

Regionales Versorgungskonzept Geriatrie



Vernetzte Versorgung – regional erprobt mit neuen Fachkräften nutzerorientiert und sektorübergreifend versorgen

Verfasser:

Charlotte Assmann, Uwe Borchers, Dr. Olaf Iseringhausen, Dr. Hans-Christian Körner, Constanze Liebe, Anja Rethmeier-Hanke, PD Dr. Bernd Wedmann



Das Modellprojekt wurde gefördert durch:

Die Landesregierung
Nordrhein-Westfalen



Förderkennzeichen: AZ 24.82-05; Durchführungszeitraum: 01.07.2010 – 30.06.2013

INHALTSVERZEICHNIS

Abkürzungsverzeichnis.....	- 3 -
Zusammenfassung:	- 5 -
1. Einleitung: RVG als Antwort auf bestehende Herausforderungen	- 9 -
1.1 Vernetzte Versorgung - mehr als ein Schlagwort.....	- 9 -
1.2 Die Region	- 11 -
1.3 Ausgangsüberlegungen	- 12 -
2. Umsetzung: Art des Vorgehens	- 13 -
2.1 Rekrutierung der Gesundheitshelferinnen/ Qualifikationsprofil	- 13 -
2.2 Coaching Gesundheitshelferinnen	- 14 -
2.2 Kommunikationsgremium Steuergruppe.....	- 15 -
2.3 Praxisbericht zur Netzwerkbildung	- 16 -
2.4 Schaffung von Voraussetzungen für Telemedizin	- 18 -
3. Modellbeschreibung	- 19 -
3.1 Zielgruppe	- 19 -
3.2 Prozessablauf	- 21 -
3.3 Massnahmen zur Rekrutierung von Patientinnen und Patienten.....	- 24 -
4. Evaluationskonzept, Fragestellungen & Methodik	- 25 -
4.1 Meilensteine der Begleitevaluation	- 28 -
5. Outcome	- 29 -
5.1 Beschreibung der Stichprobe	- 29 -
5.2 Quantitative Datenauswertung (Kurzübersicht)	- 31 -
5.2 Qualitative Datenauswertung (Kurzübersicht).....	- 34 -
5.3 Zusammenarbeit messbar machen.....	- 36 -
6. Wesentliche Projekterkenntnisse und Erfahrungen	- 37 -

6.1. konsequente Nutzerorientierung in der Versorgungsgestaltung	- 38 -
6.2 Zusammenführung von Medizinischer Versorgung und vorhandenen Beratungsinstanzen	- 39 -
6.3 Neue Optionen durch neue Fachkräfte.....	- 40 -
7. Ausblick	- 42 -
Anhang	- 45 -
A. Untersuchungsinstrumente	- 45 -
A.1 Geriatrisches Assessment	- 45 -
A.2 Lebensqualität	- 47 -
A.3 Zufriedenheit	- 49 -
A.4 Qualitative Leitfadenterviews (Gesundheitshelferinnen und Ärzteschaft)	- 50 -
A.5 Auswertungsverfahren	- 51 -
B. Ergebnisse	- 53 -
B.1 Strukturqualität.....	- 53 -
B.1.1 Qualifikation und Aufgabenprofil der Gesundheitshelferinnen	- 57 -
B.2 Prozessqualität.....	- 58 -
B.2.1 Versorgungsgestaltung aus Sicht der Gesundheitshelferinnen	- 58 -
B.2.2 Akzeptanz des Versorgungsmodells aus ärztlicher Sicht	- 70 -
B.3 Outcomes.....	- 77 -
B.3.1 Beschreibung der Stichprobe	- 77 -
B.3.2 Funktionale Einschränkungen – Lachs-Screening	- 83 -
B.3.3 Hilfebedarf – Barthel-Index.....	- 84 -
B.3.4 Instrumentelle Aktivitäten des alltäglichen Lebens - IADL.....	- 85 -
B.3.5 Sturzrisiko nach Huhn	- 87 -
B.3.6 Lebensqualität.....	- 88 -
B.3.7 Patientenzufriedenheit	- 103 -

Literaturverzeichnis	- 110 -
Abbildungsverzeichnis	- 112 -
Tabellenverzeichnis	- 115 -
Anhang 2	- 115 -

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AGnES	Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention
bzw.	Beziehungsweise
bspw.	beispielsweise
CM	Case Management
d. h.	Das heißt
EVA	Entlastende Versorgungs-Assistentin
GH	Gesundheitshelferin
GDS	Geriatrische Depressionsscala
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IADL	Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens
i. S.	Im Sinne
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KIS	Krankenhausinformationssystem
KLG	Klinikum Lippe GmbH
KVWL	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
LZG	Landeszentrum Gesundheit NRW
MFA	Medizinische Fachangestellte
MGEPA NRW	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
MMSE	Mini-Mental-State-Examination

MMTS	Mini-Mental-Status-Test
MoPra	Mobile Praxisassistentin
NRW	Nordrhein-Westfalen
OWL	Ostwestfalen-Lippe
PKD	Palliativärztlicher Konsiliardienst
PSB	Psychosoziale Beratung
RVG	Regionales Versorgungskonzept Geriatrie
s.o.	Siehe oben
s.u.	Siehe unten
sog.	sogenannt(e)
VerAH	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis
VK	Vollkostenstellen
vgl.	vergleiche
WL	Westfalen-Lippe
ZIG	Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft OWL

Regionales Versorgungskonzept Geriatrie



Vernetzte Versorgung – regional erprobt

mit neuen Fachkräften im nutzerorientiertem Setting Ansatz

ZUSAMMENFASSUNG:

Im Kreis Lippe wurden in den vergangenen Jahren belastbare Arbeits- und Versorgungsstrukturen geschaffen, die sowohl aus Nutzerinnen- und Nutzer- als auch hausärztlicher und Klinikperspektive die Versorgung älterer und hochaltriger Menschen deutlich und nachhaltig verbessern. Die Koordinationsleistung so genannter Gesundheitshelferinnen (weitergebildete Pflegekräfte des Klinikums mit langjähriger Praxiserfahrung und geriatrischer Expertise) entlastet den hausärztlichen Bereich, sichert den Informationsaustausch zwischen den Sektoren und trägt, insbesondere durch die individuelle Ansprache der Patientinnen, Patienten und Angehörigen deutlich zur wahrgenommenen Kontinuität im Versorgungsverlauf bei.

Quasi als Nebeneffekt sind nun sämtliche Strukturen für einen geriatrischen Versorgungsverbund in arbeitsfähiger Form vorhanden. Zudem konnten Qualifikationsprofile und -bedarfe für Fachkräfte im Sektor übergreifenden „Neuland“ in einer längerfristigen Zeitspanne überprüft werden.

Die Grundlagen der heutigen Arbeits- und Versorgungsstrukturen wurden in den Jahren 2010 -2013 im Rahmen eines Förderprojektes gelegt; die Förderung erfolgte durch das Land NRW (MGEPA, LZG).

Das Klinikum Lippe und das Ärztenetz Lippe haben in diesem Zeitraum in Zusammenarbeit mit dem ZIG - Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft OWL - gemeinsam das Projekt „Regionales Versorgungskonzept Geriatrie“ - Gesundheitshelfer in Lippe entwickelt. Ziel war es, die oft vielschichtige Versorgung von älteren und multimorbiden Patientinnen und Patienten durch ein gezieltes Fallmanagement

optimal zu gestalten. Dazu bedurfte es aus damaliger, theoriegesteuerter Sicht dreier grundsätzlicher Maßnahmen (vgl. Projektantrag 2009):

- Gründung einer innovativen, Sektor übergreifenden Versorgungsgesellschaft
- Organisatorische Voraussetzungen für telemedizinische Unterstützungen schaffen
- Zusammenarbeit messbar machen

Im Sommer 2013 zum Ende der Förderphase, stellte sich die Situation folgendermaßen dar:

Die Gremien des Ärztenetzes und des Klinikums befürworten die Gründung einer gemeinsamen GmbH, ein Rahmenvertrag liegt vor, Grundlage dieses Geschäftsmodells muss aber eine belastbare Finanzierungszusage der Kostenträger sein.

Die Anforderungen an eine Sektor übergreifende Fallakte können dezidiert beschrieben werden, ebenso die Vorbehalte bzgl. telemedizinischer Unterstützungen sowohl bei hochaltrigen Nutzerinnen und Nutzern als auch bei den verschiedensten Berufsgruppen im Gesundheitswesen.

Zur Messbarkeit der Zusammenarbeit zeigten sich im Projektverlauf die Schwächen gängiger Kennzahlen und Routinedaten in Bezug auf die vulnerable Personengruppe hochaltriger Menschen. Im Ergebnis scheint die Einzelerkrankung der Betroffenen eher unerheblich zu sein, wesentlicher für den Versorgungsverlauf sind die bestehenden und sich abzeichnenden Funktionseinschränkungen, die im Übrigen eine weit größere Homogenität aufweisen. Zielführender als eine Leitlinienorientierung hat sich bei diesen multimorbiden Menschen deshalb das Case Management (CM) i. S. einer fallbezogenen, systemischen Intervention erwiesen. Die Besonderheit: Das CM im „lippischen Modell“ erfolgt mit medizinisch-geriatrisch geschultem Blick und deckt Funktionsdefizite auf, während ein konventionelles sozialpädagogisches geprägtes Case Management diese Funktionsdefizite durch entsprechende Unterstützungsmaßnahmen aus Sicht geriatrischer Experten oft unabsichtlich verschleiert.

Die neuen Versorgungsstrukturen haben auch deshalb erfolgreich Fuß gefasst, weil sie die Erreichbarkeit der Zielpopulation in den Mittelpunkt stellen: wirklich innovative Versorgungsangebote müssen folgende Settings zu gleichen Teilen berücksichtigen: die eigene Häuslichkeit, die medizinische Versorgung über den Hausarzt und die Akutklinik. Fehlt der Zugriff auf einer dieser Bereiche, dann ist die Versorgungsinnovation gleichzeitig inkonsistent und inkonsequent.

Durch den Aufbau und die Erprobung der neuen Versorgungsstrukturen konnten wichtige Zusatzkenntnisse generiert werden, die für uns inzwischen handlungsleitend sind:

Konsequente Nutzerorientierung in der Versorgungsgestaltung

Qualität bedeutet für unsere geriatrischen Patientinnen und Patienten eine möglichst lange Selbstständigkeit im eigenen Zuhause, die Herauszögerung von Pflegebedarf sowie eine feste und erreichbare, vertraute Fachperson zur Beratung im Falle gesundheitlicher Belange. Im Falle eines Krankenhausaufenthaltes umfasst Qualität aus Patientinnen-/Patienten- /und Angehörigensicht auch immer eine reibungslose Versorgung zwischen den Sektoren. Bei Klinikaufenthalten im Klinikum Lippe erfolgen Besuche durch die Gesundheitshelferinnen, die ein zielgerichtetes Entlassungsmanagement maßgeblich unterstützen können, weil die häusliche Situation bekannt ist.

Zusammenführung Medizinische Versorgung/ Beratungsinstanzen

Eine bessere Vernetzung im Medizinsystem selbst reicht nicht aus, um den komplexen Versorgungssituationen im Alter gerecht zu werden, weil sich medizinische und soziale Problemlagen in diesem Lebensabschnitt häufig überlagern. Erforderlich ist eine Integration der kommunalen Beratungsangebote, die auf die besonderen Belange älterer Menschen abzielen. Die Umfänglichkeit dieser kommunalen Versorgungsangebote und -möglichkeiten ist den Professionen innerhalb des Medizinsystems nicht hinlänglich bekannt. Mit der Implementierung der Gesundheitshelferinnen verfügen innerhalb des medizinischen Expertensystems sozialisierte Personen nun über eine inzwischen nahezu komplette Übersicht der bestehenden „nichtmedizinischen“ Unterstützungsmöglichkeiten. Dies trägt maßgeblich dazu bei, den „Support benötigten Menschen“ ein passgenaues Angebot zu vermitteln. Von dieser passgenauen Leistungserbringung kann auch die Kommune i.S. sekundärer Kostensenkungen profitieren. Die effektivere Zusammenarbeit zwischen den Systemen trägt mit zur Sicherung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum bei. Dies ist eine ggf. noch nicht ausgeschöpfte Ressource.

Beide Sektoren profitieren

Die positiven Effekte des Versorgungskonzeptes gehen weit über den Projektabschluss hinaus. Neben Patientinnen, Patienten und Angehörigen profitieren niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die nun wichtige Zusatzinformationen (bspw. zur Versorgungssituation und Compliance) erhalten. Die Hausbesuche der Gesundheitshelferinnen und auch deren Koordinationsleistung entlasten den hausärztlichen Bereich. Die Gesundheitshelferinnen sind in ihrer Kompetenz anerkannt, auch in der Klinik, wo sie Licht in die „black box“ der häuslichen Versorgungssituation bringt.

Dabei wird die Frage, ob ein älterer Mensch nach seinem Klinikaufenthalt in eine gesicherte häusliche Versorgung geht künftig immer entscheidender werden, und das gängige Entlassungsmanagement hat oftmals nur einen begrenzten Einfluss darauf. Die Rede ist von Patientinnen und Patienten ohne Pflegestufe, dafür aber mit beginnenden bzw. manifesten Funktionseinbußen, die alleine oder mit einer Person

in ähnlicher Verfassung zu Hause leben. Diese Menschen fallen oft durch das System, hier kann eine geriatrische Behandlung andererseits oft die größten Erfolge erreichen.

Indirekt profitieren auch Organisationen, Verbände und die Politik sofern sie mit der Sicherstellung der Versorgung beauftragt sind. Das Regionale Versorgungskonzept Geriatrie sichert Versorgung i. S. eines funktionierenden Konzeptes, das über die Gesundheitshelferin personalisiert wird. Es handelt sich um ein Werkstattprojekt mit der Möglichkeit der Erfahrungspartizipation.

Aufbau und Implementierung des Konzeptes erfolgten nicht am „grünen Tisch“. Von „Versorgern“ beider Sektoren entwickelt und inzwischen über 4 Jahre erprobt, wird diese Methode von den Professionals und den Nutzern gleichermaßen als geeignet empfunden. Dies verdeutlicht noch einmal, dass die komplexen Problemlagen in der Versorgung älterer Menschen nur von den Handelnden beider Sektoren gemeinsam gelöst werden können.

1. EINLEITUNG: RVG ALS ANTWORT AUF BESTEHENDE HERAUSFORDERUNGEN

Die Gruppe der über 80-jährigen ist die am schnellste wachsende Bevölkerungsgruppe in Deutschland. Aufgrund der demografischen Entwicklung sind die besonderen **Bedarflagen Älterer und chronisch Kranker** bei jeglicher (Neu)gestaltung der Gesundheitsversorgung besonders zu berücksichtigen. Für alle Landkreise und Kommunen wird es zukünftig darauf ankommen, **Strategien der Vernetzung** zu entwickeln, die auf die veränderten und regional unterschiedlichen Bedürfnisse der Bevölkerung abgestimmt sind. Dies kann nur gelingen, wenn die medizinischen Hauptplayer – niedergelassene Ärzteschaft und Kliniken – gemeinsam Lösungen entwickeln, die von beiden Seiten mitgetragen werden und eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung zu Ziel haben. Wird der jeweils andere Sektor nur zur Komplettierung des eigenen Portfolios integriert, wird es immer ein „stationäres“ oder „ambulantes“ Versorgungsangebot bleiben, die jüngsten Innovationen geriatrischer Versorgungsmodulen in NRW zeigen dies, untermauert von den sektoralen Zuständigkeiten innerhalb der jeweiligen Kostenträger.

1.1 VERNETZTE VERSORGUNG - MEHR ALS EIN SCHLAGWORT

Ein umfassendes Gesundheitsmanagement muss, damit es seine optimale Wirkung entfalten kann, einerseits multiprofessionell erfolgen. Diesem Anspruch kommt bspw. die stationäre Geriatrie aufgrund der vorgeschriebenen wöchentlichen Fallbesprechungen bereits nach.

Multiprofessionalität ist aber nur die halbe Miete, wenn sie an der Tür der eigenen Organisation Halt macht. Große Defizite bestehen nach wie vor im Bereich der sektorübergreifenden, nachhaltigen Versorgung, die an die Lebens- und Alltagsbedingungen der Patienten in ihrem häuslichen Umfeld angepasst ist.

Vernetzte Versorgung für ältere und chronisch kranke Menschen bedeutet deshalb:

- **Integration** und **Kontinuität** als Qualitätskriterien
- **„Erreichbarkeit“** dieser Population gewährleisten, d.h.
 - zu Hause (ggf. mit Angehörigen, Pflegediensten usw.)
 - in hausärztlicher Versorgung
 - in der Akutklinik

Vernetzte Versorgung muss diese drei Bereiche abdecken. Fehlt der Zugriff auf einen dieser Bereiche, dann ist die „Versorgungsinnovation“ gleichzeitig inkonsistent und inkonsequent.

Die Themen „Regionale Handlungsebene“, „Vernetzte Versorgung“ und „Geriatrie“ haben aus verschiedensten Gründen landes- und bundesweit eine große Dynamik entwickelt. Die aktuellen Diskussionen zeigen, dass im Kreis Lippe versorgungspolitisch frühzeitig und beispielhaft ein guter und richtiger Weg beschritten wurde. Folgende Entwicklungen verdeutlichen dies:

- Die Gestaltung der Gesundheitsversorgung wird verstärkt als eine **regionale** Aufgabe definiert.
- Praxisnetze entdecken den **„Geriatrischen Patienten“** als Zielgruppe u.a. mit der Möglichkeit einzeln abzurechnender geriatrischer Add-on-Module
- Das Thema **Arztentlastung** durch MFAs (EVA, VERAH, AgnES), gewinnt insbesondere in der häuslichen ambulanten Versorgung an Fahrt
- Ärztekammern, KVen (und Praxisnetze) entdecken die Vorzüge des **Case Managements** und integrieren dieses in die Weiterbildung der Praxisassistentinnen.
- Kliniken besetzen die Thematik sektorübergreifender Versorgungskonzepte bislang eher zurückhaltend. Seit Sommer 2013 tasten sich die Geriatrischen Kliniken (unter Federführung des Landesverbandes Geriatrie NRW) u.a. aufgrund der Bestimmungen im Landeskrankenhausplan an das Thema heran.

Wenn sich die Versorgungsqualität aus Nutzersicht nachweislich verbessern soll, müssen Kliniken und Niedergelassene das Problem gemeinsam angehen und lokale (aber übertragbare) Lösungen entwickeln.

1.2 DIE REGION

Der Kreis Lippe mit seinen ca. 349.000 Einwohnern gilt als eine für Ostwestfalen typische, ländliche Region. Im Osten grenzt Lippe unmittelbar an Niedersachsen, im äußersten Südosten ist es nicht mehr weit bis an die hessische Landesgrenze.

Die Themen Überalterung (21% der Bevölkerung ist über 65 Jahre alt) und die damit einhergehende massive Bevölkerungsschrumpfung sind in Lippe vorhanden, aber momentan noch weniger ausgeprägt als diversen Ruhrgebietsmetropolen oder Teilen des Sauerlandes.

Demografische Veränderung im Kreis Lippe von 2013 bis 2025

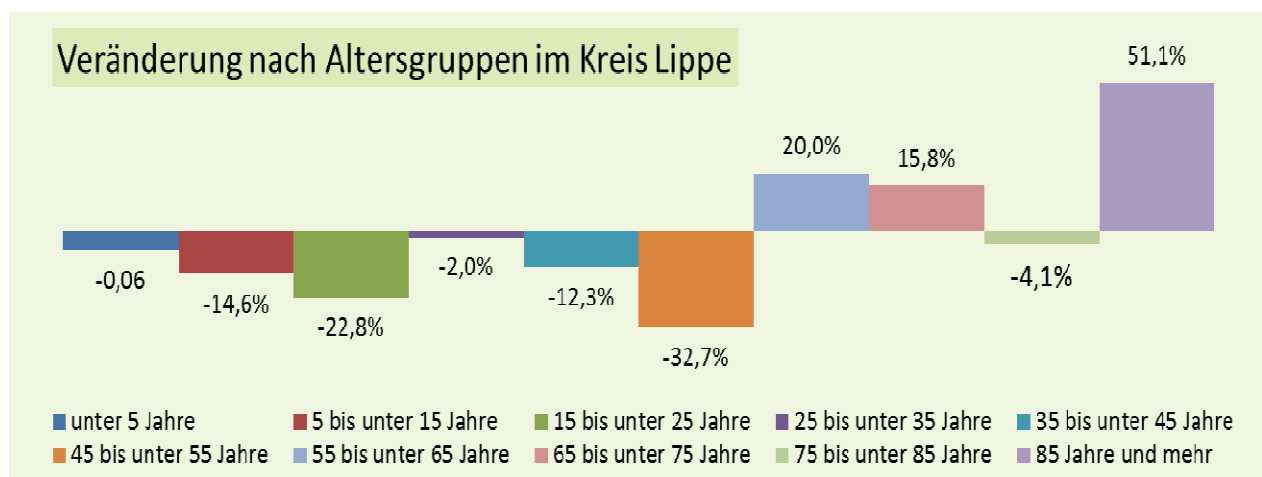


Abbildung 1 Veränderung nach Altersgruppen im Kreis Lippe (Statistisches Landesamt NRW)

Verschärft hat sich hingegen in den letzten Monaten die Problematik der ambulanten, hausärztlichen Versorgung: in einer der vier größten Städte des Kreises, der Stadt Lage, besteht bereits eine Unterversorgung, in einer weiteren Stadt (Lemgo) steht sie unmittelbar bevor. Die niedergelassene Ärzteschaft ist zu knapp 50% im Ärztenetz Lippe organisiert, besonders der hausärztliche Bereich verfügt hier über einen hohen Organisationsgrad, (der aber nicht in allen Städten und Gemeinden gleichermaßen gegeben ist).

Die akutstationäre Versorgung wird in Lippe selbst ausnahmslos durch die Klinikum Lippe GmbH mit ihren drei Standorten in Detmold, Lemgo und Bad Salzuflen erbracht.

1.3 AUSGANGSÜBERLEGUNGEN

Die zum Projektantrag führende Versorgungsidee wurde ab 2008 zunächst ausschließlich in der Geschäftsführung des Klinikums diskutiert. Das Regionale Versorgungskonzept Geriatrie war zu dem Zeitpunkt als eine vom Klinikum ausgehende Vernetzung geplant, in der – spätestens ab dem Zeitpunkt der Umsetzung – auch Haus- und Fachärztinnen und -ärzte eine wichtige Rolle würden spielen müssen. Der Fokus lag aber zunächst auf der Weiterversorgung älterer Menschen nach dem Klinikaufenthalt. Je tiefer jedoch inhaltlich in die Diskussion um die Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten eingestiegen wurde, desto mehr zeigte sich, dass die wenigsten geriatrischen Patientinnen und Patienten eine Geriatrische Klinik von innen sehen, sondern – zu Hause lebend – in erster Linie Kontakt zur Hausärztin/zum Hausarzt haben, ggf. ist noch ein ambulanter Pflegedienst involviert. Aufgrund dieser Erkenntnis setzte klinikintern ein Umdenkprozess ein, der sich dahingehend äußerte, das Ärztenetz Lippe ab sofort in alle weiteren Überlegungen einzubeziehen mit der Konsequenz, dass der Projektantrag im Sommer 2009 gemeinsam vom Klinikum, Ärztenetz und ZIG gestellt wurde.

Ziel des gemeinsamen Vorhabens war es, die oft vielschichtige Versorgung von älteren und multimorbiden Patienten durch ein gezieltes Fallmanagement optimal zu gestalten.

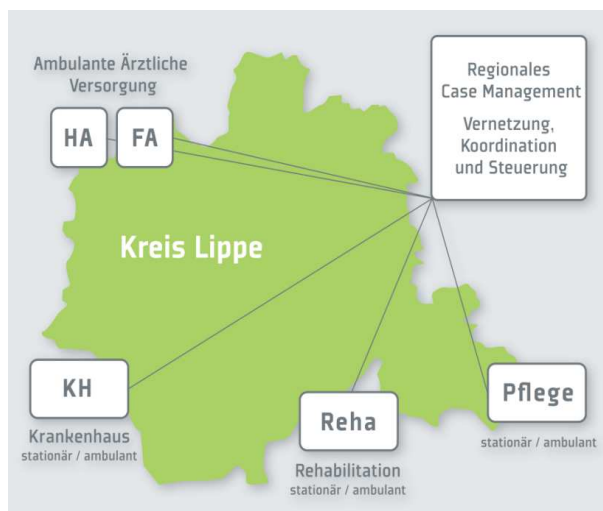


Abbildung 2: Sektorübergreifende, interdisziplinäre RVG-Versorgungsstruktur in Region Lippe (Eigene Darstellung)

Dabei würden Klinikum und das Ärztenetz Lippe eine maßgebliche Gestaltungsrolle spielen, denn der Bereich Pflege ist äußerst heterogen und gliedert sich in Lippe in knapp 60 Pflegeheime und über 40 verschiedene ambulante Pflegedienste.

2. UMSETZUNG: ART DES VORGEHENS

Die erfolgreiche Implementierung des Projektes fußt auf diversen Säulen, die, je nach Projektphase in ihrer Intensität wechselten. Als Handlungsfelder sind hier insbesondere aufzuführen:

- Auswahl, Coaching und Befähigung der Gesundheitshelferinnen
- Steuergruppe als Arbeits- und Entscheidungsebene
- Netzwerkbildung innerhalb des Geriatrischen Versorgungskonzeptes
- Information und Akzeptanzsicherung innerhalb der Organisationen
- Entwicklung eines Patienten- und Anwenderorientierten Prozessablaufes (vgl. Kap. 3)
- Unterstützende Maßnahmen zur Rekrutierung von Patientinnen und Patienten
- Schaffung von Voraussetzungen für Telemedizin

2.1 REKRUTIERUNG DER GESUNDHEITSHELFERINNEN/ QUALIFIKATIONSPROFIL

Die interne u. externe erfolgte Stellenausschreibung richtete sich an Pflegefachkräfte, Medizinische Fachangestellte (MFA) sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter mit längerer Berufserfahrung im Bereich der geriatrischen Versorgung. Zusatzqualifikationen in den Bereichen Case Management, Kenntnisse der regionalen Versorgungsstruktur sowie sozialrechtliche Kenntnisse wurden als wünschenswert erachtet, stellten aber keine harte Zugangsvoraussetzung dar. Umso mehr Wert wurde bei der Personalauswahl auf eine ausgeprägte Beratungs- und Problemlösekompetenz und die Fähigkeit zur multidisziplinären Zusammenarbeit gelegt. Das Auswahlverfahren erfolgte durch die gemeinsame Projektleitung aus Ärztenetz und Klinikum. Ausgewählt wurden 3 Pflegefachkräfte aus der Klinik mit entsprechenden Zusatzqualifikationen (BA-Pflege, Case-Managerin, Fachwirtin Sozial- und Gesundheitswesen, Kauffrau im Gesundheitswesen) sowie eine MFA aus dem ambulanten Bereich ohne Zusatzqualifikation. Für den sektorübergreifenden Ansatz des Projektes hat sich diese Zusammensetzung aus zuvor ambulant und stationär tätigen Personen bewährt.

Je konkreter Tätigkeitsprofil der Gesundheitshelferinnen anschließend in der Praxis benannt werden konnte, desto mehr kristallisierte sich heraus, dass eine medizinisch-pflegerische Expertise wesentlich zu einem erfolgreichen geriatrischen CM beiträgt. Insofern wäre die Einstellung einer Sozialarbeiterin/ eines Sozialarbeiters nicht zielführend gewesen.

2.2 COACHING GESUNDHEITSHELFERINNEN

Coaching und Befähigung der Gesundheitshelferinnen stellten insbesondere im ersten Projekthalbjahr einen Schwerpunkt dar und fanden darüber hinaus eine kontinuierliche Fortsetzung. Keine der Kolleginnen hatte praktische Erfahrungen im CM. Die Kolleginnen ohne theoretische Vorkenntnisse wurden durch die Projektleitung des Klinikums mit den Grundzügen des Case Managements vertraut gemacht. Gemeinsam wurde erarbeitet, wie das CM in der praktischen Arbeit aussehen kann und wird. Es schlossen sich systematische Hospitationen in folgenden Bereichen an: im Kliniksozialdienst (alle), bei der Wohnraumberatung der Verbraucherberatung (alle), auf einer geriatrischen Station (MFA) sowie in Hausarzt- und Facharztpraxen (alle Pflegekräfte des Klinikums).

Während der gesamten Projektlaufzeit fanden in regelmäßigen Zyklen Teambesprechungen zwischen Projektleitung und Gesundheitshelferteam statt. Im ersten halben Jahr erfolgten die Teambesprechungen 14-tägig, später in einem monatlichen Turnus. Darüber hinaus gab es situationsadaptierte Treffen z.B. im Rahmen einer Fallberatung sowie zwei halbtägige Praxisworkshops mit konkreten Fragestellungen, die in diesem Zusammenhang Ziel führend beantwortet werden können (z.B. Konkretisierung besonders profitierender Zielgruppen usw.).

Zu mehreren Zeitpunkten innerhalb des Projektablaufes erfolgte zudem ein Coaching bzgl. der besonderen Belange psychiatrisch erkrankter, älterer Menschen durch die Oberärzte der beiden psychiatrischen Kliniken im Kreis Lippe.

Drei weitere Fortbildungen (Inhouse) bezogen sich inhaltlich auf Patientenrechte, Kosten der Gesundheitsversorgung, Zahnärztliche Versorgung, Kostenübernahmen, Heil- und Hilfsmittelregelungen, Grundversicherung im Alter, Leistungen der Pflegeversicherung und Beratungskonzepte.

Der interdisziplinäre Austausch der Gesundheitshelferinnen innerhalb der Geriatrischen Klinik war u.a. durch die Teilnahme an den Assessmentrunden während der ersten Projekthälfte gewährleistet. Die dadurch aufgebauten Beziehungen wurden auch später bei Bedarf regelmäßig genutzt. Zum Kliniksozialdienst besteht eine besonders enge Zusammenarbeit, da sich – mit der Begleitung erster Patientinnen und Patienten durch die Gesundheitshelferinnen – schnell herausstellte, dass Gesundheitshelferinnen und Kliniksozialdienst insbesondere im Rahmen des Entlassungsmanagements voneinander profitieren. Da der Gesundheitshelferin die jeweilige häusliche Situation der Projektteilnehmenden durch eine persönliche Bestandsaufnahme bekannt ist, kann die Entlassungsplanung aus der Klinik in diesen Fällen wesentlich zielgerichteter erfolgen. Davon profitieren neben den Betroffenen selbst auch die Angehörigen sowie das Stationspersonal.

2.2 KOMMUNIKATIONSGREMIUM STEUERGRUPPE

Neben der organisationsinternen Kommunikation im Klinikum und im Ärztenetz nahm die Kommunikation innerhalb des Projektkonsortiums einen wesentlichen Raum ein.

Die so genannte Steuergruppe stellte im Projektverlauf nicht nur ein Entscheidungsgremium, sondern neben den Gesundheitsshelferinnen das maßgebliche Arbeitsgremium dar. Insgesamt 20 Sitzungen erfolgten im Projektablauf, sämtliche Teilnehmer waren auch praktisch an der Projektdurchführung beteiligt.

Aus der Steuergruppe heraus erfolgte über deren Mitglieder eine enge Abstimmung mit den Gesundheitsshelferinnen, der niedergelassenen Ärzteschaft sowie der Geriatriischen Klinik.

Zielgruppe, Prozessablauf, Patientenrekrutierung, Auswahl von Analyseinstrumente und Dokumentationsmedien sowie permanente Kontaktpflege zu den Kostenträgern stellten neben der Entwicklung eines Evaluationskonzeptes wesentliche Themenblöcke der Arbeit dar.

Steuergruppe (alle 6-8 Wochen)	Netzwerkkonferenz (flankierend 1-2x jährl.)
<p><u>Klinikum Lippe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Geschäftsführer Medizin • Chefarzt Geriatrie • Stst. Neue Versorgungsformen (Projektleitung) <p><u>Ärztenetz Lippe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Geschäftsführung (Projektleitung) • Hausarzt <p><u>ZIG</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Geschäftsführung • Projektleiter Evaluation 	<p>– Vertreter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stationärer Altenhilfeeinrichtungen • Ambulanter Pflegedienste • Rehakliniken • Krankenkassen • Regionale Ärztekammer WL • KV-Bezirksstelle • Kreis Lippe, Beratungsinstanzen

Abbildung 3: Wesentliche Kommunikationsgremien im RVG-Projekt

Nicht in der Abbildung aufgeführt ist ein sektorübergreifender ärztlicher Qualitätszirkel Geriatrie an dem aber auch die Gesundheitshelferinnen teilnahmen. Dieser Qualitätszirkel tagte 2x jährlich und lieferte ebenfalls wertvolle inhaltliche Zuarbeit.

Ebenso wichtig war der Aufbau eines leistungsfähigen Netzwerkes, initialer Aufschlag hierfür war das Gremium der Netzwerkkonferenz (vgl. Folgekapitel).

2.3 PRAXISBERICHT ZUR NETZWERKBILDUNG

Ein in der Praxis erfolgreiches Versorgungskonzept lebt von einem funktionierenden Netzwerk. Hier konnten verschiedenste Pfade -auch bei bestehenden Anfangsbarrieren -letztlich erfolgreich geebnet werden. Mit Ausnahme der „interessierten Öffentlichkeit“ waren sämtliche im folgenden gelisteten Player Teilnehmende der Netzwerkkonferenzen.

Das Klinikum Lippe ist ein kommunales Krankenhaus, entsprechend fungiert der Kreis als Träger. Mit Erhalt des Förderungsbescheides wurden die entsprechenden Instanzen des Kreises Lippe informiert, im weiteren Projektverlauf kam es zu mehreren Gesprächsrunden. Anfang November 2010 wurde das Projekt durch die Projektleitung bestehend aus Ärztenetz und Klinikum auf der **Gesundheits- und Pflegekonferenz des Kreises Lippe** vorgestellt.

Alle **ambulanten Pflegedienste** in Lippe (knapp 60!) erhielten eine Einladung zu einer ersten Netzwerkkonferenz, die Ende November 2010 im Klinikum Lippe stattfand. Bei einigen Pflegediensten bestand anfänglich eine Irritation über das neue Angebot während andere dieses ausdrücklich begrüßten. Durch weitere Netzwerkkonferenzen, aber noch viel mehr durch die Zusammenarbeit von Gesundheitshelferinnen und Pflegedienstmitarbeitern vor Ort am Patienten, ist jetzt in fast allen Fällen eine sehr gute Zusammenarbeit zu konstatieren. Dazu haben auch die Einzelgespräche mit den Geschäftsführungen verschiedenster Pflegedienste beigetragen.

Im Kreis Lippe existiert eine **Vielzahl von Beratungsdiensten**, die sich an die Belange älterer Menschen richten, häufig aber auf eine einzelne Thematik bezogen sind. Eine Klammer bildet hier die psychosoziale Beratung (PSB) des Kreises Lippe, deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur ersten Netzwerkkonferenz eingeladen wurden. Die PSB wendet sich an Patientinnen und Patienten mit komplexen Problemlagen und fußt auf einem eher sozialpädagogischen Beratungsansatz. Die PSB sucht Patientinnen und Patienten in deren eigener Häuslichkeit auf. Im Klinikum (Ausnahme Kliniksozialdienst) und Ärztenetz waren die Leistungen des PSB im Vorfeld des Projektes größtenteils nicht bekannt, eine Anbindung an den medizinischen Sektor bestand nur in Ausnahmefällen und basierte dann auf langjährigen persönlichen Kontakten. Das neue Leistungsangebot des sektorübergreifenden Case Managements wurde in Teilen der Mitarbeiterschaft der PSB zunächst sehr kritisch aufgenommen. In mehreren Sitzungen innerhalb des ersten Projektjahres wurden zwischen PSB und Gesundheitshelferinnen genaue Prozessabläufe erarbei-

tet. So kristallisierten sich die Verknüpfungspunkte und Schnittstellen für alle Handelnden klar heraus. Inzwischen sind die Gesundheitshelferinnen fester Bestandteil der regelmäßigen Arbeitstreffen aller Beratungsdienste in Lippe.

Die **Kostenträger vor Ort** wurden in Teilen (AOK und Barmer GEK) mit Projektstart persönlich informiert. Zudem waren sie Teilnehmer der initialen Netzwerkkonferenz. Hinweise auf Doppelungen zu bestehenden Angeboten bestanden aus Sicht der Kostenträger nicht. Dies galt auch für den zeitgleich mit RVG-Projektbeginn eingerichteten Pflegestützpunkt, den die AOK Lippe in Zusammenarbeit mit dem Kreis Lippe betreibt. Dieser, so die Standortleitung der AOK vor Ort, fokussiere sich ausschließlich auf pflegerische Problemlagen, während das Spektrum der Gesundheitshelferinnen wesentlich weiter gefasst sei. Regelmäßige, positive Kontakte bestanden zu den vor Ort tätigen GKV-Mitarbeitern. Viele von ihnen haben Patientinnen und Patienten empfohlen, eine Projektteilnahme beim behandelnden Hausarzt anzusprechen. Gewachsene Kontakte bestehen auch zum Medizinischen Dienst der Krankenkassen.

Mit den beiden **Psychiatrischen Kliniken** ist während der Projektlaufzeit ein guter Austausch entstanden, dies gilt insbesondere für den Arztdienst (Psychiatrie, Akutklinik, Ärztenetz) als auch für das Coaching der Gesundheitshelferinnen durch zwei psychiatrische Oberärzte

Die **Rehakliniken** des Kreises Lippe waren in der ersten Netzwerkkonferenz anwesend. Eingeschriebene Patientinnen und Patienten wurden auch im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme von den Gesundheitshelferinnen aufgesucht.

Nicht wenige der inzwischen 59 lippischen **Pflegeheime** haben sich sehr gut im geriatrischen Netzwerk eingebracht. Obwohl keine Pflegeheimpatientinnen und -patienten in das Projekt eingeschrieben wurden (diese galten als Ausschlusskriterium) bestehen zahlreiche Kontakte zwischen Gesundheitshelferin und Pflegeheim, z.B. immer dann, wenn sich nach einem Klinikaufenthalt eine Kurzzeitpflege anschließt. Hier ist die anschließende Rückführung in die eigene Häuslichkeit nicht immer selbstverständlich. Im Gegenteil stellt eine Kurzzeitpflege oftmals den schleichenden Übergang zur Dauerpflege im Pflegeheim dar. Genau an diesem Punkt setzte die Arbeit der Gesundheitshelferinnen in den Pflegeheimen an.

Im Projektzeitraum ist es sehr gut gelungen, das Projekt einer **interessierten Öffentlichkeit** zugänglich zu machen. Diverse Seniorenbeiräte sprachen das Klinikum eigeninitiativ an. Nach einem Vortrag der Projektleitung auf die Sitzung des Behindertenausschusses kam es zu Anfragen von diversen Seniorengruppen (AWO, Kirche, usw.), die um Vorträge im Rahmen ihrer Treffen baten. Diese Nachfrage hält nach wie vor an.

2.4 SCHAFFUNG VON VORAUSSETZUNGEN FÜR TELEMEDIZIN

Während der Projektlaufzeit wurde auf einer entsprechend angepassten Oberfläche des KIS dokumentiert. Dies war kurzfristig überaus praktikabel, da schnell umsetzbar, den Beteiligten war aber bewusst, dass es sich nicht um eine Dauerlösung handeln kann. Die Anforderungen an eine künftige Lösung wurde den Anbietern unterschiedlichster Schwerpunkte (IT für Pflegestützpunkte, Case Management, multiprofessionelle Behandlung, Entlassungsmanagement usw.) folgendermaßen kommuniziert: „Hauptnutzer eines sektorübergreifenden EDV-Produktes sind die Gesundheitshelferinnen. Hausarztpraxen und Akutklinik (z.B. Klinik für Geriatrie) müssen ebenfalls von dieser künftigen niedrigschwelligen und anwenderfreundlichen Informations- und Dokumentationslösung profitieren. Wir stellen uns eine elektronische Fallakte vor, die sektorübergreifend bedient werden kann (PVS, Pflegedienste, KIS), und zukunfts offen für telemedizinische Dienstleistungen ist“. Die vorgestellten Produkte wurden von den Anbietern zu folgenden Punkten dezidiert beschrieben:

- Schnittstellenbeschreibung zum Primärsystem
- Transsektorale Anwendungsmöglichkeit
- Herstellerneutralität
- Datenschutzkonformität
- Festlegung einer Standard-Dokumentation
- Künftige Möglichkeiten telemedizinischer Dienstleistungen
- Produkte – keine Projekte

Alle fünf Anbieter stellten bei einem Workshop ihr Produkt bezogen auf die zuvor gelisteten Anforderungen vor und unterzogen anschließend einer kritischen Befragung. Am Workshop nahmen seitens des Projektes die Projektsteuergruppe, eine Gesundheitshelferin sowie diverse ärztliche Kolleginnen und Kollegen des Ärztenetzes teil. Als besonders zielführend bei dieser Veranstaltung ist das Engagement des Leiters der Krankenhaus-IT zu bewerten. Schließlich kamen zwei Firmen in die engere Wahl. Eine der beiden Firmen stellte einen kostenlosen Probestzugang für ein bestehendes System zur Verfügung. Dieses wurde von Gesundheitshelferinnen und Projektleitung nach praktischer Erprobung als hilfreich und als gute Entlastung bei der Dokumentation bewertet. Allerdings müssten nicht wenige Anpassungen auf die besonderen Belange im Regionalen Versorgungskonzept Geriatrie vorgenommen werden. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Voraussetzungen für den Einsatz von Telemedizin grundsätzlich geschaffen sind, da die Prozessabläufe in der Versorgung inzwischen etabliert sind und die in der Praxis notwendigen unterstützenden Dokumentationshilfen dezidiert beschrieben werden können.

Bezüglich weiterer, auch telemedizinischer Anwendungen ist zu konstatieren, dass Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich gelegentlich eine eingeschränkte Autonomie befürchten und oftmals eine für sie unkalkulierbare Investition.

