSS Statistics Version 26.0. In einem ersten Schritt wurden die Daten im Hinblick auf Plausibilität der Angaben und Vollständigkeit der Antworten überprüft. Fehlende Werte wurden erfasst und alle Daten der ausgefüllten Fragebögen in die Analysen eingeschlossen.

10 Teilnehmende gaben an, selbständig tätig, 7 Teilnehmende gaben an, angestellt tätig zu sein, eine Angabe fehlte.

## Ergebnisse

### Wichtigkeit und Umsetzung

Die Ausmaße von Wichtigkeit und Umsetzung wurden als Mittelwerte (MW) bei 18 Personen und einer Likert-Skala von 1–4 berechnet (► **Tab. 1**). Die Befragten benannten die Aspekte „Zeit für Fallkonferenzen“ (MW 2,75) und „Ressourcenerfassung“ (MW 3,38) als die wichtigsten Aspekte im herkömmlichen System der Heilmittelerbringung sowie „Assessments“ als den am wenigsten wichtigen Aspekt (MW 2,44). Zur Frage der Umsetzung beurteilten sie die Teilhabe- und Ziel-Orientierung als am weitesten umgesetzt, sowohl in allgemeiner Hinsicht (MW 3,84) als auch in Bezug auf die Patientenzentrierung (MW 3,64). Dagegen befanden sie den Aspekt „Zeit für Fallkonferenzen“ als am wenigsten (MW 2,84) umgesetzt.

### Integration von Schulungsinhalten

Auf die Frage, ob während der Schulung gelehrt Inhalte in die therapeutische Tätigkeit übernommen wurden, fand die Top-down-Therapieplanung die größte (77,8%) und Assessments die geringste (33,3%) Zustimmung (► **Tab. 2**). Zu einigen Tätigkeiten gaben Teilnehmende an, dass sie diese schon vor der Schulung in ihre Arbeit integriert hätten.

### Vor- und Nachteile

Die Mehrheit der Befragten (94,4%) nannte eine koordiniertere Versorgung als Vorteil gefolgt von einer patientenzentrierteren Versorgung (88,9%) vor den Punkten Aufwertung der Therapeutenberufe, interprofessionelle Kommunikation im Hinblick auf Zielab-sprachen und interprofessionelle Kommunikation im Hinblick auf die Therapieplangestaltung (77,8%) (► **Tab. 3**).

Bei der Frage nach weiteren Vorteilen benannten die Befragten: leistungsbezogene Vergütung für Koordinationstätigkeiten, besserer Ressourceneinsatz durch Teilhabe- und Ziel-Orientierung, leichtere Integration der Bezugspersonen/Angehörigen und stärkerer Einbezug der Patientenschaft in die Zielfestlegung und Therapieplanung.

Als größten möglichen Nachteil benannten die Befragten „Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit mit nicht im BZT-Projekt geschulten Therapeutinnen und Therapeuten“ (61,1%), gefolgt von „Mir fällt es schwer, die Dinge praktisch umzusetzen, die ich in der Schulung gelernt habe“ (38,9%). Die Verantwortung, das Projekt mitgestalten zu können (16,7%), und die Übertragbarkeit auf andere Regionen (5,6%) wurden eher nicht als Nachteile beurteilt (► **Tab. 4**).

Als weitere Nachteile im Hinblick auf die Schulung nannten die Befragten: zu wenig Zeit für zu viele/komplexe Inhalte (z. B. evidenzbasiertes Arbeiten), Literaturrecherche. In Bezug auf die gesamte Konzeption benannten einige der Befragten ebenfalls, dass es zu wenig Zeitrressourcen gäbe:

- „Höherer Zeitaufwand für alle Tätigkeiten BZT Netzwerkarbeit, Auswertung, Netzwerktreffen.“ (P 6)
- „Der Zeitaufwand mit anderen Praxen in Verbindung zu treten und gemeinsam Absprachen etc. zu vereinbaren, ist neben der Therapeutenarbeit sehr groß.“ (P 9)
- „Bei mir ist vor allem die fehlende Zeit für die Umsetzung das Problem. Eigentlich bräuchte ich einen halben Tag in der Woche, um das Projekt in Gang zu bekommen und der steht mir zurzeit nicht zur Verfügung.“ (P 11)
- „Zeit für Fallkonferenzen wäre sinnvoll, ist aber im Therapiealltag in der Regel nicht möglich, ebenso ein interprofessioneller Therapieplan.“ (P 13)
- „Therapeutenmangel bleibt ein Problem, lange Wartelisten.“ (P 17)

### Wünsche für die Weiterentwicklung

Im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Schulung machten die Befragten folgende Angaben zu den Inhalten:

- „Block Neuropsychologie.“ (P 6)
- „Biomedizinische und neurophysiologische Aspekte der Plastizität, genauere Betrachtung der Hilfsmittelversorgung (sollen Hilfsmittel therapeutische oder kompensatorische Aspekte haben?“ (P 8)

Zudem äußerten sie den Bedarf nach mehr Videobeispielen bei der Vermittlung der Inhalte. Die Befragten benannten folgende Wünsche für die Weiterentwicklung der Gesamtkonzeption des BZT-Projektes:

- „Die Übernahme in die Regelversorgung. Ausweitung auf weitere Regionen, auf weitere neurologische Diagnosen (MS, Parkinson) und schwerer betroffene PatientenInnen.“ (P 2)

► **Tab. 1** Wichtigkeit und Umsetzung.

