

Ursula Köstler | Christian Grebe | Frank Schulz-Nieswandt

# Stabilisierung der Gesundheitsversorgung durch Case-Management und integrative Vernetzung im Sozialraum

Ergebnisse, Analysen und Diskussion des  
Innovationsfonds-Projekts OBERBERG\_FAIRsorgt



Nomos

## Studien zum sozialen Dasein der Person

Die menschliche Existenz in ihrem personalen Status ist geprägt von der Sorge um die gelingende Daseinsbewältigung im Lebenslauf. Dabei ergibt sich eine Fülle sozialpolitisch relevanter Themen. Vor allem mit Methoden der qualitativen Sozialforschung sollen die sozialen Probleme immer zugleich aus der Perspektive des personalen Erlebnisgeschehens dargestellt werden. Die kulturellen Grammatiken der sozialen Mechanismen des Prozessgeschehens sollen dergestalt aufgeheilt werden. So zeichnen sich auch Perspektiven sinnvoller sozialer Interventionen ab, die die Chancen des Gelingens personalen Seins verbessern können. Die Studien sollen im Lichte einer entsprechenden philosophischen Anthropologie fundiert und die Basis erfahrungswissenschaftlich orientierter Analysen im interdisziplinären Schnittbereich von Sozial- und Kulturwissenschaften sowie der Psychologie angesiedelt sein.

Herausgegeben von

Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt

Prof. Dr. Clarissa Kurscheid

Prof. Dr. Remi Maier-Rigaud

Prof. Dr. Michael Sauer

Band 56

Ursula Köstler | Christian Grebe  
Frank Schulz-Nieswandt

# **Stabilisierung der Gesundheitsversorgung durch Case-Management und integrative Vernetzung im Sozialraum**

Ergebnisse, Analysen und Diskussion des  
Innovationsfonds-Projekts OBERBERG\_FAIRsorgt



**Nomos**

**Die Deutsche Nationalbibliothek** verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

1. Auflage 2024

© Die Autor:innen

Publiziert von  
Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG  
Waldseestraße 3–5 | 76530 Baden-Baden  
[www.nomos.de](http://www.nomos.de)

Gesamtherstellung:  
Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG  
Waldseestraße 3–5 | 76530 Baden-Baden

ISBN (Print): 978-3-7560-0905-3

ISBN (ePDF): 978-3-7489-1651-2

DOI: <https://doi.org/10.5771/9783748916512>



Onlineversion  
Nomos eLibrary



Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz.

# Inhaltsverzeichnis

|  |     |
|--|-----|
| Abbildungsverzeichnis  | 7   |
| Tabellenverzeichnis  | 9   |
| <i>Ralf Schmallenbach &amp; Jessica Möltgen</i>  |     |
| Vorwort. OBERBERG_FAIRsorgt – ein Landkreis auf dem Weg in eine zukunftsorientierte Gesundheitsversorgung  | 11  |
| <i>Christian Grebe, Ursula Köstler &amp; Frank Schulz-Nieswandt</i>  |     |
| Einleitung   | 19  |
| <i>Ursula Köstler</i>  |     |
| Teil I: Der Oberbergische Kreis geht neue Wege: Stimmen der Versorgten und Angehörigen – Bewertungen der Leistungserbringenden. Evaluationsergebnisse der qualitativen Befragungen             | 23  |
| <i>Christian Grebe</i>   |     |
| Teil II: Effekte der neuen Versorgungsform OBERBERG_FAIRsorgt. Ergebnisse der quantitativen Analysen der Evaluation  | 169 |
| <i>Frank Schulz-Nieswandt</i>  |     |
| Teil III: Sozialraumorientierte Praxeologie der vernetzten Versorgung im Cure/Care-Feld. Reflexionen der formativen Feldforschungserfahrungen im Innovationsfonds-Projekt »OBERBERG_FAIRsorgt« | 213 |
| <i>Frank Schulz-Nieswandt</i>  |     |
| Schluss mit Ausblick   | 325 |



## Abbildungsverzeichnis

|                      |  |     |
|----------------------|--|-----|
| Teil I Abbildung 1:  | Elemente von OBERBERG_FAIRsorgt                        | 27  |
| Teil I Abbildung 2:  | Design   | 30  |
| Teil I Abbildung 3:  | Sample: Versorgte und Angehörige                       | 42  |
| Teil I Abbildung 4:  | Versorgte nach Alter, Geschlecht und Wohnsituation     | 49  |
| Teil I Abbildung 5:  | Anzahl Kinder  | 53  |
| Teil I Abbildung 6:  | Räumliche Entfernung der Kinder                        | 54  |
| Teil I Abbildung 7:  | Einstufung der Gesetzlichen Pflegeversicherung t0      | 55  |
| Teil I Abbildung 8:  | Einstufung der Gesetzlichen Pflegeversicherung t1      | 56  |
| Teil I Abbildung 9:  | Erwartungen an OBERBERG-FAIRsorgt                      | 70  |
| Teil I Abbildung 10: | Interventionen der RCCM in der Startphase              | 74  |
| Teil I Abbildung 11: | Hilfe zur Selbsthilfe: Entscheidungsprozess der RCCM   | 95  |
| Teil I Abbildung 12: | Funktionen der RCCM                                    | 99  |
| Teil II Abbildung 1: | CONSORT Flow Chart (a-priori)                          | 175 |
| Teil II Abbildung 2: | CONSORT Flowchart für die Analyse der Routinedaten     | 179 |
| Teil II Abbildung 3: | Verteilung der versorgten Teilnehmer über die Kommunen | 181 |





## Tabellenverzeichnis

|  |     |
|--|-----|
| Teil II Tabelle 1: Operationalisierung der zehn Outcomes   | 173 |
| Teil II Tabelle 2: Kovariate für das Propensity Score Matching   | 176 |
| Teil II Tabelle 3: globale Beurteilung der Versorgungsform   | 199 |
| Teil II Tabelle 4: Wichtigkeit der einzelnen Teilleistungen  | 200 |
| Teil II Tabelle 5: Häufigkeit der Kontakte zum Fallmanager nach Quartalen des eigenen Interventionszeitraums | 202 |
| Teil II Tabelle 6: Einbeziehung in den Versorgungsprozess  | 203 |
| Teil II Tabelle 7: Prozesse und Outputs: erweiterte Erreichbarkeit   | 204 |
| Teil II Tabelle 8: Outputs und Prozesse: Telemedizinisches Monitoring  | 205 |



## Vorwort.

### OBERBERG\_FAIRsorgt – ein Landkreis auf dem Weg in eine zukunftsorientierte Gesundheitsversorgung

Als Gründungsmitglied des Vereins „Gesundheitsregion Köln/Bonn e.V.“ im Jahr 2009 und der Verabschiedung strategischer Ziele durch den Kreistag des Oberbergischen Kreises Ende 2016 sowie der engagierten Arbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst, in der Akademie für Gesundheitswirtschaft und Senioren (AGeWiS) als eigenbetriebsähnliche Einrichtung des Kreises, im Klinikum Oberberg als Kreisklinikum und im inzwischen kommunalisierten Rettungsdienst waren wir (Ralf Schmallenbach und Dr. Jessica Möltgen) vielleicht nur das fehlende Puzzlestück, das es brauchte, um die bereits angelegten Bestrebungen in die Tat umzusetzen. Mit dem Gedanken einer „intersektoral vernetzten Betreuung Pflegebedürftiger“ begann schon im Jahr 2018 die Erfolgsgeschichte von OBERBERG\_FAIRsorgt. Damals hat sich der Oberbergische Kreis mit der Gesundheitsregion Köln Bonn e.V. zusammengesetzt und überlegt, was besonders für die Gruppe geriatrischer pflegebedürftiger und/oder chronisch kranker Patientinnen und Patienten in der ländlichen Kreisregion getan werden kann. Schnell war klar, dass es eine Chance gab, besonders vulnerablen Menschen in Oberberg mehr Zuwendung durch menschliche und digitale Unterstützung und Zusammenarbeit zukommen zu lassen, ohne die vorhandenen Ressourcen über Gebühr zu strapazieren. In Zeiten von Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie im Angesicht schwindender Ressourcen in Medizin in Pflege – besonders auf dem Land – kommt man nicht umhin, an neuen innovativen Konzepten zu arbeiten, um auch zukünftig die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Wie sagte vor einigen Jahren der Vorstand einer großen Krankenkasse? „Der Medizinbetrieb ist überideologisiert, überbürokratisiert und überökonomisiert. Er hätte auch Vollbeschäftigung ohne Patienten.“ Das klingt zwar zynisch, aber obwohl in Gesundheits- und Pflegeberufen überwiegend Überzeugungstätler arbeiten, die das Wohl der Patientinnen und Patienten im Blick haben, kann schwer bestritten werden, dass medizinische und pflegerische Leistungen oft schlecht aufeinander abgestimmt sind und im Wesentlichen finanziellen Anreizen folgen. In Deutschland wird im internationalen Vergleich viel diagnostiziert und operiert und die Patienten

suchen sich oft aus Not oder Unwissenheit ihren eigenen Weg durch den komplizierten Medizinbetrieb.

Am deutlichsten wurde dies bei der Einführung von Fallpauschalen in der Krankenhausversorgung. Vor der Reform wurden die einzelnen Tage im Krankenhaus vergütet und die Patienten gerne montags entlassen. Seit der Einführung der Fallpauschalen werden nicht mehr die einzelnen Tage, sondern die Fälle vergütet und die Patienten meist freitags entlassen. Die Verweildauern werden somit kürzer, was wiederum den Druck auf die Angehörigen und auf den ambulanten Sektor erhöht.

Wenn es also zu der bereits erwähnten Über-, Unter- und Fehlversorgung kommt, führt das wiederum zur Belastung der vorhandenen Strukturen, die ohnehin schon unter dem Fachkräftemangel leiden und aufgrund des demographischen Wandels und der älter werdenden Bevölkerung an ihren Belastungsgrenzen stehen. Hier braucht es innovative Lösungen. Und was brauchen Innovationen? Richtig: zum einen Pioniere und Visionäre, die neue Wege gemeinsam beschreiten wollen, zum anderen Geld, um das Ganze zu finanzieren. Was lag also in 2018 näher als in das oberste Regalfach zu greifen und einen Antrag beim Innovationsfonds einzureichen? Gesagt getan – auch wenn jeder, der diese administrativen Prozesse schon einmal durchlaufen hat, weiß, dass es so leicht eigentlich nicht getan ist.

Zu Beginn 2019 kam dann der ersehnte Förderbescheid. Wer sich mit solchen Förderprojekten auskennt, weiß, dass das im Hinblick auf die auf einen zukommenden Aufgaben Fluch und Segen zugleich ist. Zuerst galt es die Kalkulation für die beschiedenen 11 Mio. Euro Fördermittel zu schärfen und damit auch die einzelnen Versorgungsformen zu konkretisieren.

In OBERBERG\_FAIRsorgt kommen verschiedene Bausteine einer modularen Versorgung zum Einsatz, in deren Zentrum ein Pool aus Fallmanagerinnen und eine digitale Kommunikationsplattform mit telemedizinischen Anwendungen stehen. Ziel ist der längere und sichere Verbleib im eigenen Zuhause sowie die Reduzierung nicht notwendiger Krankentransporte und Krankenhauseinweisungen. Teilnehmen konnten innerhalb der geförderten Projektphase chronisch kranke und/oder pflegebedürftige Patientinnen und Patienten, die im Oberbergischen Kreis leben, 65 Jahre oder älter und bei der AOK Rheinland/Hamburg versichert waren. Darüber hinaus war eine Einschreibung nur dann möglich, wenn die jeweilige Hausarztpraxis ebenfalls bereit zur Kooperation war und dem Selektivvertrag beigetreten ist.

Die Vorteile einer Teilnahme für die Patientinnen und Patienten lagen und liegen dabei auf der Hand: Hilfe beim Navigieren durch den Versor-

gungsdschungel durch eine persönliche Fallmanagerin (examinierte Pflegekraft plus Zusatzqualifikationen), ein geriatrisches Eingangsassessment, welches einen Gesamtüberblick über den physisch-psychischen Gesundheitszustand bietet, ein Versorgungsplan mit geprüfter Medikation unter Berücksichtigung von Selbstmedikation, die Möglichkeit eines telemedizinischen Monitorings (je nach Krankheitsbild) sowie eine Kontaktnummer, unter der außerhalb der Sprechzeiten immer ein Arzt erreichbar ist, der ebenfalls auf die Patientendaten der Plattform zurückgreift (unsere sogenannte Erweiterte Erreichbarkeit, die wir mit dem Amt für Rettungsdienst, Brand- und Bevölkerungsschutz realisieren).

Für die Patientinnen und Patienten sowie für ihre Angehörigen hat sich OBERBERG\_FAIRsorgt als große Entlastung erwiesen. Plötzlich ist da die Gewissheit, nicht alleine zu sein, jederzeit jemanden anrufen zu können, der den eigenen Gesundheitszustand kennt und direkt helfen kann. Jemanden an seiner Seite zu haben, dem man vertraut. Wie eine Patientin sagte: „Es ist gut zu wissen, in der Hinterhand hat man einen Ansprechpartner, man ist nicht alleine.“ Dazu berichtet uns eine andere Patientin im Gespräch: „In meinem Alter ist es gut in schwierigen Situationen jemanden zu haben, der für mich denkt.“ Und auch für die Angehörigen ist es extrem beruhigend, dass nicht die gesamte Verantwortung auf ihren Schultern lastet, dass auch sie nicht über die Belastungsgrenze gehen müssen. Ein überraschender Nebeneffekt war, dass wir einigen Patienten damit sogar ein Stück ihrer Einsamkeit aufhellten.

Für Arztpraxen bedeutet OBERBERG\_FAIRsorgt vor allem Zeitersparnis in mehrfacher Hinsicht: Durch die Fallmanager und durch die Kommunikationsplattform ist der Austausch mit allen an der Versorgung Beteiligten sehr niederschwellig. Zudem befinden sich auf der Kommunikationsplattform alle strukturierten Patienteninformationen inkl. der einem Interaktionscheck unterzogenen Medikation. Darüber hinaus sind die Fallmanagerinnen Ansprechpartner rund um die Versorgung, bereiten Arztbesuche vor und kümmern sich nach Krankenhausentlassungen um den optimalen Anschluss. So sparen die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte innerhalb der Sprechstunde Zeit, können Aufgaben abgeben, behalten aber dennoch den vollen Überblick über ihre Patientinnen und Patienten. Dazu zwei Ärzte des Kreises: „Wenn man sieht wie gut Ergebnisse sein können, weil alle zusammen an einem Strang für ein qualitativ besseres Leben der Patienten ziehen und man den eigenen Anteil und den Anteil der anderen sieht, dann ist das mehr als fair, dann ist das OBERBERG\_FAIRsorgt!“ und „Schon jetzt ist erkennbar wie wichtig das Projekt OBERBERG\_FAIRsorgt für

unseren ländlichen Raum ist. Die schnelle und unkomplizierte Kommunikation hat manchen beteiligten Patienten schon sehr geholfen, im Alltag besser versorgt zu sein. Ich würde mir wünschen, dass das Projekt zukünftig allen Seniorinnen und Senioren im Oberbergischen Kreis angeboten werden kann." Und auch die Pflegedienste sehen diese Vorteile: „OBERBERG\_FAIRsorgt ist das fehlende Puzzleteil in der Betreuung von pflegebedürftigen Menschen und schließt damit eine wichtige Lücke in der Versorgung.“

Doch zurück zum Zeitstrahl. Zwischen dem Zugang des Förderbescheids und den Erfolgen, wie sie sich u.a. in den gerade geäußerten Stimmen finden, lag: eine Pandemie. Im Juli 2019 hat die Vorbereitungsphase des Projektes begonnen, die sich durch die Corona-Pandemie länger gestaltet hat als geplant. Durch eine Arbeitsplanänderung und eine Projektverlängerung sind die evaluatorisch relevanten Kohorten jeweils zum Januar, April und Juli 2022 in ihre 12-monatige Versorgung gestartet. 320 Patientinnen und Patienten wurden eingeschrieben.

Was sich vielleicht unkompliziert liest, war eine Menge Arbeit eines ganzen Teams und Konsortiums, welches bei uns aus dem Oberbergischen Kreis als Konsortialführer sowie der Gesundheitsregion Köln/Bonn e.V. bzw. der HRCB Projekt GmbH, der Klinikum Oberberg GmbH, der AOK Rheinland/Hamburg sowie der Universität zu Köln bestand. Es gab zahlreiche Hürden, an denen wir generell und besonders in der Pandemie hätten scheitern können. Die Bürokratie war nur eine davon. Zu den anderen zählten vor allem überlastete Arztpraxen, zu deren Zeitknappheit (fast 30 unbesetzte Hausarztstühle im Kreis, der 270.000 Einwohnerinnen und Einwohner auf einer Fläche der Größe Berlins zu versorgen hat) nun noch eine Pandemie kam und dann auch noch wir, die Ärztinnen und Ärzte für das Projekt und einen Selektivvertragsbeitritt begeistern und Patienten einschreiben wollten, die im Sommer 2020 zur vulnerabelsten Zielgruppe gehörten.

Aber: Wir haben die Kurve bekommen und es geschafft, als Kommune Versorgung zu organisieren. OBERBERG\_FAIRsorgt war und ist damit im Grunde die Antwort auf die schwindenden Ressourcen des Pflege- und Medizinbetriebs. Das Arbeiten als Care- und Casemanagers bietet Beschäftigten in der Pflege eine Berufsperspektive, verhindert das Abwandern aus dem Pflegesektor und hat das Potential, Beschäftigte wieder zurück in die Pflegebranche zu holen. Unser Erfolg ist im Projektverlauf auch Externen aufgefallen, sodass wir immer wieder als Vortragende zu Kongressen eingeladen wurden und werden. Darüber hinaus durften wir

uns über einige Auszeichnungen freuen: Im Mai 2022 konnte sich OBERBERG\_FAIRsorgt auf dem Nationalen Fachkongress Telemedizin in Berlin gegen sechs Finalistinnen und Finalisten durchsetzen und den Telemedizinpreis 2022 der DGTelemed in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH (ZTG) nach Oberberg holen. Mit dem Preis werden Institutionen, Einzelpersonen oder interdisziplinäre Arbeitsgruppen bzw. Projektinitiativen ausgezeichnet, die sich im Bereich Telemedizin verdient gemacht haben und deren Leistungen den Zielen der DGTelemed entsprechen. Anfang 2023 wurden wir ausgewählt beim Kongress des Bundesverbandes Managed Care e.V. (BMC) in der Rubrik „Regionalität im Trend: Konzepte für die Versorgung vor Ort“, unsere Arbeit im Rahmen eines Wissensforums vorzustellen. Der BMC hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Transformation des Gesundheitswesens voranzubringen und mitzugestalten. Im Rahmen des Kongresses tauschen sich dazu Expertinnen und Experten sowie Entscheidungsträger und Partner der Gesundheitsbranche in Berlin aus. Darüber hinaus fand die im Projekt zum Einsatz kommende Kommunikationsplattform weiter große Beachtung, sodass der Gründer und Betreiber, die vital.services GmbH, mit OBERBERG\_FAIRsorgt als Referenzprojekt im März 2023 den Digitalen Gesundheitspreis (DGP) 2023 von NOVARTIS gewonnen hat. NOVARTIS fördert mit dem DGP innovative E-Health Projekte. Ebenfalls im März 2023 wurde OBERBERG\_FAIRsorgt vom Cluster Medizin.NRW im Rahmen eines Posterwettbewerbs als einer der drei Gewinner ausgewählt. Das Cluster Medizin.NRW ist die zentrale Kompetenzplattform für innovative Medizin und ihre Akteure in NRW, die aus den Bereichen Wissenschaft, Klinik, Wirtschaft und Zivilgesellschaft kommen. Ein zentrales Ziel des Clusters ist es, die Translation von Innovationen entlang der Wertschöpfungskette zu unterstützen und beschleunigen.

Neben Glück und Verstand brauchte es für diesen Erfolg natürlich vor allem Motivation und Fleiß eines gesamten Teams sowie die Unterstützung eines Netzwerks. Wir haben vom Projektantrag bis heute die Ausschüsse des Kreises, vor allem den Ausschuss für Gesundheit- und Notfallvorsorge (AGN) sowie die Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK) und die Konferenz Alter und Pflege regelmäßig und transparent über den Projektverlauf informiert und sind dankbar für den politischen Rückhalt, den wir dadurch auch bis heute für unser Handeln erhalten.

Gemäß Arbeitsplan und bezogen auf die Fördermittel wäre für den letzten Patienten die Versorgung zu Ende Juli 2023 beendet gewesen. Wir haben das Glück, dass sich die Kreisverwaltung des Oberbergischen Kreises

und die oberbergische Politik seit vielen Jahren für eine verbesserte medizinisch-pflegerische Versorgung einsetzt. Deshalb ist es uns gemeinsam gelungen, die Strukturen aus eigener Kraft bis Ende 2024 weiter zu finanzieren. Wir haben es darüber hinaus geschafft, einen Anschlusssektivvertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg als Grundlage einer weiteren Versorgung zu schließen. Wir können deshalb nicht nur begonnene notwendige Versorgungsleistungen weiterführen, sondern wir können neue Patientinnen und Patienten der AOK Rheinland/Hamburg einschreiben – und das nun altersunabhängig ab Volljährigkeit. Da uns im Projekt immer wieder Versorgungsbedarfe jüngerer Menschen begegnet sind, ist diese Erweiterung absolut sinnvoll und notwendig und zeigt uns, dass wir auf dem richtigen Weg sind. Eine solche Fortführung eines Innovationsfondprojektes ist absolut nicht selbstverständlich und kann als Meilenstein in der Verbesserung der regionalen Versorgung nach einem Projekt gesehen werden.

Damit wir OBERBERG\_FAIRsorgt auch ab 2025 sicher fortführen können, haben bereits Gespräche mit weiteren interessierten Krankenkassen stattgefunden und werden fortgesetzt. Darüber hinaus streben wir an, eine sogenannte Gesundheitsregion zu werden, für die verschiedene Zuschnitte im Gespräch bzw. in der politischen Entwicklung sind. Die Bildung einer Gesundheitsregion zielt darauf ab, regionale Defizite der Versorgung zu beheben, Schnittstellen zu überwinden und Prävention zu stärken. Die dadurch entstehende Vermeidung von Erkrankungen oder Krankheitsfolgen kann so mittel- und langfristig zu Minderausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung führen. Neben den im Zukunfts- bzw. Koalitionsvertrag Nordrhein-Westfalens genannten Gesundheitsregionen und vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) verantworteten Konzept existiert ebenfalls das Konzept einer Gesundheitsregion auf Bundesebene, nämlich im Rahmen des Referentenentwurfs des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG). Dort heißt es, dass zur Stärkung einer regionalen kooperativen Gesundheitsversorgung die Möglichkeit für Kommunen und Krankenkassen geschaffen werden soll, Gesundheitsregionen zu bilden. Ein sogenannter Gesundheitsregionenvertrag soll dann eine alternative Organisation der Regelversorgung ohne Einschreibepflicht der Versicherten und mit Beibehaltung der freien Arzt- und Leistungserbringerwahl sein. Ein kooperatives Miteinander der Professionen wird ebenso betont wie die Nutzung bereits vorhandener Strukturen, wobei die Kommunen dabei die Hälfte der Investitions- und Betriebskosten, die für das Management einer Gesundheitsregion anfallen, tragen sollen. Durch die Vorarbeiten, Projekterfahrungen und -ergebnisse des Oberbergischen Krei-



ses durch OBERBERG\_FAIRsorgt sowie durch die geschaffenen finanziellen bzw. personellen Ressourcen – auch über 2024 hinaus – wären diese Voraussetzung bereits gegeben.

Darüber hinaus gibt es den § 123 SGB XI, der „Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier“ beschreibt. Zwischen 2025 und 2028 möchte der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit bis zu 30 Millionen Euro pro Kalenderjahr Projekte mit bis zu vier Jahren Laufzeit fördern, die auf eine Verbesserung der Situation für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen oder vergleichbar Nahestehende abzielen, Pflegeangebote digital vernetzen und eine bedarfsgerechte integrierte Sozialplanung sowie Entwicklung des Sozialraumes anstreben. Die Kriterien, auf deren vollständige Aufzählung hier verzichtet wird, tragen all die Elemente in sich, an denen wir auch in OBERBERG\_FAIRsorgt erfolgreich arbeiten.

Leider haben alle diese Vorhaben, Pläne und Entwürfe eines gemeinsam: Sie sind, Stand April 2024, noch in einer Entwurfsfassung.<sup>1</sup> Wir werden die Entwicklungen im Auge behalten, uns zu gegebener Zeit um Fördermittel bemühen und in der Zwischenzeit weiterarbeiten – mit den Menschen Oberbergs im Mittelpunkt. Wir haben in den fast fünf Projektjahren gelernt, dass man mit Durchhaltevermögen, Teamgeist, viel Motivation und natürlich immer einem Quäntchen Glück, viel erreichen kann. In diesem Sinne möchten wir uns bei allen bedanken, die zur erfolgreichen Umsetzung von OBERBERG\_FAIRsorgt beigetragen haben und weiter beitragen werden. Wir wünschen Ihnen viel Spaß und wertvolle Erkenntnisse beim Lesen der vorliegenden Lektüre.

*im April 2024*

***Ralf Schmallenbach, Dezernent für Gesundheit; Jugend und Soziales  
beim Oberbergischen Kreis***

***Dr. Jessica Möltgen, Projektleitung OBERBERG\_FAIRsorgt***

---

1 Nachtrag zum Vorwort (Frank Schulz-Nieswandt): Im fortgeschrittenen Jahr 2024 wurde deutlich, dass das weitere Schicksal des GVSG offen ist, weil es vorerst auf Eis gelegt worden ist. Damit fallen die innovativen Strukturelemente einer Transformation der Versorgungslandschaften zunächst fort. Vgl. dazu weiter unten im Teil III.



## Einleitung

*Christian Grebe, Ursula Köstler & Frank Schulz-Nieswandt*

Die Lehrstuhl für Sozialpolitik und Methoden der qualitativen Sozialforschung im Institut für Soziologie und Sozialpsychologie in der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät der Universität zu Köln evaluierte die vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschuss geförderte »Neue Versorgungsform« OBERBERG\_FAIRsorgt ([www.oberbergfairsorgt.de](http://www.oberbergfairsorgt.de)). Damit wird der Oberbergische Kreis zur Modellregion, in der die begleitende Forschung und die innovative Versorgungspraxis durch Vernetzungsarbeit zusammengebracht werden sollten.

Die Neue Versorgungsform zielt auf eine Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung innerhalb des SGB V-Feldes wie auch zwischen den Feldern des SGB V und des SGB XI und richtet sich an Personen, die mindestens 65 Jahre alt sind, einen SGB XI-Pflegegrad oder mindestens eine chronische Erkrankung aufweisen und im Oberbergischen Kreis wohnhaft sind. Aufgrund des Modellcharakters steht OBERBERG\_FAIRsorgt ausschließlich Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg über die Teilnahme am entsprechenden Selektivvertrag offen. Die jeweiligen Hausärzte schreiben die teilnehmenden Patientinnen und Patienten in einen Selektivvertrag der AOK Rheinland/Hamburg ein, womit die rechtliche Voraussetzung für den Beginn der Versorgung geschaffen wird. Zu Beginn der Versorgung führt der betreffende Hausarzt oder alternativ ein zuvor unterwiesener Pflegedienst zunächst ein geriatrisches Eingangsassessament durch. Dieses weist Parallelen zum geriatrischen Basisassessament auf, ist jedoch umfassender. Es umfasst den ISAR-Test (erweitert um Erschöpfung und unfreiwilligen Gewichtsverlust), Barthel-Index, Timed „Up and Go“-Test, Uhrentest, DemTect, die Handkraftmessung, den Body Mass Index, die Messung des Wadenumfangs sowie die Erfassung der aktuellen Medikation inklusive etwaiger Selbstmedikation.

Das zentrale Element dieser Versorgungsform stellt der Einsatz von regionalen Case und Care Managerinnen und Managern (RCCM) dar. Diese fördern in der häuslichen Versorgung »Hilfe zur Selbsthilfe« für eine vulnerable Zielgruppe. RCCM stellt dergestalt ein aktivierendes, vernetzendes und integratives (also insgesamt generatives) Element dar. Zu

Beginn der Versorgung erarbeiten der zuständige RCCM und der Hausarzt, auf Basis des Eingangsassessments und möglichst unter Beteiligung des Teilnehmenden selbst und/oder seiner Angehörigen, einen interdisziplinär abgestimmten Versorgungsplan für den Teilnehmenden. Bei Teilnehmenden, bei denen auf Basis des Eingangsassessments Risikofaktoren für (Pre-) Frailty identifiziert werden (z.B. Erschöpfung, geringe körperliche Aktivität, unfreiwilliger Gewichtsverlust, kognitive Einbußen, Polypharmazie), kann zeitlich zwischen dem Eingangsassessment und der Erstellung des Versorgungsplans ein interdisziplinäres Fallkonsil durchgeführt werden, an dem je nach individueller Bedarfssituation sowie ggf. weitere Leistungserbringer (u.a. Fachärzte, Pflegedienst/ Pflegeheim, Ernährungsberater, Physiotherapeuten, Apotheker) beteiligt sind. Der Maßnahmenplan kann im Laufe der Versorgung noch bis zu zweimal angepasst bzw. fortentwickelt werden, auch zwei weitere interdisziplinäre Fallkonsile sind möglich. Die Hausärzte können bei entsprechender Indikation zudem ein telemedizinisches Monitoring in der Häuslichkeit der Teilnehmenden umsetzen. Die betreffende Person enthält dann ein smartes Device zur Messung der Herzfrequenz, des Blutdrucks (oder beides kombiniert), des Blutzuckers, des Körpergewichts oder für ein Elektrokardiogramm (EKG). Nach einer Einweisung durch den zuständigen RCCM wird kann der Teilnehmende damit seine Vitalparameter zu Hause messen und über das Internet gesichert übermitteln. Die Devices sind Eigentum von OBERBERG\_FAIRsorgt und müssen nicht, wie bei vergleichbaren Leistungen sonst üblich, durch die Hausarztpraxen vorgehalten werden.

Die gemessenen Vitalzeichen werden an eine für OBERBERG\_FAIRsorgt aufgebaute elektronische Kommunikationsplattform übermittelt und sind dort in Echtzeit von allen an diese Plattform angeschlossenen (und durch den Teilnehmenden mit den entsprechenden Rechten ausgestatteten) Leistungserbringern (üblicherweise mindestens RCCM-Team und Hausarzt) sowie dem Teilnehmenden selbst und/oder seinen Angehörigen einsehbar und abrufbar. Die Kommunikationsplattform vernetzt und verbindet die Leistungserbringer disziplin- und sektorenübergreifend. Die RCCM sowie die Hausärzte, Fachärzte, die Krankenhäuser, Therapeuten, Pflegedienste und Pflegeheime, Apotheken, Beratungsstellen usw. können sich der Plattform anschließen und dort auf gemeinsam geteilte Informationen (insbesondere Eingangsassessment, Dokumentation der Fallkonsile, Versorgungsplan, Medikation, Vitalwerte, Verlaufsdokumentation) zugreifen und in Austausch (auch mittels Videokonferenz) treten. Die Plattform verfügt auch über Daten zu den meisten

noch nicht angeschlossenen Leistungserbringern im Landkreis, so dass bei Bedarf beispielsweise eine Physiotherapiepraxis oder ein Ernährungsberater in Wohnortnähe identifiziert werden kann. Die Teilnehmenden haben über die Teilleistung „Erweiterte Erreichbarkeit“ überdies die Möglichkeit, auch außerhalb der Sprechzeiten ihres Hausarztes einen (Tele-) Arzt zu kontaktieren. Dies geschieht über eine besondere Rufnummer, die in der Rettungs-Leitstelle des Oberbergischen Kreises aufläuft. Deren Mitarbeiter sind ebenfalls an die Kommunikationsplattform angebunden und können bei einem Anruf somit auf die dort gespeicherten Informationen zugreifen.

In einem Mixed-Methods-Design wurden (1) Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg, (2) Fragebogenerhebungen bei allen teilnehmenden Versicherten und (3) qualitative Befragungen verschiedener Stakeholder kombiniert. Die vorliegende Publikation legt einen signifikanten Schwerpunkt auf die umfangreichen qualitativen Befragungen (Teil I) von Ursula Köstler. Die Versorgten, um die es ja letztendlich geht, kommen zu Wort. Auch der Blickwinkel der Angehörigen, die bei der Versorgung von vulnerablen Personengruppen für die Stabilität eines Lebens in der Häuslichkeit einen hohen Stellenwert einnehmen, werden in den Auswertungen lebendig zu Sprache kommen. Ergänzend werden die Perspektiven der in die Neue Versorgungsform integrierten Leistungserbringenden dargelegt.

Sodann stellen wir die Auswertungen der Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg und der Fragebogenerhebungen (Teil II) von Christian Grebe vor. Beide Teile ergänzen sich und führen zu einer gemeinsamen kohärenten evaluativen Ergebnisbildung und entsprechenden Schlussfolgerungen.

Die formativen Feldforschungserfahrungen werden schließlich von Frank Schulz-Nieswandt in eine sozialraumorientierte Praxeologie der vernetzten Versorgung überführt. Und die Vision einer gemeinwirtschaftlichen (bedarfsdeckungswirtschaftlichen) Idee der genossenschaftsartigen Form des Sozialraums wird entwickelt (Teil III). Die Landschaft einer integrierten Versorgung wird zu einem Common (Gemeingut), das nicht einfach immer schon da ist, sondern im sozialen Lernen der nachhaltigen Netzwerkbildung erst gebildet werden muss (Commoning als Doing Commons).

Die von uns befragte Personengruppe, oft mit Lücken in der (Quantität, Dichte, Belastbarkeit und Qualität der) Sozialkapitalausstattung, dem zentralen Risikofaktor für die Krankenhauseinweisung und vor allem für die Übersiedlung in stationäre Settings der Langzeitpflege, hat überwiegend den Wunsch, auch bei zunehmenden Unterstützungsbedarfen in ihrem

Privathaushalt verbleiben zu dürfen (so auch die Norm im § 3 SGB XI). Neben der medizinischen Versorgung geht es um die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Teilhabe (vgl. § 2 SGB XI u. a. i. V. m. § 45 a und 45 b SGB XI vor dem Hintergrund von § 1 SGB I, verankert in Art. 2 GG vor dem Hintergrund von Art. 1 GG). Dazu muss es Möglichkeitsräume geben, die durch die vernetzte Versorgung gefördert werden. Auch das aktuell diskutierte Thema Einsamkeit ist in unseren Befragungen präsent.

★

Wir bedanken uns herzlich bei den involvierten versorgten Menschen für das Ausfüllen der Fragebögen und für die vielen, von Vertrauen und Offenheit getragenen Interviewgespräche mit Versorgten, Angehörigen, den beteiligten Hausärztinnen und Hausärzten, den Regionalen Care und Case Managerinnen und Managern (RCCM) und den weiteren Leistungserbringenden. Aber besonderes bedanken wir uns für die zahlreichen Anmerkungen, Hinweise und persönlichen Gedanken, die in Vorbereitung für die Befragungen und im Nachgang der Befragungen von den Teilnehmenden geäußert wurden. Die befragten Versorgten, Angehörigen, RCCM, Hausarztpraxen und Leistungserbringenden haben diesem Forschungsprojekt ihr Vertrauen, ihre Expertise und Zeit geschenkt.

## Teil I:

# Der Oberbergische Kreis geht neue Wege: Stimmen der Versorgten und Angehörigen – Bewertungen der Leistungserbringenden. Evaluationsergebnisse der qualitativen Befragungen

*Ursula Köstler*

|     |   |     |
|-----|---|-----|
| 1   | OBERBERG_FAIRsorgt  | 25  |
| 1.1 | Forschungsfragen  | 28  |
| 1.2 | Design  | 29  |
| 2   | Methodik  | 32  |
| 2.1 | Face-to-Face-Interviews   | 34  |
| 2.2 | Ergänzende Abfrage sozio-demographischer Merkmale   | 35  |
| 2.3 | Tagebuchmethode   | 35  |
| 2.4 | Gruppendiskussionen   | 37  |
| 3   | Befragungen   | 38  |
| 3.1 | Interviewleitfäden  | 38  |
| 3.2 | Befragte Versorgte und Angehörige   | 41  |
| 3.3 | Befragte RCCM   | 46  |
| 3.4 | Befragte Hausärztinnen, Hausärzte und weitere Leistungserbringende  | 47  |
| 4   | Lebenslagendimensionen der befragten Versorgten und der Versorgten, bei denen Angehörige<br>in Stellvertretung befragt wurden | 48  |
| 4.1 | Alter, Familienstand, Beruf   | 49  |
| 4.2 | Sozialkapital, Netzwerk, Kinder   | 51  |
| 4.3 | Mobilität und Pflegegrad  | 54  |
| 5   | Startphase der Intervention aus Perspektive der Versorgten und Angehörigen  | 57  |
| 5.1 | Einschätzungen zur Kommunikation mit den Leistungserbringenden bisher   | 57  |
| 5.2 | Zugang, Motivation, Erwartungen   | 59  |
| 5.3 | Elemente der Neuen Versorgungsform in der Startphase  | 72  |
| 6   | Startphase der Intervention aus Perspektive der RCCM  | 86  |
| 6.1 | Heterogene Versorgungssituationen   | 86  |
| 6.2 | Rekrutierung – Zusammenarbeit mit den Hausarztpraxen  | 87  |
| 6.3 | Arbeiten der RCCM in der Startphase   | 88  |
| 7   | Einschätzung der Intervention aus Perspektive der Versorgten, Angehörigen und RCCM  | 91  |
| 7.1 | Interventionen der RCCM stabilisieren die Versorgungssituation  | 91  |
| 7.2 | Telemedizinisches Monitoring – schafft Benefits   | 108 |
| 7.3 | Erweiterte Erreichbarkeit – die alleinige Vorhaltung beruhigt   | 111 |
| 7.4 | Teilnahme an der Digitalen Plattform – weder von Versorgten noch Angehörigen genutzt  | 112 |
| 8   | Einschätzung der Intervention aus Sicht der Hausärztinnen, Hausärzte und weiteren Leistungs-<br>erbringenden                  | 114 |
| 8.1 | Interventionen und Funktionen der RCCM  | 114 |
| 8.2 | Tools der Neuen Versorgungsform   | 131 |
| 8.3 | Digitale Plattform  | 139 |
| 9   | Multiperspektivische Bewertung der Neuen Versorgungsform  | 144 |
| 9.1 | Präferenz – der Wunsch des Verbleibens im Privathaushalt  | 144 |
| 9.2 | Einsamkeit  | 145 |
| 9.3 | Patientenzentrierte Stabilisierung der Versorgungspfade   | 146 |

|     |  |     |
|-----|--|-----|
| 9.4 | Management instabiler Versorgungssituationen           | 148 |
| 9.5 | Präventionsaspekte der Intervention                    | 154 |
| 9.6 | Digitale Plattform als lernendes und wachsendes System | 158 |
| 9.7 | Limitationen der Neuen Versorgungsform                 | 159 |
| 10  | Literatur  | 161 |



## 1 OBERBERG\_FAIRsorgt

Auf [www.obk.de](http://www.obk.de) stellt der Oberbergische Kreis die Neue Versorgungsform vor: *„OBERBERG\_FAIRsorgt ist ein durch den Innovationsfonds des Bundes gefördertes Projekt mit dem Ziel die medizinische und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Seniorinnen und Senioren im Oberbergischen Kreis zu verbessern. Es sollen sowohl ambulante als auch stationäre Versorgungslücken geschlossen sowie Über-, Unter- und Fehlversorgung vermieden werden. Ziel ist eine vernetzte und damit bedarfsgerechte Leistungserbringung, so dass Pflegebedürftige länger im eigenen Zuhause leben können und Krankentransporte sowie Krankenhausaufenthalte reduziert werden.“*

Demnach ist die Zielrichtung von OBERBERG\_FAIRsorgt eine wertebasierte, patientenzentrierte (Porter 2010) ganzheitliche Versorgung (Schulz-Nieswandt 2009). Bei der Betrachtung und Evaluation der Gesundheitsversorgung geht es um ein patientenzentriertes, wertebasiertes Gesundheitssystem. Hier kann auf ein von Porter und Teisberg (2004) entwickeltes Konzept zurückgegriffen werden. Der sogenannte Value-based Healthcare-Ansatz besagt, dass alle Beteiligten gewinnen, wenn sie zusammen und nicht gegeneinander arbeiten (Porter 2008, S. 503). Porter (2010, S. 247) definiert: *“Achieving high value for patients must become the overarching goal of health care delivery, with value defined as the health outcomes achieved per dollar spent.“* Der Zweck des Gesundheitssystems sollte somit am Nutzen für die Patientinnen und Patienten ausgerichtet sein und dieser Nutzen stellt das erreichte Behandlungsergebnis dar (Porter/Teisberg 2007, S. 1103).

Daraus leiten sich die Zielsetzungen der Evaluation, skizziert wie folgt, ab: Analyse 1. der Wirtschaftlichkeit der Neuen Versorgungsform (Gesamtkosten SGB V/SGB XI), 2. der Inanspruchnahme der Regelleistungen insbesondere Kurzzeit- und Tagespflege und 3. der Stabilität der Versorgung im Privathaushalt.

Die Quantitativen Module (standardisierte Fragebögen, Auswertungen Routinedaten) ergänzt ein umfangreiches qualitatives Modul. Qualitative Methoden sind zur Rekonstruktion von Situationsdeutungen und Handlungsorientierungen, aus denen sich dann konkretes Verhalten ergibt, zielführend (zum Nutzen qualitativer Verfahren: Kelle/Tempel 2020), da menschliches Handeln davon bestimmt wird, wie objektive Gegebenheiten, hier also die Intervention durch OBERBERG\_FAIRsorgt, subjektiv wahrgenommen und interpretiert werden. Qualitative Methoden sind somit Erfolg versprechend, um gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltenswei-

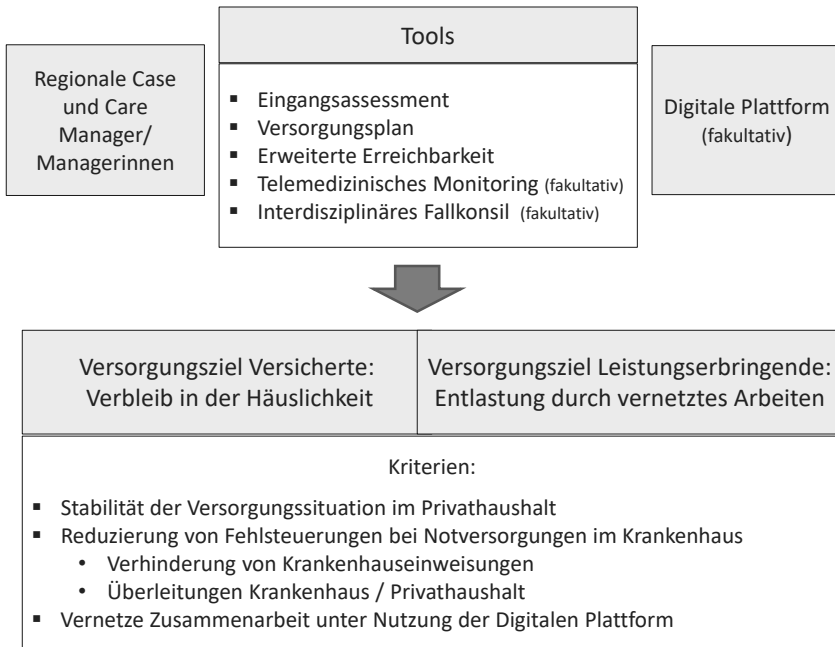
sen zu explorieren. Die Ergebnisse können helfen, die Passgenauigkeit von OBERBERG\_FAIRsorgt zu eruieren.

Indem wir hier eine Neue Versorgungsform evaluieren, beschäftigen wir uns mit typischen Fragestellungen der Versorgungsforschung, inklusive Bereiche der qualitativen Pflegeforschung, die eine Vielfalt an Methoden inkludiert (Nover/Panke-Kochinke 2021). Mit einer erreichten Interventionsfallzahl von N=321, statt ursprünglich angestrebter N=849, ist OBERBERG\_FAIRsorgt in weiten Teilen eine Machbarkeitsstudie geworden. Als Gründe können genannt werden: Die zögerliche Resonanz für einen Beitritt zur Neuen Versorgungsform seitens der im Oberbergischen Kreis praktizierenden Hausarztpraxen. Lediglich 17 Hausarztpraxen hatten mindestens eine Patientin oder einen Patienten in das Modellprojekt eingeschrieben. (Drei weitere Hausarztpraxen hatten den Selektivvertrag unterschrieben, allerdings keine Patientinnen oder Patienten eingeschrieben). Auch auf die Corona Pandemie ist zu verweisen, die die Hausarztpraxen forderte und allgemein den Start der Neuen Versorgungsform hinauszögerte.

Die Elemente der Neuen Versorgungsform sind: 1. Einsatz von Regionalen Case und Care Managerinnen und Managern (RCCM), 2. implementierte Tools: Geriatisches Eingangsassessment, Versorgungsplan, Telemedizinisches Monitoring, Erweiterte Erreichbarkeit, Interdisziplinäre Fallkonsole und 3. Aufbau einer Digitalen Plattform.

Befragt wurden die an OBERBERG\_FAIRsorgt beteiligten Stakeholder: Primär die in die Neue Versorgungsform eingeschriebenen Patientinnen und Patienten sowie deren Bezugspersonen, sodann die RCCM und die an der Neuen Versorgungsform teilnehmenden Hausarztpraxen sowie weitere Leistungserbringende. Da als Bezugspersonen ausschließlich Angehörige befragt wurden, wird im Folgenden immer von Angehörigen gesprochen. Betreuer, Betreuerinnen, Nachbarn, Nachbarinnen, Freunde und Freundinnen, die als Bezugspersonen in die Versorgung mit eingebunden sind, konnten nicht für ein Interview motiviert werden. Zudem stellt letztere Gruppe auch eine Minderheit bei den Unterstützungspersonen dar.

Teil I Abbildung 1: Elemente von OBERBERG\_FAIRsorgt



Dabei wird sich bei den Versorgten auf das Versorgungsziel „Verbleib in der Häuslichkeit“ konzentriert, in dem Sinne, dass die Interventionen die Stabilität der häuslichen Versorgung gewährleisten und es den Versorgten ermöglichen „in Würde zu Hause alt zu werden“. Eruiert wird die Versorgung von über 65-Jährigen im Oberbergischen Kreis bei der Bewältigung von Krankheit und Hilfebedürftigkeit, insbesondere unter Perspektiven der Pflegebedürftigkeitsprävention. Im Mittelpunkt steht das subjektive Erleben der Intervention seitens der Versorgten und die Einschätzung der Elemente der Neuen Versorgungsform durch die Leistungserbringenden, um daraus die Neue Versorgungsform nach den Kriterien *Stabilität der Versorgungssituationen im Privathaushalt*, *Reduzierung von Fehlsteuerungen bei Notversorgungen im Krankenhaus* (Verhinderung von Krankenhauseinweisungen und stabiles Überleitungsmanagement vom Krankenhaus in den Privathaushalt) und *vernetzte Zusammenarbeit unter Nutzung der Digitalen Plattform* zu analysieren. Dazu werden die Prozesse der verschiedenen Elemente der Neuen Versorgungsform (RCCM, Eingangsassessment, Versorgungsplan, Telemedizinisches Monitoring, Erweiterte Erreichbarkeit,

Digitale Plattform) aus der Perspektive der beteiligten Stakeholder mittels Interviews offengelegt und bewertet, um Verbesserungspotentiale abzuleiten. Das Ziel ist es, eine multiperspektivische Bewertung der Neuen Versorgungsform zu erstellen. Dies soll primär dem vertieften Verständnis der auftretenden Prozesse und letztendlich der Weiterentwicklung der Neuen Versorgungsform dienen.

## 1.1 Forschungsfragen

Die folgenden Fragestellungen beziehen sich auf alle Stakeholder:

- Wie beschreiben die Stakeholder die Prozesse der Neuen Versorgungsform aus ihren jeweiligen Rollen heraus?
- Welche Unterschiede nehmen die Stakeholder im Vergleich zur Regelversorgung wahr?
- Wie wird die Neue Versorgungsform in ihrer Gesamtheit seitens der Stakeholder aus deren jeweiligen Rollen heraus bewertet?
- Wie werden die einzelnen Elemente der Neuen Versorgungsform seitens der Stakeholder aus deren jeweiligen Rollen heraus bewertet?
- Welche Stärken, Schwächen und Optimierungspotenziale sehen die Stakeholder?

In der Gruppe der Versorgten wurde mit Tiefenbohrungen zusätzlich folgenden Fragestellungen nachgegangen:

- Was hat die Versicherten dazu bewogen, sich in die Neue Versorgungsform einzuschreiben?
- Wie wirkt sich die Zusammenarbeit mit den RCCM auf den Versorgungspfad aus?
- Welche Veränderungen berichten die Versorgten hinsichtlich der Kommunikation mit den beteiligten Leistungserbringenden?
- Wie wird die Beziehung zu den RCCM beschrieben?
- Welche Gründe sprechen für/gegen eine Teilnahme an der Digitalen Plattform?
- Wie wurde ein Anruf bei der Erweiterten Erreichbarkeit erlebt?
- Wie werden Beteiligungen und Auswirkungen an den anderen fakultativen Elementen der Neuen Versorgungsform erlebt und bewertet?
- Welche Auswirkungen beschreiben die Teilnehmenden hinsichtlich ihrer Lebensqualität und Teilhabe?

## 1.2 Design

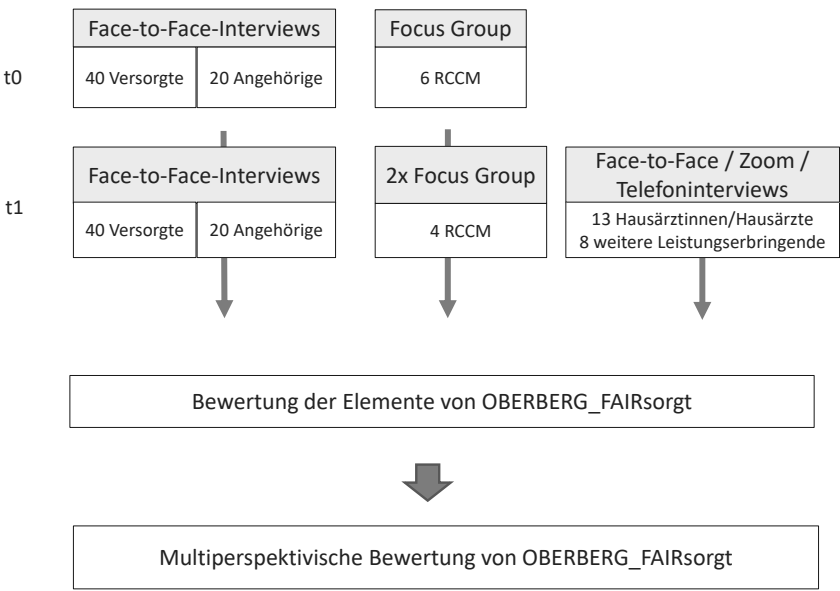
Das Design (Mayring 2020) der empirischen Exploration des qualitativen Moduls sieht die Befragung unterschiedlicher Stakeholder im Rahmen von qualitativen Interviews (Mey/Mruck 2020) vor: 40 Versorgte und 20 Angehörige<sup>1</sup> von Versorgten wurden an zwei Messzeitpunkten (t0, t1), gestaffelt nach Kohorten (KO, K1, K2, K3) befragt. Die Versorgten wurden in vierteljährig startenden Kohorten in die Versorgung aufgenommen. Alle RCCM wurden dreimal befragt<sup>2</sup>, von den 17 an der Versorgungsform teilnehmenden Hausarztpraxen wurden dreizehn interviewt sowie acht weitere Leistungserbringende. Zu den Leistungserbringenden, zu denen sich Schnittstellen ergaben, zählen: Facharztpraxen, ambulante Begleittherapeutinnen und Begleittherapeuten, Apotheken, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Notärztinnen und Notärzte im Hintergrund des Rettungsdiensts, Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung, Tagespflegereinrichtungen, Einrichtungen der Lang- und Kurzzeitpflege, Hilfsmittelhersteller, kommunale Beratungsstellen und wohnortnahe Angebote mit ehrenamtlichem Unterstützungspotenzial. Manche Berufsgruppen waren enger in die Leistungserbringung eingebunden, manche lediglich randständig. Zur Wahrung der Anonymität werden hier keine näheren Angaben gemacht, wer aus dieser Gruppe interviewt wurde.