Patientinnen und Patienten bevorzugen im Hausbesuch das persönliche Gespräch und schon eine zeitgleich durchgeführte EDV-gestützte Dokumentation erschwert oftmals die Informationsgenerierung.

3. MODELLBESCHREIBUNG

Mit dem Aufbau der Arbeitsstrukturen und Transparentmachung bzgl. der lippischen Beratungsinstitutionen begann startete die Entwicklung eines Modells, das zeitgleich passgenau und nutzerorientiert sein sollte, andererseits aber auch Akzeptanz bei der niedergelassenen Ärzteschaft, der Ärzteschaft des Akutklinikums und den weiteren Pflegeanbietern und Beratungsinstanzen erzeugen musste. Dazu galt es auch, die Zielgruppe noch weiter zu konkretisieren als dies im Projektantrag zuvor geschehen war.

3.1 ZIELGRUPPE

Zentraler Ausgangspunkt der Intervention ist die Identifikation geriatrischer Patientinnen und Patienten in der eigenen Häuslichkeit, die von zunehmendem Verlust der Selbständigkeit und Behinderung bedroht sind. Eine geriatrische Versorgung muss zunächst nicht zwangsläufig mit einem Pflegebedarf einhergehen.

Die Einschreibung von Patientinnen und Patienten erfolgte im Projekt sowohl über die Geriatrische Klinik des Klinikum Lippe als auch über die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte des Ärztenetzes Lippe. Auf der Basis einer ersten Einschätzung bezogen auf den gesundheitlichen Status und die versorgungsbezogene Bedarfslage der Patientinnen und Patienten wurden diese aufgeklärt und mit deren Einverständnis in das Programm eingeschrieben. Während zu Projektbeginn möglich war (gemäß Definition eines geriatrischen Patienten) sämtliche zu Hause lebenden Menschen ab 80 Jahren, sowie Menschen mit mehreren chronischen Krankheiten ab 75 Jahren einzuschreiben, konkretisierte sich die Zielgruppe nach einem halben Projektjahr zusehends. Die folgenden Einschlusskriterien basieren auf einer Einschätzung der Gesundheitshelferinnen, welche älteren Menschen besonderes von dem neuen Versorgungsangebot profitieren.



Abbildung 4: Einschlusskriterien RVG für Teilnehmende (Eigene Darstellung)

Hausärzte, die zuvor äußerten, ältere Patientinnen und Patienten eher nach Gefühl einzuschreiben, sagten nach Präsentation dieser Abbildung aus, dass B, also die Einschränkung der Alltagskompetenzen maßgeblich für eine Einschreibung seien, insbesondere bei sich abzeichnenden Verschlechterungen. Art und Anzahl der chronischen Erkrankungen seien dagegen erst im zweiten Schritt interessant.

Ausschlusskriterien für eine Teilnahme waren Palliativpatientinnen und -patienten, Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner, Patientinnen und Patienten mit Pflegestufe 3 bei Aufnahme und/oder mit Pflegestufe 2 bei Sachleistung und solche, die aktiv durch die psychosoziale Beratung betreut werden (Ausnahmen möglich).

3.2 PROZESSABLAUF

Eine Einschreibung der Patientinnen und Patienten in das Projekt erfolgte ausnahmslos über den ärztlichen Dienst. In der Klinik waren dies Chef-, Ober- sowie Stationsärztinnen und -ärzte. Im ambulanten Bereich kamen die Einschreibungen größtenteils direkt aus den Sprechstunden der entsprechenden haus- und fachärztlichen Versorgung zustande. Die Einschreibung erfolgt via Fax anhand eines einheitlichen Aufnahmebogens, der zeitgleich mit der Einverständniserklärung der Patientin/des Patienten im Büro der Gesundheitshelferinnen am Standort in Lemgo (angegliedert an die Klinik für Geriatrie) eingeht.

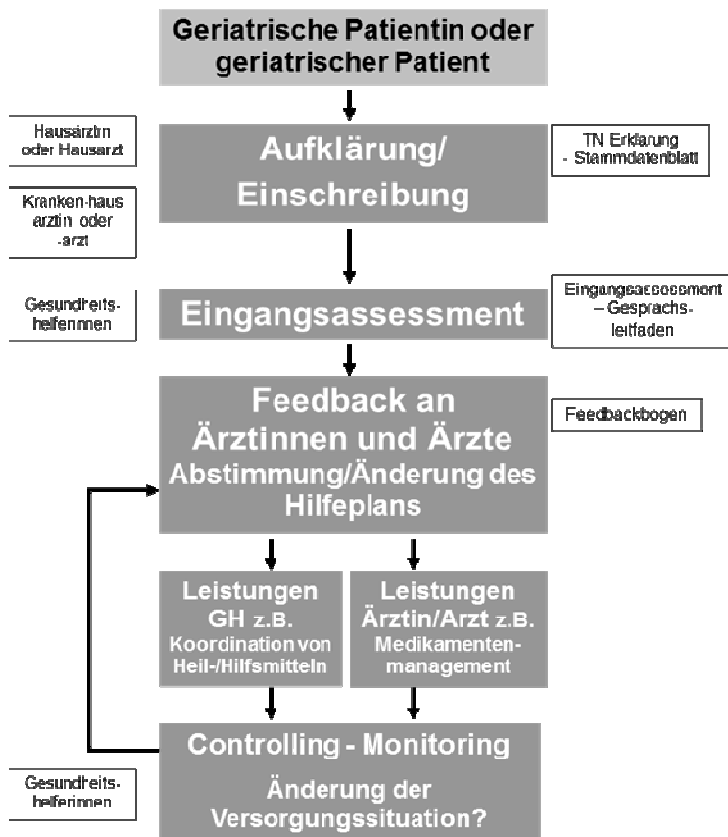


Abbildung 5: Versorgungspfad: Ablaufschema Regionales Versorgungskonzept Geriatrie (Eigene Darstellung)

Die Gesundheitshelferinnen nahmen anschließend in Absprache mit den Ärztinnen und Ärzten Kontakt mit den Patientinnen und Patienten auf. Auf der Basis eines umfangreichen und systematischen Eingangsassessments (vgl. Anhang Kap. A.1) wurde in enger Abstimmung mit den Patientinnen und Patienten und ggf. anwesenden Angehörigen erstellt und anschließend in den wesentlichen Punkten mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten ein Hilfeplan abgestimmt. Der Versorgungspfad, gemäß dem Prozessablauf im Regionalen Versorgungskonzept Geriatrie ist in der vorherigen Abbildung 5 dargestellt.

Als wesentliche Elemente des Hilfeplans sind die Information und Beratung, die Unterstützung zur Koordination weiterer Hilfestellungen – z.B. zur Pflegeberatung, zu psychosozialen Hilfen, zu Kostenträgern u.v.m. – sowie die Abstimmung mit der Hausärztin oder dem Hausarzt bzgl. des Medikamentenmanagements aufzuführen. Sämtliche Maßnahmen entstammen einem, mit dem älteren Menschen und ggf. seinen Angehörigen gemeinsam vereinbarten Hilfeplan. Die vereinbarten Ziele wurden regelmäßig kontrolliert (vgl. dazu nachfolgende Modulbeschreibung).

Das Leistungsspektrum der Gesundheitshelferinnen kann in zwei Module unterteilt werden. Die Leistungserbringung erfolgte primär bedarfsorientiert.

Modul 1 – obligatorisch und routinemäßig

- Hausbesuch mit Eingangsassessment
 - Screening nach Lachs
 - Barthel-Index
 - Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL)
 - Sturzassessment (nach Huhn)
 - Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes (SF 12 Health Survey)
 - Aussage zum Vorliegen einer Demenz (bei fehlender ärztlicher Codierung per leitliniengestützter Einschätzung)
- Medikamentencheck (inklusive Selbstmedikation)
- Sturzrisikoanalyse im Wohnumfeld (innen und außen)
- Erfassung der sozialen Situation (finanzielle und persönliche Unterstützungsleistungen)
- Individuell abgestimmte Beratung und Abstimmung eines Hilfeplanes
- Rückmeldung an und Abstimmung mit der Hausärztin und dem Hausarzt
- Koordination notwendiger Unterstützungsleistungen
- Telefonisches Monitoring (nach 3 – 4 Wochen) - „funktioniert der Hilfeplan?“
- Halbjährlicher Hausbesuch (Monitoring)
- Re-Assessment nach 12 Monaten

Modul 2 fakultativ und bedarfsorientiert

- Hausbesuch nach weiteren 3 – 4 Wochen, insbesondere bei hohem Koordinationsbedarf
- Engmaschiger telefonischer Kontakt (variiert von wöchentlich bis vierteljährlich)
- Bei Bedarf zusätzliche Hausbesuche
- Individuell abgestimmte Beratung bzw. Koordination zu aktuellen bzw. veränderten Gesundheits- und Versorgungsproblemen

Besonders wertvolle Hinweise für die Versorgungsplanung (auch bzgl. zunächst nicht offensichtlicher Risiken) boten die Aussagen des IADL, des Medikamentenchecks, der Sturzrisikoanalyse und der Erfassung der sozialen Situation. Der Barthel Index ist geeignet, die Ergebnisse sind aber oftmals offensichtlich. Von der Verwendung der Sturzrisikoeinschätzung nach Huhn ist abzuraten, da die Ergebnisse zu unspezifisch sind.

KOMMUNIKATION MIT DEM HAUSÄRZTLICHEN BEREICH

Bei besonders gravierenden Fällen nimmt die Hausärztin/der Hausarzt schon bei der Einschreibung Kontakt zur Gesundheitshelferin auf oder bittet um deren Rückruf. Routinemäßig erfolgt die Kontaktaufnahme seitens der Gesundheitshelferin nach dem ersten Hausbesuch. Vorhandene Probleme und aus Sicht der Patientinnen und Patienten sowie der Gesundheitshelferin und notwendige Maßnahmen werden der Hausärztin/dem Hausarzt in komprimierter Form zur Verfügung gestellt.

Ein wichtiger Punkt für die Akzeptanz der Gesundheitshelferin beim Arztdienst war und ist die Tatsache, dass die GH es verstehen, aus einer Vielzahl von Problemen, die für die ärztliche Versorgung besonders relevanten Punkte geschickt auszufiltern.

Teilweise erfolgt direkt aus dem Hausbesuch eine Kontaktaufnahme in die hausärztliche Praxis. Auch im Rahmen des Monitorings von Patientinnen und Patienten werden immer wieder Kontaktaufnahmen nötig. Als Unterstützung der Kommunikation hat sich außerdem die Teilnahme der Gesundheitshelferinnen am sektorübergreifenden ärztlichen Qualitätszirkel Geriatrie bewährt.

ENTWICKLUNG VON DIGITALEN DOKUMENTATIONSMEDIEN

Sämtliche Leistungen, die im Rahmen des Projektes von den Gesundheitshelferinnen erbracht werden, werden patientenbezogen digital dokumentiert. Dies gilt für die Anlage der Stammdaten ebenso wie für die Erhebung der anfänglichen Versorgungssituation (Intake) und deren fortwährende Aktualisierung. Alle Assessmentinstrumente sind digital abgebildet und entsprechend auswertbar. Sämtliche Kontakte

der Gesundheitshelferinnen, Fahrtzeiten etc. werden festgehalten. Der dem Case Management zu Grunde liegende Hilfeplan ist ebenfalls im „System“ zu finden.

Die Dokumentation erfolgt innerhalb einer eigenen „Projektambulanz“ auf der Oberfläche des Krankenhausinformationssystems (KIS). Die entsprechenden Anpassungen wurden durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik-IT nach Vorgaben des Projektkonsortiums entwickelt. Diese Regelung bietet Vor- und Nachteile: zu ersterem gehört die umfassende Information der Gesundheitshelferin bzgl. der Klinikaufenthalte der Patientinnen und Patienten sowie die Möglichkeit bei einer stationären Einweisung sofort agieren zu können. Nachteil ist die Nichtanbindung des ambulanten Sektors. Über den Projektzeitraum überwogen die Vorteile die Nachteile.

Ende des Jahres 2010 wurde ein zuvor in den Projektgremien entwickelter Internetauftritt freigeschaltet. Hier finden sich gezielte Informationen sowohl für Fachpublikum als auch für die Angehörigen der Patientinnen und Patienten. Dieser wird gelegentlich von Angehörigen genutzt.

Aufgrund des hohen Altersdurchschnitts der Patientinnen und Patienten war mit diesen selbst keine Kontaktpflege mittels Email möglich.

3.3 MASSNAHMEN ZUR REKRUTIERUNG VON PATIENTINNEN UND PATIENTEN

Patientinnen und Patienten werden sowohl aus der stationären Akutversorgung des Klinikums sowie aus der ambulanten Versorgung eingeschrieben. Letzteres bezog sich bis Sommer 2011 ausschließlich auf die Mitglieder Ärztenetzes, wurde dann aber auf die gesamte Vertragsärzteschaft im Kreis Lippe ausgeweitet.

450 der 750 Patientinnen und Patienten sind durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in das Projekt eingebracht worden. Um diesen beständigen Zustrom zu sichern, haben sich während der Projektlaufzeit verschiedene Maßnahmen bewährt

- Kontinuierlicher Support der einzelnen Praxen durch das Netzbüro
- Verfassen von Argumentationshilfen
- Ergänzendes Informationsmaterial zur Aufklärung der Patientinnen und Patienten

300 der insgesamt 750 Projektpatientinnen und -patienten wurden direkt aus dem Klinikum Lippe eingeschrieben. Hier konzentrierte sich die Rekrutierung auf die geriatrischen Stationen an den Standorten Lemgo und Detmold. Als hilfreich erwies sich die kontinuierliche Anwesenheit einer Gesundheitshelferin in sämtlichen Assessmentrunden der verschiedenen Stationen (insgesamt 4 Runden pro Woche). Dieses wurde über die gesamte erste Projekthalbzeit beibehalten, später erfolgten die Kontakte bei Bedarf. 90 % der klinischen Zuweisungen in das Projekt entstammen der Geriatrischen Klinik.

Innerhalb der geriatrischen Abteilung wurden die Patientinnen und Patienten hauptsächlich vom Arztdienst auf eine Projektteilnahme angesprochen, in den nichtgeriatrischen Abteilungen erfolgte eine Erstsensibilisierung der Patientinnen und Patienten durchweg über das Pflegepersonal, selten auch über den Sozialdienst. Bei Interesse wurde weiter an den behandelnden Arzt vermittelt. Die Hausarztpraxis wurde im Rahmen des Entlassungsbriefes über die beabsichtigte Projektaufnahme informiert.

4. EVALUATIONSKONZEPT, FRAGESTELLUNGEN & METHODIK

Gegenstand der Evaluation bzw. des Ergebnisberichtes war sowohl eine formative Evaluation mit Struktur und Prozessbegleitung als auch eine quantitative Analyse versorgungsbezogener Faktoren. Eine Hauptaufgabe der wissenschaftlichen Begleitung lag in der formativen Evaluation der Projektentwicklung. Durch die Analyse des Projektverlaufs und seiner Interpretation nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten sollte die Arbeit des Projektmanagements unterstützt und ein Bezugspunkt für die Reflexion der im Zuge des Projekts gesammelten Erfahrungen definiert werden. In Anlehnung an Ovretveit (1998) kann die *Evaluationsperspektive* der wissenschaftlichen Begleitung als *entwicklungsorientiert* charakterisiert werden. Die entwicklungsorientierte Perspektive ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- a) Das Ziel der Evaluation ist es, Leistungserbringende dabei zu unterstützen, Angebote, Organisationsstrukturen und Versorgungsprozesse zu optimieren.
- b) Die evaluierende Person arbeitet in (unabhängiger) beratender Funktion mit Leistungserbringenden zusammen, um Entscheidungen und Handlungen zu analysieren, zu bewerten und zu verbessern.
- c) Die Evaluation ist unmittelbar praxisgerichtet.

Die wesentlichen projektbegleitenden Fragestellungen bezogen sich zum einen auf deskriptive Analysen strukturbildender Aspekte, wie z.B. die Betrachtung von Phasen der Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor. Hier ist insbesondere die Entwicklung von Qualifikations- und Tätigkeitsprofilen der Gesundheitshelferinnen zu nennen sowie die Integration zu entwickelnder Leistungen in ein bestehendes Versorgungssystem. Zum anderen richteten sich die Fragen darauf, nach welchen Kriterien die Population der geriatrischen Patientinnen und Patienten überhaupt genauer beschrieben werden kann und anhand welcher Merkmale bzw. „Indikatoren“ der Erfolg einer vernetzten Versorgung gemessen werden kann. Um das Vorgehen der wissenschaftlichen Begleitung zu verdeutlichen, ist in Abbildung 6 dargestellt, dass es sich nicht um eine Ex-post-Evaluation handelt, sondern um eine explorative Untersuchung bzw. um eine Vorstudie, in der die Indikatoren zur zukünftigen Messung vernetzter geriatrischer Versorgung entwickelt werden. Wesentlich ist hierbei, dass im Rahmen der Modellbildung die wesentlichen Elemente der Intervention und der Parameter zur Ergebnisbewertung zunächst erst einmal erstellt werden.

Analyse	Modellbildung	Explorative Studie	Indikatorenbasierte Messung von Effekten	Langfristige Implementierung
Sondierung einschlägiger Modelle, um die Intervention zu konkretisieren	Identifizierung der Bausteine der Intervention und der zugrunde liegenden Mechanismen, die die Ergebnisse beeinflussen können, um Hinweise für das Design der Nutzenbewertung zu erhalten	Beschreibung der Parameter der Intervention sowie Entwicklung von Prozessmodellen. Entwicklung von Einschlusskriterien, um die Intervention mit einer geeigneten Alternative vergleichen zu können	Vergleich einer umfassend definierten Intervention mit einer geeigneten Alternative mithilfe eines Studienprotokolls, das belastbar, reproduzierbar und ausreichend kontrolliert mit angemessenen statistischer Aussagekraft versehen ist	Ermittlung, ob die Intervention und die Ergebnisse zuverlässig in unkontrollierten Settings auf lange Sicht auch durch Dritte replizierbar ist
Phase I	Phase II	Phase III	Phase IV	Phase V
Kontinuum der zunehmenden Evidenz				

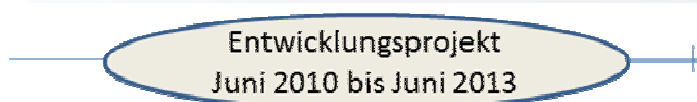


Abbildung 6: Evaluationsmodell komplexer Interventionen (Darstellung nach Schmacke 2011)

Neben den prozessbegleitenden Fragestellungen waren insbesondere Fragen zur Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten, zur Lebensqualität sowie zur Veränderung gesundheitlicher Outcomes (z.B. Barthel Index, Aktivitäten des alltäglichen Lebens usw.) relevant (vgl. nachfolgende Abbildung).

Qualitäts-Dimension	Beschreibung	Instrument
Prozesse	Tätigkeitsprofile der GH und Implementationsprozesse	Qualitative Befragungen und Analysen
Zufriedenheit des Patienten	Bewertung der Versorgung, insbes. der Koordinationsleistung	Fragebogen zu Zufriedenheit und Akzeptanz, Dokumentation der Arbeit der Gesundheitshelfer
Lebensqualität	Dimensionen des SF 12 (körperliche, psychische Funktionen)	SF 12
Medizinische Erfolgsgrößen	Messung des Gesundheitszustands	Barthel-Index, IADL, Sturzrisikostufe, Lachs

Abbildung 7: Qualitätsdimensionen im Projekt RVG (eigene Darstellung)

Entsprechend dieser Fragestellungen sind sowohl Instrumente wie die qualitative Befragung als auch quantitative Erhebungs- und Analysemethoden zum Einsatz gekommen. Dieser Methodenmix ermöglichte es, ein komplexes Bild der Versorgung zu entwickeln. Wichtig ist es noch einmal darauf hinzuweisen, dass damit keine indikatorenbasierte Messung von Effekten im Sinne einer klinischen Studie beabsichtigt war und durchgeführt wurde. Es geht vielmehr – im Sinne der Versorgungsforschung – darum, in einem explorativen Studiendesign alltags- bzw. versorgungsnah den Prozess und die ersten Ergebnisse bzw. Effekte einer vernetzten Versorgung Älterer und chronisch Kranker, sprich geriatrischer Patientinnen und Patienten aufzuzeigen.

4.1 MEILENSTEINE DER BEGLEITEVALUATION

In der Zeitspanne vom Sommer 2010 bis Sommer 2013 waren folgende zentrale Meilensteine waren für das Projekt relevant:

- Kontinuierliche formative Begleitevaluation
- Konzeptentwicklung
- Qualitative Datenerhebung und -auswertung
- Quantitative Datenerhebung und -auswertung
- Netzwerkarbeit
- Öffentlichkeitsarbeit (Materialien, Messeauftritte, Pressearbeit)

Maßnahmen	2010	2011	2012	2013
Konzepterstellung	Inhaltliche Grundkonzeption	Konkretisierung der Qualifikationsprofile der Gesundheitsshelferinnen Konzept & Materialien zur Steigerung der Einschreibungen	Modifikation der Tätigkeitsprofile Systematisierung der Dokumentation	Kalkulationen Geschäftsmodell
Erstellung von Begleitmaterialien	Flyer	Flyer für Patientinnen und Patienten Infoblatt Hausärztinnen und Hausärzte Infoblatt und Checkliste zur Einschreibung Newsletter	Newsletter Flyer Postererstellung	Abschlussbericht
Formative Begleitevaluation	Kontinuierliche Rückmeldung der Ergebnisse an die Partnerinnen und Partner			
Nachhaltigkeit Finanzierung		Kooperationsanbahnung und -entwicklung (GKV)	Entwicklung eines Analysekonzeptes (GKV Routinedaten) Gemeinsame Ergebnisaufbereitung	Workshops (AOK) Vertragsmodelle
Netzwerkarbeit	Unterstützung Netzwerkkonferenz Etablierung wiss. Beirat	Unterstützung Netzwerkkonferenz Expertengespräch LZG	Unterstützung Netzwerkkonferenz Unterstützung Qualitätszirkel Ärztenetz	Expertengespräch LZG
Evaluation	Entwicklung des Evaluationskonzeptes	Abstimmung im Wissenschaftlichen Beirat	Analyse 1. Erhebungswelle Qualitative & quantitative Befragung und Analyse	Zufriedenheitsanalyse & 2. Gesamtanalyse (qualitativer und quantitativer Daten)
Öffentlichkeitsarbeit	Pressekonferenz Workshop beim OWL Forum	Präsentation OWL Forum Regionalveranstaltung Messestand MEDICA	KBV Messe Präsentation MEDICA Präsentation Jahreskongress der Dt. Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie	Hauptstadtkongress Präsentation Jahreskongress der Dt. Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie

Abbildung 8: Meilensteine der Begleitevaluation

5. OUTCOME

Die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Evaluation sind im Anhang 1 umfänglich und in Gänze dargestellt. An dieser Stelle erfolgt eine Auswahl der Ergebnisse.

5.1 BESCHREIBUNG DER STICHPROBE

Seit dem Jahr 2010 sind sukzessiv 750 Patienten eingeschrieben, wovon 103 durch Versterben und 50 aufgrund von Projektabbruch (überwiegend direkt nach der Einschreibung, ansonsten durch Umzüge o.ä.) ausgeschieden sind. Bei der untersuchten Stichprobe handelt es sich um insgesamt 380 Befragte, die zum Zeitpunkt der Auswertung mindestens neun Monate im Programm eingeschrieben waren. Von diesen sind während des Untersuchungszeitraums 24 Personen verstorben und vier sind aus dem Programm abgemeldet worden, jedoch können die jeweiligen Daten in den Analysen berücksichtigt werden.

Die Geschlechterverteilung der Stichprobe ist mit einem Anteil von 70,5 % weiblichen Befragten frauen-dominiert (vgl. Abbildung 9). Das Durchschnittsalter liegt bei ca. 82 Jahren ($\bar{x} = 82,26$).

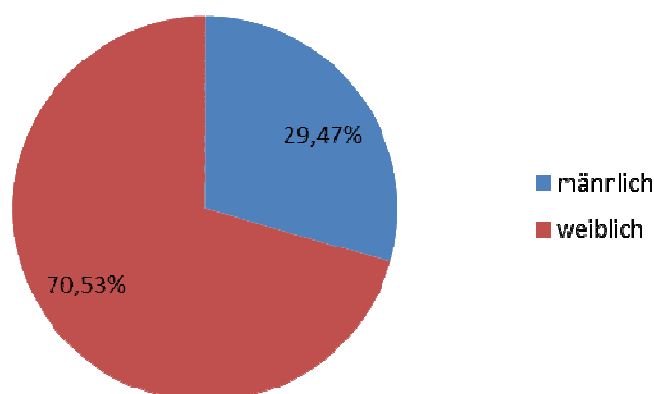


Abbildung 9: Geschlechterverteilung in Prozent (n = 380)

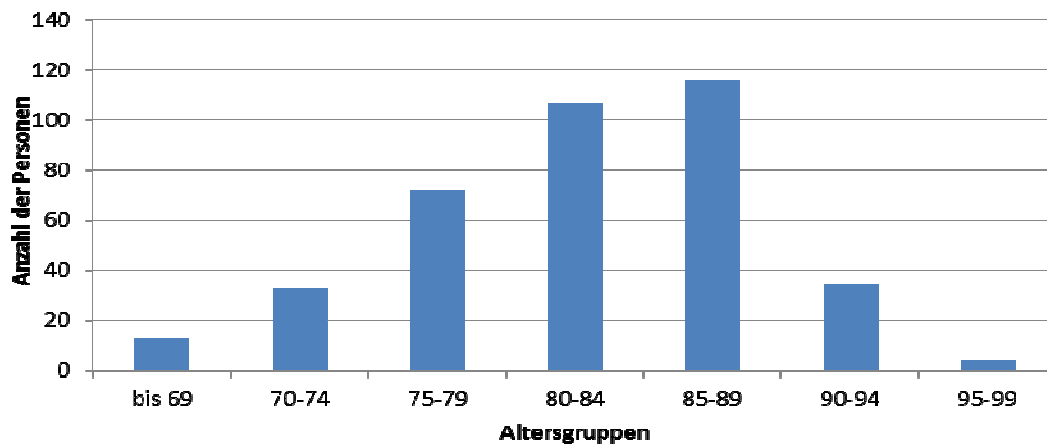


Abbildung 10: Verteilung nach Altersgruppen (Alter zum Zeitpunkt der Einschreibung) (\bar{x} = 82,26, n = 380)

Die Pflegestufenverteilung zu verschiedenen Messzeitpunkten wird in der nachfolgenden Abbildung dargestellt. Zum Zeitpunkt der Einschreibung liegt bei 79 % der Teilnehmenden keine Pflegestufe vor, wohingegen sich zum letzten Messzeitpunkt der Anteil der Personen ohne Pflegestufe auf 55 % verringert. Pflegestufe 1 ist zu allen Erhebungsdaten die am häufigsten vorkommende Pflegestufe, während sich der Anteil der Personen mit Pflegestufe 2 von zu Anfang 3 % auf 9 % erhöht. Keiner der Teilnehmenden wurde im untersuchten Zeitraum in die höchsten Pflegestufe 3 eingestuft.

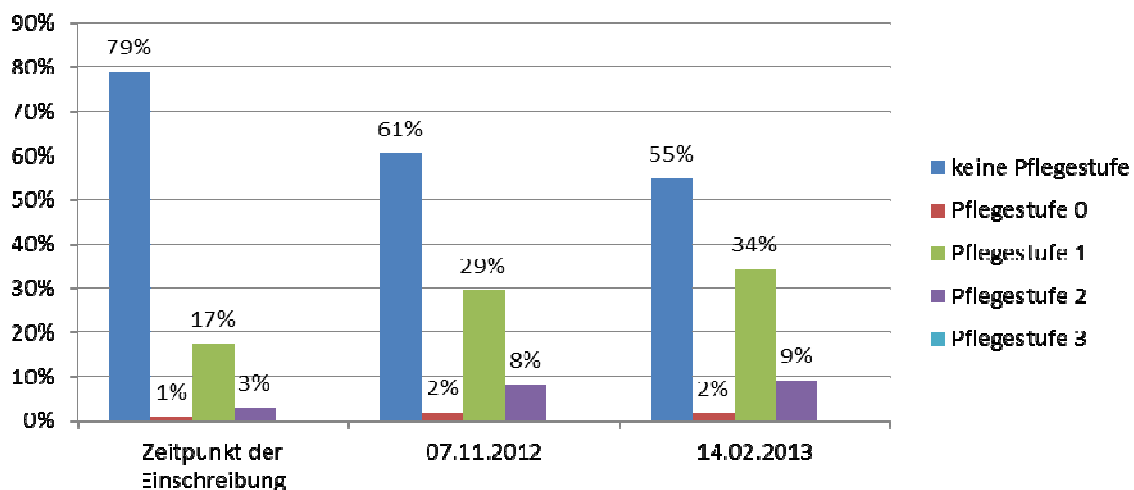


Abbildung 11: Häufigkeitsverteilung der Pflegestufen zu verschiedenen Messzeitpunkten in Prozent (n = 380)

Entgegen der anfänglichen Erwartungen wurde ein Großteil der Patientinnen und Patienten direkt aus der ambulanten, insbesondere hausärztlichen Versorgung eingeschrieben

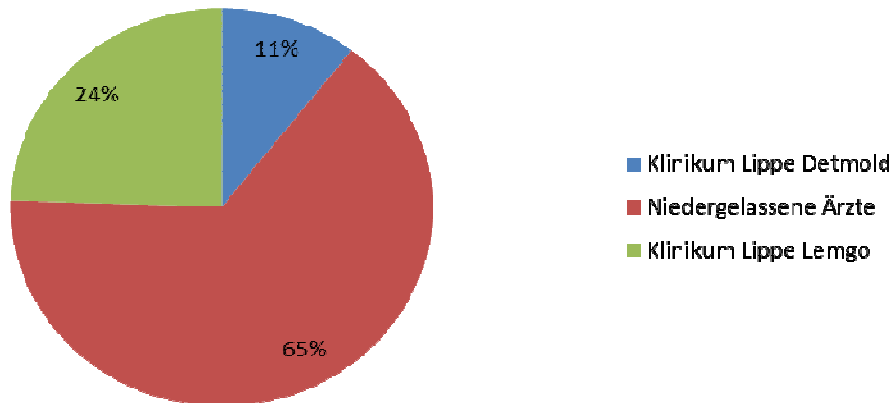


Abbildung 12: Einschreiber, Häufigkeitsverteilung in Prozent (n = 380)

5.2 QUANTITATIVE DATENAUSWERTUNG (KURZÜBERSICHT)

Eine Auswertung von **knapp 400 Re-Assessments** (ausführlich im Anhang ab Seite 45) nach 12 Monaten ergibt folgendes Ergebnis:

Kernaussagen Re-Assessments

Trotz des sehr hohen Durchschnittsalters der teilnehmenden Patienten bleibt in der subjektiven Einschätzung der eigene „Gesundheitszustand“ über einen langen Zeitraum stabil. Aus Sicht der Projektpartner wird damit die Annahme bestätigt, dass sich Kontinuität im Versorgungsverlauf sowie ein sektorübergreifendes strukturiertes Versorgungsmanagement positiv auf die erlebte „Gesundheit“ geriatrischer Patienten und ihre Lebensqualität auswirkt.

- ✓ Subjektive Einschätzung des körperlichen Gesundheitszustandes (SF 12): Stabilität im körperlichen Gesundheitszustand
- ✓ Subjektive Einschätzung des psychischen Wohlbefindens (SF 12): nachweisbare (statistisch signifikante) Steigerung des psychischen Wohlbefindens
- ✓ Selbstständigkeitsindex (Barthel Index): Erhalt der Selbständigkeit innerhalb des 12 monatigen Interventionszeitraums

- ✓ Alltagsfähigkeiten (IADL): Leicht nachlassende Alltagskompetenzen, wie z.B. Einkaufen, aufgrund des sehr hohen Alters

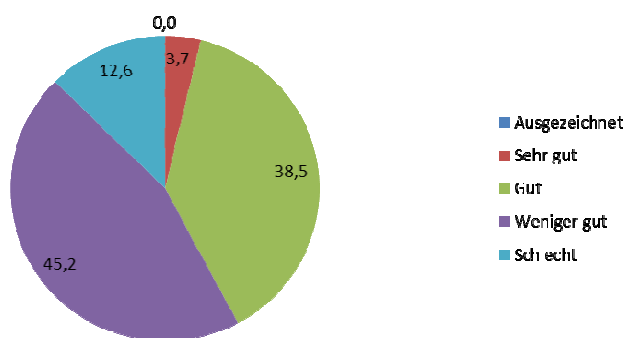
Beispiele:

Abbildung 13: SF-12 Allgemeiner Gesundheitszustand T1, Anteile in Prozent (\bar{x} T1 = 3,67, n = 135)

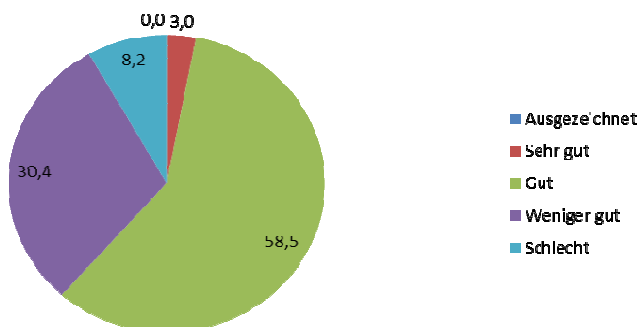


Abbildung 14: SF-12 Allgemeiner Gesundheitszustand T2, Anteile in Prozent (\bar{x} T2 = 3,44, n = 135)

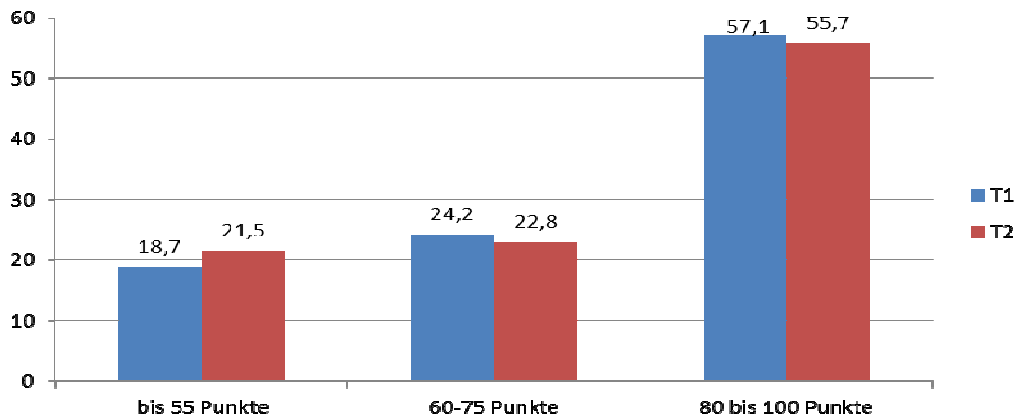


Abbildung 15: Verteilung der Barthel-Index Punkte (gruppiert) zu T1 ($\bar{x} = 77,31$) und T2 ($\bar{x} = 75,16$) in Prozent (n = 219)

Patientenzufriedenheit

Für die Befragten wurden AOK-Versicherte aus der beschriebenen Stichprobe ausgewählt (n = 162)¹. Insgesamt konnten 59 Teilnehmende nach ihrer Zufriedenheit mit den Gesundheitshelferinnen befragt werden (ausführliche Darstellung Kap. B.3.7 im Anhang)

Die Patientenzufriedenheit wurde in folgenden Themenbereichen ermittelt:

- Wahrnehmung des Nutzens
- Zufriedenheit mit der Kontakthäufigkeit und -dauer
- Zufriedenheit insgesamt.

Kernaussagen Patientenzufriedenheit

- Große Zufriedenheit und hoher Nutzen der Leistungen: Die Gesundheitshelferinnen sind eine Hilfe und Unterstützung (91,5 %). Fast 50 % der Teilnehmenden kommen nun besser zu Hause zurecht! 40 % kommen trotz eingeschränktem Gesundheitszustand „etwa gleich gut“ zurecht. Die

¹ Hiervon ausgeschlossen wurden Fälle mit Demenz, in stationärer Pflege oder Behandlung oder ohne Telefonnummer, so dass schließlich für die Befragung 94 Personen in Frage kamen. Hiervon konnten 76 telefonisch erreicht werden, 17 wollten jedoch die Fragen nicht beantworten.

Mehrheit hat neue Informationen von den Gesundheitshelferinnen erhalten (> 2/3). Überwiegend positive Bewertung der Gesundheitshelferinnen durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmern.

- Der Kontakt (Besuchsdauer und -häufigkeit) ist angemessen und für einen Vertrauensaufbau ausreichend.
- Hohe Weiterempfehlungsbereitschaft als Indikator zur Zufriedenheit und Akzeptanz: Die meisten Befragten würden Ihre Gesundheitshelferin weiterempfehlen oder haben dies bereits getan.
- Bei Problemen oder Fragen würden die Teilnehmenden von sich aus anrufen oder haben dies bereits getan.
- Auch bei seltenem Kontakt werden die Gesundheitshelferin als wichtige Ansprechpartnerin und Unterstützung im Hintergrund wahrgenommen, die Kontaktfrequenz wird als adäquat empfunden.
- Unterstützung wird als hilfreich wahrgenommen.

Die Ergebnisse spiegeln die hohe Akzeptanz der Gesundheitshelferinnen und eine hohe Zufriedenheit der Teilnehmenden wider.

Die Gesundheitshelferinnen sind eine etablierte Institution in Lippe.

Es besteht ein hoher Bedarf an Fortführung, Verstetigung und Ausweitung des Projektes aus Sicht der Zielgruppe.

5.2 QUALITATIVE DATENAUSWERTUNG (KURZÜBERSICHT)

Die qualitative Datenerhebung bezog sich auf Experteninterviews in Gruppenform. Diese Gruppeninterviews wurden sowohl mit den Gesundheitshelferinnen als auch mit ausgewählten im Ärztenetz Lippe organisierten Hausärztinnen und Hausärzten geführt (eine ausführliche Darstellung findet sich im Anhang, Kap. B 1.1 und B 1.2).

Gesundheitshelferinnen:

Die Interviews haben mit dazu beigetragen, einerseits dazu beigetragen den für eine effektive Arbeit der Gesundheitshelferinnen benötigten Kompetenzmix zu analysieren und gleichzeitig das Tätigkeitsprofil zu Clustern.

Folgende Themenblöcke bestimmen das Tätigkeitsprofil

- Erfassung der Versorgungssituation, Information und Aufklärung,
- Organisation und Koordination,
- Aufklärung und Befähigung,

- Sicherstellung der Kontinuität/Nachhaltigkeit der Maßnahmen,
- Fallspezifische Einschätzung der Versorgungsbedarfe,
- Einschätzung zur Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft,
- Zusammenarbeit mit weiteren Leistungserbringenden
- Einschätzung der Klientinnen und Klienten und der Angehörigen und
- Dokumentation und Arbeitsorganisation.

Zur Bewältigung diese Aufgaben ist folgendes Qualifikationsportfolio unabdinglich:

- Fachspezifische Kenntnisse zu verschiedensten Erkrankungen
- Pharmakologische Kenntnisse auf dem Level einer Krankenschwester
- Praktische Erfahrungen im Umgang mit Geriatrischen Patienten
- Fähigkeit zur Strukturierung komplexer Problemlagen
- Ausgewiesen Kommunikationskompetenzen (Empathie, Freundlichkeit, Geduld, Diplomatie)
- Fähigkeit zur Kooperation
- Sozialrechtliche Kenntnisse

Dies entspricht -bis auf die starke Fokussierung auf die medizinischen Kenntnisse- exakt der Stellenausschreibung zu Projektbeginn.

Hausärztinnen und Hausärzte:

Neben der Akzeptanz durch die Nutzerinnen und Nutzer stellt die Akzeptanz und Nutzenbewertung der beteiligten Berufsgruppen ein maßgebliches Kriterium dar. Dabei kommt der hausärztlichen (und fachärztlichen) Versorgung eine besondere Rolle zu, die sich besonders auf die Frage bezieht, inwieweit in der Unterstützung durch die Gesundheitshelferinnen eine sinnvolle Ergänzung der eigenen Tätigkeit gesehen wird. Die Interviews erfolgten Anfang 2011, also in den ersten Arbeitsmonaten der Gesundheitshelferinnen.

Aufgrund der Interviews lässt sich Unterstützungsbedarf durch die GH in folgenden Themenfeldern resümieren:

- Informationen verfügbar machen
- Kommunikation zwischen den Leistungserbringern
- Ganzheitlichkeit der Versorgung
- Struktur und Behandlungsabläufe in der geriatrischen Versorgung

Als maßgeblich für den Erfolg des Konzeptes wird ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen niedergelassener Ärzteschaft und Gesundheitshelferin angesehen.

Die niedergelassene Ärzteschaft schwankt anfangs zwischen einer guten Versorgungsidee einerseits und der Sorge um Kompetenzverlust auf der anderen Seite. Auch die Bezeichnung Case Managerin löst anfangs Irritationen aus. In der hausärztlichen Versorgung sehen sich die jeweiligen Ärztinnen und Ärzte selbst als CM ihrer Patientinnen und Patienten.

Von Beginn an wurde aber geäußert, dass die Rolle der Gesundheitshelferin bei geschickter Ausfüllung sehr wohl zu einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung – im Sinne einer ganzheitlichen Patientenbehandlung beitragen kann.

Die bisherigen konventionellen Versorgungsstrukturen werden dazu – insbesondere für geriatrische Patienten- als nicht ausreichend erachtet.

Im Projektverlauf konnten viele Hausärzte zur aktiven Teilnahme motiviert werden, ohne dass dafür monetäre Mittel geflossen sind. Der „Entlastungsfaktor“ wird großgeschrieben und der Vertrauensfaktor zwischen Hausärztinnen/ Hausärzten und den Gesundheitshelferinnen ist nachweisliches Qualitätskriterium des Versorgungskonzeptes.

5.3 ZUSAMMENARBEIT MESSBAR MACHEN

Im Rahmen des Projektantrages aus dem Jahr 2009 war zunächst davon ausgegangen worden, dass gängige Kennzahlen wie Routinedaten der Kranken- und Pflegekassen, Benchmarking, Leitlinien, und Qualitätsindikatoren wichtige Hinweise hinsichtlich einer beabsichtigten qualitativen Versorgungsverbesserung belegen können.