	Fallkonferenzen	Interprof. Therapieplan	Teilhabeziel	Vergütung Koordination	Empowerment	Shared Decision	Ressourcenerfassung	Assessments	Teilhaberorientierung	Zielformulierung
<b>Wichtigkeit</b>										
gütig	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
fehlend	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Mittelwert</b>	<b>2,75</b>	<b>2,55</b>	<b>2,66</b>	<b>2,55</b>	<b>3,22</b>	<b>3,22</b>	<b>3,38</b>	<b>2,44</b>	<b>3,33</b>	<b>3,00</b>
<b>Standardabweichung</b>	<b>1,00</b>	<b>1,04</b>	<b>1,02</b>	<b>1,24</b>	<b>0,80</b>	<b>0,80</b>	<b>0,69</b>	<b>0,61</b>	<b>0,90</b>	<b>0,90</b>
Varianz	1,01	1,09	1,05	1,55	0,65	0,65	0,48	0,37	0,82	0,82
Minimum	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	2,00
Maximum	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,00	4,00	4,00
<b>Umsetzung</b>										
gütig	13	13	13	13	14	14	14	14	14	14
fehlend	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4
<b>Mittelwert</b>	<b>2,84</b>	<b>3,30</b>	<b>3,84</b>	<b>3,46</b>	<b>3,21</b>	<b>3,50</b>	<b>3,42</b>	<b>3,21</b>	<b>3,64</b>	<b>3,57</b>
<b>Standardabweichung</b>	<b>0,80</b>	<b>0,94</b>	<b>0,37</b>	<b>0,96</b>	<b>0,57</b>	<b>0,65</b>	<b>0,85</b>	<b>0,89</b>	<b>0,63</b>	<b>0,85</b>
Varianz	1,00	1,00	1,00	3,00	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	2,00
Minimum	1,00	1,00	3,00	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00
Maximum	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00

Ausmaß von Wichtigkeit und Umsetzung mit 1 = unwichtig/nicht umgesetzt; 2 = wenig wichtig/gering umgesetzt; 3 = sehr wichtig/größtenteils umgesetzt; 4 = extrem wichtig/vollständig umgesetzt; allgemeine Aspekte = blau; Aspekte Patientenzentrierung = grün.

► **Tab. 2** Integration von Schulungsinhalten in die therapeutische Tätigkeit.

Nachteile	Assessments		Top-down-Ziel		Bezugsperson, Angehörige		Literaturrecherche		Top-down-Therapieplan		Ressourcenevaluation		Leitlinienrecherche	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
nein	8	44,4	1	5,6	1	5,6	7	38,9	2	11,1	3	16,7	8	44,4
<b>ja</b>	<b>6</b>	<b>33,3</b>	<b>15</b>	<b>83,3</b>	<b>12</b>	<b>66,7</b>	<b>8</b>	<b>44,4</b>	<b>14</b>	<b>77,8</b>	<b>11</b>	<b>61,1</b>	<b>9</b>	<b>50,0</b>
bereits vor der Schulung	4	22,2	2	11,1	5	27,8	3	16,7	2	11,1	4	22,2	1	5,6
gesamt	18	100	18	100	18	100	18	100	18	100	18	100	18	100

► **Tab. 3** Vorteile der BZT.

Vorteile	Koordinierte Versorgung		Interprof. Kommunik. Ziel		Interprof. Kommunik. Therapieplan		Patientenzentrierte Versorgung		Aufwertung Therapieberufe	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
nein	1	5,6	4	22,2	4	22,2	2	11,1	4	22,2
ja	17	94,4	14	77,8	14	77,8	16	88,9	14	77,8
gesamt	18	100,0	18	100,0	18	100,0	18	100,0	18	100,0

► **Tab. 4** Nachteile der BZT.

Nachteile	Zusammenarbeit mit Nicht-BZT schwierig		Praktische Umsetzung		Verantwortung Mitgestaltung		Transfer andere Regionen schwierig	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
nein	7	38,9	11	61,1	15	83,3	15	83,3
ja	11	61,1	7	38,9	3	16,7	1	5,6
vielleicht	0	0	0	0	0	0	1	5,6
fehlend	0	0	0	0	0	0	1	5,6
gesamt	18	100,0	18	100,0	18	100,0	17	94,4

- „Fortlaufende aktuelle Informationen über Studien und Leitlinien, noch klarere Handlungsanweisungen und Arbeitsmaterialien für die praktische Umsetzung.“ (P 5)
- „Die Bekanntmachung des Projekts in der Öffentlichkeit (regional und überregional), ein Handout für Therapeuten ohne BZT-Schulung, eine Standardisierung der Befunderhebung und Dokumentation.“ (17)

Zudem wurde der Wunsch nach einem weiteren Erfahrungsaustausch und einer Vernetzung mehrfach (3 von 18) genannt.