Die Befragungen erfolgten im Rahmen von Face-to-Face-Interviews, telefonischen und per Zoom durchgeführten Interviews sowie Gruppendiskussionen. Die Befragungen der Versorgten und Angehörigen wurden nicht ausschließlich im Rahmen von Einzelinterviews durchgeführt, sondern es wurde auch die Interviewform der Gruppendiskussion genutzt. Eine Befragung von zwei bzw. drei Personen gemeinsam hatte den Vorteil, dass erstens der Vertrauensvorschuss in die Interviewperson gesteigert wurde und zweitens Kommunikationsschwierigkeiten überwunden wurden, da ein Dialog zwischen den Interviewten Erinnerungslücken behob. Die Befragungen

- 
- 1 Bei den Angehörigen handelt es sich sowohl um Angehörige aus der Gruppe der befragten Versicherten (N=40) als auch um Angehörige von Versicherten der Interventionsgruppe (N=321), die nicht an den Befragungen des qualitativen Moduls teilnahmen.
  - 2 Das Modellprojekt startete mit sechs RCCM. Zum September 2022 schieden zwei RCCM aus, sodass die beiden Wiederholungsbefragungen mit je vier RCCM stattfanden.

wurden auditiv gespeichert und nach falltypisch (Burzan/Hitzler 2018) relevanten Regeln transkribiert<sup>3</sup> (Dittmar 2009).

Teil I Abbildung 2: Design



Das oben dargestellte Design zeigt die Leitlinie der qualitativen Befragungen, zu der wir immer wieder zurückgekehrt sind. Im praktischen Prozess ergaben sich zahlreiche zirkuläre Elemente, so wurden die Fragestellungen (Leitfäden) formuliert und reformuliert, der Durchführungsprozess der Erhebung an die sich ändernden Durchführungsprozedere und Rahmen-

3 Die Art der Transkription richtet sich bekanntlich nach der Forschungsfragestellung. Im Falle von OBERBERG\_FAIRsorgt wurden die Stakeholder nach der Bewertung der (zwölfmonatigen) Intervention in Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung befragt. Dazu sind biographische Elemente der Versorgten nachrangig, und es konnte die Transkriptionsmethode der einfachen sprachlichen Abbildung gewählt werden. Alternativ wären Transkriptionsmethoden, die emotionale Äußerungen, Wortbetonungen etc. umfassen, oder gar Videoprotokolle bei videogestützten Befragungen anwendbar (Moritz/Corsten 2018). Die Verbatim-Transkripte wurden unter Abgabe einer Vertraulichkeitserklärung von einem externen Schreibbüro erstellt. Mit Abschluss der Projekt-evaluation wurden alle Aufnahmen gelöscht.

bedingungen von OBERBERG\_FAIRsorgt angepasst<sup>4</sup>; was somit auch die Auswertung betraf. Dies folgt der Tatsache, dass in der qualitativen Erhebung die Schritte der Fragestellung, Erhebung und Auswertung nicht strikt zu trennen sind (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2019, S. 106).

---

4 In ProAlter, dem Fachmagazin des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, geben Berichte vom September 2019 und September 2022 Überblicke über die strukturellen Änderungen im Projektverlauf von OBERBERG\_FAIRsorgt (Möltgen 2019 und 2022).

## 2 Methodik

„Qualitative Sozialforschung hat das Ziel, soziales Handeln und soziale Prozesse im Sinne Max Webers deutend zu verstehen.“ (Heiser 2018, S. 13). Merkmale qualitativer Forschungen sind: Gegenstandsangemessenheit, Offenheit, Kommunikation, Prozesshaftigkeit und Reflexivität (Ohlbrecht 2019).

Grundlegend sind zwei Prinzipien: **Rekonstruktion** und **Interpretation**. Qualitative Verfahren orientieren sich an einer rekonstruktiven Methodologie (Bohnsack et al. 2018, S. 206). Dabei folgen wir hier einer rekonstruktiven Forschung (Bohnsack 2021, Bohnsack et al. 2020), die keine Hypothesen überprüft. Es gilt das Handeln, die Interaktionen, die Haltungen, die Gesprächsäußerungen, die verschrifteten Dokumente, die mit subjektivem Sinn und Deutungen verbunden sind, zu rekonstruieren. Sehr vereinfacht ausgedrückt: Hier liegt etwas vor, „das bereits in sich sinnhaft ist und dessen Sinn es zu erschließen und in wissenschaftliche Konzepte zu übertragen gilt.“ (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2019, S. 106). Allerdings ist es weitaus komplexer, dazu siehe den Exkurs zur verstehenden Soziologie von Schulz-Nieswandt (2021a, S. 19-20). Es gilt den Sinnzusammenhang zu begreifen, in dem eine Handlung eingestellt ist. Dabei sind der gesamte Sinnzusammenhang und nicht der subjektive Sinn des Handelnden der Grund eines konkreten Geschehens. Zur Rekonstruktion der tieferliegenden Sinnstrukturen muss der Weg über sprachliche (auch non-verbale) Äußerungen genommen werden. Damit sind Interviews ein möglicher Zugang zur Person und ihren Konstruktionen von Sinn und Bedeutungen (Friebertshäuser et al. 2013, S. 437). Die latenten Sinnstrukturen lassen sich nur mittels interpretativer Prozesse erschließen und dafür ist eine methodische Kontrolle notwendig (Heiser 2018, S. 13).

Das hier im qualitativen Modul erstellte Arbeitsprogramm ist demnach eine retrospektive Forschung, die die Wirkungszusammenhänge der Neuen Versorgungsform OBERBERG\_FAIRsorgt mit Hilfe qualitativer Methoden explorativ aufzeigt. Die erhobenen Daten werden entlang bestimmter Merkmalsordnungen typisiert. Es erfolgt mit einer Subsumtion ein deduktives Vorgehen, das anschließend in eine induktive Bearbeitung der Daten übergeht. Dabei gehen wir so vor, dass die Exploration offen für abduktive Prozesse neuer relevanter Einsichten im Feld bleibt, somit folgen wir den Teilprozessen der Abduktion: Erfassen, Verfestigen, Bewerten (Reichertz 2013, S. 126). Es wird demnach nach Merkmalskombinationen gesucht, für die es bisher keine entsprechende Erklärung gibt. „Since no suitable "type"



can be found, a new one must be invented or discovered by means of a mental process.” (Reichertz 2010, S. 221). Die Daten, die hier im qualitativen Modul erhoben werden, sind nicht standardisiert, sind also keine Zahlen wie im quantitativen Modul, es sind Texte und Bilder. Mittels Leitfaden-gestützter Interviews wird ein Zugang zu den subjektiven Sichtweisen der beteiligten Stakeholder geschaffen. Ergänzend werden mittels Rekonstruktion von Fallbeispielen (in Abschnitt 9) zugrundeliegende Tiefenstrukturen aufgedeckt.

Als **Erhebungsmethode** wurde die problemzentrierte, offene, halbstrukturierte Interviewform nach Andreas Witzel (1982) gewählt. Drei Kriterien charakterisieren diese Methode: Problemzentrierung, Gegenstandsorientierung und Prozessorientierung.

Im Sinn von Witzel ist die *Problemzentrierung* in zwei der drei Zielsetzungen von OBERBERG\_FAIRsorgt zentriert: „Analyse der Inanspruchnahme von Regelleistungen“ (u. a. Kurzzeitpflege) und „Stabilisierung der Versorgung im Privathaushalt“.

Die *Gegenstandsorientierung* betrifft die praktizierte methodische Ausgestaltung (Witzel 1985, S. 232). Zentral ist eine Flexibilität in der Anpassung, die der Idee Leitfaden-gestützter Interviews folgt, indem narrative Textpassagen zugelassen, ja sogar generiert werden. Diese narrativen Elemente dienen, zusätzlich zum Informationsgehalt, der Analyse der Ausdrucksgestalt (Wernet 2021, S. 77). Geachtet wird auf die individuellen Begründungen des Handelns.<sup>5</sup> Dies erfordert die Ermöglichung eines Gesprächsraums für eigene Erzählungen und Beweggründe. So wurden die Interviews mit den Versorgten und Angehörigen in der Häuslichkeit der Befragten geführt. Die Interviews zum Messzeitpunkt t0 begannen mit der Bitte, zu schildern, wie die Befragten auf OBERBERG\_FAIRsorgt aufmerksam geworden sind. Zum Messzeitpunkt t1 wurde das Interview eröffnet mit der Bitte, zu berichten, wie die Befragten das Jahr mit der Neuen Versorgungsform erlebt haben. Im Verlauf der Interviews erfolgte dann eine Lenkung anhand spezifischer Interviewleitfäden.

Die *Prozessorientierung* erfordert eine Gesprächsführung der sensiblen und akzeptierenden Kommunikation mit den Befragten (Witzel 1985,

---

5 Hier zeigt sich ein doppeltes Wahrheitsverständnis dadurch, dass die Erzählungen der Interviewten die Ereignisse und die Erfahrungen mit den Ereignissen sowie rückerinnernde Bedeutungen der Erfahrungen mit den Ereignissen vermischen und bilanzieren. Was war also damals wirklich und was ist rückblickende Bilanzierung verbunden mit einer Erzählung des eigenen Selbstbildes? Wie unterscheidet sich demnach die erlebte und die erzählte Lebensgeschichte? Dazu: Kauppert 2010, S. 41-54.

S. 234); dies trifft vorrangig auf die Befragungen der Versorgten und deren Angehörigen zu. Das telefonische Vorgespräch (zur Terminfindung der Interviews) und eine offene Zugangsweise auf die Interviewten (bei den Besuchen in der Häuslichkeit der Befragten ergab sich vor und nach den eigentlichen Interviews ein weiterer Austausch über die Gesundheitsversorgung und soziale Einbettung der Versorgten) bilden die Basis für einen vertrauten Umgang. Mittels dieser offenen Herangehensweise und einer anerkennenden und verständnisvollen Interviewführung wurde bei den Befragten eine offene Haltung gegenüber den Fragen geschaffen.

Die gewählte Erhebungsmethode von Witzel bleibt offen in der Verfügbarkeit für unterschiedliche Methoden der **Datenauswertung**. Bei der Datenauswertung wurde der Forschungsmethodologie der Grounded Theory gefolgt (Strübing 2014; Strauss/Corbin 1996). Dies geschieht durch das modulare Vorgehen, aber auch durch die Anwendung der offenen Kodierung (Glaser/Strauss 1967) und der Extraktion (Glaser/Laudel 2010). Zu Grunde gelegt wird die Methode der Inhaltsanalyse von Mayring (2002; 2015), die dadurch erweitert wurde, dass aus den Interviews Textinformationen extrahiert und ausgewertet werden (Burzan 2015). Dabei bedienten wir uns der Software MAXQDA 2022 (Kuckartz/Rädiger 2021). Ergänzend haben wir in der Analyse die interpretative Methode in Anlehnung an Rosenthal (2004; 2014; zu interpretativer Sozialforschung auch: Froschauer/Lueger 2009) angewandt, die auch biographischen Elementen Raum gibt.

Abschließend sei angemerkt, dass die an OBERBERG\_FAIRsorgt teilnehmenden Hausarztpraxen mit dem Informations- und Einschreibeunterlagen darüber informiert wurden, dass die Versorgten, aber auch sie evaluiert werden. Dadurch entstehen Bias: Einerseits können sozial erwünschte Antworten sowohl der Versorgten als auch der Leistungserbringenden erfolgen, andererseits führt dies zur Teilnahme eines bestimmten Typus von Leistungserbringenden (Innovationsfreudigkeit, Aufgeschlossenheit gegenüber Digitalisierung, Neugierde, überdurchschnittliches Maß an Patientenorientierung).

## 2.1 Face-to-Face-Interviews

Unser Design sieht Face-to-Face-Interviews mit den Versorgten, deren Angehörigen und weiteren an der Neuen Versorgungsform beteiligten Stakeholdern vor. Dabei werden die Stakeholder in der jeweiligen Rolle als Expertinnen und Experten befragt (Bogner et al. 2009). Die Versicherten

werden in ihrer Rolle als Expertinnen und Experten ihres Gesundheitserlebens, ihrer Strategien der Krankheitsbewältigung und ihres Erlebens des Pflegesettings eingebettet in das Gesundheitsversorgungsgeschehen von OBERBERG\_FAIRsorgt befragt. Dazu führten wir Leitfaden-gestützte, problemzentrierte Interviews. Die Datengenerierung folgt somit der reaktiven Erhebungsmethode eines thematischen Interviews, dem ein Leitfaden zu Grunde gelegt wird (Kruse 2014). Es wurde die Methode des problemzentrierten Interviews angewendet, bei dem es nicht um ein rein textorientiertes, sondern ein problemorientiertes Sinnverstehen geht (Helfferich 2011). Für ein problemzentriertes Interview bietet die Erhebungsmethode von Witzel (1985) einerseits die Offenheit einer choreographierenden Nutzung eines Leitfadens seitens der Interviewperson, andererseits kann eine offene narrative Erzählinduzierung angestoßen werden (Witzel/Reiter 2012). Wie wird OBERBERG\_FAIRsorgt erlebt? Welche Erwartungen werden an OBERBERG\_FAIRsorgt gestellt und wurden diese erfüllt? Wie wird die Rolle der RCCM wahrgenommen und bewertet? Welche Ideen für Verbesserungen gibt es? Aus der Sicht der Angehörigen geht es zusätzlich um eigene Verarbeitungswege und Belastungen (Büker 2015) sowie um soziale Unterstützungen, die sie als Angehörige erhalten.

## 2.2 Ergänzende Abfrage sozio-demographischer Merkmale

Unser Evaluationskonzept sah eine Rahmung der Interviews durch Kurzfragebögen zur sozio-demografischen Lebenslage vor. Wir haben entschieden, diese Daten (Wohnen, Mobilität, Sozialkapital) im Rahmen der Besuche bei den Versorgten und Angehörigen abzufragen. Begründet wird dies damit, dass die Befragten nicht noch mit einem weiteren Fragebogen konfrontiert werden sollten. Einige der besuchten Versorgten und Angehörigen berichteten sowohl den RCCM als auch der Interviewperson, dass sie die Fragestellungen in den Fragebögen des quantitativen Moduls als sehr komplex bewerten und bei der ein oder anderen Frageformulierung zur Nachvollziehbarkeit nachfragen mussten.

## 2.3 Tagebuchmethode

Das Design beabsichtigte bei einer Untergruppe der Versorgten zusätzlich zu den Interviews, die eine Momentaufnahme der geäußerten Gedanken

darlegen, die Methode der Tagebuchstudie (Bolger et al. 2003; Iida et al. 2012) aufzunehmen. Die Tagebuchmethode bietet die Möglichkeit, Eindrücke und Erfahrungen der Befragten über einen Zeitraum kontinuierlich zu erfassen. Ziel ist es, dass besonders relevante Fälle ihre Kontakte und Erlebnisse mit der Neuen Versorgungsform, aber auch ihre Gedanken und Bewertungen dazu über den Interventionszeitraum hinweg narrativ berichten. So ist es möglich, Entscheidungsprozesse viel kleinschrittiger nachzuvollziehen. Die Bewertungen von Situationen durch die Befragten, eben zeitnah zur Situation, können so aufgezeigt werden und sind somit zeitlich direkt an die Situation geknüpft. Damit wird verhindert, dass wichtige Aspekte in Vergessenheit geraten. Weitere Vorteile dieser Methode sind, dass hier eine kontinuierliche Erfassung der zu erfragenden Erfahrungen erfolgt. Auch Details können erfasst werden und die Befragten werden nicht von der Interviewperson beeinflusst. Zudem tritt das Problem weniger hervor, dass die Befragten, wenn sie Situationen retrospektiv betrachten, diese durch ihr eigenes Interpretationsschema filtern.

Beim ersten Messzeitpunkt wurden 23 Tagebücher an 28 Versorgte und 13 Angehörige (davon an vier Angehörige in Stellvertretung für die Versorgten) im Anschluss an die Interviews übergeben.<sup>6</sup> Hier gilt es zu berücksichtigen, dass pro besuchtem Haushalt ein Tagebuch zugeteilt wurde. Bei der Befragung von zwei oder drei Personen wurde demnach ein Tagebuch ausgehändigt. Der Bitte Tagebuchaufzeichnungen über den Versorgungszeitraum zu den Kontakten mit den Elementen von OBERBERG\_FAIRsorgt zu erstellen, sind letztendlich nur eine Versorgte und eine Angehörige gefolgt. Damit konnte dieses Evaluationstool nicht in die Evaluation aufgenommen werden. Die genannten Begründungen, warum keine Tagebuchaufzeichnungen gemacht wurden, zentrieren um die Argu-

---

6 Den Versorgten und/oder Angehörigen wurde ein Booklet übergeben und die Methodik an einem Beispiel erklärt. Ein angeheftetes Anschreiben erläuterte den Wunsch für die Teilnahme an der Tagebuchstudie und gab Anleitungen zur Durchführung. Aufgeschrieben werden sollte, in welchen Situationen die Kontaktaufnahme mit dem Versorgungssystem durch die Befragten erfolgt und was die Resultate der Kontakte sind. In Tabellenform wurde gefragt nach *Datum*, *Kontakt*: mit RCCM, Arzt, Ärztin, Digitaler Plattform, Erweiterter Erreichbarkeit, *Grund*: Was war der Anlass für den Kontakt: akute Beschwerden, Routinetermin? Wie war der Gesundheitszustand zu diesem Zeitpunkt? *Inhalt*: Was wurde besprochen? *Ergebnis*: Was folgte als Reaktion? Welche Hinweise z. B. Verhaltensänderungen wurden genannt? Wurden Medikamente geändert? Gab es weitere Untersuchungen? Folgten weitere Therapien? Wurde über das Ergebnis ausreichend informiert? Konnten Meinungen und Wünsche eingebracht werden? Was hätte anders sein können?

mentationen, dass die Versorgungssituationen als stressbeladen erlebt werden, keine Zeit für Aufzeichnungen war und/oder dies in Vergessenheit geraten ist.

## 2.4 Gruppendiskussionen

Da die Gruppendiskussionen mit den RCCM zeitlich zusammenfielen mit den Interviews mit den Versorgten und deren Angehörigen, wurde das Verfahren der Focus Groups (Schulz et al. 2012) angewandt. Es handelt sich dabei um ein Kombinationsverfahren, das insbesondere bei der Validierung von Ergebnissen verwandt wird. Die Diskursorganisation und Interaktionsprozesse der beteiligten RCCM waren nachrangig (Bohnsack et al. 2020, S. 8).

### 3 Befragungen

Alle Befragungen (Versorgte, Angehörige, RCCM, Hausärztinnen, Hausärzte, weitere Leistungserbringende) fanden im Zeitraum von November 2021 bis November 2023 statt. Die nachfolgenden Leitfäden wurden im Evaluationsteam entwickelt. In der praktischen Handhabung diente der jeweilige Leitfaden bei den Interviews zur Selbststrukturierung der Interviewperson und wurde, um narrative Gesprächspassagen zu befördern, eher im Hintergrund gehalten.

#### 3.1 Interviewleitfäden

##### **Leitfäden: Interview mit Versorgten und Angehörigen t0, t1**

Der Interviewleitfaden für die Versorgten und die Angehörigen zu Beginn der Intervention t0 fragt folgende Aspekte ab:

- Wohn- und Versorgungssituation, Gesundheitszustand, Teilhabe
- Erlebnisse/Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten bisher (vor OBERBERG\_FAIRsorgt)
- Rekrutierung/Motivation zum Beitritt in die Neue Versorgungsform
- Start der Versorgung: Eingangsassessment, Versorgungsplan, Digitale Plattform
- Rolle der RCCM
- Erwartungen an die Neue Versorgungsform

Ziel war es herauszuarbeiten: 1. Wie kommen die Patientin und der Patient mit der Versorgungssituation zurecht? 2. Welche Erfahrungen wurden mit der Gesundheitsversorgung in der Vergangenheit, vor der Teilnahme an OBERBERG\_FAIRsorgt gemacht? 3. Wie gelang die Rekrutierung zu OBERBERG\_FAIRsorgt? 4. Wie lief der Start der Versorgung, wie lief das Eingangsassessment, wie gestaltet sich der erstellte Versorgungsplan, nutzen die Patientin und der Patient die Digitale Plattform bzw. möchten sie diese nutzen? 5. Wie gestaltet sich der Kontakt zu den RCCM? 6. Welche Erwartungen haben Versorgte und Angehörige an die Neue Versorgungsform?

Nach dem Ende der Intervention t1 wurde Folgendes abgefragt.

- Kontakte mit der Neuen Versorgungsform
- Resultate/Ergebnisse der Kontakte mit der Neuen Versorgungsform
- Einschätzung und Bewertung der Kontakte

- Handhabung instabiler Situationssettings der Versorgten
- Nutzung der Erweiterten Erreichbarkeit
- Rolle der RCCM
- Nutzung und Handhabung des Medizinischen Telemonitorings
- Nutzung der Digitalen Plattform

Ziel war es anhand episodischer Schilderungen zu eruieren: 1. Welche Kontakte hatten die Versorgten und Angehörigen im Laufe des Versorgungsjahres mit OBERBERG\_FAIRsorgt? 2. Wie gestaltete sich der Ablauf der Kontakte, welche Ergebnisse resultierten aus den Kontakten? 3. Wie bewerten die Versorgten und die Angehörigen die Kontakte? 4. Wie wurden instabile Versorgungssituationen bewältigt? 5. Wurde die Erweiterte Erreichbarkeit genutzt? 6. Wie wird die Rolle der RCCM beschrieben und bewertet? 7. Falls daran teilgenommen wurde, wie wurde die Nutzung des Medizinischen Telemonitorings wahrgenommen? 8. Wurde die Digitale Plattform genutzt und wenn ja, welche Barrieren und Verbesserungsvorschläge gibt es?

Im Hinblick auf die Entlastung der Angehörigen durch die Neue Versorgungsform wurden die Angehörigen zum Ende der Intervention nach der Umsetzbarkeit der von den RCCM vorgeschlagenen Angebote und der allgemeinen Zufriedenheit mit der Neuen Versorgungsform befragt (Schmitt et al. 2021, S. 408).

### **Moderationsleitfäden: RCCM t0, t1**

Der Moderationsleitfaden in t0 (befragt wurde zwei Monate nach dem Start der Kohorte 2) umfasst nachfolgende Aspekte.

- Wohn- und Versorgungssituation, Gesundheitszustand, Teilhabe der Versorgten
- Rekrutierung/Motivation/Erwartungen seitens der Versorgten und deren Angehörigen
- Erste Kontakte im Rahmen der Versorgung: Eingangsassessment, Versorgungsplan, Nutzung der Digitalen Plattform
- Kontakt: Versorgte – RCCM
- Kontakt: Hausarztpraxis – RCCM
- Rolle der Angehörigen
- Rolle der RCCM

Ziel war es zu erfahren: 1. Wie ist die Versorgungssituation zu Beginn der Neuen Versorgungsform? 2. Wie gelingt die Rekrutierung? 3. Wie läuft der

Start der Versorgung? 4. Wie gestaltet sich die Beziehung zu den Versorgten? 5. Wie läuft die Kommunikation mit den Hausarztpraxen? 6. Wie gelingen der Kontakt und die Einbindung der Angehörigen? 7. Wie sehen die RCCM ihre Rolle?

Der Moderationsleitfaden in t1 (befragt wurde nach dem Ende der Kohorte 2 und nach dem Ende der Kohorte 3) umfasst nachfolgende Aspekte.

- Ergebnisse und Bewertungen der Begegnungen mit der Neuen Versorgungsform
- Handhabung instabiler Situationssettings bei den Versorgten
- Nutzung der Digitalen Plattform
- Nutzung und Handhabung des Medizinischen Telemonitorings
- Kontakt: Versorgte – RCCM
- Rolle der Angehörigen
- Kontakt: Hausarztpraxis – RCCM
- Rolle der RCCM

Ziel war es, anhand von Schilderungen beispielhafter Begegnungen mit der Neuen Versorgungsform zu analysieren: 1. Welche Ergebnisse folgen aus Kontakten mit der Neuen Versorgungsform? 2. Wie werden die Ergebnisse aus Sicht der RCCM bewertet? 3. Wie wurden instabile Versorgungsphasen gemanagt? 4. Wie gestaltete sich die Nutzung der Digitalen Plattform? 5. Was haben die Versorgten bzgl. der Nutzung des Medizinischen Telemonitorings berichtet? 6. Wie unterschiedlich gestalteten sich die Kontakte zwischen Versorgten und RCCM? 7. Welche Rolle nahmen die Kontakte zu den Angehörigen ein? 8. Wie sind die Kontakte mit den Hausarztpraxen zu beschreiben und zu bewerten? 9. Wie sehen die RCCM ihre Rolle in der Neuen Versorgungsform?

#### **Leitfaden: Interview mit Hausärztinnen und Hausärzten t1**

- Ergebnisse der Begegnungen mit der Neuen Versorgungsform
- Bewertung der Begegnungen, insbesondere bei instabilen Versorgungssituationen
- Nutzung der Digitalen Plattform
- Bewertung des Medizinischen Telemonitorings
- Kontakt: Hausarztpraxis – RCCM
- Einschätzung der Rolle der RCCM
- Änderungen beim Kontakt: Hausarztpraxis – Versorgter
- Bewertung der Rolle der Angehörigen



Eruiert werden sollte: 1. Welche Ergebnisse folgen aus den Kontakten mit der Neuen Versorgungsform? 2. Wie werden die Ergebnisse aus Sicht der Hausärztinnen und Hausärzte bewertet? 3. Wie wird die Nutzung der Digitalen Plattform eingeschätzt? 4. Wie wird das Medizinische Telemonitoring bewertet? 5. Wie war der Kontakt zu den RCCM? 6. Wie wird die (zukünftige) Rolle der RCCM bewertet? 7. Gab es Änderungen beim Kontakt zu den Patientinnen und Patienten beeinflusst durch die Neue Versorgungsform? 8. Wie wird die Rolle der Angehörigen bewertet?

### **Leitfaden: Interview mit weiteren Leistungserbringenden t1**

- Ergebnisse der Begegnungen mit der Neuen Versorgungsform
- Einschätzung und Bewertung der Begegnungen
- Nutzung der Digitalen Plattform
- Handhabung instabiler Situationssettings bei den Versorgten
- Kontakt: weiterer Leistungserbringender mit RCCM, mit Hausarztpraxis
- Bewertung der Rolle der Angehörigen

Hier wurde gefragt: 1. Welche Kontakte hatten die Leistungserbringenden mit der Neuen Versorgungsform? 2. Wie werden diese Kontakte bewertet in Hinblick auf die sich daraus ergebenden Resultate? 3. Wie wurde die Digitale Plattform genutzt? 4. Wurden instabile Versorgungssituationen beobachtet und wie wurden diese gemanagt? 5. Wie sahen die Kontakte zu anderen Leistungserbringenden der Neuen Versorgungsform aus? 6. Wie wird die Rolle der Angehörigen bewertet?

## **3.2 Befragte Versorgte und Angehörige**

Die Interviews von drei Patientinnen und Patienten und zwei Angehörigen der K0 im Herbst 2021 dienten als **Pretest**. Da die Interviews aussagekräftig waren, wurden diese in das Befragungssample aufgenommen, und es erfolgte eine weitere Befragung am Ende des Interventionszeitraums.

Die Versorgten und Angehörigen wurden jeweils in t0 und t1 vor Ort in ihrem Zuhause befragt. Die Besuche dauerten zwischen einer dreiviertel Stunde und zweieinhalb Stunden.

Zum Projektstart lebten 20 Versorgte in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege. Aus dieser Versorgtengruppe wurde lediglich eine Tochter als Angehörige befragt. Hier ergab sich ein strukturelles Problem: In einer Einrichtung der stationären Langzeitpflege waren nur einige wenige Bewohnerinnen und Bewohner in OBERBERG\_FAIRsorgt eingeschrieben

und damit musste in der praktischen Umsetzung immer vor der Intervention die Zuständigkeit abgeklärt werden.

Die waren auch alle sehr offen, von der Heimleitung bis zu den Stationsleitern. Und die waren alle begeistert, fanden das auch alle gut. Und wir hätten das gerne noch mehr unterstützt, aber im Alltag geht es dann unter. Es ist auch nicht so, dass da jeden Tag immer irgendwas vorfällt, das heißt, wenn dann was ist, dann organisieren die das wie bei den anderen, die eben nicht im Projekt sind, auch mit. (...) Das heißt, die kommunizieren sowieso mit dem Hausarzt um dann zu gucken, welcher Patient ist im Projekt und welcher nicht, das ist schwierig. (GDt1, Pos.10)

In der ersten Befragungswelle wurden zum Zeitpunkt des jeweiligen Interventionsbeginns t0 aus der K0 fünf Versorgte und zwei Angehörige, aus der K1 elf Versorgte und sechs Angehörige interviewt. Aus K2 waren es 14 Versorgte und sieben Angehörige und aus K3 zehn Versorgte und fünf Angehörige.

Teil I Abbildung 3: Sample: Versorgte und Angehörige

|    | Befragung<br>t0 |            | Wiederholungs-<br>befragung t1 |            | Ergänzende<br>Erstbefragung in t1 |            |
|----|-----------------|------------|--------------------------------|------------|-----------------------------------|------------|
|    | Versorgter      | Angehörige | Versorgter                     | Angehörige | Versorgter                        | Angehörige |
| K0 | 5               | 2          | 5                              | 2          |                                   |            |
| K1 | 11              | 6          | 10                             | 4          |                                   | 1          |
| K2 | 14              | 7          | 13                             | 6          |                                   |            |
| K3 | 10              | 5          | 8                              | 4          | 4                                 | 3          |
| N  | 40              | 20         | 36                             | 16         | 4                                 | 4          |

K0 versorgte N=10 vom 01.10.2021-30.09.2022, K1 versorgte N= 85 vom 01.01.2022-31.12.2022, K2 versorgte N=126 vom 01.04.2022-31.03.2023 und K3 versorgte N=102 vom 01.07.2022-30.06.2023.

Zum Zeitpunkt der zweiten Befragungswelle waren drei Versorgte, die an der ersten Befragung teilgenommen hatten, und zwei Versorgte, bei denen wir Angehörige in einem Einzelinterview stellvertretend befragt haben, verstorben. Eine Versorgte, deren ebenfalls in die Versorgung aufgenommene Partner im Versorgungszeitraum verstorben war, wollte an der zweiten Befragung nicht mehr teilnehmen, ebenso vier Angehörige (zwei, weil der Versorgte verstorben war; zwei hatten keine Zeit). Somit wurden für die zweite Befragung vier Versorgte und vier Angehörige nachrekrutiert.

Die 60 Befragten der ersten Befragungswelle wurden im Rahmen von 37 Befragungen interviewt. Als Interviewformen wurden Leitfaden-gestützte Interviews und Gruppendiskussionen gewählt. 17 Interviews wurden mit Einzelpersonen geführt. Die weiteren Befragungen wurden mit zwei oder drei Personen durchgeführt, damit handelt es sich streng genommen um Gruppendiskussionen.<sup>7</sup> 17 Befragungen wurden mit zwei Personen geführt (beide Partner in der Versorgung; ein Partner in der Versorgung und der andere Partner als Angehöriger, Versorgte zusammen mit Tochter). Drei Befragungen wurden mit jeweils drei Personen geführt (Sohn als Angehöriger zusammen mit den Eltern in der Versorgung; Tochter bzw. Schwiegertochter als Angehörige zusammen mit Mutter und Schwiegermutter in der Versorgung; Versorgte mit Tochter und Schwiegersohn als Angehörige).

Die 60 Befragten der zweiten Befragungswelle wurden im Rahmen von 40 Befragungen interviewt. 21 Interviews wurden mit Einzelpersonen geführt. 18 Befragungen wurden mit zwei Personen geführt (beide Partner in der Versorgung; ein Partner in der Versorgung und der andere Partner als Angehöriger, Versorgte zusammen mit Tochter, Versorgter zusammen mit Sohn, Versorgte zusammen mit Schwiegertochter). Eine Befragung wurden mit jeweils drei Personen geführt (Tochter bzw. Schiegiertochter als Angehörige zusammen mit Mutter und Schwiegermutter in der Versorgung).

### 3.2.1 Rekrutierung Versorgte und Angehörige

Bei der qualitativen Forschung ist die Frage der Stichprobenziehung für die Repräsentativität der Forschung von großer Bedeutung (Akremi 2019, S. 313). Dabei gibt es verschiedene Methoden, nach welchen Kriterien das Sample zusammengestellt werden kann. Ziel ist es, von den analysierten Einzelfällen auf eine allgemeine Analyseebene zu gelangen. Zur Erfassung sämtlicher hypothetisch relevanter Merkmalskombinationen in der Stichprobe wurde angestrebt, eine heterogene Auswahl zu befragen. Somit stellte der Feldzugang als wichtiger Schnitt im Forschungsprozess eine zentrale Herausforderung dar.

---

7 Trotz dieser Unterscheidung, abhängig von der Anzahl der zusammen Befragten, in unterschiedliche Interviewformen werden wir im Weiteren die Begrifflichkeit Interview für die Befragungen der Versorgten und Angehörigen wählen.

### 3.2.2 RCCM als gatekeeper

Bei der Auswahl der für ein Interview bereiten Versorgten und Bezugspersonen standen die RCCM als *gatekeeper* zur Verfügung (Andoh-Arthur 2019). Dazu war das hohe Maß an Vertrauen, das die RCCM bei den Hausbesuchen bei den Versorgten erworben haben, dienlich. Die Vorgehensweise war wie folgt: Der erste Hausbesuch der RCCM wurde genutzt für ein persönliches Kennenlernen und Vorstellen der Neuen Versorgungsform. Beim zweiten Hausbesuch wurde der persönliche Kontakt intensiviert und die RCCM führten das geriatrische Eingangsassessment durch. In der Regel stellten die RCCM dann beim dritten Hausbesuch die Interviewanfrage des Evaluationsteams vor und übermittelten nach Einverständnis der Versorgten bzw. Angehörigen dem Evaluationsteam die Kontaktdaten (Name, Telefonnummer) der Versicherten bzw. Angehörigen. Dieser Rekrutierungsweg durch die RCCM transportierte einen Vertrauensvorschuss der Befragten gegenüber dem ersten Telefonkontakt mit der Interviewperson.

### 3.2.3 Verbindung der Methoden des selektiven und theoretischen Samplings

Der Auswahlprozess des Befragungssamples lag somit in der Einschätzung der RCCM, die die Bereitschaft für ein Interview abklärten. Gestartet wurde mit der Methode des selektiven Samplings. Ziel ist dabei die Abbildung der Heterogenität im Untersuchungsfeld. Die Untersuchung gilt dann als beendet, wenn keine relevanten Ähnlichkeiten und Unterschiede mehr im Datenmaterial entdeckt werden. Dabei benannte das Evaluationsteam vorab einen Stichprobenplan für die Samplestruktur, anhand dessen die RCCM eine Heterogenität der Stichprobenziehung generieren sollten. Die Kriterien für die Fallauswahl lauteten: Alleinlebende, mit Partner Zusammenlebende, mit weiteren Personen in einem Haushalt Lebende, Männer, Frauen, verschiedene Altersgruppen, Personen ohne und mit Pflegegrad, Personen mit und ohne soziale Netzwerke. Da die Befragung der Versorgten und Angehörigen aus vier Kohorten Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer ziehen sollte, zog sich die Ansprache potentieller Interviewpartnerinnen und -partner über eine Zeitspanne von Monaten (Start K0 im Oktober 2021, Start K3 im Juli 2022). Gleichzeitig fanden die ersten Interviews schon in dieser Zeitspanne statt, sodass die Interviewperson den RCCM Rückmeldung geben konnte, welche Kriterien bei der Stichproben-

ziehung noch nicht abgedeckt waren, also noch zu erfüllen waren. Zudem erfolgten diese Rückmeldungen auf der Basis der Befragungsinhalte und erster Untersuchungs-relevanter Aspekte, womit auch Aspekte des theoretischen Samplings<sup>8</sup> angewandt wurden.

### 3.2.4 Face-to-Face-Interviews versus Telefoninterviews

Angestrebt wurde eine Befragung der Versorgten und Angehörigen in deren häuslicher Umgebung. Eine Face-to-Face-Befragung setzt im Gegensatz zu Telefoninterviews eine vertrauensvolle Anbahnung voraus. Die Werbung der RCCM für die Teilnahme an der Befragung im Rahmen eines Besuches der Interviewperson in der Häuslichkeit der Versorgten erwies sich als treffsicher. Lediglich vier Angehörigeninterviews der ersten Befragungswelle und sechs der zweiten wurden aus terminlichen und wohnortbezogenen Erreichbarkeitsgründen am Telefon durchgeführt.

### 3.2.5 Erste telefonische Kontaktaufnahme

Zeitnah zur Übermittlung der Kontaktdaten durch die RCCM erfolgte der Erstkontakt mit den potentiellen Gesprächspartnerinnen und -partnern telefonisch durch die Interviewperson. Dieses erste Telefongespräch diente der Vertrauensanbahnung. Den Versorgten und Angehörigen wurde der Vorschlag unterbreitet, die Befragung als Face-to-Face-Befragung vor Ort in der Häuslichkeit der Befragten durchzuführen. Alternativ wurde die Option, die Befragung im Rahmen eines Telefonats zu gestalten, dargelegt. Zielführend wurde für die Möglichkeit, die Interviews bei den Befragten zu Hause durchzuführen, geworben mit dem Argument, dass eine Face-to-Face-Befragung durch das gegenseitige Kennenlernen zu einem fundierten Informationsaustausch führt.

---

8 Das von Glaser und Strauss (1967) entwickelte Theoretical Sampling ist eine der bekanntesten Methoden. Zu Beginn sind Umfang und Merkmale des Forschungsgegenstands, ebenso die Stichprobengröße unbestimmt, alles wird erst im Laufe des Forschungsprozesses offengelegt. Die Ergebnisse einer Befragung werden erst vollständig ausgewertet, bevor der nächste zu Befragende kontaktiert wird. Das Sampling wird solange erweitert, bis keine neuen Fälle und keine weiteren Aussagen gefunden werden können. Dieser fortlaufende Prozess ermöglicht die Abbildung der Heterogenität des Untersuchungsfeldes.

### 3.2.6 Interviews im Privathaushalt der Versorgten

Die Struktur beim ersten Besuch  $t_0$  war wie folgt: Meist wurde nach einer kurzen Phase des gegenseitigen Kennenlernens und Vertrautmachens, in der einige persönliche Dinge und/oder Dinge des aktuellen Zeitgeschehens kurz angesprochen wurden, mit dem Interview begonnen und die zur Erzählung auffordernde Eingangsfrage *„Was hat Sie zur Teilnahme an der Neuen Versorgungsform OBERBERG\_FAIRsorgt motiviert?“* gestellt. Alle Interviewpartnerinnen und -partner erklärten sich bereit<sup>9</sup>, dass ab diesem Zeitpunkt das Aufnahmegerät aufzeichnete. Im Anschluss an das aufgezeichnete Interview entwickelte sich dann meist noch ein Gespräch über weitere soziale, gesundheitliche und biographische Themen der Besuchten. In dem Sinne kann diesen dem Interview folgenden Gesprächen der Charakter eines Forschungsgesprächs zugeordnet werden; ein Definitionsausdruck von Thomas Loer (2021, S. IX), der das „unstrukturierte, lebendige zu Forschungszwecken geführte Gespräch“ als Forschungsgespräch tituliert. Die variierende Besuchsdauer wurde durch die individuell geprägte Gesprächssituation bestimmt, u. a. hatten die persönliche Tagesverfassung der Befragten, die Gesprächsbereitschaft, die Artikulationskompetenz und die Fähigkeit, sich der unbekannten Interviewperson zu öffnen, Einfluss. Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Besuche bei den Versorgten und Angehörigen sehr unterschiedlich verliefen. Nach dem ersten Besuch in  $t_0$  wurde das Einverständnis eingeholt, dass sich die Interviewperson nach einem Jahr nochmals telefonisch melden darf. Alle in  $t_0$  Besuchten erklärten sich für eine erneute Kontaktaufnahme in  $t_1$  bereit. Beim zweiten Besuch in  $t_1$  wurde die zur Erzählung auffordernde Eingangsfrage *„Welche Kontakte hatten Sie im letzten Jahr mit der Neuen Versorgungsform?“* gestellt.

### 3.3 Befragte RCCM

Alle sechs im Rahmen von OBERBERG\_FAIRsorgt tätigen RCCM wurden in der Startphase der K2 im Mai 2022 befragt. Zum September 2022 schie-

---

<sup>9</sup> Bei den Interviews vor Ort wurde eine Einverständniserklärung von den Interviewpartnern unterschrieben, bei den Telefoninterviews und den per Zoom geführten Interviews wurde mit Beginn der Interviewaufzeichnung das Einverständnis für die Aufzeichnung von der Befragten erbeten.

den zwei RCCM aus. Die Wiederholungsbefragungen fanden im April und Oktober 2023 mit je vier RCCM statt.

### 3.4 Befragte Hausärztinnen, Hausärzte und weitere Leistungserbringende

Von den 17 Hausarztpraxen, die Patientinnen und Patienten eingeschrieben hatten, wurden 13 Hausärztinnen und Hausärzte nach dem Ende der Intervention der K3 befragt (von August bis November 2023). Weitere acht Leistungserbringende, die Schnittstellen zu OBERBERG\_FAIRsorgt hatten, wurden interviewt. Der Erstkontakt fand telefonisch und per Mail statt. Um Ort und Zeit der Befragung möglichst flexibel für die Befragten wählbar zu gestalten, wurde eine Befragung vor Ort, per Zoom oder Telefon angeboten.

#### *4 Lebenslagendimensionen der befragten Versorgten und der Versorgten, bei denen Angehörige in Stellvertretung befragt wurden*

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an OBERBERG\_FAIRsorgt sind im Dritten, Vierten, einige im Fünften Lebensalter. Bei der Betrachtung des *Lebensalters* geht es hier um ein erfolgreiches Altern, das auf der Grundlage der Vielfalt des Alters unter Ausdruck unterschiedlichster Lebenslagen gemeistert werden will. Lebenslagen werden durch das Zusammenspiel von Entwicklungsaufgaben und Bewältigungsressourcen im Lebenslauf geschaffen (Schulz-Nieswandt et al. 2022a, S. 29). Wobei die verschiedenartigen Ressourcen sowohl die Kompetenz-zentrierten Abilities als auch die infrastrukturbezogenen Capacities umfassen. Dabei gewinnt neben der Ausstattung und Nutzung der Kompetenzen und Möglichkeitsräume auch der Zugang 1. zur Infrastruktur (hier: zu OBERBERG\_FAIRsorgt) 2. zum Funktionsraum Wohnen (hier: Versorgung im Privathaushalt versus stationäre Settings) und 3. zu den sozialen Netzen (hier: Unterstützungspotentiale sozialer Netzwerke) an Bedeutung (Schulz-Nieswandt et al. 2022a, S. 57). Wir argumentieren hier in Anlehnung an den *Capability Approach* von Amartya Sen und dessen Ausarbeitung von zentralen Grundbefähigungen von Martha Nussbaum (Nussbaum/Sen 1993). Um unsere Argumentation zu komplettieren, sei ergänzt, jeder Teilnehmer handelt im Sinne seiner Fähigkeiten bestimmt durch seine Lebenslage im jeweiligen Lebenszyklus eingebettet in seine Lebensgeschichte, sein jeweiliges Milieu und die gesellschaftliche Zeitgeschichte (ebenso jede Teilnehmerin). Aber trotz der Verschiedenartigkeit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind wir auf der Suche nach Gemeinsamkeiten.

Die nachfolgenden Lebenslagendimensionen geben Einblicke in die Versorgungssituationen der 44 interviewten Versorgten und der zehn Versorgten, bei denen Angehörige in Stellvertretung befragt wurden. Die Daten wurden im Rahmen der Interviews und der die Interviews einbettenden Forschungsgespräche erfragt. Damit ergibt sich eine Datengrundlage von 54 Versorgten, deren Versorgungsbiographie-Merkmale nachfolgend skizziert werden.



### 4.1 Alter, Familienstand, Beruf

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Altersstruktur und Wohnsituationen der Versorgten zum Zeitpunkt der ersten Befragungswelle (Ende 2021 bis Mitte 2022).

Teil I Abbildung 4: Versorgte nach Alter, Geschlecht und Wohnsituation

| Alter                 | Frau-<br>en | Männer | Gesamt | allein-<br>lebend |   | mit<br>Partner<br>lebend |    | mit<br>Familien-<br>mitglie-<br>dern<br>lebend |   | lebt in<br>einer sta-<br>tionären<br>Einrich-<br>tung |   |
|-----------------------|-------------|--------|--------|-------------------|---|--------------------------|----|--|---|---|---|
|                       |             |        |        | w                 | m | w                        | m  | w  | m | w   | m |
| 65 - 79 Jahre         | 15          | 10     | 25     | 8                 | 0 | 5                        | 8  | 2  | 1 | 0   | 0 |
| 80 - 89 Jahre         | 15          | 8      | 23     | 7                 | 2 | 6                        | 6  | 1  | 1 | 1   | 0 |
| 90 Jahre und<br>älter | 4           | 2      | 6      | 3                 | 0 | 0                        | 2  | 1  | 0 | 0   | 0 |
| N                     | 34          | 20     | 54     | 18                | 2 | 11                       | 16 | 4  | 2 | 1   | 0 |

Σ=54

Die 54 Versorgten sind zum ersten Befragungszeitpunkt zwischen 65 bis 96 Jahren alt. Damit sind – der in der gerontologischen Forschung üblichen Einteilung folgend (Martin/Kliegel 2014, S. 27 f.) – 25 Versorgte im Dritten Lebensalter, 23 im Vierten Lebensalter und sechs können sogar dem Fünften Lebensalter zugeordnet werden. *Alter* ist eine gesellschaftliche Wahrnehmung und der Alternsforscher Andreas Kruse spricht sich dafür aus, von Altersprozessen auszugehen (Kruse 2007, S. 430). Die Wahrnehmungen des *Alterns* spiegeln die Multidimensionalität und Multidirektionalität. Daher gibt es aufgrund der komplexen individualisierten Alternsprozesse keine allgemeine Alterstheorie (Rupprecht 2008). Die Einteilungen in die Lebensaltersabschnitte variieren. Wir folgen der Definition: Drittes Lebensalter: 60-79-Jährige, Viertes Lebensalter: 80-89-Jährige, Fünftes Lebensalter: 90 und über 90-Jährige. Das Fünfte Lebensalter bezeichnet dann Hochaltrige. Die beeindruckenden Hundertjährigenstudien (Rott et al. 2001; Rott/Jopp 2012; Jopp et al. 2013) zeigen, dass es die psychologischen Stärken sind, die das Wohlbefinden steuern. Ein hohes Maß an Resilienz schafft eine Stabilität des Wohlbefindens trotz Verlusten und Ressourceneinschränkungen und wird zur Basis für eine positive Lebensbewertung (Kruse 2022). Genau dies konnten wir bei einer besuchten 96-Jährigen und

einem besuchten, interviewten 92-Jährigen beobachten. Beide erleben trotz Beeinträchtigungen und Einschränkungen ihrer Ressourcen (Pflegebedarfe) einen hohen Lebenswert und ein Wohlbefinden.

Also, wenn ich ganz ehrlich sein soll, bin ich für meine Person glücklich und zufrieden. Ich habe keine Schmerzen. Und die Behinderungen, die ich habe, dass ich schlecht laufen kann, das nehme ich in Kauf. Ich bin geistig noch da. Und wie gesagt, ich bin glücklich und zufrieden. Ich habe meine Frau noch, da kann ich mich noch mit zanken (lacht) und das ist viel wert. (P25; Pos.131)

Zum Zeitpunkt der Befragung t0 leben von den 34 Frauen 18 allein und 15 mit ihrem Partner und evtl. weiteren Familienmitgliedern (Kinder) zusammen in einem Haushalt; eine 83-Jährige lebt in einer Einrichtung der stationären Langzeitpflege. Von den 20 Männern leben 18 mit ihrer Partnerin in einem Haushalt, lediglich ein 81- und ein 85-Jähriger leben allein.

Von den Versorgten leben 39 in einem Eigenheim, 13 leben zur Miete.<sup>10</sup> Ein Versorgter wohnt zusammen mit seiner Frau in einer Wohnung innerhalb einer Wohnanlage des betreuten Wohnens, eine Versorgte in einer Einrichtung der stationären Langzeitpflege (Stand erste Befragungswelle). Das Wohnen im eigenen Haus, welches der ein oder andere zu großen Teilen selbst gebaut oder umgebaut hat, stellt mitunter ein Motiv dar, so lange wie möglich im eigenen Zuhause leben zu wollen.

Ich quäle mich da ab, damit ich den Kindern übergeben kann. Wenn ich jetzt den Löffel abgeben muss, dann ist es ja okay. Aber wenn ich irgendwo in ein Altenheim muss, das wäre mir grausam. Das habe ich alles selber gebaut. Mit meiner Frau und mit meinem Bruder. (P22, Pos.57)

Wir haben die Versorgten und die in Stellvertretung für Versorgte befragten Angehörigen nach dem erlernten und ausgeübten Beruf der Versorgten gefragt. Das Ergebnis zeigt eine heterogene Bandbreite (Berufsbilder im Verkauf, in der Produktion, im Reinigungsgewerbe, in der Pädagogik, in medizinisch-technischen Berufen), mit einer starken Gewichtung auf Be-

---

10 Miethaushalte sind von einer höheren durchschnittlichen Wohnkostenbelastung (Anteil des verfügbaren Einkommens, der für Wohnkosten aufgebracht werden muss) als Eigentumshaushalte betroffen. Die Ungleichheit zwischen Miet- und Eigentumshaushalten steigt nach dem Ruhestandsübergang. Dazu kommt, dass im Alter ein Umzug, um die Wohnkosten zu senken, mit Schwierigkeiten verbunden ist. Siehe dazu: Lozano Alcántara et al. (2023).

rufsbilder, für die kein Hochschulstudium Voraussetzung ist. Dies muss betrachtet werden vor dem Hintergrund der befragten Generationen, bei denen teilweise noch ein Volksschulabschluss (bis in die 1960er und 1970er Jahre nach acht Schuljahren erworbener Schulabschluss) gesellschaftlich anerkannt und üblich war.