Im Gegensatz zur Vorannahme zeigten sich im Projektverlauf - mit der vulnerablen Patientengruppe der hochaltrigen Menschen - aber die Schwächen dieser Kennzahlen. Trotzdem wurde zunächst dahingehend agiert. Probeläufe mit der AOK anhand ausgewählter Fälle bei denen der Versuch unternommen wurde GKV – Daten und Daten der Pflegeversicherung zusammenzuführen brachten uns nicht weiter.

Da die Krankenhauseinweisungen nicht in nennenswertem Umfang reduziert werden konnten, wurden sämtliche Krankenhauseinweisungen der AOK-Projektpatienten innerhalb des ersten 2 Projektjahre sehr aufwändig vom Medizincontrolling des Klinikums analysiert, groben Gruppen von Diagnosen zugewiesen und in einem Arbeitsgespräch mit der AOK analysiert. Im Ergebnis ist die Einzelerkrankung selbst scheinbar eher unerheblich, viel wesentlicher für den Versorgungsverlauf sind die bestehenden Funktionseinschränkungen, die den Großteil der Patientinnen und Patienten wiederum einen.

Bestehende Leitlinien einzelner chronischer Erkrankungen sind oft wenig hilfreich, da die Zielgruppe der Geriatrischen Patientinnen und Patienten im Schnitt unter 7-9 Diagnosen leidet, deren Leitlinien sich teilweise widersprechen. Der ursprünglich anvisierte Weg war nicht zielführend, umso zielführender erwies sich dagegen das durchgeführte Case Management im Sinne einer systemischen Intervention. Hier wurden anhand diverser Assessmentinstrumente aus dem Kanon des Geriatrischen Basisassessments gezielt funktionelle Einbußen aufgedeckt, entsprechende Interventionen schlossen sich an.

Im Rahmen der Re-Assessments aber auch der abschließenden Patientenbefragung ließen sich wiederum qualitative Verbesserungen nachweisen, die anhand der ursprünglich angedachten Kennzahlen nicht hätten belegt werden können. Qualität bedeutet für diese Patientinnen und Patienten bspw. eine möglichst lange Selbstständigkeit im eigenen Zuhause sowie die Herauszögerung von Pflegestufen. Bei Krankenhausaufenthalten umfasst Qualität aus Patienten- und Angehörigensicht auch eine reibungslose Versorgung zwischen den Sektoren. Bei allen Klinikaufenthalten im Klinikum Lippe erfolgten Besuche durch die Gesundheitshelferinnen, die via Krankenhausinformationssystem über den stationären Aufenthalt informiert wurden.

6. WESENTLICHE PROJEKTERKENNTNISSE UND ERFAHRUNGEN

Über den Förderzeitrahmen hinaus wurden inzwischen über 800 Patientinnen und Patienten im Rahmen des strukturierten Case Managements betreut.

Die in dieser Hinsicht aufgetretenen positiven Effekte gehen weit über den Projektabschluss hinaus: Geriatrische Versorgung, frühzeitige Identifikation Geriatrischer Patientinnen und Patienten, sowie die Handhabung valider Screeninginstrumente in großen Patientengruppen, die fast alle noch im eigenen Zuhause leben.

Ein wesentliches Ergebnis besteht darin, dass mit der Projektierung die zentral notwendigen Strukturen für eine sektorübergreifende Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten entwickelt worden sind, wie sie z. B. auch im Krankenhausrahmenplan des Landes NRW beabsichtigt werden. Im Hinblick auf die Nachhaltigkeit öffentlich geförderter Projekte ist damit ein Meilenstein für zukünftige Versorgung älterer Menschen gesetzt worden.

Die funktionierenden Strukturen des Regionalen Versorgungskonzeptes Geriatrie existieren auch nach dem Auslaufen der Förderphase weiter! Die Arbeit wird mit 2 VK weiterqualifiziertem Pflegefachperso-

nal (insgesamt 3 Kolleginnen² auf Teilzeitbasis) in leicht modifizierter Form fortgeführt und seit Anfang 2014 komplett durch das Klinikum Lippe finanziert. Das Wissen und die Kompetenz dieser Mitarbeiterinnen sind einerseits im Rahmen der Sektor übergreifenden Arbeit unverzichtbar. Zusätzlich gewinnt das Qualifikationsprofil der GH bezüglich des im Krankenhausplan NRW ausgewiesenen geriatrischen Liaisondienstes bzw. des Fallmanagements an Aktualität.

Diese aktuellen Themen ließen sich sowohl zum Zeitpunkt der Projektplanung (2008) als auch zu Projektbeginn (2010) noch nicht erahnen. Über die im Projektantrag formulierten Ziele hinaus konnten im Durchführungszeitraum weitere wesentliche Erkenntnisse gewonnen werden. Diese beziehen sich auf:

- **Eine konsequente Nutzerorientierung in der Versorgungsgestaltung**
- **Die Zusammenführung von Medizinischer Versorgung und vorhandenen Beratungsinstanzen**
- **Neue Optionen durch neue Fachkräfte**

6.1. KONSEQUENTE NUTZERORIENTIERUNG IN DER VERSORGUNGSGESTALTUNG

Die neuen Versorgungsstrukturen haben auch deshalb Fuß gefasst, weil sie die **Erreichbarkeit der Zielpopulation** in den Mittelpunkt stellen: wirklich innovative Versorgungsangebote müssen folgende wesentliche Settings zu gleichen Teilen berücksichtigen:

- die eigene Häuslichkeit
- die medizinische Versorgung über den Hausarzt
- und die Versorgung in der Akutklinik.

Fehlt der Zugriff auf einer dieser Bereiche, dann ist die Versorgungsinnovation gleichzeitig inkonsistent und inkonsequent.

Während die Beschäftigten des Gesundheitssystems nicht müde werden, die mangelnde Integration im Gesundheitswesen aus der jeweiligen Organisationssicht (berechtigterweise) zu beklagen sind die Patienten und Patienten als Nutzer mit den persönlichen gesundheitlichen Folgen konfrontiert: Ob sich der (ältere) Mensch in unserem Gesundheitssystem zurechtfindet bleibt häufig dem Zufall (bzw. dem Menschen selbst) überlassen. Die mangelnde Integration wird in erster Linie auf den Schultern der Betroffenen Nutzer ausgetragen.

² Dabei handelt es sich um die drei Pflegefachkräfte des Klinikums, die schon in der Förderphase im RVG tätig waren.

Aus Sicht der Patientinnen, Patienten, der Angehörigen (aber auch der Gesundheitshelferinnen selbst) bietet das neue Versorgungskonzept eine auf den Einzelfall bezogene kontinuierliche Koordinationsleistung, die im medizinischen Versorgungssystem eine Rarität darstellt. Zeit, Zuwendung und fachliche Expertise der Gesundheitshelferinnen werden hochgeschätzt. Eine telefonische Befragung von knapp 70 Personen ergibt eine hohe Akzeptanz der Gesundheitshelferinnen bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern sowie deren Angehörigen.

Wie äußert sich diese Zufriedenheit aber konkret? Auch in hier spricht das Ergebnis der telefonischen Befragten eine klare Sprache: fast alle geben an, dass sich die ärztliche Versorgung sich nicht geändert hat. Aus Laiensicht stellt das „Leistungspaket Gesundheitshelferin“ ein solitäres, unterstützendes Angebot dar, das aber extrem geschätzt wird, u.a. weil die durchführenden Personen „...Ahnung vom System haben, meine häusliche Situation kennen fast immer eine Lösung wissen“.

Diese Kenntnisse ergeben sich natürlich aus der guten Vernetzung, im Erleben des älteren Menschen steht diese Tatsache aber nicht im Vordergrund.

Die Gesundheitshelferinnen stellen eine feste Größe in der lippischen Gesundheitslandschaft dar. Dauer und Frequenz der Hausbesuche werden zu über 90% als angemessen empfunden.

6.2 ZUSAMMENFÜHRUNG VON MEDIZINISCHER VERSORGUNG UND VORHANDENEN BERATUNGSINSTANZEN

Was kennzeichnet ältere Nutzerinnen und Nutzer von Gesundheitsleistungen im Besonderen? Krankheitsprofile älterer und hochaltriger Menschen unterscheiden sich wesentlich von denen jüngerer Generationen: die Erkrankungen präsentieren sich oftmals different, überlagern sich gegenseitig und sind deshalb teils schwierig zu diagnostizieren. Patientinnen und Patienten sprechen vielfach nur verzögert auf eine Behandlung an und fast immer besteht eine zeitgleiche Vermischung medizinischer und sozialer Problemlagen.

Die Medizin allein, sei es im ambulanten oder stationären Gefüge wird diese komplexen Problemlagen allein nicht lösen können, - im Gegenteil erweisen sich Lösungsversuche mit ausschließlich medizinischem Fokus oft als außerordentlich teuer und – mit Blick auf die Gesamtproblematik- letztendlich wenig zielführend. Dies lässt sich im Klinikalltag aber auch in den Haus- und Facharztpraxen unseres Landes tagtäglich anhand unzähliger Beispiele belegen. Erforderlich ist häufig nicht die primäre Organreparatur, sondern ein umfassendes Gesundheitsmanagement, das die Autonomie und Stabilität der zu versorgenden Menschen in den Vordergrund stellt.

Dazu reicht eine verbesserte Vernetzung im Medizinsystem selbst aber nicht aus. Um den häufig komplexen Situationen im Alter gerecht zu werden, ist eine Integration der kommunalen Beratungsangebote, die auf die besonderen Belange älterer Menschen abzielen dringend erforderlich.

Um es vorwegzunehmen: nahezu alle notwendigen Angebote sind im Kreis Lippe vorhanden! Langjährige Hausärztinnen und Hausärzte, Pflegepersonal und Klinikmedizinerinnen- und -mediziner wundern sich, welche sinnvollen Unterstützungsmöglichkeiten, oftmals fußläufig existieren. Die Umfänglichkeit dieser kommunalen Versorgungsangebote und –möglichkeiten ist den Professionen innerhalb des Medizinsystems (mit Ausnahme des Kliniksozialdienstes) nicht hinlänglich bekannt.

Mit der Implementierung der Gesundheitshelferin wurde im Kreis Lippe erreicht, dass innerhalb des medizinischen Expertensystems sozialisierte Personen, über eine inzwischen nahezu komplette Übersicht bzgl. der bestehenden „nichtmedizinischen“ Unterstützungsmöglichkeiten verfügen. Dadurch werden die vorhandenen Möglichkeiten im Medizinsystem zum einen grundsätzlich bekannter gemacht, zum anderen werden Angebot und „Support benötigender Mensch“ passgenau zusammengebracht.

All das kann aber nur gelingen, wenn anfänglich bestehende Vorbehalte, auch auf Seiten des „Beratungssystems“ zeitnah aufgearbeitet werden. Das kostet Zeit, denn Zusammenarbeit muss wachsen und kann nicht verordnet werden. Wenn sie dann aber funktioniert, profitiert neben den beteiligten Professionen vor allem der ältere Mensch: seine oftmals vorhandenen sozialmedizinischen Probleme, dessen alleinige Lösungen durch das Medizinsystem bislang ineffektiv und teuer waren, erfahren die praktischen und funktionierenden Lösungen, die gefragt sind.

6.3 NEUE OPTIONEN DURCH NEUE FACHKRÄFTE

Allgemeine Qualifikation

Weiterqualifizierte Pflegekräfte mit langer Erfahrung in der direkten Patientenversorgung erscheinen für das Geriatrie Case Management als besonders geeignet da sie es gewohnt sind, komplexe Versorgungssituationen selbständig einzuschätzen und nur bei Bedarf Rücksprache mit dem Arzt zu halten.

Zu Projektbeginn wurde davon ausgegangen, dass die Aufgaben der Gesundheitshelferinnen (Case Managerinnen) auch durch Sozialarbeiterinnen wahrgenommen werden kann. Diese ursprüngliche Annahme hat sich als falsch erwiesen. Die komplexe Vermischung sozialer und medizinischer Problemlagen in der Häuslichkeit der Patienten erfordert ein langjähriges medizinisch-pflegerisches Knowhow.

Praktisches Spezialwissen erforderlich

Die Gesundheitsshelferinnen verfügen über ihre ursprüngliche Qualifikation hinaus, über eine hohe Expertise bezüglich Beratungskompetenzen in der Zielgruppe der Hochaltrigen sowie über dezidierte Kenntnisse der lippischen Versorgungslandschaft. Insbesondere die praktische Arbeit der Gesundheitsshelferinnen vor Ort trägt maßgeblich zur Außen-/ Nutzerwahrnehmung des Versorgungsnetzwerks in Lippe bei.

Durch die Ansiedlung der Gesundheitsshelferinnen im Klinikum Lippe erfahren diese unmittelbar von den stationären Aufnahmen im Klinikum Lippe und können durch exakte Kenntnisse der häuslichen Situation und der Ressourcen der Patientinnen und Patienten wesentlich zu einem zielgerichteten Entlassungsmanagement beitragen.

Die geriatrische Expertise der Gesundheitsshelferinnen und die Anbindung an das Klinikum ermöglichen darüber hinaus den Einsatz der GH im Rahmen der Vorgaben aus dem Krankenhausplan NRW.

Dazu gehören:

- Eine frühzeitige Identifikation (Screening) älterer Menschen, die von einer altersmedizinischen Behandlung profitieren
- Bei positivem Screening: Durchführung eines geeigneten Assessments . Abhängig vom Ergebnis ist dann eine geriatrische Versorgung in individuell unterschiedlicher Intensität erforderlich
- Ein individuelles Case Management steuert die Behandlung während des Aufenthaltes, bereitet die Entlassung frühzeitig vor, und trifft Vorbereitungen für die ambulante Weiterbehandlung

Rückmeldungen der Hausärztinnen und Hausärzte:

Das „System Gesundheitsshelferin“ trägt zur Zufriedenheit der hausärztlichen Einweiser bei.

Ähnlich wie im stationären Bereich gelten die Informationen aus der eigenen Häuslichkeit der Patientinnen und Patienten als sehr relevante Zusatzinformation für eine adäquate ambulante medizinische Betreuung. Dies gilt umso mehr als dass Hausbesuche inzwischen eine Rarität (in der hausärztlichen Versorgung) darstellen

Die Gesundheitsshelferinnen haben sich nach Regionen aufgeteilt, Hausärztinnen und Hausärzte schätzen diese persönliche Zuständigkeit. Die Zusammenarbeit erfolgt inzwischen im Rahmen eines eingespielten Vertrauensverhältnisses. Damit ermöglichen die Gesundheitsshelferinnen (deren Büro in der geriatrischen Klinik angesiedelt ist) die enge Anbindung der hausärztlichen Versorgung an die geriatrische Klinik.

7. AUSBLICK

Das Klinikum Lippe und das Ärztenetz Lippe sehen in der neuen Form der Patientenbetreuung und -versorgung, einen zukunftsweisenden Ansatz, um die gesundheitliche Versorgung einer immer größer werdenden Zahl an hochbetagten Patientinnen und Patienten in dem ländlich geprägten Kreis Lippe (349.000 Einwohnerinnen und Einwohner) auch langfristig auf hohem Niveau zu gewährleisten. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass das Durchschnittsalter der Hausärztinnen und Hausärzte in Lippe innerhalb der KV Westfalen-Lippe am höchsten ist. Für das Jahr 2018 wird in großen Teilen des Kreises Lippe lt. Bezirksstelle der KVWL Detmold ein hausärztlicher Versorgungsgrad von nur noch 75 % (= Unterversorgung) prognostiziert.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung durch das ZIG – Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft OWL – aus Bielefeld konnte der Nutzen des Versorgungsprogramms dokumentiert werden (vgl. Anhang A). Diese Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung zeigen ein insgesamt positives Bild der Wirkungen des Programms – wenngleich die Ergebnisse der Untersuchung nicht im Sinne einer klinischen Studie, sondern explizit im Kontext einer *formativen* Evaluation betrachtet werden müssen. Die Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Leistungserbringenden akzeptieren das Programm und sind mit seiner Durchführung insgesamt zufrieden. Dies spiegelt sich insbesondere auch in den Ergebnissen der Befragung der Patientinnen und Patienten wider. In den Assessments zeigt sich, dass sich der Gesundheitszustand und die subjektiv empfundene Lebensqualität der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten überwiegend konstant darstellt oder sich sogar in Teilen verbessert hat – mit Ausnahme altersbedingter körperlicher Funktionsfähigkeit. Hinsichtlich der Frage, ob das Versorgungsmodell auch zur Vermeidung unnötiger Leistungsanspruchnahme führt, können keine validen Aussagen getroffen werden. Hierzu bedarf es einer Längsschnittanalyse unter Einbezug von Routinedaten (SGV V und SGB XI) der GKV bzw. Pflegeversicherung. Auf der Basis der vorgelegten Ergebnisse lässt sich aus der Perspektive der wissenschaftlichen Begleitung ableiten, dass eine Fortführung des Versorgungsmodells mehr als sinnvoll erscheint.

Das Projekt ist zum 30.06.2013 erfolgreich abgeschlossen worden, die Projektpartner Klinikum Lippe und Ärztenetz Lippe haben erste Voraussetzungen zur Gründung einer gemeinsam getragenen Managementgesellschaft geschaffen. Der Aufbau des innovativen, sektorübergreifenden Versorgungsnetzwerkes ist aus Sicht der Projektpartner gelungen. Die eigentliche Innovation wird durch den gut erprobten Prozessablauf verdeutlicht:

- Überwiegend niedergelassene Ärztinnen und Ärzte führen Patientinnen und Patienten mit sich abzeichnenden Funktionseinbußen einem sektorübergreifenden Case Management zu, das durch eine im Klinikum angesiedelte Case Managerin/Gesundheitshelferin in gemeinsamer Abstimmung mit der Hausärztin oder dem Hausarzt erfolgt.

- Das Case Management im geriatrischen Versorgungsnetzwerk stellt keine anlassbezogene Episode dar, sondern ein Kontinuum mit entsprechendem Monitoring.
- Die sowohl medizinische als auch beratende Komponente in der Arbeit der Gesundheitshelferinnen vereinigt den medizinischen Sektor und den Sektor der Unterstützungs- und Beratungsleistungen in einem zuvor in der praktischen Auswirkung nicht existenten Ausmaß. Endlich kommen vorhandene Unterstützungsleistungen auch in der Fläche dort an, wo sie dringend benötigt werden, und unterliegen nicht mehr dem Zufallsprinzip.

Das Projekt ist innerhalb der beteiligten Organisationen Ärztenetz Lippe und Klinikum Lippe im Projektzeitraum auf eine breite Akzeptanz gestoßen. Die Einschreibungen erfolgten zielgerichtet und zielgruppenadaptiert, so dass insbesondere Patientinnen und Patienten eingeschrieben wurden, die von der Teilnahme besonders profitieren. Aus Sicht der beteiligten ärztlichen Leistungserbringenden wird der Benefit durch die Gesundheitshelferinnen deutlich als Entlastung wahrgenommen, wenn es um zusätzliche Versorgungsbedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit sich abzeichnenden Funktionseinbußen geht.

Die Gesundheitshelferinnen haben im Projektverlauf über ihre ursprüngliche Qualifikation hinaus eine hohe Expertise bezüglich Beratungskompetenzen mit der Zielgruppe der Hochaltrigen erworben und verfügen über dezidierte Kenntnisse der lippischen Versorgungslandschaft. Insbesondere die praktische Arbeit der Gesundheitshelferinnen vor Ort hat maßgeblich zur Knüpfung eines Versorgungsnetzwerks in Lippe beigetragen..

Insgesamt hat das regionale Versorgungskonzept Geriatrie wesentlich dazu beigetragen, die gesundheitlichen Bedürfnisse hochaltriger Menschen in Lippe zu identifizieren, zielgerichtete Maßnahmen einzuleiten, zu einer besseren Versorgungsqualität für die Zielgruppe beizutragen und diese im Sinne der Patientinnen und Patienten in ihrer eigenen Häuslichkeit zu gestalten.

Aus Sicht der begleitenden Evaluation ist der zentrale Erfolgsfaktor für die Projektumsetzung die enge, vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen dem Ärztenetz Lippe und dem Klinikum Lippe. **Weder ein starker stationärer Leistungserbringer noch ein gut aufgestelltes Ärztenetz hätten allein ein solches Projekt erfolgreich umsetzen können.**

Anhang

ANHANG

A. UNTERSUCHUNGSINSTRUMENTE

A.1 GERIATRISCHES ASSESSMENT

Geriatrische Assessments liegen in einer Vielzahl vor. Die verschiedenen Tests erfassen und messen unterschiedliche Funktionen und Fähigkeiten der Patienten, die Hinweise für Interventions- und Therapiebedarf geben sowie darüber hinaus zum Unterstützungsbedarf.

*„Das geriatrische Identifikationsscreening ermöglicht die Identifikation des Patienten mit geriatrischem Risikoprofil. Das geriatrische Basisassessment zeichnet ein umfassendes Bild der Einschränkungen des Patienten und ermöglicht, auch bisher nicht offensichtliche Problembereiche frühzeitig und umfassend in das Behandlungskonzept mit einzubeziehen. Es erlaubt die Ziele der medikamentösen wie nichtmedikamentösen Behandlung alltagsrelevant zu evaluieren.“
(Lüttje et al. 2011:929)*

Vorteile eines strukturierten Vorgehens mittels geriatrischer Assessments liegen in einer verbesserten diagnostischen Genauigkeit, wodurch nicht zuletzt die medizinische Behandlung optimiert und funktionelle Fähigkeiten verbessert werden können. Des Weiteren wird die Messung von Veränderungen im zeitlichen Verlauf ermöglicht, die Schaffung eines Grads an Standardisierung innerhalb klinischer Assessments sowie die Ergebnisevaluation gefördert, indem mit Hilfe der Assessments die Effektivität von Interventionen gemessen werden kann. Ihr Nutzen liegt zudem in der Erreichung und Erhaltung größtmöglicher Selbständigkeit, Steigerung der Lebensqualität und der Prävention von Behinderung und Vermeidung unnötiger Heim-Unterbringung. Werden die Assessmentverfahren wiederholt, nutzen sie außerdem der Qualitätskontrolle der Behandlung, der Reduktion der Mortalität und einem längeren Verbleib zu Hause (sofern Patienten in speziell eingerichteten Assessmentabteilungen diagnostiziert und behandelt wurden oder durch ein Übergangsbetreuungsteam). Eine Metanalyse zeigt, dass die Gesamtmortalität insgesamt um 35 % reduziert werden konnte (Gupta 2012; Nikolaus 2001). Säulen des Behandlungserfolgs sind eine kontinuierliche Behandlung, die Kontrolle der Therapieempfehlungen sowie die Auswahl geeigneter Patienten und Assessmentinstrumente (Nikolaus 2001; Stuck et al. 1993 nach Lüttje et al. 2011).

Die Auswahl von Skalen und Instrumenten muss bei der Zielgruppe der älteren Menschen einen mehrdimensionalen Ansatz (medizinisch, sozial, physisch, psychisch) berücksichtigen: körperliche Gesundheit (krankheitsspezifisch Messungen), geistige Gesundheit (kognitive Leistungsfähigkeit, Stimmung: Angst, Depression), funktioneller Status (Funktionsfähigkeit) und Sozialstatus (Gupta 2012). Gängige Untersuchungsinstrumente sind, z.B.:

- Lachs: Screeninginstrument zur Minimalerhebung geriatrischer Problemfelder, Zielgruppe sind ältere, asymptomatische Patientinnen und Patienten in der ambulanten Versorgung, dient der systematischen Erfassung funktionaler Einschränkungen.

- Barthel-Index: Misst den Grad der Unabhängigkeit in den Basisaktivitäten des täglichen Lebens (funktioneller Status und Umfang des Unterstützungsaufwands), bewertete Aktivitäten sind Essen, Stuhl- und Betttransfer, persönliche Hygiene, Toilettenbenutzung, selbstständiges Baden/Duschen, Mobilität, Treppensteigen, An- und Auskleiden, Stuhl- und Urinkontrolle. Ist das am häufigsten verwendete Verfahren mit guter bis sehr guter Validität, Sensitivität und Reliabilität. Der Barthel-Index besitzt eine gewisse prädiktive Wertigkeit für die Vorhersage therapeutischer Verläufe (Lüttje et al. 2011; Gatterer 2007, Lübke et al. 2004; Nikolaus 2001; Sainsbury et al. 2005).
- Mini-Mental-State-Examination (MMSE): Erfasst Orientierung, Aufmerksamkeit, Kurzzeitgedächtnisleistung, Sprachfähigkeiten, die Fähigkeit einfache Aufforderungen zu befolgen. Der Test ist weder diagnostisch noch dazu geeignet leichtgradige kognitive Störungen zu erfassen, aber als Screening-Test. Er ist sensitiv und spezifisch für Demenz und Delir bei hospitalisierten Patientinnen und Patienten.
- Clock-Completion-Test nach WATSON: Eignet sich zum Screening auf Hirnleistungsstörungen wie Neglect-Phänomenen, Apraxien sowie kognitiven Defiziten. Dieser Test ergänzt die MMSE.
- GERIATRIC-DEPRESSION-SCALE (GDS): Screening-Test für Depressivität bei älteren Menschen. Die 15 Fragen umfassende Kurzfassung hat international weite Verbreitung gefunden. Sie eignet sich für Verlaufskontrollen. Als Zielgruppe eignen sich auch mild bis moderat kognitiv eingeschränkte, ältere Erwachsene. Das Screening-Instrument für Depression besitzt jedoch eine schlechte Empfindlichkeit für Angstsymptome. Begleitdepressionen verlängern und komplizieren die Behandlung organischer Erkrankungen und können verfrüht zu Pflegebedürftigkeit führen. Sie können nicht vorhandene Demenzerkrankungen vortäuschen oder bereits manifeste Demenzerkrankungen aggravieren. Bei stark eingeschränkten kognitiven Leistungen (MMSE) nicht verwertbar.
- ESSLINGER-TRANSFERSKALA: Erlaubt die Beurteilung des Ausmaßes an erforderlicher Fremdhilfe bzw. Unterstützung bei Lageveränderungen im Liegen, beim Aufsetzen im und Aufstehen vom Bett, sowie beim Transfer vom Bett zum (Roll-) Stuhl.
- TIMED UP AND GO Test: Erfasst zuverlässig körperliche Mobilität, Hinweis auf erhöhtes Sturzrisiko. Nach Aufforderung soll der Proband vom Sessel aufstehen und drei Meter gehen, sich dort umdrehen, wieder zurück zum Stuhl gehen und sich in die Ausgangsposition (Sitzen) begeben. Eine minimale Beweglichkeit ist Voraussetzung.
- TINETTI: Der Mobilitätstest bewertet Stand, Balance, Aufstehen, Drehen auf der Stelle und hinsetzen. Beliebige Hilfsmittel dürfen verwendet werden. Er dient der Identifizierung eines erhöhten Sturzrisikos.
- Huhn: Messung der Sturzgefahr unter Berücksichtigung verschiedener Risikofaktoren für Stürze, Einteilung in 4 Kategorien (geringes, mittlere, hohes und sehr hohes Sturzrisiko) (Huhn 1995, Koch 2001)
- Mini-Mental-Status-Test (MMTS): Schweregradeinteilung der Demenz in drei Schweregrade. Im klinischen Alltag hat sich diese Einteilung etabliert. Sie berücksichtigt Kognition, Lebensführung und Störungen von Antrieb und Affekt.
- IADL-Skala: Misst Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens und erlaubt die Beurteilung der Fähigkeit, komplexere Aufgaben des täglichen Lebens auszuführen (Telefonieren, Nutzung von Transportmitteln, Einkaufen, Kochen, Haushalt führen, Wäsche waschen, Medikamente einnehmen, Geldgeschäfte). Die Skala ist von kognitiven Beeinträchtigungen und Depression abhängig. Bei stark eingeschränkten kognitiven Leistungen (MMSE) nicht verwertbar. Da die Fragen in Richtung Hausarbeit ausgerichtet sind, erreichen Männer im Allgemeinen weniger Punkte (Lüttje et al. 2011; Gatterer 2007).

Lüttje et al. (2011) empfehlen ein umfassendes geriatrisches Basisassessment (vgl. Tabelle 1). Aus inhaltlichen Gründen und Erfordernissen an die Praktikabilität im Projektzusammenhang wurden

- das Eingangsscreening nach Lachs,
- der Barthel-Index,
- die IADL-Skala,
- ein Sturzrisikoassessment (Huhn),
- der SF-12 zur Messung der subjektiven Lebensqualität

als Instrumente des geriatrischen Assessments in RVG ausgewählt (vgl. Tabelle 1). Die Sozialanamnese erfolgt ohne standardisiertes Verfahren, die Einschätzung der Demenz leitlinienbasiert (und nur im Falle einer fehlenden ärztlichen Kodierung). Die Gesundheitshelferinnen führen die Assessments durch und informieren die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt über die Ergebnisse (Rückkopplung).

Tabelle 1: Geriatrische Assessments

Geriatrischen Basisassessments (nach Lüttje et al. 2011)	Geriatrisches Assessment im Projekt RVG
Lachs-Screening	Screening nach Lachs
Barthel-Index	Barthel-Index
Instrumental Activities of Daily Living (IADL)	IADL
Kognition	Huhn (Sturzrisiko)
Depression	Schweregrad von Demenz nach Leitlinie
Mobilität	SF-12 Health Survey (gesundheitsbezogene Lebensqualität)
Handkraftmessung	Sozialanamnese
Geldzähltest	
Sozialassessment	

A.2 LEBENSQUALITÄT

Das Erleben von Gesundheit, Zufriedenheit und Wohlbefinden (Subjektive Gesundheit und Lebensqualität) sind insbesondere aus Sicht von Patientinnen und Patienten zentrale Aspekte medizinischer Behandlung und Versorgung. Die Messung dieses multidimensionalen Konstrukts ist jedoch komplex (Holzhausen et al. 2009). Sie umfasst verschiedene Komponenten wie körperliche, kognitive, mentale, soziale und verhaltensbezogene Aspekte (Gupta 2012; Gunzelmann et al. 2006). Neben objektiven Gesundheitsparametern ist eine selbstständige Lebensführung für die Bewertung der Lebensqualität mindestens genauso wichtig. Das Erleben nachlassender Leistungsfähigkeit als weitere Dimension gesundheitsbezogener Lebensqualität gilt für ältere Menschen als bedeutsames Kriterium für Krankheit. Ebenso zu berücksichtigen sind psychische Befindlichkeitsstörungen als Teilaspekt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, denn sie stellen einen Risikofaktor für Selbstständigkeit im Alter dar. Insgesamt hat dieses multidimensionale Konstrukt eine hohe Relevanz für die Beurteilung von Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter (Gunzelmann et al. 2006). Dementsprechend ist subjektive, gesundheitsbezogene Lebensqualität ein signifi-

kanter, unabhängiger Prädiktor für die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen und damit für das Gesundheitswesen und die Versorgungssteuerung ein wichtiger Indikator. Weiterhin gilt sie auch als Prädiktor für die Mortalität älterer Menschen und zur Identifizierung eines hohen Hospitalisierungsrisikos bei Älteren (Leischker & Kolb 2007; Gunzelmann et al. 2006).

Zu beachten ist, dass der Health Survey nach Bullinger (2000) zwar Einschränkungen der Lebensqualität erfasst, jedoch nicht die Wichtigkeit der Einschränkungen. Folglich wird dieses Verfahren von Kritikern weniger als ein Verfahren zur individuellen Relevanz und Priorität in Lebensbereichen der Lebensqualität eingeschätzt. Kritik am Health Survey bezieht sich auf seine sehr verhaltensorientierte Konzeptualisierung von Lebensqualität sowie auf die mögliche Unterrepräsentanz von Items zu sozialen Funktionen. Zudem ist sein Einsatz im stationären Bereich auf Grund des hohen Alltagsbezugs nur eingeschränkt möglich (Bullinger 2000, Radoschewsky & Bellach 1999).

Eine Studie (Gunzelmann et al. 2006) hat die Eignung des SF-36 Health Surveys, ein Instrument zur Messung gesundheitsbezogener Lebensqualität bei Älteren untersucht: Eine zentrale Bedeutung haben dabei soziale Kontakte für die Lebensqualität im Alter. Bei der Messung gesundheitsbezogener Lebensqualität mit einem generischen Instrument wie dem SF-36 bei Älteren sind Alterseffekte für fast alle Dimensionen zu berücksichtigen (Ausnahme psychisches Befinden und soziale Rollenfunktion): Ältere schätzen ihre subjektive Gesundheit im Vergleich zu jüngeren Gruppen schlechter ein. Auch geschlechtsspezifische Unterschiede wurden zu Ungunsten der Frauen beobachtet (Ausnahme: körperliche und soziale Rollenfunktion, emotionales Rollenverhalten). Des Weiteren sind insbesondere die Beeinträchtigungen körperlicher und emotionaler Aspekte im Alter ab 80 Jahren differenziert und altersspezifisch zu betrachten. Zudem sind die ggf. eingeschränkten Fähigkeiten der Zielgruppe für die Messung zu berücksichtigen (Gunzelmann et al. 2006).

Das angewendete Instrument SF-12 Health Survey zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist eine verkürzte Fassung des SF-36 Health Survey. Aus Gründen der Praktikabilität und Akzeptanz bei den Teilnehmern wurde die kurze Fassung gewählt. Das generische Erhebungsinstrument erfasst verschiedene Dimensionen gesundheitsbezogener Lebensqualität anhand von 12 Items in acht Dimensionen. Diese sind:

- Körperliche Funktionsfähigkeit
- Körperliche Rollenfunktion
- Körperliche Schmerzen
- Allgemeine Gesundheitswahrnehmung
- Vitalität
- Soziale Funktionsfähigkeit
- Emotionale Rollenfunktion
- Psychisches Wohlbefinden

Diese Dimensionen bzw. die Items werden auf zwei Summenskalen reduziert: Die körperliche und die psychische Summenskala. Beide Summenskalen bestehen aus je sechs Items. Die Skalenwerte der Items werden addiert, für den Bereich 0 bis 100 mittels Scoring-Algorithmus transformiert (ein hoher Wert bedeutet hohe Lebensqualität und Gesundheit, ein niedriger Wert schlechte Gesundheit) und ein Mittelwert gebildet (Gupta 2012).

Vorteil des Instruments ist, dass es weit verbreitet, valide und normiert ist. So ist ein Vergleich der Ergebnisse von Personen oder Populationen (z.B. einer Stichprobe) mit Referenzgruppen anhand vorliegender bevölkerungsrepräsentativer Daten (Normstichprobe) möglich. Seine psychometrischen Eigenschaften hinsichtlich Reliabilität (Zuver-

lässigkeit), Validität (Gültigkeit, Belastbarkeit) und Sensitivität (Richtig-Positiv-Rate, Empfindlichkeit oder Trefferquote) sind als sehr gut einzustufen. Insbesondere für den SF-12 ist der Umgang mit fehlenden Werten problematisch, denn die Auswertung wird nur dann empfohlen, wenn alle Items von einer Person beantwortet wurden. Fehlt lediglich ein Wert, darf keine Summenskala mehr gebildet werden. Das führt zu einer hohen Zahl von „Missing Cases“ und bedeutet für Studien einen hohen Verlust von Probanden. Eine Verteilungsanalyse der Missing Data zeigte, dass insbesondere Personen höheren Alters und mit geringer Schulbildung die Items des SF-12 nicht (vollständig) beantworten (gilt für SF-12 wie auch SF-36). Für eine einfache Durchführung liegt der Fragebogen in Formulierungen zum Selbstauffüllen, für Interviews sowie für Fremdbeurteilungen vor. Instruktionen und Fragen sind klar und verständlich. Im Projekt wurde die Interviewversion eingesetzt und durch die Gesundheitshelferinnen erhoben (Morfeld et al. 2003; Bullinger 2000).

A.3 ZUFRIEDENHEIT

Die Bewertung der Zufriedenheit erfolgt aus Sicht der Teilnehmenden mit der Beantwortung von acht Fragen in einem telefonischen Interview. Diese betreffen verschiedene Aspekte von Zufriedenheit, u.a. Zufriedenheit mit den Gesundheitshelferinnen, wie hilfreich die Unterstützung durch die Gesundheitshelferinnen empfunden wird, ob ein (Zusatz-) Nutzen hinsichtlich Gesundheit und Versorgung wahrgenommen werden kann. Neben den standardisierten Fragen gab es eine offene Antwortkategorie für weitere Anmerkungen und Anregungen (vgl. nachfolgende Auflistung):

- Gesundheitshelferin als Hilfe und Unterstützung
- Alltagsnutzen
- Besuchsdauer
- Kontakthäufigkeit
- Mehrwert durch Zusatzinfos
- Ärztliche Betreuung
- Weiterempfehlungsbereitschaft
- Wünsche, Anregungen

Die Durchführung der Befragung fand im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung durch das ZIG OWL statt.

A.4 QUALITATIVE LEITFADENINTERVIEWS (GESUNDHEITSHELFERINNEN UND ÄRZTESCHAFT)

Das Instrument des leitfadengestützten Interviews mit Expertinnen und Experten dient dazu, einen sozialen Sachverhalt zu rekonstruieren, an dem diese beteiligt waren. Der Begriff „Expertin“ und „Experte“ beschreibt die spezifische Rolle der Interviewpartnerin oder des Interviewpartners als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte (Gläser & Laudel 2010). Unter dieser recht breiten Definition fallen sowohl professionelle Akteurinnen und Akteure, d.h. alle an der Versorgung Beteiligten als auch Patientinnen und Patienten als Expertinnen und Experten für ihre individuellen Krankheiten und lebensweltlichen Realitäten (vgl. Flick 2006).

Der Leitfaden für die Interviews mit den Leistungserbringenden (insgesamt wurden fünf Ärzte interviewt) bestand aus verschiedenen thematischen Blöcken: zunächst erfolgten eine kurze Vorstellung des Projekts und der Interviewenden sowie die obligatorischen Fragen nach der Zustimmung zum Mitschnitt des Interviews und ein Hinweis auf die Gewährleistung der Anonymität. Der erste Fragenblock der Interviews mit Ärzten zielte zunächst auf die subjektive Wahrnehmung der Versorgungsprozesse bei geriatrischen Patientinnen und Patienten ab. Die Interviewten wurde gebeten, die „typische Versorgung“ aus ihrer Sicht zu schildern. Dieser Fragenblock dient dem Intervieweinstieg. Innerhalb dieser Thematik wurden auch Fragen zu typischen Komplikationen, sowie zur Verwendung von Leitlinien adressiert. Insbesondere die Aussagen bzgl. der Leitlinienverwendung, aber auch die Konotierung des Terminus „Komplikation“ waren dabei von Interesse. Anschließend folgte ein Themenblock, der allgemeine Themen zur Integrierten Versorgung bündelt. Hierbei standen zum einen die persönliche Motivation für die Teilnahme an dem evaluierten Projekt, zum anderen aber auch Fragen bezüglich der optimalen Ausgestaltung eines Versorgungskonzepts für geriatrische Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt. Zur Vertiefung dieser Thematik wurden die Interviewten gebeten erwartete Be- bzw. Entlastungen im eigenen Arbeitsalltag, die durch die konkrete Zusammenarbeit der Gesundheitshelferinnen entstehen könnten, zu schildern. Neben dem Interesse an den als relevant erachteten Arbeitsfeldern der Gesundheitshelferinnen stand hier der Erkenntnisgewinn über mögliche Problemfelder an den Kompetenzgrenzen zwischen dem jeweiligen Akteur und den Gesundheitshelferinnen im Mittelpunkt. Im dritten Frageblock wurde auf Fragen der Kommunikation und Information eingegangen, wobei Fragen zur intersektoralen Kommunikation eine besondere Rolle spielen. Die Informationswege sowie die bisherigen Erfahrungen in der intersektoralen Kommunikation sollten eruiert werden. Dabei wurden vor allem Probleme in der Kommunikation, aber auch die Art und das wahrgenommene Ausmaß von Informationsdefiziten adressiert. Als spezieller Aspekt dieses Themenfelds wird das Thema digitale Patientinnen- und Patientenakte diskutiert. Abschließend wurden noch einmal die Erwartungen des Interviewten in den Blick genommen. Die relativ offen gestalteten Fragen dieses Teils sollen es dem interviewten Experten erlauben, die zuvor getätigten Aussagen noch einmal zu kontrastieren, in Relation zu setzen und ggf. zu gewichten.

Die Themen und Aspekte des Leitfadens für die Interviews mit den Gesundheitshelferinnen waren zunächst einmal dadurch gekennzeichnet, dass sie ihre Kompetenzen, ihr Aufgabenprofil sowie die spezifischen Gegebenheiten ihrer Situation der Patientinnen- und Patientenbesuche beschreiben konnten. Bezogen auf die Tätigkeiten ging es zunächst darum herauszufinden, welchen Hilfebedarf die Patientinnen und Patienten haben und wie dem idealerweise begegnet werden kann. Kategorien in den Interviews waren z. B., welchen Bestandteil Informationen im Sinne von Aufklärung und Befähigung in der Betreuung eingenommen haben und inwieweit es um die Unterstüt-

zung und Koordination konkreter Hilfeleistungen ging. Darüber hinaus sollte herausgefunden werden, wie sich die Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und Hausärzten gestaltet oder inwieweit die Tätigkeiten der Gesundheitshelferinnen auf Akzeptanz in der Ärzteschaft und in weiteren Bereichen der Leistungserbringer gestoßen sind.

A.5 AUSWERTUNGSVERFAHREN

Die Datenerhebung und Auswertung für die wissenschaftliche Begleitevaluation erfolgte entsprechend dem explorativen Vorgehen des Studiendesigns sowohl mittels quantitativer als auch qualitativer Methoden.