## Diskussion

Alle befragten Personen bewerteten Schulung und Konzeption der BZT als positiv und bestätigen die Wichtigkeit der Teilhabe- und Ziel-Orientierung sowie der Top-down-Vorgehensweise. Die Befragten bewerten die Wirkung der Schulung auf ihre berufliche Tätigkeit als Bezugstherapeutinnen und -therapeuten ebenfalls als positiv. Sie nannten Fallkonferenzen und Ressourcenerfassung als wichtigste Aspekte der neuen komplexen Intervention. Als Vorteile des Case-Managements im Hinblick auf die Heil- und Hilfsmittelversorgung benannten sie die koordiniertere patientenzentriertere Versorgung, die leistungsbezogener Vergütung, den besseren Ressourceneinsatz durch Teilhabe- und Ziel-Orientierung sowie die leichtere Integration der Bezugspersonen. Teilhabe- und Ziel-Orientierung benannten sie als den am weitesten umgesetzten, Fallkonferenzen als den am wenigsten umgesetzten Aspekt der komplexen Intervention. Schwierigkeiten in der Zu-

sammenarbeit mit nicht im BZT-Projekt geschulten Therapeutinnen und -therapeuten benannten sie als Nachteil.

Die hohe Motivation der Befragten, partizipativ an der (Weiter-)Entwicklung bzw. Implementierung der BZT mitzuwirken, zeigt sich in der hohen Akzeptanz des Fragebogen-Interviews, alle versendeten Fragebögen wurden ausgefüllt zurückgesendet. Die Ergebnisse zeigen außerdem eine große Auskunftsbereitschaft bei offenen Fragen, was eine hohe Qualität der internen Daten begünstigt.

## Fallkonferenzen und Empowerment

Die Aspekte „Zeit für Fallkonferenzen“ (allgemeine Aspekte) und „Ressourcenerfassung“ (im Hinblick auf Patientenzentrierung) wurden als wichtigste Aspekte benannt, gleichzeitig bewerteten die Befragten diesen Aspekt als am wenigsten umgesetzt (► **Tab. 1**). Der Befragungszeitpunkt wurde von einigen Befragten als zu früh empfunden. Es ist möglich, dass sich die Strukturen für Fallkonferenzen erst noch entwickeln müssen. Vielfach wurden mangelnde Zeitressourcen in der praktischen Umsetzung genannt. Die Implementierung von Fallkonferenzen sollte in der Weiterentwicklung der BZT daher auch vor dem Hintergrund dieser Barriere berücksichtigt werden.

Werden die Mittelwerte der als wichtig empfundenen Aspekte in Relation zu den Umsetzungsausmaßen gesetzt, zeigt sich, dass die Aspekte, die den Befragten wichtig waren, von diesen als gut umgesetzt beurteilt wurden. Nur der Aspekt „Empowerment“ wurde geringfügig als weniger gut umgesetzt bewertet (Wichtigkeit MW 3,22; Umsetzung MW 3,21). In einer Überarbeitung des Curriculums sollte das Thema Empowerment daher mehr Berücksichtigung finden.

## Teilhabe- und Ziel-Orientierung sowie Top-down-Modell

Die Aspekte „Teilhabe- und Ziel-Orientierung“ sowie „Top-down-Vorgehensweise“ wurden mit hoher Akzeptanz bewertet. Ein Review [39] belegt die positiven Effekte von Zielvereinbarungen bei Personen mit Schlaganfall im Hinblick auf funktionelle Verbesserungen, Performanz, positiven Einfluss auf die Selbstwirksamkeit und das Gefühl des Eingebundenseins in den Rehabilitationsprozess. Das Top-down-Modell bezieht sich auf das partizipationsorientierte Vorgehen bei der Anamnese- und Befunderhebung sowie der Therapieplanung. Das übergeordnete Ziel liegt im Erreichen einer maximalen Selbstbestimmung und Partizipation und impliziert eine präzise Betrachtung aller relevanten Kontextfaktoren, d. h. Förderfaktoren und Barrieren.

Ausgehend von der Frage, in welchen Lebensbereichen die Betroffenen langfristig teilnehmen wollen, werden die aktuellen Beeinträchtigungen auf der Handlungsebene und auf der Ebene der Körperfunktionen erfasst. Zusätzlich werden Erfahrungen mit den bisherigen Interventionen im Sinne von fördernden und hemmenden Faktoren erfragt: „Was hat Ihnen bislang auf dem Weg zu Ihrer Gesundheit geholfen? Was hat sich als Hindernis erwiesen?“ Davon ausgehend werden konkrete, im Team und mit den betroffenen Menschen abgestimmte Ziele unter Berücksichtigung der Einflussfaktoren festgelegt. Demgegenüber steht in Bottom-up-Ansätzen das Training von gestörten Körperfunktionen im Vordergrund mit der inhärenten Annahme, dass sich die Behinderung linear aus diesen Störungen ergibt [12].