#### 4.2 Sozialkapital, Netzwerk, Kinder

Der Siebte Altenbericht mit dem Titel *Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften* (BMFSFJ 2016) weist den Kommunen für die Gestaltung des Lebens im Alter eine tragende, aber auch verantwortungsvolle Rolle zu und plädiert für eine Vernetzung in den Handlungsfeldern Gesundheit, Sorge und Pflege, Wohnen sowie Mobilität. Teilhabe und Lebensqualität im Alter hängen u. a. eben von der lokalen Infrastruktur und den sozialen Netzen am Wohnort ab. Aus zahlreichen Untersuchungen zur Bewältigung von krisenhaften Lebenssituationen ist bekannt, dass die Verfügbarkeit eines Netzwerkes eine wesentliche Ressource für den erfolgreichen Umgang mit dieser Lebensphase ist (Kruse/Generali 2014; Generali 2017). Für die Gruppe der 80-Jährigen und Älteren zeigt der Deutsche Hochaltrigkeitssurvey: Hohes Alter in Deutschland (D80+), eine bundesweit repräsentative Querschnittsbefragung hochaltriger Personen in Privathaushalten und stationären Einrichtungen der Langzeitpflege, dass die soziale Eingebundenheit, aber auch die Sichtweise auf das eigene Älterwerden zentrale Ressourcen für die subjektive Lebensqualität hochaltriger Menschen darstellen (Kaspar et al. 2023). Für OBERBERG\_FAIRsorgt heißt dies, dass netzwerklose und netzwerkschwache Personen in ihrer Versorgung in der Häuslichkeit und bei krisenhaften Krankheitsereignissen, aber auch bei der Überleitung aus dem Krankenhaus oder der Rehabilitation in die Häuslichkeit, besonderen Risiken ausgesetzt sind, denn es fehlt an sozialer Unterstützung, was in der wissenschaftlichen Diskussion als Sozialkapital (Schultze 2022) geführt wird. Netzwerklosigkeit im Alter, einhergehend mit Isolation und Vereinsamung, erweist sich hier als der Prädiktor für einen Eintritt in stationäre Einrichtungen bei Pflegebedürftigkeit (Jacobs et al. 2021).

Für eine stabile Lebenssituation im Privathaushalt ist ein verfügbares Unterstützungsnetzwerk von Bedeutung. Vor diesem Hintergrund haben wir uns bei den Versorgten und Angehörigen nach dem verfügbaren Sozialkapital erkundigt. Gefragt nach den fünf Personen, mit denen im letzten

Monat Kontakt bestand und die den Versorgten wichtig sind, nennen die Befragten an erster Stelle Familienmitglieder (Kinder, Schwiegerkinder, Enkelkinder). Auch zu Freunden und Freundinnen wird Kontakt gehalten. Ob das gelingt, ist von der Fähigkeit aktiv Kontakt zu suchen, aber auch vom Alter und der Mobilität der Versorgten abhängig. Mit dem Alter und der Zunahme von gesundheitlichen Einschränkungen werden telefonische Kontakte wichtiger. Sind die Versorgten im Rentenalter zum Wohnort der Kinder gezogen, verliert sich der Freundeskreis. Vereinzelt wird auch von Kontakten zu Freundinnen und Freunden aus dem ehemaligen Berufsumfeld berichtet und zu Freundinnen und Freunden, die in der gleichen Situation des Alleinlebens sind. Als weitere Personen, zu denen Kontakt besteht und die unterstützen, werden genannt: die Frau von der Tafel, die die Versorgte zum Arzt fährt. Der Nachbar, der jederzeit ansprechbar ist. Beim genaueren Nachfragen, wer konkrete Hilfeleistungen der Teilhabe (bspw. Fahrten, Einkäufe, Hilfen beim Schriftverkehr) erbringt, sind dies dann in der Regel Familienmitglieder und nur vereinzelt Nachbarn. Kontakte mit Freundinnen, Freunden, ehemaligen Berufskolleginnen und Berufskollegen sind eher von Aspekten des psychosozialen Austausches geprägt. Bei in prekären finanziellen Lebenssituationen lebenden Versorgten wird von Gegenseitigkeitshilfen mit Gleichgesinnten, die in der selben Wohnanlage wohnen, berichtet (Spegel 2004). Ein kleine Reparaturen übernehmender Nachbar (Sozialhilfeempfänger) wird als Gegenleistung bekocht. Ein Nachbar (Sozialhilfeempfänger), der für eine Versorgte (Sozialhilfeempfängerin) die Post in die Wohnung bringt, wird zum Kaffee eingeladen. Dies entspricht den Ergebnissen, die aus der Ungleichheitsforschung bekannt sind: Netzwerke persönlicher Beziehungen tendieren zu sozialer Homogenität (Gefken 2018, S. 237).

Oft fällt es den Befragten schwer, einseitig Unterstützung anzunehmen. D. h., Hilfen anzunehmen, ohne dass vergleichbare Unterstützung zurückgegeben werden kann. Ebenso wird berichtet, dass die Möglichkeiten Unterstützung zu erhalten, begrenzt sind, da auch die Nachbarn in der Wohnsiedlung alt und unterstützungsbedürftig sind.

Teil I Abbildung 5: Anzahl Kinder

|                    | Keine Kinder | 1 Kind | 2 Kinder | 3 und mehr Kinder |
|--------------------|--------------|--------|----------|-------------------|
| 65 - 79 Jahre      | 1            | 4      | 12       | 8                 |
| 80 - 89 Jahre      | 2            | 2      | 10       | 9                 |
| 90 Jahre und älter | 0            | 0      | 3        | 3                 |
| N                  | 3            | 6      | 25       | 20                |

Σ=54

Es sind demnach die Kinder, Schwiegerkinder und Enkel, die das Sozialkapital der Versorgten darstellen. Bis auf drei Versorgte haben die Versorgten Kinder,<sup>11</sup> viele auch Enkelkinder, gar Urenkel. Manchmal sind die Enkelkinder schon in die Unterstützungen miteingebunden, z. B. Übernahme von Fahrten zu Ärztinnen und Ärzten. Auch sind die Enkel aufgrund der zeitlichen Verfügbarkeit, da sie gerade in Elternzeit oder in Teilzeit-Arbeitsverhältnissen sind, Ansprechpersonen, die zeitnah Unterstützung erbringen können, im Gegensatz zu den Kindern, die oft Vollzeit arbeiten. Hier zeigt sich deutlich, dass die Verfügbarkeit an Unterstützung mit den Lebens(arbeits)situationen und eben auch mit dem Alter der potentiell für Unterstützungsleistungen zur Verfügung stehenden Personen korreliert.

Zusätzlich ist die räumliche Nähe ein entscheidender Faktor für Unterstützungsleistungen von Familienmitgliedern. Betrachten wir alle interviewten Versorgten zuzüglich die Versorgten, bei denen Angehörige in Stellvertretung befragt wurden, wird von 41 Versorgten berichtet, dass mindestens ein Kind im näheren Umkreis lebt (vor Ort, im Nachbarort, näher als 20 km). Lediglich bei sechs Versorgten leben die Kinder weiter weg als 50 km. Immerhin haben 37 Versorgte mindestens ein Kind, das am Wohnort lebt. Vier Versorgte leben zusammen mit ihren Kindern im selben Haus/in derselben Wohnung. Allerdings zeigen sich dahinter auch Geschichten, die eine große Belastung für die Versorgten andeuten: In Scheidung lebende Kinder sind aus finanziellen Abwägungen wieder in den Haushalt ihrer alten Eltern gezogen. Kinder im Erwachsenenalter sind noch nicht ausgezogen, da sie die Versorgung ihrer Eltern übernehmen. In einem Haushalt lebt die über 90-jährige Mutter zusammen mit ihrem 66-jährigen Sohn, der selbst schon Leistungen der Pflegeversicherung erhält.

11 Bei der NRW80+ Hochaltrigen Studie waren 12,7 % der Hochaltrigen kinderlos (Wagner et al. 2022, S. 67).

*Teil I Abbildung 6: Räumliche Entfernung der Kinder*

|                         | im selben Haus<br>(keine eigene<br>Wohnung) | im Nachbarhaus,<br>eigene Wohnung im<br>Haus, am Wohnort | 20-50<br>km | weiter als<br>50 km entfernt<br>lebend |
|-------------------------|---|--|-------------|--|
| 65 - 79 Jahre           | 1   | 17   | 1           | 5                                      |
| 80 - 89 Jahre           | 2   | 17   | 1           | 1                                      |
| 90 Jahre und äl-<br>ter | 1   | 3  | 2           | 0                                      |
| N                       | 4   | 37   | 4           | 6                                      |

$\Sigma N=51$ . Pro Versorgten wird die Entfernung des Kindes genannt, das am wohnort-nächsten zur/zum Versorgten lebt, demnach erfolgt nur eine Nennung pro Versorger/Versorgtem. Drei Versorgte haben keine Kinder.

Wenn es zu einer konstanten, regelmäßigen Unterstützung (Einkaufen, Begleitung zu Arztterminen, Organisatorisches) seitens der Kinder kommt, wird diese in der Regel zentriert von einem Kind geleistet. Dabei ist die Versorgungsintensität – wie oft und in welchem Umfang die Unterstützung erfolgt – sehr unterschiedlich. Berichtet wird von täglichen Besuchen und Anrufen, von Kontakten mehrmals bis einmal in der Woche und von Kontakten einmal im Monat.

Einige beschreiben den Familienzusammenhalt als schwierig mit nur sporadischen Besuchen. Auch werden konfliktreiche Beziehungen zu den Kindern thematisiert, die in einigen Fällen auch zum Kontaktabbruch mit einem Kind oder gar allen Kindern geführt haben.

### 4.3 Mobilität und Pflegegrad

Die Versorgten sind bis auf sechs Rollstuhlfahrer gehfähig, allerdings brauchen viele bei Arztbesuchen unterschiedliche Hilfestellungen. Als Hindernis zeigen sich Zugänge zu Häusern und Wohnungen mit Treppenaufgängen. Ein auf einen Rollstuhl angewiesener Versorgter kann seine Wohnung aufgrund von Treppenzugängen nur mit Hilfe eines Krankentransports verlassen, was die Organisation von Facharztterminen komplex werden lässt. Gerade stark bewegungseingeschränkte Alleinlebende sind dann auf ein funktionierendes Netzwerk angewiesen.

In ihrer Gehfähigkeit Eingeschränkte können oft noch Auto fahren und erleben dies als Mittel der Unabhängigkeit. Oft wird das Auto nur noch für kurze Wege genutzt, so auch für Termine zur Hausärztin und zum Haus-

arzt. Manches Mal kommt es dann zu kurzfristigen Terminabsagen, weil die/der Versorgte sich nicht fahrtauglich fühlt. Weitere Strecken, die 10-20 km vom Wohnort entfernt sind, etwa zu Facharztterminen, werden mit dem Taxi, mit Unterstützung der Kinder und Enkel oder der Partnerinnen und Partner bewältigt. Auch berichten einige, dass ihre finanzielle Situation Taxifahrten nicht zulässt.

Teil I Abbildung 7: Einstufung der Gesetzlichen Pflegeversicherung t0

|                    | Kein Pflegegrad | PG 1                            | PG 2   | PG 3 | PG 4 | PG 5 |
|--------------------|-----------------|---------------------------------|--|------|------|------|
| 65 - 79 Jahre      | 10              | 2<br>2 Prüfung auf Höherstufung | 4<br>5 Prüfungen auf Höherstufung                  | 2    | 0    | 0    |
| 80 - 89 Jahre      | 4               | 2<br>4 Erstanträge              | 4<br>3 Prüfungen auf Höherstufung<br>2 Erstanträge | 3    |      | 1    |
| 90 Jahre und älter | 0               | 1 Erstantrag                    | 4  | 1    | 0    | 0    |
| N                  | 14              | 11                              | 22   | 6    | 0    | 1    |

$\Sigma=54$

Die Beurteilung der Versorgungssituation in t0 im Rahmen der Hausbesuche und die Durchführung der Eingangsassessments führten zu einer Überprüfung und in vielen Fällen zu einer Neuaufstellung des Versorgungsplans. Bei sieben der 54 Versorgten wurde ein Erstantrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt, bei zehn Versorgten ein Antrag auf Überprüfung und Höherstufung des Pflegegrads. Damit wurde bei 17 der 54 Versorgten ein Antrag auf Leistungen oder auf Höherstufung der Leistungen der Pflegeversicherung gestellt.

Bei unserer Befragung in t1 gaben die Befragten an, dass vier Anträge auf Höherstufung und zwei Erstanträge abgelehnt wurden. Insgesamt zeigte sich in t1 folgendes Bild der Einstufung der Gesetzlichen Pflegeversicherung.

Teil I Abbildung 8: Einstufung der Gesetzlichen Pflegeversicherung t1

|                    | Kein Pflegegrad | PG 1 | PG 2 | PG 3 | PG 4 | PG 5 |
|--------------------|-----------------|------|------|------|------|------|
| 65 - 79 Jahre      | 8               | 2    | 7    | 5    | 0    | 0    |
| 80 - 89 Jahre      | 6               | 2    | 8    | 3    | 2    | 1    |
| 90 Jahre und älter | 0               | 1    | 3    |      | 1    | 0    |
| N                  | 14              | 5    | 18   | 8    | 3    | 1    |

$\Sigma=49$ , verstorben sind: 3 Personen aus Gruppe 65-79 Jahre, 1 Person aus Gruppe 80-89 Jahre und 1 Person aus Gruppe 90 Jahre und älter.

Zum Start der Intervention wurde eine vergleichsmäßig (zur Altersgruppe in der Gesamtbevölkerung) hohe Anzahl an Anträgen auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt. Als Grund ist zu nennen, dass die Hausarztpraxen zielgerichtet vulnerable und/oder netzwerklose Patientinnen und Patienten in die Neuen Versorgungsform eingeschrieben haben.



## 5 Startphase der Intervention aus Perspektive der Versorgten und Angehörigen

Im Rahmen der ersten Befragungswelle, die zum Start der Versorgung mit Versorgten und Angehörigen stattfand, standen nachfolgende Themen im Vordergrund: Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung in der Vergangenheit, Zugang zu OBERBERG\_FAIRsorgt, Motivation zur Teilnahme und Erwartungen an die Neue Versorgungsform sowie Erlebnisse mit und Einstellungen zu den neuen Elementen der Startphase der Versorgung (RC-CM, Eingangsassessment, Versorgungsplan, Digitale Plattform).

### 5.1 Einschätzungen zur Kommunikation mit den Leistungserbringenden bisher

Beim ersten Interview in der Häuslichkeit fragten wir, wie Versorgte und Angehörige die Kommunikation mit den Leistungserbringenden der Gesundheitsversorgung einschätzen. Naturgemäß wird dies sehr unterschiedlich beschrieben und bewertet. Wie oft, zu welchen Anlässen und die Art und Weise, wie die Versorgten Kontakt zu den Leistungserbringenden des Gesundheitssystems haben, werden in Anlehnung an den Capability Approach durch zahlreiche Faktoren bestimmt: Einerseits wird die Kommunikation gesteuert durch die Kompetenz-zentrierten Abilities der Versorgten und andererseits durch die infrastrukturbezogenen Capacities, die den Versorgten zur Verfügung stehen.

*Welche Erfahrungen haben die Patientinnen und Patienten mit der Gesundheitsversorgung in der Vergangenheit gemacht?*

Wenn über die Gesundheitsversorgung berichtet wird, sind dies meist Bewertungen über Hausärztinnen, Hausärzte, Fachärztinnen und Fachärzte (Kardiologie, Diabetologie, Augenheilkunde), die aufgrund einer chronischen Erkrankung regelmäßig konsultiert werden. Deutlich wird insgesamt die große Bedeutung der Hausärztinnen und Hausärzte, die zu wichtigen Ansprechpersonen bei sich verschlechternder Gesundheit werden und denen die Befragten viel Vertrauen entgegenbringen.

## **Ansprechperson: Vertrauensvolle Ärztin/Arzt-Patientin/Patient Beziehung**

Das Verhältnis zur Hausärztin und zum Hausarzt wird von vielen Befragten als ein über Jahre gewachsenes und vertrauensvolles beschrieben.

Wir haben sehr viel Vertrauen zu unserem Hausarzt. (P4, Pos.7)

Und wenn man Fragen hat, man kann bei unserem Hausarzt immer wieder anrufen. Der gibt einem so liebe Auskunft und ganz toll auch, der Doktor. Also ehrlich. (P31, Pos.22)

Sie ist bei ihm schon so lange in Behandlung und da ist so ein Vertrauensverhältnis, da geht das relativ schnell. Er behandelt sie tatsächlich schon seit Jahrzehnten, kann ich tatsächlich sagen. Und hat auch meinen Vater schon behandelt und die beiden mögen sich auch. Das sehe ich auch jedes Mal, wenn ich mitgehe. (A1, Pos.62)

Berichtet wird, dass die Hausärztin und der Hausarzt sich in der Vergangenheit ausreichend Zeit nahmen, Diagnosen und Therapien erklärten und Fragen beantworteten. Auch bei Überweisungen an Fachärztinnen und Fachärzte setzte sich die eine oder andere Hausärztin bzw. der ein oder andere Hausarzt für eine zügige Terminvergabe ein.

## **Kontakte erleichtern die Terminanfrage bei weiteren Leistungserbringenden**

Ein Großteil der Befragten lebt schon ihr Leben lang, manchmal seit Generationen, im Oberbergischen, so sind Netzwerke entstanden, auf die auch bei der Terminvergabe bei Ärztinnen, Ärzten und anderen Leistungserbringenden der Gesundheitsversorgung zurückgegriffen wird. Mal existiert ein freund- oder bekanntschaftliches Verhältnis zur Hausärztin, zum Hausarzt oder zu einer Medizinischen Fachangestellten der Arztpraxis, mal ist ein Angehöriger, eine Angehörige oder eine Bekannte, ein Bekannter bei der Hausärztin, beim Hausarzt, bei der Fachärztin, beim Facharzt oder einem Leistungserbringenden angestellt oder hat Kontakte zu diesen.

## **Schwieriger Zugang zu Fachärztinnen und Fachärzten und weite Wege**

Der bundesweite Facharztmangel (Facharztindex in: Martin 2019, S. 24, Ärztekammer Nordrhein 2018) und die Unterversorgung mit Hausarztpraxen hat auch das Oberbergische erreicht ([www.hausaerzte-oberberg.de](http://www.hausaerzte-oberberg.de)). Für die Befragten zeigt sich der Facharztmangel einerseits darin, dass lange auf einen Termin gewartet werden muss: „Wenn ich zum Beispiel zu

meinem Kardiologen gehe, der hier im Ärztehaus ist, muss ich mindestens ein halbes bis dreiviertel Jahr vorher anrufen.“ (P21, Pos.59) Andererseits müssen weite Wege zu Fachärztinnen und Fachärzten in Kauf genommen werden: „Und ich habe meinen Diabetologen in X, das ist in X, sodass ich 30 Kilometer dahinfahre.“ (P12, Pos.79)

Das Oberbergische ist eine ländliche Region, die Menschen sind es gewohnt, dass Zugangswege überwunden werden müssen, der öffentliche Nahverkehr Lücken aufweist und bei Vielem das Auto ein notwendiges Transportmittel darstellt. Geäußert wird Verständnis für diese Situation, die Befragten haben sich damit arrangiert. Auch in ihrer Mobilität eingeschränkte Versorgte versuchen, so lange wie möglich das Auto als Transportmittel zu nutzen, zumindest für kürzere Strecken, bei längeren Anfahrten wird von Unterstützungen der Partnerin, des Partners, der Freundin, der Kinder, Schwiegerkinder und Enkel berichtet. Taxifahrten sind nur für wenige eine Option. Genannt wird der Kostenfaktor: „Die meisten Ärzte sind ja in X, da muss ich immer selber bezahlen. Ich habe schon Termine abgesagt, weil ich das einfach finanziell gar nicht mehr kann.“ (P2, Pos.5).

## 5.2 Zugang, Motivation, Erwartungen

### 5.2.1 Wie gelang der Zugang zur Teilnahme an OBERBERG\_FAIRsorgt?

OBERBERG\_FAIRsorgt bedingt, dass für eine Projektteilnahme sowohl die Hausarztpraxis als auch die Versicherten, die von dieser Praxis versorgt werden, eingeschrieben sein müssen. Damit ist der Prozess mehrstufig. Die Kreisverwaltung warb per Mail bei den Hausarztpraxen für die Projektteilnahme und lud zu zahlreichen Zoom-Informationsveranstaltungen (die Jahre 2020 und 2021 waren von Lock-downs der Corona-Pandemie geprägt) ein. Als nächsten Schritt galt es Hausarztpraxen und Versicherte in die Neue Versorgungsform einzuschreiben. Hier waren die Überzeugungskraft der RCCM, deren hoher zeitlicher Einsatz und deren Vernetzung im Oberbergischen wesentlich.

Die Rekrutierung zur Teilnahme der Versorgten an OBERBERG\_FAIRsorgt erfolgte auf verschiedenen Pfaden. Als zielsicher zeigten sich zwei Rekrutierungsinstrumente: Besuche der RCCM bei den Hausarztpraxen mit dem Ziel, die Hausarztpraxen zur Teilnahme an OBERBERG\_FAIRsorgt und damit zur Einschreibung möglicher Versorgter zu werben, und von der AOK an Versicherte versandte Informationsbriefe, die auf OBERBERG\_FAIRsorgt aufmerksam machten.

## **Ansprache der Versicherten durch die Hausarztpraxen**

Die RCCM besuchten Hausarztpraxen im Oberbergischen und warben bei den Ärztinnen, Ärzten und deren Medizinischen Fachangestellten zur Teilnahme. Beim praktischen Vorgehen zeigte sich, dass einige Ärztinnen und Ärzte sowohl Ansprache als auch Aufklärung direkt an die MFA übertrugen; argumentiert wurde mit der allgemein hohen Arbeitsbelastung in den Praxen. Auch ermöglichte manche Hausärztin und mancher Hausarzt den RCCM, direkt in den Sprechstundenzeiten potentielle Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf die Neue Versorgungsform anzusprechen.

Über unseren Arzt, eine von den Damen (meint RCCM) war zu dem Zeitpunkt da, in der Sprechstunde, und da ist das wahrscheinlich besprochen und übernommen worden und dann haben die sich mit uns in Verbindung gesetzt. Wie gesagt, die Ärzte. (P36, Pos.4)

Bis zum Start der K3 konnten 17 Hausarztpraxen, die Patientinnen und Patienten in die Neue Versorgungsform einschrieben, rekrutiert werden. Die überwiegende Anzahl der Befragten berichtet, dass sie von der Hausärztin, vom Hausarzt oder dessen Team zur Teilnahme angesprochen und hier wesentliche Überzeugungsarbeit geleistet wurde. Hier kann als notwendige Bedingung für eine Teilnahme an OBERBERG\_FAIRsorgt ein vertrauensvolles Ärztin/Arzt-Patientin/Patienten Verhältnis, das sich oftmals über das gesamte Team der Hausarztpraxis erstreckt, konstatiert werden. In der Regel wurden den Versicherten dann neben dem Informationsmaterial über OBERBERG\_FAIRsorgt gleichzeitig die Anmeldeformulare ausgehändigt. Die Angesprochenen leisteten der Neuen Versorgungsform einen Vertrauensvorschuss und erklärten sich schon zu diesem Zeitpunkt für die Weitergabe ihrer Telefonnummer an die RCCM bereit. Die unterschriebenen Versorgungsvereinbarungen wurden dann von den Versicherten oder deren Angehörigen in der Hausarztpraxis abgegeben oder bei den Hausbesuchen der RCCM von diesen mitgenommen, um letztendlich im Gesundheitsamt Gummersbach archiviert zu werden. Auch Angehörige, die z. T. die gesetzliche Betreuung ihrer Verwandten innehaben, wurden von der Hausärztin und vom Hausarzt stellvertretend für die Versicherten zur Teilnahme angesprochen. Von einem Hausarzt wurde der Weg der Informationsweitergabe durch einen ambulanten Pflegedienst gewählt. Der Hausarzt motivierte den Pflegedienst (der allerdings nicht in OBERBERG\_FAIRsorgt eingeschrieben war) der betreuten Patientin Informationsschreiben über OBERBERG\_FAIRsorgt auszuhändigen. So fand eine

Angehörige beim Besuch bei ihrer Mutter Informationsblätter zu OBERBERG\_FAIRsorgt und hat ihre Mutter zur Teilzunahme überzeugt.

Der Doktor hat die Unterlagen, weil er kennt die Mama und meinen Vater schon ewig lange und kommt auch regelmäßig ins Haus, und der hat dann dem Pflegedienst die Unterlagen mitgegeben und hat gesagt, die Mama sollte sich das angucken, ob sie daran teilnehmen möchte. (A1, Pos.30)

### **Motivationsschreiben der AOK an die Versicherten**

Im Januar 2022 verschickte die AOK an alle über 65-Jährigen Versicherten im Oberbergischen Informationsschreiben, in denen die Versicherten auf OBERBERG\_FAIRsorgt aufmerksam gemacht wurden.

Einige Versorgte berichten, dass das AOK-Schreiben sie ermutigt hat, ihre Hausärztin bzw. ihren Hausarzt auf die Teilnahme an der Neuen Versorgungsform anzusprechen. Vorausgesetzt die Hausarztpraxis nahm an OBERBERG\_FAIRsorgt teil, erfolgte dann, wenn der Versicherte die Teilnahmekriterien erfüllte, eine kurze Aufklärung der Ärztin bzw. des Arztes und die Übergabe der Einschreibungsunterlagen an die Versicherten.

Von der Krankenkasse, wir haben das durchgelesen. Ich glaube, wir wussten nicht, was das ist. Wir haben die Papiere genommen und sind zu Frau Doktor gegangen. Sie hat gesagt, nehmen sie das, das ist sehr gut. (P19, Pos.7)

Wir haben ein Schreiben von der AOK gekriegt. [...] Und da wussten wir nichts Richtiges mit anzufangen. Und dann sind wir zum Hausarzt gegangen. Und der hatte dann Papiere angefordert. (P10, Pos.3-5)

Wir haben Briefe bekommen von der AOK, vom Oberbergischen Kreis wegen dieses Themas, wie die helfen können, was machen können oder sowas. Das habe ich gelesen, für mich und für meine Frau. Natürlich ich bin zum Hausarzt gegangen und da habe ich gefragt. (A3, Pos.5)

Die ländliche Struktur im Oberbergischen Kreis, die Charakterzüge einer dörflichen Lebensstruktur (dazu explorative Untersuchung von Ilgen und Jeggle 1978) aufweist, zu der das soziale Miteinander, in dem Sinne „man kennt sich“ gehört, zeigt hier auch zielgerichtete Ansprache Wege seitens der RCCM. Eine Angehörige, die ihren demenziell erkrankten Partner betreut, sprach eine RCCM auf OBERBERG\_FAIRsorgt an, nachdem sie in einem Flyer den Namen der RCCM gelesen hatte.

## Berichte in den Medien

Zahlreiche Beiträge in Print und Radio flankierten das Werben. Befragte erwähnen Berichte in Zeitungen und Radio, allerdings sind die Befragten zu diesem Zeitpunkt schon in OBERBERG\_FAIRsorgt eingeschrieben, so dass bei den Befragten keiner im direkten Zusammenhang mit den Medienberichten zur Teilnahme motiviert wurde. „Ja, das war erst später. Auf Plakaten haben wir es später auch dann gelesen.“ (P4, Pos.9)

## Informationsstände auf Wochenmärkten

Zusätzlich warb die Kreisverwaltung mit Informationsständen auf Wochenmärkten. In diesem Zusammenhang berichtet eine Versorgte, dass sie auf dem Wochenmarkt von einer RCCM beim Verweilen an einem Informationsstand angesprochen und von der Teilnahme an OBERBERG\_FAIRsorgt überzeugt wurde.

## Angehörige suchen Unterstützung beim Gesundheitsamt

Ein Angehöriger, der selbst in der Pflege arbeitet, wandte sich an das Gesundheitsamt und bat um Unterstützung bei der Gesundheitsversorgung der Eltern. Daraufhin wurde er auf OBERBERG\_FAIRsorgt aufmerksam gemacht und das Gesundheitsamt bahnte die Wege für die Aufnahme der Eltern in die Neue Versorgungsform.

### 5.2.2 Was ist die Motivation zur Einschreibung in OBERBERG\_FAIRsorgt?

Gefragt nach der Motivation, an OBERBERG\_FAIRsorgt teilzunehmen, offenbaren sich unterschiedliche Blickwinkel. Wir verwenden hier den Begriff Motivation im Sinn eines Antriebs für eine Handlung, eben für die Entscheidung der Teilnahme an der Neuen Versorgungsform gegenüber der Handlungsalternative der Nichtteilnahme (Brandstätter 2018, S. 3).<sup>12</sup> Die dahinterstehenden Motive sind dann die Gründe, warum sich die Versicherten zur Teilnahme entschieden haben. Demnach steht hinter der Motivation ein Motiv, mit dem das Handeln gerechtfertigt wird (Becker

---

12 Die Motivationsforschung ist ein jahrzehntealtes, weitgefächertes Forschungsgebiet, das sich in willenspsychologische, instinkttheoretische und persönlichkeits-theoretische Erklärungslinien erstreckt. Wir orientieren uns an der motivations- und kognitionspsychologischen Definition von Motivation, nach der Motivation ein Prozess ist, der aktuelles Verhalten, auch hinsichtlich seiner individuellen Unterschiede, erklären soll (Heckhausen/Heckhausen 2017, S. 24).

2019, S.20). Da wir keine biographischen Interviews führten, ist es im Folgenden schwierig, die Motivation als den psychologischen Prozess, der sich ganz allgemein auf die Ursache des Verhaltens bezieht, und das Motiv als Grund für das Verhalten zu trennen. Wir verwenden diese Begriffe, wenn auch nicht wissenschaftlich korrekt, synonym<sup>13</sup>.

*Was ist der initiale Antrieb bei OBERBERG\_FAIRsorgt mitzumachen?*

#### 5.2.2.1 Neugierde

Die Teilnahme an OBERBERG\_FAIRsorgt kann aus Neugierde auf diese Neue Versorgungsform, die mit zusätzlichen Elementen wirbt und Änderungen bei der Gesundheitsversorgung verspricht, erfolgen. Vor dem Hintergrund, dass es aktuell oder in der Vergangenheit Geschehnisse (Krankenhausaufenthalte, Schwierigkeiten bei der Facharztsuche und bei der Suche nach Unterstützungen) gab, die als Herausforderungen bilanziert werden, bietet OBERBERG\_FAIRsorgt die Option, die eigene Gesundheitsversorgung oder die eines Angehörigen zu stabilisieren, gar zu verbessern. Damit ist die Teilnahme durchaus nutzenorientiert an erwartete Leistungen geknüpft.

#### **RCCM als unterstützende Ansprechpersonen**

Das mit OBERBERG\_FAIRsorgt neu eingeführte Element der RCCM wird von den Angehörigen als Möglichkeit gesehen, Unterstützung bei der Betreuung von pflegebedürftigen Familienmitgliedern zu erhalten. Dabei geht es um den Erhalt von Informationen zu möglichen Leistungen, aber auch um Hilfestellungen bei der Organisation der Versorgung.

Wir haben das in Anlauf genommen, weil eine OP anstand bei meiner Mutter. Das war so das erste Anliegen, dass ich dann auch so ein bisschen jemanden im Hintergrund habe, der das auch managt, was ich halt jetzt nicht weiß, sei es mit Pflegedienst, sei es mit gewissen Sachen, die anberaumt worden sind. Das war so der Anstoß, wo ich gesagt habe: 'Mensch, Mama, es gibt da eine Versorgungsform, eine Neue Versorgungsform. Da würde ich dich gern reinpacken. Da passt du rein.'

---

13 Die Motivation ist also der Prozess selbst und das Motiv ist der konkrete Auslöser des Handelns.

Und ich finde, das ist wichtig. Das war so diese OP, das fing damit an.  
(A2, Pos.27)

### **RCCM als zusätzliche Fachexpertise**

Von den RCCM erhoffen sich die Versorgten und Angehörigen einen zusätzlichen fachkundigen Blick auf die Gesundheitsversorgung.

Sie haben sich eigentlich nur das Bein angeguckt. Es ging um das Bein. Ende August war er umgeknickt, ist er hier gestürzt in der Küche. Und ich bin mit ihm mehrfach überall gewesen und die haben ihn immer wieder hier nach Hause gebracht und da in seinen Stuhl hingesetzt. Und dann hat er zu mir gesagt: 'Ich habe aber Schmerzen.' Aber ich sage: 'Was soll ich denn machen?' So, und dann kamen die Frau RCCM und die Frau RCCM und die guckten sich den Fuß an, die hatte den abgewickelt, sage ich mal, aufgemacht und haben direkt gesagt: 'Was ist das? Der Fuß ist deformiert. Sofort ins Krankenhaus.' (A6, Pos.34)

Eine Versorgte wohnt zu Beginn der Intervention in einer stationären Langzeitpflege. Die befragte Tochter erhofft sich bei der Gesundheitsversorgung ihrer Mutter eine bessere Zusammenarbeit von Altenheim, Hausarzt und ihr als Angehörige, die die Interessen ihrer demenziell erkrankten Mutter vertritt. Die Tochter wünscht, dass die RCCM mittels ihrer Fachexpertise Defizite der Versorgung aufdecken und die Zusammenarbeit der Leistungserbringenden koordinieren. Dabei spricht die Tochter Situationen der Krankenhausentlassung an und wünscht sich eine Kontrollüberprüfung der im Krankenhaus verordneten Medikamente.

Ich habe angemerkt, dass verschiedene Sachen, die im Altenheim passieren, einfach passieren. Und sich nicht großartig weiter darum gekümmert wird. Wenn die aus dem Krankenhaus kommen, dann ist die Medikation da. Die wird dann einfach übernommen. Da wird nicht irgendwann mal gesagt: 'Braucht man das überhaupt noch?' Wenn die da nichts haben, die Patienten. Das wird dann immer ein halbes Jahr oder drei Viertel Jahr gegeben. Bis die nächste Untersuchung dann wieder fällig ist. Wenn die irgendetwas haben, dass die Medikation dann umgestellt wird. Das finde ich halt, müsste besser gemacht werden. (A18, Pos.31)

### **Erweiterte Erreichbarkeit**

Zwei Angehörige, die nicht im selben Haushalt wie ihre Eltern leben, aber wohnortsnah, knüpfen ihre Motivation, ihre alleinlebende Mutter zur Teil-



nahme an OBERBERG\_FAIRsorgt zu überzeugen, an das Angebot der Erweiterten Erreichbarkeit.

Was ich sehr gut fand oder der Punkt, der mir am wichtigsten war, diese Erweiterte Erreichbarkeit. Das ist jetzt freigeschaltet worden. Und das finde ich wirklich gut, weil oft am Wochenende irgendwas ist. Wir sind bekannt mit unserem Hausarzt, aber den will man auch nicht am Wochenende mal anrufen. Wenn jetzt etwas wäre. Sie hat zwar auch den Knopf von den Johannitern. Aber ich finde so jemanden, wo man weiß, wenn jetzt irgendein Problem ist, den kann ich fragen, einen Facharzt, oder einen Arzt. Das fand ich gut. Das beruhigt irgendwie, wenn man so eine Möglichkeit hat. Das ist schon irgendwie so ein bisschen, als wenn einem ein Stück von dem Rucksack abgenommen wird. Oder ein bisschen unterstützt wird. (A8, Pos.3)

Aber selbst ich fühle mich sicherer. Wie zum Beispiel am Wochenende. Ich muss hier nicht immer die 112 oder die 116117 anrufen. Das ist für mich so ein tolles System. Ich bin davon einfach überzeugt. Ich fühle mich sicherer mit der Versorgung. (A20, Pos.9)

### **Zusammenarbeit der Leistungserbringenden**

Von einer Zusammenarbeit der Leistungserbringenden wird sich ein Nutzen erhofft.

Ja, vorrangig war natürlich die Hilfe. Was für mich auch maßgebend war, war das auf dem Prospekt steht, dass Hausarzt und Facharzt und AOK-Krankenkasse, dass die halt zusammenarbeiten. Und das war für mich ausschlaggebend. Also alle zusammen. Und dann habe ich gedacht: Das kann ja nicht schiefgehen. (P6, Pos.26)

#### **5.2.2.2 Überforderung**

Situationen und Gefühle der Überforderung mit der Gesundheitsversorgung, aktuell oder aber in der Vergangenheit, werden sowohl von den Versorgten als auch von den Angehörigen berichtet und stellen die Motivation zur Teilnahme dar.

Ich habe in meinem Leben mit dieser Sache noch nie was zu tun gehabt. So und das ist jetzt alles Neuland. Und weil man selber auch nicht so gut drauf ist, ist das dann auch anstrengender alles. Und dann ist es schön,

wenn man jemanden hat, der einem zur Hand gehen kann, sage ich jetzt mal so. (P11, Pos.88)

Aber dann wo mein Mann im Krankenhaus war, jetzt im Januar und Februar kam sehr viel auf mich zu. Wir mussten viele Ärzte besuchen. Ärzte, wo sie Termine bekommen in zwei Jahren nur. Und dann stand ich da, viele Überweisungen, Medikamente, was Neues, Katheter hier. Er war voll Wasser und andere Probleme auch. Und dann war ich irgendwie fertig. (A5, Pos.3)

Wir sind hier in einem Notfall. Wir nehmen nichts und gar nichts in Anspruch. Meine Frau kann gar nichts. Die macht auch nichts. Die kann nicht gehen, die kann schlecht, fast gar nichts sehen. Wer was macht, das bin ich. Ich mache den Haushalt, ich koche, ich gehe einkaufen, ich mache vor dem Haus. Alles und ich bin letztendlich auch 89 Jahre. Also ich bin auch in dem Bereich, wo ich auch vielleicht mal von heute auf morgen auch mal das ein oder andere in Anspruch nehmen muss. (P35, Pos.19)

Das Gefühl der Überforderung mit der Versorgungssituation kann sich in einem Gefühl der zukunftsgerichteten Ausweglosigkeit ausdrücken, das in einem Ohnmachtsgefühl kumuliert. Dies deutet sich an, wenn zeitgleich beide Eltern pflegebedürftig sind, und bei der Versorgung von demenziell Erkrankten.

### 5.2.2.3 Vorsorge

Angehörige beschreiben einen vorsorgenden Blick in die Zukunft, der dann in krisenbetroffenen Herausforderungen Unterstützungen durch OBERBERG\_FAIRsorgt erhofft.

Im Moment, wie es läuft, läuft es eigentlich ganz gut. Aber wir wissen nicht, was morgen, übermorgen oder sonst wie passiert. Und wenn dann wirklich irgendwas ist, wenn es sich verschlimmert oder sonst was passiert. Dann erwarten wir uns einfach dann die nötige Hilfe. Wenn es jetzt vielleicht ein Kurzzeit-Platz sein muss. Oder wenn wir jetzt auf einmal zu den Fachärzten laufen müssen. Oder so. Dann erhoffen wir uns, dass wir beraten werden. Und dass uns auch manches, vielleicht die Terminierung oder so, abgenommen wird, damit es schneller geht. (A15, Pos.57)

#### 5.2.2.4 Hoffnung, zu Hause bleiben zu dürfen

Der Wunsch so lange wie möglich zu Hause bleiben zu können, oder den demenziell eingeschränkten Partner bzw. die demenziell eingeschränkte Partnerin so lange wie möglich in der Häuslichkeit versorgen zu können, stellt ein dominantes Motiv für die Teilnahme dar.

Vor allen Dingen hat mich eins [überzeugt] – Ich glaube die Frau RCCM, oder es stand in dem Schreiben, das weiß ich jetzt nicht mehr, dass solange betreut wird Zuhause und nicht abgeschoben wird im Heim. (P10, Pos.14)

Was mich daran überzeugt hat, das ist, man möchte ja, so lange es möglich ist, Zuhause bleiben. Und ich merke ja selber, du brauchst immer mehr Hilfe. Ich bin ja dann auch mittlerweile von Pflegegrad zwei auf drei, weil ich das ja selber merke. Der Kopf, der will immer, aber mein Körper will nicht mehr. (P38, Pos.15)

Er (meint den Versorgten) hat gesagt: 'Ich gehe nicht ins Heim.' Und solange wir das realisieren können, machen wir das auch. Und wenn es nicht geht, dann müssen wir einen Kompromiss finden. Aber bis dahin denke ich, vergeht noch ein bisschen Zeit, hoffe ich. (t1A6, Pos.72)

#### 5.2.2.5 Pflichtgefühl

Die Teilnahme an OBERBERG\_FAIRsorgt kann aus Pflichtgefühl gegenüber demjenigen, der zur Teilnahme anspricht, erfolgen. Patientinnen und Patienten berichten von einem vertrauten Verhältnis zur Hausärztin bzw. zum Hausarzt, deren bzw. dessen Ratschlägen sie folgen.

B: Im Grunde genommen kam das über meinen Hausarzt. I: Der hat Sie aktiv angesprochen? B: Der hat, angesprochen kann ich gar nicht sagen. Der hat einfach gesagt, ich wäre der Richtige dafür. (P21, Pos.3-5)

Die sind gekommen auf Anraten von Doktor. (P25, Pos.4)

Ein Ehepaar hat den Brief der AOK als Verpflichtung interpretiert, sich bei der Hausärztin zu melden.

Von der Krankenkasse, wir haben das durchgelesen. Ich glaube, wir wussten nicht, was das ist. Wir haben die Papiere genommen und sind zu

Frau Doktor gegangen. Sie hat gesagt, nehmen sie das, das ist sehr gut.  
(P19, Pos.7)

#### 5.2.2.6 Einsamkeit

Und schließlich ist Einsamkeit ein tragendes Motiv. Alleinlebende oder isoliert ohne Sozialkapital Lebende sehen OBERBERG\_FAIRsorgt als Angebot, das ihren monotonen Alltag belebt. Eine Versorgte, die seit Monaten nicht mehr ihre Wohnung im ersten Stock verlassen hat (Einkaufsdienst von der Caritas bringt Lebensmittel, Medikamente besorgt der Pflegedienst), freut sich über Abwechslung.

Ich habe gesagt, ich mache alles mit. Da habe ich mal Abwechslung.  
(P14, Pos.13)

Wir haben ja nichts zu verlieren. Uns kann es ja nur besser gehen dadurch. (A17, Pos.33)

#### 5.2.3 Was sind die Erwartungen an OBERBERG\_FAIRsorgt?

Die Erwartungen an OBERBERG\_FAIRsorgt vermischen sich mit den Erwartungen an die RCCM. Das ergibt sich daraus, dass die Versorgten und Angehörigen den Einsatz der RCCM als Änderungen ihrer Gesundheitsversorgung wahrnehmen. Die RCCM sind das neue, unbekannte Element. Zudem fand die erste Befragungswelle zeitnah zu den ersten Besuchen der RCCM bei den Versorgten statt. Die Besuche der RCCM sind noch präsent und die Befragten sind in einer Warteposition, was auf die Besuche hin passiert. Nach den Erwartungen an die Teilnahme an OBERBERG\_FAIRsorgt gefragt, bewerten die Befragten die aktuelle Versorgungssituation unter Bilanzierung von Ereignissen wie Krankheit und Krankenhausaufenthalt in der Vergangenheit. Je nachdem wie die Versorgten diese Ereignisse durchlebt haben und diese Ereignisse retrospektiv bewerten, fällt dann die Einschätzung der aktuellen Versorgungssituation aus, die dann die Grundlage für die Erwartungen an OBERBERG\_FAIRsorgt bildet. In dem Sinne gilt tendenziell: Die Bilanzierungen einer subjektiv belasteten Gesundheit und einer suboptimalen Gesundheitsversorgung führen zu höheren Erwartungen, während eine aktuell als gut eingeschätzte Gesundheit und eine ausgeglichene Bilanzierung der Versorgungssituation geringere Erwartungen an die Neue Versorgungsform hervorbringen.

Naturgemäß sind die Erwartungen an OBERBERG\_FAIRsorgt auf einer Skala von *keine Erwartungen* bis zu *übersteigerten Erwartungen* präsent.

### **Keine Erwartungen**

Es gibt eine nicht unbedeutende Gruppe von Befragten, die erstmal keine Erwartungen an ihre Teilnahme an OBERBERG\_FAIRsorgt formuliert. Begründet wird dies damit, dass die Teilnahme als überraschendes Geschenk interpretiert wird. Hier kommt etwas Neues, und es wird abgewartet, wie es sich entwickelt.

Erwartungen habe ich gar keine, weil ich mir darunter noch nicht so alles vorstellen kann. Ich lasse es jetzt einfach mal auf mich zukommen. (P2, Pos.69)

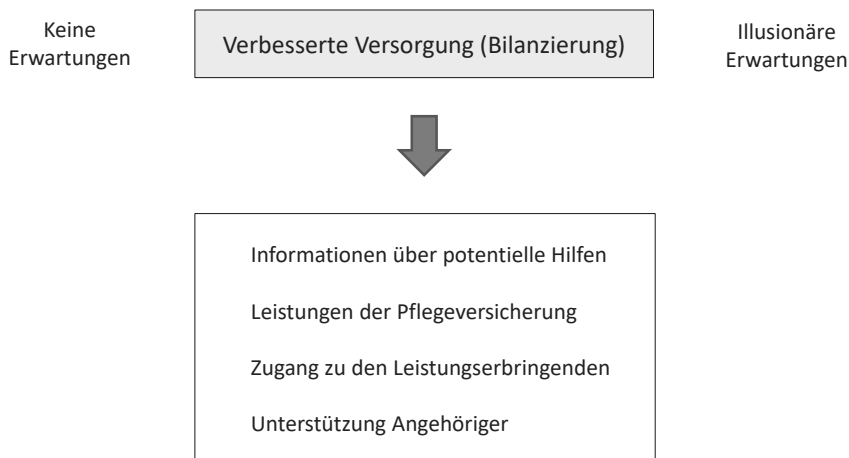
Ich weiß es nicht. Wir sind glücklich bis hier hin, dass es da sowas gibt. Was soll sein? Wir sind zufrieden. (A5, Pos.65)

### **Übersteigerte Erwartungen**

Das andere Ende des Spektrums sind übersteigerte Erwartungen. Gemäß ausgeglichener Reziprozität wird die Betreuung der Partnerin, des Partners, aber auch die Teilnahme an OBERBERG\_FAIRsorgt als eigenes Geben interpretiert, dem dann eine erwartete Gegengabe im Rahmen einer Leistung der Neuen Versorgungsform gegenübersteht (Mauss 2009). Nutzenorientiert wird mitgemacht und es soll etwas dabei herauskommen. Ein Versorger, der sich um seine ebenfalls an der Neuen Versorgungsform teilnehmende Frau kümmert, formuliert:

Es ist ja nicht ganz extrem, dass man Unmengen haben will, aber so ein Pflegegrad, oder Stufe eins, könnte eigentlich schonmal... dass so ein bisschen Geld rüberkommt, weil man sich auch aufopfert dafür halt. (P16, Pos.252)

Teil I Abbildung 9: Erwartungen an OBERBERG-FAIRsorgt



**Erwartung: Verbesserte Gesundheitsversorgung**

Wird die aktuelle Versorgungssituation als schwierig, gar unzureichend bilanziert, wird damit der Wunsch verknüpft, dass sich etwas ändern soll, sich die Versorgungssituation stabilisieren und verbessern soll oder die Versorgten bei zukünftigen Gesundheitskrisen besser zurechtkommen wollen. Eine Versorgte, die eine schwere Corona Erkrankung durchgemacht hat, fasst ihre Erwartungen zusammen: „Dass es mir besser geht. [...] Ja, aber wenn ich nichts mache, dann kann es ja auch nicht besser gehen“ (P12, Pos.144).

Die Erwartungen konzentrieren sich auf vier Handlungsfelder.

***Informationen über potentielle Hilfen***

Die Befragten erhoffen sich durch die Teilnahme an OBERBERG\_FAIRsorgt Informationen über mögliche Hilfen. Im Rahmen der ersten Hausbesuche haben die Versorgten und Angehörigen Informationen über Möglichkeiten von und Zugänge zu potentiellen Hilfen erhalten. Dies weckt Erwartungen, dass dies während des Versorgungsjahres auch weitergeführt wird.

Für die Befragten stellt die behördliche Welt ein Dickicht dar, dem gegenüber vereinzelt das Gefühl der Hilflosigkeit aufkommt. „Also wo mein Vater aus dem Krankenhaus rauskam, da ist für mich die Welt zusammengebrochen, weil, dann waren wir wieder beim Hausarzt, und er hat mir

fünf Überweisungen auf den Tisch gelegt, da habe ich gesagt: Hey, Leute, wie soll ich denn das Ganze schaffen?“ (A9, Pos.48) Von manchen Möglichkeiten der Unterstützung besteht Kenntnis, andere Unterstützungen werden gewünscht, ohne zu wissen, welche Behörde, Versicherung dafür zuständig ist, welcher Antrag zu stellen ist, ob der Wunsch überhaupt realisierbar ist. Es geht um die Beantwortung der W-Fragen: Woher und von wem sind welche Informationen über was zu bekommen und welche Voraussetzungen sind dafür notwendig?

### ***Leistungen der Pflegeversicherung***

Die Einschätzung, wann der Zeitpunkt erreicht ist, ab dem Leistungen der Pflegeversicherung für eine Person indiziert sind, ist für die Person selbst oft schwierig einschätzbar. Gerade im Alter fehlt manchen Menschen die Fähigkeit, eigene Defizite zu erkennen. Der Fachbegriff lautet Anosognosie und kann graduell unterschiedlich sein. Betroffene neigen dazu, sich selbst noch als fit und die Aufgaben des Alltags meisternd zu beschreiben, wenn schon erhebliche körperliche und kognitive Defizite Hilfebedarfe notwendig machen. Selbst- und Fremdbild fallen auseinander (zu subjektiven Deutungsmustern von Körperbildern im und auf das Alter: Denninger 2017). Auch der Blick der im Haushalt lebenden Partnerin bzw. des Partners kann aus der Perspektive der „Betriebsblindheit“ erfolgen. Umgekehrt ist aber auch eine schwarzmalersich gefärbte Sichtweise der Partnerin bzw. des Partners (evtl. bedingt durch Besorgtheit oder eigene Überforderung) betreffend die Handlungsmöglichkeiten der bzw. des Versorgten möglich.

Dies verweist auf eine bedeutende Aufgabe der RCCM, die als Pflegefachkräfte die Versorgungssituation unter einer ganzheitlichen Perspektive einschätzen, und treffgenau beurteilen, welche Behandlungsbedarfe bestehen und welche Leistungen situationsunterstützend indiziert sind. (zur Fachexpertise der RCCM: Abschnitt 5.3.2 und 8.1.2.1).