Quantitative Daten wurden zur Beschreibung medizinischer Kennzahlen (geriatrische Assessments) und gesundheitsbezogener Lebensqualität zu zwei Messzeitpunkten erhoben. Weiterhin wurden der Begleitprozesses und die Tätigkeiten der Gesundheitshelferinnen kontinuierlich dokumentiert. Darüber hinaus wurde die Zufriedenheit der Teilnehmer gemessen. Die Daten umfassen also die Qualitätsdimensionen gesundheitliche Erfolgsgrößen und Lebensqualität, den Prozess des Versorgungsmanagements sowie die Zufriedenheit der Teilnehmer. Die drei Säulen der Datenerhebung sind:

- 1) Medizinische Erfolgsgrößen und Lebensqualität: Geriatrische Assessments (s.o.) und gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-12) bei Einschreibung (T_1) und Wiederholung nach einem Jahr (T_2). Das Screening nach Lachs wurde entsprechend seines Charakters eines Eingangsassessments nur bei Einschreibung durchgeführt. Die Dokumentation erfolgte über eine Oberfläche in das Krankenhausinformationssystem (KIS) des Klinikum Lippe.
- 2) Prozessdokumentation der Tätigkeiten der Gesundheitshelferinnen: Problemidentifikation, durchgeführte Maßnahmen, Kontakthäufigkeiten, Kontaktart, Zeitaufwand. Dokumentation im KIS.
- 3) Zufriedenheit der Teilnehmer: Telefonische Zufriedenheitsbefragung im März 2013 einer Substichprobe der Projektteilnehmer.

Die Auswertung der quantitativen Daten erfolgte in mehreren Stufen:

- 1) Nach einem Jahr Projektlaufzeit: Beschreibung der Stichprobe ($n = 351$) anhand der geriatrischen Assessments sowie gesundheitsbezogene Lebensqualität (Häufigkeitsauszählungen aller Items, Mittelwerte, Kreuztabellen, Summenscores).
- 2) Nach zwei Jahren Projektlaufzeit: Stichprobenbeschreibung und Datenanalyse der medizinischen Outcomes und gesundheitsbezogener Lebensqualität mit dem Schwerpunkt auf Vergleiche der zwei Messzeitpunkte (T_1 und T_2). Von insgesamt 632 Teilnehmern lagen Assessments für $n = 380$ zu T_1 und T_2 vor, die in der Analyse berücksichtigt wurden. Grundlage der statistischen Auswertungen ist die Häufigkeitsauszählung aller Items und Subskalen mit Ausweisung statistischer Kennwerte. Mittelwerte wurden verglichen sowie Signifikanztests durchgeführt (Chi²-Tests nach Pearson, T-Tests zum Mittelwertvergleich).

- 3) März/April 2013: Auswertung der telefonischen Zufriedenheitsbefragung, n = 59 (Häufigkeitsauszählung aller Items sowie Inhaltsanalyse und Kategorienbildung nach Mayring (2002, 2008) der qualitativen Daten, s.u.).

Ergänzend zur quantitativen Messung des Projektaktivitäten und -effekte wurden qualitative Daten erhoben, die zusätzliche Erklärungen, Erkenntnisse und Verständnis zu den Tätigkeiten, Profilen bzw. Rollen der Gesundheitshelferinnen und ihrem Selbstverständnis liefern sowie zum Implementationsprozess des Projektes in die bestehenden Versorgungsstrukturen in Lippe. Diese Ergebnisse haben keinen Anspruch auf Repräsentativität, sondern sollen ergänzend subjektive Eindrücke der Gesundheitshelferinnen, Teilnehmenden und Leistungserbringenden zum Projekt RVG darlegen. Dazu wurden im Juni 2011 ein Gruppeninterview und im Sommer 2012 qualitative Einzelinterviews mit den Gesundheitshelferinnen durchgeführt. Darüber hinaus wurden drei Netzwerkkonferenzen ausgerichtet, die zum einen dazu dienten, die Akzeptanz des Projektes in der Region Lippe zu fördern – insbesondere bei Einrichtungen wie Pflegestützpunkt, psychosoziale Dienste, etc. – zum anderen konnte zusätzliches Expertenwissen für das Projekt generiert werden.

Die Auswertung qualitativer Daten (qualitative Interviews mit den Gesundheitshelferinnen und mit der Ärzteschaft sowie offene Fragekategorie der Zufriedenheitsbefragung unter den Teilnehmenden) erfolgt nach dem Modell der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2008, 2002). Diese Technik hat zum Ziel, eine bestimmte Struktur aus dem Material herauszufiltern und in Form eines Kategoriensystems darzustellen. Dazu werden alle relevanten Textbestandteile systematisch aus dem Material extrahiert und zu Kategorien geordnet (Mayring 2008, Flick 2004). Ihren Kern bildet die induktive Reduktion des Datenmaterials auf zentrale, für die Gesundheitshelferinnen bzw. Teilnehmer des Programms wesentliche Merkmale.

B. ERGEBNISSE

B.1 STRUKTURQUALITÄT

Als Initiator des Regionalen Versorgungsmanagements Geriatrie stellt das Klinikum Lippe mit der Klinik für Geriatrie strukturell die Basis für die stationäre geriatrische Versorgung. In der Klinik für Geriatrie (Altersheilkunde) gehen die Ärztinnen und Ärzte und das Pflegepersonal auf die besonderen Bedürfnisse der älteren Patienten ein. Zumeist leiden betagte und vor allem hoch betagte Menschen an mehreren Krankheiten gleichzeitig und werden im Gegensatz zu jüngeren langsamer gesund. Deshalb sind die herkömmlichen Behandlungsmethoden für ältere Menschen häufig unzureichend. Das geriatrische Therapiekonzept basiert auf der Behandlung sowohl der akuten als auch chronischen Erkrankungen sowie den daraus resultierenden sozialen Problemen. Es werden besonders Erkrankungen aus den Gebieten der Inneren Medizin, Neurologie, der Allgemein- und Unfallchirurgie behandelt. Gesundheitshelferinnen kümmern sich im Rahmen eines sektorübergreifenden Case Managements auch nach der stationären Entlassung um die optimale Behandlung der geriatrischen Patientinnen und Patienten.

Behandlungsspektrum der geriatrischen Klinik

- Schlaganfallpatientinnen und -patienten (in Kooperation mit der Klinik für Neurologie)
- Verletzungen von älteren Menschen (z. B. Schenkelhals- oder Armfrakturen)
- Multimorbidität
- Ältere Menschen mit Bewegungs- und Hirnleistungsstörungen
- Ältere Menschen mit verzögerter Rekonvaleszenz

Ziele

Ältere Menschen sind besonders gefährdet, durch akute oder chronische Erkrankungen pflegeabhängig zu werden. Ziel ist es, den älteren Patientinnen und Patienten ein selbstständiges Leben, möglichst in der gewohnten häuslichen Umgebung, zu erhalten. Dafür arbeiten zahlreiche Fachabteilungen in einem „Zentrum für Altersmedizin“ zusammen, um für diese Gruppe ein verbessertes Behandlungsergebnis und eine möglichst weitgehende Rehabilitation zu erreichen. Komplexe medizinische Maßnahmen sind dafür notwendig. Im Rahmen der Akutmedizin kommt das gesamte moderne diagnostische Spektrum der Inneren Medizin zum Einsatz. Weitere Schwerpunkte sind die Behandlung neurologischer Krankheitsbilder (z. B. Schlaganfall, Parkinson) sowie Erkrankungen des Bewegungsapparates.

Team

Das Besondere der geriatrischen Behandlung ist die enge Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten verschiedener Disziplinen wie Logopädie, Ergotherapie, Psychologie und Mitarbeitenden des Sozialdienstes. Die Behandlungsräume der Physiotherapie und Ergotherapie sind in die Station integriert.

Individuelle Behandlungskonzepte

Die Behandlung geht über die akutmedizinische Versorgung hinaus und ist abgestimmt auf die individuellen Bedürfnisse älterer Menschen in ihrem jeweiligen sozialen Umfeld. Neben der üblichen medizinischen Diagnostik kommt ein spezielles geriatrisches Assessment zum Einsatz. Hierdurch werden körperliche und geistige Einschränkungen, aber auch verbliebene, förderungswürdige funktionelle Ressourcen (Fähigkeiten) und die soziale Situation der Patienten erfasst. Die Ergebnisse fließen in ein individuell abgestimmtes Behandlungskonzept ein. Dieses umfasst auch die Versorgung mit Hilfsmitteln, die Vermittlung bedarfsgerechter ambulanter Hilfen und die Sozialberatung für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt.

Kennzahlen der Fachabteilung "Klinik für Geriatrie"

Tabelle 2: Klinik für Geriatrie Klinikum Lippe, (Quelle: Qualitätsbericht 2010, Klinikum Lippe)

Klinik	Betten
Klinik für Geriatrie(Lemgo)	65
Tagesklinik (Bad Salzuflen)	16

Die nachfolgende Tabelle zeigt die häufigsten Hauptdiagnosen für 1.188 vollstationäre Fälle im Jahr 2010.

Tabelle 3: Fallzahlen nach Hauptdiagnosen, Klinik für Geriatrie des Klinikums Lippe (Quelle: Qualitätsbericht 2012, Klinikum Lippe)

Bezeichnung	Fallzahl
Knochenbruch des Oberschenkels	194
Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	68
Flüssigkeitsmangel	63
Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	78
Herzschwäche	50
Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	20
Lungenentzündung, Krankheitserreger	23
Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	37
Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte - Osteoporose	24
Rückenschmerzen	26

Tabelle 4: Personelle Ausstattung der Klinik für Geriatrie, Klinikum Lippe (Quelle: Qualitätsbericht 2012, Klinikum Lippe)

Berufsgruppe	Anzahl VK)
Ärzte und Ärztinnen (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	7,19
Davon Fachärzte und Fachärztinnen:	5,19
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen:	36,98
Altenpfleger und Altenpflegerinnen:	2,0
Diätassistent und Diätassistentin	2 *
Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin	8,54 *
Logopäde und Logopädin/Sprachheilpädagogin und Sprachheilpädagogin/Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/ Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin	1,89 *
Masseur/Med. Bademeister und Masseurin/Med. Bademeisterin	6,2*
Physiotherapeut und Physiotherapeutin	15,72 *
Psychologe und Psychologin	1
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	4,15 *
Wundmanager und Wundmanagerin/Wundberater und Wundberaterin/Wundexperte und Wundexpertin/Wundbeauftragter und Wundbeauftragte	7 *
Bobath-Therapeut/in für Erwachsene und/oder Kinder	8,04 *
Manualtherapeut und Manualtherapeutin	5 *
Arzthelfer und Arzthelferin	1

(* Die VK-Angabe bezieht sich auf das gesamte Klinikum, da diese Mitarbeitenden fachabteilungsübergreifend tätig sind)

Ärztetz Lippe

Die Ärztenetz Lippe GmbH hat ca. 170 Gesellschafter. Dies sind niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen. Etwa zwei Drittel der Gesellschafter sind hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte. Die Geschäftsleitung der Gesellschaft besteht aus einer Kauffrau für Einrichtungen des Gesundheitswesens und einem Arzt. Sie wird beraten und in der Projektarbeit unterstützt von einem fünf-köpfigen Beirat. Dazu existieren verschiedene haus- und fachärztliche Qualitätszirkel und Arbeitsgruppen, die sich regelmäßig treffen. Das Ärztenetz Lippe beschäftigt eine Bürofachkraft, eine Projektleiterin für Angebote im sekundären Gesundheitsmarkt sowie zwei Koordinatorinnen für den Palliativärztlichen Konsiliardienst (PKD) in Lippe. Ergänzt wird das Team durch Therapeutinnen in den Schulungsprogrammen und zwei weitere Koordinatorinnen des PKD Lippe an verschiedenen Standorten.

B.1.1 QUALIFIKATION UND AUFGABENPROFIL DER GESUNDHEITSHELFERINNEN

Das Qualifikationsprofil der Gesundheitshelferinnen richtete sich an Personen, mit folgenden Kompetenzen:

- Mehrjährige Berufserfahrung als Arzthelferin oder Arzthelfer, Pflegefachkraft, Sozialarbeiterin oder Sozialarbeiter oder als Case- Managerin oder Case Manager in der Akutklinik oder im ambulanten Bereich
- Gute Kenntnisse der regionalen Versorgungsstruktur, sowohl Ambulant als auch Stationär
- Sozialrechtliche Kenntnisse
- Fähigkeit zur multidisziplinären und sektorübergreifenden Zusammenarbeit
- Beratungs- und Problemlösungskompetenz
- Ausgeprägte Moderations- und Vermittlungskompetenz als Kernstück des sektorübergreifenden CM
- Sicherer Umgang mit den gängigen EDV- und Kommunikationsprodukten

Das Aufgabenspektrum stellte sich wie folgt dar:

- Unterstützung bei Aufbau und Implementierung des sektorübergreifenden Case Managements
- Durchführung des Case Managements, d.h. Koordination der notwendigen Behandlungs-, Rehabilitations- und Pflegemaßnahmen im ambulanten und stationären Bereich in enger Absprache mit den beteiligten Akteuren
- Durchführung von Assessments und Re-Assessments sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich
- Ständiger Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für Ärzteschaft im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus, Pflegepersonal in der Akutklinik, sowie Patientinnen und Patienten und Angehörige
- Federführende Verantwortung für das Entlassungsmanagement „eingeschriebener Patientinnen und Patienten“ in der Akutklinik

Zentral und handlungsleitend, so die Analysen in der ersten Phase der Projekteinführung, waren vor allem koordinative Leistungen der Gesundheitshelferinnen. Die Gesundheitshelferinnen

- informieren Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige über die Hilfs- und Versorgungsangebote,
- erfassen die Versorgungssituation und entwickeln einen Hilfeplan, der die individuellen Ziele für die Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten beinhaltet,
- stimmen sich regelmäßig mit den behandelnden Hausärztinnen und Hausärzten ab und ergänzen so die medizinische Behandlung
- koordinieren den gesamten Versorgungsprozess im Interesse der Patientinnen und Patienten,
- stehen in engem Kontakt Fachärztinnen und Fachärzten, Krankenhaus, Krankenkassen, Pflegediensten und anderen für den konkreten Behandlungsprozess relevanten Einrichtungen.

B.2 PROZESSQUALITÄT

Die Beschreibung der Intervention der Intervention erfolgte bereits im ersten Teil der Dokumentation. Im Folgenden werden Versorgungsgestaltung aus Sicht der Gesundheitshelferinnen sowie die Akzeptanz durch den ärztlichen Dienst ausführlicher dargestellt.

B.2.1 VERSORGUNGSGESTALTUNG AUS SICHT DER GESUNDHEITSHELFERINNEN

Das Kernstück der Versorgung Älterer – so die gegenwärtige Literatur zum Thema Case Management zur Verbesserung der Versorgung Älterer – bildet die fallbezogene sowie sektorübergreifende Koordination und Steuerung der Patientinnen und Patienten durch den Einsatz eines Case Managements. Trotz der wachsenden Popularität des Begriffs „Case Management“ scheint vielfach immer noch unklar zu sein, was mit dem Begriff und damit eben auch mit den genauen Tätigkeiten von Case Managerinnen bzw. in diesem Falle von Gesundheitshelferinnen gemeint ist. Allen Ansätzen des die hausärztliche Versorgung unterstützenden Case Managements – z.B. Modelle wie AGnES, VerAH, MoPra, EVA– gemeinsam ist aber, dass Case Management quer zu den Strukturen – z.B. von ambulantem und stationärem Sektor, Organisations- und Professionsgrenzen – über die Länge der Zeit agiert, z.B. eine Versorgungsperiode oder den gesamten Versorgungsverlauf. So verstanden, können mit diesem Steuerungsinstrument die zentralen Kernprobleme moderner Sozial- und Gesundheitssysteme, wie etwa mangelnde Integration und Kontinuität des Versorgungsgeschehens und unzureichende Patientenorientierung, bewältigt werden. Case Management, so die Theorie, ermöglicht eine integrative Perspektive auf das Versorgungsgeschehen, indem es unterschiedliche Akteure – Patientinnen und Patienten, Leistungserbringende und Kostenträger – in einen dynamischen Kommunikations- bzw. interdisziplinären Versorgungsprozess einbindet (Mullahy 1996). Hieraus werden auch die zentralen Netzwerkpartnerinnen und -partner der Gesundheitshelferinnen deutlich, mit denen sie bei entsprechendem Bedarf im Kontakt stehen.



Abbildung 16: Netzwerkpartnerinnen und -partner der Gesundheitshelferinnen in der Versorgungspraxis (Eigene Darstellung)

Im nachfolgenden sind die Ergebnisse der Interviews mit den Gesundheitshelferinnen dargestellt. Sie geben Aufschluss darüber, welche Kompetenzen für die Aufgabenerledigung erforderlich sind, wie sich ihr Aufgabenprofil darstellt. Zudem beschreiben sie die spezifischen Gegebenheiten der Hausbesuche bei Patientinnen und Patienten, den von ihnen wahrgenommenen Hilfebedarf der Klientinnen und Klienten und wie diesem begegnet wird.

Kompetenzen einer Gesundheitshelferin

Die Tätigkeit der Gesundheitshelferin erfordert eine Vielzahl von Kompetenzen, um den umfangreichen Ansprüchen von Klienten, Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren Gesundheitsprofessionen gerecht zu werden. Berufserfahrungen im Umgang mit älteren Menschen und Angehörigen werden allgemein als Voraussetzung angesehen. So erfordert die Tätigkeit als Gesundheitshelferin eine umfassende persönliche Kompetenz und Freude im Umgang mit älteren Menschen. Die Zielgruppe, so die Aussagen, erfordert viel Einfühlungsvermögen, Feinfühligkeit, Freundlichkeit, Empathie, Geduld und Diplomatie, wie die nachfolgenden Aussagen deutlich machen.

„Man muss natürlich auch mit älteren Menschen umgehen können“ (G4, Z. 326).

„Ganz oben erstmal Einfühlungsvermögen, Freundlichkeit, Spaß am Beruf und Spaß an Menschen ohne diese Bedingungen kommt man nicht weiter“ (G1, Z. 199-200).

„Man muss greifbar [für die Älteren] (Anm. d. Verf.) und diplomatisch sein und Einfühlungsvermögen haben“ (G2, S. 151-153).

„(...) Man muss unheimlich feinfühlig sein im Umgang mit jedem, mit den Ärzten, mit den Patienten und mit den Angehörigen. (...) Man braucht auf jeden Fall Berufserfahrung“ (G4, Z. 296-302).

Deutlich werden zudem die hohen Anforderungen an Kommunikationskompetenzen. Neben den fachspezifischen Kenntnissen zu Krankheitsbildern und praktischer Erfahrung im Umgang mit betroffenen Patientinnen und Patienten, wurde in den Interviews deutlich, dass Kenntnisse zum Sozialrecht, insbesondere zu Leistungen zur Kranken- und Pflegeversicherungen von großer Bedeutung sind.

„Dann natürlich medizinische Kenntnisse und Berufserfahrung als Arzthelferin oder Krankenschwester. Das sind die, die gebraucht werden“ (G1, Z. 201-202).

„Man muss, das ist das was mir immer noch fehlt – nach zwei Jahren, wirklich gute Kenntnisse im SGB haben, (...), da wird eine Fortbildung nicht reichen man braucht da eine kontinuierliche Weiterbildung. Da hilft mir zwar mein Fachwirt weiter, aber auch nicht in dem Maße, weil wir es da auch nicht so detailliert durchgenommen haben. Ich weiß das so grob, wo finde ich das im SGB? (...) kann das dann auch noch nachblättern und dann meinetwegen auch noch in die Begründung reinfassen weil gerade dafür ist es zum Beispiel wichtig. (...) das muss einfach gegeben sein, also man muss eine Grundlage haben. Also am besten eine Ausbildung zur Krankenschwester und eben halt eine Weiterbildung (...) als Sozialarbeiter.“ (G4, Z. 315-323)

Für die konkrete Betreuung Älterer sind Fähigkeiten zur Strukturierung komplexer Problemlagen und der erforderlichen Informationen sowie die selbstständige Recherche nach Informationen, die Herstellung von Zusammenhängen in der Lebens- und Versorgungssituation der Klientinnen und Klienten und zielgerichtete Überlegungen, welche Empfehlungen und Maßnahmen für die Klientin oder den Klienten am hilfreichsten sind und zugleich den größten Effekt in der aktuellen Situation erzielen. Erforderlich sind dabei auch ökonomische Aspekte: welche Therapien, Heil- und Hilfsmittel sind notwendig und werden tatsächlich genutzt, damit sie die gewünschte Wirkung erzielen?

„Also im Umgang braucht man natürlich auch das theoretische Wissen dann. Man muss vorausschauend beraten und handeln. Das ist ganz wichtig.“ (G4, Z. 329-332).

„Man bringt alles in Zusammenhänge (...) und macht es so für den Klienten verständlich“ (G4, Z. 306-308).

„Man muss auch gucken, wie fasst man die Leute an und wie erklärt man ihnen.“ (G2, Z. 156-157).

„Man muss schon auch ökonomisch denken, das versuchen wir schon und gucken dann eben halt, dass die Leute auch die Sachen bekommen, die sie wirklich brauchen“ (G4, Z. 355-356).

„Man muss auch immer gucken, was beantragt werden sollte und was den größten Effekt für die Situation hat“ (G2, Z. 159).

Überblick über die Tätigkeiten der Gesundheitshelferin

Die Tätigkeiten der Gesundheitshelferinnen lassen sich nach der Analyse der Gespräche in folgende Bereiche gliedern:

- Erfassung der Versorgungssituation, Information und Aufklärung,
- Organisation und Koordination,
- Aufklärung und Befähigung,
- Sicherstellung der Kontinuität/Nachhaltigkeit der Maßnahmen,
- Fallspezifische Einschätzung der Versorgungsbedarfe,
- Einschätzung zur Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft,
- Zusammenarbeit mit weiteren Leistungserbringenden
- Einschätzung der Klientinnen und Klienten und der Angehörigen und
- Dokumentation und Arbeitsorganisation.

Mit Einschreibung einer Klientin oder eines Klienten erfolgt die telefonische Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung für einen Hausbesuch. Dabei wird ein geriatrisches Assessment durchgeführt, das zur Situationserfassung und Bedarfsanalyse beiträgt. Das Assessment wird nach etwa einem Jahr wiederholt (Re-Assessment). Anhand dieser gewonnenen Informationen sind Probleme analysiert, Prioritäten werden festgelegt und Maßnahmen geplant (Hilfeplan), so dass sich oft mehrere Hilfpakete nach Themen und Prioritäten ergeben. Wesentlich ist hierbei die allgemeine Information der Patientinnen und Patienten.

„Am Anfang hat man diese typischen Antrittsbesuche, diese ersten Assessmentbesuche“ (G1, Z.15-16).

„Wir bekommen ja die Einschreibungen, z.B. über die (...) Hausärzte und führen dann den ersten Hausbesuch mit den ersten Assessments durch. (...) Wir dokumentieren und sondieren dann beim ersten Hausbesuch, wo die Schwerpunkte der Problematik sind.“ (G2, Z. 20-23).

„Ich muss auch wirklich gucken, dass ich zeitnah dokumentiere und dann zwar komplett, was auch sehr zeitaufwendig ist. (...) Man muss alles sortieren und gucken, wo die Schwachstellen sind. Oft fällt einem noch bei der Dokumentation etwas ein, was man machen könnte, weil jeder Klient ist ja individuell“ (G4, Z. 24-29).

„Also zu den typischen Tätigkeiten gehören diese Hausbesuche, in denen wir eine Situationserfassung machen. Das ist zeitlich gesehen sehr aufwendig, da man dort sehr detailliert vorgehen muss, weil es die Grundlage für alles andere ist“ (G4, Z. 11-13).

Weiterhin erhalten die Klienten Informationen und Aufklärung, z.B. über mögliche Leistungsansprüche und sozialer Versorgung (Pflegeleistungen, Heil- und Hilfsmittel, Schwerbehinderung, Grundsicherung, Sozialrecht) sowie Informationen zur Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung. Hinweise zur Wohnraumgestaltung und Sicherheit – z.B. durch die Installation eines Hausnotrufs – sowie zur hauswirtschaftlichen Versorgung werden ebenfalls gegeben. Insbesondere zu Beginn der Begleitung besteht ein hoher Informationsbedarf zu Leistungen, Pflege, Hilfsmitteln oder Ergotherapie. Weiterhin besteht Aufklärungs- und Informationsbedarf zum Projekt und den Gesundheitshelfe-

rinnen selbst – sowohl bei den Klientinnen und Klienten und ihren Angehörigen, als auch bei den (neu) einschreibenden Ärztinnen und Ärzten.

„Also Informationen sind ganz wichtig. (...) Die Angehörigen schreiben sich die Sachen auf oder ich schreibe es den älteren Menschen auf. Ich habe immer einen Block dabei und schreibe denen das immer groß auf mit Telefonnummer und Namen eines Ansprechpartners, wenn sie da alleine anrufen möchten“ (G4, Z. 160-164).

Organisation und Koordination

Zur Umsetzung und Koordination von Maßnahmen nehmen die Gesundheitshelferinnen mit entsprechenden Einrichtungen Kontakt auf. Dazu zählen Ärztinnen und Ärzte, Sanitätshäuser, Angehörige, Pflegedienste, Apotheken, Kranken- und Pflegeversicherungen sowie die Unterstützungs- und Beratungseinrichtungen in Lippe. Beispielhaft ist hier das Ausstellen von Verordnungen über Heil- und Hilfsmittel zu nennen, die mit der Hausärztin oder dem Hausarzt und dem Sanitätshaus abgestimmt werden. Generell werden die Hausärztinnen und Hausärzte über die Gesprächsergebnisse und den erstellten Hilfeplan informiert und in die weitere Planung eingebunden.

„Es geht dann wirklich am Anfang darum zu gucken, (...) wie es mit der Verordnung häuslicher Pflege aussieht, dass man Kontakt mit der Krankenkasse und dem Sanitätshaus aufnimmt. Natürlich muss alles mit dem Hausarzt abgeklärt werden. Darunter fällt auch noch die Verordnung entsprechender Hilfsmittel. Aber auch der Kontakt zu den Angehörigen ist wichtig, um abzustimmen, (...) wer welche Tätigkeiten in dem Prozess übernimmt. Es ist eben wichtig, dass man das alles miteinander koordiniert“ (G1, Z. 16-26).

Auch für die konkrete Versorgungsorganisation zwischen Pflegediensten, Angehörigen und anderen Unterstützungseinrichtungen werden die entsprechenden Maßnahmen koordiniert. In diesem Zusammenhang werden die Angehörigen für die Unterstützungsleistungen befähigt.

„Es gibt Klienten, die können das nicht alleine [die Koordination von Terminen und Maßnahmen, Anm. d. Verf.]. Da übernehmen wir das dann. Es gibt einige Klienten, bei denen das dann die Angehörigen machen, was auch Sinn der Sache ist, die Angehörigen zu befähigen Dinge selber zu erledigen“ (G4, Z. 66-68).

Aufklärung und Befähigung

Die Aufgaben der Gesundheitshelferinnen haben häufig befähigenden bzw. aufklärenden Charakter, wie die folgende Aussagen verdeutlichen.

„Das [Information und Aufklärung, Anm. d. Verf.] ist unser größter Schwerpunkt – überhaupt die Information über z.B. Leistungen im Gesundheitswesen“ (G3, Z. 41-42).

„Also Informationen werden nach wie vor häufig nachgefragt. Also das ist ja eigentlich unser Hauptgeschäft. Also ich informiere, weil ich gute Erfahrungen damit gemacht habe, (...) eigentlich ganz viel, nur

damit sie es einmal gehört haben. Weil ich die Erfahrung gemacht habe, irgendwann wird schon mal irgendein Problem auftauchen und dann melden sich die Leute, weil sie sich an die Informationen erinnern“ (G4, Z. 154-158).

„Teilweise auch Koordination, dass man empfiehlt Hilfsmittel zu verordnen, wie z.B. Ergotherapie. Oder dass man spezielle Hilfsmittel empfiehlt, die nicht im Hilfsmittelkatalog stehen“ (G3, Z. 47-48).

„Die Hilfsmittelversorgung (...), das Paket ambulante Pflege oder ambulante Hilfe, das Paket hauswirtschaftliche Versorgung (...), das Paket mit der Unterstützung bei Anträgen, wo auch die Patientenvorsorge und Vollmacht drunter fällt, (...) sind die wichtigsten Leistungen“ (G1, Z. 189-196).

„Bei Klienten, wo nur eine kleine Rente besteht und der Lebensunterhalt nicht mehr so bestritten werden kann (...), da beantragt man, wenn die Kriterien erfüllt sind, einen Schwerbehindertenausweis. Dann fragt man beim Sozialamt nach wegen Grundsicherung, weil oft trauen sich die älteren Menschen da nicht alleine hin“ (G3, Z. 282-286).

Ein weiterer wesentlicher Tätigkeitsbereich ist der Medikationscheck bzw. die Erfassung der Medikamente und, noch bedeutsamer, die Erfassung der Möglichkeit der Patientinnen und Patienten diese auch selbständig regelmäßig einzunehmen.

„Medikamentenmanagement ist ganz wichtig.“ (G3, Z. 272).

„Ja es gibt Schwierigkeiten zum Beispiel bei der Medikamentengabe. Es gibt Erkrankte, die auf eine Unterstützung der Medikamentengabe durch den Pflegedienst angewiesen sind (...). Das Problem daran sind die hohen Kosten, den Pflegedienst täglich mehrmals kommen zu lassen, um die Medikamentengabe sicherzustellen. Die Pflegekasse versucht natürlich die Kosten dafür so gering wie möglich zu halten (...). Damit haben wir jedoch in der Umsetzung negative Erfahrungen gemacht. Die Herausforderung ist es, die Pflegekasse beziehungsweise die Krankenkasse von der Notwendigkeit der regelmäßigen Sicherstellung der Medikamentengabe zu überzeugen“ (G3, Z. 136-143).

Deutlich wird in den vorangegangenen Passagen der Aussagen, dass sich die Gesundheitshelferinnen häufig als „Anwältinnen der geriatrischen Patientinnen und Patienten“ verstehen. Sie kennen die Situation der älteren Menschen vor Ort, d.h. in ihrem häuslichen Umfeld, und können daher sehr gut einschätzen, welchen Hilfebedarf der Einzelne tatsächlich hat.

Sicherstellung der Kontinuität/Nachhaltigkeit der Maßnahmen

Die Gesundheitshelferinnen stehen regelmäßig in Kontakt mit den Klientinnen und Klienten. Zum einen wird überprüft, ob die Umsetzung der geplanten oder eingeleiteten Maßnahmen stattgefunden hat und ob die Patientinnen und Patienten damit zurechtkommen bzw. ihnen damit geholfen ist. Darüber hinaus wird erfasst, ob sich der Gesundheitszustand des Klienten verändert hat und ggf. weitere Maßnahmen ergriffen werden müssen oder der Hilfeplan anzupassen ist. Die Häufigkeit der Kontakte erfolgt individuell nach Einschätzung der Situation und in Abstimmung mit der Hausärztin oder dem Hausarzt. Im Falle der Unterstützung durch Angehörige wird der Kontakt bspw. nach 6-8 Wochen wieder aufgenommen und danach – „wenn alles in Ordnung ist“ – alle drei bis vier Monate

wiederholt. Je nach Zustand der Klientin oder des Klienten kann dies auch erst nach einem halben Jahr erfolgen. Kommt es allerdings zu „Zwischenfällen“ bzw. Krisensituationen reagieren die Gesundheitshelferinnen schnell und nehmen nicht nur telefonischen, sondern auch persönlichen Kontakt auf. Die nachfolgenden Interviewpassagen vermitteln einen Eindruck davon.

„Anschließend [nach dem Eingangsassessment, Anm. d. Verf.] geht es darum, den Kontakt zu halten und nachzuhalten, ob das, was man eingeleitet hat, auch wirklich Bestand hat und eingehalten wird“ (G1, Z. 27-31).

„Am aufwendigsten ist eben das viele Telefonieren, um alles nachzuhalten, was man eingeleitet hat“ (G1, Z. 52-53).

„Wie oft ich mit den Klienten Kontakt habe ist ganz individuell. Wenn ich sehe, da habe ich jemanden, der ist gut versorgt und da ist auch ein familiäres Umfeld, das sich kümmert, dann rufe ich am Anfang alle sechs bis acht Wochen an. (...) Und wenn ich sehe, es funktioniert alles, dann mache ich auch alle drei bis vier Monate einen Anruf“ (G1, Z. 127-134).

„Das mit dem Kontakthalten ist völlig unterschiedlich. Also da kann ich Ihnen noch nicht mal wirklich Daten sagen, weil es wirklich so unterschiedlich ist. Es ist wirklich situationsabhängig“ (G2, Z. 146-147).

„Am Anfang hatten wir gesagt alle zwei bis drei Monate bei jedem melden. Es hat sich dann aber gezeigt, dass das so gar nicht tragbar war“ (G1, Z. 137-139).

„Ich habe einfach nicht die Zeit mich eher bei den Klienten zu melden. Sicherlich bleiben die Klienten, die alleine leben, die keine Unterstützung von den Angehörigen haben oder keine Angehörigen haben, einem in Erinnerung. Da macht man sich dann die Notiz und dann ruft man da öfter an und macht öfter Hausbesuche“ (G3, Z. 312-315).

„Es ist auch so, dass ich Teilnehmer bitte, sich bei mir zu melden, wenn etwas ist. Das funktioniert natürlich bei denen, die schon über zwei Jahr in dem Projekt sind, ganz gut.“ (G4, Z. 52-56).

Deutlich wird in den Aussagen, dass die Intensität der Kontakte bzw. des aus Sicht der Gesundheitshelferinnen notwendige Monitoring der Maßnahmen sehr stark im Einzelfall variieren kann. Eine pauschale Zuordnung von „Leistungspauschalen“ scheint aus diesem Grunde sehr schwer möglich, da die Vielfalt der Problemlagen und die Dringlichkeit, koordinierend oder informierend tätig zu werden, sehr stark von der sozialen und aktuellen gesundheitlichen Situation im Einzelfall abhängt.

Fallspezifische Einschätzung der Versorgungsbedarfe

Die pauschale Zuordnung des tatsächlichen Versorgungsbedarfes geriatrischer Patientinnen und Patienten hängt, wie zuvor beschrieben, von vielen Faktoren ab, die die Gesundheitshelferinnen berücksichtigen müssen.

„Also das ist wirklich reiner Informationsbedarf am Anfang oder in den ersten Anfängen würde ich sagen – so ¼, die die etwas mehr Hilfe benötigten, die die wirklich intensive Hilfe benötigen. (...) Von dem ersten

Viertel, die eben weniger Hilfebedarf haben, rutschen dann auch wirklich ein paar in den intensiven Hilfebedarf“ (G1, Z. 151-153).

„Der Nutzen [für die Patientinnen und Patienten, Anm. d. Verf.] ist natürlich, dass sie durch die dauerhafte Begleitung eine Entlastung spüren. Eine Entlastung ihrer Leidenssituation durch entsprechende Hilfsmaßnahmen“ (G1, Z. 207-208).

„Aber auch das sie eine Vertrauensperson haben, die Sie anrufen können. Eine Vertrauensperson die vielleicht einen anderen Stellenwert hat als ein Angehöriger oder der Arzt, aber die Verbindung zum Hausarzt doch da ist“ (G1, Z. 209-211).

„Das ist eine sehr interessante Entwicklung. Das sich da dann auf einmal bei Klienten zeigt, wo man vorher dachte, dass die keinen Bedarf haben, dass die dann jetzt nach einem Jahr ankommen und um Hilfe bitten“ (G2, Z. 34-36).

Ein großer Bedarf der Klienten betrifft die *hauswirtschaftliche Versorgung*, jedoch bestehen hier Versorgungs- und Angebotsdefizit. In vielen Fällen ist es ausreichend, den Klienten die entsprechenden *Informationen* zu übermitteln und *sie zu befähigen*, sich allein oder mit Hilfe ihrer Angehörigen „zu kümmern“, um beispielsweise Leistungsansprüche geltend zu machen.

In einer weiteren Anzahl von Fällen verstehen sich die Gesundheitshelferinnen als Koordinatorin und bzw. Verbindungsglied zur Hausärzteschaft dar. Zum einen fangen sie durch den regelmäßigen Kontakt mit den Klientinnen und Klienten Gespräche auf, die andernfalls in der hausärztlichen Praxis geführt worden wären. Dies bedeutet eine Entlastung für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Zum anderen vermitteln die Gesundheitshelferinnen den Hausärztinnen und Hausärzten ein Bild über die häusliche Situation, aber auch über den Zustand der seelischen und körperlichen Gesundheit der Patientinnen und Patienten, die den Hausärztinnen und Hausärzten oft verborgen bleibt.

Einschätzung zur Zusammenarbeit mit den Ärzten

Für den Erfolg einer interprofessionellen Zusammenarbeit ist die Abstimmung der Tätigkeiten der Gesundheitshelferinnen mit den Hausärztinnen und Hausärzten eine wichtige Bedingung. In den Interviews wurden die Gesundheitshelferinnen danach gefragt, wie sie die Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft einschätzen. Deutlich wird in den beispielhaft ausgewählten Zitaten, dass Qualität der Zusammenarbeit und Abstimmung der Versorgung im Laufe der Zeit zunimmt. Vor dem Hintergrund, dass es sich hierbei um eine neue Versorgungsform handelt, bei der Abläufe im Sinne eines „lernenden Systems“ fortwährend angepasst, verändert und weiterentwickelt werden, ist dieser Befund zunächst nicht überraschend.

„Die Zusammenarbeit sieht gut aus. Nach dem ersten Besuch – nach der Einschreibung halten wir Rücksprache mit dem Arzt und tauschen uns über unsere Einschätzungen aus. Der Hausarzt ist bereit unsere Tätigkeiten zu unterstützen“ (G1, Z. 74-80).

„Ich würde mir schon manchmal etwas mehr von der Seite der Hausärzte wünschen. Manche sind sehr offen, da klappt das hervorragend, wenn man eine Nachfrage hat. Aber manche erreicht man auch überhaupt nicht“ (G2, Z. 80-83).

„Es gibt viele Hausärzte die nach einem Jahr von interessierten Patienten auf das Projekt angesprochen werden. (...) Dann rufen die Ärzte hier an und informieren sich über die Funktionsweise, die notwendigen Formulare und natürlich auch über den Nutzen für die Patienten“ (G2, Z.100-106).

„Mit denen es wirklich gut geht, die wundern sich manchmal über die Lebensgewohnheiten oder die Lebensumstände ihrer langjährigen Patienten. Obwohl sie eigentlich immer gedacht haben, sie wüssten alles über die“ (G2, Z. 202-205).

„Es ist oft so, dass man mit den Ärzten am besten zusammenarbeitet, weil da man eben kurz anrufen und nachfragen kann (...). Es wäre wünschenswert, wenn das überall so einfach ginge“ (G4, Z. 114-122).

„Also ich denke mal schon, dass das Projekt einen Nutzen für den Patienten hat, weil es stark an den Ärzten angegliedert ist. Unter der Voraussetzung, dass die Zusammenarbeit noch besser wird. Es gibt auch Ärzte die die Medikamentenpläne schon mitschicken und die man dann zu Hause bei den Leuten durchgibt. Manchmal fallen einem dann noch zusätzliche Medikamente auf, die von einem Facharzt verschrieben wurden, was der Hausarzt gar nicht weiß. In Form eines Feedbacks bekommt der Hausarzt den Medikamentenplan von uns wieder zurück, mit dem Hinweis, dass er das dann weiter abstimmen muss“ (G4, Z. 222-227).

Insgesamt deutlich wird in den Aussagen der Zusatznutzen dieser Form der ergänzenden Leistungserbringung durch die Gesundheitshelferinnen. Insbesondere das Medikamentenmanagement kann aus ihrer Sicht eine hilfreiche Unterstützung für die Hausärztinnen und Hausärzte und damit schließlich auch für die Patientinnen und Patienten darstellen. Ein weiterer wesentlicher Vorteil dieses Versorgungsarrangements ist aus Sicht der Gesundheitshelferinnen eine effiziente Aufteilung von Tätigkeiten. In dem nachfolgende Zitat macht die Interviewte deutlich, dass die Gesundheitshelferinnen mit dazu beitragen, dass mit ihrem Einsatz, die Tätigkeiten der Hausärztinnen und Hausärzte auf die wesentlichen medizinischen Fragen der Patientinnen und Patienten hin optimiert werden können.

„Für die Hausärzte ist es eine große Zeitersparnis, weil man ganz viel Gespräche auffängt, die eigentlich sonst an den Hausarzt gerichtet werden, wo er dann keine Zeit für hat. (...) Was natürlich auch für die Tätigkeit eines Hausarztes wichtig ist, nicht nur diese körperliche Gesundheit zu sehen, sondern auch erfährt, wie der seelische Zustand ist“ (G4, Z. 236-241).

Insgesamt spiegeln die Aussagen der Gesundheitshelferinnen eine hohe Akzeptanz der Ärzte hinsichtlich ihrer Tätigkeiten wieder und sie bewerten die Zusammenarbeit insgesamt positiv.

Zusammenarbeit mit weiteren Leistungserbringern

Das Leitmotiv der koordinierenden Tätigkeiten der Gesundheitshelferinnen lautet, die entsprechende Fachexpertise für die fallbezogene Problematik zusammenzubringen bzw. zu koordinieren.

„Wenn unsere Kompetenzen aufhören, dann schalten wir die entsprechenden Dienste ein“ (G3, Z. 104-105).

Weder bieten die Gesundheitshelferinnen Wohnraumberatung noch Ernährungsberatung, Pflegeberatung oder psychosoziale Hilfe an. Je nach Bedarfslage unterstützen oder koordinieren die Gesundheitshelferinnen die Kontakte zu den jeweiligen Fachdiensten. Die nachfolgenden Aussagen sind Beispiele für die Vielfalt der Zusammenarbeit mit anderen Leistungsanbietern.

„Die Zusammenarbeit mit dem ambulanten Pflegedienst hat sich sehr gebessert muss ich sagen. Am Anfang hatte der ambulante Pflegedienst Angst, dass man Ihnen die Arbeit wegnimmt. (...) Ich denke mittlerweile ist klar geworden, dass wir denen keine Arbeit wegnehmen sondern zusätzlich schaffen“ (G1, Z. 90-93). „Sobald ein Pflegedienst eingeschaltet wird, muss man sich absprechen und entscheiden, wer was macht. Das muss nicht doppelt geführt werden“ (G3, Z. 65-66).