## Standardisierte Messverfahren und Leitlinien

Auf die Frage, ob während der Schulung gelehrt Inhalte in die therapeutische Tätigkeit übernommen wurden, fanden die Top-down-Therapieplanung die größte (77,8%) und die Assessments die geringste (33,3%) Zustimmung (► **Tab. 3**). Jeweils 8 Personen gaben an, Assessments und Leitlinien nicht in die praktische Arbeit übernommen zu haben, eine Person hatte schon vor der Schulung Guidelines, 4 Personen standardisierte Tests angewendet. Die relativ geringe Akzeptanz bzw. Integration von Assessments und Leitlinien in die Praxisabläufe entspricht breiter angelegten Untersuchungen, z. B. bei Physiotherapeutinnen und -therapeuten in Österreich [9]. Bezüglich der Integration von Assessments können die Ergebnisse der deskriptiven Analyse (► **Tab. 1**) und offene Antworten dahingehend interpretiert werden, dass die Befragten dem Thema Assessments eher kritisch gegenüberstehen.

Standardisierte Messverfahren erlauben die präzise Einschätzung der Leistungsfähigkeit bzw. des Ausmaßes an Defiziten sowie deren Veränderungen im Behandlungsverlauf. Patientinnen und Patienten wünschen sich regelmäßige, nachvollziehbare Rückmeldung zu Ergebnissen und dem Therapieverlauf in für Laien verständlicher Sprache – verbal und schriftlich; das zeigt eine Untersuchung zur Erfassung der individuellen Erfahrungen von Patientinnen und Patienten mit Assessments während der Schlaganfall-Rehabilitation [42]. Da der Einsatz von Assessments im Sinne des Clinical Reasonings zur Befunderhebung und Erfolgskontrolle während der Schulung ausführlich behandelt wurde, zeichnet sich hier ein Handlungsbedarf zur weiteren Optimierung ab. Weitere Schulungen und Maßnahmen scheinen notwendig zu sein, um das Implementieren von Assessments und Leitlinien zu fördern.

## Wünsche der Therapeutinnen und Therapeuten

Die formative Evaluation diente der Identifikation von Einflussfaktoren zur Optimierung der komplexen Intervention [10]. Die Befragung fokussierte die Reflexion der Schulungsinhalte und beruflichen Erfahrungen, welche die Bezugstherapeutinnen und -therapeuten unter den neuen Strukturen der BZT in der ambulanten Heilmittelversorgung im Vergleich zum herkömmlichen System sammeln konnten. Für die Weiterentwicklung der Schulung wünschten sich die Befragten weitere Inhalte und mehr Zeit für komplexe Themen. Für die Optimierung der Gesamtkonzeption des BZT-Projektes u. a.: die Ausweitung des Projektes auf weitere Regionen, auf weitere neurologische Diagnosen (MS, Parkinson) und „schwerer betroffene PatientInnen“, eine weitere interprofessionelle und sektorenübergreifende Vernetzung und den fortlaufenden Erfahrungsaustausch. Als weitere Implementierungsunterstützung wünschten sich die Befragten (noch) einheitlichere Befund- und Dokumentationssysteme und gemeinsam zu entwickelnde Verfahrensanweisungen.

## Bezugstherapie als komplexe Intervention zur bedarfsgerechten Versorgung

Laut Bundesärztekammer stellt das Case Management „ein Instrument für das effiziente patientenbezogene Prozessmanagement sowohl im hausärztlichen wie im fachärztlichen Bereich dar. Es umfasst die Planung, Koordination, Steuerung und Evaluation von passgenauen Hilfen bei komplexen Problemlagen bzw. Mehrfachbelastungen und fehlender Selbsthilfefähigkeit“ [5]. Die Leitlinie „Schlaganfall“ der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin adressiert die Hausärzteschaft für die Kooperation und Koordination der Versorgung [8], allerdings verfügt diese kaum über entsprechende Ressourcen [23]. In der komplexen Intervention BZT übernehmen Bezugstherapeutinnen und -therapeuten die Aufgaben des Case Managements. Unter Berücksichtigung aktueller Leitlinien legen diese die Auswahl des Heilmittels, Dauer und Frequenz der beteiligten Fachkräfte fest, sie kommunizieren außerdem fallbezogen mit Ärzteschaft und Mitarbeitenden, um die mit der Patientenschaft sowie deren Bezugspersonen gemeinsam festgelegten Teilhabeziele zu erreichen. Weitere Bestandteile der komplexen Intervention sind das Unterstützen des Selbstmanagements und das Stärken der Selbstkompetenz der Patientenschaft. Damit geht ihr Verantwortungsbereich weit über die Modellversuche zur Blankoverordnung hinaus. Die genannten Aspekte spielen im Hinblick auf die sehr unterschiedlichen und komplexen Problemlagen, die gravierenden Teilhabedefizite und die Lebensqualität der Menschen mit Schlaganfall eine wichtige Rolle.