Ja, das lief bisher gut, sie (meint RCCM) arbeitet halt mit dem Doktor zusammen, sie hat diesen Rollator befürwortet. Und dann wollte sie, dass er so ein Armband (meint Hausnotruf) bekommt. (P6, Pos.93)

### ***Verbesserter Zugang zu Leistungserbringenden***

Erfahrungen mit schwierigen Zugängen und langen Wegen zu Fachärztinnen, Fachärzten und anderen Leistungserbringenden lassen den Wunsch entstehen, dass die Teilnahme an OBERBERG\_FAIRsorgt beim Zugang zu

Fachärztinnen, Fachärzten, Physiotherapie, Ergotherapie, Haushaltshilfen etc. Hilfestellungen leisten kann.

P6: Dass sie vermittelt, ich meine, sie kann nicht sagen: Ihr müsst das und das tun oder ihr müsst da und da hingehen, das nicht. Aber sie kann vermitteln, sie kann zum Beispiel... P7: Da, wo wir nicht weiterkommen oder so, dass sie uns dann hilft. (P6P7, Pos.89-90)

### ***Unterstützung Angehöriger***

Die ersten Besuche der RCCM zeigen den Angehörigen, hier bewegt sich etwas, die RCCM analysieren die Versorgungssituation, diagnostizieren evtl. Lücken der Versorgung und bieten Unterstützung an. Daraus resultiert die Erwartung, dass die Neue Versorgungsform den Angehörigen Entlastung bei der Versorgung der Partnerin, des Partners, der Eltern, Schwiegereltern etc. bringt.

Das ist schon manchmal schwierig. Man macht auch viel. Und schon allein für mich war es auch eine Beruhigung, dass sie (meint die Versorgte, ihre Mutter) jetzt wusste, es geht einer (meint RCCM) mit ihr mit. (A13, Pos.27)

## **5.3 Elemente der Neuen Versorgungsform in der Startphase**

Hier geht es darum, die Wahrnehmung der Elemente der Neuen Versorgungsform zu eruieren. *Wie verläuft der Start der Versorgung? Wie wird die Rolle der RCCM in der Startphase wahrgenommen, wie das geriatrische Eingangsassessment und die Überprüfung bzw. Neuaufstellung des Versorgungsplans bewertet und wie sieht es mit der Bereitschaft zur Teilnahme an der Digitalen Plattform aus?*

### **5.3.1 Interventionen der RCCM**

Die erste Kontaktaufnahme der RCCM mit den Versorgten und deren Angehörigen erfolgte jeweils telefonisch. Dieser erste Kontakt wird als offen und freundlich beschrieben, öffnet den Zugang zur Teilnahme an OBERBERG\_FAIRsorgt. Bei der Interaktionsarbeit zwischen den RCCM und den Versorgten muss eine Vertrauensbasis zwischen der Dyade Versorgte/Versorgter und RCCM aufgebaut werden, die sich oftmals mit Blick auf die Einbindung von Angehörigen als Triade erweist, und sich zum



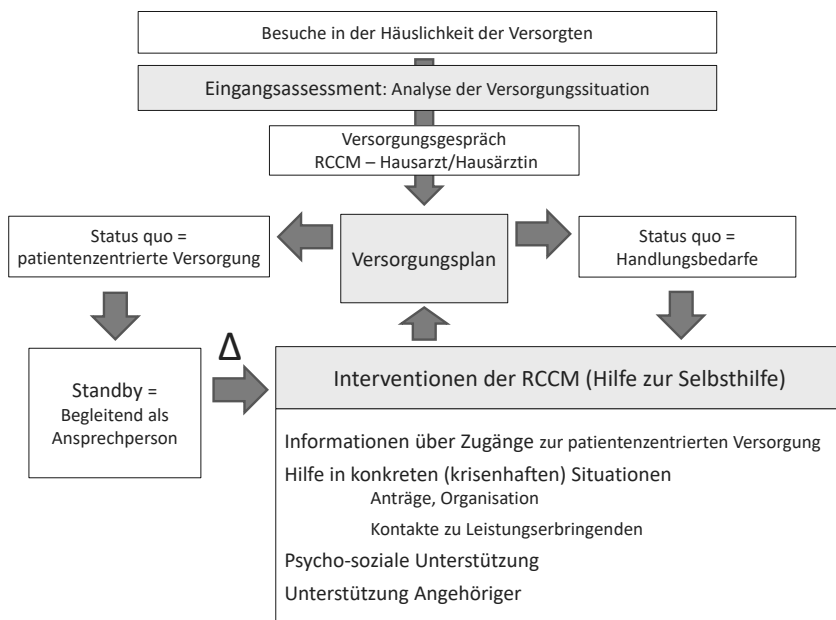
Netzwerk mit Kontakten zu den Leistungserbringenden erweitert. Optimal ist es, wenn es den RCCM gelingt, durch ein Mitempfinden und Mitfühlen, ein „empathisches Verstehen“ nach Rogers (2009, S. 277) eine Basis für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zu schaffen. Die RCCM sind oftmals mit Versorgten, die sich in einer schwierigen Lebenslage befinden, betraut und da gilt es den Versorgten aus dieser schwierigen Lebenslage Wege heraus aufzuzeigen und diese zu begleiten. Genauso wichtig ist es zu zeigen, dass den Versorgten auch zahlreiche Lebensbereiche gelingen (Sander 1999; Sander/Ziebertz 2006). Bei den Besuchen in der Häuslichkeit der Versorgten kann durch die Gesprächstechnik des aktiven Zuhörens (Rodgers 2004) genau diese Basis für eine von Compliance, gar von Adhärenz getragene Zusammenarbeit zwischen den Versorgten, RCCM und Leistungserbringenden gelegt werden.

Damit erweist sich der Aufbau von Vertrauen in der Startphase als bedeutend. Es braucht aber auch Zeit, wie ein Hausarzt berichtet:

Was mir aufgefallen ist, das haben, glaube ich, auch die Fachkräfte (meint RCCM) gemerkt, die in die Familien gehen, dass auch häufig so eine Berührungsangst besteht. Dass man erst mal eine Zeit lang braucht, um diejenigen kennenzulernen und um sich dann zu öffnen und dann wirklich preiszugeben, was läuft denn hier nicht gut oder wo brauche ich Hilfe. Auch mir vielleicht selber zuzugestehen als alter Mensch, dass ich eigentlich ein Defizit habe und ich tue immer so, als wenn ich es gut kann. Ich glaube, das haben die (meint RCCM) auch gemerkt, dass das immer schwierig ist. Man braucht eine Zeit lang, bis das Eis gebrochen ist und bis man wirklich dann auch die mögliche Hilfe annimmt. (H12, Pos.25)

Ziel der ersten Besuche der RCCM ist das Erstellen einer Situationsanalyse der Versorgungssituation. Die RCCM führten bei den Versorgten ein geriatrisches Eingangsassessment durch (bei einigen wenigen Versorgten übernahmen dies die Hausärztinnen und Hausärzte), stellten einen vorläufigen Versorgungsplan auf, führten im Anschluss daran ein Versorgungsgespräch mit den Hausärztinnen und Hausärzten, die dann den finalen Versorgungsplan für die Patientinnen und Patienten aufstellten.

Teil I Abbildung 10: Interventionen der RCCM in der Startphase



Bei einer Gruppe der Versorgten stellte sich die Versorgungssituation als patientenzentriert dar und es mussten keine Vorschläge für Anpassungen der Versorgung gemacht werden. Hier ging es darum, die Versorgten in die Versorgungsform zu integrieren, über das Versorgungsjahr als Ansprechpersonen zu begleiten sowie bei Änderungen des Gesundheitszustands und/oder der Versorgungssituation beratend zur Verfügung zu stehen und zu intervenieren. Dabei handelt es sich beispielsweise um „jüngere“ Versorgte, die aufgrund einer chronischen Erkrankung in die Neue Versorgungsform aufgenommen wurden, aber weder in ihrer Selbstständigkeit noch Mobilität eingeschränkt sind, und um Versorgte, die sich selbst oder mit Hilfe von Angehörigen patientenzentriert organisiert haben und letztendlich zumindest zum Interventionsstart u. U. Beratung, aber keine weiterführenden Handlungsbedarfe benötigen.

Dann gab es Versorgte, die schwerpunktmäßig einen hohen Gesprächsbedarf aufgrund von Einsamkeit und/oder Erkrankungen haben. Allgemein ist bei einigen alleinlebenden Versorgten der Gesprächsbedarf ausgeprägt. Das Erleben von Einsamkeit wird artikuliert und die Begegnungen mit

den RCCM bekommen eine große Bedeutung für das psychische Erlebnisgeschehen der Versorgten.

Bei der weitaus größeren Gruppe diagnostizierten die RCCM Handlungsbedarfe für Anpassungen der Versorgungssituation und informierten über Möglichkeiten einer situationspassgerechten Versorgung. Vorgegangen wird dabei nach dem Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe: Die Versorgten werden über mögliche Leistungen informiert, Zugänge zu den Leistungen werden aufgezeigt mit dem Ziel, die Versorgten letztendlich zu befähigen, den Zugang zu den Leistungen möglichst selbsttätig zu erlangen. Hier zeigte sich gerade zum Start der Intervention, dass der Empowermentgedanke in der Praxis nur vereinzelt umgesetzt werden konnte und die RCCM viele Aufgaben nicht nur anleiteten, sondern selbst durchführten: Termine bei Fachärztinnen und Fachärzten, Verordnungen für Begleittherapien bei der Hausarztpraxis besorgen, Haushaltshilfen suchen, Besorgen und Ausfüllen von Anträgen, Zugang zu Hilfsmitteln, Kommunikation mit dem Hilfsmittelversorger etc.

#### 5.3.1.1 Informationen über Zugänge zu einer verbesserten Gesundheitsversorgung

Viele dieser Informationen zentrieren um Leistungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung, die je nach vom MDK festgestellten Pflegegrad Zugang zu unterschiedlichen Leistungen eröffnet.<sup>14</sup> Weitere Informationen wurden gegeben zu Zugängen zu Leistungserbringenden, Diagnostiken bei Fachärztinnen und Fachärzten, Bedarfen physiotherapeutischer Behandlungen, Wohngeld und Schwerbehindertenausweis.

#### 5.3.1.2 Hilfen in konkreten (krisenhaften) Situationen

Nach einer Gesamteinschätzung der Versorgungssituation und Vorschlägen für Änderungen und Erweiterungen der Versorgung informierten die RC-

---

14 Die Einstufung der Pflegeversicherung von mindestens Pflegegrad 1 ermöglicht den Zugang zu Hausnotruf, Betreuungs- und Entlastungsleistungen (abgegolten durch den Entlastungsbetrag) in Höhe von 125 Euro pro Monat (§ 45 a und b SGB XI) und Wohnraumanpassung von max. 4.000 Euro. Ab Pflegegrad 2 werden Pflegegeld oder Pflegesachleistungen gewährt. Kosten für Fahrten zu ambulanten Behandlungen werden erstattet, wenn die Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 3, 4 oder 5 vorliegt.

CM, welche Überprüfungen der Gesundheitsversorgung (Vorstellen beim Hausarzt, bei der Hausärztin, beim Facharzt, bei der Fachärztin) und Unterstützungen in der spezifischen Situation angebracht sind. Zu den instabilen Versorgungssituationen, die von den RCCM erkannt wurden, zählen Situationen der Sturzgefahr (hier wurde ein Hausnotruf indiziert), Schwierigkeiten bei der Haushaltsführung (hier: Haushaltshilfen), Schwierigkeiten bei der Hygieneversorgung (hier: Umbauten im Badezimmer und Pflegesachleistungen), Schwierigkeiten bei der Mobilität (hier: Hilfsmittel: Rollator, Rollstuhl) etc.

Anschließend ging es darum, die Unterstützungen umzusetzen und Anträge bei Versicherungen und Behörden zu stellen sowie Leistungserbringende zu suchen. Es geht hier also um eine Gruppe von Versorgten, die es bisher nicht geschafft hat – aus welchen Gründen auch immer: aus Uninformiertheit, aus der Negierung ihrer instabilen Versorgungssituation oder aus Zaudern und Unvermögen selbst tätig zu werden – zustehende Hilfen zu beantragen und zu erhalten. Dazu kommt, dass es für manch einen schwer ist, Unterstützungen von „fremden Personen“ anzunehmen.

Ich tue mich schwer, hier eine fremde Person reinzulassen. Ich glaube, es liegt auch vieles an mir. Meine Kinder machen uns auch schon immer Vorwürfe, also, selbst wenn sie sich bemühen würden, wir würden vieles ignorieren. Also wir tun uns schwer. Ich vielmehr, sie (meint seine Frau) weniger. Wenn hier eine fremde Person herkommt. (P36, Pos.47)

### ***Anträge und Organisation von Hilfen***

Die Befragten erleben es als große Unterstützung, dass die RCCM die Anträge auf Leistungen der Pflegeversicherung bei der Pflegekasse besorgen, beim Ausfüllen helfen, bei der Begutachtung des MDK mit anwesend sind und beim Besorgen von Hilfsmitteln unterstützen. Auch Unterstützungen beim Ausfüllen von Anträgen auf Schwerbehindertenausweise, Wohngeld und Befreiungen von Zuzahlungen der Krankenkasse sowie Parkscheine für Schwerbehinderte werden berichtet.

- Betreuungs- und Entlastungsleistungen - abgegolten durch den Entlastungsbetrag
- Hausnotruf
- Hilfsmittel: Rollstuhl, Elektrischer Rollstuhl, Rollator, Duschstuhl, Toilettenerhöhung, Haltegriffe im Badezimmer, Badewannenlift, Pflegebett, Pflegestuhl

- Wohnraumanpassung: Umbauten bei Duschen
- Erstantrag Pflegeleistungen
- Antrag auf Höherstufung des Pflegegrads
- Unterstützung der Angehörigen durch Kurzzeitpflege
- Antrag auf Rehabilitation
- Tagepflege

### ***Kontakte zu und Termine bei Leistungserbringenden***

- Termin Facharzt und Fachärztin
- Physiotherapie
- Psychotherapie
- Haushaltshilfen
- Fahrdienst
- Fußpflege
- Nachbarschaftshilfe

### ***Unterstützung bei Krankenhausaufenthalten***

Krankenhausaufenthalte werden von den Versorgten, aber auch von den Angehörigen, als belastende Erlebnisse resümiert. Schon gleich zum Versorgungsstart haben die RCCM bei der Organisation im Vorfeld und der Entlassung unterstützt.

Ich habe die Frau RCCM angesprochen: 'Wie sieht das aus? Der OP-Termin steht, ist dann und dann eingeplant. Wir müssten auf jeden Fall, wenn meine Mutter nach Hause kommt, wenn alles in Ordnung ist, auch eine Betreuung haben.' Da hat die sich hingesetzt, hat einen Pflegedienst rausgesucht, der auch für sie da war. Wo das ja dann auch ziemlich ad hoc wurde. Also das war überhaupt gut, dass ich da so ein bisschen Stütze hatte, dass die dann auch da war und hat gesagt: 'Ich kümmere mich da drum.' Und hat sich dann auch mit dem Pflegedienst in Verbindung gesetzt, das alles in die Wege geleitet. So dieses einfach schon mal abgenommen. (A2, Pos.100)

Im Sommer hatte man auf einmal festgestellt, dass ich eine Herzschwäche habe, weil ich mit Atemnot zu tun hatte. Ich kam daraufhin ins Krankenhaus. Und da haben sie mich seelisch sehr unterstützt, die Frau RCCM und Frau RCCM. Ich sollte eigentlich laut Vertretungsärztin, mein Hausarzt war in Urlaub, sollte ich sofort, an dem Tag noch nach X ins Krankenhaus. Und ja, X hat überhaupt keine Herzklinik und dann habe ich die Frau RCCM angerufen. Sie hat mich da sehr unterstützt

und beraten und ich bin dann in X ins Krankenhaus, die haben eine Herzabteilung. (P4, Pos.50)

#### 5.3.1.3 Psycho-soziale Unterstützung

Schon in der Startphase der Versorgung wird deutlich, psycho-soziale Unterstützungen machen einen wesentlichen Anteil aus und bilden dann das Fundament für den Empowermentgedanken der Hilfe zur Selbsthilfe.

#### 5.3.1.4 Unterstützung der Angehörigen

Bei den ersten Besuchen der RCCM zeigten sich bei einigen Angehörigen, die in die Betreuung von Versorgten eingebunden sind, hohe Belastungsgrade. Hier unterstützen die RCCM bei Organisatorischem, sind aber auch als Ansprechperson eine psycho-soziale Stütze.

#### **Unterstützungen bei Organisatorischem**

Bei Unterstützungen in organisatorischen Bereichen geht es um Informationen über mögliche Hilfen und die Initiierung konkreter Hilfen, die schon zuvor genannt wurden: Ausfüllen von Anträgen, Kontakte zu Leistungserbringenden und Unterstützung bei der Umsetzung der Hilfen. Die genannten Gründe, warum Angehörige hier Unterstützungen der RCCM brauchen, sind vielschichtig: Mangelnde Kenntnisse, welche Unterstützungsmöglichkeiten es gibt, zeitliche Überlastung, Überforderung mit der aktuellen Versorgungssituation.

Dann kamen die Frauen zu uns. Haben wir uns kennengelernt. Haben gesehen, was wir für Probleme haben. Haben uns sehr geholfen, aufgeklärt. Zum Beispiel: Wir haben einen Toilettenstuhl bekommen aus Kunststoff. Vorher hatten wir einen ganz normalen von Firma X. Auf die Schnelle. Und die Frau RCCM wusste, dass mein Mann da nicht drin duschen kann. Weil das wird rosten. Die haben so in kurzer Zeit ein normalen aus Kunststoff Toilettenstuhl organisiert. Das kam einfach nach Hause. Das war wirklich eine sehr sehr große Hilfe. (A5, Pos.7)

#### **Psycho-soziale Unterstützung**

Als weitaus bedeutender wird die psycho-soziale Unterstützung durch die RCCM eingeschätzt. Dies gilt insbesondere für Angehörige (hier: Töchter)

ter), bei denen beide Eltern Unterstützung brauchen (Verdoppelung der Unterstützungsbedarfe) und um Angehörige, die schon über einen längeren Zeitraum von mehreren Jahren gefordert sind (zeitliche Dauer der Unterstützung).

Weil, das ist jetzt so ein Abschnitt im Leben, man hat sich ja damit nie befasst. Man fällt in so ein Loch, und man muss sich von unten bis nach oben erarbeiten, bis man da ist, wo man sein will. Und sie (meint RCCM) hat eben dann auch, wenn sie die Menschen gesehen hat, gesagt: 'Das müssen wir machen. Gucken Sie mal, ob Sie das nicht organisieren können.' Sie hat schon Ideen einfach, dass das Leben, auch für mich, einfacher wird. Und dass das besser wird. Dass ich dann nicht so unter Druck stehe und sage: 'Was muss ich denn jetzt noch machen?' (A9, Pos.72)

Ja, also dann rufe ich schon an, wenn ich einen Rat brauche. Das hat sie mir auch mal angeboten die Frau RCCM. Meinte sie, 'Frau N, wenn sie mal Rat brauchen, oder sie kommen nicht weiter, oder sie merken, oh, jetzt wird es aber allmählich wieder zu viel, dann rufen sie mich an bitte'. 'Ja.', ich sage 'Einverstanden.' 'Sie rufen mich an.' Ja und das mache ich wirklich. (A4, Pos.92)

Und vor drei Jahren habe ich einmal eine Reha gemacht. Da war ich ziemlich fertig. Weil, es ist schon einfach auch schwierig. So diese Dauerbereitschaft ist schon auch anstrengend. (A8, Pos.33)

### 5.3.2 Geriatrisches Eingangsassessment

Zur Erfassung der IST-Situation werden zum Interventionsstart bei den Versorgten geriatrische Eingangsassessments durchgeführt. Diese umfassen eine Vielzahl grundlegender Tests: Bartel, ISAR, Demtec, Uhrentest, Fatigue, Time up to go, Handkraft, Körpergröße, Gewicht, BMI, Blutdruck, Puls, ATL, Wohnumfeld- und Umgebungsfaktoren zur Sturzprävention, Erfassung aller eingenommenen Medikamente (auch die freiverkäuflichen in der Schublade) und Erfassung der vorhandenen Hilfsmittel.

Geplant war, das Eingangsassessment von den Hausarztpraxen durchführen zu lassen. Allerdings zeigte sich schon zum Projektstart, dass die RCCM dies überwiegend übernahmen. Die Befragung der Hausärztinnen und Hausärzte legte offen, dass die Hausärztinnen und Hausärzte das Eingangsassessment gerne an die RCCM übertrugen. Als Gründe werden

genannt: 1. Eine zeitliche Entlastung und 2. ein zweiter Blick auf die Versorgungssituation vor allem unter dem Blickwinkel des Zusammenwirkens vom Gesundheitszustand und häuslichem Umfeld. Dazu siehe Abschnitt 8.1.2.1.

Auch die Versorgten sehen bei den Besuchen in ihrer Häuslichkeit den Vorteil der ganzheitlichen gesundheitlichen Einschätzung durch eine Pflegefachkraft.

Fand ich ausgesprochen sympathisch. Weil ich auch denke, es ist für sie (meint RCCM) ja auch wichtig einzuschätzen, in welchem Umfeld lebt der Proband. (P35, Pos.41)

Dieser fachliche Blick auf die häusliche Versorgungssituation wird auch von den Angehörigen geschätzt, die aus der Nähe zu den Erkrankten oft nicht objektiv die tatsächlichen Hilfebedarfe einschätzen können.

Doch, sie (meint RCCM) hat mich angerufen. Sie hat sich vorgestellt. Und dann haben wir einen Termin ausgemacht. Und dann haben wir miteinander gesprochen. Und dann haben wir noch mit den Eltern gesprochen, sie war dann bei meinen Eltern. Sie hat sie dann befragt. Ich denke, so eingeschätzt, wie sie so sind. Also das ist immer sehr wichtig, finde ich, wenn jemand Menschen beurteilt, ist es immer schöner, wenn man eine Person vor sich hat, als wenn man nur so Kreuzchen macht und irgendwas ausfüllt. Das finde ich sehr wichtig. Weil man als Laie das gar nicht beurteilen kann: Wie schwer sind wirklich die Eltern krank? Oder unfähig, allein zu leben. (A9, Pos.4)

Alle Befragten bewerteten es positiv, dass die Tests der Eingangsuntersuchung bei ihnen Zuhause durchgeführt wurden. „Das ist mir lieber Zuhause. Ja, das ist eine andere Atmosphäre dann Zuhause.“ (P11, Pos.40) „Sie (meint RCCM) ist gekommen und das fand ich an sich sogar noch angenehmer. Weil beim Arzt hat man immer das Gefühl, der hat keine Zeit.“ (A7, Pos.21) Die Alternative, die Untersuchungen in der Hausarztpraxis zu machen, wird als suboptimal bewertet. „Beim Hausarzt, die haben sowieso keine Zeit“ (P21, Pos.43) „Ist doch viel zu unruhig. Der [Hausarzt] ist doch viel zu sehr unter Druck.“ (A17, Pos.6). Auch ist für auf einen Rollstuhl angewiesene Versorgte oder in ihrer Lungenfunktion stark eingeschränkte Versorgte der Weg zur Arztpraxis aufgrund von Treppen nur mit Hilfe eines Krankentransports möglich (P5, Pos.17; P13, Pos.35; P14, Pos.37). Die Atmosphäre beim Eingangsassessment wird als entspannt beschrieben: „Es war direkt ein Vertrauensverhältnis da.“ (P4, Pos.20)



Das war bestimmt eine Stunde, denke ich. Also das war alles sehr angenehm. Und es waren sehr nette Damen. Und sie haben das gut erklärt, mit dem Test und so. Es war eine ganz angenehme Atmosphäre. Ich denke, meine Mutter und ich, wir haben uns da wohl gefühlt. (A15, Pos.35)

Besonders betont wird, dass die RCCM ausreichend Zeit bei ihren Besuchen mitbrachten. „Die war zwei Stunden hier.“ (P35, Pos.44) „Die hat gar nicht auf die Uhr geschaut.“ (P36, Pos.45). Berichtet wird, dass alle Untersuchungen ausführlich erklärt wurden und die Ergebnisse mit den Versorgten besprochen wurden.

Die Atmosphäre der Eingangsuntersuchung wird beeinflusst von der Persönlichkeit der RCCM, die alle als fachlich kompetent und empathisch beschrieben werden, was Vertrautheit bei den verschiedenen Tests aufkommen lässt, und damit Vertrauen in die Neue Versorgungsform grundlegt.

Und mein Eindruck war, dass das sehr freundliche, gewissenhafte Damen waren. So wie ich da unterrichtet bin, waren das beide ausgebildete Altenpflegerinnen. (P25, Pos.35)

Ich würde sagen, besser als beim Arzt irgendwie. Ich persönlich hätte dann immer ein bisschen gedacht, du kannst doch nicht so viel Zeit von ihm (meint Arzt) in Anspruch nehmen. Also die Frau RCCM ist auch eine sehr nette Persönlichkeit. Die hat das sehr liebevoll und sehr ruhig gemacht. Und hier zu Hause war das wirklich wunderbar. (A7, Pos.33)

Ich finde, beide (meint RCCM) haben so ein bestimmtes Wissen meiner Meinung nach. Also die haben schon eine Ahnung. Das merkt man schon. (P16, Pos.48)

Das Eingangsassessment beinhaltet auch den DemTec-Test. Die Versorgten nahmen dies mit Humor: „So, diesen sogenannten Idiotentest“, habe ich gesagt „machen Sie mit mir (lacht).“ (P1, Pos.200). Manch ein Befragter, gerade wenn er erst Mitte/Ende 60 Jahre alt ist, wunderte sich, dass er einen Demenztest machen sollte, doch die Professionalität der RCCM überzeugte „da musste man sich erst mal darauf einstellen. Da war ich ja gar nicht darauf vorbereitet.“ (P21, Pos.33). Angehörige berichten, dass es gut war, dass ihre Eltern zu einem Demenztest motiviert werden konnten, da dann Klarheit über den Gesundheitszustand existiert.

Ja, dass man auch ein bisschen gucken konnte, wie fit sie ist. Dass sie noch alles kann. Und das war auch sehr positiv. Das hat uns auch im

Grunde genommen beruhigt. Dass sie doch noch so viel noch wusste. Dass sie halt alles noch mitbekommt. (A15, Pos.37)

Das war schön, das war richtig schön. Da haben wir festgestellt, dass meine Mutter gar nicht mehr schreiben kann. Also wenn man ihr sagte: 'Schreibe mal 20 in Buchstaben.' Das konnte sie nicht mehr. Und mein Vater, da hat man vorher das Gefühl gehabt, dass er überhaupt kein Gedächtnis mehr hat. Also wenn man ihn gefragt hat: 'Was hast du gestern gegessen?' 'Keine Ahnung.' Aber die Frau RCCM hat ihm Aufgaben gestellt mit diesen Zahlen Eins, Zwei, Drei, Vier. Und er musste sie rückwärts sagen. Er war sehr gut. Das sind so Sachen, die meinen Vater interessiert haben. Es war auch so eine Frage: 'Herr N, wenn Sie einkaufen gehen, was kaufen Sie ein?' Wissen Sie, was er gesagt hat: 'Ich gehe doch nicht einkaufen, meine Frau geht doch einkaufen.' (A9, Pos.26)

### 5.3.3 Versorgungsplan

Auf der Basis der Eingangsassessments wurden von den RCCM Vorschläge für Versorgungspläne gemacht. Anschließend führten die RCCM mit den Hausärztinnen und Hausärzten in den Arztpraxen Versorgungsgespräche, im Rahmen derer die RCCM die Versorgungspläne mit den Hausärztinnen und Hausärzten besprachen. Anschließend verantworteten die Hausärztinnen und Hausärzte die finalen Versorgungspläne, die auf die Digitale Plattform hochgeladen wurden. Erläutert wurden die Versorgungspläne dann bei den nächsten Hausbesuchen und Telefonaten mit den Versorgten und Angehörigen. Beim Interview auf den Versorgungsplan angesprochen, können die Befragten mit dem Terminus Versorgungsplan nichts anfangen. „Nein. Versorgungsplan, wie sieht der aus?“ (P2, Pos.83) Für die Befragten ist es eher wichtig, dass etwas passiert, dass sie den Eindruck haben, mit ihren Problemen nicht mehr allein zu sein und dass dies mit der Hausarztpraxis abgesprochen ist. Der Versorgungsplan stellt bekanntlich auf der Digitalen Plattform die Fallakte dar, auf die alle Leistungserbringenden zugreifen können. Da die Versorgten und die Angehörigen allerdings den Zugang zur Digitalen Plattform nicht nutzen (siehe Abschnitt 7.4), ist der Versorgungsplan für die Versorgten in dem Sinne nicht sichtbar. Der Versorgungsplan ist aus der Perspektive der Versorgten und Angehörigen gleichzusetzen mit den Maßnahmen und Unterstützungen, die mit der Neuen Versorgungsform einhergehen.

### 5.3.4 Digitale Plattform

Im Rahmen des ersten Besuchs fragten wir nach der Bereitschaft zur Teilnahme an der Digitalen Plattform und ob schon erste Schritte zur Registrierung unternommen worden sind. Es zeigte sich, dass viele Versorgte und Angehörige zum Befragungszeitpunkt noch keine Kenntnisse von der Kommunikationsplattform hatten. Das mag damit zusammenhängen, dass zum Zeitpunkt der Interviews die RCCM den Versorgten die Plattform noch nicht vorgestellt hatten. Vielleicht war aber auch die Information, dass OBERBERG\_FAIRsorgt eine Digitale Plattform zur Verfügung stellt, von den Befragten nicht aktiv wahrgenommen worden, da andere Informationsinhalte die ersten Besuche der RCCM überlagerten. Daher übernahm die Interviewperson die Aufklärung über die Zielsetzung und Nutzung der Digitalen Plattform und erfragte anschließend die potentielle Bereitschaft daran teilzunehmen. Allerdings zeigten sich die Wenigsten motiviert, daran teilzunehmen.

Der Zugang zur digitalen Welt hängt im Wesentlichen von der Bereitschaft der Kinder ab, den Versorgten zu helfen, an der Digitalisierung teilzuhaben. Aber auch von der Offenheit der Versorgten, das Neue, das die Digitalisierung mit sich bringt, anzunehmen und zu erlernen. Es braucht eben auch Neugierde. Passt beides, verfügen die Versorgten über Tablets, PC, Smartphones, die dann allerdings von den Kindern immer wieder auf den neusten Stand gebracht werden müssen.

Aber es ist auch so, ich würde sagen, sie (meint ihre Mutter) ist auch nicht in der neuen Welt angekommen. Sie macht so ihr Ding. Aber alles was mit Computer, Technik, Medien ist, das erledigen wir. (A15, Pos.9)

Wir haben zwar ein Handy und so weiter, aber man ist schon froh, dass man so ein bisschen mit WhatsApp machen kann. Wir haben da echt Probleme. Als ältere Menschen haben wir Probleme. Jedes Mal, wenn ich mal ein Problem habe, muss ich meinen Sohn dann anhauen. (P16, Pos.82)

Die Befragten teilen sich in zwei Gruppen.

#### **Prinzipielle Bereitschaft zur Teilnahme an der Digitalen Plattform**

Einige wenige Versorgte und Angehörigen erklärten sich zur Nutzung der Digitalen Plattform prinzipiell bereit. Hier hängt dann die Umsetzung zur Teilnahme an der Verfügbarkeit geeigneter Kommunikationsmittel (Smart-

phone, Tablet, PC), wie auch an der Fähigkeit, diese zu bedienen. Befragte, die noch analog unterwegs sind, hätten demnach erst mit digitalen Endgeräten ausgestattet werden müssen, was seitens OBERBERG\_FAIRsorgt vorgesehen war, aber nicht realisiert werden konnte.<sup>15</sup> Auch hätte diese Gruppe eine Einweisung in die Gerätenutzung und, zu vermuten ist, auch eine laufende Unterstützung bei der Nutzung der Geräte benötigt.

### **Verweilen in der analogen Welt**

Die zweite, weitaus größere Gruppe lehnt die Auseinandersetzung mit digitalen Medien ab, was sich in einer Ablehnung des Angebots der Digitalen Plattform äußert.

Die haben wir aber abgelehnt. Ich habe von vornherein gesagt, wir nehmen nur daran teil, wenn wir digital nichts machen, so beim Arzt oder bei irgendeinem anderen. Wir wollen kein Haushaltsbuch führen oder so ein Tagesbuch führen. Das habe ich gesagt, wenn wir das machen müssen, dann lehnen wir es von vornherein ab. (P16, Pos.74)

Es ist nicht ausschließlich Desinteresse an der digitalen Welt, sondern auch der Wunsch nach einem persönlichen Kontakt per Telefon.

Es ist eigentlich für mich wichtiger, wenn ich eine Ansprechperson habe. Wenn ich so die vom Kreis anrufen kann und so. Dass ich sagen kann: 'Das und das ist jetzt schiefgelaufen'. Das wäre mir wichtiger, als wenn ich das irgendwohin schreibe. Wenn ich da mit jemandem persönlich darüber sprechen kann. Aber ich habe die Telefonnummern ja. Das (meint Zugang zur Digitalen Plattform) brauche ich nicht. (A18, Pos.53)

Ich telefoniere dann auch lieber. Also, ich rufe dann lieber an. (P28, Pos.151)

### **Angehörige als Stellvertreter zur Nutzung der Digitalen Plattform**

Die Kommunikationsplattform bietet die Option, dass Angehörige sich stellvertretend für Versorgte registrieren. Auch bei den Angehörigen korreliert die Nutzungsbereitschaft mit dem Alter. Jüngere, noch im Berufsleben stehende Angehörige signalisieren eher die Bereitschaft, sich stellvertretend für ihre Eltern auf der Plattform zu registrieren.

---

15 Im April 2022 (Start der K2) stellte sich heraus, dass es nicht möglich war, einen Anbieter für die Bereitstellung von Tablets zu finden. Somit konnten den Versorgten keine Tablets ausgeliehen werden.

### **Startschwierigkeiten beim Zugang zur Digitalen Plattform**

Berichtet wird auch über Schwierigkeiten beim Zugang zur Digitalen Plattform. So beschreiben einige Angehörige gescheiterte Versuche bei der Installation.

Da hatten sie mir dann Daten zukommen lassen. Da hätte ich mich einklicken müssen. Aber meine Tochter sagte, ich habe ihr das weitergeschickt. Meine Tochter sagte, sie ist da nicht richtig reingekommen und ich mit meinem Handy erst recht nicht. (A7, Pos.55)

Also ich bin da mal drin gewesen. Ich habe die App auch auf dem Handy, aber irgendwie klappte das mit den Zugangsdaten nicht. (A6, Pos.56)

## 6 Startphase der Intervention aus Perspektive der RCCM

Kurz nach dem Start der K2 führten wir mit den sechs RCCM eine Gruppendiskussion zur Startphase der Versorgung. Nachfolgende Themen wurden angesprochenen: 1. Charakterisierung der Versorgten: Versorgungssituation, Gesundheitszustand, Teilhabe der Versorgten, 2. Rekrutierung und 3. Kontakte in der Startphase der Versorgung: Eingangsassessment, Versorgungsplan, Nutzung der Digitalen Plattform.

### 6.1 Heterogene Versorgungssituationen

Der Besuch der Versorgten in deren Häuslichkeit ermöglicht den RCCM einen ganzheitlichen Blick auf den Gesundheitszustand (Schulz-Nieswandt 2009), die sozialpsychologische Einbettung der Versorgten, deren sozialen und sozioökonomischen Ressourcen (Robert Koch Institut 2015, S. 149 f.) sowie deren Teilhabe und Verfügbarkeit von Netzwerken.

Insgesamt sind die beobachtbaren Versorgungssituationen sehr heterogen. Dies betrifft den Gesundheitszustand (multimorbide versus fitte Versorgte), die Gesundheitsversorgung (defizitäre versus patientenzentrierte Versorgung), das verfügbare Netzwerk (netzwerklos, isoliert lebend versus gut eingebunden), die Angehörigen (überfordert versus gut organisiert), aber auch die vorhandenen personalen und materiellen Ressourcen. Zudem ist Einsamkeit ein beobachtetes Phänomen.

Das ist unterschiedlich. Bei manchen Patienten kommen wir wirklich hin, da ist gar keine Versorgung, da schlagen wir wirklich die Hände über dem Kopf zusammen. Da müssen wir wirklich an dem Tag schon anfangen, dringend eine Versorgung zu starten. Bei manchen ist eine super Versorgung und manche brauchen auch gar keine Versorgung. (GDt0, Pos.4)

Auffällig ist, dass bei einem Großteil der Versorgten die Kinder im Umkreis von 20 Kilometer leben (das trifft auch bei den im qualitativen Modul Befragten zu), hier demnach potentiell Sozialkapital vorhanden ist. Die tatsächliche Mobilisierung, also die Quantität, Dichte, Belastbarkeit und Qualität des Sozialkapitals, wird dennoch als sehr unterschiedlich beschrieben. Oft fehlt aufgrund starker beruflicher Einbindung die Zeit für eine intensive Betreuung der Eltern. Dann gibt es Angehörige die „können sich nicht kümmern, weil sie einfach keine Luft mehr haben, weil sie das seit

Jahren schon machen“ (GDt0, Pos.12). Und schließlich gibt es Angehörige mit einer gesteigerten Erwartungshaltung. Bei letzteren Gruppen geht es um Abgrenzung, eben die stetige Abwägung der RCCM, welche Unterstützungen, in welchem Umfang übernommen werden und wo Angehörige eingebunden werden können – dies folgt dem Arbeitskonzept »empowern« durch Hilfe zu Selbsthilfe. Dies beschreiben wir in Abschnitt 7.1.1.

## 6.2 Rekrutierung – Zusammenarbeit mit den Hausarztpraxen

Das Projekt bedingt, dass die Versorgten über einen Zeitraum von neun Monaten an vier festen Startzeiten (K0, K1, K2, K3) in die Versorgung eingeschrieben wurden. Schnell zeigte sich, dass die Durchführung der Eingangsassessments den RCCM übertragen wurde, was deren Workload erheblich erhöhte. Das führte dazu, dass Rekrutierungen, Eingangsassessments, Versorgungsgespräche und erste Interventionen stets parallel liefen und immer wieder abgeschätzt werden musste, was Vorrang hat. Zusätzlich zeitbindend sind die „weiten Fahrtstrecken vor Ort im Gebiet“. (GDt0, Pos.63)

Wir haben die Rekrutierung, dann das Basisassessment, zusätzlich legen wir auch die Fallakte an, beziehungsweise füllen diese mit Diagnosen, mit Medikationsplan, mit allem. Und der Versorgungsplan ist immer das, was am kürzesten kommt, das ist eigentlich unsere Kernkompetenz, weswegen wir eingestellt wurden, einen Versorgungsplan zu erstellen und den umzusetzen. Ich mache ganz viel schon davor, weil ich sehe, was dringend und eilig ist. Da warte ich nicht erst den Termin beim Doktor ab, um eine Pflegegrad Erhöhung zu beantragen und so weiter. Das ist aber wichtig, dass sich das im Versorgungsplan wiederfindet. Da setze ich mich dann noch ein, zwei Stunden hin und versuche dann alles zu dokumentieren, was ich bis dahin gemacht habe. (GDt0, Pos.64)

Die Rekrutierung der Hausarztpraxen erfolgte zum größten Teil durch die RCCM. Waren die Hausarztpraxen zur Teilnahme bereit, arbeiteten die Praxen bei der Rekrutierung der Patientinnen und Patienten mit den RCCM zusammen. In der Regel lief die Kommunikation zwischen den RCCM und den Praxen über das Team der MFA. „Die Arzthelferinnen wissen, wie es geht, die haben Kontakt mit mir, die haben auch einen guten Blick dafür und sind auch vom Projekt überzeugt“ (GDt0, Pos.35). Als erfolgversprechend erwies sich, wenn die Patientinnen und Patienten vom Praxis-

team auf OBERBERG\_FAIRsorgt unter Einhaltung datenschutzrechtlicher Aspekte angesprochen wurden.

Da sagt der eine Arzt, 'Wenn der Patient vor mir sitzt und erzählt, dann habe ich nicht OBERBERG\_FAIRsorgt auf dem Schirm. Ich vergesse das. Und dann ist er raus und dann denke ich, oh, hätte ich doch erzählen können. Der wäre richtig gewesen'. Das hat er in dem Moment, wenn der Patient kommt, nicht im Kopf. Und die Arzthelferin vorne, die sieht AOK. So haben wir sie darum gebeten, AOK-Patient, 65, passt. Lege dem Arzt bitte den Flyer mit rein oder frage direkt. Und dann ging die Rekrutierung so ein bisschen voran. (GDt0, Pos.34)

### 6.3 Arbeiten der RCCM in der Startphase

#### 6.3.1 Besuch in der Häuslichkeit der Versorgten – Vertrauen aufbauen

Beim ersten Besuch bei den Versorgten zu Hause erklärten die RCCM die Neue Versorgungsform und legten den Versorgungsvertrag zur Unterschrift vor, einige Versorgte unterschrieben sofort, andere erbaten Bedenkzeit. Dieser erste persönliche Kontakt dient dem Aufbau von Vertrauen.

#### 6.3.2 Eingangsassessments – Ganzheitlicher Blick auf die Versorgungssituation

Der Besuch der RCCM vor Ort in der Häuslichkeit der Versorgten verschafft den RCCM einen ganzheitlichen, fachkundigen Blick auf die Versorgungssituationen. Bei den Besuchen der Versorgten in der Hausarztpraxis limitiert i. d. R. der Zeitfaktor das Besprechen der Gesundheitsversorgung auf rein medizinische Aspekte, die Ärztin und der Arzt erhalten lediglich einen Teilblick der Versorgungssituation: Entweder wird nicht nachgefragt, oder die Patientinnen und Patienten berichten die Versorgungssituation unzureichend. Das Eingangsassessments führten die RCCM dann bei einem zweiten, oftmals auch dritten Hausbesuch durch.

Im Rahmen des Eingangsassessments stellte sich die Überprüfung des Medikamentenplans als wichtiges Tool heraus. So konnten Versorgte herausgefiltert werden, die selbst geringe Kenntnisse über ihre Medikation hatten und/oder ihre Medikamente falsch nahmen, was gerade bei älteren Patientinnen und Patienten mit Multimorbidität Gesundheitsrisiken mit sich bringt (Haverhals et al. 2011).



Da war ich zum Erstbesuch, da kippt mir der Mann in einer Papiertüte alle Medikamente auf den Tisch. 'So, das nehme ich'. Die waren auch noch auseinander, da mussten wir die Blister alle wieder in die richtige Packung sortieren. Dann habe ich gefragt, 'Wie viele nehmen sie? Das und das und das?' 'Ja, alles so.' Dann habe ich alles aufgeschrieben, bin mit dem Plan zur Hausarztpraxis gegangen, habe gesagt, 'Gucken sie mal. Das sind die Medikamente, die der Patient so nimmt. So ist die Information. Wisst ihr das überhaupt?' Wussten sie nicht. 'Nein, das Medikament ist nicht da, haben wir nicht aufgeschrieben.' (GDt0, Pos.155)

Bei der Überprüfung des Medikamentenplans bestand für die RCCM die Option, die Expertise einer Amsapothekerin zu nutzen, um Medikamentenunverträglichkeiten und Nebenwirkungen abzuklären.

### 6.3.3 Versorgungsplan – Zusammenarbeit auf Augenhöhe

Im Rahmen von Versorgungsgesprächen besprachen die RCCM mit den Hausärztinnen und Hausärzten die Ergebnisse der von den RCCM durchgeführten Eingangsassessments. Die Besuche der RCCM in der Häuslichkeit verschafften einen Einblick in vorhandene Kompetenz-zentrierte Abilities (persönliche und soziale Ressourcen) und vervollständigten den diagnostischen Blick der Ärztin und des Arztes zu einem Gesamtbild.

Wir machen ein Gespräch mit dem Arzt über jeden Patienten. Der Versorgungsplan mit dem Arzt. Mit den Angehörigen und mit dem Patient wird geguckt, was braucht der Patient, was erwartet der Arzt, was erwartet der Patient, was haben wir gesehen. Und dieses Versorgungsgespräch, das machen wir mit dem Arzt. Da bringen wir alles mit rein, was Angehörige, was Patient, was wir gesehen haben und danach wird der Versorgungsplan auf der Plattform gestartet. (GDt0, Pos.76)

Das Zusammentragen der verschiedenen Perspektiven im Rahmen des Versorgungsgesprächs wird als produktiv und auf Augenhöhe beschrieben.

Es ist echt überraschend, wie gut das funktioniert. Ich war anfangs skeptisch, was diese Besprechung angeht. Aber es ist eigentlich ganz cool, dass die (meint Hausärztinnen und Hausärzte) sich dann auch Zeit nehmen, man echt dann was in die Hand bekommt und dann auch zugestimmt wird. Ich bin echt überrascht von diesem Format des Zusammensitzens. (GDt0, Pos.82)

### 6.3.4 Nutzung der Digitalen Plattform – zum Start nur vereinzelt genutzt

Die Nutzung der Digitalen Plattform durch die Hausärztinnen und Hausärzte lief in der Startphase schleppend an (GDt0, Pos.91). Bei den Versorgten treffen die RCCM auf wenig Interesse, sich auf der Digitale Plattform anzumelden. „Die sind knapp über 70 und dann, ‘Nein, das ist mir zu viel’, oder ‘Ich kenne mich nicht so aus im Internet’. Ich so: ‘Sie nutzen doch auch Whatsapp?’ Tun sie ja. Das ist genauso einfach. Aber sich den ersten Schritt anzutun, damit haben sie es schwer.“ (GDt0, Pos.114). Auch die Möglichkeit für Angehörige, die Digitale Plattform stellvertretend zu nutzen, wird nur vereinzelt bejaht. Die Angehörigen versprechen sich von der Neuen Versorgungsform eher Entlastung.

Wir sprechen die Angehörigen immer darauf an, weil die meisten Patienten von uns wollen damit nichts zu tun haben. Einige Angehörige finden das klasse, weil sie dann vielleicht die Diagnosen sehen können. Aber die meisten wollen eigentlich Entlastung von uns und nicht noch ein zusätzliches Irgendwas. Es gibt wirklich welche, die sagen ‘Super! Plattform, wollen wir einen Zugang haben.’ Haben wir auch. Aber die meisten sagen uns: ‘Super, dass sie jetzt mit an Bord sind. Dadurch versprechen wir uns wirklich Entlastung für uns.’ (GDt0, Pos.119)

Das Einrichten und Erklären der Digitalen Plattform bindet Zeitressourcen der RCCM. Zusätzlich bräuchten die Versorgten eine kontinuierliche Ansprechperson.

Mit einem Mal ist es nicht getan. Ich habe das bei einer Patientin ganz ausführlich gemacht, mit allem Pipapo, dann war sie endlich auf der Plattform. Dann hat sie es noch ein zweites Mal geschafft und dann rief sie wieder an, ‘Ich schaffe es wieder nicht.’ Ja, aber es tut mir leid, ich kann nicht ständig kommen. (GDt0, Pos.137)

Die IT. Die müsste vor Ort sein und dann wirklich zu dem Patienten, zu den Angehörigen hinfahren, denen das einrichten, das erklären. Das können wir nicht. (GDt0, Pos.140)

## 7 Einschätzung der Intervention aus Perspektive der Versorgten, Angehörigen und RCCM

Im Rahmen der zweiten Befragungswelle fragten wir nach den Elementen der Neuen Versorgungsform: Intervention der RCCM, Telemedizinisches Monitoring, Erweiterte Erreichbarkeit und Teilnahme an der Digitalen Plattform.

Die Erinnerungen, die den Erzählungen und Interpretationen der Ereignisse im Versorgungszeitraum zwischen den beiden Befragungszeitpunkten zu Grunde liegen, sind von Versorgten zu Versorgten und auch von Angehörigen zu Angehörigen unterschiedlich. Es zeigte sich als zielführend, wenn zwei Versorgte oder auch Versorgte und Angehörige zusammen interviewt wurden, da sich dann im Gesprächsverlauf mehrere Erinnerungstücke zu einem Ganzen fügten und auch eine zeitliche Einordnung von Ereignissen treffsicherer erfolgte; u. a. konnten so Ereignisse der Gesundheitsversorgung, die zeitlich vor OBERBERG\_FAIRsorgt lagen, herausgefiltert werden.

### 7.1 Interventionen der RCCM stabilisieren die Versorgungssituation

Die Kontakte und Interventionen der RCCM unterschieden sich von Versorgten zu Versorgten. Es gibt Versorgte, die engmaschig betreut wurden, Versorgte, bei denen die RCCM im Rahmen einer Gesundheitskrise intervenierten, Versorgte, die einige wenige Interventionen benötigten, aber auch solche, die im Versorgungsjahr kaum bis keine Unterstützungen durch die RCCM beanspruchten. Bei Letzteren standen die RCCM im Standby Modus begleitend zur Verfügung und der Kontakt beschränkte sich auf die viertel- bis halbjährigen Kontaktaufnahmen der RCCM.

Diese Gruppe mit geringem bis keinem Unterstützungsbedarf – bei der die RCCM abwartend im Hintergrund als Ansprechpersonen standen – kennzeichnet sich dadurch, dass diese Versorgten sich selbstständig organisieren und versorgen und/oder dass eine engmaschige Einbindung und Versorgung durch Angehörige besteht und/oder dass das Versorgungsjahr als ein Zeitraum ohne krisenbehaftete Gesundheitsereignisse erlebt wurde.

Umfang und Art der Interventionen hängen von zahlreichen Faktoren ab:

- vom Gesundheitszustand der Versorgten,
- von der Wohnsituation der Versorgten – alleinlebend, mit Partner, mit anderen Familienangehörigen, mit anderen Personen,
- von den kognitiven und psycho-sozialen Ressourcen der Versorgten, für sich selbst Sorge zu übernehmen und Dinge zu regeln,
- vom Kontakt der Versorgten zu Angehörigen und weiteren Personen, die unterstützen,
- von den kognitiven, psycho-sozialen und zeitlichen Ressourcen der Angehörigen, für die Versorgten Dinge zu regeln,
- von der Fähigkeit der Versorgten, sich bei den RCCM zu melden, wenn Hilfe benötigt wird,
- von der Compliance der Versorgten, Hilfe anzunehmen und Hilfestellungen zu nutzen und umzusetzen.

Die Bewertungen der Interventionen der RCCM durch die Versorgten und Angehörigen sind eingebettet in die Beziehung, die sich zwischen Versorgten, Angehörigen und RCCM über den Projektverlauf entwickelt.