„Die Zusammenarbeit mit dem Pflegestützpunkt und der psychosozialen Beratung läuft auch wirklich gut. Nachdem wir uns ein paar Mal zusammengesetzt haben ist unsere Beziehung schon richtig freundschaftlich geworden“ (G1, Z. 94-96).

„Es kommt drauf an wie dringlich das ist, ein Gespräch. Also die Erfahrung hat gezeigt, dass es sehr schnell geht, meistens noch am gleichen Tag. Und in einem Gespräch hat die psychosoziale Beratung angeboten, dass man sich ruhig bei ihnen melden kann, wenn man im Hausbesuch ist“ (G3, Z. 121-123).

„Ich wende mich häufig bei Fragen zur Wohnraumanpassung an die Wohnraumberatung, da arbeite ich ganz gut mit zusammen beziehungsweise auch an die psychosoziale Beratung oder mittlerweile kommt das auch so langsam mit dem Pflegestützpunkt ins Rollen, das man so langsam die Feinheiten mitbekommt“ (G4, Z. 75-78).

Während die Zusammenarbeit mit einer Vielzahl von weiteren Diensten entwickelt und erprobt werden musste, gab es zu Beginn des Projektes erhebliche Befürchtungen, dass mit der Einführung der Gesundheitshelferinnen eine wettbewerblich bedingte Veränderung in den entsprechenden Marktsegmenten einhergeht. Sowohl die Gesundheitshelferinnen als auch alle weiteren Projektbeteiligten, insbesondere das Klinikum und das Ärztenetz, mussten somit immer wieder darauf hinweisen, dass die Gesundheitshelferinnen in erste Linie Leistungen koordinieren bzw. überhaupt erst einmal ermöglichen. Die folgenden Zitate sind ein Beleg dafür, dass insbesondere zu Beginn die Zusammenarbeit zwischen den Leistungsanbietern erprobt werden mussten.

„Auf die anderen Unterstützungseinrichtungen weisen wir auch regelmäßig hin, wenn der Bedarf da ist. Es kommt immer auf die Situation an, was jetzt akut gewollt wird“ (G2, Z. 76-77). [Beispielsweise beim, Anm. d. Verf.] (...) lippischen Beraterdienst sind wir etabliert, bei der psychosozialen Beratung auch. Bei dem Pflegestützpunkt haben sich mittlerweile auch die Wogen geglättet“ (G3, Z. 95-96).

„Gut es gibt Dienste, mit denen arbeitet man sehr gut zusammen und es gibt Dienste, die sind immer noch der Meinung, dass man denen was wegnimmt und das war eben anfangs extrem und deswegen denke ich, ist es teilweise auch zu Schwierigkeiten gekommen“ (G4, Z. 183-186).

„Wenn es um Pflegedienst geht, ist es wichtig, dass man wirklich den Leuten die Liste vorliest und dann auch ganz strickt sagt, dass man keinen empfehlen darf. Da wird oft ganz viel nach gefragt, aber das dür-

fen wir nicht und machen wir auch nicht. Es ist wichtig, dass sich die Klienten selbst einen Pflegedienst aus-suchen“ (G4, Z. 212-216).

Klientinnen und Klienten und Angehörige

Gefragt nach ihren Klientinnen und Klienten äußerten die Gesundheitshelferinnen überwiegend, dass es einen sehr sensiblen Umgang mit den Patientinnen und Patienten bedürfe, damit diese Vertrauen in die Gesundheitshelferinnen aufbauen können. Dass dieser Vertrauensaufbau gelingt und die Gesundheitshelferinnen bei den Klientinnen und Klienten sowie bei den Angehörigen auf breite Akzeptanz stoßen, verdeutlichen die nachfolgenden Zitate.

„Dadurch, dass man mit älteren Menschen arbeitet, ist es grundsätzlich so, dass man immer wiederholt. (...) Teilweise braucht man auch mehrere Kontakte, bis ein Klient die Hilfe überhaupt annehmen will“ (G3, Z. 166-168). „Es gibt Leute die einfach auch gar nicht kooperativ sind. (...) Es hilft dann vertrauenswürdige Maßnahmen zu ergreifen“ (G1, Z. 178-181).

„Bei den Ehepaaren ist es ohne hin so, da hat man immer beide als Gesprächspartner. Egal ob beide eingeschrieben sind oder nicht. Es ist ja auch so, wenn der Ehemann nur eingeschrieben ist und einen Schwerbehindertenausweis beantragt, dann muss ich der Ehefrau das genauso erklären und ihr den Zettel hinlegen. Die sind dann schon zusammen“ (G2, Z. 120-142).

„Ja also man muss sich wirklich auf das Klientel älterer Menschen einstellen und auch [auf, Anm. d. Verf.] die Angehörigen. Ich mache lieber einen Hausbesuch mit Angehörigen, wenn sich die Klienten sehr unsicher sind. Aber es bringt natürlich auch Probleme mit sich. Es zieht erst mal den ganzen Hausbesuch in die Länge“ (G3, Z. 258-263).

„Ich lasse mir zwar keine Finanzen vorlegen oder frage auch nicht nach Renten, (...) da müssten wir dann aber doch, wenn wir dahin fahren etwas mehr Informationen drüber haben. Sicherlich verweisen wir dann an andere Dienstleister, wie die psychosoziale Beratung, die da super kompetent drin ist. Aber das ist gerade bei älteren Menschen manchmal etwas schwierig, weil die dann einer Fremden ihre Probleme anvertrauen sollen. Das wird dann oftmals nicht angenommen“ (G2, Z. 62-71).

Der Kontakt zu den Angehörigen wird durchweg sehr positiv eingeschätzt. Aus den Aussagen wird deutlich, dass in der Zusammenarbeit mit Angehörigen ein großes Synergiepotenzial in der Versorgung älterer Menschen in der häuslichen Umgebung zu sehen ist. Angehörige bewerten laut Gesundheitshelferinnen die Information sowie die Unterstützungsangebote als hilfreich, davon profitiert nicht zuletzt die Zusammenarbeit zwischen Patientin oder Patient und Gesundheitshelferin. .

„Ziel ist dann, die Angehörigen soweit zu unterstützen, dass sie den Wunsch des Klienten, zu Hause zu bleiben, erfüllen können und dabei eng mit dem Pflegedienst zusammenarbeiten“ (G3, Z. 146-148). „Also wenn Angehörige dabei sind, die wirklich engagiert sind, dann läuft das sehr gut. Wir geben Informationen weiter und im Hausbesuch machen die sich dann Notizen. Dann gehen wir Punkt für Punkt durch, wie was organisiert werden muss“ (G3, Z. 182-184). „Wenn Angehörige den Prozess unterstützen, funktioniert es in jedem

Fall besser. Dann kann man das besser delegieren, weil die Angehörigen viele Aufgaben für uns übernehmen. Das muss inzwischen einfach bei vielen so laufen, weil wir hier sonst zu viel zu tun haben“ (G1, Z. 119-123).

„Bei den Dementen die eingeschrieben sind (...), da hat man natürlich nur Kontakt mit den Angehörigen. Weil bei den Dementen selbst kann ich nicht viel erfahren. Da kann ich mir zwar einen gewissen Eindruck machen und versuchen gewisse Dinge zu entlocken, aber letztendlich läuft da alles über die Angehörigen“ (G2, Z. 116-119).

„Vieles an Informationen oder auch so an gewissen Tätigkeiten überlasse ich auch den Angehörigen. Ich will ja nichts wegnehmen. Ich will ja nicht da alles tun. (...) Wenn Angehörige da sind und die auch die Möglichkeit haben, dann gucke ich schon, dass man die mit einbezieht“ (G2, Z. 124-129).

„Von einigen Angehörigen habe ich zum Beispiel gesagt bekommen: „Wenn Sie nicht gewesen wären. Ich hätte gar nicht den Mut gehabt mich zu entscheiden, meine Mutter zu unterstützen“ (G3, Z. 148-150). „Es sind auch immer ganz viele Angehörige da, die das Projekt gut finden. Also das sie da wirklich eine Stelle haben, wo sie anrufen können“ (G4, Z. 166-167).

„Viele Angehörige geben das Feedback, dass das Projekt ganz gut ist. Die sind zufrieden und wissen es ist einer zu Hause, es hat sich einer was angeguckt, es sind vielleicht auch schon die Themen angesprochen worden und es wurde schon mal was in die Wege geleitet, was sie vielleicht schon seit ein oder zwei Jahren immer wieder ansprechen. (...) Es ist doch was anderes, wenn ein Außenstehender kommt und dann seine qualifizierte Meinung dazu gibt, auch wenn man es dann eben halt nur empfiehlt“ (G4, Z. 246-251).

Dokumentation

Eine zeitintensive Tätigkeit, so hat die Analyse ergeben, ist aus Sicht der Gesundheitshelferinnen die Dokumentation ihrer Arbeit.

„Aufwändig ist natürlich die Dokumentation, (...) wobei die natürlich für die Evaluation wichtig ist und ich denke auch bei der Fortführung des Projektes wird sie so bleiben. Da wird sich nicht viel reduzieren lassen, eben auch um den Blick über die Tätigkeiten zu geben“ (G2, Z. 39-40).

„Ich muss auch wirklich gucken, dass ich zeitnah dokumentiere und dann zwar komplett, was auch sehr zeitaufwendig ist. (...) Man muss alles sortieren und gucken, wo die Schwachstellen sind. Oft fällt einem noch bei der Dokumentation etwas ein, was man machen könnte, weil jeder Klient ist ja individuell“ (G4, Z. 24-29).

„Wichtig ist für mich, dass ich zeitnah dokumentiere, weil sonst mir ganz viel verlorengelht (...). Das Dokumentieren funktioniert in der letzten Zeit auch ganz schlecht, weil so viele Klienten eingeschrieben sind. (...) Man hat dadurch so viele Sachen nachzuarbeiten (...)" (G4, Z. 264-272).

Zusammenfassend betrachtet schätzen die Gesundheitshelferinnen ihre Tätigkeiten als patientenorientiert und hilfreich für alle Beteiligten – insbesondere für die von ihnen betreuten Patientinnen und Patienten, aber auch für die beteiligten Ärztinnen und Ärzte in der Praxis und der Klinik – ein.

„Vorteile des Projektes sind auf jeden Fall, dass wir mit den Ärzten zusammenarbeiten“ (G1, Z. 100). „Ein anderer Vorteil ist auch noch das wir dauerhaft Kontakt zu den Klienten halten. Nicht wie der Pflegestützpunkt beispielsweise. Die kümmern sich sicherlich auch um einen Patienten, ziehen sich dann aber wieder zurück“ (G1, Z. 103-105). „Durch die dauerhafte Begleitung der Klienten ist das für die Patienten auf jeden Fall so eine Sicherheit. Da ist jemand den können sie anrufen, wenn sie eine Frage haben“ (G1, Z. 105-107).

Sie identifizieren sich mit ihrer Tätigkeit, obwohl diese Form der Aufgabenerledigung auch mit einer entsprechend hohen Verantwortung und mit großem zeitlichem Druck einhergeht. Ca. 200 Fälle können von einer Gesundheitshelferin betreut werden, wobei die Betreuungsintensität von Fall zu Fall z.T. sehr deutlich variiert.

„Es macht unheimlich viel Spaß. Der Job ist super anspruchsvoll und befriedigend für einen selber, wenn man das mit Herz und Seele und Verstand macht. Aber es ist unheimlich anstrengend in der Form unter ständigem Zeitdruck zu stehen“ (G1, Z. 232-235). „Wir haben ja diese normalen Aufnahmebesuche mit den standardisierten Bereichen (...), dass wird auch so bleiben mit dem Barthel, IADL und all diesen Dingen. (...) Man hat eben einen Leitfaden, eine Abfrage, die für alle gleich ist. So sieht man sofort, was zu Hause funktioniert und was nicht. (...) Auch die Krankenkassen wollen so was wissen, sobald sie die Kosten übernehmen sollen. Ich denke es ist aber auch hilfreich, um später die Wirksamkeit zu überprüfen“ (G2, Z. 167-178).

B.2.2 AKZEPTANZ DES VERSORGUNGSMODELLS AUS ÄRZTLICHER SICHT

Eine Frage im Rahmen der Einführung neuer Versorgungsstrukturen stellt auch immer die Akzeptanz und Nutzenbewertung der beteiligten Berufsgruppen dar. Der Wahrnehmung der Ärzteschaft kommt hier eine besondere Bedeutung zu, insbesondere bezogen auf die Frage, inwieweit die niedergelassenen Hausärzte in der Unterstützung durch die Gesundheitshelferinnen eine sinnvolle Ergänzung ihrer Tätigkeit sehen. Die folgenden Aussagen basieren auf Interviews, die im Zeitraum von Oktober 2010 bis Februar 2011 auf der Basis eines Leitfadens (vgl. Anhang) in Kooperation mit der Universität Bielefeld geführt worden sind. Zudem sind die Interviews inhaltsanalytisch ausgewertet worden. Die gebildeten Kategorien *Information, Kommunikation, Ganzheitlichkeit der Behandlung, Akzeptanz* der Gesundheitshelferinnen, *Behandlungsabläufe* haben sich im Rahmen der Analyse induktiv herauskristallisiert und stellen demnach aus Sicht der Ärzteschaft wesentliche Aspekte dar, die im Zusammenhang mit der Thematik genannt werden müssen, dar.

Verfügbarkeit von Information

„Das Gesundheitswesen ist eine Branche, in der die qualitätsgesicherte Verfügbarkeit von Informationen einen hohen Stellenwert hat.“ (Bundesverband Geriatrie e.V. 2010, S.91) Die visionäre Vorstellung der Gesundheitshelferinnen ist, dass sie als zentrale Informationsstelle fungieren. Selbst wichtige Informationen über Patientinnen und Patienten einholen, von anderen Akteurinnen und Akteuren Informationen weiter gereicht bekommen und bei

Bedarf andere Dienstleistende mit allen nötigen Informationen versorgen können. Eine Bündelung aller Informationen bedeutet, dass sowohl die Patientin und der Patient ganzheitlich bedient werden kann, doppelte Untersuchungen oder Therapien vermieden werden können, als auch eine Zeitersparnis der beteiligten Akteurinnen und Akteure, die wiederum den Patientinnen und Patienten zugutekommt. Durch diese Verfügbarkeit von Informationen kann eine hohe Qualität aller medizinisch-pflegerischen und sozialen Bedürfnisse gewährleistet werden.

Weiterhin können durch den Einsatz der Gesundheitshelferinnen, Informationen über den Patientinnen und Patienten gesammelt werden, die der Ärztin oder dem Arzt im Praxisalltag nicht zu Verfügung stehen, wie z. B. Informationen bezüglich des sozialen Umfeldes, oder der Bewältigung von Aktivitäten des täglichen Lebens. Informationen, die für eine ganzheitliche Versorgung unverzichtbar sind. Das Zitat,

„[...] abgesehen vom Informationsdefizit, was eindeutig vorherrscht, weil keiner mit dem Anderen redet, also nicht aus bösem Willen, sondern einfach weil das so nicht vorgesehen ist – es hat ja auch keiner Interesse daran“ (Interview Experten 6),

benennt die Problematik bezüglich des Informationsaustauschs. Informationsdefizite sind in verschiedenen Zusammenhängen zu beobachten. So haben Ärztinnen und Ärzte durch den ständig herrschenden Zeit- und Kostendruck immer weniger Kenntnis über die Lebenssituation ihrer Patientinnen und Patienten, über Ängste und Nöte, die häufig auch ursächlich für einen Besuch bei Ärztin oder Arzt sein können. Dieses Informationsdefizit in der täglichen ärztlichen Routine wurde auch durch die Interviews deutlich. Außerdem konnte festgestellt werden, dass es kaum Informationen über weitere beteiligte Akteurinnen und Akteure gibt, diesen Umstand hat ein Arzt wie folgt ausgedrückt:

„Was mich sehr erstaunt hat, wie viel parallel existiert, ohne voneinander zu wissen. Also ein Paralleluniversum, ohne Ende“ (Interview Experten 3)

Kommunikation zwischen Leistungserbringern

Um eine hohe Qualität in der geriatrischen Versorgung ermöglichen zu können, ist es unvermeidlich, eine professionelle, kontinuierliche Kommunikation zwischen Patientinnen und Patienten, den Angehörigen und den beteiligten Akteurinnen und Akteuren anzustreben (Bundesverband Geriatrie e.V. 2010, S. 13ff.). Dass dies im Versorgungsalltag der geriatrischen Patientinnen und Patienten auch im Kreis Lippe optimiert werden kann, wurde in den Interviews deutlich. Den aktuellen Zustand, der durch die intersektorale Trennung begünstigt wird, kann an mehreren Aspekten deutlich gemacht werden.

Sowohl bei der ärztlichen als auch der sozial-pflegerischen Versorgung findet wenig Informationsaustausch statt. Es gibt kaum Absprachen zwischen den stationär Behandelnden, den Hausärztinnen und Hausärzten sowie dem Sozial- oder Psychosozialdienst der Klinik und den ambulant aktiven Akteurinnen und Akteuren, wie dem Pflegedienst. Dieses Informationsdefizit führt zu Problemen, die sich direkt oder indirekt negativ auf die Versorgungsqualität auswirken können. Als direkte Belastung für die Patientin und den Patienten wurde von den Interviewten die *inadäquate Koordination bei der Arzneimittelversorgung* genannt. Als ein weiteres Problem wurde die Umsetzung ihrer Rolle als „Endverantwortlicher“ gesehen. Durch die mangelnde Absprache der Akteure im ambulanten Bereich verlieren Hausärztinnen und Hausärzte den Überblick über Therapie, Hilfsmittelbedarf und Pflegeversorgung:

*„Medizinisch ist das halt in Deutschland so geregelt, dass der Arzt die Endverantwortung hat und wenn ich sie habe, dann muss ich sie auch tragen können und das geht nur über Kommunikation und Information.“
(Interview Experten 3).*

Die Analyse der Interviews hat ergeben, dass die meisten Akteurinnen und Akteure wissen, wie die Kommunikation untereinander, mit Patientinnen und Patienten oder den pflegenden Angehörigen idealerweise zu gestalten ist. Der Austausch mit Patientinnen und Patienten über Lebenswünsche, Möglichkeiten der Versorgung ist ebenso bedeutend wie mit den pflegenden Angehörigen. Auch diese haben einen hohen Bedarf an Information und benötigen die Unterstützung von professionellen Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitswesen.

In der Studie von Frohnhofers konnte gezeigt werden, dass die professionelle geriatrische Versorgung alleine nicht ausreicht, sondern dass die professionelle Teamarbeit von beteiligten Berufsgruppen die Versorgung älterer Menschen effektiver gestaltet (Frohnhofers 2009). Dies sollte als Leitgedanke von zukünftigen Kommunikationszielen dienen und standardisierte Kommunikationsstrukturen aufzubauen, um informelle Strukturen in formale Vernetzung zu überführen, sodass die Kommunikation zwischen einzelnen Personen nicht an persönliche Bekanntschaften und Sympathien gebunden ist, sondern in eine professionelle standardisierte Form verwandelt wird.

Ganzheitlichkeit der Versorgung

Die Interviews haben zudem ergeben, dass die Ärztinnen und Ärzte ihren Fokus derzeit (noch) im Wesentlichen auf die Krankengeschichte der Patientinnen und Patienten legen. Krankheiten und Einschränkungen stehen auch aus Sicht der Patientinnen und Patienten traditionell beim Arztbesuch im Vordergrund. Diese funktional und pathologisch ausgerichtete Sichtweise der Akteurinnen und Akteure wird im folgenden Zitat deutlich:

„Dann gucken wir, was braucht dieser Patient an Pflege, an Versorgung, an Hilfsmittel (...).“ (Interview Experten 7).

Trotz des oben beschriebenen Zustandes, ist den Akteurinnen und Akteuren diese Sichtweise sehr wohl bewusst und es wird vereinzelt formuliert, dass die Versorgung

„[...] optimal wäre, wenn [die Versorgung, Anm. d. Verf.] wirklich patientenorientiert wäre, was ich nicht glaube, was [sie, Anm. d. Verf.] bisher ist.“ (Interview Experten 3).

Hier wird neben der medizinischen Sichtweise der Ärzteschaft auch ein Optimierungswille zu stärker ganzheitlich ausgerichteten Versorgungsstrukturen unter den Ärztinnen und Ärzten erkennbar. Aus folgendem Zitat geht hervor, dass die ganzheitliche Betrachtung des geriatrischen Patientinnen und Patienten unverzichtbar für seinen weiteren Lebens-/Versorgungsweg ist:

„[...] dann ist es ganz wichtig bei einem geriatrischen Patienten nicht nur die körperliche Seite zu sehen, also nicht nur das Medizinische, also die ganzen Diagnosen, die er hat, sondern im Vordergrund steht wirklich, die Lebensqualität, daran machen wir unsere Maßnahmen auch fest.“ (Interview Experten 4).

Für eine qualitativ hochwertige Versorgung geriatrischer Patienten wünschen sich die interviewten Ärzte eine umfassendere Perspektive auf die Patientinnen und Patienten. Denn nur so sehen sie die aktuellen und zukünftigen

Versorgungsbedürfnisse in Bezug auf Defizite und Ressourcen in ihrem häuslichen Umfeld sichergestellt. Die beiden folgenden Zitate verdeutlichen diesen Aspekt:

„Das heißt, wenn man hingehen würde und sich erst mal mit dem Patienten auseinandersetzt, was sind seine Ziele, was ist seine Perspektive, seine eigene Vision von seinem Leben“. (Interview Experten 3) und

„[...] also erstmal gehört das gesamte soziale Umfeld zu einem geriatrischen Patienten [...]“. (Interview Experten 4).

Es geht den interviewten Ärzten im Wesentlichen um das Erfassen der noch vorhandenen Ressourcen und um die Wünsche und Ziele ihrer Patientinnen und Patienten. Denn nur so ist es ihnen möglich, den geriatrischen Patientinnen und Patienten in ihrer Ganzheitlichkeit, mit all ihren individuellen Besonderheiten und Bedürfnissen zu erfassen und entsprechend umfassend zu behandeln.

Vertrauen – Akzeptanz der Gesundheitshelferinnen

Vertrauen zwischen Gesundheitsprofessionen ist im Versorgungsalltag von elementarer Bedeutung. Gemeint ist hier das Vertrauen, welches sich beispielsweise Hausärztinnen und Hausärzte, Ärztinnen und Ärzte in der Klinik, Fachärztinnen und Fachärzte und Gesundheitshelferinnen entgegen bringen. Ganz deutlich wurde dieser Aspekt in den Untersuchungen an zwei Schnittstellen: Es ließ sich feststellen, dass das Vertrauen zwischen den an der geriatrischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen und den Gesundheitshelferinnen als eher gering eingeschätzt und als verbesserungswürdig empfunden wird. Dies konnte in fast allen durchgeführten Interviews festgestellt werden und verdeutlicht zudem die zu verbessernde Kommunikation untereinander und das unzureichende Wissen um das Leistungsspektrum der anderen beteiligten Akteurinnen und Akteuren. Es besteht auf vielen Ebenen die Sorge, bisher innegehabte Kompetenzen zu verlieren:

„Und jetzt gibt’s natürlich riesen Kompetenzgerangel im Lippischen und wir müssen echt mal versuchen da Ordnung rein zu bringen und den Leuten klar zu machen, dass man ihnen nicht an den Karren fährt.“ (Interview Experten 1).

Im Besonderen betroffen davon ist unter anderem auch das Verhältnis von niedergelassener Ärzteschaft und Gesundheitshelferinnen:

„Der erste Gedanke, den ich hatte, als ich davon hörte, war, was soll das jetzt. Kriegen wir jetzt so einen Kommissar an die Seite gesetzt“. (Interview Experten 2).

Zum Anderen ist aber auch das Verhältnis zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor von Spannungen behaftet. Dieses wird im folgenden Zitat eines niedergelassenen Arztes deutlich:

„[...] gerade im Umfeld mit diesen kritischen Leuten im System „stationär“: Was! Den haste uns jetzt erst geschickt? Oder: Was! Den soll ich jetzt schon ins Krankenhaus schicken? Gerade diese Problematik die ja erheblich von den Sektoren belastet {ist} und die auch zu Animositäten untereinander führt.“ (Interview Experten 2).

Hausärztinnen und Hausärzte nehmen sich selbst als Lotsinnen und Lotsen im Dschungel des Gesundheitssystems wahr. Sie nehmen der Patientin und dem Patienten im gegenseitigen Einvernehmen manche Entscheidungen in Bezug auf Gesundheit bzw. Versorgung ab. Nach dem Motto:

„Mach du mal! Paternalistisches Prinzip. Ich delegier dir die Verantwortung bezüglich meiner Gesundheitssituation.“ (Interview Experten 2).

Diese Delegation von gesundheitsbezogenen Entscheidungen basiert auf einem tief verwurzelten Vertrauen, das sich meist im Laufe der Zeit entwickelt hat. Wie groß das Vertrauen von Patientinnen und Patienten speziell zur Hausärztin und zum Hausarzt ist, zeigt folgendes Zitat eines Interviewten:

„Da waren 5 Professoren, die gesagt haben, das machen wir so! Wenn ich gesagt hätte, das würde ich an ihrer Stelle nicht machen. Die hätten dann garantiert das gemacht, was der Hansel vom Dorf – der ihr Vertrauen hat, der nicht weglaufen konnte, den sie kannten – ihnen gesagt hat.“ (Interview Experten 2).

Um geriatrischen Patientinnen und Patienten auch in Zukunft eine umfassende und individuelle Versorgung zu ermöglichen, ist es der Wunsch der Ärztinnen und Ärzte, ihre Patientinnen und Patienten auch weiterhin verantwortlich und erfolgreich durch das Gesundheitssystem zu führen um auf diese Weise das Vertrauen in die ärztliche Entscheidungskompetenz zu bestätigen. In diesem Sinne sollte auch hier das Vertrauen der Gesundheitsshelferinnen zu den Patientinnen und Patienten weiter ausgebaut und gefestigt werden. Hierfür bedarf es aus Sicht der Interviewten in erster Linie Zeit und Empathie seitens der Gesundheitsshelferinnen, um dieses Ziel zu erreichen.

„[...] was für den Patienten in diesem zunehmend unübersichtlicher werdenden Dschungel „Medizin“, mit seinem Alter und seiner Multimorbidität [wichtig ist], dass er eine Stelle hat, an die er das delegieren [kann] – sozusagen- und da eine vertrauensvolle Person hat, die dieses übernimmt.“ (Interview Experten 2).

Die interviewten Ärzte wünschten sich zukünftig eine reibungslosere und vor allem vertrauensvollere Zusammenarbeit mit den anderen beteiligten Berufsgruppen. Sie sehen die Gesundheitsshelferinnen in der Theorie als eine sinnvolle und wichtige Ergänzung zur eigenen Arbeit an, müssen aber in der Praxis noch von deren Arbeit überzeugt werden.

„Da weiß ich, wenn die mich anruft, dann hat sie kein Interesse mich anzulügen, oder die misst auch ordentlich den Blutdruck. Da, mit solchen Leuten, mit so einem Niveau kann man sehr gut arbeiten – da kann ich auch alles delegieren.“ (Interview Experten 3).

Struktur - Behandlungsabläufe

Die Analyse der Interviews ergab im Hinblick auf die Behandlungsabläufe geriatrischer Patienten eine nicht zufrieden stellende Versorgungsstruktur. Die Interviewten gaben an, dass die zergliederte Struktur des Gesundheitssystems sich insbesondere bei geriatrischen, d.h. chronisch kranken Menschen eine große Barriere für hohe Versorgungsqualität darstellt. Im Hinblick auf die bei der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten bestehenden speziellen Versorgungsbedürfnisse, hat sich diese Unterteilung nach Ansicht der Experten als besonders nachteilig herausgestellt. Dahingehend wird die aktuell mit dem Projekt „Regionales Versorgungskonzept Geriatrie“

verbundene Intention der Integration beider Sektoren von den interviewten Experten mehrheitlich mit einem nachhaltig qualitätssteigernden Potential für die Versorgungsstrukturen verbunden. Bezüglich der Versorgungsstruktur erbrachte die Analyse das Ergebnis einer bisher wenig bis gar nicht auf die speziellen Bedürfnisse geriatrischer Versorgung abgestimmte Struktur. Dies zeigt sich beispielsweise darin, dass im Behandlungsverlauf geriatrischer Patientinnen und Patienten der Verwendung von Behandlungspfaden und Leitlinien bisher nur eine geringe Bedeutung zugemessen wurde oder sie in unzureichender Weise bestanden.

„Diese Pfade sind nicht ausreichend“ (Interview Experten 1).

Der Umstand, dass Leitlinien kaum angewendet werden, kann jedoch bundesweit auf das Problem des Fehlens von qualitativ hochwertigen Leitlinien zur Behandlung älterer Patientinnen und Patienten mit multiplen chronischen Erkrankungen zurückgeführt werden, was bereits im Gutachten des Sachverständigenrats (2009) kritisiert wurde. Dessen Implementierung würde sektorenübergreifende Versorgungsverläufe, Schnittstellen sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsberufe voraussetzen (vgl. Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen), was bisher jedoch noch nicht geschieht. Im Einzelnen ergab die Analyse der Interviews, dass – neben der strukturellen Komplexität des Gesundheitssystems – es im Besonderen für geriatrische Patientinnen und Patienten schwierig ist, sich in dem stark ausdifferenzierten und über vielfältige Angebote zur geriatrischen Versorgung verfügenden Gesundheitssystem zurechtzufinden. In diesem finden sich jedoch häufig auch die Leistungserbringenden – namentlich die Hausärztinnen und Hausärzte – aufgrund der Vielzahl bestehender Behandlungs- und Versorgungseinrichtungen nicht zurecht.

„Ich weiß, aus meiner eigenen Erfahrung, dass ich sicher eine Vielzahl von den vorhandenen Angeboten in meiner Umgebung nicht genutzt habe, weil sie mir in dem Augenblick nicht präsent waren“ (Interview Experten 2).

Ähnliche Defizite beim Überblicken der bestehenden Versorgungsangebote und Behandlungsverläufe geriatrischer Patientinnen und Patienten sind bei Professionen des stationären Bereiches analysiert worden. Diese Umstände werden durch ein hohes Maß an bürokratisch administrativen Aufgaben und Anforderungen begünstigt. Durch diese genaue Dokumentation von Behandlungsabläufen sollte – so die ursprüngliche Intention – die Behandlungsqualität verbessert werden. Inzwischen stellen Teile der Ärzteschaft diese Maßnahmen selbst als potenzielle Gefahren für die Behandlungsqualität dar, da die verwandte Zeit andernfalls für die Behandlung von Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen würde. Diese oft als zu hoch empfundene Belastung durch administrative Tätigkeiten führt zu unzureichender Akzeptanz dieser Aufgaben.

„[...] darüber klagen, dass diese Kontrollbürokratie immer mehr Zeit in Anspruch nimmt, das Ausfüllen von irgendwelchen Fragebögen und Listen und so weiter, da wird es also -ständig gibt's also irgendwelche neuen Formulare auszufüllen, was viel Zeit in Anspruch nimmt und ähm das nimmt halt immer mehr noch zu, es wird zwar immer das Gegenteil behauptet, es wird immer davon geredet von Bürokratieabbau aber den sehen wir nun überhaupt nicht, im Gegenteil wir sehen eigentlich nur, dass jedes Jahr oder fast wöchentlich neue Kontrollbürokratie dazu kommt, die uns dann wirklich die Zeit für die Patienten stiehlt.“ (Interview Experten 1).

Finanzierung und Organisation

In den Interviews wurde deutlich, dass die isolierte Denkweise innerhalb der Sektoren ein großes Hindernis für die Versorgung Älterer darstellt. So gaben die interviewten Ärzte an, dass beispielsweise Mehrfachuntersuchungen eben nicht zu ökonomischen Nachteilen in den jeweiligen Sektoren führen. Im Rahmen der Interviews wurde deutlich, dass durch das bisherige Vergütungssystem keinerlei Anreize gesetzt werden, Doppel- und Mehrfachuntersuchungen zu verringern und es im diagnostischen Bereich tendenziell zur Überversorgung kommen kann. Zudem wurde deutlich, dass im ambulanten Bereich das budgetierte Vergütungssystem in Verbindung mit dem hohen Druck der Leistungsträger, weitere Einsparungen zu erzielen, die Versorgungsqualität beeinträchtigt wird.

“... wenn er 1000 Patienten hat, dann kann er davon 15, 20 Patienten vernünftig versorgen, aber die restlichen nicht.“ (Interview Experten 1).

Grundsätzlich tendieren die interviewten Ärztinnen und Ärzte, angesprochen auf zukünftige Finanzierungsfragen, dazu das Vergütungssystem umfassend zu reformieren. Es wurde deutlich, dass aus Sicht der ambulanten Leistungserbringenden die Finanzierung häufig gewünschter zusätzlicher Stellen (z. B. Gesundheitshelferinnen), deren entlastendes Potenzial für das gesamte System allgemeine Zustimmung erfuhr, nicht zu Lasten ihres Budgets finanziert werden dürfte. Wünschenswerter wäre hingegen eine breit angelegte von vielen Kostenträgern übernommene Finanzierung. Die breite Finanzierungsbasis soll dabei die Einflussnahme einzelner Kostenträger begrenzen und zur Unabhängigkeit möglicher Koordinationsstellen (wie den Gesundheitshelferinnen) beitragen.

Bei den befragten Experten hat die bisherige Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten weder auf der Basis von klinischen, ambulanten oder aber sektorenübergreifenden Behandlungspfaden noch auf Grundlage von Leitlinien stattgefunden. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte führen die mit der Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten einhergehenden Probleme auch auf ein organisationales Defizit bei den Behandlungsabläufen zurück. Allerdings sehen sie sich kaum in der Lage, diese Defizite allein, d.h. aus ihrem Sektor heraus zu überwinden.

„[...] da findet eigentlich keine Absprache statt. Das wird vom Krankenhausarzt einfach so in die Wege geleitet - warum auch immer - ... da wird eigentlich nie Rücksprache gehalten hab ich eigentlich den Eindruck gehabt.“ (Interview Experten 1).

Bezogen auf die Abstimmung – beispielsweise beim Entlassungsprozess im Krankenhaus – wünschen sich Ärzte, dass dort vermehrt koordinative Aufgaben übernommen werden können.

„[...] wenn das Krankenhaus so einem Menschen einen Platz besorgt für eine Kurzzeitpflege nach dem Krankenhaus. Damit wir das nicht machen müssen und nicht die Altenheime abtelefonieren müssen: Wo ist `nen Platz frei.“ (Interview Experten 1)

Insgesamt betrachtet ist in den Interviews deutlich geworden, dass sich die niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte häufig in der Rolle von Einzelkämpfern in der Versorgung betrachten. Ihrem Wunsch nach mehr Koordination und Abstimmung zwischen Leistungserbringern, also zusätzlichen Leistungen und Mehraufwand, stehen budgetäre Grenzen gegenüber, die es ihnen nicht ermöglichen, selbständig in Personal zu investieren, um Aufgaben

zu delegieren. Die Forderung zur extrabudgetären Finanzierung zusätzlicher Leistungen ist eindeutig. Die Frage nach dem Bedarf bzw. über die Notwendigkeit, die hausärztlichen Leistungen z.B. durch Gesundheitshelferinnen zukünftig zu unterstützen, wird überwiegend bejaht.

B.3 OUTCOMES

B 3.1 BESCHREIBUNG DER STICHPROBE

Seit dem Jahr 2010 sind sukzessiv 750 Patienten eingeschrieben, wovon 103 durch Versterben und 50 aufgrund von Projektabbruch (überwiegend direkt nach der Einschreibung, ansonsten durch Umzüge o.ä.) ausgeschieden sind. Bei der untersuchten Stichprobe handelt es sich um insgesamt 380 Befragte, die zum Zeitpunkt der Auswertung mindestens neun Monate im Programm eingeschrieben waren. Von diesen sind während des Untersuchungszeitraums 24 Personen verstorben und vier sind aus dem Programm abgemeldet worden, jedoch können die jeweiligen Daten in den Analysen berücksichtigt werden.

Die Geschlechterverteilung der Stichprobe ist mit einem Anteil von 70,5 % weiblichen Befragten frauendominiert (Abbildung 17). Das Durchschnittsalter liegt bei ca. 82 Jahren ($\bar{x} = 82,26$) (Abbildung 18).

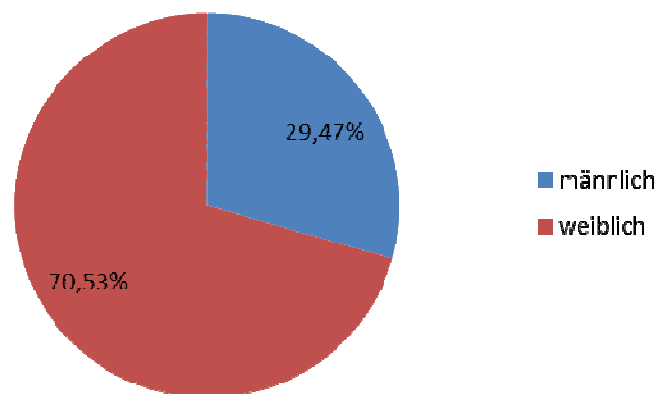


Abbildung 17: Geschlechterverteilung in Prozent (n = 380)

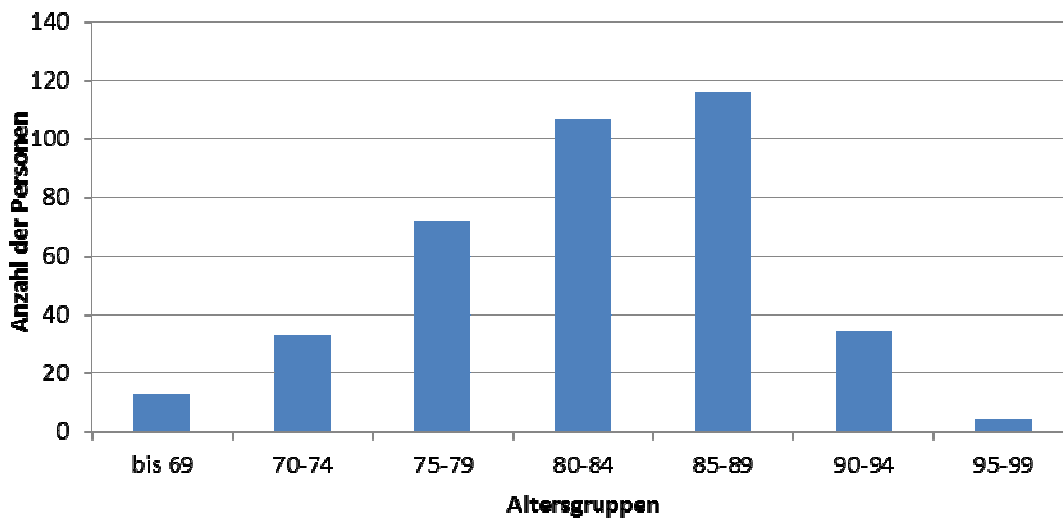


Abbildung 18: Verteilung nach Altersgruppen (Alter zum Zeitpunkt der Einschreibung) (\bar{x} = 82,26, n = 380)

Die Pflegestufenverteilung zu verschiedenen Messzeitpunkten wird in Abbildung 19 dargestellt. Zum Zeitpunkt der Einschreibung liegt bei 79 % der Teilnehmenden keine Pflegestufe vor, wohingegen sich zum letzten Messzeitpunkt der Anteil der Personen ohne Pflegestufe auf 55 % verringert. Pflegestufe 1 ist zu allen Erhebungsdaten die am häufigsten vorkommende Pflegestufe, während sich der Anteil der Personen mit Pflegestufe 2 von zu Anfang 3 % auf 9 % erhöht. Keiner der Teilnehmenden wurde im untersuchten Zeitraum in die höchsten Pflegestufe 3 eingestuft.