Während in anderen Ländern Therapeutinnen und Therapeuten der nichtärztlichen Gesundheitsberufe bereits im Erstkontakt und in interdisziplinären Teams arbeiten, schränkt das deutsche System der Heilmittelerbringung die Autonomie und professionelle Berufsausübung von Therapeutinnen und Therapeuten massiv ein, wodurch Potenziale zur bedarfsgerechten Versorgung nicht genutzt werden [19]. Die dargestellten Probleme einer Fehlversorgung von Menschen mit bzw. nach Schlaganfall erfordern neue komplexe Interventionen und Versorgungskonzepte. Diese wurden in anderen Ländern bereits entwickelt und evaluiert. Eine kanadische Querschnittsstudie mit 794 Personen [1] belegt den



Vorteil einer „home-based“ Schlaganfall-Team-Rehabilitation hinsichtlich des funktionellen und psychosozialen Outcomes sowie der Angehörigenbelastung: Verbesserungen waren noch ein halbes Jahr nach Interventionsende nachweisbar [1]. In einer randomisierten-kontrollierten Studie mit 421 Personen in Großbritannien untersuchten Forschende die Wirksamkeit eines spezialisierten multiprofessionellen Schlaganfall-Teams im ambulanten Setting gegenüber der Routineversorgung [24]. In der Interventionsgruppe zeigte sich eine statistisch signifikante Verbesserung der erlebten sozialen Unterstützung, des Wissens über die Erkrankung und eine Reduzierung der Angehörigenbelastung [24].

Ein Cochrane-Review zur interprofessionellen (nicht diagnose-spezifischen) Zusammenarbeit mit 9 Studien und 6540 Personen von 2017 berichtet über eine geringe bzw. sehr geringe Evidenz für interprofessionelle Zusammenarbeit [32]. Als Kontrollen für die Intervention dienten die herkömmliche Regelversorgung und andere nicht interprofessionelle alternative Ansätze, für das primäre Outcome wurden Gesundheitszustand, klinischer Prozess und Effizienzmaße gewählt, für das sekundäre Outcome die Ausprägung der kollaborativen Zusammenarbeit. Trotz der geringen Evidenz für die Wirksamkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit bewerten die Forschenden die Zunahme von Studien zu dieser Thematik als positiv [32]. Sie empfehlen weitere Untersuchungen, auch mit Mixed-Method-Ansätzen, längeren Implementierungsphasen bei neu eingeführten Modellen zur interprofessionellen Arbeit vor dem Erheben der Wirksamkeit und längere Follow-up-Perioden [32]. Ein kürzlich veröffentlichtes Scoping-Review belegt, dass die Perspektive der Patientenschaft in interprofessionellen Versorgungskonzepten bisher noch weitgehend unberücksichtigt bleibt [27]. Die Forschenden verweisen auch auf die ausstehende Definition interprofessioneller Zusammenarbeit bzw. auf das Spektrum von loser Kollaboration mit geringer Kommunikation bis zum teambildenden Ansatz, der auch Patientinnen und Patienten in das Team einbezieht, um einen gemeinsamen Interventionsplan festzulegen – wie es die BZT ebenfalls vorsieht.

## Limitationen

Aufgrund der großen Streuung der Ergebnisse bei geringer Fallzahl ( $n = 18$ ) können die Ergebnisse nur erste Hinweise geben, zudem besitzt die Studie eine geringe externe Validität. Die befragten Personen sind Mitglieder der Kompetenznetze des Schlaganfall-Rings Schleswig-Holstein. Diese Gruppe besitzt möglicherweise bereits eine größere Patientenzentrierung und Offenheit für die sektoren- und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse z. B. auf andere Regionen, weitere Diagnosen oder andere Kontexte muss daher kritisch hinterfragt werden.

Die Reduktion der Methoden auf ein halbstandardisiertes Fragebogen-Interview bei einer geringen Anzahl an befragten Personen schränkt die Aussagekraft der Ergebnisse weiter ein. Qualitative Methoden sollten daher inkünftige Evaluationen des Projekts integriert werden. Eine methodische Triangulation (between-method) hätte das Erfassen unterschiedlicher Dimensionen der Fragestellungen gefördert und die Forschungsqualität verbessert [7]. Ein solches Vorgehen war aufgrund begrenzter zeitlicher und fehlender finanzieller Ressourcen nicht möglich.

Zudem ist die Studie in ihrer internen Validität durch die Wahl des Outcome-Instrument beeinträchtigt, da das halbstandardisierte Fragebogen-Interview nicht auf eine ausreichende Konstruktvalidität geprüft wurde [9]. Die Skalierung mit dem Wertelabel 1 = unwichtig/nicht umgesetzt, 2 = wenig wichtig/gering umgesetzt, 3 = sehr wichtig/größtenteils umgesetzt, 4 = extrem wichtig/vollständig umgesetzt kann als weiterer methodischer Mangel interpretiert werden. Die gerade Anzahl der Label wurde gewählt, um eine Tendenz zur Mitte zu vermeiden. Der Abstand zwischen wenig wichtig/gering umgesetzt (2) und sehr wichtig/größtenteils umgesetzt (3) scheint jedoch größer als zwischen den anderen Stufen. Diese Interpretation wird dadurch gestützt, dass eine befragte Person ein Kreuz zwischen (2) und (3) setzte. Für die Auswertung wurde der Wert 2,5 mit „wichtig“ im Wertelabel hinzugefügt. Die Möglichkeit, den Fall auszuschließen oder konservativ zu dem nächstgelegenen geringeren Wert abzurunden, wurde aufgrund der geringen Fallzahl verworfen.