### 7.1.1 »Empowern« durch Hilfe zur Selbsthilfe

Den Versorgten wird eine „durchgehende Projektbegleitung durch einen persönlichen Fallmanager“ ([https://www.obk.de/cms200/gesundheit\\_so\\_iales/fair](https://www.obk.de/cms200/gesundheit_so_iales/fair)) zugesagt. Die RCCM sind ausgebildete Pflegefachkräfte mit jahrelanger, teilweise jahrzehntelanger Berufspraxis, manche mit einem erworbenen Bachelorabschluss in Pflegewissenschaft. Die Tätigkeitsbeschreibung lautet (Dezernat Gesundheit, Jugend und Soziales des Oberbergischen Kreises, Stellenausschreibung. Regionale/r Care-and-Case-Manager/in (m/w/d) für OBERBERG\_FAIRsorgt, Juli 2020):

- „Begleitung der Patienten durch den Behandlungspfad: Schaffung und Gewährleistung einer fallorientierten intersektoralen Versorgungs- und Pflegeorganisation und einer Kontinuität in der medizinischen und sozialen Patienten- und Pflegeempfängerversorgung.
- Optimierung des Überleitungsmanagements: Entwicklung standardisierter Versorgungs- und Behandlungspfade, Steuerung von Behandlungs- und Versorgungsabläufen und Übernahme der Koordination der pflege-

- rischen ggf. auch medizinischen Leistungen im Gesamtversorgungsprozess über die Versorgungsgrenzen hinweg.
- Edukatives und digitales Lernen und Arbeiten sowie medizinisch-pflegerische Beratung.
  - Koordinierung zwischen den einzelnen Sozialgesetzbüchern (SGB XI, SGB V, SGB XII, etc.).
  - Gründung und Wirken in neuen Netzwerken.“

Die Tätigkeitsbeschreibung ist komplex. Zusammenfassend skizziert fußt das Aufgabenprofil der RCCM auf den Pfeilern: Netzwerk-Aufbau, Schnittstellenmanagement und »Empowern« der Versorgten durch Hilfe zur Selbsthilfe. In Köstler (et al. 2024) haben wir das Arbeiten der RCCM im begleitenden Empowermentprozess der Hilfe zur Selbsthilfe beschrieben und die vielseitigen präventiven Aspekte einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung im Privathaushalt dargelegt.

Die RCCM sollen im Sozialraum Oberbergischer Kreis ein *Gesundheits-Versorgungs-Netzwerk aufbauen*. Es handelt sich um ein lernendes und wachsendes System. Unterschiedliche Stakeholder der Gesundheitsversorgung, wie Hausarztpraxen, Facharztpraxen, ambulante Begleittherapeuten, Apotheken, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Tagespflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Lang- und Kurzzeitpflege, Hilfsmittelhersteller, kommunale Beratungsstellen und wohnortnahe Angebote mit ehrenamtlichem Unterstützungspotenzial, sollen miteinander verbunden werden und bei der Versorgung chronisch Erkrankter und pflegebedürftiger Bürgerinnen und Bürger ab 65 Jahren bevorzugt auf einer eigens dafür aufgebauten *Digitalen Plattform zusammenarbeiten*. Besonderer Wert wird auf ein passgenaues *Schnittstellenmanagement der unterschiedlichen Stakeholder* gelegt. Bei den Versorgten soll, geleitet durch »empowernde« *Hilfe zur Selbsthilfe*, eine niederschwellige, gesundheitsfördernde, kümmernde Beratung, eine Vermittlung von Unterstützungs- und Teilhabeangeboten und eine in krisenhaften Versorgungssituationen zielgenaue Intervention sicherstellen, dass die Versorgungssituationen gestärkt und stabilisiert werden, damit Bürgerinnen und Bürger mit Hilfebedarfen möglichst lange in ihrem Privathaushalt leben können.

Der Tätigkeitsbeschreibung der RCCM liegt das Arbeitsprinzip der Aktivierung der Hilfe zur Selbsthilfe zu Grunde, das dem Gedanken des »Empowerments« folgt. Es geht darum, die gesundheitlichen und sozialen Ressourcen der Versorgten zu erkennen und zu stärken, also Eigenanstre-

gungen zu unterstützen, ohne die Versorgten aus ihrer Eigenverantwortung zu entlassen. In der Praxis zeigt sich ein vielstufiges Vorgehen.

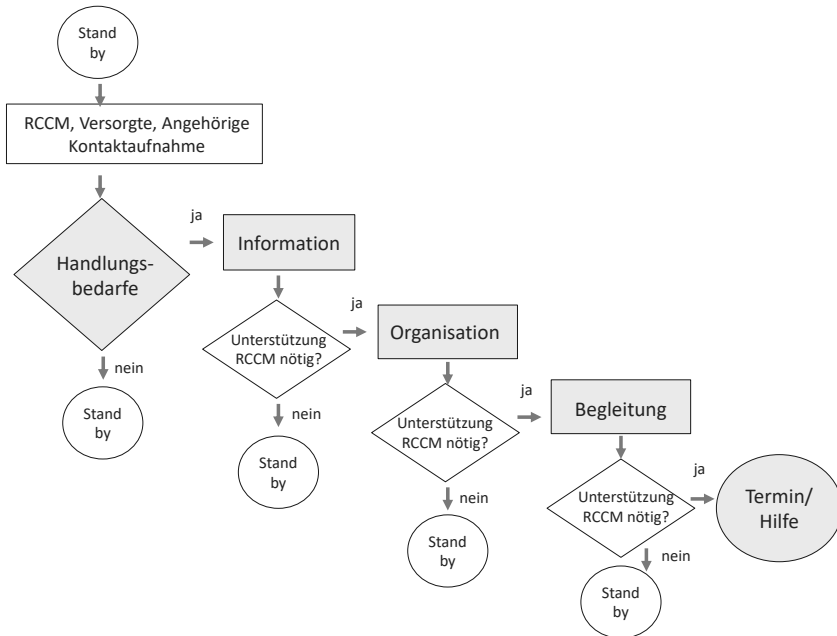
Bedarfe erkennen → Information → Organisation → Begleitung

Der auf dem Eingangsassessment fundierte Versorgungsplan legt die Bedarfe fest. Die RCCM besprechen den von der Hausarztpraxis festgelegten Versorgungsplan mit den Versorgten. Dann setzt ein stufenartiges Vorgehen ein, wobei bei jeder Stufe die Option existiert, dass die Versorgten selbst tätig oder stellvertretend Angehörige tätig werden und sich die RCCM aus der Intervention zurückziehen, eben in die abwartende Beratung (Stand-by Modus) zurückkehren. Das Erleben positiver Wirksamkeitserfahrungen führt dazu, dass sich hier über den Versorgungsverlauf ein lernender Prozess entwickelt (Bandura 1997). Stufe 1: Informationen über potentielle Unterstützungen und Leistungsangebote werden gegeben. Stufe 2: Die Organisation von Leistungen und Hilfen erfolgt. Stufe 3: Die Begleitung zu den Leistungen und Hilfen wird durchgeführt.

B2: Egal was der Patient hat. Entweder bauen wir Netzwerke auf, die ihm helfen. Ob wir jetzt die Pflegeberatung reinholen oder wen auch immer. B4: Sozialarbeiter. B2: Oder wir laufen sofort selber los und füllen Anträge aus. B1: Oder motivieren zur Selbsthilfe. B2: Oder motivieren, genau sehr gut. B4: (lachend) 'Nur Mut', sage ich da immer. B2: Bei Leuten, die es könnten, dann geben wir denen auch die Motivation, das selber zu machen. B1: 'Probieren Sie doch noch mal' genau. B2: 'Wir sind ja da, es kann nichts falsch gehen, machen Sie selbst'. B1: Wir gucken noch mal drüber. (GDtI, Pos.507-516).

In der praktischen Umsetzung wird hier ein therapeutischer Ansatz verfolgt. Das Arbeitsprinzip des »Empowerns« erfordert von den RCCM neben umfassenden fachlichen Kompetenzen vor allem ein hohes Maß an Empathie, situationsbedingt immer wieder zu entscheiden, welche Unterstützung in welchem Umfang situationsangepasst erforderlich ist. In einem dynamischen Entscheidungsprozess müssen die RCCM beständig abwägen: Was kann der Versorgte selbst erledigen? Wo braucht der Versorgte einen Anstoß, damit er dann selbst tätig wird? Worin muss der Versorgte begleitet werden, in welcher Intensität? Was können Angehörige gegebenenfalls übernehmen? Nachfolgendes Flussdiagramm skizziert den Entscheidungsprozess der Befähigung zur Hilfe zur Selbsthilfe.

Teil I Abbildung 11: Hilfe zur Selbsthilfe: Entscheidungsprozess der RCCM



Im Großen und Ganzen folgen die Befragten dem Handlungsansatz der Hilfe zur Selbsthilfe und sehen die RCCM als unterstützendes, partnerschaftliches Element, das sie begleitet und bei Bedarf unterstützt. „Was ich alleine kann, ja, was ich begreife, das mache ich alleine.“ (t1P39, Pos.192)

In der Praxis kann dieser stufenförmige Begleitprozess zum Missverständnis führen, dass die Arbeit der RCCM die Eigeninitiative substituiert. Nachfolgendes Beispiel zeigt, dass es klarer und eindeutiger Kommunikation bedarf, wo die Intervention der RCCM endet und die Eigeninitiative der Versorgten und deren Angehörigen anfängt.

Sie sagte am Anfang: 'Ich kümmere mich um alles.' Wo ich mich auch drauf verlassen hatte. Und im Nachhinein musste ich mich doch um einen ganzen Teil kümmern. Sie hat zwar den Kontakt zum Pflegedienst aufgebaut, aber so dieser letzte Stups da manchmal, der fehlte mir. Und wo ich dann sage: 'Aber da muss man mit mir reden.' Also, ich habe mich jetzt wirklich manchmal darauf verlassen: 'Die kümmern sich.' Und stand ich da stellenweise und ich habe im Endeffekt dann doch alles gemacht. (t1A2, Pos.92)

Das Arbeitsprinzip der Hilfe zur Selbsthilfe ist eingebettet in eine telefonische Erreichbarkeit der RCCM, werktags tagsüber per Festnetz und Handy – das Arbeiten im Zweierteam ermöglicht, dass immer ein bzw. eine RCCM erreichbar ist; somit erfolgt eine gegenseitige Vertretung der RCCM im Falle der Abwesenheit. Auch über die Digitale Plattform ist eine Kontaktaufnahme (eine Rückmeldung bzw. Rückruf erfolgt zeitnah) möglich. Diese Möglichkeit wurde allerdings von den von uns Befragten nicht genutzt. Am Wochenende und in den Abend- und Nachtzeiten haben die Versorgten die Möglichkeit der neu eingerichteten Telefonnummer der *Erweiterten Erreichbarkeit*.

Das Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe fordert von den Versorgten ein gewisses Maß an Selbsttätigkeit, also ein Tätig-werden aus eigenem Antrieb. Genau das erfordert Eigeninitiative. Der Mensch muss aktiv werden, sich um sich selbst kümmern, indem er erkennt, jetzt wird Hilfe notwendig. Diese Selbsteinschätzung fällt oft schwer. Ein Hausarzt berichtet.

Das ist schon schwierig, den Leuten das zu ermöglichen, dass sie zu Hause bleiben, wenn sie alt und gebrechlich sind und Hilfe brauchen. Das klappt schon bei vielen Leuten. Aber es ist halt bei anderen nicht optimal. Das hängt auch immer davon ab, wie man selber sich darum kümmert. Das ist so meine Erfahrung. Man kann viel Hilfe bekommen, auch heute schon, aber man muss sich natürlich dem Thema auch öffnen und sagen: 'Ich brauche Hilfe. Ich bin jetzt alt, ich bin krank.' Und das wollen halt eben doch viele Leute nicht wahrhaben. (H12, Pos.53)

Die Versorgten sind aufgefordert, sich bei Handlungsbedarfen telefonisch bei den RCCM zu melden. Was sind nun Handlungsbedarfe? Darunter können erstmal alle Fragen rund um die Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Teilhabe fallen. Es obliegt dann der Fachkompetenz der RCCM den Handlungsbedarf zu bewerten und zu entscheiden, ob ein beratendes Gespräch am Telefon ausreicht, ob ein Besuch in der Häuslichkeit der Versorgten erfolgen sollte, ob die Hausarztpraxis, eine Facharztpraxis kontaktiert werden müssen etc.

In der Praxis wurde das Handlungsfeld der RCCM im Austauschprozess zwischen RCCM, Versorgten und Angehörigen situationsbezogen immer wieder neu abgesteckt. Somit ist eine Aufgabe der RCCM, ihr Handlungsfeld abzugrenzen zu Anfragen, bei denen die Versorgten und/oder Angehörigen über Kompetenzen verfügen, um selbsttätig zu handeln. In der Regel funktionierte dieser Abgrenzungsprozess. Uns wurden allerdings auch akute Gesundheitskrisen berichtet, in denen die RCCM auch am Wochenende



und in den Abendstunden Verfügbarkeit gezeigt haben; was das Stellenprofil allerdings nicht dokumentiert.

### 7.1.2 Bedeutung der abwartenden Beratung Standby Modus – psychosozialer Impact

Die RCCM stehen für alle Versorgten und Angehörigen in abwartender Position im Hintergrund. Melden sich Versorgte nicht von sich aus, wird davon ausgegangen, dass sich die Versorgten in einer gesundheitlich stabilen Versorgungssituation befinden, und/oder sich bei Handlungsbedarfen selbst oder mit Hilfe der Angehörigen organisieren.

#### 7.1.2.1 Ansprechpersonen im Hintergrund gibt Sicherheit

Die RCCM als Ansprechpersonen im Hintergrund zu wissen, gibt Sicherheit, befördert Selbstwirksamkeit und somit das nötige Selbstvertrauen, erst einmal selbst tätig zu werden, da im Hintergrund die Option für Hilfe besteht.

Sie (meint Versorgte) musste nicht ins Krankenhaus und großartige Veränderungen gab es auch nicht, bis auf den Rollstuhl, das habe ich selber gemacht. Ich habe denen aber auch gesagt, als ich bei dem Sanitätshaus angerufen habe, dass sie, wenn die Krankenkasse das nicht genehmigt, mir dann sofort Bescheid sagen, dass ich mich dann anderweitig um Hilfe bemühe. Ich hätte das dann gemacht, aber das hat dann alles gut geklappt. (t1A18, Pos.13)

#### 7.1.2.2 Sprechen über Versorgungssituationen eröffnet neue Blickwinkel

Haben sich Versorgte ein Viertel- bis halbes Jahr nicht gemeldet, nehmen die RCCM telefonisch Kontakt auf. Oft erfolgt im Anschluss ein Besuch in der Häuslichkeit. Diese telefonischen Anfragen haben das Ziel, den Versorgten die Gelegenheit zu geben, über ihre Versorgungssituation zu sprechen. Gerade die Möglichkeit mit einer Person, die nicht in die Versorgung eingebunden ist, zu sprechen, eröffnet mitunter neue Blickwinkel. Letztendlich bietet das Gespräch – am Telefon oder vor Ort in der Häuslichkeit – die Basis dafür, dass Versorgte und Angehörige nochmals über

die Versorgungssituation nachdenken und eventuell angestoßen werden, etwas zu verändern. Damit sind diese regelmäßigen Kontaktaufnahmen der RCCM ein weiterer Baustein des Versorgungsziels der Stabilisierung der Versorgungssituation und der Aktivierung der Hilfe zur Selbsthilfe.

### 7.1.2.3 Vertrauen in RCCM befördert Compliance

Die wiederkehrenden Impuls-gebenden Kontaktaufnahmen werden von den Versorgten als positiv bewertet und generieren Vertrauen in die Neue Versorgungsform. Zusätzlich wird darüber auch eine Basis für eine Gegenseitigkeits-Beziehung auf Augenhöhe gelegt, die wichtig zur Beförderung von Compliance ist. Die Versorgten fühlen sich wahrgenommen und es entsteht nicht das Gefühl einer „Bittsteller-Position“.

Das finde ich auch ganz wichtig, weil das dann nicht so eindimensional ist. Nur weil ich Hilfe fordere. Sondern es ist halt auch von der anderen Seite, die Hilfe wird auch angeboten. Und das ist ganz wichtig, dass man nicht immer so das Gefühl hat, jetzt musst du wieder bitten oder fragen. Sondern, das ist von der anderen Seite auch, und das ist sehr schön. Und das funktioniert gut. Und es ist auch so, dass sie regelmäßig bei meiner Mutter anrufen, eher als bei mir. (t1A1, Pos.36)

Bei einigen Versorgten spielt die Kontinuität der Person der RCCM eine Rolle. Für sie ist es für den Aufbau von Vertrauen voraussetzend, eine bestimmte bzw. einen bestimmten RCCM als Ansprechperson zu wissen. Bei Luhmann (1973) ist persönliches Vertrauen immer auf eine konkrete Interaktionspartnerin bzw. einen konkreten Interaktionspartner bezogen und mit einer emotionalen Grundlage verknüpft. Es unterliegt einem Lernprozess, der die Möglichkeiten schafft, Systemvertrauen – hier *in das System OBERBERG\_FAIRsorgt zu vertrauen* – zu generieren. Zu beobachten ist, dass sowohl Versorgte als auch Angehörige die Neue Versorgungsform mit den RCCM identifizieren bzw. gleichsetzen. Es sind die RCCM, die das Vertrauen in OBERBERG\_FAIRsorgt transportieren. Die Versorgten und auch die Angehörigen sprechen nicht von OBERBERG\_FAIRsorgt, insbesondere die Worte Fallmanagerin und Fallmanager werden nie benutzt, sondern es wird von Frau N oder Herrn N gesprochen, oft wird auch der Vorname der RCCM genannt. Auch das Auftreten der RCCM als Zweier-team wird als vertrauenswürdig und als kompetenzsteigernd interpretiert; die Versorgten betonen, dass Absprachen im Zweier-team funktionieren.

Fast alle, die von einem Wechsel der RCCM im Laufe des Versorgungsjahres betroffen waren, thematisieren diesen nicht.

### 7.1.3 Funktionsstruktur des Arbeitspakets der RCCM

Den Interventionen der RCCM im Versorgungsjahr können verschiedene Funktionen zugeordnet werden. Nachfolgende Abbildung fasst diese zusammen.

Teil I Abbildung 12: Funktionen der RCCM

|                             |  |   |
|-----------------------------|--|---|
| Kümmererfunktion            | Beobachten                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stand by</li> <li>- Periodische Anfragen</li> </ul>                      |
|                             | Entlastungsgespräche<br>Versorgte/Angehörige | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verarbeitung Krise</li> <li>- Mediation</li> <li>- Einsamkeit</li> </ul> |
| Beraterfunktion             | Information                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leistungen</li> <li>- Übersetzen: Ärztin, Arzt, GPV</li> </ul>           |
|                             | Organisation                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Termine, Anträge, 'Papierkram', IADL</li> </ul>                          |
|                             | Begleitung                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ärztin, Arzt, MDK</li> </ul>   |
| Lotsenfunktion              | Koordination der<br>Leistungserbringenden    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schnittstellenmanagement</li> <li>- Mediation</li> </ul>                 |
|                             |  |   |
| Kriseninterventionsfunktion | Akute Krise                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Begleitung Arztpraxis, Verordnungen</li> </ul>                           |
|                             | Demenz                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entlastungsgespräche</li> </ul>  |
|                             | Krankenhausaufenthalt                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Begleitung, Entlassung: PD, Kurzzeitpflege</li> </ul>                    |
| Angehörigenfunktion         | 'Urlaubsvertretung'                          |   |
|                             | Stellvertreterfunktion                       |   |

Bei der zeitlichen Gewichtung der Funktionen kann eine grobe Drittelung festgestellt werden: Die Kümmererfunktion beansprucht ein Drittel, die Beraterfunktion ein weiteres Drittel und das restliche Drittel verteilt sich auf Lotsen-, Kriseninterventions- und Angehörigenfunktion.

### 7.1.3.1 Kümmererfunktion

Die Funktion, die als »Kümmerer« umschrieben wird, hat basale Bedeutung für die Umsetzung der Hilfe zur Selbsthilfe sowie die Aktivierung von Compliance bei den Versorgten.

Die Kümmererfunktion unterteilt sich in Beobachten und Führen von Entlastungsgesprächen. Beim **Beobachten** geht um die beobachtende Beratung, also die Möglichkeit einer Kontaktaufnahme zu den im Standby Modus stehenden RCCM und um die viertel- bis halbjährigen Anrufe der RCCM bei den Versorgten und Angehörigen. Insbesondere die Möglichkeit, *jederzeit* bei den RCCM *anrufen zu können*, wird als Sicherheit gebend erlebt. Die RCCM berichten von Rückmeldungen: „Ich glaube, auch schon alleine als Ansprechpartner da zu sein, auch wenn aktuell nichts ist, dass sie wissen, die können jemanden anrufen. Ich glaube, das reicht auch vielen schon einfach, diese Sicherheit zu haben.“ (GDt0, Pos.21)

Das ist eine Sicherheit. Ich weiß, ich rufe hier an. Jemand geht immer dran. Ob jetzt sie da ist, oder ein anderer im Dienst, oder wie. Und man findet eine Lösung. (t1P42, Pos.203)

Ja, da weiß ich wenigstens einen Ansprechpartner, wenn ich nicht weiterweiß. (t1P14, Pos.38)

Ich finde das so super, dass man einen Ansprechpartner hat, einfach. Wenn etwas ist, dass man mal anrufen kann und dann wenigstens einen Rat kriegt. Manchmal reicht ein Rat schon alleine. (t1P16, Pos.108)

Ja, jetzt war ich selber noch ziemlich selbstständig. Ich habe vieles selber geregelt, aber ich wusste, dass ich sie auch, dass ich entweder Frau RCCM oder dann Frau RCCM und ihren Kollegen im Rücken hatte. (t1A7, Pos.5)

Sie hat sich wirklich dann immer wieder gemeldet und nachgefragt und gefragt, was sie machen soll. Man weiß dann auch gar nicht, wo geht man jetzt noch mal hin, und kann man jetzt schon wieder beim Arzt antanzen? So, das war so deine Sorge (meint ihre Schwiegermutter), die machen ja eh nichts und so. Das hat sie wirklich toll gemacht. (t1A12, Pos.14)

Ich finde das gut, wenn man in der Hinterhand jemanden hat, wenn man jetzt, wenn sie (meint die versorgte Mutter) jetzt fällt und man muss vielleicht Kurzzeitpflege oder man muss was organisieren, oder muss

dringend zum Arzt und kriegt vielleicht selber nichts, dass man dann jemanden in der Hinterhand hat, wo man sagen kann, hier können Sie uns dabei helfen oder können Sie uns da beraten? Wie machen wir das am besten? Wo gibt es Möglichkeiten? Wo kann man fragen oder so? Also es gibt einem halt Sicherheit auch als Angehörige. (t1A15, Pos.31)

Eine Angehörige, die ihre über 90-jährige Mutter selbst pflegt, beschreibt die Gespräche mit den RCCM, und diese immer im Hintergrund zu haben, als psychologische Stütze.

Auch finde ich, wenn man so eine Pflege macht, wenn man weiß, da ist noch jemand im Hintergrund, den kann man fragen, man steht nicht völlig alleine da mit allem halt. (t1A8, Pos.5) Aber ich finde wirklich, es ist so ein Stück, dass einem so ein Stück der Rucksack angehoben wird, sage ich mal, weil man weiß, es ist da jemand im Hintergrund, den man fragen kann, einfach. (t1A8, Pos.69)

Eine Angehörige, die ihren demenziell erkrankten Mann zu Hause betreute (dieser verstarb im Versorgungszeitraum), und wenige Hilfestellungen der RCCM in Anspruch genommen hat, beschreibt das »Kümmern« anhand der als wohltuend wahrgenommenen Atmosphäre bei den häuslichen Besuchen der RCCM am Beispiel des durchgeführten Eingangsassessments.

Was ich ganz schön fand, mein Mann war, ich glaube ein Jahr vorher, das muss 2021 gewesen sein. Ich weiß schon gar nicht mehr. Auf jeden Fall ist Frau RCCM gekommen und dann haben wir zwei Morgen auch gegessen und sie hat dann gefragt und mein Mann hat auch schön geantwortet oder ich. Und das fanden wir schon ziemlich wohltuend, also sagen wir mal, das Kümmern. (t1A7, Pos.39)

Bei der Kümmererfunktion kommt dem **Führen von Entlastungsgesprächen mit den Versorgten**, aber auch **mit den Angehörigen** ein bedeutender Anteil zu. Hierüber können Versorgungssituationen entschärfend gelenkt und stabilisiert werden. Das Reden mit einer Person, die von außen auf die Versorgungssituation oder eine als krisenbehaftet wahrgenommene Situation blickt, bietet neue Perspektiven, entlastet und hilft bei der *Verarbeitung von kritischen Lebensereignissen*. Zuhören und empathische Gespräche zu belastenden Lebenssituationen: Pflege (t1A24, Pos.145; t1A8, Pos.5), Krankenhaus-, Rehabilitationsaufenthalte (t1A8, Pos.61), Versorgung von demenziell erkrankten Partnerinnen und Partnern (A7, Pos.38; P10, Pos.205-211), Konflikte in der Familie (A4, Pos.100; P36, Pos.47), Einsam-

keit (P14, Pos.67; P38), Trauerbewältigung (P30, Pos.31) entspannen die Versorgungssituationen. Durch Reden wird die Selbstwahrnehmung beeinflusst und das Gefühl der Selbstwirksamkeit kann entwickelt und gestärkt werden (Bandura 1997). Gelingend sind die Entlastungsgespräche dann, wenn die RCCM es schaffen, ihr Vertrauen in die Fähigkeiten der Versorgten und Angehörigen zum Ausdruck zu bringen, sodass diese dadurch ermutigt werden, stückweise selbst tätig zu werden.

### 7.1.3.2 Beratungsfunktion

In der Beratungsfunktion geht das »Empowern« zur Hilfe zur Selbsthilfe auf. Gemäß dem stufenartigen Beratungsprozess umfasst diese Funktion: **Informieren** über eine patientenzentrierte Versorgung. Dazu zählt auch das Übersetzen der Diagnostik der Behandler in die Sprache der Versorgten, um bei den Versorgten Compliance zu festigen und zu steigern, das **(Mit)Organisieren** von Terminen bei Behandlern, Unterstützen bei Anträgen etc. und die **Begleitung** zu Ärztinnen und Ärzten, im Krankenhaus und bei der Begutachtung des MDK etc.

Der ersten Stufe des **Informierens** geht die Einschätzung der Versorgungssituation durch die RCCM voraus. Dann informieren die RCCM über Fehlversorgung, Alternativen und Zugang zu Leistungen der Versorgung.

Dieses Informieren wird von den Versorgten als unterstützend bewertet.

Beratung. Ich glaube, nur Beratung über die Sache, was machen wir weiter mit den Papieren. (t1P19, Pos.102)

Insbesondere das Vernetzen von Versorgten zu Leistungserbringenden, eben das Erhalten von Informationen über Adressen von Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbietern wird als Unterstützung erachtet.

Wir mussten auch die Fußpflege wechseln. Finde ich gut, wenn die von OBERBERG\_FAIRsogt viele Adressen haben, die sie einem empfehlen können. Das könnte vielleicht noch ein bisschen stärker sein, dass man da noch mehr solche Adressen bekommt, dass sie noch mehr wissen. (t1A8, Pos.29)

Das Informieren schließt auch das erklärende „Übersetzen“ von ärztlichen Diagnosen und Therapievorschlügen (eben das in der Neuen Versorgungsform inkludierte Erklären des Versorgungsplans durch die RCCM) (t1P2,

Pos.11), von Begutachtungen des MDK (t1A5, Pos.3) und Krankenhaus-Entlassungsdokumentationen (t1P14, Pos.26-28) mit ein.

Die zweite Stufe, das **Organisieren** von Terminen bei Fachärztinnen und Fachärzten, von Anträgen der Gesetzlichen Pflegeversicherung und das Organisieren und Beschaffen von Hilfsmitteln wird als große Unterstützung, insbesondere bei Überforderungen mit der Versorgungssituation, beschrieben.

Einmal bei dem Arzt, wegen dem Termin. Das Problem ist ja, dass man heute keinen Termin mehr kriegt. (t1P28, Pos.17)

Wenn ich jetzt hier zum Beispiel den Schriftverkehr habe. Und ich komme da nicht miteinander, dann rufe ich die an und dann machen die das mir. (t1P14, Pos.98)

Sie (meint Versorgte) konnte nicht mehr alleine rausgehen, Treppe rauf und runter nicht mehr so was alles. Nachts bin ich dann aufgestanden, mit ihr zur Apotheke gegangen, weil ich dachte, sie fällt mir die Treppe runter und so weiter. Und dann habe ich angerufen und dann sind die (meint RCCM) auch sofort gekommen und haben gesagt, wir müssen den medizinischen Dienst anrufen, weil ich auch, ich sage, ich reiße mir doch den Hintern auf Deutsch gesagt auf. (t1P16, Pos.62)

Manche Versorgte und Angehörige sind so belastet, dass die Versorgten engmaschig begleitet werden müssen. Eine unter depressiven Episoden erkrankte Versorgte berichtet, dass sie ohne **Begleitung** der RCCM die Krebs-Kontrolluntersuchung nicht gemeistert hätte. Damit bekommt das Begleiten präventive Elemente der Gesundheitsversorgung.

Und ich sage, ich schaffe das nicht, allein dahinzugehen. Das Warten da, also, ich bin dann immer fix und alle. Und dann sagt sie: 'Ich komme.' Und dann haben wir uns um achte rum getroffen. Und dann hat sie bei mir gesessen und gewartet, bis ich fertig war. Sonst wäre ich nicht hingegangen. Ich kann das nicht. (P30, Pos.4)

Zahlreiche Versorgte und Angehörige berichten, dass die begleitende Anwesenheit der RCCM bei den Begutachtungsgesprächen des MDK entlastend war.

Ob es um die Höherstufung der Pflegeversicherung ging. Bei Anträgen wurde uns geholfen, die mit auszufüllen. Beim medizinischen Dienst, wie der kam, war die Frau RCCM mit dabei und hat uns zur Seite gestanden. (t1P23, Pos.5)

### 7.1.3.3 Lotsenfunktion

Unter die Lotsenfunktion reiht sich die **Koordination der Leistungserbringenden und Leistungen**. Hier wird *Schnittstellenmanagement* durchgeführt. Dies bedeutet auch *Mediation* bei Konflikten.

In der Praxis zeigen sich zahlreiche *Schnittstellen*, an denen die RCCM durch zielgenaues Eingreifen Handlungsbedarfe einleiten und Behandlungspfade lenken. Hier geht es um das Zusammenführen von Leistungserbringenden und die Organisation von Leistungen.

1. Ein großer Bereich ist die Versorgung mit Hilfsmitteln: Feststellung des Bedarfs an Hilfsmitteln, Verordnungen der Hausärztinnen und Hausärzte, Beantragungen bei und Genehmigungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung, Auswahl der passgenauen Hilfsmittel bei Anbietern und Anleitung der Versorgten zur Nutzung der Hilfsmittel. (t1P23P24, Pos.19-25)

2. Ein zweiter Schnittstellenbereich, der allerdings in der Praxis oft krisenhaft von den Versorgten und/oder Angehörigen erlebt wird (und den wir unter Krisenintervention summiert haben) ist das Überleitungsmanagement bei Krankenhausaufenthalten: Begleitung bei Krankenseinweisung, „Übersetzen“ der Diagnostik für die Versorgten und Angehörigen, Koordinierung der Krankenhausausschreibung, evtl. geriatrische Anschlussrehabilitation, Vermittlung eines ambulanten Pflegediensts oder Überleitung in die Kurzzeitpflege etc.

Insbesondere bei Versorgten mit umfangreichen Versorgungsbedarfen umfasst das Schnittstellenmanagement die Koordination der verschiedenen Leistungserbringenden (Hausärztin, Hausarzt, ambulanter Pflegedienst, Begleittherapien, Haushaltshilfen, Essen auf Rädern, Fahrdienste zu Behandlern). Leben die Versorgten alleine und sind selbst nicht mehr in der Lage, die verschiedenen Leistungserbringenden zu koordinieren, und es gibt keine Angehörigen, die dies übernehmen, entstehen Versorgungslücken. Hier übernehmen die RCCM die Vernetzung der Leistungserbringenden und stellen den Verbleib in der Häuslichkeit sicher.

Das (meint Krankenhausausschreibung) hat eigentlich ganz gut geklappt. Mit der Unterstützung (meint RCCM), dass wir quasi die Vorbereitung hatten, der Pflegedienst wusste schon Bescheid, Essen auf Rädern wusste Bescheid. Wir hatten auch ein großes Gespräch, dass wir überhaupt an die Firma (meint Träger des Assistenzdiensts) gekommen sind, wo wir ihn (meint 24 Stunden-Assistenzdienst) jetzt herhaben. (t1A6, Pos.21)



Bei Konflikten zwischen Versorgten, Angehörigen und Leistungserbringenden vermitteln die RCCM, indem sie Transparenz herstellen, die unterschiedlichen Perspektiven zueinander bringen und somit die entscheidende Rolle der *Mediation* übernehmen.

#### 7.1.3.4 Kriseninterventionsfunktion

Ein weiterer Handlungskomplex der RCCM wird unter Kriseninterventionsfunktion zusammengefasst. Vorweg sei erwähnt, viele Angehörige reagieren in einer Krisensituation mit Handeln. Dem Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe folgend wird bei einem plötzlich eintretenden Notfall selbsttätig agiert. Das ist der Idealfall, da OBERBERG\_FAIRsorgt subsidiär angesiedelt ist. Nachfolgend ein Beispiel von einer Tochter, die sich um beide Eltern kümmerte (die Mutter verstarb im Versorgungsjahr) und dann in der Situation, in der die Mutter, die die Pflege des Vaters schwerpunktmäßig übernahm, ins Krankenhaus musste, für den Vater einen Kurzzeitpflegeplatz besorgte.

Da habe ich auch gar keine Zeit gehabt, irgendjemanden zu fragen, zu helfen, weil es musste von einer Minute auf die andere alles erledigt werden. Wenn Sie erfahren, um 5.00 Uhr: Mutter fährt ins Krankenhaus, und der Vater kann nicht alleine, kommt nicht zurecht, dann hat man einfach hier in der Gegend einfach rumtelefoniert, wo Platz ist, und dann wurde der Vater eben dahin gebracht. Das war viel zu kurz, wir hatten überhaupt gar keine Zeit, durchzuatmen oder mal darüber nachzudenken, eine andere Stelle einfach anzurufen. (t1A9, Pos.23)

Das andere Extrem ist Erstarren. Dazwischen bewegen sich viele Varianten. Die Kriseninterventionen der RCCM teilen sich in **akute Versorgungskrisen ohne und mit Krankenhausaufenthalt**. Versorgte mit **demenziellen Erkrankungen** haben diesbezüglich eine gesonderte Rolle, da hier bei der Betreuung in der Häuslichkeit Angehörige extrem belastet sind.

Die RCCM als Ansprechpersonen beim Überleitungsmanagement bei Krankenhausaufenthalten zu wissen, wird von den Versorgten und Angehörigen als entlastend erlebt. Dabei geht es zunächst um die Entscheidung, ob die Gesundheitskrise derart gravierend ist, dass ein Krankenhausaufenthalt indiziert ist. Angehörige erleben die Fachkompetenz der RCCM als Stütze, um diese Unsicherheit aufzulösen.

Ich empfinde es schon als sehr gut, dass man Ansprechpartner hat, wenn man so Fragen hat, und dass er (meint Versorgten) nicht gleich ins Krankenhaus muss, und dass man erst mal jemanden fragen kann, der mir da drauf guckt, und das machen die schon sehr gut finde ich, dass man da Erleichterung hat. (t1A8, Pos.5)

Das war unter der Woche, und das war morgens früh, und der (meint Hausarzt) hatte natürlich voll die Sprechstunde und konnte nicht sofort kommen, und dann habe ich eben da (meint RCCM) angerufen und das war ganz gut (t1A8, Pos.13)

Eine plötzliche Änderung der Versorgungssituation, die einen Krankenhausaufenthalt erfordert, wird von den Angehörigen u. U. als stressbeladen erlebt. Eine Frau schildert ihre Belastung der Krankenhauseinweisung und die Unterstützung der RCCM in dieser Situation.

Ich muss erst mal vorausschicken, ich war in der Situation fix und fertig. Ich konnte bald keine klaren Gedanken fassen. War froh, dass sie (meint RCCM) kamen. Ja, es hat mir geholfen. Sie haben Vorschläge gemacht, wo man noch anrufen könnte. Und ich habe ein Köfferchen gepackt für das Krankenhaus. Und die Damen (meint RCCM) haben ihn aber dann angezogen. (t1P4, Pos.24)

Für eine Angehörige war es wichtig, dass die RCCM im Krankenhaus beim Arztgespräch mit ihr und ihrer Mutter dabei waren und „übersetzten“, damit sie und ihre Mutter die Versorgungssituation richtig einschätzen konnten. (Die Versorgte brauchte im Anschluß an den Krankenhausaufenthalt häusliche Pflege und die Tochter zog ein paar Wochen zu ihrer Mutter, bis sich die Situation stabilisiert hatte).

Und die Frau RCCM ist auch dann ins Krankenhaus gekommen, und da bin ich mit ihr zusammen zu den Ärzten. Und sie (meint RCCM) wusste halt, welche Fragen zu stellen sind. (t1A24, Pos.48)

Besonders Krankenhausesentlassungen mit verändertem Gesundheitszustand stellen krisenbehaftete Situationen dar, in denen schnelles Handeln gefordert ist. Eine Angehörige schildert die ihr zeitnah angekündigte Entlassung ihrer Schwiegermutter aus dem Krankenhaus.

Ich hatte jetzt das Problem, dass meine Schwiegermutter donnerstags abends urplötzlich aus dem Krankenhaus entlassen wurde. Ich kriegte eineinhalb Stunden vorher Bescheid, dass der Fahrdienst bestellt worden war, und habe keinen Pflegedienst mehr gekriegt, weil die Rufumleitung

defekt war. Und da haben wir (meint sich als Angehörige und die RCCM) bestimmt zehnmal hin und her telefoniert. Und da wurde mir geholfen, an den Pflegedienst ranzukommen. Jetzt war ich in Not. Meine Schwiegermutter, die ist donnerstags abends nach Hause gekommen. Sonntags ist sie gefallen und dann haben die Frau RCCM und die Frau RCCM uns den Kurzzeitpflegeplatz besorgt. (t1A23, Pos.5)

#### 7.1.3.5 Angehörigenfunktion

Schließlich erfüllen die RCCM noch Aufgaben, die wir unter Angehörigenfunktion reihen. Zu unterscheiden sind **Urlaubsvertretung** und **Stellvertreterfunktion**. Besonders Angehörige, die schon über einen längeren Zeitraum die Versorgung eines Pflegebedürftigen mitbegleiten, sind stark belastet. Schätzungen gehen von 3 bis 5 Millionen privaten Pflegepersonen in Deutschland aus (Tesch-Römer/Hagen 2018, S.17). Die Forschung zeigt, dass die Grenzen der häuslichen Versorgung von der Überlastung der pflegenden Angehörigen und kognitiven Einschränkungen der Pflegebedürftigen gesetzt werden. Dies zeigt die Bedeutung von Entlastungsstrukturen für pflegende Angehörige für eine stabile häusliche Versorgungssituation.

Eine die organisatorische Betreuung für ihre Mutter übernehmende Angehörige betont, dass sie beruhigt in Urlaub fahren kann, wissend, dass die RCCM in dieser Zeit unterstützen.

Aber die kümmern sich schon sehr. Oder wenn ich jetzt wegfahre. Ich habe auch die Frau RCCM jetzt angerufen, wir konnten ja die ganze Zeit über gar nicht weg, weil meine Mutter halt wegen der Operation dann halt eben auch lange bei uns war. Jetzt kann sie wieder sehen. Also dieses Erblinden ist offenbar tatsächlich gestoppt worden, durch die OP. Jetzt bin ich dann mal zehn Tage weg. Und in der Zeit werden sich die beiden Damen (meint RCCM) sich da sehr intensiv um sie kümmern, engmaschig, haben sie gesagt. (t1A1, Pos.10)

Eine ihre Mutter und Schwiegermutter betreuende Angehörige war in Urlaub, als ihre Schwiegermutter ins Krankenhaus musste, stand in stetem Austausch mit den RCCM und musste so ihren Urlaub nicht abbrechen.

Dann habe ich ihr (meint RCCM) das dann erzählt, und dann hat sie sich dann auch direkt gekümmert und hat dann direkt Kontakt aufgenommen, mit euch (meint Mutter und Schwiegermutter) dann auch. Und auch immer wieder mit uns, immer wieder besprochen und

nachgefragt, weil wir waren natürlich jetzt in der Situation: Fahren wir jetzt nach Hause oder bleiben wir noch hier? (t1A12, Pos.37) Und weil die Kinder ja auch, mein Sohn war am Studieren, meine Tochter war mitten im Umzug und Arbeit und so. Ich sage, das können wir jetzt nicht machen. Ich sage, dann müssen wir eben halt nach Hause fahren, wenn das jetzt nicht anders wird. Aber da hat sie (meint RCCM) sich dann gekümmert. (t1A12, Pos.39)

Dann gibt es eine Gruppe von Angehörigen, die ist komplett überfordert mit der Versorgungssituation, hier bekommen die RCCM eine Stellvertreterfunktion. Die Rolle des Angehörigen wird von den RCCM, zumindest eine Zeitlang, eingenommen, immer mit dem Versuch, den Angehörigen wieder in die Versorgung einzubinden.

Jeder wollte was von mir und zwar mit Nachdruck und mit schon manchmal echt hässlichen Stimmen dahinter, wo ich gesagt hab, Leute, das kann es doch nicht sein, ich kann doch jetzt nicht mein Leben nur noch dieser Sache widmen, ich habe ja auch noch ein eigenes Leben und das hätte ich ja ohne die (meint RCCM) überhaupt nicht schaffen können. (t1A6, Pos.11)

Eine Versorgte, die auch Einsamkeit artikuliert, lebt gänzlich isoliert (aufgrund von Luftnot kann sie die Wohnung nicht mehr verlassen), der Kontakt zu den Kindern ist abgebrochen: „Die sind weit weg, die kümmern sich nicht um mich“ (P14, Pos.67). Auch hier übernehmen die RCCM Stellvertreterfunktionen, indem die RCCM z. B. bei einer akuten Krankenhauseinweisung die persönlichen Sachen (Kleidung) von zu Hause abholten und ins Krankenhaus brachten.

## 7.2 Telemedizinisches Monitoring – schafft Benefits

99 Versorgten wurde Telemedizinisches Monitoring zugeführt. Bei einer Gesamtpatientenanzahl von 321 sind dies 31 %. Neun Hausarztpraxen nutzten das Angebot des Telemonitorings. Insgesamt wurden 47 Waagen zur Gewichtskontrolle, 63 Geräte zur Blutdruckmessung, 33 Kombinationsgeräte für Blutdruck- und Blutzuckermessung und fünf EKG, insgesamt 148 Geräte in der aktiven Patientenversorgung genutzt. Das Ausschreibungs- und Vergabeprozedere für die Devices des Telemonitorings zog sich bis in die Startphase der K3. Das telemedizinische Monitoring startete sukzessiv ab September 2022.

Ein Telemedizinisches Monitoring ist speziell bei Patientinnen und Patienten zielführend, die eine erschwerte oder inadäquate Therapie aufgrund fehlender Daten haben. In dem Sinne ist es aus ärztlicher Sicht indiziert, Patientinnen und Patienten mit schwankenden Vitalwerten und Patientinnen und Patienten, die ihre Medikamente unregelmäßig einnehmen, telemedizinisch zu überwachen. Genau dieser Gruppe wurde das Telemedizinische Monitoring angeboten. Von den 99 Versorgten mit Telemedizinischen Monitoring nahmen 21 der 54 Versorgten des qualitativen Moduls, deren Rückmeldungen hier in die Befragung einfließen, teil.<sup>16</sup>

Die telemedizinischen Geräte wurden den Versorgten von den RCCM in der Häuslichkeit übergeben und deren Handhabung erklärt; zusätzlich beschafften die RCCM den Versorgten Verbrauchsmaterial für die Geräte (nötig z. B. bei Blutzuckermessungen). Auch wurden die RCCM in die Rückmeldungen seitens der Hausarztpraxen eingebunden, wenn die übertragenen Daten fehlerhaft waren oder die Versorgten die Messfrequenz unterschritten.

Im Allgemeinen wird die Handhabung der Geräte von den Versorgten als einfach und praktikabel bewertet. Dies betrifft Waage, Blutdruck- und Blutzuckermessgeräte. Die Bedienung der EKG Messgeräte erforderte einiges Üben bis die Messungen valide waren (t1P39A17, Pos.50; t1P33, Pos.49).

## 7.2.1 Gibt Sicherheit

Insgesamt bewerten die Versorgten die Teilnahme am Telemonitoring überwiegend als positiv. Es gibt ihnen Sicherheit und das Gefühl, dass sich um sie gekümmert wird.

Dann frug ich neulich nach: 'Herr Doktor, Sie kennen die Werte, haben mich aber deswegen noch nie irgendwie angesprochen. Ist das normal?' Da meint der: 'Herr N. machen Sie sich mal keine Gedanken. Sie nehmen Ihre Tabletten ein. Ihre Blutdrucktabletten. Und das machen Sie auch weiterhin so und dann verbleiben wir damit.'. Also da ist auch ein Stück Sicherheit. Dass der Arzt weiß: 'Halt.' Ne. Ja. 'Das Kerlchen hat hier so ein Problem.' (t1P36, Pos.11)

Allerdings kann die tägliche Konfrontation mit den eigenen Vitalwerten bei den Versorgten auch Verunsicherung auslösen.

---

16 So kam es vor, dass Befragte aus K1 das Angebot für ein Telemedizinisches Monitoring erst nach dem ersten Versorgungsjahr, das wir evaluieren, erhielten.

Ganz ehrlich, bin erst mal unsicherer. Guck mal, wenn ich da jetzt messe und sehe das wieder, dann denke ich auch, was ist jetzt wieder? Vorher die Geräte, nie gehabt. (t1P39A17, Pos.62) Wenn auf einmal der Blutdruck so ganz niedrig ist, messe ich wieder. Also ist dann diese Unsicherheit irgendwie nicht ganz weg. (t1P39A17, Pos.81)

Dies betrifft Blutdruck- und Blutzuckerwerte, da hier bei den Versorgten Erfahrungswissen existiert; viele haben schon in der Vergangenheit diese Vitalwerte gemessen. Die EKG Messwerte sind für die Patientinnen und Patienten nicht sichtbar, wären auch nicht interpretierbar und damit fällt der Faktor Verunsicherung weg.

Und mit dem EKG Gerät, das kann ich ja direkt nicht sehen, diese Aufzeichnung. Und vor allen Dingen, die kann ich auch gar nicht deuten, diese ganzen Striche dann da. (t1P39A17, Pos.86)

### 7.2.2 Steigert Compliance

Zusätzlich berichten Versorgte, dass der Einsatz des Telemonitorings sie motiviert, die von der Ärztin und vom Arzt angedachten Therapieziele umzusetzen. Die Compliance wird gesteigert. Die telemedizinischen Geräte und die Übertragung der Werte an die Hausarztpraxis erzeugen eine Sichtbarkeit für die ansonsten abstrakte Diagnose Bluthochdruck. „Du weißt jetzt genau, was du hast. Du hast dich ja nie interessiert. So: ‘Blutdruck. Ah, ja.’“ (t1P43, Pos.61).

Ein Versorgter (im besagten Fall, geht es um eine Gewichtsreduktion und das Einstellen des Blutdrucks) berichtet, dass die Tatsache, dass die Vitalwerte an den Arzt direkt rückgemeldet werden, ihn dazu anhält, das Thema Gewichtsreduktion anzugehen und beizubehalten; insbesondere da der Arzt sich bei auffälligen Werten meldet bzw. bei Nichteinhalten der Frequenz der Messungen.

Da hat er mich angerufen: ‘Ja, Herr N. wir müssen das ändern. Wir müssen eine andere Medizin nehmen, das hilft nicht.’ Das war immer 150 und 160, 180. Also und jetzt, mit der Sache immer, da hat er Verbindung, da ruft er an. (t1P43, Pos.23)

Die RCCM, die hat zweimal angerufen. Und hat gesagt: ‘Was macht Ihr Mann? Misst der noch? Denn der Arzt hätte gesagt, er hätte pausiert.’ (t1P42, Pos.70)

Eine Versorgte berichtet.

Ja, irgendwie zwingt es mich, dass ich jeden Tag Blutdruck messe. Sollte ja drei-, viermal am Tag, aber das habe ich nur am Anfang gemacht. Jetzt messe ich nur morgens. (t1P12, Pos.9)

Das Telemedizinische Monitoring in Kombination mit der im Modellprogramm integrierten Ernährungsberatung wird als erfolgreich beschreiben.

Danach haben wir Ernährungsberatung gehabt, drei, vier Tage später, für die Diabetes. Das hat tatsächlich was gebracht. (t1P15, Pos.16)

### 7.3 Erweiterte Erreichbarkeit – die alleinige Vorhaltung beruhigt

Drei Versorgte und eine Angehörige berichten, dass sie im Versorgungsjahr die Erweiterte Erreichbarkeit gewählt haben. Zu vermuten ist, dass eine höhere Anzahl die Erweiterte Erreichbarkeit genutzt hat, denn es stellte sich des Öfteren im Rahmen der Erzählungen von Krisensituationen heraus, dass nicht mehr genau unterschieden werden konnte, ob die Erweiterte Erreichbarkeit oder andere Optionen, wie RCCM, Hausnotruf, Rettungsdienst oder die 116117 gewählt wurden. Beobachtbar ist auch, dass Versorgte eine gesundheitliche Krise, nachdem diese überwunden wurde, verdrängen und gar nicht mehr so genau in die Erinnerungen der Krise eintauchen wollen und vergessen haben, dass sie dieses Tool genutzt haben.

Eine alleinlebende Versorgte wählte die Nummer der Erweiterten Erreichbarkeit (Schwindel, Benommenheit), dort wurde zum Abwarten geraten. Die Versorgte rief daraufhin am nächsten Morgen bei den RCCM an, die dann nach Rücksprache mit dem Hausarzt eine Abklärung auf Verdacht eines Schlaganfalls im Krankenhaus einleiteten. (t1P29, Pos.6 und Pos.74).

Eine Tochter berichtet, dass sie zweimal die Erweiterte Erreichbarkeit genutzt hat, um kritische Gesundheitszustände (Schwindel) ihrer Mutter abzuklären. Berichtet wird, dass die dort erhaltene Beratung, als krisenentschärfend erlebt wurde. Der Tochter konnte ihre Verunsicherung in dieser stressigen Situation genommen werden „Aber ich wusste halt nicht, wenn dann sowas ist, was mache ich denn? Ich stehe alleine dann da“ (t1A24, Pos.41) und sie konnte die Option, mit ihrer Mutter in die Ambulanz zu fahren oder den Rettungsdienst zu rufen, verwerfen.

Die überwiegende Anzahl der Befragten berichtet, dass sie die Notrufnummer nicht gebraucht hat, allerdings die Möglichkeit, diese im Bedarfsfall nutzen zu können, als Beruhigung erlebt.

#### 7.4 Teilnahme an der Digitalen Plattform – weder von Versorgten noch Angehörigen genutzt

Im Rahmen der zweiten Befragungswelle bekunden die Versorgten kein Interesse an der Teilnahme an der Digitalen Plattform. Dies ist nicht eine prinzipielle Ablehnung der Digitalisierung, sondern es fehlt die Neugierde und Bereitschaft, sich mit digitalen Neuerungen auseinanderzusetzen. Zudem zeigt sich, dass der ein oder andere mit der Versorgungssituation derart gefordert ist, dass keine Kraft und Ausdauer mehr für neue Herausforderungen vorhanden sind.