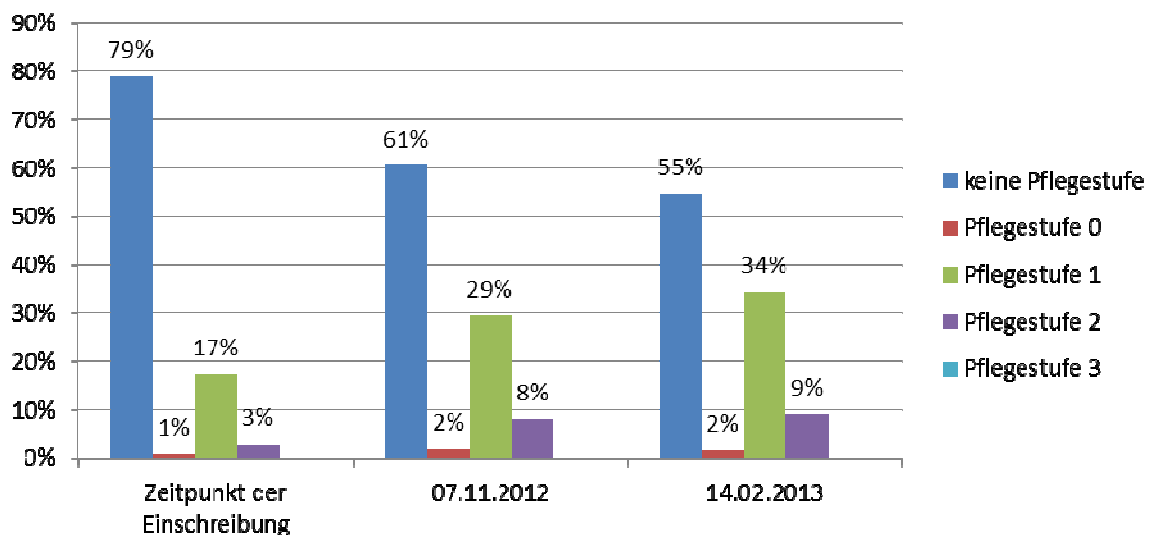


Abbildung 19: Häufigkeitsverteilung der Pflegestufen zu verschiedenen Messzeitpunkten in Prozent (n = 380)

Tabelle 5: Merkmale der Gesamtstichprobe (n = 380)

Merkmal		n	%	Test	Signifi- kanz (p-Wert)	Ergebnis
Ge- schlecht	männlich	112	29,47	Chi- Quad- rat/Bino- mialtest	0,000	Der Unterschied ist signifi- kant, die Anteile von Män- nern und Frauen sind in der Stichprobe nicht gleichver- teilt.
	weiblich	268	70,53			
Alter	bis 69	13	3,42	Chi- Quadrat	0,000	Der Unterschied ist signifi- kant, die Anteile der Alters- gruppen sind in der Stichpro- be nicht gleichverteilt.
	70-74	33	8,68			
	75-79	72	18,95			
	80-84	107	28,16			
	85-89	116	30,53			
	90-94	34	8,95			
	95-99	4	1,05			
≥ 100	1	0,26				
Pflege- stufe	Pflst. 0	3	0,79	Chi- Quadrat	0,000	Der Unterschied ist signifi- kant, die Anteile der Pflege- stufen sind in der Stichprobe nicht gleichverteilt.
	Pflst. 1	66	17,37			
	Pflst. 2	11	2,89			
	Pflst. 3	0	0,00			
	keine Pflst.	300	78,95			
Verstor- ben	verstor- ben	24	6,32	Chi- Quad- rat/Bino- mialtest	0,000	Der Unterschied ist signifi- kant, der Anteil von Verstor- benen und noch lebenden Teilnehmern ist in der Stich- probe nicht gleichverteilt.
	nicht verstor- ben	356	93,68			
Total			380	100,00%		
Signifikanzlevel: .05		Konfidenzintervall: 95%				

In Tabelle 5 ist die Häufigkeitsverteilung (absolut und prozentual) der Merkmale Geschlecht, Altersgruppe, Pflege-
stufe und Verstorbene der Stichprobe sowie die Ergebnisse der Signifikanzprüfungen (Chi-Quadrat-Test bzw. Bino-
mialtest bei dichotomen Merkmalen) dargestellt. Die p-Werte geben an, ob die betrachteten Merkmale in der
Stichprobe gleich verteilt sind oder sich signifikant unterscheiden. Zu sehen ist, dass die Merkmale innerhalb der
Stichprobe unterschiedlich, also nicht gleichverteilt sind (diese Unterschiede sind signifikant, $p = 0,000$) (vgl. Spalten

rechts). Das Merkmal Geschlecht ist ungleich verteilt, der Anteil der Frauen (70,53 %) ist signifikant höher als der Männer (29,47 %). Auch die Altersgruppen sind signifikant unterschiedlich verteilt, ebenso wie die Pflegestufen (vgl. Abbildung 9 bis 11). Trotz der ungleichen Verteilungen der betrachteten Merkmale, bedeutet dies für die vorliegende Analyse zunächst, dass keine Risikoadjustierung erforderlich ist. Für die Betrachtung und den Vergleich im zeitlichen Verlauf, wurden dieselben Personen betrachtet. Für vergleichende Analysen mit einer Kontrollgruppe anhand von GKV-Routinedaten sind diese Verteilungen in der Stichprobe jedoch zu berücksichtigen.

Die Versorgungssituation der Befragten bei Einschreibung ist in Abbildung 20 dargestellt. 62 % der Teilnehmenden werden zu Hause durch familiäre Hilfen betreut, 10 % werden von Pflegediensten versorgt und 24 % kommen ohne Hilfen aus. 1 % werden in Pflegeheimen und 2 % in betreuten Wohnen versorgt.

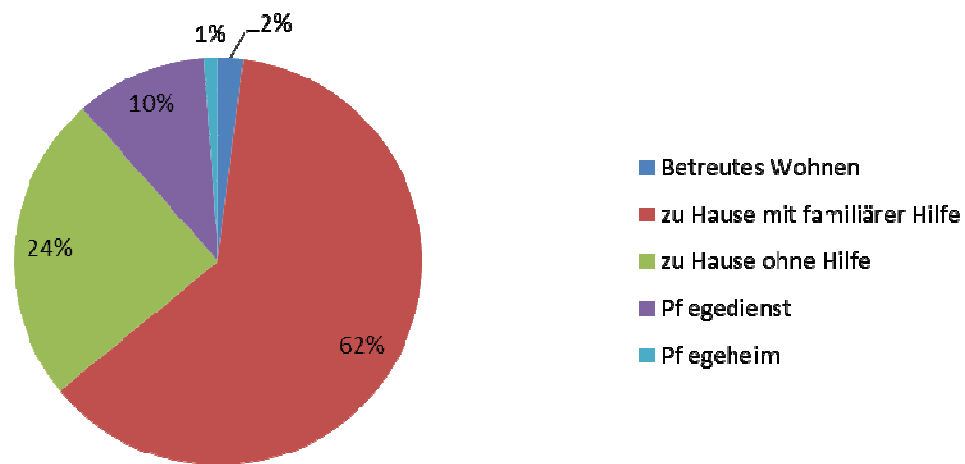


Abbildung 20: Versorgungssituation bei Einschreibung in Prozent (n = 380)

Im Vergleich zu den beiden nachfolgenden Messzeitpunkten erscheint die Versorgung zu Hause mit familiärer Hilfe einen abnehmenden Verlauf anzunehmen, allerdings liegen bei jeweils rund 4 % der Befragten zu beiden Zeitpunkten keine Angaben vor, sodass hier der Vergleich der Versorgungsformen über die Zeit nur eingeschränkt möglich ist (vgl. Abbildung 21).

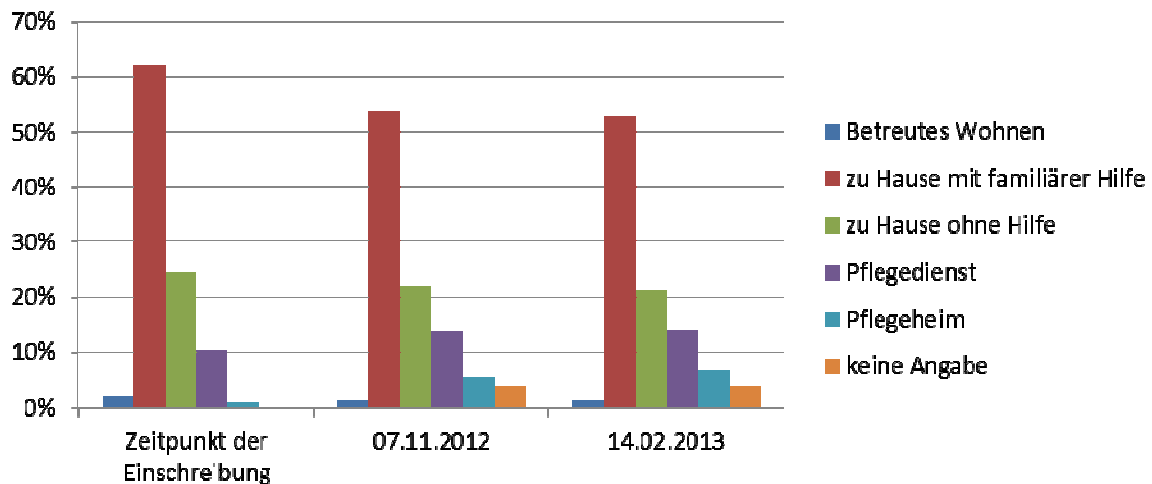


Abbildung 21: Versorgungssituation der Patienten zu verschiedenen Messzeitpunkten in Prozent (n = 380)

Der Schweregrad der Demenz wird in Abbildung 22 dargestellt. Im Zeitverlauf bildeten etwa 3 % der Patientinnen und Patienten eine demenzielle Erkrankungsform aus, wobei sich das Vorkommen in allen Demenzstufen um je 1 % zum zweiten Erhebungsdatum erhöht und fortan konstant blieb. Bei 75 % bzw. 72 % der Teilnehmenden, also einem Großteil, liegt keine Demenz vor.

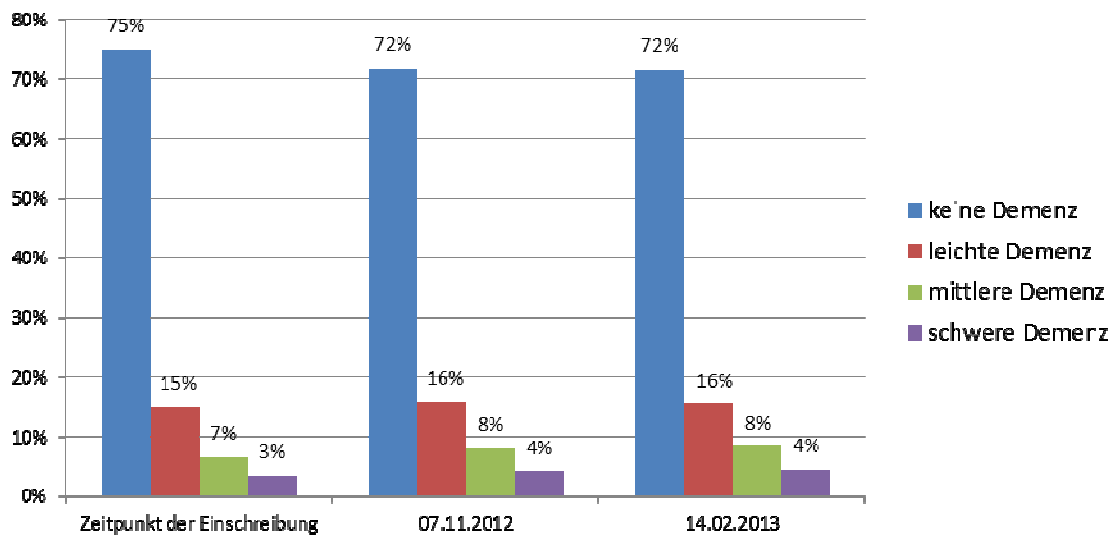


Abbildung 22: Schweregrad Demenz zu verschiedenen Messzeitpunkten in Prozent (n = 380)

Die Teilnehmenden wurden durch verschiedene Leistungserbringer in das Programm eingeschrieben. Bei den meisten Patientinnen und Patienten (65 %) veranlasste der niedergelassene Arzt die Einschreibung, rund 11 % gelangten durch das Klinikum Lippe Detmold und ca. 25 % durch das Klinikum Lippe Lemgo zur Teilnahme (Abbildung 23).

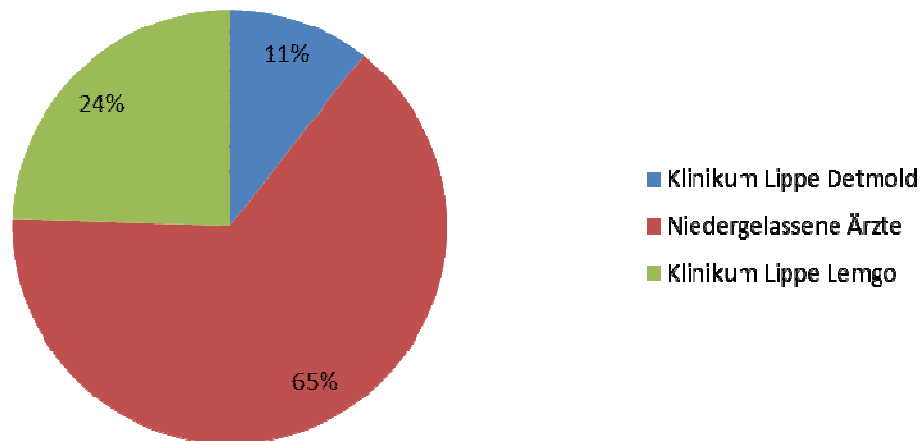


Abbildung 23: Einschreiber, Häufigkeitsverteilung in Prozent (n = 380)

Die Teilnehmenden sind bei unterschiedlichen Krankenkassen versichert (Abbildung 24). Über 45 % sind Versicherte der AOK NordWest, etwa ein Drittel ist bei Ersatzkassen krankenversichert. Die drittgrößte Gruppe machen Versicherte der Innungskrankenkassen aus.

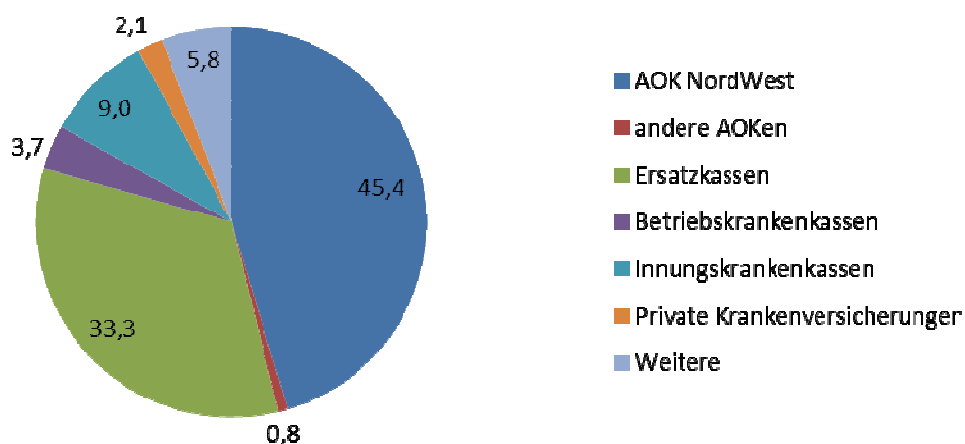


Abbildung 24: Kostenträger, Häufigkeitsverteilung in Prozent (n = 379)

B.3.2 FUNKTIONALE EINSCHRÄNKUNGEN – LACHS-SCREENING

Das Lachs-Screening differenziert funktionale Einschränkungen in 16 Items hinsichtlich pathologischer und nicht pathologischer Auffälligkeiten (dichotome Ausprägung). Im Durchschnitt haben die Programmteilnehmenden zum Zeitpunkt der Einschreibung 5,5 Funktionseinschränkungen. Die Häufigkeitsverteilung der Anzahl pathologischer Antworten ist in Abbildung 25 und die Art der Funktionseinschränkungen ist in Abbildung 26 dargestellt. Einschränkungen bestehen überwiegend hinsichtlich Mobilität (Aktivitätseinschränkungen bei 65 % und Sturzrisiko bei 52 % der Teilnehmer), Polymedikation (bei 63 % der Teilnehmenden) sowie Schmerzen, Hören und Kognition (bei 59 % bzw. 53 % und bei 49 % der Teilnehmenden). Darüber hinaus ist die Prävalenz des Risikofaktors für kürzliche Krankenhauseinweisungen hoch (52 %). Die Ergebnisse deuten auf ein hohes Präventionspotenzial für Mobilität, Sturz und Schmerzen in der Zielgruppe geriatrischer Patienten hin.

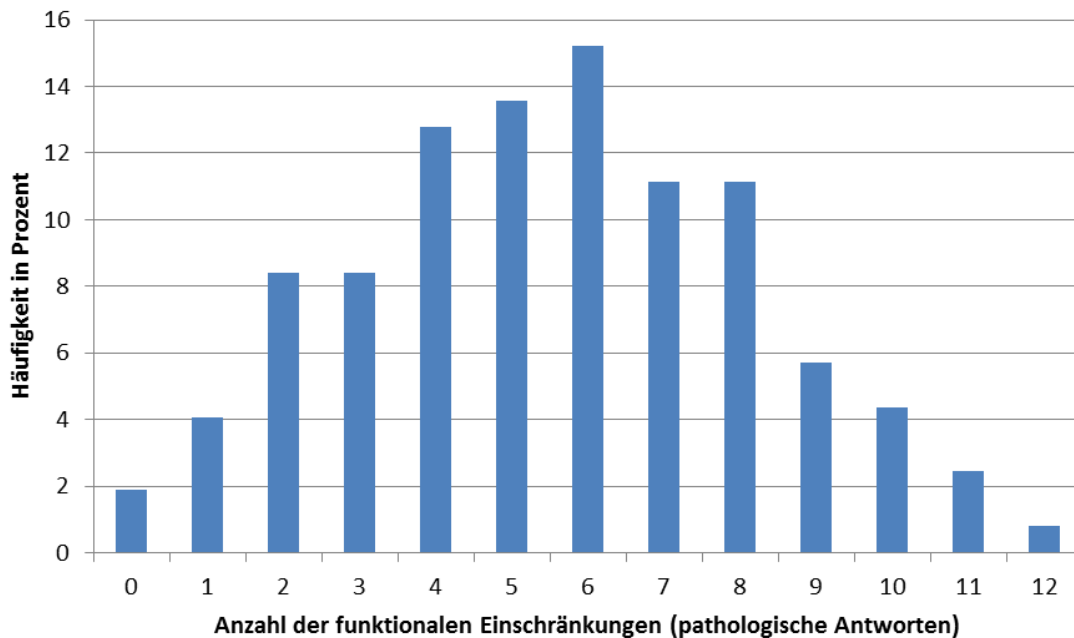


Abbildung 25: Lachs-Screening - Häufigkeitsverteilung, Anzahl pathologischer Antworten in Prozent ($\bar{x} = 5,55$; $n = 368$)

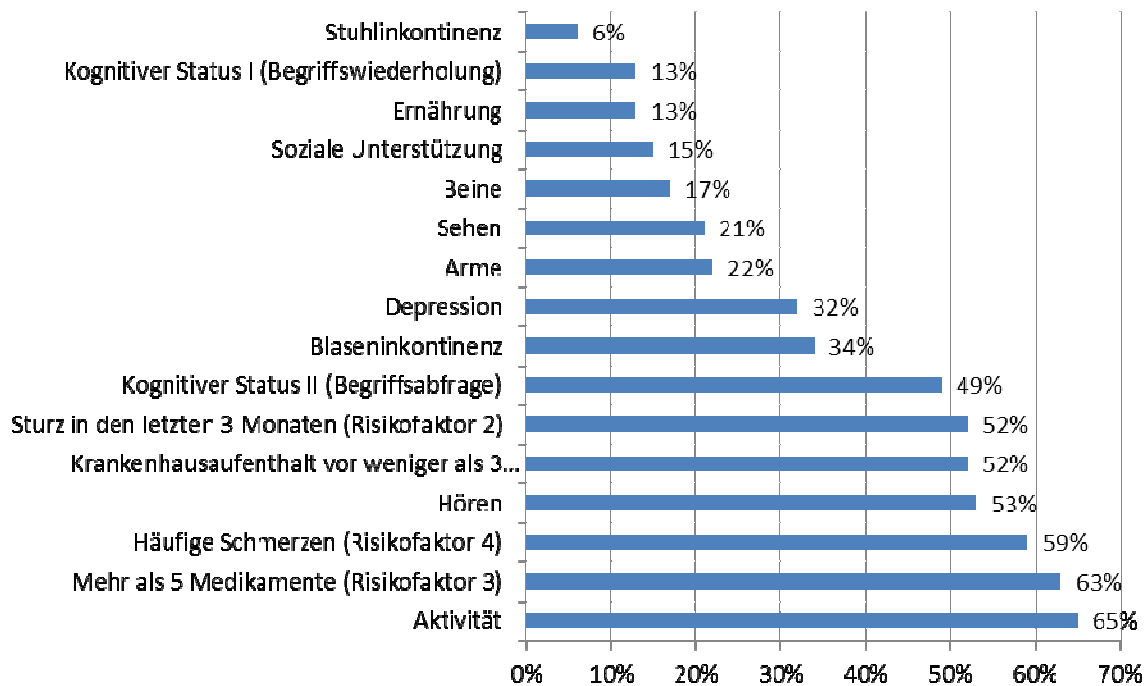


Abbildung 26: Screening nach Lachs - Häufigkeitsverteilung Art der pathologischen Antworten in Prozent je Item

B.3.3 HILFEBEDARF – BARTHEL-INDEX

Der Barthel-Index misst den Grad der Unabhängigkeit einer Person hinsichtlich der Basisaktivitäten des täglichen Lebens. Hierbei werden insbesondere funktioneller Status und der Umfang des Unterstützungsaufwands auf einer Skala von Null bis 100 Punkten in zehn Items gemessen. Bei einem Index-Wert von weniger als 60 Punkten wird eine „weitgehende Hilfebedürftigkeit“ der Person angenommen, bei 60 bis 75 Punkten besteht „täglicher Hilfebedarf von mehr als zwei Stunden“ und bei 80 bis 100 Index-Punkten ist eine Person „in der Grundpflege weitgehend selbstständig“ bzw. der zeitliche Umfang des Hilfebedarfs wird auf weniger als 2 Stunden pro Tag geschätzt (Leischer & Kolb 2007). Der Barthel-Index wurde sowohl bei Einschreibung als auch nach einem Jahr erhoben.

Der Mittelwert für T1 beträgt 77,31 und 75,16 für T2 (n = 219). Insgesamt verändern sich die mittleren Index-Werte der Stichprobe in den drei gebildeten Gruppen (s.u. und vgl. Abbildung 27) nur geringfügig. Der Hilfebedarf steigt leicht an: Der Mittelwert des Barthel-Index sinkt im Verlauf eines Jahres (T1 bis T2) um 2,15 Punkte, d.h. die Selbstständigkeit der Teilnehmenden ist im Durchschnitt leicht gesunken. Dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant. Es kann daher angenommen werden, dass es zu keiner signifikanten Verschlechterung der Fähigkeiten der Teilnehmenden hinsichtlich ihrer Selbstständigkeit nach Barthel-Index gekommen ist. Abbildung 27 spiegelt diesen Trend ebenfalls wider: Die Anteile der weitgehend selbstständigen (80 bis 100 Punkte) sowie derjenigen Personen

mit einem täglichen Hilfebedarf von mehr zwei Stunden (60 bis 75 Punkte) werden etwas kleiner, während der Anteil der Personen mit hohem Hilfebedarf etwas steigt.

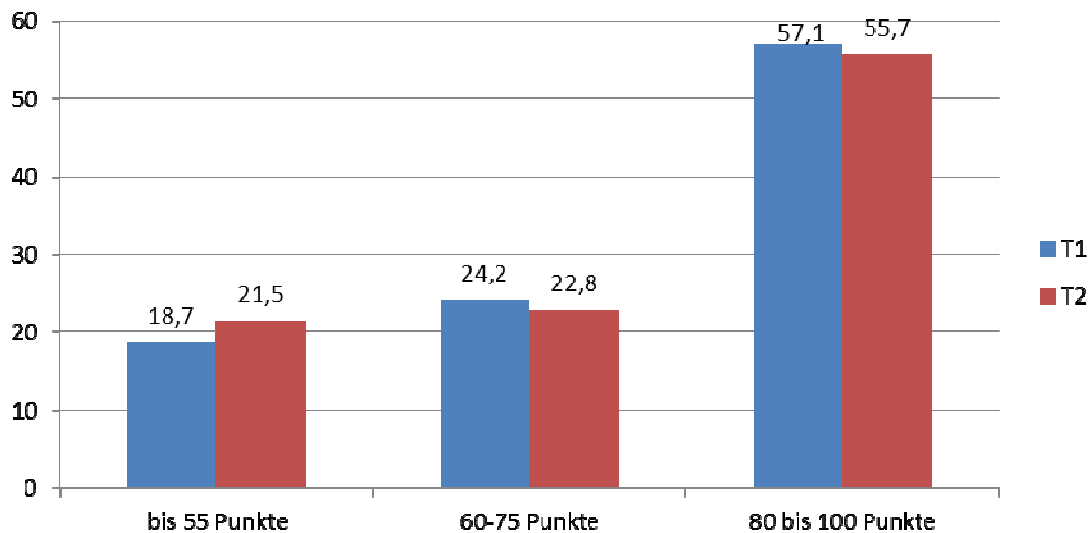


Abbildung 27: Verteilung der Barthel-Index Punkte (gruppiert) zu T1 ($\bar{x} = 77,31$) und T2 ($\bar{x} = 75,16$) in Prozent (n = 219)

Die Art der Hilfe- und Unterstützungsbedarfe nach Barthel-Index entspricht in etwa den Screening-Ergebnissen nach Lachs. Funktionseinschränkungen betreffen vor allem die Bereiche Mobilität (Treppensteigen, Gehen) sowie den Bereich der Körperpflege (Baden). Es bestehen weniger Einschränkungen hinsichtlich Inkontinenz oder Ernährung. Insgesamt wird erneut ein hohes Präventionspotenzial deutlich bzw. ein hoher Bedarf an Maßnahmen zur Förderung und Unterstützung der Mobilität.

B.3.4 INSTRUMENTELLE AKTIVITÄTEN DES ALLTÄGLICHEN LEBENS - IADL

Mit dem IADL werden ebenfalls Einschränkungen des täglichen Lebens erfasst, diese fokussieren jedoch überwiegend Aktivitäten im eigenen Haushalt (Instrumentelle Aktivitäten). Das Instrument umfasst acht Items und unterscheidet diese dichotom (selbstständig/unselbstständig) (Abbildung 29) (Lüttje et al. 2011; Gatterer 2007). Der Mittelwert der Anzahl der Einschränkungen („unselbstständig“) lag zum Zeitpunkt der Einschreibung bei 4,41 und zum Zeitpunkt T2 bei 3,97. Dies ist eine geringfügige Verschlechterung um 0,4 Punkte, d.h. es besteht im Durchschnitt etwas mehr Hilfebedarf bei Alltagstätigkeiten. Auch wenn der Unterschied der Mittelwerte statistisch signi-

fikant ist ($p = 0,000$), hat die geringe Veränderung des Mittelwerts inhaltlich keine Relevanz. Für die Zielgruppe der Intervention ist es als Erfolg festzuhalten, dass keine relevante Verschlechterung nach IADL eingetreten ist.

Etwa ein Drittel der Population ist nur geringfügig weniger in ihren täglichen Aktivitäten eingeschränkt (0 bis 2 pathologische Antworten bei 30 % (T1) bzw. 36 % (T2)). Die überwiegende Zahl der Teilnehmenden sind erheblich oder stark eingeschränkt (70 % zu T1 und 64 % zu T2; mehr als 2 instrumentelle Einschränkungen) (Abbildung 28). Demzufolge besteht ein hoher Unterstützungsbedarf bei haushaltsnahen Tätigkeiten. Häufige Probleme sind das Einkaufen sowie die Nutzung von Transportmitteln (ÖPNV) und Kochen (Abbildung 29).

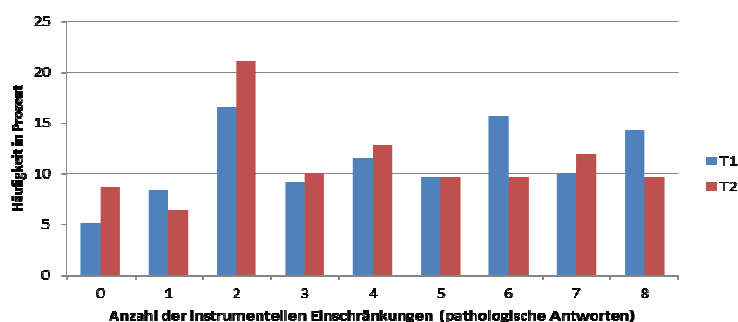


Abbildung 28: IADL, Häufigkeitsverteilung der pathologischen Antworten in Prozent zu T1 ($\bar{x} = 4,41$) und T2 ($\bar{x} = 3,97$) ($n = 218$)

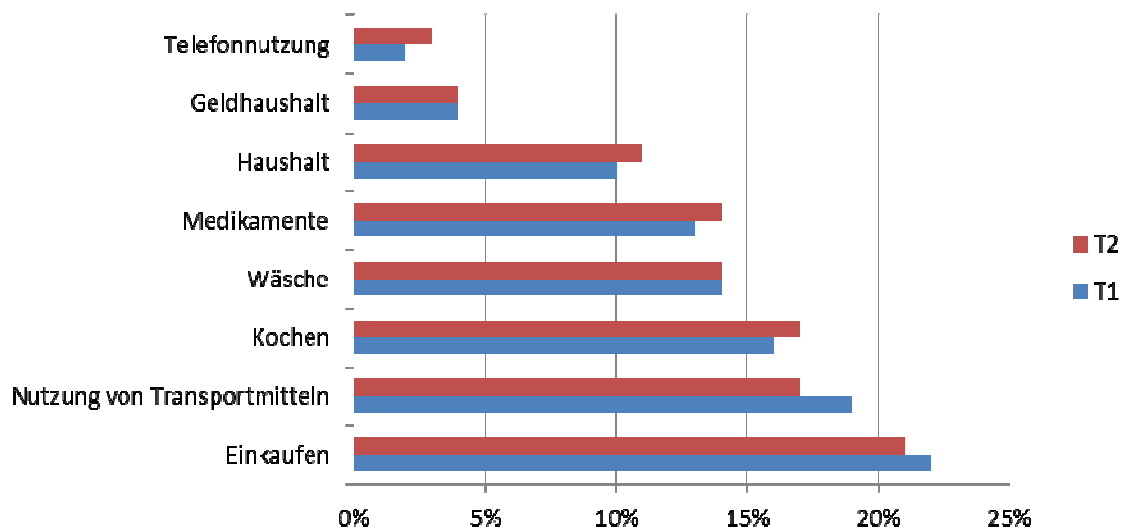


Abbildung 29: Anteil der pathologischen Antworten nach Art der Aktivitäten in Prozent ($n = 218$)

B.3.5 STURZRISIKO NACH HUHN

Das Sturzrisiko nach Huhn wird mittels acht Items gemessen, denen je nach Fragestellung zwischen 0 und 4 Punkte zugeordnet werden. Das Sturzrisiko wird in drei Kategorien erfasst: gering (bis 4 Punkte), hoch (5 bis 10 Punkte) und sehr hoch (11 bis 18 Punkte). Bei 78,7 % der Teilnehmer besteht bereits bei Einschreibung in das Projekt ein sehr hohes Sturzrisiko. Der Anteil derjenigen mit geringem (2,7 %) oder hohem Sturzrisiko (18,5 %) verringert sich im Verlauf der 12 Monate auf 1,4 % bzw. 16,2 %, während der Anteil der Personen mit sehr hohem Risiko von 78,7 % zu T1 auf 82,4 % zu T2 zunimmt (Abbildung 30 und 31). Auch der Mittelwert spiegelt diese Verschiebung wider: Zum Zeitpunkt T1 beträgt die durchschnittliche Punktzahl des Assessments 13,76 und bei T2 erhöht sie sich leicht auf 15,12 Punkte. Der Unterschied der Mittelwerte stellt eine signifikante Steigerung des Sturzrisikos dar ($p = 0,000$). Die Veränderung des Mittelwerts ist jedoch inhaltlich nicht bewertbar, denn damit bleibt ein „sehr hohes Sturzrisiko“ bestehen bzw. die Risikokategorie unverändert.

Insgesamt wird ein hoher Präventionsbedarf zur Vermeidung von Stürzen und folglich zur Verhinderung frühzeitiger Mortalität und Kompetenzeinbußen deutlich, die aus den Folgen von Stürzen (Verletzungen, Frakturen) resultieren. Darauf deutete bereits das Screening nach Lachs hin.

Für den zukünftigen Einsatz des Instruments eine Anpassung der Skala vorzunehmen. Ein großer Teil der Teilnehmenden wird bereits allein auf Grund ihres Alters und weit verbreiteter Polymedikation sofort einem hohen Sturzrisiko zugeordnet. Eine differenzierte Bewertung der Risikofaktoren ist also erforderlich.

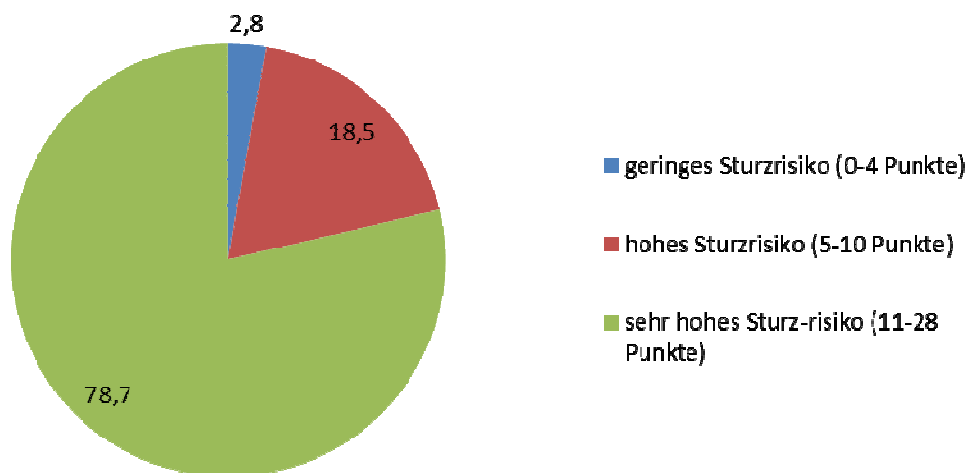


Abbildung 30: Sturzrisiko nach Huhn (gruppiert) zu T1 in Prozent, $\bar{x} = 13,76$ ($n = 216$)

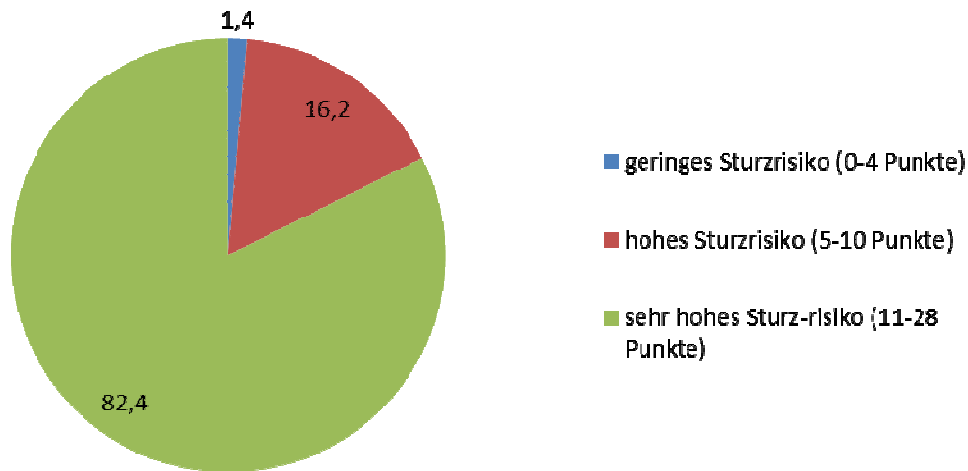


Abbildung 31: Sturzrisiko nach Huhn (gruppiert) zu T2 in Prozent, $\bar{x} = 15,12$ (n = 216)

B.3.6 LEBENSQUALITÄT

Die subjektiv empfundene Lebensqualität ist ein zentraler Parameter zur Einschätzung des Gesundheitszustands der Studienpopulation (Interventions- und Kontrollgruppe) und wurde mit Hilfe des SF-12 Health Surveys erfasst (Bullinger & Kirchberger 1998). Die Ergebnisse der 12 Fragen sowie der zwei Summenskalen für psychische und körperliche Gesundheit werden nachfolgend beschrieben.

Die einzelnen Items des Instruments messen die subjektive Wahrnehmung der Patientinnen und Patienten hinsichtlich Gesundheit und Wohlbefinden/Lebensqualität in Bezug auf die vergangenen vier Wochen. Die Bewertung erfolgt auf Basis einer Selbstbeurteilung. Gesundheitsbezogene Lebensqualität ist ein multidimensionales, psychologisches Konstrukt. Die Messung basiert auf subjektiver Wahrnehmung der Befragten, nicht auf medizinischen Kriterien (z.B. Symptomatik, Lebenszeit).

Gefragt wurden die Teilnehmenden zunächst danach, wie Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben würden. Die Ergebnisse zeigen, dass der allgemeine subjektive Gesundheitszustand eher mittelmäßig bewertet wird. Nach 12 Monaten wird dieser jedoch etwas besser beurteilt als zum ersten Erhebungszeitpunkt (Abbildung 32 und 33). Während bei T1 gut 42 % der Befragten ihre allgemeine Gesundheit als positiv („gut“ oder „sehr gut“) bewerten, taten dies zu T1 bereits über 61 %. Der Anteil der Befragten, die ihren Gesundheitszustand als „schlecht“ oder „weniger gut“ bewerten, hat sich verringert. Zum ersten Messzeitpunkt gaben über 57 % eine eher schlechte Gesundheit an, zu T2 lag der Anteil bei nur noch gut 38 %. Im Allgemeinen fühlen sich die Teilnehmer nach 12 Monaten Intervention also besser als noch ein Jahr zuvor. Dies spiegeln auch die Mittelwerte wieder: Zum ersten Erhebungszeitpunkt ist dieser etwas höher (\bar{x} T1 = 3,67), d.h. die allgemeine Gesundheit wird schlechter bewertet, als

12 Monate später (\bar{x} T2 = 3,44). Der Unterschied dieser Mittelwerte von 0,230 ist signifikant ($p = 0,001$), ist jedoch nicht als relevant einzustufen.

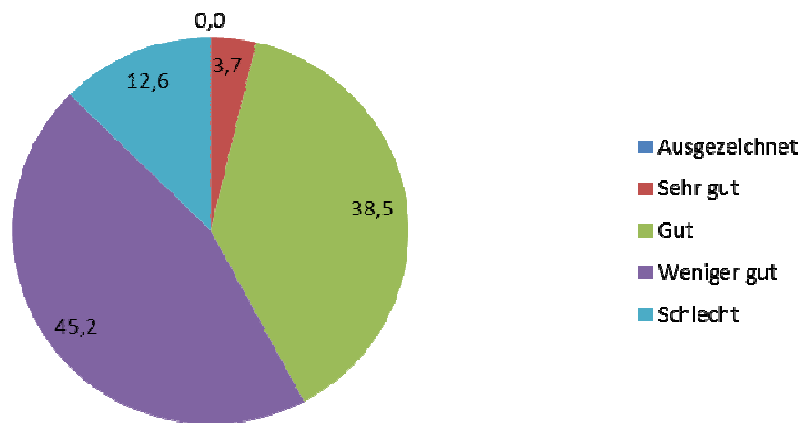


Abbildung 32: SF-12 Allgemeiner Gesundheitszustand T1, Anteile in Prozent (\bar{x} T1 = 3,67, n = 135)

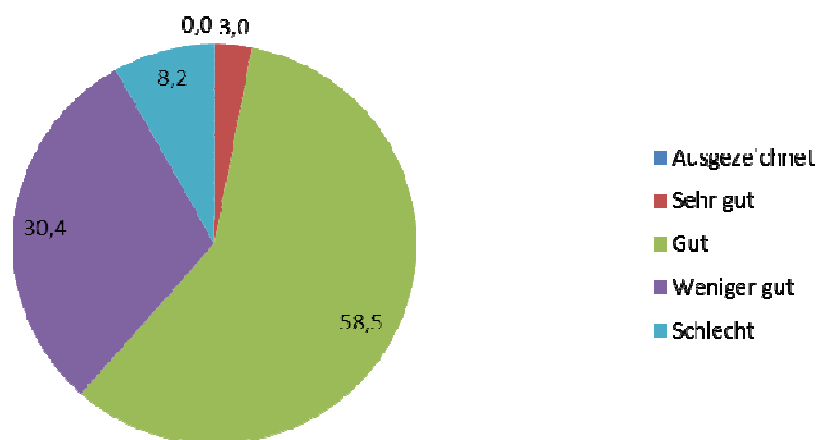


Abbildung 33: SF-12 Allgemeiner Gesundheitszustand T2, Anteile in Prozent (\bar{x} T2 = 3,44, n = 135)

Körperliche Probleme stehen bei der Zielgruppe Älterer im Vordergrund und beeinträchtigen die Lebensqualität. Die Mehrheit berichtet über Einschränkungen von Tätigkeiten auf Grund des Gesundheitszustands. Während sich zu T1 immerhin 90 % bei mittelschweren Tätigkeiten etwas oder stark eingeschränkt fühlen, tun dies zu T2 bereits 95 % (Abbildung 34). Der Unterschied der Mittelwerte für T1 (\bar{x} = 1,51) und T2 (\bar{x} = 1,4) von 0,111 ist statistisch

signifikant ($p = 0,019$) und bestätigt die beschriebene Beobachtung, die Differenz kann jedoch nicht als relevant eingestuft werden.

Ein ähnliches Bild zeigt sich auch für Einschränkungen beim Treppensteigen auf Grund des Gesundheitszustands. Innerhalb des Interventionszeitraums von 12 Monaten nimmt der Anteil derjenigen, die von Einschränkungen beim Treppensteigen berichten von 85 % auf 90 % zu (Abbildung 35). Die Mittelwerte für T1 ($\bar{x} = 1,57$) und T2 ($\bar{x} = 1,56$) sind nahezu unverändert und unterscheiden sich nicht signifikant ($p = 0,877$). Der Unterschied von 0,007 ist ebenso wenig relevant.

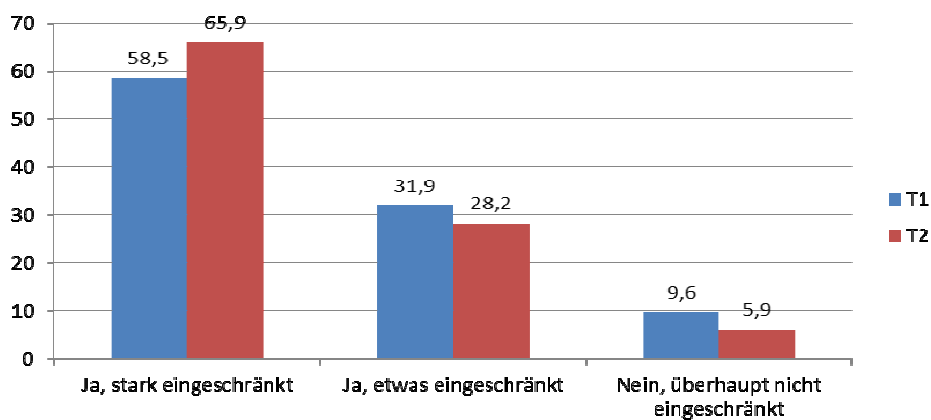


Abbildung 34: SF 12 Gesundheitszustand schränkt Durchführung mittelschwerer Tätigkeiten ein T1 - T2, Anteile in Prozent

(\bar{x} T1 = 1,51, \bar{x} T2 = 1,4, n = 135)

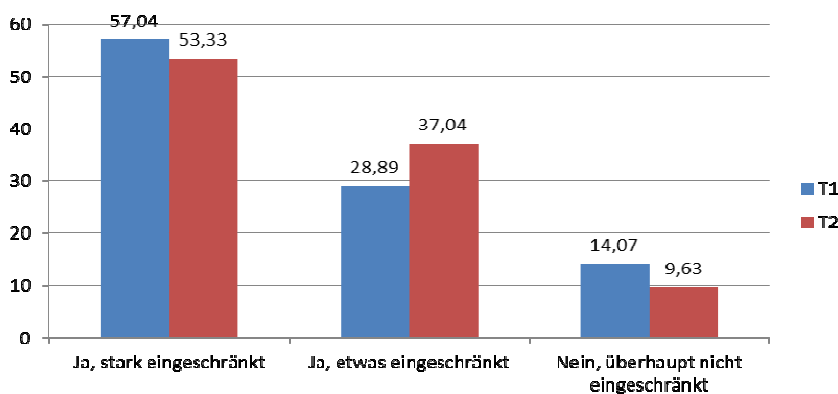


Abbildung 35: SF12 Gesundheitszustand behindert Treppensteigen T1 – T2, Anteile in Prozent (\bar{x} T1 = 1,57, \bar{x} T2 = 1,56, n = 135)

Auch der Tätigkeitsumfang der Teilnehmenden wird durch die körperliche Gesundheit bei 78 % (T1) beeinträchtigt. Nach 12 Monaten sinkt der Anteil der Teilnehmer mit vermindertem Tätigkeitsumfang auf Grund körperlicher Beschwerden leicht um ca. 5 % auf 73 % (T2) (Abbildung 36 und 37). Diese Verbesserung im zeitlichen Verlauf ist nicht signifikant ($p = 0,210$). Die Mittelwerte sind nahezu unverändert (\bar{x} T1 = 1,22, \bar{x} T2 = 1,27). Insgesamt ist für diesen Aspekt von Lebensqualität also als konstant einzustufen.