Der Zeitpunkt der Befragung scheint zu früh angesetzt worden zu sein, da 2 von 18 befragten Personen angaben, noch keine ausreichenden Erfahrungswerte gesammelt zu haben.

## Schlussfolgerungen

Die ausgebildeten Bezugstherapeutinnen und -therapeuten bewerten die Schulung und Konzeption der BZT insgesamt positiv. Die Implementierung der komplexen Intervention BZT ist unter den aktuellen Versorgungsstrukturen der ambulanten Heilmittelerbringung in Schleswig-Holstein möglich. Erste positive Erfahrungen sprechen für eine Ausweitung der Konzeption auf andere Regionen bzw. andere Krankheitsbilder. Die in dem Pilotprojekt gesammelten Erfahrungen und Ergebnisse der hier dargestellten formativen Evaluation können in die Optimierung der Schulung und Gesamtkonzeption einfließen. Weitere Schulungen und Maßnahmen sollten dazu dienen, das Implementieren von Assessments, Leitlinien und Fallkonferenzen zu fördern und das Thema Empowerment zu vertiefen.

Reuther et al. [33] forderten einen gesamtsystemischen Veränderungsprozess für die „bedarfsgerechte Gestaltung der Phase-E, also des Überganges zwischen dem stationären und ambulanten Raum, dem klinisch-einrichtungsbezogenen und dem sozialraum-domizilbezogenen Sektor und zwischen Fürsorge und Selbstständigkeit“ [33]. Die BZT erfüllt diese Forderung. Weitere Evaluationen der neuen komplexen Intervention, z. B. aus Sicht der Patientenschaft, stehen noch aus. Um die Effizienz beurteilen zu können, sollten gesundheitsökonomische Evaluationsstudien [40] folgen. Bei Nachweis von Effizienz und Effektivität der komplexen Intervention BZT sollte mittel- und langfristige ein bundesweites Versorgungsangebot durch die gesetzliche Krankenversicherung angeboten werden.

Die BZT besitzt Modellcharakter und kann in anderen Regionen bzw. für andere Diagnosegruppen erprobt werden. Dafür ist die Etablierung von (Schlaganfall-Ring-)Kompetenznetzen mit der Hausärzteschaft, Angehörigen der Therapieberufe aus Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie sowie Sanitätshäusern notwendig. Alle im Projekt entwickelten Arbeitspakete, z. B. Dokumente und Schulungskonzept, können übernommen werden.

## Interessenkonflikt

Bei der Studie handelt es sich um eine Selbstevaluation, die Autorin ist Teil des Entwicklungsteams der BZT. Das Erstellen des Curriculums zur Schulung der Bezugstherapeutinnen und -therapeuten sowie die Tätigkeit als Dozentin wurden aus Projektmitteln des Versorgungssicherungsfonds des Landes Schleswig-Holstein finanziert.

## Danksagung

Die Autorin dankt allen Personen, die an der Befragung teilgenommen haben, sowie Jürgen Langemeyer vom Schlaganfall-Ring Schleswig-Holstein e. V. als Initiator der BZT für die Unterstützung und vertrauensvolle Zusammenarbeit, Prof. Nikolaus Ballenberger für den fachlichen Austausch und Prof. Bernd Reuschenbach von der Katholischen Stiftungshochschule München für den wertvollen Input im Rahmen des Studiengangs Versorgungsforschung.