Keine/kein befragte/befragte Versorgte/Versorgter hat sich auf der Digitalen Plattform registriert. Vier befragte Angehörige geben an, sich auf der Digitalen Plattform angemeldet zu haben.

#### **Erfolgreiche Registrierung und Nutzung**

##### *Technikaffine Angehörige: Angehörige arbeiten als MFA in Arztpraxen*

Bei zwei Versorgten arbeiten die Angehörigen als MFA in Hausarztpraxen, die bei OBERBERG\_FAIRsorgt teilnehmen. Damit sind sie mit der IT einer Arztpraxis vertraut und haben sich mit der Digitalen Plattform vertraut gemacht, da diese beiden Hausarztpraxen die Plattform nutzen. Somit konnten sich diese Angehörigen auch erfolgreich auf der Digitalen Plattform registrieren. Eine Angehörige hat die Digitale Plattform ausschließlich beruflich genutzt und nicht in ihrer Rolle als Angehörige. Die andere Angehörige war sporadisch aktiv auf der Digitalen Plattform und hat diese zur Kontaktaufnahme mit den RCCM genutzt, auch hier schwerpunktmäßig in ihrer Profession als MFA. In ihrer Rolle als Angehörige einer Versorgten nutzte sie die Plattform nur, wenn die RCCM telefonisch nicht erreichbar waren. Allgemein bewertet die Angehörige, auch in ihrer Profession als MFA, die Digitale Plattform als Erfolg, „mit der Plattform, der Grundgedanke ist super“. (t1A20, Pos.51) Allerdings ist Geduld und zeitlicher Einsatz erforderlich. „Aber da muss man (lacht) halt das erste Mal ein bisschen Geduld aufbringen. Aber ansonsten, wenn das geklappt hat und man die Geduld weiterhin gehabt hat und sich intensiv damit beschäftigt hat, klappte das.“ (t1A20, Pos.59) Abschließend wird eine vereinfachte Version angeregt „mit der Digitalisierung, dass man da noch ein bisschen was vereinfacht.“ (t1A20, Pos.83)



### *Teilnahme am Telemedizinischen Monitoring*

Die Teilnahme am Telemedizinischen Monitoring ist der Auslöser, sich auf der Digitalen Plattform zu registrieren, um auf dieser die Vitalwerte einzusehen. Eine Angehörige berichtet, dass sie für die Registrierung die Unterstützung der jüngeren Generation benötigte. (Zur Nutzung der Digitalen Plattform ist es dann aber nicht mehr gekommen, da der Versorgte kurz darauf verstarb.)

Ein Ehepaar, bei dem der Mann in der Versorgung ist, hat das Telemedizinische Monitoring dazu motiviert, sich auf der Digitalen Plattform zu registrieren. Die Registrierung wird als zeitaufwendig beschrieben und wurde mit den RCCM und wiederholter Kontaktaufnahme zum IT Support des Plattformanbieters bewerkstelligt.

### **Startschwierigkeiten werden nicht überwunden**

Auch im Rahmen der zweiten Befragungswelle wird von Befragten, die durchaus digital affin sind, denn sie verfügen über einen funktionierenden Internetzugang und nutzen das Internet zur Informationsbeschaffung und Freizeitgestaltung, von zahlreichen gescheiterten Versuchen, sich auf der Plattform zu registrieren, berichtet.

Ich habe da nicht dran arbeiten können, weil ich da nie reingekommen bin. Hat mir gar nichts gebracht. Gar nichts. (t1P2, Pos.226)

Trotz Kontakten zum IT Support gelang keine erfolgreiche Registrierung. Eine Angehörige mit dem Bildungsgrad eines Hochschulabschlusses und in einer leitenden Position tätig, fasst zusammen:

Und deshalb habe ich gedacht, wie kann das sein, dass ich mit diesem Teil überhaupt nicht klarkomme? Ich verstehe das nicht. Auch die verschiedenen Punkte, die ich da eingeben sollte, habe ich zwar gemacht, aber wenn man dann permanent an eine Wand rennt, dann sagt man, nein Leute, dann konzipiert eine App. Es lag an der Konstruktion. Und dann funktionierte es wieder nicht. (t1A1, Pos.272)

Dies lässt den Schluss zu, dass der Zugang zu einer Digitalen Plattform für die Nutzer niederschwellig erfolgen sollte (einfache Handhabung per APP, feste IT-Ansprechperson). Bleibt die Frage, wie hoch der Nutzen ist, dass auch die Versorgten Zugriff auf die Digitale Plattform haben, im Verhältnis zu den Kosten, die für eine Bereitstellung eines IT Supports gegebenenfalls anfallen.

## *8 Einschätzung der Intervention aus Sicht der Hausärztinnen, Hausärzte und weiteren Leistungserbringenden*

Zum Ende der Intervention wurden die an OBERBERG\_FAIRsorgt teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte befragt. Insgesamt nahmen 17 Hausarztpraxen am Modellprojekt teil und hatten jeweils mindestens eine Patientin oder einen Patienten eingeschrieben. Zu diesen Praxen wurde Kontakt aufgenommen. Der Anbahnungsprozess für die Interviews zeigte sich als ein aufwendiger und holpriger Weg. Die Hürden der Interviewanbahnung waren hoch. Vermutlich ist die zeitliche Überbeanspruchung der Hausarztpraxen aufgrund des hohen Patientenaufkommens bedingt durch die Unterversorgung an Hausarztpraxen im Oberbergischen Kreis ursächlich. Aufgrund der schwierigen telefonischen Erreichbarkeit erfolgte der Erstkontakt zusätzlich per Mail. Angeboten wurde ein Interview am Telefon, alternativ per Zoom oder ein persönliches Gespräch in der Hausarztpraxis.

13 der 17 Hausärztinnen und Hausärzte wurden befragt. Ergänzend erfragten wir bei acht weiteren Leistungserbringenden ihr Meinungsbild. Im Mittelpunkt standen die Elemente der Neuen Versorgungsform: 1. Interventionen und Rolle der RCCM, 2. die Tools: Telemedizinisches Monitoring, Erweiterte Erreichbarkeit, Interdisziplinäres Fallkonsil und 3. das Arbeiten der Leistungserbringenden auf der Digitalen Plattform.

Im Folgenden werden die Begriffe Versorgte, Patientinnen und Patienten synonym genutzt, was der Perspektive der Leistungserbringenden entspricht.

### 8.1 Interventionen und Funktionen der RCCM

#### 8.1.1 Benefits für die Versorgten

Die befragten Hausärztinnen und Hausärzte ziehen unisono eine positive Bilanz und sehen Verbesserungen der Versorgung der teilnehmenden Patientinnen und Patienten.

Ja, das finde ich eine gute Sache. Und warum finde ich es gut? Ich glaube, dass die Versorgung der Patienten verbessert wird. Ich habe kein Problem damit, dass da irgendjemand mitmischt, in Anführungsstrichen. (...) Ich fand das gut mit dem Assessment. (...) Und sobald dann ein Study

Nurse oder jemand anders quasi Arbeit für uns abnimmt, läuft das viel besser. Ist meine Erfahrung. (H1, Pos.67)

Für die versorgten Patienten war das sicher ein Benefit. Macht aber natürlich langfristig nur Sinn, wenn es allen Patienten zugänglich wird. (H5, Pos.5) Das ist eine gute Sache. Das Projekt ist insgesamt gut, keine Frage. Das ist ein gutes Projekt und optimiert die Versorgung. Und es soll ja für die Patienten der große Benefit daraus sein. Ich glaube, wir als Ärzte, wir haben nicht den entscheidenden Benefit. Das muss man jetzt einfach so sagen. Aber es ist ja auch gar nicht so angedacht, denke ich. Es geht ja nicht primär um uns. (H5, Pos.81)

Und die eine Patientin, fand ich, die ist mir am eindrücklichsten in Erinnerung. Und was da von OBERBERG\_FAIRsorgt unternommen wurde rund um Facharzttermine, Pflegedienst und auch Kontakten zu Angehörigen, wo ich das im Vergleich zu vorher halt wirklich als ausgesprochen entlastend empfunden habe und für die Patientin halt auch nutzbringend. (H10, Pos.13)

Die Hilfen, die die (meint RCCM) leisten im Alltag, bei Formularen, bei Anträgen und allem, was so anfällt, funktionieren super gut, hat den Leuten sehr gut gefallen. Tut ihnen auch gut und hat an vielen Stellen wirklich richtig gut geholfen. Hat Dinge bei Behörden erleichtert, mit den Krankenkassen die Kommunikation oder so deutlich vereinfacht und erleichtert. Hat sehr gut funktioniert. (...) Ansonsten hat das für uns eigentlich, wie gesagt, hauptsächlich gut funktioniert. Super waren diese Begleitungen durch die RCCM hier. Das war perfekt. Das ist von den Patienten super gut angenommen worden. (H7, Pos.7)

#### 8.1.1.1 Aktivierung stärkt psychosozial – Compliance steigt

Das Konzept der Hilfe zur Selbsthilfe mit den RCCM als Ansprechpersonen stärkt die Versorgten psychosozial. Die Patientinnen und Patienten sind nicht nur aus hausärztlicher Sicht „medizinisch besser kontrolliert“, sondern die Patientinnen und Patienten haben auch das Gefühl, besser versorgt zu sein, was zufriedener und „glücklicher“ macht.

Die Patienten sind glücklich damit. Das kann ich durch die Bank sagen. Die sind besser versorgt. Die haben Ansprechpartner. Die fühlen sich auch besser versorgt und das war durch die Bank der Tenor. Die waren

wirklich alle glücklich. (H4, Pos.6) In der Tat sind sie besser überwacht, auch medizinisch besser kontrolliert. Dadurch, dass sie eben einfach auch von den Damen (meint RCCM) regelmäßig besucht wurden. (H4, Pos.8)

Und da geht es, glaube ich, weniger darum, wann kommt denn jetzt der Toilettensstuhl oder wann kommt jetzt der oder der? Sondern da geht es, glaube ich, eher um das Kümmern. (H12, Pos.97)

Das Gefühl, dass sich um die Versorgten gekümmert wird, bildet bekanntlich die Grundlage für die Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung an therapeutischen Maßnahmen. Die Compliance der Versorgten wird gestärkt.

#### 8.1.1.2 Vernetzung der Leistungsanbieter

Das Aufbauen eines Versorgungsnetzwerks im Oberbergischen durch die RCCM wird von den Hausärztinnen und Hausärzten als versorgungsqualitätssteigernd hervorgehoben. Patientinnen und Patienten mit hohen Versorgungsbedarfen, bei denen mehrere Leistungserbringende, die es zu koordinieren gilt, in die Versorgung eingebunden sind, profitieren. Die Versorgungsleistungen werden zügiger eingeleitet, Informations- und Kommunikationsbrüche beseitigt, oder zumindest verringert. Die Hausärztin und der Hausarzt konnten sich dann auf die RCCM verlassen und wurden von diesen bei Bedarf hinzugezogen.

Da ist dann noch mehr Vernetzung. Der Patient ist noch besser vernetzt. Ich bin Palliativmediziner und im palliativmedizinischen Bereich ist es so, dass sie einen Pflegedienst haben, unter Umständen Sozialdienst, Krankengymnastik, noch einen ambulanten Hospizdienst und so weiter. Und die Familienangehörigen. Das heißt, sie haben eigentlich eine große Gruppe von Menschen, die mit einem Menschen betraut ist. Das ist was, was ich hier immer als ganz positiv empfunden habe, dass ich mit denen von OBERBERG\_FAIRsorgt, mit den Beiden (meint RCCM) immer wieder mich abgesprochen habe, wenn es was gab, oder die auf mich zugekommen sind. (H9, Pos.35)

Die Zusammenarbeit war super. Die Patienten haben sich wohl aufgehoben gefühlt, weil eben zusätzlich noch jemand praktisch ins Boot kam, wo sie einen niederschweligen Kontakt hatten. Und daraus resultierend

auch relativ zügig Problemlösungen angeboten bekommen haben über mich oder über wen auch immer. (H13, Pos.3)

### 8.1.1.3 Vulnerable, pflegebedürftige Patientinnen und Patienten

Insbesondere bei pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten, die hohe Versorgungsgrade haben und bei denen verschiedene Leistungserbringende im Idealfall teamorientiert zu koordinieren sind, bekommen die RCCM eine wichtige unterstützende Rolle als niederschwellige Ansprechpersonen (für Patientinnen, Patienten, Angehörige, Leistungserbringende). In diesem Zusammenhang ist gerade die Unterstützung der Angehörigen von Bedeutung.

Die Patienten profitieren, Pflegebedürftige und ältere Leute und auch Angehörige, so geriatrische Fälle mit Multimorbidität. Es waren jetzt auch zwei Fälle mit Demenzerkrankungen dabei bei uns. Die profitieren, gerade die Angehörigen, immer von einem Ansprechpartner. Das ist niederschwellig. Sonst haben sie den Pflegedienst. Die haben dann oft keine Zeit, beziehungsweise sind nicht kompetent. Da kommt dann halt irgendeine Pflegeperson, die dann eventuell auch gar nicht Bescheid weiß, die wechseln ja auch, und haben wenig Zeit. Und der Hausarzt, wir sind schon ansprechbar, und auch meine Mitarbeiterinnen sind ansprechbar. Aber wir sind halt auch nicht immer erreichbar telefonisch. Wir sind nicht immer da und haben auch nicht immer Zeit. Die Leute profitieren schon von der niederschwelligeren Ansprechperson bei diesem ganzen Dschungel und Dickicht der Versorgungsformen, die es gibt. Davon profitieren die Leute. Dass die noch einen Ansprechpartner haben. Auch jemand, der kompetent ist und sich auskennt. (H6, Pos.27)

Es macht die Versorgung von pflegebedürftigen Patienten einfacher. Wenn das allgemein etabliert wäre, wird das sicher so sein. (H5, Pos.11)

Auch Patientinnen und Patienten mit beginnender Demenz, die Facharzttermine nicht mehr gut selbst organisieren können, profitieren von der Kümmerer- und Lotsenfunktion der RCCM, was wiederum die Hausarztpraxen entlastet. Dazu siehe Abschnitt 8.1.2.4. Nachfolgend das Beispiel einer Patientin, die Orientierungsschwierigkeiten hat, ihre Arzttermine wahrzunehmen.

Da ist eine Patientin mit einer demenziellen Entwicklung. Und bei dem Ehemann würde ich das Gleiche unterstellen. Ich habe die öfters gemeinsam oder auch alleine hier in der Praxis erlebt und durch die Hinzunahme von OBERBERG\_FAIRsorgt und das Wahrnehmen von Koordinierungsaufgaben, also beim Facharzt, und der Einflussnahme, dass die Patientin eben auch Bescheid weiß, erinnert wird und sich halt da zeitgerecht vorstellt, hat das schon die Situation abgestellt, dass die Patientin zum Teil in die falsche Praxis gefahren ist oder zu einem falschen Termin erschienen ist, den sie gar nicht hatte. Das ist erkennbar besser geworden. Erst mal so ein unmittelbarer Nutzen. Der Patientin mussten wir häufig halt hinterher erklären oder für sie dann beim Internisten im Nachbarort anrufen. Oder der hat sich bei uns gemeldet, 'Die Patientin hatte gar keinen Termin, die hat den erst im nächsten Monat'. Das würde ich jetzt OBERBERG\_FAIRsorgt zuschreiben, dass sich das deutlich gebessert hat. Wir kamen immer wieder mal in die Situation, dass sich die Fachärzte dann auch an uns wandten, weil sie eben auch erkannt haben, das ist nicht so gesichert, dass die vereinbarten Termine jetzt wirklich verstanden werden oder so wahrgenommen werden wegen dieser demenziellen Situation, die sich beim Ehemann wohl auch abspielt. Und ohne sonstige Angehörige vor Ort, die das halt auffangen konnten, haben wir natürlich dann versucht, das, so gut es uns möglich war, so mit zu koordinieren. Ich könnte jetzt gar nicht beziffern, wie da die Koordinierungsleistung von Ihrem Team (meint RCCM) gewesen ist, nur ist es besser geworden erkennbar. (H10, Pos.17)

#### 8.1.1.4 Isolierte, netzwerklose Patientinnen und Patienten

Bei der Gesundheitsversorgung von isoliert und ohne Netzwerk, alleinlebenden Versorgten zeigen sich die Lücken des Gesundheitssystems, insbesondere bei Gesundheitskrisen und zum Lebensende.

Die Angehörigen sind zum Ende hin immer ein entscheidender Faktor für jeden Patienten. Wer alleine ist und niemanden hat, der sich ein bisschen für ihn einsetzt, der ist ganz schnell verloren hier in unserem System. Und zum Ende hin können die alle immer weniger. Und diejenigen, die hier keine nahen Angehörigen haben oder das Glück haben, dass sie wirklich jemanden haben, der sich für sie einsetzt. Das gibt es ja auch alte, freundschaftliche Beziehungen. Nachbarschaftliche Hilfe. Da erlebt

man ja tolle Sachen manchmal. Aber die sind wirklich allein gelassen. Und die haben es extrem schwer. (H4, Pos.86)

Aber grundsätzlich ist der Bedarf da, das sehe ich schon. Also gerade, weil ältere Menschen, vor allem die keine Angehörigen hier in der Nähe haben, schon sehr schwierig aufgestellt sind. Was kriege ich an Hilfe? Viele wollen sich auch nicht helfen lassen, so richtig, weil sie vielleicht auch Berührungängste haben mit der ganzen Bürokratie und auch gar nicht wissen, was es an Möglichkeiten gibt. Und deswegen denke ich schon, dass es da halt einen großen, großen Bedarf gibt. (H12, Pos.7)

Bei diesen teils vollständig auf sich allein gestellten Patientinnen und Patienten ersetzen die RCCM die Angehörigen und den Versorgten wird weiterhin ein Leben im Privathaushalt ermöglicht.

Und die (meint RCCM) kontrollieren jetzt auch schon den Medikamentenplan und gucken, dass das mit der Pflege läuft, da kein Angehöriger so tatsächlich vor Ort ist. Die RCCM übernehmen jetzt so die Angehörigenfunktion, es ist super, dass es die gibt. (L1, Pos.46)

Das Schöne war bei der einen Patientin, die ist mittlerweile stationär, die hatte gar keine Angehörigen und da haben die (meint RCCM) eigentlich die fehlenden Angehörigen komplett kompensiert, kann ich sagen. Die haben sich gekümmert um den Hausarztbesuch, das Besorgen von Rezepten, um Verordnungen, da konnte ich mich immer an die wenden, wenn es da Probleme gab, weil solche Sachen können wir (ambulanter Pflegedienstleister) teilweise gar nicht kompensieren, bei Ärzten vorbeifahren, Rezepte abholen etc. Das haben die (meint RCCM) dann für uns gemacht. (L7, Pos.9)

Ich habe eine Patientin gehabt. Die hatte wirklich niemanden mehr. Der Mann war tot, die Tochter ist gestorben. Und die war alleine. Die hatte keine Familie hier. Die hatte rein gar nichts mehr hier gehabt. Die war wirklich alleine. Und die war so glücklich. Die hat den ganzen Tag niemanden gehabt, mit dem sie reden konnte. Bin ich da hingefahren, mussten wir erstmal eine Viertelstunde reden, weil sonst -. Das war schwierig. Aber die war glücklich, dass überhaupt mal jemand kam, der sich da mal 20 Minuten hingesetzt hat und gesprochen hat. (H4, Pos.90)

### 8.1.1.5 Präventionsaspekte

Die niederschwellige Ansprache der RCCM und das begleitende Überwachen seitens der RCCM deckt sich anbahnende Gesundheitskrisen und kritische Versorgungssituationen schon im Anfangsstadium auf. Interventionen konnten eingeleitet werden, sodass es nicht zu Gesundheitskrisen kam. Damit bekommt die Rolle der RCCM präventive Handlungen. Ein Hausarzt resümiert, dass nicht nur die Patientinnen und Patienten weniger in kritische Gesundheitskrisen kamen, sondern auch er als Hausarzt weniger kontaktiert wurde.

Das waren alles Patienten, die eben einen hohen Bedarf haben, der immer danach schreit, wenn es praktisch brennt. Und dann muss hier das Team (meint sein Praxisteam) mit mir zusammen natürlich dann auch zügig zu Problemlösungen mit hohem Zeitaufwand kommen. Und so fühlte ich mich schon entlastet, weil das früher stattfand, bevor es brannte. Also wenn da Probleme auftauchten, wurden die besprochen. Und dann wurde praktisch schon unterschwellig angefangen, weil als das Problem anfang, wurde das schon angegangen, sodass ich im Schnitt die Leute viel weniger gesehen habe, weil sie mich nicht brauchten. (H13, Pos.11)

In diesem Zusammenhang ist die fachliche Expertise der RCCM von Bedeutung. Die RCCM erkennen sich anbahnende Gesundheitskrisen und Versorgungsinstabilitäten früher als die Versorgten (mangelnde objektive Selbsteinschätzung, fehlende medizinische Kenntnisse) und die in die Betreuung eingebundenen Angehörigen (psychosoziale Verstrickung führt zu „Betriebsblindheit“).

Auch übernehmen die RCCM den oft den Hausarztpraxen zugeschriebenen Auftrag, bei chronischen Erkrankungen Potentiale zur Gesundheitsförderung und Prävention von Pflegebedürftigkeit zu beleuchten (Schaeffer/Horn 2013).

Aber auch für mich ist es insofern ein bisschen einfacher gewesen, weil ich einfach wusste. Dann kamen die Damen teilweise hier vorbei und haben Probleme konkret angesprochen. Was sonst die Patienten so ohne weiteres entweder gar nicht gemacht hätten oder erst dann gekommen wären, wenn es wirklich deutlich schlechter gewesen wäre. (H4, Pos.10)



### 8.1.2 Entlastung Hausärztinnen und Hausärzte

Im Oberbergischen zeigt sich die Unterversorgung mit Hausarztpraxen ([www.hausaerzte-oberberg.de](http://www.hausaerzte-oberberg.de)) auch daran, dass die Hausarztpraxen mehr Patientinnen und Patienten aufnehmen und versorgen könnten, als ihre zeitlichen Ressourcen dies zulassen (H4, Pos.34; H3, Pos.29). Alle befragten Leistungserbringenden konstatieren durch OBERBERG\_FAIRsorgt für die Patientinnen und Patienten eine verbesserte Versorgung. Einige wenige Hausärztinnen und Hausärzte stellen allerdings für ihre Arbeit keine Entlastung fest. (H3, Pos.29; H12, Pos.5). „Alles in allem, es (meint OBERBERG\_FAIRsorgt) hat mich mehr Arbeit gekostet, aber es ist trotzdem wert. Muss man sagen. Und das wäre für mich auch kein Grund, das nicht mehr zu machen“. (H9, Pos.101)

Auch ist, wie bei Modellprojekten mit Selektivvertrag üblich, nur eine beschränkte Gruppe an Versorgten eingeschrieben. Dies führt dazu, dass die Leistungserbringenden im Behandlungsfall stetig herausfiltern müssen, ob die Patientin oder der Patient an OBERBERG\_FAIRsorgt teilnimmt und damit den Leistungen zugeführt werden kann. Dies bindet auf der Leistungserbringerseite Zeitressourcen.

Doch die meisten Hausärztinnen und Hausärzte sehen die RCCM in ihren unterschiedlichen Funktionen der Beratung und Koordination als Entlastung für die Arbeit der Hausarztpraxen. „Diese Fallmanager, das ist aus meiner Sicht eine ganz wichtige Komponente, weil es ja letztlich dann auch, ich sage mal, eine Entlastung ist für die Praxis.“ (H1, Pos.87)

#### 8.1.2.1 Fachkraftblick und Zeitersparnis durch Übernahme der Eingangsassessments

Das Eingangsassessment den RCCM zu übertragen, wird als Arbeitsentlastung bewertet.

Ich war mit der Frage beschäftigt, wenn ich mir das Eingangsassessment angucke: Wie viel Aufwand würde das für mich sein? Der Aufwand in der Praxis ist ohnehin so hoch, dass ich es dann eben gerne abgegeben habe. (...) Und dass das übernommen wurde von den RCCM, das fand ich sehr positiv. Und so ist es mir überhaupt nicht schwergefallen, das dann auch abzugeben an eine Pflegefachkraft. (H10, Pos.21)

Das Eingangsassessment ist eine Entlastung und die Tatsache, dass die Patienten besucht werden von den RCCM. Das ist auch eine Entlastung.

Da kommt ein Blick drauf und ich krieg ein Feedback, ohne dass ich selber vorbeigefahren bin. (H4, Pos.56)

Hausbesuche, gerade im ländlich geprägten Oberbergischen, sind für die Hausärztinnen und Hausärzte zeitlich aufwendig (H4, Pos.64); hier wird Zeit durch lange Anfahrten gebunden, die dann anderen Patientinnen und Patienten nicht mehr zur Verfügung steht. Somit stellt die Durchführung der Eingangsassessments durch die RCCM für die Hausärztinnen und Hausärzte zunächst eine zeitliche Entlastung dar (H5, Pos.17; H6, Pos.13).

Natürlich die Zeitersparnis. Unter Umständen vielleicht ja auch neue Erkenntnisse, was ich nicht gesehen habe oder andere nicht gesehen haben. (H1, Pos.19)

Der ergänzende Blick auf die Patientinnen und Patienten durch eine Pflegefachkraft wird geschätzt und als versorgungsqualitätssteigernd eingeordnet. Insbesondere die Tatsache, dass die RCCM die Patientinnen und Patienten in ihrer Häuslichkeit besuchen, wird als perspektiven-erweiternd erachtet (H1, Pos.19; H4, Pos.58; H8, Pos.14) und als ein Benefit für die Versorgten gesehen. Die RCCM haben hier die Möglichkeit, weitere Blickwinkel (soziale Ressourcen, psychische Kompetenzen, Familienstrukturen) zu erhalten, die erst bei einem Hausbesuch zu Tage treten.

Mir ist auch schon bei manchem Hausbesuch aufgefallen, dass das Bild nach außen hin, also der tritt gepflegt auf und alles, und wenn man dann in die Wohnung kommt, sieht es da ganz anders aus. Oder wenn man mal in den Kühlschrank schaut. (H3, Pos.13)

Da geht es dann auch um Familienstruktur. Wer mischt sich da ein, und wo? Wer mischt sich ein und sollte vielleicht gar nicht gehört werden? Das sind wichtige Fragen. Und auf wen hören dann die Patienten jeweils? Und diese Hintergrundinformationen können sie nicht mit einem Basisassessment machen. Aber den ganzen Rahmen, den konnte ich natürlich dann bieten. (H13, Pos.13)

Ich denke, das ist auch mal wichtig, dass man aus einem anderen Blickwinkel das sieht. Ich sehe das ja immer hauptsächlich aus dem medizinischen Aspekt. Und der pflegerische Bereich hat einen ganz anderen Blickwinkel. Und wenn man jetzt von diesem Projekt kommt, hat man sicherlich noch mal wieder einen anderen Blickwinkel gehabt als der Pflegedienst, der ins Haus kommt oder, ich sage mal, der MDK, der ins

Haus kommt. Das sind ja alles unterschiedliche Foki, die man da hat. (H12, Pos.107)

Im Versorgungsgespräch wurden dann die Informationen zusammengeführt. Dies setzt voraus, dass der Hausarzt die Interventionen der RCCM als kooperatives Element und nicht als konkurrierend oder gar kontrollierend einordnet.

#### 8.1.2.2 Standby Modus der RCCM

Für die hausärztliche Versorgung bringt der Standby Modus der RCCM einen gewissen Grad an Sicherheit, dass es, insbesondere bei vulnerablen und isoliert lebenden Patientinnen und Patienten, weniger zu versorgungskritischen Situationen kommt. Die Hausärztin und der Hausarzt antizipieren hier mit dem Element der RCCM im Hintergrund, dass sich die Versorgung der Patientinnen und Patienten auf einem stabilen Niveau hält, Versorgungslücken der Patientinnen und Patienten geschlossen werden und die Hausärztin und der Hausarzt letztendlich bei medizinischen Thematiken von den Patientinnen, Patienten und deren Angehörigen oder den RCCM kontaktiert werden.

Wir bestellen den Patienten ein, Patient kommt nicht, dann steht in der Akte: Patient nicht erschienen, kriegt einen neuen Termin. Und dann steht da drei-, viermal, Patient nicht erschienen. Und irgendwann werden wir dann aktiv und sagen: 'Da ist ja irgendwas.' Aber wenn man dann sagt: 'Es ist OBERBERG\_FAIRsorgt da', dann hat man ja mehr so das Gefühl, da ist dann auch noch einer im Hintergrund, der guckt. Das ist gerade wichtig bei den Patienten, die noch keinen Pflegedienst haben. (H3, Pos.21)

#### 8.1.2.3 Weniger Kontakte von Versorgten zur Arztpraxis

Die Arbeit der RCCM im Hintergrund reduziert die Kontakte der Versorgten zur Hausarztpraxis. Die Hausärztinnen und Hausärzte berichten von weniger Hausbesuchen, aber auch von weniger Besuchen der Versorgten zu den Sprechzeiten. Die RCCM fangen viele Situationen im Vorfeld ab, sodass es weniger zu instabilen und krisenhaften Gesundheitssituationen kommt.

Ich kenne die alle zu Hause. Ich habe alle, die ich jetzt auch in OBERBERG\_FAIRsorgt gesehen habe, schon zu Hause besucht, bedingt entweder durch Krankheit oder sonst was. Ich war in jeder Häuslichkeit. Deswegen, das wäre mir nicht fremd gewesen. Aber zu dem Zeitpunkt jetzt, als die da eingestiegen sind, brauchte ich eigentlich nirgendwohin. Es sei denn bei einer Akutgeschichte. Und jetzt ist es eben auch so, dass die dann auch weniger in der Praxis waren, die einfach weniger Bedarf hatten. (H13, Pos.15)

#### 8.1.2.4 RCCM als Ansprechperson für Gesundheitliches und Soziales

Die Hausärztin und der Hausarzt, gerade bei jahrzehntelanger Begleitung von Patientinnen und Patienten, sind nicht nur für die medizinische Versorgung da, sondern werden zur Ansprechpartnerin und zum Ansprechpartner in Bereichen, die im weiteren Sinne die Gesundheitsversorgung betreffen. Wir zitieren hier aus dem von uns mitdurchgeführten Forschungsprojekt CoReNet, Teilprojekt MenDis, eine nach ihrer Rolle im Netzwerk der Gesundheitsversorgung befragten Hausärztin: „Wir sind hier so ein klein bisschen ein Wohnzimmer für die Patienten. Wo man seine Sorgen mal so loswerden kann. Und hören ein bisschen mehr zu.“ (MenDis: Transkript H1, Z. 266)

Auch die im Oberbergischen befragten Hausarztpraxen werden mit vielen Anfragen konfrontiert, die über die rein medizinische Versorgung hinausgehen. „Wir sind ja auch Familienärzte, in Anführungsstrichen, so sehe ich das zumindest.“ (H12, Pos.11)

Wir sind ja nicht nur medizinisch für die da, sondern wir sind auch in vielen anderen, familiäre Dinge, im sozialen Bereich sind wir Ansprechpartner. (...) Ich sehe, dass viele soziale Probleme auf mich als Hausarzt abgewälzt werden, wo ich nicht viel tun kann und auch nicht die Zeit dafür habe, da eine Beratung durchzuführen. (H12, Pos.9)

Berichtet wird, dass Anfragen der Patientinnen und Patienten an die Hausarztpraxis um Unterstützung bei der Vermittlung eines Facharzttermins zunehmen. Diesen Patientenwunsch nachzukommen, bindet Zeitressourcen. Die Organisation eines Facharzttermins an die RCCM zu übergeben, wird als arbeitsentlastend erachtet. (H10, Pos.13)

OBERBERG\_FAIRsorgt hat für uns den Benefit, dass die Patienten mit Terminsorgen, mit Nöten, dass dann ein Ansprechpartner zwischenge-

schaltet ist. Die kommen nicht unbedingt dann zu uns. Ich denke grundsätzlich, in der medizinischen Versorgung war vielleicht manches dann schneller. Wir müssten uns nicht um Termine kümmern. Das hat dann OBERBERG\_FAIRsorgt gemacht. (H5, Pos.13)

Für eine wirksame Entlastung der hausärztlichen Arbeit bedarf es einer genauen Festlegung, welche konkreten Aufgaben die RCCM, vielleicht auch aus dem Aufgabenspektrum der Hausärzte und Hausärztinnen, übernehmen.

### 8.1.3 Entlastung der ambulanten Pflegedienste bei Patientinnen und Patienten mit komplexen Bedarfen

Die ambulanten Pflegedienste kommen bei Patientinnen und Patienten mit komplexen Versorgungsbedarfen an die Grenzen ihres Versorgungsauftrags. Und dies obwohl die Pflegedienste prinzipiell eine Mischkalkulation machen: „Das ist generell in der ambulanten Pflege so, da haben sie Patienten, die sind etwas versorgungsintensiver, was das Drumherum betrifft, und andere da funktioniert es halt.“ (L7, Pos.17).

Bei alleinlebenden, multimorbiden Patientinnen und Patienten und bei Patientinnen und Patienten, deren Partnerinnen und Partner keine Unterstützungen mehr geben können, kann der Umfang der Versorgung immens sein, was einen gesteigerten Organisationsbedarf erfordert. Der ambulante Pflegedienst muss hier einen ganzheitlichen Blick auf die Versorgungssituation halten, neben den eigentlichen Pflegesachleistungen eng mit der Hausarztpraxis zusammenarbeiten und den Medikamentenplan im Blick behalten, was das Besorgen von Rezepten und Verordnungen betrifft.

Vor allem sind es auch oft Angehörige oder Ehepartner, die in der Regel ältere, multimorbide Patienten versorgen, die oft selber auch schon nicht mehr die Fittesten sind, sage ich jetzt mal, und da bin ich dann froh, wenn da jemand im Hintergrund ist, der mir kompetent Unterstützung geben kann. Wenn Angehörige da sind, die einigermaßen fit sind, dann kompensieren die das auch. (L7, Pos.17)

Das verweist auf die Bedeutung des vernetzten Arbeitens der RCCM mit den ambulanten Pflegediensten.

#### 8.1.4 Schnittstellenmanagement bei Überleitungen ins und aus dem Krankenhaus

Bei der Schnittstelle Krankenhauseinweisung und -entlassung in den Privathaushalt werden von den Hausärztinnen und Hausärzten *Informations- und Kommunikationsbrüche*, die die Art der gewählten Kommunikationswege und den Wechsel von Medien im Rahmen eines Kommunikationspfades betreffen (Telefon, Fax, Email, postalisch), angesprochen.

Idealtypisch sollte der Entlassungsbrief als eArztbrief über den geschützten Kommunikationsdienst KIM (Kommunikation im Medizinwesen), an den jede Gesundheitseinrichtung angeschlossen ist und der es Praxen ermöglicht, medizinische Dokumente elektronisch und sicher über die Telematikinfrastruktur (TI) zu empfangen und zu versenden, direkt zur Hausarztpraxis gelangen. Mehr noch, die Entlassungsbriefe könnten, nach technischer Abklärung, sofort in die Digitale Plattform von OBERBERG\_FAIRsorgt eingestellt werden. In der Realität hat sich der KIM bzgl. eEntlassungsbrief noch nicht als praxistauglich erwiesen. Im Jahr 2024 erfolgt ein Neustart.

Wir haben das Problem, dass wir eigentlich eine gesetzlich vorgegebene Entlassmanagementstruktur haben, die dann aber von keinem Krankenhaus genutzt wird. (H13, Pos.29)

In der Praxis hängt es vom Krankenhaus, von den dort praktizierenden Ärztinnen und Ärzten sowie den Sozialdiensten ab, ob und wie die Entlassung in die Häuslichkeit vorbereitet wird.

Es ist so, das hängt vom Engagement des Stationsarztes ab oder auch schon mal des Oberarztes. Mal klappt das gut, meistens nicht. (H2, Pos.69)

Das hängt immer mit dem Engagement der Patienten, der Familie, wenn die Patienten es selber nicht können, vielleicht auch des Pflegediensts, der involviert ist, und natürlich des Hausarztes ab, wie gut das funktioniert. (H12, Pos.29)

Beschrieben werden Situationen der Entlassung in Gesundheitszuständen mit nicht geregelten Unterstützungs- und Pflegebedarfen am Freitagnachmittag (H13, Pos.37; H4, Pos.112; H6, Pos.57).

Es gibt weiterhin die Entlassungen Freitagsonntag, und dann ist auch keiner mehr erreichbar. Dann sind die alten Leute zu Hause. Kran-

kenpflege kann dann auch erst nach dem Wochenende kommen. (H2, Pos.71)

An dieser Stelle hat das Care und Case Management von OBERBERG\_FAIRsorgt großes Potential, „wenn sie (meint RCCM) informiert würden.“ (H4, Pos.114). Insbesondere Drehtüreffekte könnten verhindert werden, wenn die RCCM die Entlassung vorbereiten, insbesondere bei Entlassungen mit verändertem Gesundheitszustand. Die Sozialdienste der Krankenhäuser müssten dann die RCCM in die Informationskette miteinbeziehen (H4, Pos.118). Ein weiterer Aspekt, der auf das Idealbild einer Digitalen Plattform der Vernetzung aller Leistungserbringenden der regionalen Gesundheitsversorgung deutet.

Besonders für die Gruppe der Alleinlebenden mit hohen Unterstützungsbedarfen, manches Mal auch mit einem geringen Grad an Compliance hervorbringenden Denkmuster verankert, ist nach einem Krankenhausaufenthalt die Rückkehr in die Häuslichkeit nur mit Unterstützung von zahlreichen ambulanten Leistungserbringenden möglich. Hier ebnen die RCCM durch Organisation und Koordination der Leistungserbringenden (z. B. ambulanten Pflegedienst informieren, Hausnotruf installieren, Hilfsmittel besorgen, Haushaltshilfen, Physiotherapie, Essen auf Rädern) die Überleitung und ermöglichen die Eingewöhnung in der Häuslichkeit, mit dem Ziel, dass sich der Gesundheitszustand der Versorgten verbessert (z. B. nach einem Oberschenkelhalsbruch, nach Operationen) und die Versorgungssituation sich stabilisiert.

Der (meint Versorgten) ist halt auch eigen. Die haben versucht, zu versorgen, nach dem stationären Aufenthalt zu Hause zu versorgen. Das ist nicht so gut geglückt. Die RCCM haben das genauso gesehen und haben dann intensiver den Kontakt aufgenommen und auch den Bedarf gesehen. Und haben gesagt, das funktioniert hier leider hinten und vorne nicht, dass was die Angehörigen sich da so vorgestellt haben. Wir müssen da nochmal komplett drüber reden. (L1, Pos.30) Wir haben dann halt gesagt, der braucht definitiv Hilfe und wenn die RCCM nicht schon vorher dagewesen wären und den Versicherten gekannt hätten, dann hätte der grundsätzlich diesen Drehtüreffekt gemacht. Die RCCM haben halt unterstützt in der Kommunikation mit den Angehörigen, dass der Versicherte jetzt aktuell besser versorgt ist. (L1, Pos.46)

## Überleitung bei lebensverändernden Erkrankungen

Die RCCM konnten, wurden sie denn informiert, Überleitungen in die häusliche Versorgung bahnen und Krisen entschärfen. Dazu wurden uns von den RCCM und den Angehörigen Beispiele genannt, in denen Versorgte das Krankenhaus mit einer lebensverändernden Erkrankung verließen (A6, A24, A23, A8). Somit können die RCCM an der Schnittstelle Krankenhausentlassung ein unterstützendes Tool für die Organisation der Versorgung in der Häuslichkeit sein.

### 8.1.5 RCCM unterstützen und ersetzen Angehörige

Die Angehörigen profitieren von der Expertise der RCCM. Gelingt eine niederschwellige Zusammenarbeit der Triade Versorgte/Versorgter – Angehörige/Angehöriger – RCCM ergeben sich für die Versorgten lebensqualitätssteigernde Outcomes. Jede Dyade Versorgte/Versorgter – Angehörige/Angehöriger hat ihre eigene Biographie und ist in ihrer Emotionalität, Unterstützungsintensität und -frequenz verschiedenartig. Beobachtbar sind sehr nahe Beziehungen von Mutter/Schwiegermutter (Versorgte) – Tochter/Schwiegertochter (Angehörige), in denen die Versorgten die Entscheidungen quasi an die Tochter/Schwiegertochter übertragen. Hier sind zielgerichtete, schnelle Informationsflüsse zwischen Angehörigen und RCCM möglich und die Versorgungsunterstützungen seitens der RCCM sind passgerecht umsetzbar; die Triade wird quasi zur Dyade Versorgte/Versorgter plus Angehörige/Angehöriger – RCCM. Es gibt auch Beziehungskonstellationen, in denen ein ambivalentes Verhältnis zwischen Versorgten und Angehörigen deutlich wird, was mediationsbasierte Interventionen der RCCM erforderlich macht.

Von den Leistungserbringenden sowie den Hausärztinnen und Hausärzten wird die Bedeutung der Angehörigen für die Versorgung von vulnerablen Patientinnen und Patienten betont, auch für die Umsetzung der Therapien und Steigerung der Compliance.

Man muss das wirklich bei alten und bei dementen Leuten immer auch mit irgendjemanden besprechen, weil sonst wird das alles nicht umgesetzt. (H6, Pos.29)

Ganz wichtig für die pflegebedürftigen Patienten. Keine Frage. Das sind so die Bereiche, denke ich, wo OBERBERG\_FAIRsorgt natürlich noch näher am Patienten und an den Angehörigen ist. (H5, Pos.55)



Es gibt wenige Ausnahmen, wo die Angehörigen letztlich gar nicht einbezogen sind. Die sind immer irgendwie einbezogen, mehr oder weniger, je nachdem, wie schwer pflegebedürftig derjenige ist oder wie wenig. Wenn es Angehörige gibt, dann gehören die zum Team dazu, sage ich mal. Die kommen auch oft, die Angehörigen, und fragen: 'Ja, wie ist das?' und 'Können Sie mal zum Hausbesuch kommen' und 'Wie geht es dem Vater?' oder so. Die fragen auch oft nach. Das ist dann schon die Drehscheibe hier, so eine Praxis. (H9, Pos.71)

Einerseits sind Angehörige wichtige Sprechwerkzeuge der Versorgten, andererseits sind sie u. U. durch die Versorgungssituation überfordert oder schätzen die Situation aufgrund ihrer emotionalen Involviertheit falsch ein. Genau dann bekommt die Fachexpertise der RCCM für die Hausärztin und den Hausarzt und deren bzw. dessen Therapieentscheidungen Bedeutung.

Weil, da scheitert es manchmal auch, dass man gerne helfen wollte, aber irgendwie klappt das nicht so recht. Und dann die Kommunikation mit Behörden. Wo ich das in einem Fall mitgekriegt habe, wo eben halt die Frau RCCM dann bei der Krankenkasse intensiv nachgefragt hat, wo der Angehörige gar nicht dazu in der Lage war. Und dass sich das auch sehr gut geklärt hat. (L5, Pos.33)

Die Angehörigen sind natürlich für mich die Hauptansprechpartner, um den Verlauf festzustellen. Weil bei vielen Dingen die Patienten selber gar nicht sagen können. Entweder spielen sie es rauf, dass sie sich schlechter machen, als sie sind. Oder sie spielen es runter, dass alles gut läuft. Aber ich brauche dann immer die objektive Geschichte. Wobei man natürlich auch kritisch gucken muss. Manche Angehörige sind überfordert mit der Situation, obwohl sie es gar nicht sein müssen. Aber weil sie selber in der Situation sind, wo das dann schwierig ist. Man muss also praktisch beide anhören. Aber ich nutze die sehr wohl. Ich denke, dass aber eine objektive Betrachtung von jemandem, der jetzt nicht pflegt, der nicht der Angehörige ist, der nicht sehr verantwortlich ist, also wieder die Case Manager, ein cooles Bild liefern. Einfach, weil ich das einordnen kann, wenn sie (meint RCCM) denn fachlich versiert sind. Das sind sie (meint RCCM), sind sie beide gewesen. Konnten mir sagen, ob das jetzt geht oder nicht. Das war schon unabhängig von den Angehörigen mir wichtig. Und die Angehörigen nutze ich bei fast allen. Auch, wenn ich die Leute alleine sitzen habe, frage ich dann schon bei den Angehörigen,

die dann direkt nebenan wohnen oder die rein- und rausgehen, frage ich nach. (H13, Pos.51)

Dabei füllen die RCCM eine Lücke, wenn weder Versorgte noch Angehörige in der Lage sind, die Bedürfnisse und Bedarfe der Versorgten zu erkennen und durchzusetzen. Die RCCM erfüllen dann mehrere Funktionen: Lotsenfunktion (Schnittstellenmanagement und Mediation), Beraterfunktion (Organisation) und Angehörigenfunktion (Stellvertretung).

Das hat einen riesen Vorteil, weil der Versicherte selbst dazu nicht in der Lage ist. Die Angehörigen da auch recht wenig Background haben und wir eigentlich uns auf dem kurzen Weg kontaktieren können. Sie (meint RCCM) wissen genau, worüber wir reden. Sie können mir genau sagen, was sie brauchen. Ich kann genau das umsetzen, was die wollen. Dann wird da auch direkt ein Tool daraus. (L1, Pos.8) Und wenn es die (meint RCCM) nicht gäbe, weiß ich nicht, wo der Versicherte heute wäre, weil er wäre definitiv nicht versorgt. (L1, Pos.34)

Kommen die alten Eltern in Betreuungssituationen kehren sich die Eltern-Kind Rollen um, was oft von beiden Seiten schwer zu akzeptieren ist und nicht selten zu Konflikten führt. Die Funktion der RCCM als Mediator in konfliktbehafteten Versorgungssituationen zwischen den Versorgten, deren Kindern und den Leistungserbringenden koordinierend zu vermitteln, wird in Abschnitt 7.1.3.1 und 7.1.3.3 beschrieben.

Wenn es Angehörige gibt, die sich auch mit dem Thema auseinandersetzen, da gibt es auch ein familiäres Problem. Da gibt es häufig auch Schwierigkeiten zwischen den Kindern und den Eltern und so weiter. Und häufig wird es halt eben auch nicht wahrgenommen und akzeptiert, dass derjenige alt und schwerkrank ist. Dann wird das natürlich auch gerne auf uns oder auf das medizinische Fachpersonal übertragen. 'Warum ist das denn jetzt so? Was ist denn da schief gelaufen?'(...) Manchmal muss ich denen auch noch ihr schlechtes Gewissen nehmen, um die zu animieren, die Mutter, den Vater ins Pflegeheim zu bringen, weil ich sehe, dass sie daran zugrunde gehen, die Töchter oder die Söhne oder wer auch immer. (H12, Pos.59)

## 8.2 Tools der Neuen Versorgungsform

### 8.2.1 Geriatisches Eingangsassessment

Zum Versorgungsstart ein geriatrisches Eingangsassessment durchzuführen, wurde als zielführend erachtet. Versorgungslücken konnten aufgedeckt werden. Wie nachfolgendes Beispiel zeigt: Ein demenziell erkrankter Mann (dessen Demenz noch nicht diagnostiziert ist) versorgt seine blinde Frau.

Beim Eingangsassessment, was diese Arztpraxis selber macht, kam dann wirklich raus, was sie gar nicht auf dem Schirm hatten: Der Ehemann versorgt seine blinde Frau, das läuft irgendwie und beim Versorgungsplan haben sie festgestellt, dass der eine große Demenz hat. Vorher, wenn die in die Arztpraxen kamen – die Frau hat ihn immer irgendwie geleitet, obwohl sie blind ist – ist das nie aufgefallen. Aber da. Das sind so Sachen, da war die Arztpraxis auch erstaunt. Sagt sie, Super, hätten wir nie gemerkt sonst. (GDt0, Pos.40)

Der zusätzliche Blick in den Privathaushalt der Patientinnen und Patienten durch eine Pflegefachkraft wird als hilfreich für die ganzheitliche Versorgung der Patientinnen und Patienten geschätzt. Zudem zeigt sich eine zeitliche Entlastung für den Hausarzt. Beides wird in Abschnitt 8.1.2.1 dargelegt. Um den zahlreichen erforderlichen Hausbesuchen nachzukommen, schickt eine Hausarztpraxis bei (kurzfristig, nicht planbaren) Hausbesuchen zunächst eine MFA zur Abklärung der Gesundheitssituation zu den Patientinnen und Patienten nach Hause, der Hausarzt wird dann (video)telefonisch dazu geschaltet und entscheidet.

Auf Grundlage der Ergebnisse des geriatrischen Eingangsassessments folgte dann ein Versorgungsgespräch zwischen Hausarzt und RCCM. Zielführend war hier ein transparenter Informationsaustausch. In diesem Situationsrahmen war die Fähigkeit der Hausärztinnen und Hausärzte gefragt, die RCCM als neues Versorgungselement anzuerkennen.

Die Hausärzte betonten den kooperativen Aspekt der Versorgungsgespräche. (H13, Pos.9)

Ich habe mit denen (meint RCCM) gesprochen. Wir haben geguckt, was ist der nächste Plan, was können wir tun? Das hing sehr von dem einzelnen Patienten ab. Das kann ich jetzt nicht pauschal sagen, aber das war immer sehr gut. Hat man geguckt, was kann man zielorientiert tun, was kann man den Patienten Gutes tun? Also das lief. (H5, Pos.26)

Ich erinnere mich an Treffen, die waren dann meistens direkt im Anschluss an die Sprechzeit, Beginn der Mittagspause, das ging immer sehr strukturiert und zügig. (H10, Pos.25)

Aus der Perspektive der RCCM werden diese Gespräche ebenfalls als konstruktiv erachtet, zusätzlich wird der ausreichende zeitliche Rahmen betont.

Genau, wir machen da so einen Sammeltermin und dann besprechen wir wirklich jeden einzelnen Patienten, das was dem Arzt auffällt, was uns aufgefallen ist, den Angehörigen. Auch die Arzthelferinnen waren mit dabei. Also es wird dann wirklich zusammen besprochen. (t0RCCM, Pos.360)

Eine Minderheit der befragten Hausärzte führte das Eingangsassessment selbst durch (H3, Pos.83-41; H9, Pos.59).

Ja, eigentlich finde ich es besser, man macht das in der Praxis, weil man dann die ganze EDV hinter sich hat und auch mal eben nachsehen kann. Und das hat man zu Hause eben nicht. Und es sind in der Regel Patienten gewesen, wo man regelmäßig Hausbesuche macht und die man auch gut kennt. (H2, Pos.15)

Das Übertragen des Eingangsassessments an die RCCM setzt voraus, dass auf Basis kooperativer Zusammenarbeit die hausärztliche Verantwortung für dieses Tool abgegeben wird, es zu einem Informationsaustausch darüber kommt. Erneut stellt sich die Frage nach der Festlegung des Aufgabenkatalogs der RCCM vor dem Hintergrund der Optimierung des Informationsaustausches der Leistungserbringenden, der im Idealfall auf der Digitalen Plattform erfolgen sollte.