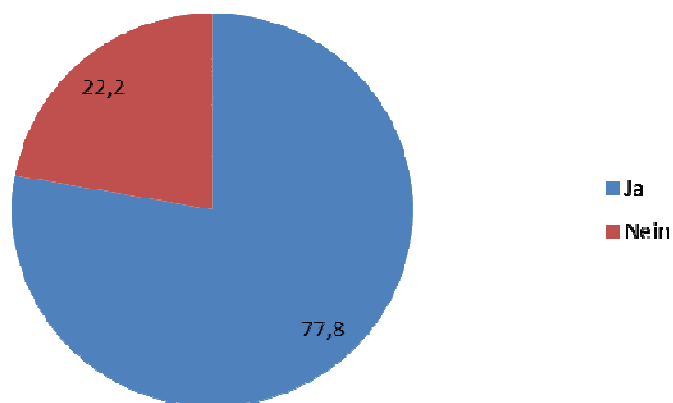


Abbildung 36: SF 12 Körperliche Gesundheit - "habe weniger geschafft als ich wollte" T1, Anteile in Prozent ($\bar{x} = 1,22$, $n = 135$)

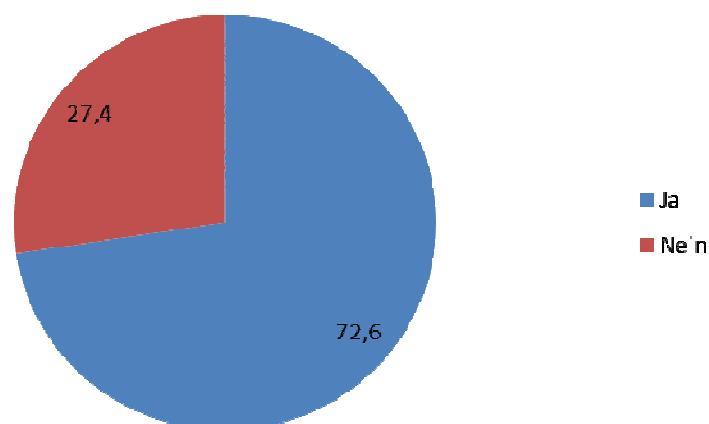


Abbildung 37: SF 12 Körperliche Gesundheit - "habe weniger geschafft als ich wollte" T2, Anteile in Prozent ($\bar{x} = 1,27$, $n = 135$)

Ein Großteil (ca. 83 %) der Befragten nimmt zudem eine Einschränkung für die Durchführung bestimmter Tätigkeiten auf Grund der körperlichen Gesundheit wahr. Dieser Anteil bleibt im Verlauf der Intervention beinahe unverändert (Abbildung 38 und 39). Dementsprechend unterscheiden sich die Mittelwerte für beide Messzeitpunkte nicht signifikant voneinander (\bar{x} T1 = 1,17, \bar{x} T2 = 1,16; $p = 0,820$). Diese Ausprägung ist konstant, es ist keine signifikante, relevante Verschlechterung zu beobachten.

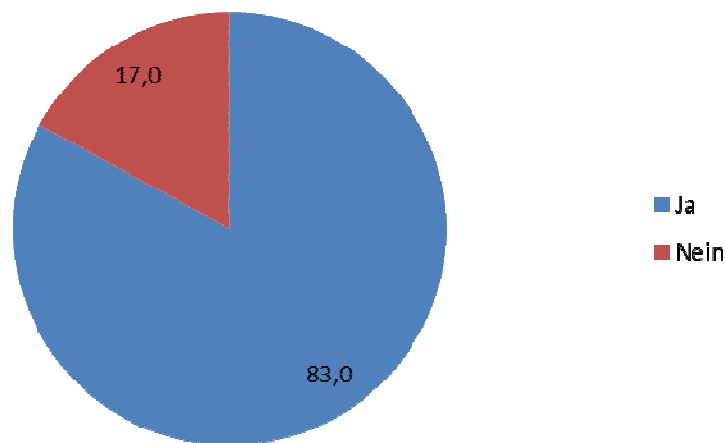


Abbildung 38: SF12 Körperliche Gesundheit - "ich konnte nur bestimmte Dinge tun" T1, Anteile in Prozent (\bar{x} = 1,17, n = 135)

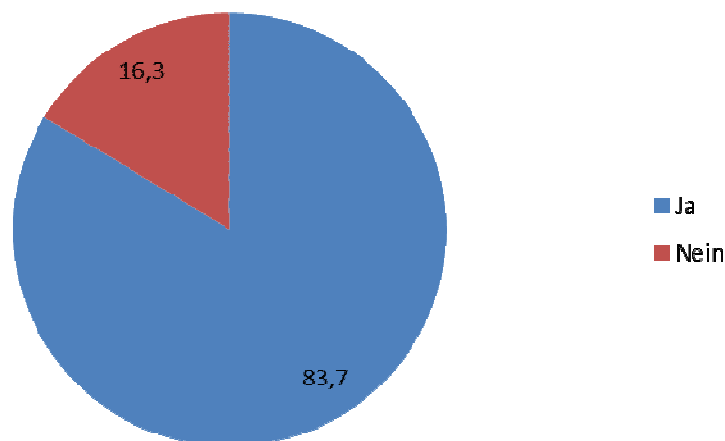


Abbildung 39: SF12 Körperliche Gesundheit - "ich konnte nur bestimmte Dinge tun" T2, Anteile in Prozent (\bar{x} = 1,16, n = 135)

Seelische Probleme werden weniger häufig als Gründe für Einschränkungen bei Tätigkeiten angegeben als körperliche Gesundheit (s.o.). Dennoch sieht immerhin über ein Drittel der Befragten diese als Ursache von Einschränkungen des Tätigkeitsumfangs (Abbildung 40) und der Tätigkeitsarten (Abbildung 42). Bei Messwiederholung nach 12 Monaten (T2) berichten jedoch nur noch knapp 20 % von diesen Einschränkungen auf Grund seelischer Beeinträchtigungen (Abbildung 41 und 43). Diese Unterschiede im zeitlichen Verlauf (T1 zu T2) sind für beide Fragestellungen signifikant: Der Mittelwert für die Frage nach einem verminderten Tätigkeitsumfang auf Grund seelischer Probleme

unterscheidet sich von T1 ($\bar{x} = 1,64$) zu T2 ($\bar{x} = 1,81$) um $-0,178$. Dieser Unterschied ist signifikant ($p = 0,000$), d.h. signifikant weniger Befragte fühlen sich auf Grund seelischer Probleme in ihrem Tätigkeitsumfang nach einem Jahr (T2) eingeschränkt als zu Beginn der Intervention (T1). Für die Fragestellung ob seelische Probleme die Sorgfältig-

keit von Tätigkeiten verhindern steigt der Mittelwert von $\bar{x} T1 = 1,62$ auf $\bar{x} T2 = 1,82$ (der Unterschied beträgt $-0,200$). Dieser Unterschied der Mittelwerte ist ebenfalls signifikant ($p = 0,000$), d.h. signifikant weniger Personen geben an, dass seelische Probleme ihre Sorgfältigkeit bei Tätigkeiten verhindern.

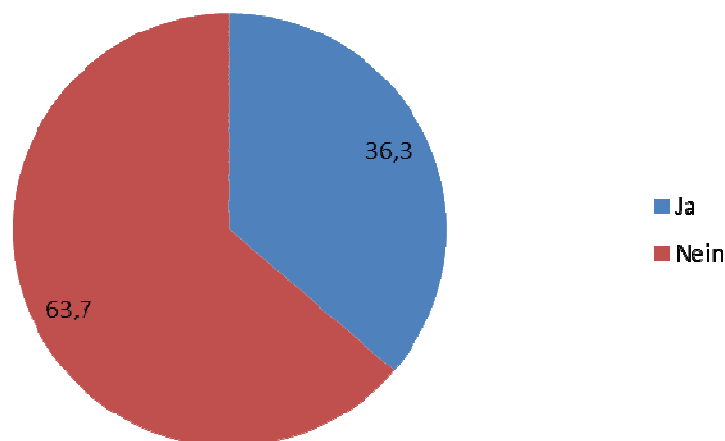


Abbildung 40: SF12 Seelische Probleme "ich habe weniger geschafft als ich wollte" T1, Anteile in Prozent ($\bar{x} = 1,64$, $n = 135$)

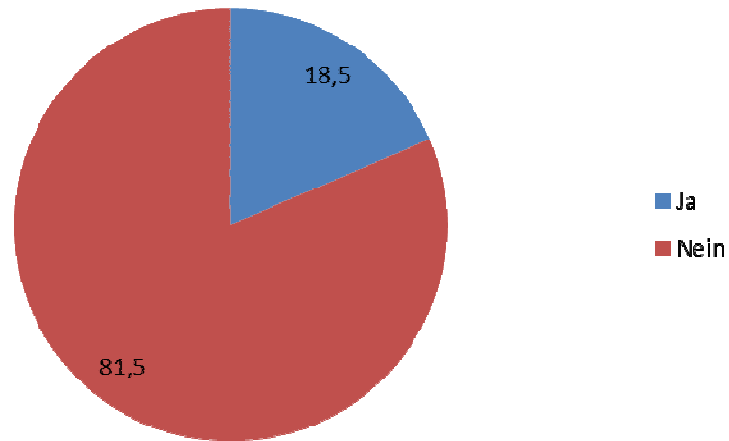


Abbildung 41: SF12 Seelische Probleme "ich habe weniger geschafft als ich wollte" T2, Anteile in Prozent ($\bar{x} = 1,81$, $n = 135$)

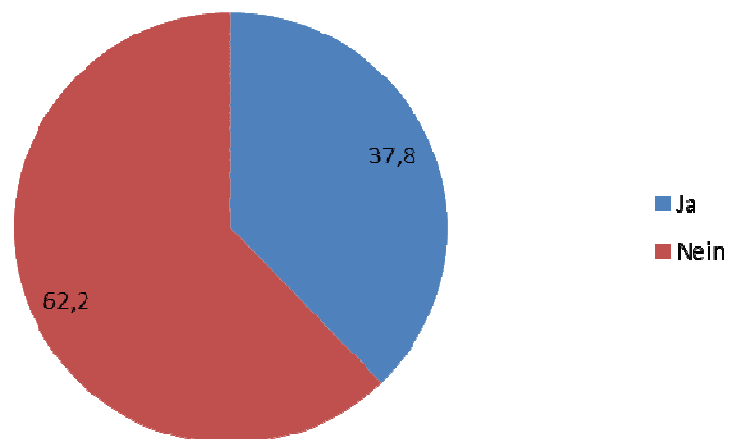


Abbildung 42: SF12 Seelische Probleme "ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten" T1, Anteile in Prozent ($\bar{x} = 1,62$, $n = 135$)

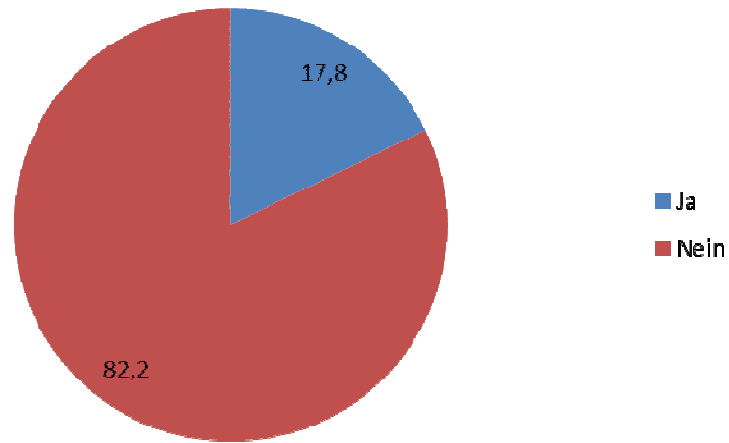


Abbildung 43: SF12 Seelische Probleme "ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten" T2, Anteile in Prozent ($M = 1,82$, $n = 135$)

Schmerzen sind ein relevanter Einflussfaktor auf die Lebensqualität, insbesondere für Ältere (Holzhausen et al. 2009). Von den befragten Teilnehmenden geben knapp 90 % (T1) an, dass sie im Alltag Einschränkungen auf Grund von Schmerzen haben (Zusammenfassung der Kategorien Etwas, Mäßig, Ziemlich, Sehr). Zwölf Monate später (T2) ist dieser Anteil verringert etwa auf 80 % (Abbildung 44). Die Analyse der Mittelwerte ergibt, dass diese Veränderung (Der Mittelwertunterschied beträgt 0,452) signifikant ist ($p=0,000$), d.h. im zeitlichen Verlauf der Begleitung durch die Gesundheitshelferinnen, sind Einschränkungen von Alltagstätigkeiten auf Grund von Schmerzen signifikant zurück gegangen.

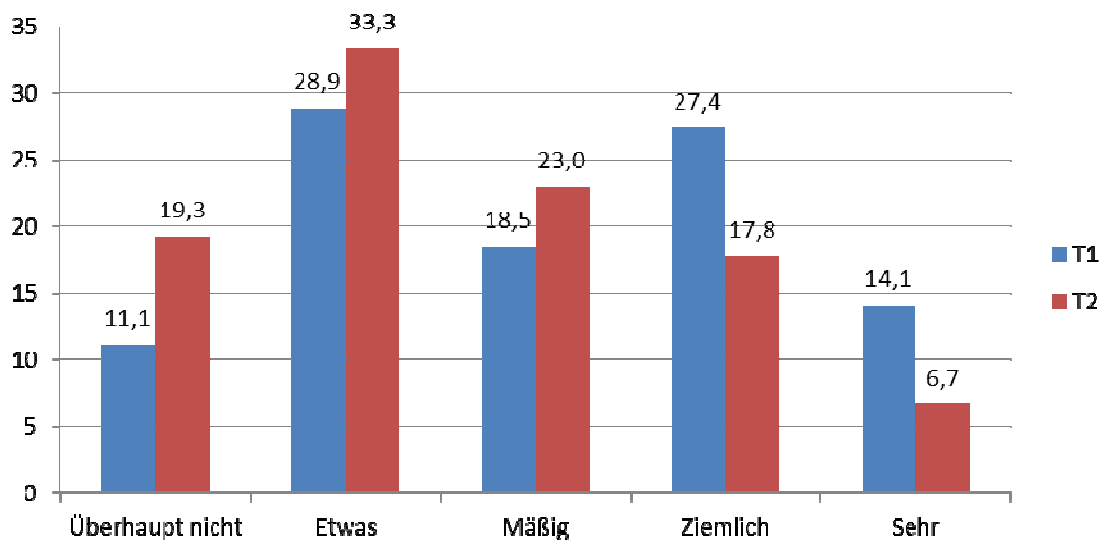


Abbildung 44: SF12 Schmerzen hindern an Ausübung von Alltagstätigkeiten T1 - T2, Anteile in Prozent (\bar{x} T1= 3,04, \bar{x} T2 = 2,59, n = 135)

Das subjektive Befinden der Teilnehmenden kann als „durchwachsen“ beschrieben werden. Zum Zeitpunkt der Einschreibung fühlen sich 61 % oft, meistens oder immer „ruhig und gelassen“. Zu T2 steigert sich dieser Anteil immerhin auf 71 % (Abbildung 45). Diese Verbesserung im zeitlichen Verlauf ist signifikant ($p = 0,000$). Der Mittelwert sinkt von \bar{x} T1 = 3,07 auf \bar{x} T2= 2,75 (der Unterschied beträgt 0,319). Gleichzeitig steigt im selben Zeitraum der Anteil der Teilnehmer, die sich „voller Energie“ fühlen, leicht von 29 % auf 33 % (Abbildung 46). Die Mehrheit fühlt sich jedoch nicht „voller Energie“. Der Unterschied zwischen T1 und T2 ist nicht signifikant ($p = 0,303$).

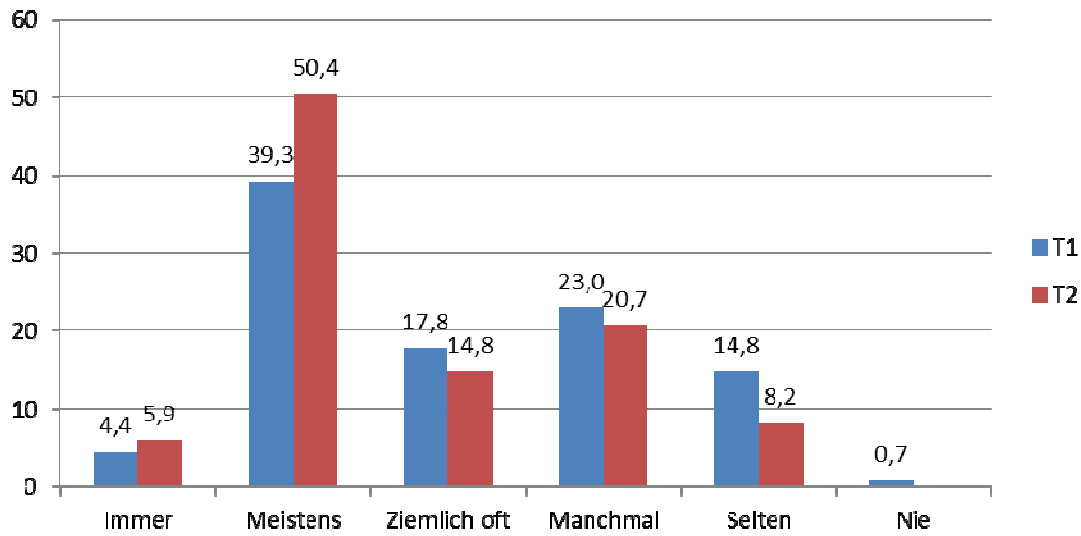


Abbildung 45: SF12 Befinden: ruhig und gelassen T1 - T2, Anteile in Prozent (\bar{x} T1 = 3,07, \bar{x} T2 = 2,75, n = 135)

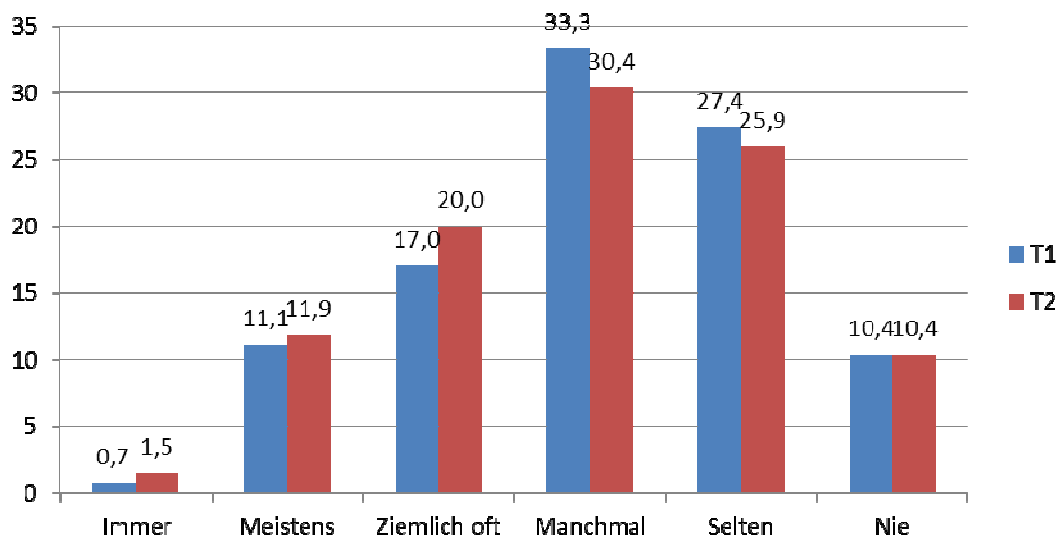


Abbildung 46: SF12 Befinden: voller Energie T1 - T2, Anteile in Prozent (\bar{x} T1 = 4,07, \bar{x} T2 = 3,99, n = 135)

Zudem verringert sich im Verlauf der Anteil derjenigen Teilnehmenden, die sich „entmutigt und traurig“ fühlen. Zu T1 waren noch 27 % „immer“, „meistens“ oder „ziemlich oft“ „entmutigt und traurig“. Ein Jahr später (T2) galt dies

nur noch für 15 % (Abbildung 47). Diese Verbesserung ist nach einem Vergleich der Mittelwerte beider Messzeitpunkte (\bar{x} T1 = 4,03 auf \bar{x} T2 = 4,32; der Unterschied beträgt -0,289) signifikant ($p = 0,000$), d.h. die Befragten fühlen sich bei der Wiederholung der Befragung nach einem Jahr seltener „entmutigt und traurig“. Dies stellt eine signifikante Verbesserung des subjektiven Befindens dar.

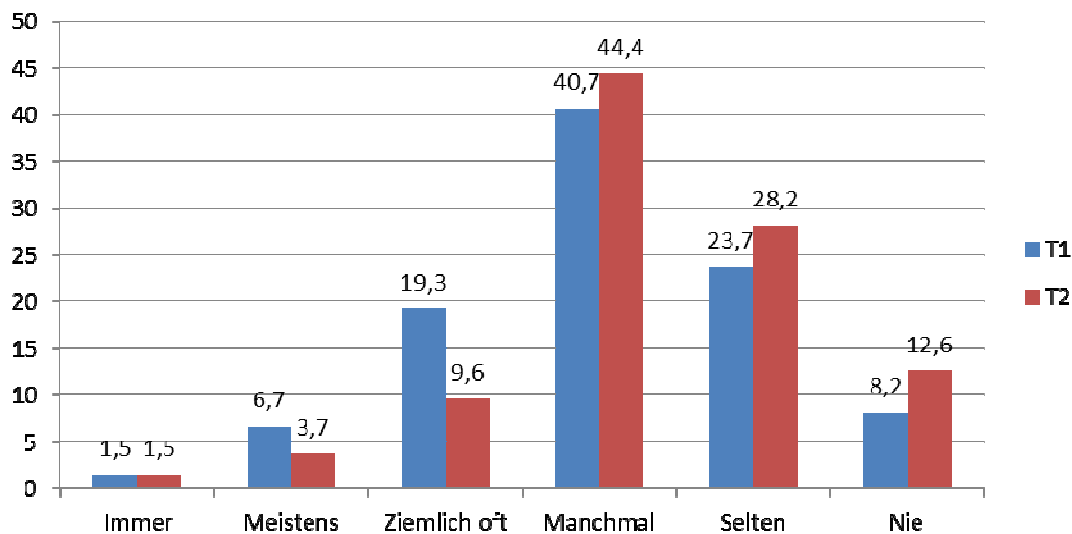


Abbildung 47: SF12 Befinden: entmutigt und traurig T1 - T2, Anteile in Prozent (\bar{x} T1 = 4,03, \bar{x} T2 = 4,32, n = 135)

Eine große Bedeutung für Lebensqualität haben soziale Kontakte. Lediglich ein Drittel fühlte sich selten oder nie hinsichtlich sozialer Kontakte auf Grund des Gesundheitszustands beeinträchtigt. Dieser Anteil stieg im Verlauf des Interventionszeitraums auf 39 % (T2) an. Insbesondere der Anteil derjenigen, die hier häufig eine Beeinträchtigung ihrer sozialen Kontakte wahrgenommen haben, ist von 25 % auf 17 % zurückgegangen und der Anteil derjenigen mit seltenen Beeinträchtigungen gestiegen (von 16 % auf 24 %) (Abbildung 48). Diese leichte Verbesserung spiegeln auch die Mittelwerte wieder (\bar{x} T1 = 2,95, \bar{x} T2 = 3,09). Der mittlere Unterschied zwischen T1 und T2 (der Mittelwertunterschied beträgt -0,141) ist nicht signifikant ($p = 0,175$).

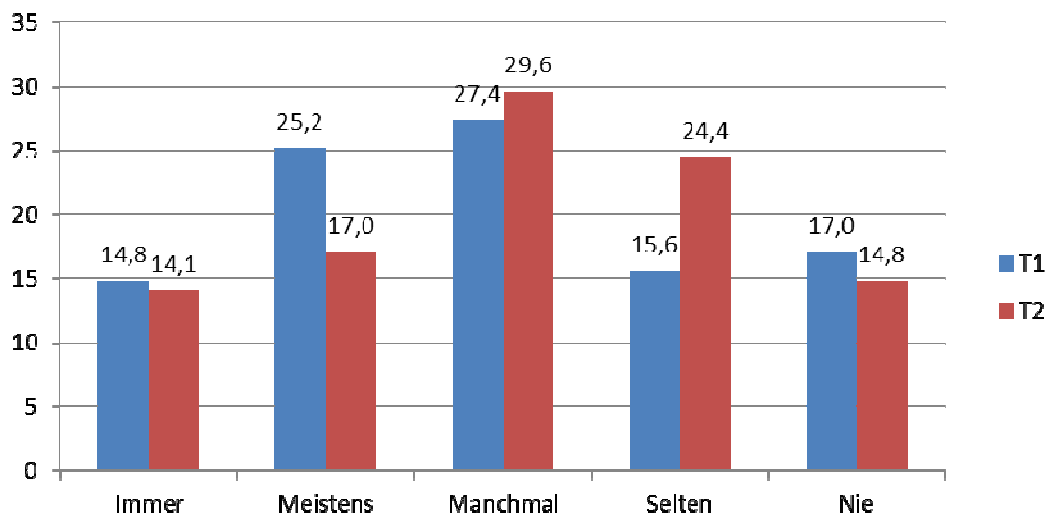


Abbildung 48: SF12 Beeinträchtigung von Kontakten aufgrund des Gesundheitszustandes T1 - T2, Anteile in Prozent (\bar{x} T1 = 2,95,

\bar{x} T2 = 3,09, n = 135)

Die nachfolgende Tabelle fasst die Ergebnisse der Mittelwertvergleiche (T-Test) für die einzelnen Items des SF-12 zusammen (Mittelwerte, Mittelwertunterschiede, statistische Signifikanz) und erläutert das Ergebnis (rechte Spalte „Interpretation“). Die Betrachtung der Signifikanzprüfungen und ihrer Interpretation verdeutlicht, dass für fast alle Aspekte von Lebensqualität eine Erhaltung des Ist-Zustands („unverändert“) oder sogar eine Verbesserung gemessen wurde. Dies entspricht den Annahmen hinsichtlich Gesundheit und Lebensqualität Älterer sowie der Zielsetzung des Projektes, nämlich eine Verschlechterung des Gesundheitszustands zu vermeiden, bestehende Fähigkeiten und Lebensqualität zu erhalten oder sogar zu verbessern.

Tabelle 6: Statistische Kennwerte zum T-Test (Vergleich der Mittelwerte T1 und T2) der SF-12 Einzelitems

SF-12 - Items	Mittelwert		MW- unter- schied	Signifikanz (p-Wert)	Interpretation
	T1	T2			
Allgemeiner Gesundheitszustand	3,67	3,44	0,230	0,001	Signifikante Verbesserung des subjektiven, allgemeinen Gesundheitszustands im zeitlichen Verlauf (T1 zu T2)
Gesundheitszustand schränkt Durchführung mittelschwerer Tätigkeiten ein	1,51	1,40	0,111	0,019	Signifikante Verschlechterung: Zunahme der Einschränkungen bei Durchführung mittelschwerer Tätigkeiten
Gesundheitszustand behindert Treppensteigen	1,57	1,56	0,007	n.s.	Unverändert: Einschränkungen beim Treppensteigen auf Grund des Gesundheitszustands zu T1 und T2
Körperliche Gesundheit mindert Tätigkeitsumfang	1,22	1,27	-0,052	n.s.	Unverändert: Häufigkeit der Einschränkungen des Tätigkeitsumfangs auf Grund der körperlichen Gesundheit zu T1 und T2
Körperliche Gesundheit schränkt Durchführung bestimmter Tätigkeiten ein	1,17	1,16	0,007	n.s.	Unverändert: Häufigkeit der Einschränkungen bei der Durchführung bestimmter Tätigkeiten auf Grund der körperlichen Gesundheit zur T1 und T2
Seelische Probleme mindern Tätigkeitsumfang	1,64	1,81	-0,178	0,000	Signifikante Verbesserung: Seltener Einschränkungen des Tätigkeitsumfangs auf Grund seelischer Probleme nach 12 Monaten im Vergleich zu T1
Seelische Probleme hindern Sorgfältigkeit von Tätigkeiten	1,62	1,82	-0,200	0,000	Signifikante Verbesserung: Seltener Einschränkungen bei der Durchführung bestimmter Tätigkeiten auf Grund seelischer Probleme nach 12 Monaten im Vergleich zu T1
Schmerzen hindern an Ausübung von Alltagsaktivitäten	3,04	2,59	0,452	0,000	Signifikante Verbesserung: Teilnehmer sind nach 12 Monaten seltener auf Grund von Schmerzen in ihren Tätigkeiten eingeschränkt im Vergleich zu T1

Befinden: ruhig und gelassen	3,07	2,75	0,319	0,000	Signifikante Verbesserung: Teilnehmer fühlen sich nach 12 Monaten häufiger "ruhig und gelassen" im Vergleich zu T1
Befinden: voller Energie	4,07	3,99	0,081	n.s.	Unverändert: Häufigkeit des Gefühls "voller Energie" zu sein zu T1 und T2
Befinden: entmutigt und traurig	4,03	4,32	-0,289	0,000	Signifikante Verbesserung: Befragte fühlen sich nach 12 Monaten seltener "entmutigt und traurig" als zu Beginn der Intervention
Beeinträchtigung von Kontakten auf Grund des Gesundheitszustands	2,95	3,09	-0,141	n.s.	Unverändert mit Tendenz zur Verbesserung: Häufigkeit der Beeinträchtigung sozialer Kontakte auf Grund des Gesundheitszustands

Insgesamt wird der allgemeine Gesundheitszustand von den Teilnehmenden als mittelmäßig bewertet. Dies entspricht den allgemeinen Erwartungen für die Zielgruppe älterer und geriatrischer Patientinnen und Patienten im Projekt. Im zeitlichen Verlauf von 12 Monaten hat er sich leicht verbessert (Unterschied ist signifikant aber nicht relevant).

Körperliche Probleme stehen im Vordergrund und beeinträchtigen die Lebensqualität:

- 90 % (T1) bzw. 95 % (T2) fühlen sich bei mittelschweren Tätigkeiten etwas oder stark eingeschränkt. Die Verschlechterung dieses Aspekts ist signifikant aber nicht relevant.
- 85 % (T1) bzw. 90% (T2) fühlen sich beim Treppensteigen etwas oder stark eingeschränkt. Im Mittel bleibt die Bewertung dieser Einschränkung konstant (n.s.).
- Die körperliche Gesundheit beeinträchtigt bei 78 % (T1) bzw. 73 % (T2) den Tätigkeitsumfang (n.s.) und bei 83 % (T1 und T2) die Durchführung bestimmter Tätigkeiten (n.s.).

Seelische Probleme werden von über einem Drittel bei Einschreibung (T1) der Projektteilnehmenden als Ursache von Tätigkeitseinschränkungen gesehen angegeben. Bei Messwiederholung nach 12 Monaten (T2) berichten davon nur noch knapp 20 %. Dies sind signifikante Verbesserungen.

Knapp 90 % (T1) bzw. gut 80 % (T2) der Teilnehmenden haben Einschränkungen im Alltag auf Grund von Schmerzen. Dieser Rückgang bzw. diese Verbesserung hinsichtlich der Häufigkeit von Schmerzen und daraus resultierenden Einschränkungen im Alltag ist signifikant.

Das subjektive Befinden ist ebenfalls als mittelmäßig einzuschätzen:

- 61 % (T1) bzw. 71 % (T2) sind oft, meistens oder immer „ruhig und gelassen“. Diese Verbesserung über die Zeit ist signifikant.

- Die Teilnehmer fühlen sich weniger häufig „voller Energie“ (71 % zu T1 und 67 % zu T2) (n.s.), aber auch seltener „entmutigt und traurig“ (73 % zu T1 und 85 % zu T2). Dieser Rückgang des negativen Befindens („entmutigt und traurig) ist eine signifikante Verbesserung.
- Die Mehrheit fühlt sich auf Grund des Gesundheitszustands in sozialen Kontakten beeinträchtigt, nur 33 % (T1) bzw. 39 % (T2) fühlen sich selten oder nie beeinträchtigt (n.s.).

Die Fragestellungen des SF-12 können in Summenskalen für körperliche und psychische Gesundheit zusammengefasst werden und bilden einen Index. Hierfür wird ein Mittelwert berechnet, der zum einen innerhalb der Population und zum anderen mit den Werten einer Normstichprobe (bevölkerungsrepräsentative Daten) verglichen werden kann.

Tabelle 7: SF 12 - Lebensqualität und Gesundheit - Summenskalen T1 - T2

Streu- und Lagemaße	SF 12 Körperliche Summenskala			SF-12 Psychische Summenskala		
	T1	T2	Normstichprobe > 70 Jahre	T1	T2	Normstichprobe > 70 Jahre
N	135	135	286	135	135	286
Mean	30,7	30,91	38,8	46,88	51,27	52,3
Std. Deviation	10,11	9,33	10,6	11,62	9,74	9,2
Minimum	12,62	13,08	11,7	17,58	22,13	21,1
Maximum	54,29	56,02	59,5	65,76	67,04	68,7

Tabelle 7 zeigt die Mittelwerte der Summenskalen des SF-12 für die RVG-Teilnehmenden und stellt die Normwerte des SF-36 Health Survey einer Subgruppe gegenüber, die älter als 70 Jahre ist und aktuell oder chronisch erkrankt ist und damit in etwa der Projektzielgruppe entspricht. Für die Interpretation der Werte gilt: Je höher der Wert bzw. Mittelwert desto positiver die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes.

Der Mittelwert der Teilnehmenden für körperliche Gesundheit ist etwa konstant (leichte Steigerung um 0,2 Punkte). Dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant hinsichtlich der Einschätzung der körperlichen Gesundheit innerhalb des 12-monatigen Interventionszeitraumes. Die Mittelwerte für körperliche Gesundheit der Teilnehmer liegen deutlich unterhalb des Wertes der Normstichprobe, den Teilnehmern geht es also im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung schlechter.

Bezogen auf die psychische Gesundheit steigt der Mittelwert der psychischen Summenskala um 4,4 Punkte, d.h. die psychische Gesundheit hat sich im Durchschnitt verbessert. Diese Verbesserung des psychischen Wohlbefindens innerhalb des 12-monatigen Interventionszeitraumes ist statistisch signifikant ($p = 0,000$)! Gleichzeitig ist die Differenz als relevant zu bewerten. Während zum Zeitpunkt der Einschreibung der Mittelwert der Teilnehmer (46,88) noch deutlich unterhalb des psychischen Befindens der Allgemeinbevölkerung (52,3) lag, liegt er nach 12 Monaten

(T2) fast auf gleichem Niveau (51,27). Die psychische Gesundheit bewerten die Teilnehmer also signifikant und relevant als verbessert.

Die Mittelwerte der RVG-Teilnehmenden liegen für alle Summenskalen unterhalb der Mittelwerte der Normstichprobe. Hieraus kann abgeleitet werden, dass die richtige Zielgruppe, Personen mit erhöhtem Risiko für Pflegebedürftigkeit, mit dem Projekt erreicht wurde.

B.3.7 PATIENTENZUFRIEDENHEIT

Die Patientenzufriedenheit wurde in vier Themenbereichen ermittelt. Gefragt wurden sie nach der Wahrnehmung des Nutzens, nach der Zufriedenheit mit der Kontakthäufigkeit und -dauer sowie mit ihrer Zufriedenheit insgesamt.

Für die Befragten wurden AOK-Versicherte aus der oben beschriebenen Stichprobe ausgewählt (n = 162). Hiervon ausgeschlossen wurden Fälle mit Demenz, in stationärer Pflege oder Behandlung oder ohne Telefonnummer, so dass schließlich für die Befragung 94 Personen in Frage kamen. Hiervon konnten 76 telefonisch erreicht werden, 17 wollten jedoch die Fragen nicht beantworten. Insgesamt wurden also 59 Teilnehmende nach ihrer Zufriedenheit mit den Gesundheitshelferinnen befragt (vgl. Tabelle 8). Die Zusammensetzung dieser Substichprobe ist in Tabelle 9 dargestellt.

Tabelle 8: Stichprobenzusammensetzung der Zufriedenheitsbefragung von AOK-Versicherten

Stichprobenzusammensetzung	Anzahl (abs.)
Zahl der AOK-Versicherten im ausgewählten Datensatz für statistische Analysen	162
Bereinigte Zahl nach Rücksprache mit KLG	149
Davon sind nicht befragbar:	
mit Demenz	37
im Pflegeheim	6
im KH	1
ohne Telefonnr.	1
doppelt in der Liste	2
ohne Freizeichen	8
Es bleiben Interviewpartner	94
Erreicht (Response)	76
Davon haben nicht mitmachen wollen/können	17
Nicht erreicht (trotz mehrmaliger Versuche zu verschiedenen Tageszeiten und an verschiedenen Tagen)	18

Tabelle 9: Stichprobenbeschreibung der Zufriedenheitsbefragung (n = 59)

Stichprobenmerkmale	Anzahl (abs.)	Anteil (%)	RVG gesamt (%) (n =380)
Geschlecht			
Männlich	19	32,2	29,5
Weiblich	40	67,8	70,5
Alter			
Mittleres Alter	80,9		82,1
Min./Max.	65/94		57/100
bis 69 Jahre	3	5,1	3,4
70-74 Jahre	5	8,5	8,7
75-79 Jahre	14	23,7	19,0
80-84 Jahre	18	30,5	28,2
85-89 Jahre	16	27,1	30,5
90-94 Jahre	3	5,1	9
95-99 Jahre			1,1
100 Jahre und älter			0,3

Der Nutzen der Gesundheitshelferinnen, den die Teilnehmenden – im Alltag – selbst wahrgenommen haben, wurde über vier Fragen ermittelt: 1) Ist die Gesundheitshelferin für die eine Hilfe und Unterstützung? 2) Seitdem die Gesundheitshelferin da ist, wie kommen Sie zu Hause im Alltag zurecht? 3) Haben Sie durch die Gesundheitshelferin neue Informationen bekommen, die Sie noch nicht kannten? 4) Hat sich die ärztliche Betreuung verbessert?

Abbildung 49 zeigt den Grad der Zustimmung, in wie fern die Befragten die Gesundheitshelferinnen als Hilfe und Unterstützung wahrnehmen. Ein großer Teil stimmt dem zu: 42,4 % empfinden die Gesundheitshelferinnen als große Unterstützung, weitere 28,8 % nehmen die Gesundheitshelferinnen ebenfalls als Hilfe war. Ein Fünftel sieht „etwas“ Hilfe und Unterstützung durch die Gesundheitshelferinnen. Insgesamt meinen 91,5 % der Teilnehmenden, dass die Gesundheitshelferinnen eine Hilfe und Unterstützung für sie sind. Lediglich 8,5 % stimmen dem eher nicht zu.

Knapp 50 % der Teilnehmenden kommen nun besser zu Hause zurecht! 40 % kommen trotz eingeschränktem Gesundheitszustand „etwa gleich gut“ zurecht. Etwa 10 % der Befragten berichten von einer Verschlechterung (Abbildung 50).

Einen Zusatznutzen durch neue Informationen, die vor der Begleitung durch die Gesundheitshelferinnen noch nicht bekannt waren, haben über zwei Drittel der Befragten bestätigt (19 % ja, sehr häufig; 50 % ja, einige Male). 31 % der Befragten konnten dies nicht berichten.

Bezogen auf die ärztliche Betreuung können kaum Veränderungen festgestellt werden. 96,5 % (n = 57) bewerteten diese als unverändert. Lediglich eine Person bewertet die ärztliche Versorgung als „etwas“ besser, eine weitere als „sehr“ verbessert.