## Literatur

- [1] Allen L, Richardson M, McIntyre A et al. Community Stroke Rehabilitation Teams: Providing Home-Based Stroke Rehabilitation in Ontario, Canada. *Can J Neurol Sci* 2014; 41: 697–703
- [2] Barzel A, Eisele M, van den Bussche H. Ambulante Versorgung von Schlaganfallpatienten aus der Sicht Hamburger Physio- und Ergotherapeuten. *physioscience* 2007; 3: 161–166
- [3] Böhle E, Heise K-F, Pott C. Kluft zwischen therapeutischem Anspruch und der Versorgungsrealität. *neuroreha* 2011; 3: 129–133. doi:10.1055/s-0031-1287638
- [4] Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR. Phase E der neurologischen Rehabilitation-Empfehlungen 2013. Im Internet (Stand 01.03.2020): [www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/\\_papierkorb/BAREmpfPhaseE7.1.web.pdf](http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_papierkorb/BAREmpfPhaseE7.1.web.pdf)
- [5] Bundesärztekammer. Fortbildungscurriculum „Case Management in der ambulanten medizinischen Versorgung“ 2016. Im Internet (Stand 01.08.2020): [www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/MFA/Curriculum\\_CM\\_amb\\_med\\_Versorgung.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MFA/Curriculum_CM_amb_med_Versorgung.pdf)
- [6] Deitermann B, Kemper C, Glaeske G. Heil- und Hilfsmittelreport. Gmünder Ersatzkasse. Bremen, 2007. Im Internet (Stand 01.03.2020): [www.barmer.de/blob/38672/e6fd313626a0e87d1c92b916fb32175d/data/pdf-hehi-report-2007.pdf](http://www.barmer.de/blob/38672/e6fd313626a0e87d1c92b916fb32175d/data/pdf-hehi-report-2007.pdf)
- [7] Denzin NK. *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. New Jersey: Prentice Hall; 1989
- [8] Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin. Schlaganfall. DEGAM-Leitlinie Stand: 2020. Im Internet (18.06.2020): [www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/053-0111\\_S3\\_Schlaganfall\\_2020-05.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-0111_S3_Schlaganfall_2020-05.pdf)
- [9] Diermayr G, Lohkamp M, Schachner H et al. Implementierung von evidenzbasierter Praxis in der Physiotherapie in Österreich: aktueller Stand und Faktoren, die das EBP Verhalten bestimmen. *German Medical Science GMS Publishing House*; 2015: Doc15ebmC2blm. Internet (Stand 18.06.2020): [www.egms.de/static/en/meetings/ebm2015/15ebm012.shtml](http://www.egms.de/static/en/meetings/ebm2015/15ebm012.shtml)
- [10] Döring N, Bortz J. *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. 5. vollst. überarb., akt. und erw. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer; 2016: 990
- [11] Feigin VL, Forouzanfar MH, Krishnamurthi R. Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2010 (GBD 2010) and the GBD Stroke Experts Group. Global and regional burden of stroke during 1990–2010: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2014; 245–254. doi:10.1016/s0140-6736(13)61953-4
- [12] Fheodoroff T, Pott C. ICF, Clinical Reasoning, Zielvereinbarungen, Team und Assessments. In: Platz T, Ed. *Update Neurorehabilitation 2020: Tagungsband zur Summer School Neurorehabilitation*. Bad Honnef: Hippocampus; 2020
- [13] Flaiz B. Die professionelle Identität von Pflegefachpersonen: eine Vergleichsstudie zwischen Australien und Deutschland. Frankfurt am Main: Mabuse; 2018
- [14] Flick U. Triangulation in der qualitativen Forschung. In: Flick U, Kardorff Ev, Steinke I, Hrsg. *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg, 2017: 309–318
- [15] Franklin CM, Bernhardt JM, Lopez RP et al. Interprofessional Teamwork and Collaboration Between Community Health Workers and Healthcare Teams: An Integrative Review. *Health Serv Res Manag Epidemiol* 2015; 2: 2333392815573312
- [16] Garcia J, Evans J, Reshaw M. Is There Anything Else You Would Like to Tell Us – Methodological Issues in the Use of Free-Text Comments from Postal Surveys. *Quality & Quantity* 2004; 38: 113–125
- [17] Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2020. Im Internet (Stand 01.03.2020): [www.gbe-bund.de/oowa921/install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdeokit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/&p\\_aid=3&p\\_aid=46990362&nummer=659&p\\_sprache=D&p\\_indsp=-&p\\_aid=88315066](http://www.gbe-bund.de/oowa921/install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdeokit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=46990362&nummer=659&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=88315066)
- [18] Heuschmann P, Busse O, Wagner M et al. Schlaganfallhäufigkeit und Versorgung von Schlaganfallpatienten in Deutschland. *Aktuelle Neurologie* 2010; 37: 333–340
- [19] Höppner H, Kühnast P, Winkelmann C. Potenziale der Physiotherapie erkennen und nutzen. Von der Kompetenz zur Performanz in der Gesundheitsversorgung. Heidelberg: medhochzwei; 2020
- [20] Kassenärztliche Bundesvereinigung. Heilmittelpreise 2010. Im Internet (Stand 01.06.2020): [www.kbv.de/media/sp/2019-07-02\\_\\_bersicht\\_Heilmittelpreise.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/2019-07-02__bersicht_Heilmittelpreise.pdf)
- [21] Kolominsky-Rabas PL, Heuschmann PU, Marschall D et al. Lifetime cost of ischemic stroke in Germany: results and national projections from a population-based stroke registry: the Erlangen Stroke Project. *Stroke* 2006; 37: 1179–1183
- [22] Krishnamurthi RV, Feigin VL, Forouzanfar MH et al. Global and regional burden of first-ever ischaemic and haemorrhagic stroke during 1990–2010: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet. Global Health* 2013; 1: e259–e281. doi:10.1016/S2214-109X(13)70089-5
- [23] Légaré F, Ratté S, Gravel K et al. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Educ Couns* 2008; 73: 526–535
- [24] Lincoln NB, Walker MF, Dixon A et al. Evaluation of a multiprofessional community stroke team: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil* 2004; 18: 40–47
- [25] Lozano R, Naghavi M, Foreman K et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*; 2012: 2095–2128. doi:10.1016/S0140-6736(12)61728-0
- [26] Luengo-Fernandez R, Candio P, Violato M et al. TSafe. At what cost. The economic impact of stroke in Europe. In: Korner J, Randall G, Jackson M, Hrsg. Im Internet (Stand: 01.12.2020): [www.safestroke.eu/economic-impact-of-stroke/#:~:text=At%20What%20Cost%20E2%80%93%20the%20Economic,%E2%82%AC60%20billion%20in%202017](http://www.safestroke.eu/economic-impact-of-stroke/#:~:text=At%20What%20Cost%20E2%80%93%20the%20Economic,%E2%82%AC60%20billion%20in%202017)
- [27] Morgan KH, Barroso CS, Bateman S et al. Patients' Experiences of Interprofessional Collaborative Practice in Primary Care: A Scoping Review of the Literature. *J Patient Exp* 2020. doi:2374373520925725
- [28] Network EH. European cardiovascular disease statistics 2017. Im Internet (Stand 01.03.2020): [www.ehnheart.org/cvd-statistics/cvd-statistics-2017.html](http://www.ehnheart.org/cvd-statistics/cvd-statistics-2017.html)