## 8.2.2 Erweiterte Erreichbarkeit

In der praktischen Ausgestaltung war das Tool der Erweiterten Erreichbarkeit an die Notfallnummer des Rettungsdiensts angeschlossen, sodass die diensthabenden Notärztinnen und Notärzte im Hintergrund des Rettungsdiensts angegliedert an die Leitstelle direkten Zugriff auf die Digitale Plattform mit den hinterlegten Diagnosen und Versorgungsplänen hatten. Abgedeckt wurden die Zeitfenster, in denen die Hausarztpraxen nicht erreichbar sind; werktags ab 17 Uhr bis 8 Uhr morgens des Folgetages, Mittwoch und Freitag schon ab mittags sowie an Wochenenden und Feiertagen. Die

Erweiterte Erreichbarkeit hat das Ziel, die Versorgung in der Häuslichkeit zu Zeiten, an denen die Hausarztpraxen nicht erreichbar sind, also gerade an Wochenenden, zu stabilisieren. Den Versorgten soll in kritischen Gesundheitssituationen Sicherheit gegeben werden, wann der Weg in die Notaufnahme notwendig ist und wann abgewartet werden kann. Wir haben im Oktober 2023 ein Interview mit einem Notarzt des Rettungsdiensts hinsichtlich der Praktikabilität und etwaiger Probleme der zu erzielenden Effekte geführt.

Die Inanspruchnahme der Erweiterten Erreichbarkeit hielt sich zahlenmäßig in engen Grenzen. Das zeigt die Dokumentation auf der Plattform und bestätigt die retrospektive Einschätzung der Notärztinnen und Notärzte im Hintergrund des Rettungsdiensts. Als Gründe können vermutet werden:

1. Die Interventionen der RCCM stabilisieren die Versorgungssituationen.
2. Die Nummer der Erweiterten Erreichbarkeit – immerhin ist es ein neues, bisher unbekanntes Tool – ist bei den Versorgten und Angehörigen nicht durchgängig präsent, oder gerät in stressbeladenen Gesundheitskrisen in Vergessenheit, auch von Seiten der Angehörigen. Zur Differenzierung wäre hier eine Recherche zielführend, welche anderen Versorgungsoptionen (Anruf bei den RCCM, Hausnotruf, Rettungsdienst, Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst, Weg in die Notaufnahme, Abwarten) stattdessen in Anspruch genommen wurden. Bei der Befragung der Versorgten und Angehörigen zeigte sich, dass diese sich i. d. R. nicht mehr erinnern konnten, welche Telefonnummer sie in einer kritischen Gesundheitssituation gewählt hatten. Alleinlebende Versorgte rufen in Krisen oft auch erst bei ihren Angehörigen an; in den von uns berichteten Situationen sind dies die Kinder.

Bezüglich der Systemtauglichkeit sind die Notärztinnen und Notärzte im Hintergrund des Rettungsdiensts bereit, den Schritt von der notärztlichen Versorgung in das Feld der allgemeinmedizinischen hausärztlichen Versorgung zu gehen. Das erfordert durchaus ein Umdenken, betreffend der Nachfragen, was situationsbezogen bedarfsgerecht ist. Beobachtbar ist, dass im heutigen operativen Notärztlichen Dienst der Anteil der Hilflosigkeit und Versorgungsproblematik an den Notfällen stetig wächst.

Denn in der heutigen Notfallmedizin ist der Anteil der Hilflosigkeit und der Versorgungsproblematik an den Notfällen, die wir bearbeiten, stetig

wachsend. Weil einfach die restlichen Versorgungsformen da nicht so greifen, wie sie könnten. (L8, Pos.24)

Die Nutzung der Datenbasis auf der Digitalen Plattform mit Diagnosen und Medikamentenplänen wird als hilfreich bewertet. Berichtet wird eine Situation, in der eine RTW Alarmierung abgewendet werden konnte. Allerdings wird sich auch an eine Situation erinnert, in der die Informationen nicht ausreichend waren. Im konkreten Beispiel konnte aber auf den Einsatz eines RTW verzichtet werden und ausschließlich ein Krankenwagen geschickt werden, was tatsächlich auch ausreichend war, da es nicht zeitdringlich war. In diesem Zusammenhang zeigt sich die Notwendigkeit, dass die Daten auf der Digitalen Plattform stets auf dem aktuellen Stand sein sollten; was die Frage nach der Zuständigkeit der Aktualisierung der Datenbasis aufwirft.

In der Praxis gab es auch Anrufe, bei denen klar war, es geht eher um ein häusliches Versorgungsproblem und nicht um eine zeitkritische Versorgungslage. Wenn hier die Unsicherheit der Anrufenden behoben werden konnte (so wurde es uns von einer Angehörigen berichtet), und ein Rettungseinsatz verhindert werden konnte, dann haben auch solche Anrufe ihren Sinn erfüllt. Dann gab es Anrufe, wo klar war, hier ist eine zeitkritische Versorgungslage und die Notärztin bzw. der Notarzt, die bzw. der die Telefonnummer der Erweiterten Erreichbarkeit bediente, organisierte den Rettungsdienst.

Technisch gesehen ist die Digitale Plattform von OBERBERG\_FAIRsorgt gut in den Arbeitsplatz und die Arbeitsabläufe der Leitstelle integriert, der Zeitaufwand, sich (direkt zu Dienstbeginn) einzuloggen, ist gering und auch die Handhabung der Digitalen Plattform als Nutzung einer Datenbasis ist gegeben. Anzumerken ist, dass die Leitstelle in der Ausgestaltung des Teilbereichs der Plattform betreffend die Erweiterte Erreichbarkeit unmittelbar beteiligt war und die Zusammenarbeit mit dem Plattformbetreiber als sehr konstruktiv erlebt hat.

Von der Nutzung der Erweiterten Erreichbarkeit haben die befragten Hausärztinnen und Hausärzte keine Rückmeldung bspw. von den Versorgten oder RCCM erhalten, auch wurde kein Überweisungsschein, wie bei der Kontaktaufnahme mit dem Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst ausgestellt. Die Ärztinnen und Ärzte hätten diese Informationen allerdings auf der Digitalen Plattform einsehen können. Berichtet wird, dass die Erweiterte Erreichbarkeit von den Versorgten positiv bewertet wurde: „Das kam eigentlich auch immer sehr gut an bei den Patienten.“ (H3, Pos.99)

Die Notwendigkeit der Aufrechterhaltung des Tools der Erweiterten Erreichbarkeit als Nebenstruktur zum Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst wird von einem Hausarzt vor dem Hintergrund der zum Januar 2024 im Oberbergischen Kreis erfolgten Reform der Notdienstbezirke dringend angeregt; insbesondere damit nicht vermehrt auf den Rettungsdienst mit anschließender Krankenhauseinweisung ausgewichen wird.

### 8.2.3 Telemedizinisches Monitoring – Wertschätzung und Prävention

Das Telemedizinische Monitoring stellt ein fakultatives Tool dar. Bei Teilnahme bekamen die Hausarztpraxen die telemedizinischen Geräte zur Vergabe an die Versorgten zur Verfügung gestellt. Übergeben und erklärt wurden die Geräte den Versorgten von den RCCM. Mitbegleitet wurde das Telemonitoring von einer beim Oberbergischen Kreis angestellten Projektkoordinierenden Ärztin, was als positiv bewertet wird: „Auch Frau N im Hintergrund. Also das war tutti, war in einer Hand. Das war ein Guss. Das war schon gut.“ (H13, Pos.7)

#### **Teilnahme am Telemonitoring: Patientinnen und Patienten fühlen sich wertgeschätzt**

Die am Telemonitoring teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte bewerten den Einsatz von Telemedizinischem Monitoring meist als zielführend. Beobachtet wird, dass die Patientinnen und Patienten sich durch das Telemonitoring wertgeschätzt fühlen: „Der [Patient] fühlt sich in der Regel ernster genommen, wenn er selber was tun kann und wenn er das Gefühl hat, Mensch, jetzt sieht der das, der Doktor.“ (H4, Pos.32) Und das steigert die Compliance: „Manche Patienten, für die ist es gut, wenn die was tun können.“ (H4, Pos.24)

Die haben die elektronische Anbindung an Blutzucker- und Blutdruckmessgeräte als sehr angenehm empfunden, sie fühlten sich nicht kontrolliert, sondern man kontrollierte sie und sie fühlten sich dadurch einfach besser versorgt. (H13, Pos.3)

Was mir aufgefallen ist, es ist für mich total praktisch, hier am PC zu sitzen, der Patient sitzt dann zum Beispiel mir gegenüber. Und ich kann mal schnell mir angucken, wie sieht die Blutdruckkurve aus und wie sieht die Gewichtskurve aus. Das ist natürlich sehr schön, auch für den Patienten. Dem kann ich das dann direkt erzählen. Die sind eigentlich alle davon sehr angetan gewesen, mit denen ich das gemacht habe, die

dann hier waren. Und dann, dass man das so quasi miteinander austauschen konnte und auswerten konnte. (H9, Pos.13)

Angemerkt wird der unterschiedliche Nutzen der vier verschiedenen Monitoringgeräte. Bei Blutzucker- Blutdruckmessgeräten und Waagen werden Benefits für die Versorgten konstatiert.

Die Blutdruck-Patienten haben das eigentlich sehr zuverlässig durchgeführt. Wir haben jetzt auch im Nachgang einige Patienten im Monitoring für Blutdruck drinnen gelassen, weil denen konnten wir wirklich ganz gut helfen. Wir haben Spitzen gesehen, die wir hier nie zu sehen bekommen haben, weil die nicht während der Praxiszeiten stattfinden, in Anführungsstrichen. Da war das eigentlich ganz schön, das mal zu sehen. Wir haben denen dann so Messprotokolle aufgegeben. Die haben das auch durchgeführt, und das hat gut funktioniert. (H7, Pos.5)

Der Einsatz der EKG Geräte scheiterte oftmals an der Handhabung (Berichte dazu von den Versorgten in Abschnitt 7.2) oder auch daran, dass die Werte nicht in Echtzeit von den Hausarztpraxen abgerufen wurden. „Letztendlich ist das (meint EKG Telemonitoringgerät) kein vernünftiges Werkzeug, weil ich keine Meldung kriege, wenn sie (meint die Patientin) gemessen hat. Ich habe keinen Ping oder keinen Alarm, kein sichtbares Signal bekommen, wenn sie das gemessen hat. Wenn sie das morgens gemessen hat und ich schaue das abends nach, bringt das nichts, gar nichts, überhaupt nichts.“ (H7, Pos.9)

### **Präventive Aspekte des Telemonitorings**

Medizinisch relevant ist aus ärztlicher Perspektive die Tatsache, dass die Ärztin und der Arzt bei geänderten Vitalwerten schnell reagieren können. Genannte Beispiele sind die Gewichtskontrolle bei Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz. Hier zeigen sich präventive Aspekte.

Die Patienten profitieren insofern davon, dass sie etwas besser kontrolliert sind. Wenn ich mir einen herzinsuffizienten Patienten nehme, dann schlägt er hier wieder auf, wenn er fünf Kilo zugenommen hat. Dann ist es aber schon zu spät. Wenn ich dann vorher gesehen habe, dass er zwei Kilo zugenommen hat und dann schon mal das Diuretikum etwas hochsetze, dann ist das sicherlich ein Benefit für den. (H4, Pos.22)

Bei vielen Patienten ist es so, wenn die eine Herzinsuffizienz haben, dann gebe ich zum Beispiel ein Diuretikum neu und sage dann dem Angehörigen oder dem Pflegedienst: 'Bitte Gewicht messen.' Das kann



man sich dann sparen. Das kann man sich insofern sparen, dass ich nicht wieder Zettel zurückkriege, sondern ich sehe das eins zu eins auf der Oberfläche und kann verfolgen, wie wirkt denn die Therapie. (H9, Pos.13)

Von den Ärztinnen und Ärzten wird auch eine Innovationsfondsprojekten inhärente Finanzierungslücke angesprochen, eben der weitere Einsatz des Telemedizinischen Monitorings nach Ende des Interventionszeitraums. Bei Beendigung würden die geschaffenen Benefits der Patientenversorgung wieder wegfallen, geschaffene relevante Strukturen würden aufgelöst. (Bundesverband Managed Care 2022)

### **Begründung Nichtteilnahme**

Einige Hausärztinnen und Hausärzte haben keine Patientinnen und Patienten in das Telemedizinische Monitoring aufgenommen. Begründet wird dies, dass keine oder keiner, der an OBERBERG\_FAIRsorgt teilnehmenden Patientinnen und Patienten die Einschlusskriterien für ein Telemonitoring erfüllte (H5, Pos.35). Auch der Zeitfaktor wird genannt: „Die Zeitressourcen, um sich überhaupt reinzudenken, überhaupt sich mit dem Gedanken zu beschäftigen, wer kommt dafür infrage? Ja, das fehlte.“ (H8, Pos.49)

Argumentiert wird auch damit, dass die Ärztinnen und Ärzte ihre Patientinnen und Patienten gut kennen und deren Vitalwerte bei Indikation durch ein Langzeit-EKG, 24 Stunden Blutdruckmessgerät auswerten können. Einige ältere Patientinnen und Patienten messen ihre Vitalwerte (Blutdruck, Blutzucker) selbsttätig mit eigenen Geräten. Auch misst der ambulante Pflegedienst und gibt bei Veränderungen Rückmeldung in die Hausarztpraxis.

#### **8.2.4 Geriatisches Interdisziplinäres Fallkonsil**

Das im Modellprojekt OBERBERG\_FAIRsorgt vorgesehene fakultative Tool des Geriatischen Interdisziplinären Fallkonsils konnte nicht umgesetzt werden. Keine geriatriische Einrichtung war dem Selektivvertrag beigetreten. Geäußert wird, dass die hausärztliche Versorgung zahlreiche geriatriische Kenntnisse erfordert. Therapien auf Grundlage der Priscus-Liste, die 'potentiell inadäquate Medikation im Alter' (PIM) aufführt, die bei älteren Menschen vermieden werden sollte, sind hausärztlicher Standard. Vorgeschlagen wird ein Austausch mit Fachärzten der Neurologie.

Wir als Hausärzte sind, ich sage mal, Hobbygeriater. Und die Priscus-Liste ist uns bekannt. Und diese ganzen Demenzttests sind auch bekannt. Das ist kein Buch mit sieben Siegeln wie Diabetologie oder bestimmte Spezialgebiete, weil das unser Alltag ist. Schön wäre gewesen, wenn tatsächlich Neurologen mitgemacht hätten, weil dann wäre es interessant gewesen. Da wäre so ein interdisziplinäres Fallkonsil zielführend gewesen, die hätten wir viel häufiger gebraucht. Weil wir da relativ viel überweisen. Wir machen jetzt hier unsere groben Tests, stellen fest, da läuft was in die Richtung. Und dann geht es in die Einordnung Alzheimer, muss man was tun, kann man was tun und so weiter. Aber mit dem Geriater hätte ich jetzt nicht so die Schnittstelle gesucht. (H13, Pos.69)

Vorgeschlagen wird auch die Vernetzung mit Facharzttrichtungen der Dermatologie und Rheumatologie, die besonders bei älteren Patientinnen und Patienten wichtiger werden. Idealtypisch könnte die Vernetzung über die Digitale Plattform erfolgen: „Foto hoch und angucken.“ (H4, Pos.104)

Es gibt so ein paar Sachen, wo immer Schwierigkeiten entstehen. Ich spreche jetzt für mich. Zum Beispiel: Die Haut beim alten Patienten. Wer guckt sich denn so jemanden an. Auch in den Heimen ist das oft ein Problem. Was machen wir? Wir machen eigentlich das, was die meistens auch machen. Wir schmieren da Kortison drauf. Und wenn Kortison nicht hilft, kommt wieder Kortison drauf. Und einen Hautarzt hier an Land zu kriegen? Extrem schwierig. Wenn ein Patient ein rheumatologisches Problem wirklich hat. Versuchen Sie mal, einen Rheumatologen zu kriegen. Katastrophe. Funktioniert nicht. Es gibt so diese kleinen Nischenfächer, die nicht stark vertreten sind. Wo die Patienten dann schon praktisch keine Chance haben, wirklich versorgt zu werden. Es sei denn, es ist dann wirklich ein Sohn da, der dann mit denen wirklich da hinreist und die einpackt und sich da intensiv einsetzt. Aber das ist extrem schwierig. So diese kleinen Fächer, wo wir nicht jeden Tag mit zu tun haben. Die bisschen schwierig sind für uns Hausärzte. EKG können wir alle lesen. Wenn die Luftnot haben und mit der Lunge schlecht sind. Dann können wir das auch machen. Aber diese kleinen Sachen. Das da wäre schön, wenn man da ein bisschen so ein kleines Netzwerk hätte, wo es einfacher würde. (H4, Pos.100)

Berichtet wird von einem interdisziplinären Fallkonsil bei einem Versorgten in dessen Zuhause. Ein alleinlebender Versorgter befand sich nach einem Krankenhausaufenthalt mit anschließender Rehabilitation in einem

kritischen Versorgungszustand. Zur Suche nach einer Lösung wurde von den RCCM ein Fallkonsil in der Häuslichkeit mit Hausarzt, ambulantem Pflegedienst, RCCM und Angehörigen organisiert. Der Hausarzt berichtet: „Das war gut, muss ich sagen, das war richtig gut, weil man dann direkt zusammen da war, man konnte zusammen da eine Lösung finden. War natürlich zeitlich desolat, hat uns jetzt irgendwie eine Stunde gekostet, hätte man auch kürzer machen können. Aber für den Patienten hat es natürlich schon was gebracht.“ (H8, Pos.67)

Ansonsten haben die befragten Ärztinnen und Ärzte über den Zeitablauf Informationswege zum Austausch mit Kolleginnen und Kollegen erarbeitet: „Hier zu Hause in X, wo wir sitzen, sitzt der Neurologe auch direkt eine Etage höher, und man geht einfach die Treppe hoch.“ (H2, Pos.57-59). „Aber ansonsten machen wir das klar mehr über Telefon.“ (H5, Pos.51)

Für den Informationsaustausch der Arztpraxen untereinander (Hausarztpraxis – Facharztpraxis), der oft aufgrund schwerer Erreichbarkeit zeit- und aufwendig ist, werden die RCCM als Bindeglied gesehen. Dann übernehmen die RCCM hier eine Vermittlerfunktion zur Facharztpraxis.

Das wird Ihnen (meint Interviewperson) sicherlich auch oft begegnen, wie eingeschränkt die Erreichbarkeit in zahlreichen Praxen ist. Und wenn da jemand einen Anruf übernimmt, den ich wiederum gut erreichen kann, denn die Fallmanager haben alle Mobilnummern, wo sie in meiner Erfahrung jetzt immer gut erreichbar waren, dann ist das auch ein Beispiel für Entlastung. (H10, Pos.57)

### 8.3 Digitale Plattform

Von der idealtypisch gedachten Idee einer Digitalen Plattform, die Diagnostiken und Versorgungspläne der Versicherten bündelt und eine Zugriffs- und Austauschplattform für alle Leistungserbringenden der Gesundheitsversorgung im Oberbergischen darstellt, sind alle Befragten überzeugt.

B1: Wenn alle Leistungserbringer oder wenn mehrere Leistungserbringer darüber kommunizieren, hat das einen riesengroßen Nutzen. (...) B2: Der absolute Nutzen ist natürlich, wenn wirklich das Krankenhaus draufgeht. B1: Wenn alle draufgehen. B2: Wenn der Pflegedienst da draufgeht. (GDtI, Pos.327-330)

Da muss man wirklich dann alles dort zusammenfassen, die ganzen Schnittstellen. Die Idee, eine zentrale Plattform zu machen, das treibt die

Politik auch um, seit längerem. Ist eine nette Idee, das fände ich auch schön. Aber das müsste wirklich so sein, dass das in die Praxissoftware integriert ist und dass man sozusagen wirklich mit einem Klick dann alles sieht. Wir haben das in unserer Praxis sozusagen als Insellösung. Da funktioniert es natürlich ganz hervorragend, da funktioniert es sehr gut. Aber da müsste man die ganzen externen Daten auch noch anschließen lassen. Das wäre schön, wenn das ginge. Aber alle Lösungen, die ich da kenne, sind immer zu kompliziert und dann letztendlich nicht praktikabel. (H13, Pos.56)

Es ist auf jeden Fall für den Patienten vorteilhaft. Wenn der am Wochenende ein Problem hat. Wenn der zur Unzeit ein Problem hat. Und wenn man auf die Daten zugreifen kann, ist das für jeden, der sich in irgendeiner Form damit befassen muss, einfacher. (H4, Pos.14)

In der praktischen Umsetzung wurde die Digitale Plattform von den RC-CM und von einigen teilnehmenden Hausarztpraxen genutzt, vermehrt ab September 2022, dem Start des Telemonitorings. Auch von den diensthabenden Notärztinnen und Notärzten im Hintergrund des Rettungsdiensts, die die Telefonnummer der Erweiterten Erreichbarkeit bedienten, wurde auf Daten der Plattform zurückgegriffen. Von den weiteren Leistungserbringenden verwendete lediglich eine in die Neue Versorgungsform integrierte Ernährungsberaterin die digitalen Patientenakten, um die ärztlich verordnete Ernährungsberatung patientenzentriert vorzubereiten.

Der in OBERBERG\_FAIRsorgt eingeschriebene ambulante Pflegedienst hatte zwar Zugang zur Plattform, nutzte diese aber nicht. Begründet wird dies mit hoher Arbeitsbelastung, die keine zeitlichen Ressourcen lässt, sich mit der Plattform vertraut zu machen.

Wir haben zwar alle Zugangsdaten bekommen und ob Sie es glauben oder nicht, ich schäme mich fast, es zuzusagen, nein, ich schäme mich nicht. Das ist einfach die Situation in der Pflege. Wir haben es nicht geschafft, uns damit zu beschäftigen und das zu nutzen. Wir machen unsere Kontakte gerade ganz klassisch über normalen E-Mail Verkehr und über normale Telefonate. (L4, Pos.21)

Einrichtungen der stationären Kurz- und Langzeitpflege, Facharztpraxen, weitere Leistungserbringende und das örtliche Krankenhaus sind nicht dem Selektivvertrag beigetreten und haben somit keinen Zugang zur Plattform.

## **Digitale Plattform als strukturiertes Dokumentationssystem des Care-und-Case-Managements**

Die Digitale Plattform zeichnet das Bild des durchgeführten Care-und-Case-Managements nach. Die RCCM erstellen für alle Versorgten umfangreiche digitale Fallakten. Auf die Fallakten konnten alle RCCM zugreifen, damit ist eine gegenseitige Vertretung der RCCM jederzeit gewährleistet. Die Praxis zeigt, dass die Aktualisierung der digitalen Fallakten im Aufgabenbereich der RCCM liegt. Nur vereinzelt verfügbaren Hausarztpraxen über Zeit- und Personalressourcen, Patientendaten auf der digitalen Plattform zu aktualisieren. Da keine Schnittstellen mit den praxiseigenen Patienten-datenverwaltungssystemen existieren, erfordert dies eine doppelte Dokumentation. Zur steten Aktualisierung der Plattformdaten bekommen Kommunikation und Informationsaustausch zwischen RCCM, Hausarztpraxen, weiteren Leistungserbringenden, Versorgten und Angehörigen umso größere Bedeutung.

Die Digitale Plattform stellt somit ein strukturiertes Dokumentationssystem der Gesundheitsversorgungssituationen (Diagnostiken, Medikation, Arztbriefe, Krankenhausentlassungsbriefe, Therapiepläne, Hilfsmittel) der Versorgten dar. Der Austausch der RCCM sowohl untereinander als auch mit den Hausärztinnen und Hausärzten erfolgte per Telefon, oder per E-Mail, wenn telefonisch niemand erreicht wurde. Gechattet wurde vereinzelt mit Behandlern, wenn diese digitalafin sind. Dass die Digitale Plattform für die RCCM überwiegend in der Form eines Dokumentationstools verblieb, ist auf den beschränkten Kreis der aktiven Nutzerinnen und Nutzer zurückzuführen.

## **Für das Tool der Erweiterten Erreichbarkeit ist die digitale Plattform zentrales Informationssystem und (Mit)entscheidungsgrundlage**

Das Team der diensthabenden Notärztinnen und Notärzte im Hintergrund des Rettungsdiensts in der Leitstelle im Rahmen der 24 Stundendienste bediente die Telefonnummer der Erweiterten Erreichbarkeit. Hier bekommt der Zugriff auf die digitalen Fallakten große Bedeutung. Schnell kann auf den aktuellen Stand von Diagnosen, Versorgungsplänen, evtl. auch Vitaldaten des Telemonitorings zurückgegriffen werden. Damit kann das beschriebene Situationsbild der bzw. des Anrufenden (ob Versorgte oder Angehörige), die bzw. der sich in der Regel in einer stressbeladenen Situation befindet, zielgenau unter zur Hilfenahme der digitalen Patientenakte eingeordnet und bewertet werden.

Wenn jetzt ein Patient oder eine Patientin die Erweiterte Erreichbarkeit in Anspruch nimmt, dann haben wir die Möglichkeit, auf die Datenbasis zuzugreifen, die uns die Plattform gibt und auf dieser Grundlage das einzuschätzen und zu beraten. Und selbst, wenn uns das nicht ausreicht und wir uns nicht sicher sind, dass nicht möglicherweise doch noch irgendwas Problematisches oder Kritisches dahintersteckt, dann wäre eine weitere ergänzende Möglichkeit, eben ein Rettungsmittel dahinzuschicken. (L8, Pos.12)

Als Informationssystem und (Mit)Entscheidungsgrundlage genutzt ist die Sicherstellung einer steten Aktualisierung der digitalen Patientenakten notwendige Voraussetzung für eine patientenzentrierte Versorgung.

### **Hausarztpraxen nutzen die Digitale Plattform – mit Schwerpunkt Medizinisches Telemonitoring**

Von den 13 befragten Hausärztinnen und Hausärzten arbeiten sieben mit der digitalen Plattform. In der Regel war das Medizinische Telemonitoring der Motivator.

Die Digitale Plattform zeigt sich als ein lernendes Element. Viele Hürden wurden im Projektverlauf in Zusammenarbeit mit dem Plattformbetreiber behoben. Hier waren die Rückmeldungen der Anwenderinnen und Anwender von Bedeutung. Das Hauptproblem bleibt, die Digitale Plattform ist ein isoliert arbeitendes System und nicht in die digitalen Systeme der Hausarztpraxen integrierbar. Hier fehlen die Schnittstellen.

Nachfolgende Kritikpunkte wurden geäußert, der Plattformbetreiber hat diese teilweise im Zeitablauf nachgebessert.

1. Komplizierte Anmeldung: Die zwei Faktoridentifikation wird als umständlich beschrieben.

Vom Prinzip her finde ich sowas gut. Aber ich habe es natürlich deswegen auch weniger bis gar nicht genutzt, weil ich es umständlich fand, mich anzumelden. (H1, Pos.33)

2. Per Handy kein Zugriff auf Daten: Bei Hausbesuchen ist es nicht möglich, über das Handy Daten auf die Plattform einzugeben.

Der Aufruf und Datenschutz, das war einfach zu kompliziert. Und es gab keine Plattform auf dem Handy, wo man dann bei einem Hausbesuch direkt hätte einsteigen können. Man braucht für so was eine APP. (H2, Pos.33) Das geht dann eben nur am Windows-PC. Und dann ist man in der Praxis, und man macht das auch gerne. Also ich mache das

immer auch sehr gerne zu Hause nach Hausbesuchen, die Eintragungen. Ich kann vom Handy aus in die Praxis-Software, kann ich aufrufen auf meinem Handy. (H2, Pos.37)

3. Keine Weiterleitung der Plattformdaten an Facharztpraxen möglich.

Das war sehr ärgerlich, dann waren die Werte im Rechner. Und man konnte sie gar nicht weiter übermitteln. Das heißt, ich konnte sie nicht ausdrucken. (H3, Pos.55)

4. Plattformaufbau langsam, umständliches Eingeben der Patientendaten.

Was für mich eine Katastrophe gewesen ist, ist die Langsamkeit der Oberfläche. Das geht eigentlich nicht, wenn Sie im Klinikbetrieb oder Alltagsbetrieb sind, und dann müssen Sie erst mal, was weiß ich, wie lange warten, bis sich das dann irgendwie aufbaut. Und Sie sich dann da irgendwie durchgeklickt haben. Sie müssen auch so und so viele Stellen durchklicken, bis Sie überhaupt mal irgendwo sind, wo Sie hinwollen. Und das dauert alles sehr lange. (H9, Pos.13)

5. Keine Schnittstelle zur IT der Hausarztpraxis.

Was ein bisschen kompliziert ist, dass wir so in unterschiedlichen Systemen auf unterschiedlichen Ebenen arbeiten. Ich muss mich jedes Mal erstmal wieder mit Passwort dort einloggen, Code dann dort eingeben. Und bis ich dann auf der Seite bin. Das ist eben halt einfach ein bisschen umständlich. Es wäre irgendwie sehr viel leichter, wenn das hier besser in meine Praxisverwaltung integriert wäre. (H4, Pos.10)

Die macht für mich tatsächlich Sinn, wenn die in das Praxisversorgungssystem eingebaut ist. Das muss man ganz klar sagen. Ich musste das immer extra zusätzlich führen zu meiner Versorgungsplattform. Das war also nicht da integriert. Ist eine Extraplattform. Und das ist Zusatzarbeit. (H5, Pos.29)

Das ist dann wieder noch eine Plattform. Wir Hausärzte sind wirklich inzwischen mit einer Vielzahl von Plattformen konfrontiert, die alle ihre eigenen Passwörter haben, alle eine Anmeldung haben (H6, Pos.39)

## 9 Multiperspektivische Bewertung der Neuen Versorgungsform

### 9.1 Präferenz – der Wunsch des Verbleibens im Privathaushalt

Einschlägiger gesellschaftlicher Konsens herrscht beim Wunsch, im Alter möglichst lange selbstständig, selbstbestimmt und ohne Hilfe leben zu können. Altern in einer Atmosphäre hoher Lebensqualität und Teilhabe: Ein Altern in Würde ist ein grundrechtlicher Wert. Auf der anderen Seite steht die Angst vor Autonomieverlust und Krankheit. Von Pflegebedürftigkeit betroffen ist es dann der größte Wunsch, möglichst in der eigenen Häuslichkeit wohnen bleiben zu können. Dies dokumentieren zahlreiche Studien: Böcken et al. 2013, S. 2; Kuhlmeier et al. 2010, S. 7; zusammengefasst im Pflegereport 2015 (Jacobs et al. 2015) mit dem Schwerpunkt 'Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit'. Das eigene Zuhause gewinnt generell im Alter an Bedeutung. Das Zuhause wird, wenn der Bewegungsradius sich zunehmend verkleinert, zum vertrauten Ort, an dem Sicherheit und psychisches Wohlempfinden gelebt werden kann. Die Übersiedlung in stationäre Einrichtungen wird lange, oft bis in prekäre, von hoher Instabilität geprägte Lebenssettings hinausgezögert. Oftmals erfolgt der Umzug erst bei Einstufung der Pflegegrade vier und fünf (Jacobs et al. 2022, S. 258). Somit ist es wenig verwunderlich, dass die Grenzen der häuslichen Versorgung von der Überlastung der pflegenden Angehörigen und von kognitiven Einschränkungen der Pflegebedürftigen gesetzt werden. Dies zeigt die Bedeutung von Entlastungsstrukturen für pflegende Angehörige für eine stabile häusliche Versorgungssituation (Bücker 2021, S. 16; Jacobs et al. 2021, S. 59 f.; Bundesministerium für Gesundheit (7. Pflegebericht) 2021, S. 53). Genau diesem Wunsch, in der eigenen Häuslichkeit zu altern und längst möglich leben zu können, folgt OBERBERG\_FAIRsorgt. Dabei stellen demenzielle Erkrankungen eine besondere Herausforderung dar (Gronemeyer et al. 2022). Die Interventionen der RCCM sind bei der teilnehmenden Patientengruppe (die Hausärztinnen und Hausärzte schrieben bevorzugt Patientinnen und Patienten mit hohen Unterstützungsbedarfen ein) als effizient zu bezeichnen. Von den Befragten (des qualitativen Moduls) äußern alle den Wunsch, auch bei zunehmenden Unterstützungsbedarfen im eigenen Zuhause verbleiben zu dürfen (SGB XI §3). Es geht demnach neben der medizinischen Versorgung um die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Teilhabe (Zweites Pflegestärkungsgesetz SGB XI § 45 a und b).



## 9.2 Einsamkeit

Das Thema Einsamkeit (Huxhold/Henning 2023; Krieger/Seewer 2022) ist für eine Gruppe von Versorgten präsent und wurde bei unseren Besuchen in der Häuslichkeit von den Befragten aktiv angesprochen. Eine alleinlebende 69-Jährige, die über geringe finanzielle Ressourcen verfügt und auf einen Rollator angewiesen ist, berichtet:

Ja, man ist aber trotzdem sehr einsam. Ja. Die Einsamkeit ist schlimm, die ist das Allerschlimmste. Man hat keinen zum Austausch. Man kann dann nicht mit jemandem sprechen, wenn man mal gerade Bedarf hat, oder einfach mal nur weiß, da ist jemand. Das fehlt alles. Und das ist das Allerschlimmste. (t1P2, Pos.21)

Zum Thema Einsamkeit im Alter zeigt der Deutsche Hochaltrigkeitssurvey Hohes Alter in Deutschland (D80+), eine bundesweit repräsentative Querschnittsbefragung hochaltriger Personen in Privathaushalten und stationären Einrichtungen der Langzeitpflege (Kaspar et al. 2022), dass Einsamkeit in der späten Lebensphase steigt. Das Gefühl der Einsamkeit ist das subjektive Fehlen von sozialen Kontakten und von Bezugspersonen (Qualter et al. 2015). Während nur 8,7 % der Personen im Alter von 80-84 Jahren sich als einsam beschreiben, sind dies 22,1 % der Personen im Alter ab 90 Jahren. Frauen sind doppelt so häufig von Einsamkeit betroffen, was mit dem geringen Anteil von Partnerschaften bei hochaltrigen Frauen zusammenhängt. Allgemein sind Einsamkeitsgefühle bei älteren Personen in Partnerschaft besonders selten (3,9 %). Ein Schutzfaktor (weitere sind Gesundheit, Bildung, Partnerschaft) gegen Einsamkeit im Alter ist ein großes soziales Netzwerk. Dies gilt für Männer und Frauen, Personen unterschiedlichen Alters oder Menschen in Privathaushalten und Einrichtungen der stationären Langzeitpflege gleichermaßen. Knapp 15 % der sehr alten Menschen mit bis zu drei Personen in ihrem sozialen Netzwerk sind einsam. Umfasst das persönliche Netzwerk dagegen neun Personen oder mehr, beschreiben sich nur 8,1 % der Personen als einsam (Kaspar et al. 2022, S.26). Was aber besonders auffällt ist, dass jeder dritte hochaltrige Mensch in einer stationären Einrichtung der Langzeitpflege sich als einsam beschreibt; während der Anteil einsamer älterer Menschen in Privathaushalten nur 9,5 % beträgt (Kaspar et al. 2022, S.19). Damit ist die Lebensform des Alterns in der Häuslichkeit nicht nur die von den Befragten bevorzugte, sondern eben auch die Lebensform, die mit einem geringeren Risiko an Einsamkeit einhergeht.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat das Thema Einsamkeit erkannt und hat eine *Strategie der Bundesregierung gegen Einsamkeit* (2023) vorgestellt. Großbritannien hat schon seit Januar 2018 ein cross-government Tackling Loneliness Strategy Team.

### 9.3 Patientenzentrierte Stabilisierung der Versorgungspfade

OBERBERG\_FAIRsorgt hat die Gesundheitsversorgung bei den teilnehmenden Patientinnen und Patienten patientenzentriert stabilisiert. Wir erinnern an den einleitend zitierten Value-based Healthcare-Ansatz von Michael Porter, der besagt, dass alle Beteiligten gewinnen, wenn sie zusammen und nicht gegeneinander arbeiten (Porter 2010, S. 247). Die Sicherstellung einer stabilen Gesundheitsversorgungssituation in der privaten Häuslichkeit kann somit als das vorrangige Ziel der Interventionen der RCCM konstatiert werden. Damit ist das stets formulierte Ziel einer Verbesserung der Versorgungssituationen inkludiert. Denn eine stabile Versorgung in der privaten Häuslichkeit durch krisenhafte Versorgungsphasen hinweg, im Sinne eines bei Instabilitäten sich stets einpendelnden Systems in mittelfristige und dann langfristige Stabilitäten, stellt für die Gruppe von Patientinnen und Patienten hohen Alters, oftmals multimorbid, pflegebedürftig, u. U. netzwerklos oder mit überforderten, selbst schon hilfebedürftigen Angehörigen, eine Verbesserung der derzeitigen Versorgungssituationen dar.

#### Aktivierung der Hilfe zur Selbsthilfe

Die RCCM in abwartender Beratung im Standby Modus als Ansprechpersonen im Hintergrund zu wissen, schafft einen psycho-sozialen Impact. Die Versorgten und Angehörigen erleben Sicherheit, das Sprechen über Versorgungssituationen eröffnet neue Blickwinkel, und das Vertrauen in die RCCM kann als wesentlich für die Förderung von Compliance bei den Versorgten erachtet werden. Dabei arbeiten die RCCM nach dem *Prinzip der »empowernden« Hilfe zur Selbsthilfe*. Mittels niederschwelliger, gesundheitsfördernder Beratung wird ein Unterstützungsnetzwerk um die Versorgten aufgebaut. Es geht darum, die gesundheitlichen und sozialen Ressourcen (Geithner/Wagner 2022) der Versorgten zu erkennen, zu aktivieren und zu stärken, also Eigenanstrengungen mit positiven Wirksamkeitserfahrungen (Badura 1997) zu unterstützen, ohne die Versorgten aus ihrer Eigenverantwortung (Alisch 2018) zu entlassen. Voraussetzend werden die Versorgten als Expertinnen und Experten ihrer eigenen Gesundheitsversor-

gung anerkannt. Im Idealfall bewerkstelligen die Versorgten ihre gesundheitliche Versorgung selbsttätig. In der Praxis zeigen sich manche Versorgungssituation und mancher Versorgungspfad als nicht patientenzentriert. Die Gründe dafür sind vielfältig: Nicht-Erkennen von Versorgungsdefiziten, Nicht-Wissen über Versorgungsangebote und Versorgungsalternativen, physische und psychische Einschränkungen zur Umsetzung, selbst tätig zu werden oder sich unterstützende Hilfe zu organisieren, aber auch mangelnde Selbstsorge und Selbstfürsorge etc. Nach dem Prinzip des »Empowerns« werden die Versorgten von den RCCM – gegebenenfalls unter Einbezug von Angehörigen – motiviert, selbst tätig zu werden. Bei Bedarf werden Unterstützungs- und Teilhabeangebote vermittelt und krisenhafte Versorgungssituationen von den RCCM begleitet, solange bis sich die häusliche Versorgungssituation stabilisiert, im Idealfall in ein Netzwerk eingebettet ist.

### **Rollen der RCCM: Kümmerer, Berater, Lotse, Mediator, Krisenintervenierer, Schnittstellenmanager, Angehörigenvertretung**

Die eingeleiteten Interventionen der RCCM heben Versorgungspfade auf ein patientenzentriertes Gesundheitsversorgungsniveau. Hier können Fallbeispiele benannt werden. Die RCCM stehen im Standby Modus im Hintergrund, werden zum *Kümmerer*, *Berater* und *Lotsen*, oft auch zum *Mediator* (bei innerfamiliären Versorgungskonflikten und Konflikten mit Leistungserbringenden) und *Krisenintervenierer* (bei Überleitungen mit lebensverändernden Erkrankungen: bei Krankenhausentlassungen (Schulz-Nieswandt 2018), demenziellen Erkrankungen (Michalowsky 2019), beim Wegfall von Unterstützungsressourcen (Blüher 2021)). Ein besonderer Wert wird auf ein passgenaues *Schnittstellenmanagement* der unterschiedlichen Stakeholder (Krankenhaus, Hausärztin, Hausarzt, Fachärztinnen, Fachärzte, Rehabilitations-, Kurz- und Langzeitpflegeeinrichtungen) gelegt. Eben genau dort, wo es oft zu Informations- und Kommunikationsbrüchen kommt. Bekannt ist, die Grenzen der häuslichen Versorgung werden von der Überlastung pflegender Angehöriger und den kognitiven Einschränkungen der Pflegebedürftigen gesetzt. Damit sind ein weiteres Betätigungsfeld *Angehörigenfunktionen*, die Entlastungsstrukturen für Angehörige sicherstellen, Versorgungssituationen mit Fachexpertise fern von emotionaler Verstrickung der Angehörigenperspektive bewerten und Angehörige bei alleinlebenden, isoliert und einsamen Versorgten ersetzen.

## 9.4 Management instabiler Versorgungssituationen

Wird die Stabilität der ambulanten Gesundheitsversorgungssituation (in der privaten Häuslichkeit) als priorisiertes Ziel anerkannt, dann geht es um die Bewältigung von Krisen, die instabile Versorgungssituationen schaffen. (1) Das sind plötzlich eintretende Gesundheitskrisen, in denen durch die Organisation einer vernetzten Versorgung (durch ambulanten Pflegedienst, ärztliche Hausbesuche, Essen auf Rädern, Haushaltshilfen, Aktivierung von Sozialkapital) ein Krankenhausaufenthalt verhindert werden kann, z. B. bei schweren Infekten im hohen Alter. (2) Das sind Gesundheitskrisen, die Übergänge bei lebensverändernden Erkrankungen mit sich bringen, z. B. Überleitungsmanagement aus dem Krankenhaus nach einem Oberschenkelhalsbruch, nach einer Schlaganfalldiagnose etc. (3) Das sind durch eine progredient verlaufende Erkrankung sich anbahnende Versorgungskrisen, z. B. bei Tumorerkrankungen, demenziellen Erkrankungen. (4) Auch können unterstützende Netzwerke an ihre Belastungsgrenzen kommen, oder gar wegfallen (pflegende Partnerin oder pflegender Partner erkrankt oder stirbt, Angehörige sind überfordert). Wir werden nachfolgend Fallbeispiele paraphrasieren.

### 9.4.1 Kritische No Care-Zone zwischen Krankenhaus und Rückkehr in den Privathaushalt

Beim Thema Krankenhausentlassung werden die Versorgungsangebotslücken zwischen den gesetzlichen Bestimmungen und den Umsetzungen der gelebten Praxis seit Jahren in der Versorgungsforschung unter dem Stichwort Schnittstellenprobleme thematisiert. Die Zeitschrift für Pflegewissenschaft hat 2018 ein Schwerpunktheft dazu herausgebracht (Süs et al. 2018). SGB V regelt den Anspruch auf eine Versorgung bei der Überleitung in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung. § 11 (4) SGB V formuliert: „Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen bei der Überleitung in die verschiedenen Versorgungsbereiche (...)“ und § 39 (1a) SGB V konkretisiert dann: „Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten bei der Überleitung in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung“. Die Arbeit des dafür verantwortlichen Sozialdiensts zeigt in der Praxis Lücken. Einerseits kann der Sozialdienst mit der Fülle an zu entlassenden Patientinnen und Patienten überfordert sein, andererseits beschönigen ein-

geschränkte Patientinnen und Patienten u. U. ihre häusliche Versorgungssituation und die Intervention (Besorgung von Hilfsmitteln, Organisation eines Pflegediensts) unterbleibt. An Letzteres knüpft ein bedeutender Vorteil der RCCM gegenüber dem Sozialdienst des Krankenhauses, neben der fachlichen Expertise einer Pflegefachkraft haben die RCCM den Blick in die Häuslichkeit. Somit können Fehleinschätzungen der Patientinnen und Patienten über ihre Versorgungssituationen fachlich objektiviert werden. Damit schließen die RCCM eine Lücke beim Überleitungsmanagement vom Krankenhaus in den Privathaushalt insbesondere bei Patientinnen und Patienten, die in einem veränderten Gesundheitszustand das Krankenhaus verlassen (Schlaganfall, Oberschenkelhalsbruch).

#### 9.4.2 Akute Gesundheitskrise – Vermeidung von Krankenhauseinweisungen

Das Vermeiden von Krankenhausaufenthalten ist ein Teilziel von OBERBERG\_FAIRsorgt. Dies deckt sich mit den Wünschen der Versorgten. Vergangene Krankenhausaufenthalte werden als belastend resümiert und oft wird der Wunsch geäußert, zukünftig nicht mehr ins Krankenhaus zu müssen. Es folgen zwei Fallbeispiele.

##### **Frau Voigt: Umsetzung des Patientenwunschs in einer Gesundheitskrise zu Hause bleiben zu dürfen, Vermeidung eines Krankenhausaufenthalts**

*Frau Voigt hat sechs Kinder großgezogen, teilweise alleine, nach der Scheidung von ihrem Mann. Darauf ist Frau Voigt stolz, auch dass sie nach der Kindererziehung noch eine erstaunliche berufliche Karriere gemacht hat. Frau Voigt lebt autark, das ist ihr wichtig. Sie hat sich in ihrer Häuslichkeit bestmöglich organisiert. Sie hat einen Hausnotruf, eine Haushaltshilfe kommt regelmäßig, die Medikamente werden von der Apotheke gebracht und portioniert zur Verfügung gestellt, der Pflegedienst unterstützt beim Duschen – Frau Voigt hat Pflegegrad zwei – und auch Essen auf Rädern kommt regelmäßig. Sie hat mit 90 Jahren noch einen großen Freundeskreis, was auch damit zu tun hat, dass sie ein hohes Maß an Eigeninitiative zeigt, ihre Kontakte zu halten. Der größte Wunsch von Frau Voigt ist es, nicht mehr ins Krankenhaus zu müssen. Diesen Wunsch äußert sie gegenüber allen Beteiligten der Gesundheitsversorgung: RCCM, ambulanter Pflegedienst, Hausarzt, Fachärzte. Auch hat sie in einer auf ihrem Schreibtisch bereitgelegten Mappe Arztberichte und Medikamentenplan abgelegt und diesen Wunsch schriftlich niedergelegt. Zur Jahreswende ergab sich bei Frau Voigt eine akute Gesund-*

heitskrise, die für sie als Herzpatientin lebensbedrohlich war. „Ich bin Weihnachten sehr krank geworden. So krank, dass man nicht ganz sicher war, ob ich es schaffen würde. Das war dann in der Weihnachts- und Neujahrszeit, wo der Hausarzt verreist war, also wo alles sehr schwierig war. Und da haben die, meine Söhne, Kontakt zu OBERBERG\_FAIRsorgt aufgenommen und waren sehr, sehr dankbar über die Hilfe, die sie da erfahren haben. Die waren dann in Kontakt, ich selber hab das nicht mehr mitbekommen, also im Einzelnen. Ich weiß nur von ihnen (meint ihre Söhne), dass sie das als sehr hilfreich empfunden haben. Vor allen Dingen, dass da auch eben einen Arzt vermittelt wurde, mit dem mein Sohn sich immer kurzschließen konnte.“ (Interview mit Frau Voigt t1, Pos.3)

An den Feiertagen bekam Frau Voigt aufgrund einer Viruserkrankung hohes Fieber. Frau Voigt rief ihren 30 Km entfernt wohnenden Sohn an, der zu den RCCM telefonischen Kontakt aufnahm. Die RCCM kamen vor Ort, organisierten einen Arzt für einen Hausbesuch. Zusammen mit dem diensthabenden Notarzt der Erweiterten Erreichbarkeit schafften es alle Beteiligten (RCCM, Hausarzt, Notarzt, Angehörige), eine Versorgungssituation nach dem Willen von Frau Voigt einzuleiten. Die RCCM organisierten dreimal täglich einen ambulanten Pflegedienst, Sohn und Enkel sahen zweimal täglich nach Frau Voigt, ein Arzt (erst Hausarztvertretung, dann Hausarzt) kam täglich. Nachts war Frau Voigt allein, „Ich hatte ja den Rufknopf“ (Interview mit Frau Voigt t1, Pos.14). Nach 14 Tagen ging es aufwärts, langsam konnten die Interventionen aller Beteiligten verringert werden und das Unterstützungs-niveau auf das vor der Gesundheitskrise reduziert werden. Frau Voigt äußert Dankbarkeit für das Vertrauen und die menschliche Zuwendung aller Beteiligten: „Es gehört natürlich auch ein gewisser Mut dazu von der Familie, aber auch von mir, zu sagen, also dieses ‘nachts allein’. Ich weiß ganz genau, wenn die Kinder morgens kamen, dass die ein bisschen vorsichtig bis ins Schlafzimmer kamen. (...) Aber das geht nicht, wenn Menschen, also beide Parteien ängstlich sind. Dann hätte ich nicht hierbleiben können.“ (Interview mit Frau Voigt t1, Pos.99) „Aber das Zusätzliche, und auch, was wir sehr empfunden haben, dieses Nachfragen dann. Also diese menschliche Zuwendung über die Vermittlung zu diesem Mediziner (meint die Vertretung des Hausarztes, die von den RCCM organisiert wurde) hinaus. Das ist alles als sehr hilfreich empfunden worden.“ (Interview mit Frau Voigt t1, Pos.8)

**Fazit:** Die Zusammenarbeit aller Stakeholder (RCCM, Angehörige, Erweiterte Erreichbarkeit, ambulanter Pflegedienst, Hausarzt, Vertretung des Hausarztes, Hausnotruf) ermöglicht es, dem Willen von Frau Voigt, wäh-

rend ihrer Gesundheitskrise in ihrer Häuslichkeit bleiben zu dürfen, zu folgen.

**Frau Hausmann: Kontakt zu den RCCM gibt Sicherheit, Gesundheitskrisen zu meistern, Verhinderung eines Krankenhausaufenthalts**

*Frau Hausmann, 90 Jahre alt, Pflegegrad zwei, verwitwet, kinderlos, lebt alleine. Wohnortnah lebt ihr Bruder, über 90 Jahre alt und unterstützungsbedürftig, weitere Verwandte leben deutschlandweit. Frau Hausmann ist gut organisiert, das hat sie ihr Leben lang gemacht. Wenn sie Unterstützung braucht, meldet sich Frau Hausmann selbsttätig bei den RCCM, zu denen eine vertrauensvolle Beziehung entstanden ist. Diese Beziehung gibt Frau Hausmann Sicherheit und Selbstvertrauen, das Leben weiterhin in ihrer Häuslichkeit meistern zu können. In ihrem Zuhause alt werden, das möchte sie, dennoch sorgt sie sich um ihre Zukunft und hat die Alternative des Umzugs in ein Betreutes Wohnen im Blick: „Da stehe ich jetzt auf der Liste.“ (Interview mit Frau Hausmann t1, Pos.13). Die mögliche Alternative eines Umzugs in ein Betreutes Wohnen beruhigt Frau Hausmann. Im Rahmen einer Corona-Erkrankung stellt sich bei Frau Hausmann ein Zustand der Verwirrtheit ein. Frau Hausmann meldet sich bei den RCCM, diese informieren den Hausarzt, der zum Hausbesuch kommt. Durch die Organisation eines Pflegediensts kann die Situation stabilisiert werden, der Zustand der Verwirrtheit bessert sich nach 2-3 Wochen. Frau Hausmann hat jetzt einen Hausnotruf und der Pflegedienst kommt nur noch einmal wöchentlich zum Duschen.*

**Fazit:** Der regelmäßige Kontakt zu den RCCM gibt Frau Hausmann Sicherheit und Selbstvertrauen, das Leben weiterhin in der Häuslichkeit meistern zu können, insbesondere in Gesundheitskrisen.