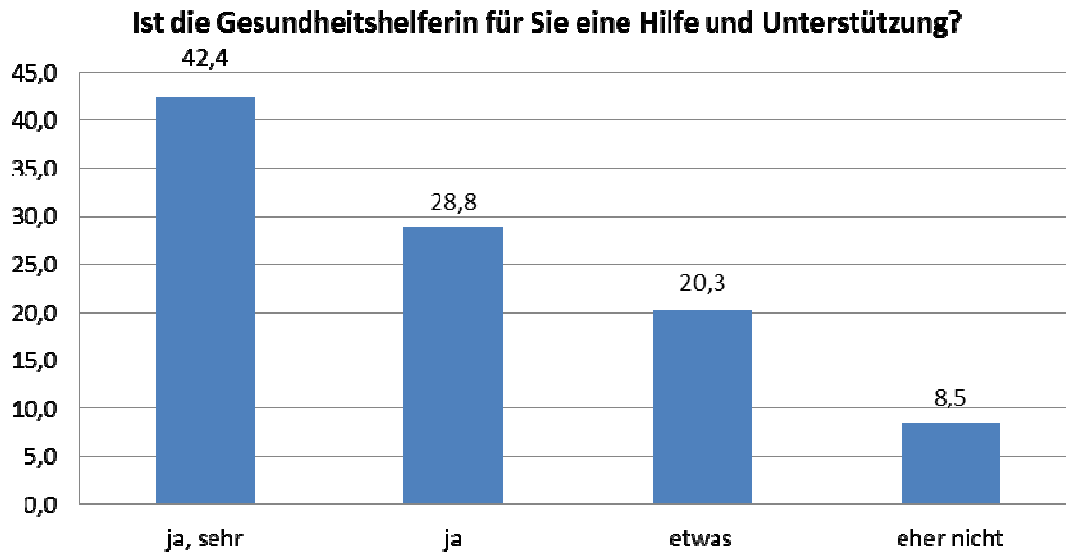


Abbildung 49: Ist die Gesundheitshelferin für Sie eine Hilfe und Unterstützung? (n = 59, Angaben in Prozent)

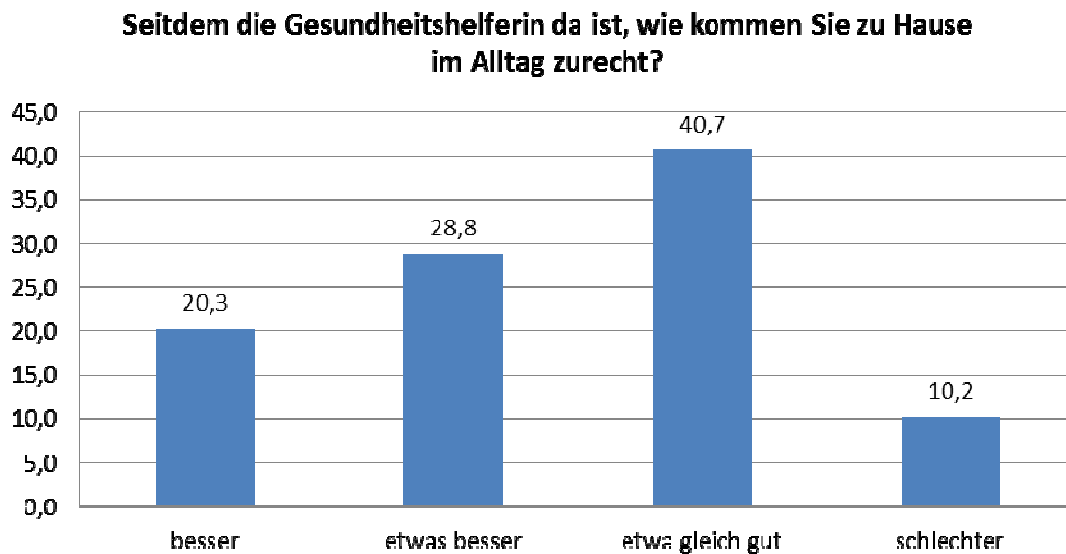


Abbildung 50: Seitdem die Gesundheitshelferin da ist, wie kommen Sie zu Hause im Alltag zurecht? (n = 59, Angaben in Prozent)

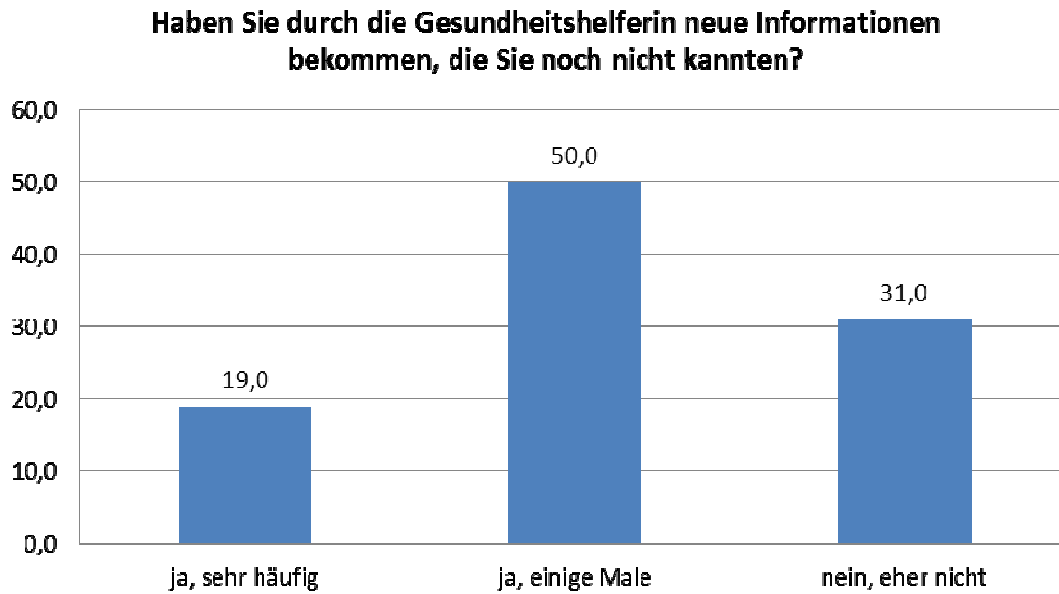


Abbildung 51: Haben Sie durch die Gesundheitshelferin neue Informationen bekommen, die Sie noch nicht kannten? (n = 59, Angaben in Prozent Angaben in Prozent)

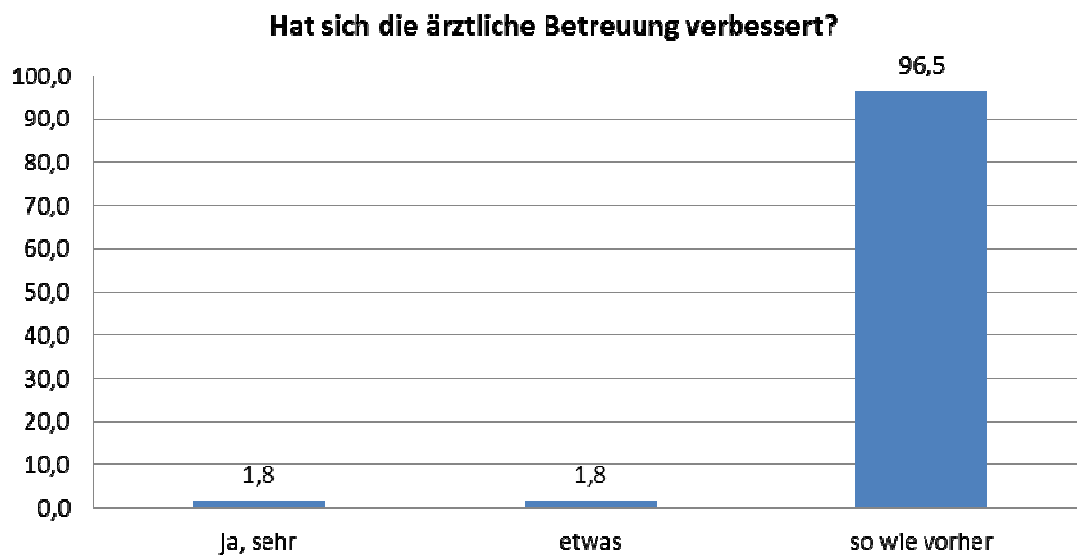


Abbildung 52: Hat sich die ärztliche Betreuung verbessert? (n = 59, Angaben in Prozent)

Zur Bewertung der Angemessenheit der Programmumsetzung wurden die Teilnehmenden nach ihrer Zufriedenheit mit der Kontakthäufigkeit und -dauer gefragt. Fast ausnahmslos bewerteten die Teilnehmenden die Besuchsdauer als angemessen (98,2 %). Lediglich eine Person (1,8 %) empfand die Besuchsdauer als eher zu kurz. Keine Befragten bewertete die Besuchsdauer als zu lang.

Ein ähnliches Bild zeichnet sich bezüglich der Häufigkeit der Besuche. Diese werden überwiegend (89,5 %) als angemessen („eher richtig“) bewertet. Nur eine Person (1,8 %) empfand diese als „zu wenig“, 8,8 % als „eher zu wenig“. Niemand bewertete die Kontaktfrequenz als zu häufig.

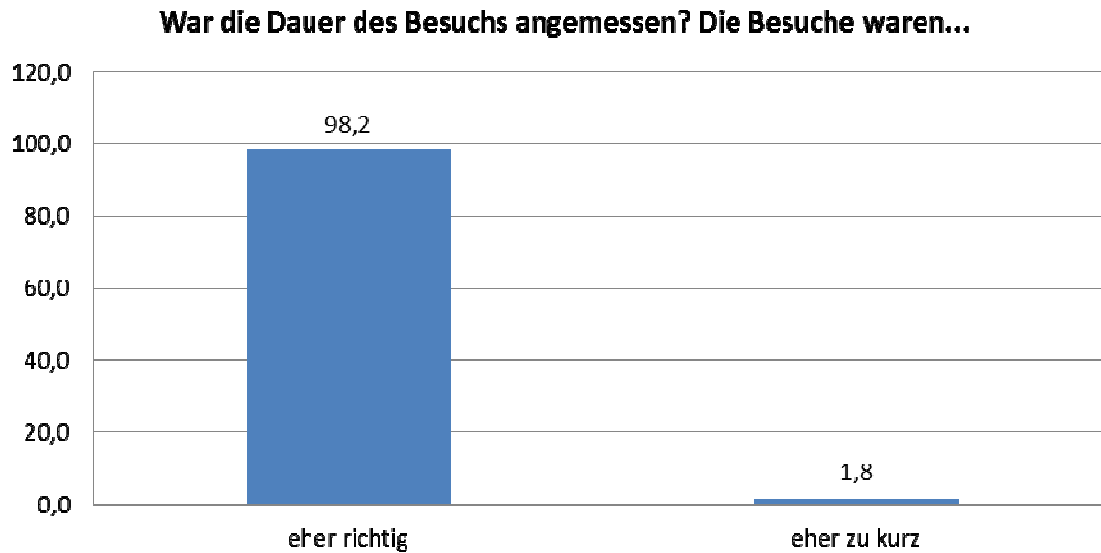


Abbildung 53: War die Dauer des Besuchs angemessen? Die Besuche waren... (n = 59, Angaben in Prozent)

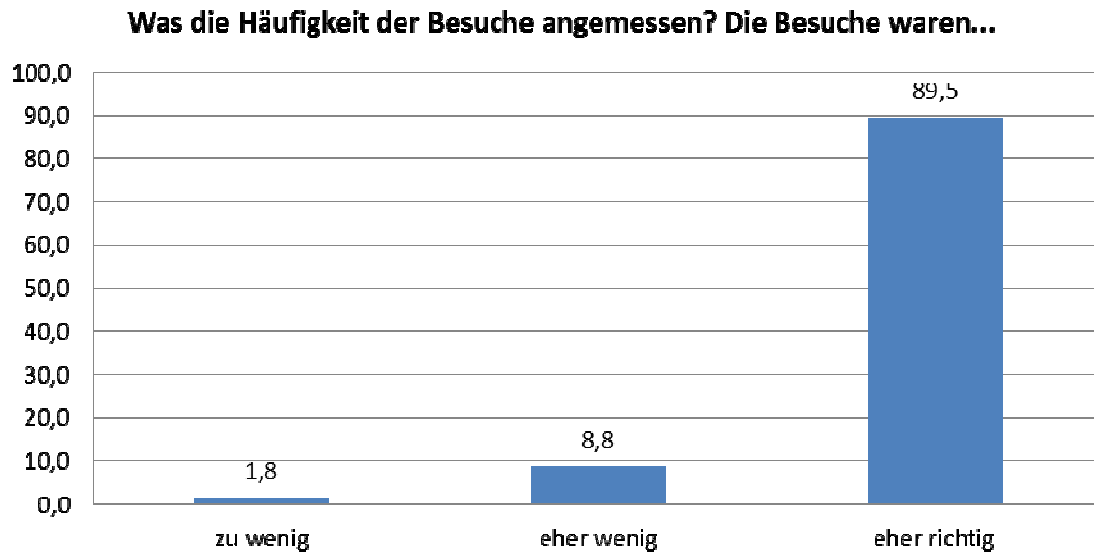


Abbildung 54: War die Häufigkeit der Besuche angemessen? Die Besuche waren... (n= 59, Angaben in Prozent)

Unter den Befragten ist die Weiterempfehlungsbereitschaft als hoch einzustufen. 86,2 % würden ihre Gesundheitshelferin uneingeschränkt weiterempfehlen, weitere 13,8 % würde diese „vielleicht“ weiterempfehlen. Diese Fragestellung ist ein wichtiger Indikator für die Zufriedenheit und Akzeptanz des Programms. Das Ergebnis zeigt, dass die Teilnehmenden mit dem Versorgungsangebot „Gesundheitshelferinnen in Lippe“ sehr zufrieden sind und eine hohe Akzeptanz besteht (vgl. dazu auch die Ergebnisse der offenen Antwortkategorie, s.u.).

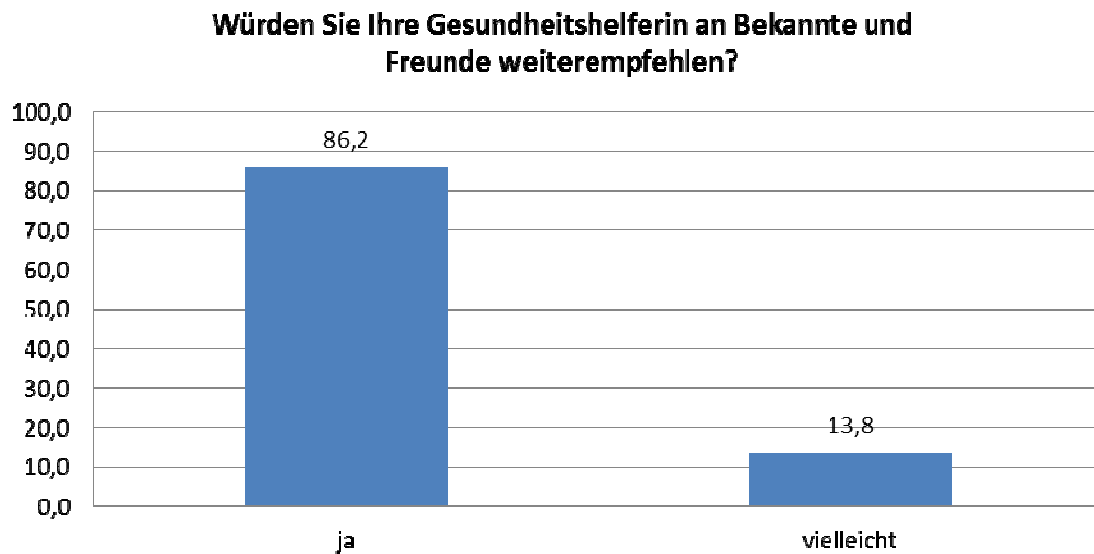


Abbildung 55: Würden Sie Ihre Gesundheitshelferin an Bekannte und Freunde weiterempfehlen? (n = 59, Angaben in Prozent)

Offene Antwortkategorien

Neben den geschlossenen Fragen wurde noch eine offene Frage nach Anregungen und Verbesserungsvorschlägen gestellt. Deutlich geworden ist in den Antworten, dass die Gesundheitshelferinnen als wichtige Ansprechpartnerin im Versorgungsalltag wahrgenommen werden. Die Patientinnen und Patienten gaben an, dass die Gesundheitshelferinnen häufig die erste Ansprechpartnerin bei auftretenden Versorgungsproblemen seien, die sie im Bedarfsfall telefonisch kontaktieren. Anlässe zur Kontaktaufnahmen sind z.B.: „da neue Erkrankung dazugekommen ist“ oder „habe eine neue Hüfte bekommen, und ich wollte nicht ins Pflegeheim“.

LITERATURVERZEICHNIS

- Bullinger M, Kirchberger I (1998): SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung. Hogrefe, Göttingen: 155 S.
- Bullinger M (2000): Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey. In: Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 43:190–197
- Bundesverband Geriatrie e.V. (Hrsg.) (2010): Weißbuch Geriatrie. Die Versorgung geriatrischer Patienten: Strukturen und Bedarf – Status Quo und Weiterentwicklung. Eine Analyse durch die GEBERA Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Planung Beratung mbH. Kohlhammer. 324 S.
- Ewers M (2008) Case Management: Hintergründe, Entwicklungen und Konzepte. 4. Studententext Weiterbildendes Fernstudium Angewandte Gesundheitswissenschaften Schwerpunkt Case Management. Universität Bielefeld
- Flick, U (2004): Kapitel 4.1 – Design und Prozess qualitativer Forschung. In: Flick U, v. Kardorff E, Steinke I (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Rowohlt's Verlag, Reinbek bei Hamburg: 252-265.
- Flick U (2006): Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte - Methoden – Umsetzung. Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg. 509 S.
- Gatterer G (2007): Multiprofessionelles Geriatisches Assessment. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie, 20 (2/3):125–134
- Gutpa, A (2012): Assessmentinstrumente für alte Menschen. Pflege- und Versorgungsbedarf systematisch einschätzen. Verlag Hans Huber, Bern. 243 S.
- Gläser J, Laudel G (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4. Auflage. VS Verlag: Wiesbaden. 348 S.
- Gunzelmann T, Albani C, Beutel M, Brähler E (2006): Die subjektive Gesundheit älterer Menschen im Spiegel des SF-36. Normwerte aus einer bevölkerungsrepräsentativen Erhebung. In: Z Gerontol Geriat 39:109–119
- Häußler S, Stöbel U, v. Troschke J, Walterspiel G, Wetterer A (1988): Konzepte und Erkenntnisinteressen der wissenschaftlichen Begleitforschung von Modelleinrichtungen. In: Dietzel GTW, v. Troschke J (Hrsg.): Begleitforschung bei staatlich geförderten Modellprojekten. Strukturelle und methodische Probleme. Stuttgart: Kohlhammer: 31-105
- Holzhausen M, Borschlegel U, Fischer T (2009): Die Patientenperspektive in der Erfassung von Lebensqualität im Alter. Möglichkeiten und Grenzen. Z Gerontol Geriat 42:355–359
- Huhn S (2002): Scala zur Einschätzung des Sturzrisikos bei älteren Patienten. In: Die Schwester/Der Pfleger:227-229
- Huhn S (1995): Sturz-Risiko-Skala: Was aus dem Tritt bringt: In: Forum Sozialstation: 46-47

Klinikum Lippe (2010): Strukturierter Qualitätsbericht 2010. Gemäß § 173 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V.

<http://www.klinikum-lippe.de/fileadmin/pdf/qualitaetsberichte/260570486-01-2010-pdf.pdf>

Koch F (2001): Mit einfachen Methoden Stürze verhindern. In: Pflegezeitschrift:101-105

Leischker AH, Kolb GF (2007) Diagnostik- und Therapieziele beim alten Patienten. In: Internist 48:1195-1205

Lübke N (2009): Der „geriatrische Patient“ – Zum Diskussionsstand um die Definition der Zielgruppe geriatrispezifische Leistungserbringung. In: Med Sach 105 (1): 11-17.

Lübke N, Meinck M, von Renteln-Kruse W (2004): Der Barthel-Index in der Geriatrie. Eine Kontextanalyse zum Hamburger Einstufungsmanual. Z Gerontol Geriat 37:316-326

Lüttje D, Varwig D, Teigel B, Gilhaus B (2011): Das geriatrische Assessment. Entwicklung, Status quo und Perspektive. Internist 52:925-933

Mayring P (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5., überarb. u. neu ausgestattete Aufl., Beltz, Weinheim [u.a.]. 170 S.

Mayring P (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10. Aufl., Beltz, Weinheim [u.a.], 135 S.

Morfeld M, Dietsche S, Bürger W, Koch W (2003): Der SF-12 – Das Problem der Missing Data In: Diagnostica 49 (3):129-135

Mullahy, C. (1996) Case Management and Managed care, in: Kongstvedt, P.R. The Managed Health Care Handbook, Gaithersburg, S. 274 ff.

Nikolaus T (2001): Das geriatrische Assessment. Aktueller Erkenntnisstand hinsichtlich der Eignungskriterien Diskrimination, Prädiktion, Evaluation, Praktikabilität). In: Z Gerontol Geriat 34: Suppl 1, I/36–I/42

Ovretveit J (1998): Evaluating Health Interventions: Introduction to Evaluation of Health Treatments, Services Policies and Organizational Interventions. Open University Press. 336 S.

Radoschewsky M, Bellach BM (1999): Der SF-36 im Bundes-Gesundheits-Survey – Möglichkeiten und Anforderungen der Nutzung auf der Bevölkerungsebene. In: Gesundheitswesen 61. Sonderheft 2:S191-S199

Sainsbury A, Seebaa S, Bansal A, Young JB (2005): Reliability of the Barthel Index when used with older people. Age and Ageing 34:228-232

Schmacke N (2011): Dilemmata in der Versorgungsforschung. Ein Plädoyer für mehr Ergebnisoffenheit. In: GGW 11 (4): 16-22.

SGB XI: Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI). Soziale Pflegeversicherung. Stand: Zuletzt geändert durch Art. 2 Abs. 4 G v. 15.2.2013 | 254.

SGV V: Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung. Stand: Zuletzt geändert durch Art. 2 G v. 20.2.2013 | 277.

Williamson GR, Bellman L, Webster J (2012): Action research in nursing and health care. London: Sage.

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1 Veränderung nach Altersgruppen im Kreis Lippe (Statistisches Landesamt NRW)	11 -
Abbildung 2: Sektorübergreifende, interdisziplinäre RVG-Versorgungsstruktur in Region Lippe (Eigene Darst.)...	12 -
Abbildung 3: Wesentliche Kommunikationsgremien im RVG-Projekt	15 -
Abbildung 4: Einschlusskriterien RVG für Teilnehmende (Eigene Darst.)	20 -
Abbildung 5: Versorgungspfad: Ablaufschema Regionales Versorgungskonzept Geriatrie (Eigene Darst.)	21 -
Abbildung 6: Evaluationsmodell komplexer Interventionen (Darstellung nach Schmacke 2011)	26 -
Abbildung 7: Qualitätsdimensionen im Projekt RVG (eigene Darstellung)	27 -
Abbildung 8: Meilensteine der Begleitevaluation.....	28 -
Abbildung 9: Geschlechterverteilung in Prozent (n = 380)	29 -
Abbildung 10: Verteilung nach Altersgruppen (Alter zum Zeitpunkt der Einschreibung) (\bar{x} = 82,26, n = 380)	30 -
Abbildung 11: Häufigkeitsverteilung der Pflegestufen zu verschiedenen Messzeitpunkten in Prozent (n = 380) ..	30 -
Abbildung 12: Einschreiber, Häufigkeitsverteilung in Prozent (n = 380)	31 -
Abbildung 13 SF-12 Allgemeiner Gesundheitszustand T1, Anteile in Prozent (\bar{x} T1 = 3,67, n = 135)	32 -
Abbildung 14: SF-12 Allgemeiner Gesundheitszustand T2, Anteile in Prozent (\bar{x} T2 = 3,44, n = 135)	32 -
Abbildung 15: Verteilung der Barthel-Index Punkte (gruppiert) zu T1 (\bar{x} = 77,31) und T2 (\bar{x} = 75,16) in Prozent (n = 219).....	33 -
Abbildung 16: Netzwerkpartnerinnen und -partner der Gesundheitshelferinnen in der Versorgungspraxis (Eigene Darst.).....	59 -
Abbildung 17: Geschlechterverteilung in Prozent (n = 380)	77 -
Abbildung 18: Verteilung nach Altersgruppen (Alter zum Zeitpunkt der Einschreibung) (\bar{x} = 82,26, n = 380)	78 -
Abbildung 19: Häufigkeitsverteilung der Pflegestufen zu verschiedenen Messzeitpunkten in Prozent (n = 380) ..	78 -
Abbildung 20: Versorgungssituation bei Einschreibung in Prozent (n = 380).....	80 -

Abbildung 21: Versorgungssituation der Patienten zu verschiedenen Messzeitpunkten in Prozent (n = 380).....	81 -
Abbildung 22: Schweregrad Demenz zu verschiedenen Messzeitpunkten in Prozent (n = 380).....	81 -
Abbildung 23: Einschreiber, Häufigkeitsverteilung in Prozent (n = 380)	82 -
Abbildung 24: Kostenträger, Häufigkeitsverteilung in Prozent (n = 379)	82 -
Abbildung 25: Lachs-Screening - Häufigkeitsverteilung, Anzahl pathologischer Antworten in Prozent (\bar{x} = 5,55; n = 368).....	83 -
Abbildung 26: Screening nach Lachs - Häufigkeitsverteilung Art der patholog. Antworten in Prozent je Item	84 -
Abbildung 27: Verteilung der Barthel-Index Punkte (gruppiert) zu T1 (\bar{x} = 77,31) und T2 (\bar{x} = 75,16) in Prozent (n = 219)	85 -
Abbildung 28: IADL, Häufigkeitsverteilung der pathologischen Antworten in Prozent zu T1 (\bar{x} = 4,41) und T2 (\bar{x} = 3,97) (n = 218)	86 -
Abbildung 29: Anteil der pathologischen Antworten nach Art der Aktivitäten in Prozent (n = 218)	86 -
Abbildung 30: Sturzrisiko nach Huhn (gruppiert) zu T1 in Prozent, \bar{x} = 13,76 (n = 216)	87 -
Abbildung 31: Sturzrisiko nach Huhn (gruppiert) zu T2 in Prozent, \bar{x} = 15,12 (n = 216)	88 -
Abbildung 32: SF-12 Allgemeiner Gesundheitszustand T1, Anteile in Prozent (\bar{x} T1 = 3,67, n = 135)	89 -
Abbildung 33: SF-12 Allgemeiner Gesundheitszustand T2, Anteile in Prozent (\bar{x} T2 = 3,44, n = 135)	89 -
Abbildung 34: SF 12 Gesundheitszustand schränkt Durchführung mittelschwerer Tätigkeiten ein T1 - T2, Anteile in Prozent (\bar{x} T1 = 1,51, \bar{x} T2 = 1,4, n = 135)	90 -
Abbildung 35: SF12 Gesundheitszustand behindert Treppensteigen T1 – T2, Anteile in Prozent (\bar{x} T1 = 1,57, \bar{x} T2 = 1,56, n = 135)	90 -
Abbildung 36: SF 12 Körperliche Gesundheit - "habe weniger geschafft als ich wollte" T1, Anteile in Prozent (\bar{x} = 1,22, n = 135).....	91 -
Abbildung 37: SF 12 Körperliche Gesundheit - "habe weniger geschafft als ich wollte" T2, Anteile in Prozent (\bar{x} = 1,27, n = 135).....	91 -

Abbildung 38: SF12 Körperliche Gesundheit - "ich konnte nur bestimmte Dinge tun" T1, Anteile in Prozent (\bar{x} = 1,17, n = 135).....	- 92 -
Abbildung 39: SF12 Körperliche Gesundheit - "ich konnte nur bestimmte Dinge tun" T2, Anteile in Prozent (\bar{x} = 1,16, n = 135).....	- 92 -
Abbildung 40: SF12 Seelische Probleme "ich habe weniger geschafft als ich wollte" T1, Anteile in Prozent (\bar{x} = 1,64, n = 135).....	- 93 -
Abbildung 41: SF12 Seelische Probleme "ich habe weniger geschafft als ich wollte" T2, Anteile in Prozent (\bar{x} = 1,81, n = 135).....	- 94 -
Abbildung 42: SF12 Seelische Probleme "ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten" T1, Anteile in Prozent (\bar{x} = 1,62, n = 135).....	- 94 -
Abbildung 43: SF12 Seelische Probleme "ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten" T2, Anteile in Prozent (\bar{x} = 1,82, n = 135).....	- 95 -
Abbildung 44: SF12 Schmerzen hindern an Ausübung von Alltagstätigkeiten T1 - T2, Anteile in Prozent (\bar{x} T1= 3,04, \bar{x} T2 = 2,59, n = 135)	- 96 -
Abbildung 45: SF12 Befinden: ruhig und gelassen T1 - T2, Anteile in Prozent (\bar{x} T1 = 3,07, \bar{x} T2 = 2,75, n = 135)...	- 97 -
Abbildung 46: SF12 Befinden: voller Energie T1 - T2, Anteile in Prozent (\bar{x} T1 = 4,07, \bar{x} T2 = 3,99, n = 135).....	- 97 -
Abbildung 47: SF12 Befinden: entmutigt und traurig T1 - T2, Anteile in Prozent (\bar{x} T1 = 4,03, \bar{x} T2 = 4,32, n = 135) - 98 -	
Abbildung 48: SF12 Beeinträchtigung von Kontakten aufgrund des Gesundheitszustandes T1 - T2, Anteile in Prozent (\bar{x} T1 = 2,95, \bar{x} T2 = 3,09, n = 135).....	- 99 -
Abbildung 49: Ist die Gesundheitshelferin für Sie eine Hilfe und Unterstützung? (n = 59, Angaben in Prozent)..	- 105 -
Abbildung 50: Seitdem die Gesundheitshelferin da ist, wie kommen Sie zu Hause im Alltag zurecht? (n = 59, Angaben in Prozent).....	- 105 -
Abbildung 51: Haben Sie durch die Gesundheitshelferin neue Informationen bekommen, die Sie noch nicht kannten? (n = 59, Angaben in Prozent Angaben in Prozent)	- 106 -
Abbildung 52: Hat sich die ärztliche Betreuung verbessert? (n = 59, Angaben in Prozent).....	- 106 -

Abbildung 53: War die Dauer des Besuchs angemessen? Die Besuche waren... (n = 59, Angaben in Prozent)	- 107 -
Abbildung 54: War die Häufigkeit der Besuche angemessen? Die Besuche waren... (n= 59, Ang. in Prozent)	- 108 -
Abbildung 55: Würden Sie Ihre Gesundheitshelferin an Bekannte und Freunde weiterempfehlen? (n = 59, Angaben in Prozent).....	- 109 -

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Geriatrische Assessments	-47-
Tabelle 2: Kennzahlen der Fachabteilung „Klinik für Geriatrie“	-54-
Tabelle 3: Fallzahlen nach Hauptdiagnosen, Klinik für Geriatrie des Klinikums Lippe	-55-
Tabelle 4: Personelle Ausstattung der Klinik für Geriatrie, Klinikum Lippe	-56-
Tabelle 5: Merkmale der Gesamtstichprobe (n= 380)	-79-
Tabelle 6: Statistische Kennwerte zum T-Test (Vergleich der Mittelwerte T1 und T2) der SF-12 Einzelitems	-100-
Tabelle 7: SF 12 – Lebensqualität und Gesundheit – Summenskalen T1 – T2	-102-
Tabelle 8: Stichprobenzusammensetzung der Zufriedenheitsbefragung von AOK-Versicherten	-103-
Tabelle 9: Stichprobenbeschreibung der Zufriedenheitsbefragung (n=59)	-104-

ANHANG 2

I. Interviewleitfaden GH

Art des Interviews: Gruppeninterview

Zeitraum: Juni 2011

Begrüßung und Vorstellung des Vorhabens

- a. Bericht über Erfahrungen im Feld
- b. Schärfung des Tätigkeitsprofils der GH (Verifizierung der Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse)

A) Weiterbildung/Qualifikation der Gesundheitshelfer

- Sie haben zum Teil unterschiedliche berufliche Vorbildungen. Könnten Sie uns Ihren beruflichen Werdegang (inkl. Schulungen) schildern?
- Vor Beginn der Tätigkeit als Gesundheitshelfer(in) haben Sie sich ein Überblick über das Hilfe- und Informationsnetzwerk in dieser Region verschafft. Können Sie kurz darlegen wie Sie das gemacht haben?
- Was sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Kompetenzen die ein(e) Gesundheitshelfer(in) braucht?

A) Arbeitserfahrungen

- Können Sie uns bitte einen typischen Arbeitstag schildern?
- Welche Erfahrungen haben Sie im Umgang mit den Klienten/Patienten gemacht?
- Welches sind die häufigsten Probleme bzw. Schwierigkeiten, die bei der Arbeit als Gesundheitshelfer auftreten?

B) Tätigkeiten der Gesundheitshelfer

- In der Dokumentation der Fälle wurde deutlich, dass immer eine Hilfeplan erstellt wurde. Welche Aspekte werden in dem Hilfeplan erfasst?
- Welche Tätigkeiten/Maßnahmen/Informationen werden **bei jedem Fall** durchgeführt bzw. angesprochen?
- In der Dokumentation ist die Koordination von Hilfeleistungen ein wichtiger Aspekt Ihrer Tätigkeiten. Geht es dabei überwiegend **um die Weitergabe** von Kontaktdaten entsprechender Anbieter oder **um eine Kontaktaufnahme** durch den GH im Auftrag des Patienten mit entsprechenden Anbietern?
- Bei vielen Patienten besteht Beratungsbedarf zu bestimmten Themen. Was sind aus ihrer Sicht die wichtigsten Themen?
- Was sind aus ihrer Sicht die 10 häufigsten Tätigkeiten, die Sie als Gesundheitshelfer(in) verrichten?
- Ihrer Schätzung nach wie viel Zeit nimmt die Terminkoordination mit den Patienten und/oder Angehörigen in Anspruch?
- Wie viel Prozent Ihrer Arbeitszeit nimmt die An- und Abfahrt zu den Patienten in Anspruch?
- Wie viel Prozent Ihrer Arbeitszeit nimmt die Dokumentation der Fallverläufe in Anspruch?

B) Klassifizierung der Patienten(rollen) bzw. Rollen der GH

- Würden Sie sagen, dass Sie Ihre Tätigkeiten von dem Patienten(-typ) abhängig sind? Wenn ja, können Sie ein gewisses Schema dabei erkennen? Z.B. Patienten, die allein leben und keine Verwandten in der

- Nähe haben, brauchen häufig ... Oder Ehepaare, die beide in dem Programm eingeschrieben sind, fragen verstärkt nach...?
- Gibt es Ihrer Meinung nach aktive (TN noch recht aktiv, braucht nur die Info zu bestimmten Themen, aber organisiert alles Übrige selbst) und passive (GH muss Koordination der Hilfeleistung übernehmen und im Auftrag des Patienten organisieren) Teilnehmer? Trifft diese Einteilung aus Ihrer Sicht zu? Bitte begründen Sie Ihre Antwort!
 - Wir haben in der Dokumentation isolierte (lebt allein und hat keine Verwandtschaft in der Nähe) und integrierte (die Angehörigen sind eine wichtige Stütze im Alltag) Teilnehmer identifiziert. Trifft diese Einteilung Ihrer Meinung nach zu? Oder ist aus Ihrer Sicht eine andere Einteilung sinnvoller? Wenn ja, welche?
 - Denken Sie, dass Sie abhängig von dem Patiententyp eine bestimmte Rolle einnehmen (z.B. Berater, Lese, sozialer Begleiter, Zuhörer, Informant)? Wenn ja, welche?

II. Interviewleitfaden GH

Art des Interviews: 4 Einzelinterviews

Zeitraum: Sommer/Herbst 2012

A) Begrüßung und Vorstellung des Vorhabens

- Bericht zum Stand des Projektes (Evaluationsergebnisse, Kooperation AOK)
- Themen des qualitativen Interviews: Anknüpfung an Gruppeninterview 2011 (Erfahrungen im Feld, Tätigkeiten), Reflektion des Projektes im Vergleich zum Vorjahr (insbesondere seit sich Routine eingestellt hat), Diskussion und Interpretation der Evaluationsergebnisse aus Sicht der Praktiker
- Ziel: Perspektive und Erfahrungen der Gesundheitshelferinnen einholen zur Evaluation und Weiterentwicklung des Projektes sowie zur Sicherstellung der Projektfortführung
- Ausdrücklich keine Prüfung oder Bewertung Ihrer Arbeit! Es geht um Einordnung der Tätigkeiten, Strukturierung, Darstellung des Projektes im Rahmen unseres Evaluationsauftrages.
- Vertraulichkeit der Interviews: Weitergabe der Informationen überwiegend in abstrakter Form und ohne Zuordnung zu Personen

B) Praktische Erfahrungen

- **Was sind die typischen Tätigkeiten einer Gesundheitshelferin?** Mit wie viel (zeitlichem) Aufwand sind diese verbunden? Welche Tätigkeiten benötigen besonders viel Zeit? (z.B. Terminkoordination, Dokumentation, Fahrtzeit, ...)
- **Was sind häufige Probleme bzw. Schwierigkeiten, die bei der Arbeit als Gesundheitshelfer auftreten?**
- **Stellen Sie sich vor, es gibt vier bis fünf obligatorische Angebote, die standardmäßig für die Teilnehmer am Projekt durchgeführt werden. Welche wären das?**
- **Was nützt den Patienten (von diesen Leistungen) am meisten? Was sind die wichtigsten Leistungen?**
- **Was sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Kompetenzen, die ein(e) Gesundheitshelfer(in) braucht?**
- Wie häufig sind Sie mit den Klienten in Kontakt? Wie häufig treten Sie von sich aus in Kontakt, wenn der Klient sich nicht meldet?
- Wenn ein Bedarf erfasst wurde oder ein Patient sich mit einem Bedarf meldet, wie groß ist dann der Zeithorizont „Leistungserbringung“, d.h. wie lange dauert es vom Beratungsgespräch bis zur Initiierung einer Leistungen oder Koordination erbracht? (z.B. < 2 Tage, < 1 Woche)
- Auf der Internetseite steht, dass die GH 24h telefonisch erreichbar sind – was bedeutet das konkret bzw. in der Praxis?
- **Ganz Praktisch: Wie findet die Zusammenarbeit mit Hilfe- und Informationsnetzwerk in dieser Region statt?** Können Sie einschätzen, wie dabei der Zeithorizont für die „Leistungserbringung“ ist?

- **Wie funktioniert die Zusammenarbeit mit den Ärzten?** Bekommen Sie Rückmeldungen zu Ihrer Arbeit? Wenn ja, welche?
- **Wie funktioniert die Zusammenarbeit mit den anderen Hilfs- und Unterstützungseinrichtungen?** Bekommen Sie Rückmeldungen zu Ihrer Arbeit? Wenn ja, welche?

C) Arbeit mit dem Klienten

- Bei vielen Patienten besteht Beratungsbedarf zu bestimmten Themen. Was sind aus ihrer Sicht die wichtigsten Themen?
- Was sind häufige Bedarfe der Klienten aus Ihrer Sicht?
- Unterscheiden sich die Fragen der Patienten von den Bedarfen aus Ihrer Sicht? Falls ja, wie?
- Bezogen auf das Themenspektrum der Fragen und Bedarfe: Wiederholen sich viele Themen oder sind diese eher breit gefächert?
- Wie wird die Priorisierung der Probleme und Maßnahmen festgelegt? (Entscheidung von Patienten, Angehörigen, Empfehlung Arzt oder GH?)
- Welche Erfahrungen machen Sie im Umgang mit den Klienten/Patienten? Gibt es bestimmte Patienten-Typen, z.B. alleinlebende, Paare, chronisch Erkrankte, sozial isolierte/integriert, mit und ohne Unterstützung von Angehörigen, Aktive, Passive, ...? Können Sie eine Art Schema erkennen?
- Was schätzen Sie, wie viele TN werden durch Angehörige versorgt/gepflegt/unterstützt? Wie hoch ist der Anteil der 1-Personen Haushalte? Ist das irgendwo dokumentiert?
- Wie bewerten Sie die Akzeptanz Ihrer Arbeit aus Sicht der Klienten, z.B. die Annahme von Hilfe und Unterstützung, Umsetzung Ihrer Vorschläge, ...?
- Welchen Bedarf haben die Klienten? **Liegt der Schwerpunkt eher auf Information und Beratung (aktiver Klient, der dann selbst Hilfemaßnahmen einleitet oder durch Angehörige darin unterstützt wird) oder eher auf Koordination und Fallsteuerung (passiver Klient)? Wie schätzen Sie das sein? (Stellungnahme)**
- Verändert sich die Beziehung zu den Klienten über die Zeit? Falls ja, wie?
- Haben Sie eine Vermutung woran das liegt? (z.B. Vertrauen durch regelmäßigen Kontakt, Effekte durch die Arbeit der GH, ...) Kann man hier ein Rollenprofil ableiten bzw. die Entwicklung der Beziehung zwischen GH und Klienten systematisieren?
- Wie verändert sich Ihre Rolle und/oder Beziehung je nach unterschiedlichem Kliententyp?
- Nehmen Sie unterschiedliche Rollen ein, je nach Dauer der Begleitung, Kliententyp und Fragstellung (z.B. Berater, Loste, sozialer Begleiter, Zuhörer, Informant)? Wenn ja, welche?
- **Welche Rolle spielen die Angehörigen in der Begleitung der Patienten und im Beratungsprozess?**

D) Diskussion und Interpretation der Evaluationsergebnisse

- Bei den Ergebnissen des Lachs-Screenings und des Barthel-Index gibt es für Inkontinenz unterschiedliche Ergebnisse. Haben Sie eine Erklärung dafür, warum die Unterschiede im Vorkommen von Inkontinenz zwischen Lachs und Barthel so groß sind?

- **Bitte sagen Sie in einem Satz, was bringt das Projekt für die Klienten?**

E) Bewertung und Entwicklung des Projekts

- Was denken Sie, wenn es die GH nicht gäbe, hätten die Klienten oder deren Angehörige eine andere Unterstützungseinrichtung, wie z.B. den Pflegestützpunkt von sich aus aufgesucht? (Vorteil RVG der Komm-Strukturen und der ärztlichen Einschreibung?)
- **Sie kennen die Hilfs- und Unterstützungsstrukturen in der Region: Welche Unterschiede sehen Sie zwischen diesen Angeboten, z.B. dem Pflegestützpunkt und dem Projekt RVG? Welche Vor- und Nachteile gibt es?** (z.B. Komm-Struktur, unabhängig von SGB XI-Leistungen, ...)
- Gibt es Aufgabenbereiche bzw. Bedarfe der Klienten die nicht ausreichend im Projekt berücksichtigt werden?
- Welche Verbesserungspotentiale sehen Sie denn für das Projekt und für Ihre Arbeit? Was ist Ihnen da bislang aufgefallen? Haben Sie dafür Vorschläge?