- [29] Nowotny M, Dachenhausen A, Stastny P et al. Empowerment, quality of life and participation in neurological rehabilitation. Empirical study with stroke patients and their relatives. *Wien Med Wochenschr* 2004; 154: 577–583
- [30] Peschke D, Kohler M, Schenk L et al. Umfang und Kontinuität der ambulanten physio- und ergotherapeutischen Versorgung im 1. Jahr nach Schlaganfall. *physioscience* 2013; 9: 3–8
- [31] Peschke D, Schnitzer S, Kuhlmeier A et al. Physio- und ergotherapeutische Versorgungsverläufe und Mortalität im ersten Jahr nach Schlaganfall. *Rehabilitation* 2014; 53: 224–229
- [32] Reeves S, Pelone F, Harrison R et al. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017. Im Internet (Stand 03.10.2020) [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6481564/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6481564/)
- [33] Reuther P. Versorgungsbedarf und tatsächliche Versorgung neurologischer Patienten. *neuroreha* 2011; 3: 120–124
- [34] Reuther P, Hendrich A, Kringler W et al. Die neurologische Rehabilitations-Phase E: Nachgehende Leistungen zur sozialen (Re-)Integration und Teilhabe – ein Kontinuum? *Rehabilitation* 2012; 51: 424–430
- [35] Scheibler F, Pfaff H, Hrsg. Shared Decision-Making: der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Weinheim: Juventa; 2003
- [36] Schlaganfall-Ring Schleswig-Holstein (SRSH) Schlaganfall-Prävalenz Deutschland, Hamburg und Schleswig-Holstein im Jahr 2017; unveröffentlichtes Material
- [37] Schneider K, Heise M, Heuschmann P et al. Lebens- und Versorgungssituation von Schlaganfallpatienten. *Nervenheilkunde* 2009; 28: 114–118
- [38] Sprumont D, Girardin S, Lemmens T. The Helsinki Declaration and the Law: an International and Comparative Analysis. In: Frewer A, Schmidt U, Hrsg. *History and Theory of Human Experimentation. The Declaration of Helsinki and Modern Medical Ethics*. Stuttgart: Franz Steiner; 2007: 223–252
- [39] Sugavanam T, Mead G, Bulley C et al. The effects and experiences of goal setting in stroke rehabilitation – a systematic review. *Disabil Rehabil* 2013; 35: 177–190
- [40] Taeymans J, Pfeiffer F. Gesundheitsökonomische Evaluationen physiotherapeutischer Interventionen. *physioscience* 2017; 13: 9–16
- [41] Theunissen G. Empowerment und Inklusion behinderter Menschen: eine Einführung in Heilpädagogik und Soziale Arbeit. 3., akt. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus; 2013
- [42] Tyson SF, Burton LJ, McGovern A et al. Service users' views of the assessment process in stroke rehabilitation. *Clin Rehabil* 2014; 28: 824–831
- [43] van Eeden M, van Heugten CM, Evers SM. The economic impact of stroke in The Netherlands: the €-restore4stroke study. *BMC Public Health* 2012; 12: 122
- [44] von Elm E, Altman DG, Egger M et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. *Int J Surg* 2014; 12: 1495–1499
- [45] Waltersbacher A. Heilmittelbericht 2018. Wissenschaftliches Institut der AOK im AOK-Bundesverband GbR. Im Internet (Stand 01.03.2020): [www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen\\_Produkte/Buchreihen/Heilmittelbericht/wido\\_hei\\_hmb\\_2018.pdf](http://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Heilmittelbericht/wido_hei_hmb_2018.pdf)
- [46] Wirtz MA, Bitzer EM, Albert US et al. DNVF-Memorandum III – Methoden für die Versorgungsforschung, Teil 4 – Konzept und Methoden der organisationsbezogenen Versorgungsforschung. Kapitel 3 – Methodische Ansätze zur Evaluation und Implementierung komplexer Interventionen in Versorgungsorganisationen. *Gesundheitswesen* 2019; 81: e82–e89