#### 9.4.3 Sich anbahnende Versorgungskrisen – progredient verlaufende Erkrankungen

Chronische Erkrankung verlaufen im Alter oft progredient. Dies gilt besonders für demenzielle Erkrankungen. Versorgten (Nicht-Wahrnehmen wollen) und Angehörigen (Involviertheit) ist die stete Verschlechterung des Gesundheitszustands oft nicht bewusst. Auch wenn Angehörige (Kinder) die immer instabiler werdende Versorgungssituation erkennen, kann es zu innerfamiliären Konflikten kommen, wenn die Versorgten (Eltern) resistent gegenüber Ratschlägen sind und die Schieflage ihrer Selbsteinschätzung über die objektive Versorgungssituation stellen. Die RCCM sind dann



wichtige Lotsen, um sich anbahnende kritische Versorgungssituationen zu erkennen und Maßnahmen der Gegensteuerung einzuleiten. Die Hausärztinnen und Hausärzte konstatieren bei der Aufdeckung von sich anbahnenden Instabilitäten einen bedeutenden Präventionsaspekt der Interventionen der RCCM. Siehe Abschnitt 8.1.1.5. Auch ist in der ein oder anderen Situation bei den RCCM Mediationsgeschick erforderlich, um offene oder latente innerfamiliäre Konflikte, die die Versorgungssituation betreffen, zu entschärfen.

### **Ehepaar Tauber: Die immer komplexer werdende Versorgungssituation wird stabilisiert**

*Das Ehepaar Tauber hat sich immer alleine organisiert. Auch jetzt wo Hilfebedarfe offensichtlich werden, hat das Ehepaar große Schwierigkeiten Hilfe anzunehmen. „Ich tue mich schwer, hier eine fremde Person reinzulassen. Ich glaube, es liegt auch vieles an mir. Meine Kinder machen uns auch schon immer Vorwürfe, also, selbst wenn sie sich bemühen würden, wir würden vieles ignorieren. Also wir tun uns schwer. Ich vielmehr, sie (meint seine Frau) weniger. Wenn hier eine fremde Person herkommt.“ (Interview mit Herrn Tauber t0, Pos.47). Dies führt auch zu Konflikten mit den Kindern, die gut gemeinte Unterstützungen vorschlagen, die die Taubers allesamt ablehnen. Frau Tauber, Anfang 80, Pflegegrad drei, ist multimorbid und depressiv. Herr Tauber, herzkrank, 90 Jahre alt, Pflegegrad eins, kommt mit der Versorgung von Frau und Haushalt an seine Grenzen. Langsam entwickelt das Ehepaar Vertrauen zu den RCCM als Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner.*

*Über das Versorgungsjahr erhöhen sich die Versorgungsbedarfe weiter. Frau Tauber hat etliche Krankenhausaufenthalte, die von den RCCM begleitet werden. Insbesondere die Überleitungen in den Privathaushalt werden mit Hilfe von Interventionen der RCCM stabilisiert. Die Taubers haben Probleme, zu akzeptieren, dass weitere Unterstützungen notwendig sind. Auch tun sie sich schwer, überhaupt Entscheidungen zu treffen. Derzeit stehen die Taubers vor der Entscheidung, einen 24 Stunden Assistenzdienst in ihre Häuslichkeit zu holen. Das Ehepaar würde dies der Option, in eine Einrichtung der stationären Langzeitpflege zu ziehen, vorziehen. Die Kinder der Taubers allerdings befürworten den Umzug der Eltern in eine Einrichtung der stationären Langzeitpflege. In diesem Konflikt kommt den RCCM die Aufgabe der Mediation zu.*

**Fazit:** Über das Versorgungsjahr lernen die Versorgten Hilfe anzunehmen und entwickeln Vertrauen zu den RCCM. Trotz stetiger Gesundheitskrisen stabilisiert sich die Versorgungssituation. Die RCCM organisieren



Unterstützungen und werden zum Mediator zwischen den hilfebedürftigen Eltern und deren Kindern.

#### 9.4.4 Konflikte der Dyade Versorgte/Versorgter – Angehöriger

Versorgungssituationen, besonders Pflegesituationen, belasten meist alle Beteiligten. Die Versorgten wollen nicht zur Last fallen und zögern Hilfe anzunehmen. Angehörige sind bemüht zu unterstützen, stoßen an ihre Grenzen, insbesondere wenn die Unterstützungssituation schon über einen längeren Zeitraum anhält. Es zeigen sich zahlreiche Faktoren für innerfamiliäre Konflikte, die uns in den Befragungen berichtet wurden. Dabei kann die Versorgungssituation nicht nur zu Konflikten zwischen den Versorgten (Eltern) und Angehörigen (Partnerin, Partner, Kinder, Neffen, Nichten), sondern auch zu Konflikten innerhalb der Angehörigengruppe führen.

#### **Herr Kern: Umsetzung des Patientenwillens in der Häuslichkeit bleiben zu dürfen, Mediation entschärft die familiäre Konfliktsituation**

*Herr Kern, Pflegegrad drei, ist schon länger Witwer und hat sich sein Leben alleine eingerichtet. Ratschlägen gegenüber ist er immun, was auch das Verhältnis zu den Angehörigen belastet. Die RCCM werden zum Mediator zwischen Herrn Kern und seinen Angehörigen, die unterstützen wollen, aber zunehmend überfordert sind. Beim Erstbesuch diagnostizieren die RCCM den Akutzustand einer wiederkehrenden Erkrankung. Herr Kern ist sich zu diesem Zeitpunkt seiner instabilen Versorgungssituation nicht bewusst oder aber verdrängt diese. Die RCCM informieren den Hausarzt, der eine Krankenhauseinweisung veranlasst. Auch nach anschließendem Rehabilitationsaufenthalt ist der Gesundheitszustand von Herrn Kern kritisch, was eine Versorgung im Privathaushalt schwierig macht. Herr Kern sieht das nicht so und beharrt darauf, weiterhin alleine in seinem Haus wohnen zu wollen. Zur Suche nach einer Lösung wird von den RCCM ein Fallkonsil im Privathaushalt initiiert mit Herrn Kern, dem Hausarzt, ambulanten Pflegedienst, den RCCM und Angehörigen. Der Hausarzt berichtet: „Das war gut, muss ich sagen, das war richtig gut, weil man dann direkt zusammen da war, man konnte zusammen da eine Lösung finden. War natürlich zeitlich desolat, hat uns jetzt irgendwie eine Stunde gekostet, hätte man auch kürzer machen können. Aber für den Patienten hat es natürlich schon was gebracht.“ (Interview Hausarzt, Pos.67) Die Beteiligten vereinbaren, dass die RCCM sich um die Vermittlung eines 24-Stunden Assistenzdiensts kümmern. Dieser*

*kann organisiert werden und stellt sich als stabilisierender Faktor für die Versorgung von Herrn Kern in seinem Zuhause heraus. Auch ein Angehöriger erlebt dies als entlastend und berichtet: „Die (meint RCCM) haben sich quasi um die Dinge gekümmert, um die ich mich nicht kümmern konnte, weil ich arbeiten war, es waren stellenweise Behördengänge, es waren Kontakte mit Pflegediensten und mit allen möglichen Sachen, die ich nicht klären konnte.“ (Interview Angehöriger von Herrn Kern t1, Pos.5).*

**Fazit:** Der Wunsch von Herrn Kern, mit Pflegegrad drei alleine in seinem Zuhause zu leben und nicht in eine Einrichtung der stationären Langzeitpflege übersiedeln zu müssen, wird erfüllt. Die RCCM werden zum Mediator zwischen dem Pflegebedürftigen und dessen Angehörigen.

## 9.5 Präventionsaspekte der Intervention

Aktuelle Forschungen zeigen Ansatzpunkte für präventive und rehabilitative Potenziale zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Es geht um die Stärkung von individuellen und sozialen Ressourcen (Rott et al. 2020). Eine protektive Wirkung in Hinblick auf entstehende Pflegebedürftigkeit haben Partnerschaften und enge soziale Beziehungen. Damit gilt es gerade bei der Gruppe der Alleinlebenden, soziale Unterstützungspotenziale zu stärken und diese Gruppe in den Sozialraum (Kessl/Reutlinger 2022) und dort in familien-äquivalente Lebenswelten und Wohnkonzepte einzubinden (Blüher et al. 2021).

### Einsatz von Pflegefachkräften zur Pflegebedürftigkeitsprävention

OBERBERG\_FAIRsorgt stellt Case und Care Management in den Mittelpunkt der Neuen Versorgungsform. Dabei setzt OBERBERG\_FAIRsorgt auf Pflegefachkräfte, die zusätzlich akademisch qualifiziert sind (Stellenausschreibung Juli 2020 <https://karriere.obk.de/7gym1>: „Bachelorabschluss in relevantem Bereich z. B. Public Health, Gesundheitsmanagement. Sollte kein Bachelorabschluss vorliegen, ist eine erfolgreich abgeschlossene Pflegeausbildung und mindestens ein Jahr Berufserfahrung in der Pflege Voraussetzung für die Besetzung der Stelle“). Von den eingestellten RCCM verfügen einige über einen Bachelorabschluss im Gesundheitsmanagement. Das ist bemerkenswert. Der Einbezug von akademisch qualifizierten Pflegenden in der Pflege ist zukunftsorientiert, in manchen Ländern schon längst Standard (Simon 2018), hier in Deutschland jedoch noch marginal (vgl. die Daten der HQP-Studie in: Geschäftsstelle des Wissenschaftsrats

2022, S.13, Bergjan et al. 2021, Tannen et al. 2015). Ebenso wird ein multiprofessioneller Personalmix (Heilerzieherinnen, Heilerzieher, Begleitheapeutinnen, Begleitheapeuten, Sozialpädagoginnen, Sozialpädagogen, Hauswirtschaftskräfte), insbesondere in der stationären Langzeitpflege vor dem Hintergrund der prekären Personalsituation bei Pflegefachkräften, diskutiert (Schulz-Nieswandt et al. 2023, S.15 f.). Die Evaluation des Projekts PERLE (Personalmix in der stationären Langzeitpflege) liefert hier Einblicke und Handlungsempfehlungen (Brandenburg/Kricheldorf 2019, S. 240 f.), die neben der Verankerung der stationären Pflege in den Sozialraum, die Einbindung der Profession Soziale Arbeit empfiehlt.

Das Aufgabenfeld der RCCM ist weitgefächert und zielt auf eine ganzheitliche Pflege. Unsere Evaluation zeigt, die Bandbreite der Funktionen der RCCM erfordert die Hard Skills des Berufsfelds Pflegefachkraft, zusätzlich des Berufsfelds Soziale Arbeit, und zahlreiche Soft Skills wie Entscheidungskompetenz, Verantwortungsübernahme, Vertrauensaufbau, Empathie etc.

Die RCCM leisten Beziehungsarbeit (bei den Versorgten: präventiver Hausbesuch, Beratung, Vermittlung, Begleitung, Intervention) und Vernetzungsarbeit (der Stakeholder) im Sozialraum. Beides ist, wird Pflegebedürftigkeit sozialmedizinisch betrachtet, Pflegebedürftigkeitsprävention. Prävention von Pflegebedürftigkeit zielt dabei auf den Erhalt des funktionalen Status, weniger auf das Vermeiden von Krankheiten (Riedel/Heimerl 2021). Dem Entstehen und Fortschreiten von Pflegebedürftigkeit wird entgegengewirkt (Nüchtern et al. 2017). Dem Lebenslagenansatz folgend wird das Leben in der Häuslichkeit salutogenetisch (Antonovsky 1997) denkend kompetenzfördernd unterstützt und Pflegebedürftigkeit entgegengewirkt. Wir wiederholen uns: Genau damit bekommt der von den Versorgten oft geäußerte Wunsch, auch bei Krankheit und Autonomieverlust in ihrem Privathaushalt wohnen bleiben zu dürfen, erste Priorität.

Die Zielgruppe von OBERBERG\_FAIRsort sind Personen, die 65 Jahre und älter sind und eine dauerhafte medizinische und/oder pflegerische Versorgung aufgrund einer chronischen Erkrankung brauchen oder mindestens dem Pflegegrad 1 zugeordnet sind (<https://info.oberbergfairsort.de/>). Daten des Statistischen Bundesamt zeigen, Deutschland altert dreifach: Es gibt immer mehr ältere Menschen, diese leben länger und unter den Älteren sind die Hochaltrigen die am stärksten wachsende Grup-

pe.<sup>17</sup> Zudem liegt bei der Gruppe der 60-69-Jährigen der Anteil chronisch Erkrankter bei 38 %, bei den 70-Jährigen und Älteren ist jeder zweite chronisch krank (<https://de.statista.com>; forsa 2016). Mit steigendem Alter nimmt die Multimorbidität zu, was zusätzlich zu einem altersbedingten Anstieg der Krankenhausfallzahlen führt (Nowossadeck 2012, S. 156). Auch gehen im höheren Alter chronische Erkrankungen mit Pflegebedürftigkeit einher. Im Jahr 2019 waren von den 4,1 Mio. Pflegebedürftigen 2,7 Mio. 75 Jahre und älter. Laut Pflegestatistik steigt die Pflegequote<sup>18</sup> mit dem Alter. Bei den 75 bis unter 85-Jährigen liegt die Pflegequote bei 19,6 %, bei den 86 bis unter 90-Jährigen bei 49,4 % und bei den 90-Jährigen und Älteren bei 76,3 % ([www.destatis.de](http://www.destatis.de): Pflegebedürftige nach Versorgungsart; <https://www.gbe-bund.de>: Pflegebedürftige Anzahl, Quote). Damit rücken Konzepte der Prävention von Pflegebedürftigkeit in den Vordergrund, die den Erhalt der Selbstständigkeit trotz chronischer Erkrankungen fördern. Es gilt bereits früh im Verlauf chronischer Krankheiten anzusetzen, um Funktionseinbußen und Pflegebedürftigkeit zu begegnen und hinauszuzögern.<sup>19</sup>

Genau hier setzt OBERBERG\_FAIRsorgt an. Die RCCM decken Versorgungslücken auf, die mittelfristig zu gesundheitlichen Verschlechterungen und zum Eintritt in die oder zum Fortschreiten der Pflegebedürftigkeit führen und dann die häusliche Versorgung gefährden. Die RCCM unterstützen die Angehörigen, die oft eng in die Betreuung (Organisation, Hilfen bei ADL und IADL) der Versorgten eingebunden sind. Hierbei geht es neben organisatorischen Unterstützungen auch um das Verhindern und/oder Auffangen von Überforderungssituationen, die aufgrund der psychischen Belastungen der Betreuungssituation entstehen. Nachfolgend ein Fallbeispiel für pflegepräventive Interventionsarbeit der RCCM bei gleichzeitiger Entlastung der Angehörigen.

- 
- 17 [www.destatis.de](http://www.destatis.de). Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung beeindruckend dargestellt in: animierte Alterspyramide.
  - 18 Anteil der Pflegebedürftigen (in einer Bevölkerungsgruppe) an der Gesamtbevölkerung (in dieser Bevölkerungsgruppe).
  - 19 Schäfer und Horn (2013) haben zur Einschätzung von Prävention von Pflegebedürftig eine explorative Studie zur Perspektive der Hausärzte - N=15 Experteninterviews - vorgelegt, die Lücken in der Versorgungskette aufzeigt.

**Frau Theisen: Unterstützung während einer anhaltenden Trauerdepression. Präventionsaspekte: Vorsorgeuntersuchung wird wahrgenommen, Familienmitglieder und Hausarztpraxis werden entlastet**

*Frau Theisen ist im Oberbergischen aufgewachsen und hat mit ihrem Mann zwei Kinder großgezogen. Das Ehepaar hat stets gearbeitet, er in einem alten Handwerksberuf, sie in der Dienstleistungsbranche. Frau Theisen ist Mitte 70 und jetzt seit ein paar Jahren verwitwet. Die Erkrankung ihres Mannes zog sich über Jahre, mit viel Empathie hat sie ihn begleitet. Noch immer lebt Frau Theisen mit einer tiefen Trauer um ihren Mann, die Traurigkeit wird von einer diagnostizierten schweren Depression begleitet. „Am liebsten täte ich mich hier einigeln.“ (Interview mit Frau Theisen t0, Pos.84.) Ihr Hausarzt gibt den Impuls zur Teilnahme an OBERBERG\_FAIRsorgt. Der Hausarzt diagnostiziert, „Die Patientin ist durch den Todesfall ihres Mannes traumatisiert, hat eine grundlegende Angstbereitschaft. Und für die Patientin war es total beruhigend. Auch die Familie ist entlastet worden durch die Fallmanagerin. Weil zuvor liefen bei dieser Patientin, immer wenn die Ängste zunahmen, die Überforderung zunahm, immer die Notsignale an die Hausarztpraxis und an die Familie.“ (Interview Hausarzt, Pos.69) Die RCCM nehmen regelmäßig Kontakt mit Frau Theisen auf, per Telefon und Besuchen in der Häuslichkeit. Durch die Entlastungsgespräche gewinnt Frau Theisen Vertrauen und die RCCM werden zu einem wesentlichen Unterstützungsfaktor, der nicht nur Frau Theisen aus depressiven Momenten herauszieht, sondern auch die Kinder entlastet, die zunehmend mit der anhaltenden Traurigkeit der Mutter überfordert sind. Frau Theisen berichtet: „Es ist die Beratung und Herzlichkeit und Menschlichkeit. (...) Die [RCCM] verstehen mich. Ich bin ein Mensch, ich kann mich auch unheimlich schlecht Wildfremden öffnen. Die haben alle zu mir gesagt: Geh zur Trauerbegleitung, oder mach irgendwas. Das ist nichts für mich, das kann ich nicht. Und, aber bei denen beiden [RCCM] habe ich überhaupt keine Probleme, die sind menschlich, die verstehen mich, ich weiß nicht, wie ich es ausdrücken soll, aber mit denen kann ich reden.“ (Interview mit Frau Theisen t1, Pos.36-40). Frau Theisen selbst hat eine Krebserkrankung, die einer jährlichen Kontrolluntersuchung im Krankenhaus bedarf. Vor dieser Kontrolluntersuchung hat sie Panik entwickelt. Frau Theisen schafft es mit der Begleitung der RCCM (Treffen im Krankenhaus, gemeinsames Warten im Wartebereich) zur Untersuchung zu gehen. Über das Versorgungsjahr stabilisiert sich die Versorgungssituation.*

**Fazit:** Trotz Depression gelingt der Weg zur präventiven Krebskontrolluntersuchung. Die von der anhaltenden Traurigkeit der Mutter geforderten Kinder werden entlastet. Die Hausarztpraxis wird entlastet, da Frau Thei-

sen sich in Angst- und Depressionskrisen jetzt besser selbst zu helfen weiß oder bei Bedarf in derartigen Lebensphasen telefonisch mit den RCCM Kontakt aufnimmt und in derartigen Krisen weniger in der Hausarztpraxis anruft.

## 9.6 Digitale Plattform als lernendes und wachsendes System

Die Zukunft heißt Digital Health. Digitalisierung wird als notwendiges Instrument zur Sicherstellung und Verbesserung der Versorgungsqualität, gerade in unterversorgten und strukturschwachen Gebieten, erachtet (Bratan et al. 2022). Unsere Befragung zeigt, die Versorgten und Angehörigen nutzen die Plattform nicht. Wesentlich in diesem Zusammenhang ist die Altersstruktur der Versorgten und die Verfügbarkeit digitaler Endgeräte. Die Daten des Deutschen Zentrums für Altersfragen (Kortmann et al. 2021, S. 9) zeigen, in der Altersgruppe der 76 bis 90-jährigen verfügen im Jahre 2021 rund die Hälfte über einen Zugang zum Internet (dabei ist ein Bildungsgradient beobachtbar). Die NRW80+ Studien *Lebensqualität und Wohlbefinden hochaltriger Menschen in NRW* zeigen, dass nur jede dritte hochaltrige Person tatsächlich das Internet nutzt. Das Mobiltelefon ist das meistgenutzte digitale Gerät (Reissmann et al. 2022, S. 8), stellt die Teilhabe an der sozialen Welt her und wirkt gegen soziale Isolation. Besonders während der Covid-Pandemie verstärkte die Nichtverfügbarkeit und Nichthandhabung digitaler Endgeräte die soziale Isolation (Seifert et al. 2021, e101); in diesem Zusammenhang ist erwähnenswert, dass der Zugang zum Internet in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege im Vergleich zu Privathaushalten stark eingeschränkt ist (Endter et al. 2020). Dem zur Folge müssten wir eigentlich auf eine Gruppe von Befragten treffen, die zumindest zur Hälfte über einen Internetzugang verfügt und so war es auch, viele haben ein Smartphone oder Tablet. Oft aber ist der einzige Grund für die Nutzung, mit den Kindern und Enkel zu kommunizieren. Für die tatsächliche Nutzung scheint in der Praxis ausschlaggebend, in wie weit die ältere Generation bei der Einrichtung, Wartung und Handhabung digitaler Endgeräte von den jüngeren Generationen Unterstützung erfährt. Eine Ausnahme bilden Befragte der Altersgruppe von 65 bis 75-Jahren, in dieser Gruppe sind einige Wenige selbstständig digital organisiert. Ein Grund ist in den Schwierigkeiten der Nutzung, aber hauptsächlich in der Distanz zur digitalen Welt der Generation der Versorgten zu sehen. Es mögen auch Pfade der Gewohnheit eine Rolle spielen, wenn telefonische

Kontakte bevorzugt werden. Als Hauptgrund für die Nichtnutzung ist der hohe Belastungsgrad der Versorgten und der Angehörigen mit den Versorgungssituationen zu konstatieren.

Bei den Leistungserbringenden haben die RCCM, einige Hausarztpraxen (schwerpunktmäßig für das Medizinische Telemonitoring) und die die Erweiterte Erreichbarkeit bedienenden diensthabenden Notärztinnen und Notärzte im Hintergrund des Rettungsdiensts die Digitale Plattform genutzt. Auch bei den Hausärztinnen und Hausärzten sind Hauptgründe für eine Nichtnutzung knappe Zeitressourcen, aber vor allem fehlende Schnittstellen zu den Praxisversorgungssystemen.

Derzeit kann die Digitale Plattform als ein Dokumentationssystem mit digitalen Patientenakten bezeichnet werden. Dabei zeigen die Dokumentationen die einzelnen Schritte des Care und Case Managements der RCCM (Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management 2020). Als nächsten Schritt gilt es das Case und Care Management in der breiten medizinischen Versorgung bekannt und attraktiv zu machen, aktiv umzusetzen und alle Leistungserbringenden auf der Plattform zusammenzuführen. Case und Care Management ist lebendig auszugestalten und Schritt für Schritt sind alle Leistungserbringenden der Gesundheitsversorgung nicht nur von der Idee des Case und Care Managements zu überzeugen, sondern auch dazu zu bringen, Case und Care Management aktiv umzusetzen, eben zu leben.

## 9.7 Limitationen der Neuen Versorgungsform

Zum Schluss wollen wir noch ein paar Bemerkungen zu den Grenzen der Neuen Versorgungsform anschließen. Insgesamt konnte sich im Projektverlauf das Potenzial von OBERBERG\_FAIRsorgt nur bedingt entwickeln. Als ursächlich können die Rahmenbedingungen konstatiert werden. Zunächst, und nicht von unerheblichem Einfluss, ist die Corona Pandemie zu benennen, die für Gesellschaft und Politik zu großen Herausforderungen führte. Doch gerade die Corona Krise mit ihrer Eskalation der „Kasernierung“ älterer und alter Menschen in stationären Settings hebt die Frage nach Alternativen priorisiert in die gesellschaftspolitische Diskussion (Schulz-Nieswandt 2021b; Schulz-Nieswandt et al. 2021b) und verweist auf die von OBERBERG\_FAIRsorgt getragenen Leitbilder des »Empowerns« und der *Befähigung des Capability-Ansatzes* (Nussbaum 1998; Sen 2020). Verknüpft mit dem Corona Geschehen ist die zahlenmäßig geringe Bereitschaft der Hausarztpraxen und weiterer Leistungserbringenden an OBER-



BERG\_FAIRsorgt teilzunehmen und dort auch aktiv zu werden. Dazu kommt die hohe Arbeitsbelastung der einzelnen Hausarztpraxen, die auf der im Oberbergischen Kreis existierenden hausärztlichen Unterversorgung ([www.hausaerzte-oberberg.de](http://www.hausaerzte-oberberg.de)) bei gleichzeitigem Facharztmangel (Ärztekammer Nordrhein 2018) basiert. Weitere Stakeholder der Gesundheitsversorgung wie Facharztpraxen, ambulante Begleittherapien, Apotheken, Krankenhäuser, Rehabilitations-, Tagespflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Kurz- und Langzeitpflege, Hilfsmittelhersteller konnten nicht zur Einschreibung in den Selektivvertrag motiviert werden.

Auch bei der Rekrutierung für die Teilnahme an OBERBERG\_FAIRsorgt konnte nur ein bedingt repräsentativer Querschnitt an Versicherten eingeschrieben werden. Bestimmte Personenkreise konnten nicht erreicht werden: 1. allzu isoliert lebende Personen, 2. Personen, die den Blick in ihre Häuslichkeit scheuen, z. B. prekäre Einkommensmilieus und 3. Personen mit Einwanderungsgeschichte.

Es gibt aber auch menschliche Charakteristika eingeschränkter Verantwortungsübernahme, die die Interventionen der RCCM begrenzen: Beratungsresistenz der Versorgten, eine nicht vorhandene Eigeninitiative der Versorgten, wenig zugängliche Angehörige etc. Das ist das Leben: Jeder Mensch hat das Recht auf Zufriedenheit und Gelingen, aber auch auf Scheitern.

Und letztendlich sind da die Beschränkungen, die Innovationsfondsprojekten innewohnen. Ein kleiner Personenkreis wird in die Neue Versorgungsform eingeschrieben und profitiert für einen bestimmten Interventionszeitraum, danach erfolgt der Rückschritt in den vorherigen Versorgungsalltag. Hier reagiert der Oberbergische Kreis, wie im einleitenden Vorwort berichtet, weitblickend und finanziert die Strukturen aus eigener Kraft bis Ende 2024, bei gleichzeitigem Abschluss eines Anschlussselektivvertrags mit der AOK Rheinland/Hamburg.



## 10 Literatur

- Ärztammer Nordrhein (2018). Jahresbericht 2018. Düsseldorf.
- Akreml, L. (2019). Stichprobenziehung in der qualitativen Sozialforschung. In: Baur, N., & Blasius, J. (Eds.). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer VS. 313-331. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4\\_21](https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_21).
- Alisch, M. et al. (2018). „Irgendwann brauch' ich dann auch Hilfe ...!“ – Selbstorganisation, Engagement und Mitverantwortung älterer Menschen in ländlichen Räumen. Opladen: Budrich.
- Andoh-Arthur, J. (2019). Gatekeepers in Qualitative Research. In: Atkinson, P., Delamont, S., Cernat, A., Sakshaug, J. W., & Williams, R. A. (Eds.) *SAGE Research Methods Foundations*. London. <https://dx.doi.org/10.4135/9781526421036854377>.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese*. Thüringen: dgvt-Verlag.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*, New York: Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.
- Becker, F. (2019). Motivation und Motive: Definitionen und Eigenschaften. In: Becker, F. *Mitarbeiter wirksam motivieren*. Berlin, Heidelberg: Springer. 19-25.
- Bergjan, M., Tannen, A., Mai, T., Feuchtinger, J., Luboeinski, J., Bauer, J., Fischer, U., & Kocks, A. (2021). Integrating academic nurses in German university hospitals: a follow-up survey. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes.* 2021 Jun; 163:47-56. German. doi: 10.1016/j.zefq.2021.04.001. Epub.
- Blüher, S., Stein, T., Schnitzer, S., Schilling, R., Grittner, U., & Kuhlmeier, A. (2021). Care dependency factors: analyses of assessment data from the medical service of German statutory health insurance providers. *Deutsches Ärzteblatt International*, 118(33-34), 563.
- Böcken, J., Braun, B., & Reipschläger, U. (Eds.). (2013). *Gesundheitsmonitor 2013: Bürgerorientierung im Gesundheitswesen*. München: Bertelsmann.
- Bogner, A., Littig, B., & Menz, W. (Eds.). (2009). *Interviewing Experts*. London: Palgrave MacMillan.
- Bohnsack, R. (2021). *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden*. 10., überarb. Aufl. Opladen: Budrich in UTB.
- Bohnsack, R., Geimer, A., & Meuser, M. H. (2018). *Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung*. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Opladen & Toronto: Budrich.
- Bohnsack, R., Przyborsiki, A., & Schäffer, B. (2020). *Das Gruppendiskussionsverfahren in der Forschungspraxis*. 2. Auflage. Opladen: Budrich.
- Bolgner, N., Davis, A., & Rafaeli, E. (2003). Diary methods: Capturing life as it is lived. *Annual review of psychology* 54(1): 579-616.
- Brandenburg, H., & Kricheldorf, C. (Eds.). (2019). *Multiprofessioneller Personalmix in der Langzeitpflege. Entstehung, Umsetzung, Auswirkung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Brandstätter, V., Schüller, J., Puca, R. M., & Lozo, L. (2018). *Motivation und emotion*. Wiesbaden: Springer.

- Bratan, T. et al. (2022). E-Health in Deutschland: Entwicklungsperspektiven und internationaler Vergleich (No. 12-2022). Studien zum deutschen Innovationssystem.
- Büker, C. (2021). *Pflegende Angehörige stärken: Information, Schulung und Beratung als Aufgaben der professionellen Pflege*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2016). *Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften*. Berlin. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/siebter-altenbericht-120148>.
- Bundesministerium für Gesundheit (2021). 7. Pflegebericht. Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland Berichtszeitraum: 2016-2019. Berlin. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/siebter-pflegebericht-bericht-der-bundesregierung-ueber-die-entwicklung-der-pflegeversicherung-und-den-stand-der-pflegerischen-versorgung-in-der-bundesrepublik-deutschland.html>.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2023). *Strategie der Bundesregierung gegen Einsamkeit*. Berlin.
- Bundesverband Managed Care (2022). *Von der Projektförderung zur Innovationsinfrastruktur. BMC-Vorschläge zur Weiterentwicklung des Innovationsfonds*. <https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/2022-08-23-Positionspapier-Innovationsfonds-final.pdf>.
- Burzan, N. (2015). *Qualitative Methoden kompakt*. Konstanz, München: UVK.
- Burzan, N., & Hitzler, R. (Eds). (2018). *Typologische Konstruktionen*. Wiesbaden: Springer VS.
- Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (Eds). (2020). *Case Management Leitlinien. Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen*. 2. Aktualisierte Auflage. Heidelberg: medhochzwei.
- Denninger, T. (2017). Im Auge des Betrachters. In: Keller, R., Meuser, M. (Eds). *Alter(n) und vergängliche Körper. Wissen, Kommunikation und Gesellschaft*, 109-129. Springer VS, Wiesbaden. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-10420-7\\_6](https://doi.org/10.1007/978-3-658-10420-7_6).
- Destatis Statistisches Bundesamt (2021). *Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Bonn.
- Dittmar, N. (2009). *Transkription*. Wiesbaden: Springer VS.
- Endter, C., Hagen, C., & Berner, F. (2020). *Ältere Menschen und ihre Nutzung des Internets: Folgerungen für die Corona-Krise (DZA-Fact Sheet)*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Friebertshäuser, B., Langer, A., Prengel, A., & Boller, H. (2013). *Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Froschauer, U., & Lueger, M. (2009). *Interpretative Sozialforschung: Der Prozess*. Wien: Facultas (UTB).
- Gefken, A., (2018). Stabilität und Dynamik persönlicher Beziehungen in prekären Lebenslagen. In: Behrmann, L., Eckert, F., Gefken, A., & Berger, P. A. *Doing Inequality*. Wiesbaden: Springer VS. 233-256. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-07420-3\\_11](https://doi.org/10.1007/978-3-658-07420-3_11).

- Generali Deutschland (Eds). (2017). Generali Altersstudie 2017. Wie ältere Menschen in Deutschland denken und leben. Wiesbaden: Springer.
- Gläser, J., & Laudel, G. (2010). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden: Springer VS.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Chicago: Aldine.
- Geithner, L., & Wagner, M. (2022). Old-age lifestyles: Patterns of participation in leisure activities and their associations with different forms of capital. *Journal of Aging Studies*, 61, 101022. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2022.101022>.
- Geschäftsstelle des Wissenschaftsrats (2022). HQGplus-Studie zu Hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitssystem – Update | Quantitative und qualitative Erhebungen der Situation in Studium, Lehre, Forschung und Versorgung (Studienbericht); Köln. <https://doi.org/10.57674/v8gx-db45>.
- Gronemeyer, R., Ritter, M., Schultz, O., & Träger, J. (Eds). (2022): Demenz im Quartier. Ehrenamt und Sozialraumorientierung für das Alter. Bielefeld: transcript.
- Haverhals, L., Lee, C., Siek, K., Darr, C., Linnebur, S., Ruscini, J., & Ross, S. (2011). Older Adults with Multi-Morbidity: Medication Management Processes and Design Implications for Personal Health Applications. *J Med Internet Res*, 13(2): e44 DOI: 10.2196/jmir.1813.
- Heiser, P. (2018). Meilensteine der qualitativen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS.
- Heckhausen, J., & Heckhausen, H. (Eds). (2018). Motivation und Handeln. Berlin, Heidelberg: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-53927-9\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-662-53927-9_9).
- Helfferich, C. (2011). Qualität qualitativer Daten. Ein Schulungsmanual zur Durchführung qualitativer Einzelinterviews. Wiesbaden: Springer VS.
- Huxhold, O., & Henning, G. (2023). The Risks of Experiencing Severe Loneliness Across Middle and Late Adulthood. *The Journals of Gerontology: Series B*. DOI: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbad099>.
- Iida, M., Shrout, P., Laurenceau, J. P., & Bolger, N. (2012). Using diary methods in psychological research. In: Cooper, H. (Ed.), *APA handbook of research methods in psychology: Foundations, planning, measures and psychometrics* (Vol. 1, pp. 277-305). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Ilien, A., & Jeggle, U. (1978). Leben auf dem Dorf: zur Sozialgeschichte des Dorfes und zur Sozialpsychologie seiner Bewohner. Wiesbaden: Springer.
- Jacobs, K., Kuhlmei, A., Greß, S., & Schwinger, A. (2015). Pflege-Report 2015: Schwerpunkt: Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit. Stuttgart: Thieme.
- Jacobs, K., Kuhlmei, A., Greß, S., Klauber, J., & Schwinger, A. (2021). Pflege-Report 2021: Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Berlin: Springer.
- Jacobs, K., Kuhlmei, A., Greß, S., Klauber, J., & Schwinger, A. (2022). Pflege-Report 2022: Spezielle Versorgungslagen in der Langzeitpflege. Berlin: Springer.
- Jopp, D. S., Rott, C., Boerner, K., Boch, K., & Kruse, A. (2013). Zweite Heidelberger Hundertjährigen-Studie: Herausforderungen und Stärken des Lebens mit 100 Jahren. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.

- Kaspar, R., Wenner, J., & Tesch-Römer, C. (2022). Einsamkeit in der Hochaltrigkeit (D80+Kurzberichte Nr. 4). Köln. Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-77004-2>.
- Kaspar, R., Simonson, J., Tesch-Römer, C., Wagner, M., & Zank, S. (Eds). (2023). Hohes Alter in Deutschland. Berlin, Heidelberg: Springer. doi.org/10.1007/978-3-662-66630-.
- Kauppert, M. (2010). Erfahrung und Erzählung. Zur Topologie des Wissens. 2., korrigierte Aufl. Wiesbaden: Springer VS.
- Kelle, U., & Tempel, G. (2020). Verstehen durch qualitative Methoden – der Beitrag der interpretativen Sozialforschung zur Gesundheitsberichterstattung. In: *Bundesgesundheitsbl* 2020 -63:1126–1133. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03209-5>.
- Kessler, F., & Reutlinger, C. (Eds). (2022). Sozialraum. Eine elementare Einführung. Wiesbaden: Springer VS.
- Köstler, U. et al. (2024). „Und wann kommen Sie wieder vorbei?“ Zwei Jahre Neue Versorgungsform OBERBERG\_FAIRsort. wie Care-und-Case-Management empowert. In: *ProAlter* 1. 37-41.
- Kortmann, L., Hagen, C., Endter, C., Riesch, J., & Tesch-Römer, C. (2021). Internetnutzung von Menschen in der zweiten Lebenshälfte während der Corona-Pandemie: Soziale Ungleichheiten bleiben bestehen. (dza-aktuell: Deutscher Alterssurvey, 05/2021). Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-72025-4>.
- Krieger, T., & Seewer, N. (2022). Einsamkeit. Göttingen: Hogrefe.
- Kruse, A. (2007). Chancen und Grenzen der Selbstverantwortung im Alter. *Wege zum Menschen*. 59(5). 421-446.
- Kruse, A. (2022). Grenzgänge im hohen Alter – Verletzlichkeit, Sorge, Reife. In: Ho, A. D., Holstein, T. W., & Häfner, H. (Eds). Altern: Biologie und Chancen. *Schriften der Mathematisch-naturwissenschaftlichen Klasse, vol 27*. Wiesbaden: Springer Spektrum. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-34859-5\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-658-34859-5_3).
- Kruse, A., & Generali (Eds). (2014). Der Ältesten Rat. Generali Hochaltrigenstudie: Teilhabe im hohen Alter. Köln.
- Kruse, J. (2014). Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz. Weinheim: Juventa.
- Kuckartz, U., & Rädiger, St. (2021). Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA. Schritt für Schritt. Wiesbaden: Springer.
- Kuhlmey, A., Dräger, D., Winter, M., & Beikirch, E. (2010). COMPASS–Versichertenbefragung zu Erwartungen und Wünschen an eine qualitativ gute Pflege. *Informationsdienst altersfragen*, 37(4), 4-10. Berlin: Fatamorgana Verlag.
- Loer, Th. (2022). Interviews analysieren. Eine Einführung am Beispiel von Forschungsgesprächen mit Hundehaltern. Wiesbaden: Springer VS.
- Lozano Alcántara, A., Romeu Gordo, L., Engstler, H., & Vogel, C. (2023). The retirement impact on housing cost burden: are homeowners better off than tenants after retirement? *Ageing & Society*. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0144686X23000119>.
- Luhmann, N. (1973). Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität. Stuttgart: Enke.

- Martin, M., & Kliegel, M. (2014). Psychologische Grundlagen der Gerontologie. 4., durchgelesene und aktualisierte Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Martin, W. (2019). Ärztemangel: Einzelne Fachgebiete stark unter Druck. *Deutsches Ärzteblatt*, 17, 24.
- Mauss, M. (2009). Die Gabe. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Mayring, Ph. (2020). Qualitative Forschungsdesigns. In: Mey, G., & Mruck, K. (Eds). Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: Springer. 3-17.
- Mayring, Ph. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.
- Mayring, Ph. (2002). Qualitative content analysis – research instrument or mode of interpretation? In: Kieglmann, M. (Eds). The role of the researcher in qualitative psychology. Tübingen: Huber, 139-148.
- Mey, G., & Mruck, K. (2020). Qualitative Interviews. In: Mey, G., & Mruck, K. (Eds). Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: Springer. 315-335.
- Michalowsky, B., Kaczynski, A., & Hoffmann, W. (2019). Ökonomische und gesellschaftliche Herausforderungen der Demenz in Deutschland–Eine Metaanalyse. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz*, 62, 981-992.
- Möltgen, J. (2019). Sektorenübergreifende Versorgung Pflegebedürftiger – ein Realexperiment mit großen Chancen. In: *ProAlter* 4. 60-62.
- Möltgen, J. (2022). OBERBERG\_FAIRsorgt: Innovationsfondsprojekt zur sektorenübergreifenden Versorgung chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen ab 65 Jahren nimmt im Oberbergischen Kreis Fahrt auf. In: *ProAlter* 4, 29-31.
- Moritz, Chr., & Corsten, M. (Eds). (2018). Handbuch Qualitative Videoanalyse. Wiesbaden: Springer VS.
- Nover, S. U., & Panke-Kochinke, B. (Eds). (2021). Qualitative Pflegeforschung. Eigensinn, Morphologie und Gegenstandsangemessenheit. Baden-Baden: Nomos.
- Nowossadeck, E. (2012). Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin. *GBE kompakt* 3(2) [www.rki.de](http://www.rki.de).
- Nüchtern, E., Gansweid, B., Gerber, H., & von Mittelstaedt, G. (2017). Teilhabe als Ziel von Sozialmedizin und Pflege: Definition von Pflegebedürftigkeit – Prävention von Pflegebedürftigkeit. *Das Gesundheitswesen*. 79(01). 37-41.
- Nussbaum, M. (1998). Gerechtigkeit oder Das gute Leben. 10.Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Nussbaum, M., & Sen, A. (Eds.). (1993). The quality of life. New York: Oxford University Press.
- Ohlbrecht, H. (2019). Qualitative Methoden der empirischen Gesundheitsforschung. In: Haring, R. (Eds). Gesundheitswissenschaften. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Berlin, Heidelberg: Springer. 91-102. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-58314-2\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-662-58314-2_9).
- Porter, M. E. (2008). Value-based health care delivery. *Annals of surgery*. 248(4):503-509. DOI: 10.1097/SLA.0b013e31818a43af.
- Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *New England Journal of Medicine* 363(26):2477-2481. DOI: 10.1056/NEJMp1011024.

- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2004). *Redefining Health Care*. Boston, Mass: Harvard School Press.
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2007). How Physicians Can Change the Future of Health Care. *American Medical Association 2007* Vol. 297 No 10: 1103-1111.
- Przyborski, A., & Wohlrab-Sahr, M. (2019). Forschungsdesigns für die qualitative Sozialforschung. In: Baur, N., & Blasius, J. (Eds). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer VS. 105-124.
- Qualter, P., Vanhalst, J., Harris, R., van Roekel, E., Lodder, G., Bangee, M., Maes, M., & Verhagen, M. (2015). Loneliness across the life span. *Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 10(2), 250–264. <https://doi.org/10.1177/1745691615568999>.
- Reichertz, J. (2010). Abduction: The Logic of Discovery of Grounded Theory. In: Bryant, A., & Charmaz K (Eds). *The Sage Handbook of Grounded Theory*. London: Sage Publication. 214-229.
- Reichertz, J. (2013). Die Abduktion in der qualitativen Sozialforschung. Über die Entdeckung des Neuen. 2. akt. erw. Aufl. Wiesbaden: Springer VS.
- Reissmann, M., Oswald, V., Zank, S., & Tesch-Römer, C. (2022). Digitale Teilhabe in der Hochaltrigkeit (D80+ Kurzberichte Nr. 6). Köln. Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-78429-7>.
- Riedel, M., & Heimerl, N. (2021). Prävention der Pflegebedürftigkeit. *Health System Watch*. 42-51.
- Robert Koch Institut (2015). *Gesundheit in Deutschland*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin.
- Rogers, C. R. (2004). *Therapeut und Klient*. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Frankfurt am Main: Fischer.
- Rogers, C. R. (2009). *Entwicklung der Persönlichkeit*, Psychotherapie aus der Sicht des Therapeuten. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rosenthal, G. (2004). Biographical Research. In: Seale, C., Gobo, G., Gubrium, J. F., & Silverman D. (eds) *Qualitative Research Practice*. London: Sage Publication. 48-64.
- Rosenthal, G. (2014). *Interpretative Sozialforschung*. Weinheim, München: Beltz-Juventa.
- Rott, C., d'Heureuse, V., Kliegel, M., Schönemann, P., & Becker, G. (2001). Die Heidelberger Hundertjährigen-Studie: Theoretische und methodische Grundlagen zur sozialwissenschaftlichen Hochaltrigkeitsforschung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 34(5). 356-364.
- Rott, C., & Jopp, D. S. (2012). Das Leben der Hochaltrigen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*. 55(4). 474-480.
- Rott, C., Wiloth, S., Kramer, B. et al (2020). Prävention statt Pflege. *G+G digital* 06/2020.
- Rupprecht, R. (2008). Psychologische Theorien zum Alternsprozess. *Gerontopsychologie*. Springer. Vienna. 13-25. [https://doi.org/10.1007/978-3-211-78390-0\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-211-78390-0_2).
- Sander, K. (1999). *Personenzentrierte Beratung*. Landsberg: Beltz.

- Sander, K., & Ziebertz, T. (2006). *Personenzentriert beraten*. Berlin: Frank & Timme.
- Schaeffer, D., & Horn, A. (2013). Prävention von Pflegebedürftigkeit. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 8, 83–91. <https://doi.org/10.1007/s11553-012-0370-1>.
- Schmitt, J. et al. (2022). Ein Case-Management-Fragebogen für Angehörige geriatrischer Patienten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 55, 406–411. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01871-1>.
- Schulz, M., Mack, B., & Renn, O. (Eds.). (2012). *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft*. Wiesbaden: Springer VS.
- Schultze, E.-M. (2022). *Sozialkapital und Reziprozität im Werk von Coleman und Bourdieu*. Wiesbaden: Springer VS.
- Schulz-Nieswandt, F. (2009). Wandel der Medizinkultur? Anthropologie und Tiefenpsychologie der Integrationsversorgung als Organisationsentwicklung. Berlin: Dunker & Humblot.
- Schulz-Nieswandt, F. (2018). Bridging the gap. Ein Kommentar zu Beispielen der Brückenfunktionsbildung im Kontext der Krankenhausentlassung gemäß § 11 (4) SGB V. *Pflege und Gesellschaft* 23 (4): S. 373-374.
- Schulz-Nieswandt, F. (2021). *Rekonstruktive Sozialforschung als strukturelle Hermeneutik*. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, F. (2021): *Der alte Mensch als Verschlussache. Corona und die Verdichtung der Kasernierung in Pflegeheimen*. Bielefeld: transcript.
- Schulz-Nieswandt, F., Köstler, U., & Mann, K. (2021a). *Kommunale Pflegepolitik - eine Vision*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schulz-Nieswandt, F., Köstler, U., & Mann, K. (2021b). *Lehren aus der Corona-Krise. Modernisierung des Wächterstaates im SGBXI*. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, F., Köstler, U., & Mann, K. (2022). *Gestaltwerdung als Gelingen der Daseinsführung im Lebenszyklus*. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, F., Bruns, A., Köstler, U., & Mann, K. (2022). Was ist »struk-jektive Hermeneutik«? Objektive Hermeneutik, Dokumentarische Methode der praxeologischen Wissenssoziologie und post-strukturelle Kritische Theorie. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, F., Mann, K., Köstler, U., & Brandenburg, H. (2023). *Professionelle Teams in Heimen*. Baden-Baden: Nomos.
- Sen, A. (2020). *Elemente einer Theorie der Menschenrechte*. Stuttgart: Reclam.
- Seifert, A., Cotten, S. R., & Xie, B. (2021). A Double Burden of Exclusion? Digital and Social Exclusion of Older Adults in Times of COVID-19. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 76(3), e99–e103. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa098>.
- Simon, A. (2017). *Akademisch ausgebildetes Pflegefachpersonal*. Springer, Berlin, Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-54887-5\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-662-54887-5_7).
- Spiegel, H. (2004). Das persönliche Beziehungsnetz in Verbindung mit prekären wirtschaftlichen Lagen. In: Bien, W., & Weidacher, A. (Eds). *Leben neben der Wohlstandsgesellschaft. Schriften des Deutschen Jugendinstituts: Familien-Survey*, vol 12. Wiesbaden: Springer VS. [https://doi.org/10.1007/978-3-322-90205-4\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-322-90205-4_5).



- Strauss, A., & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Strübing, J. (2014). *Grounded theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatistischen Forschungsstils*. Wiesbaden: Springer.
- Süs, E., Bär, M., & Schönmeyer-Gieck, P. (2018). "Werde ich wieder nachhause kommen?" Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt. Weinheim: Beltz.
- Tannen, A., Feuchtinger, J., Strohbücker, B., & Kocks, A. (2017). State of development of the role of academic nursing staff at German university hospitals in 2015. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes.* 2017 Feb;120:39-46. German. doi: 10.1016/j.zefq.2016.11.002. Epub.
- Tesch-Römer, C., & Hagen, C. (Eds.). (2018). *Ausgewählte Aspekte zur informellen häuslichen Pflege in Deutschland*. DZA-Fact Sheet. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Wagner, M., & Zank, S. (Eds.). (2022). *Abschlussbericht: Lebensqualität und Wohlbefinden hochaltriger Menschen in NRW (Folgebefragung NRW80+)*. Köln: Universität zu Köln, Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health (ceres). <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ss0ar-83335-2>.
- Wernet, A. (2021). *Einladung zur Objektiven Hermeneutik. Ein Studienbuch für den Einstieg*. Opladen: Budrich in UTB.
- Witzel, A. (1982). *Verfahren der qualitativen Sozialforschung*. Frankfurt am Main, New York: Campus.
- Witzel, A. (1985). *Das problemzentrierte Interview*. In: Jüttemann, G. (Eds.). *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder*. Weinheim, Basel: Beltz, 227-256.
- Witzel, A., & Reiter, H. (2012). *The problem-centred Interview*. London/ Thousand Oaks, Ca./New Delhi/Singapore.



## Teil II:

# Effekte der neuen Versorgungsform OBERBERG\_FAIRsorgt. Ergebnisse der quantitativen Analysen der Evaluation

*Christian Grebe*

|   |  |     |
|---|--|-----|
| 1 | Einleitung   | 170 |
| 2 | Kosteneffekte und Inanspruchnahme von Regelleistungen: Analyse von Krankenkassen-Routinedaten                                | 171 |
|   | 2.1 Methodik   | 171 |
|   | 2.2 Ergebnisse   | 177 |
| 3 | Veränderung von gesundheitsbezogenen Outcomes nach einem Jahr Versorgung – standardisierte Befragung der Interventionsgruppe | 189 |
|   | 3.1 Methodik   | 189 |
|   | 3.2 Ergebnisse   | 192 |
| 4 | Diskussion   | 207 |
| 5 | Literatur  | 210 |

## 1 Einleitung

Der quantitative Teil der Evaluation von OBERBERG\_FAIRsorgt gliederte sich in zwei separate methodische Ansätze. Zum einen wurden Fragestellungen untersucht, die Effekte der Versorgungsform auf die Wirtschaftlichkeit (Kosten für Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung), auf die Ausschöpfung von Regelleistungen (u.a. Tages- und Kurzzeitpflege) sowie auf notfallbedingte Krankenhausaufenthalte, den Verbleib in der Häuslichkeit und die Pflegebedürftigkeit adressierten. Diese Analyse erfolgte auf der Grundlage von Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg, wobei die Teilnehmenden an der Versorgungsform mit zwei Vergleichsgruppen mit ähnlichen Fällen von Versicherten verglichen wurden, die mittels eines Matchingverfahrens ausgewählt wurden.

Zum anderen wurde untersucht, in wieweit sich verschiedene Aspekte des Gesundheitszustands der Teilnehmenden (u.a. körperliche Funktionsfähigkeit, Erschöpfung, Schmerzen, emotionale Belastung) sowie ihre Resilienz, Selbstwirksamkeit, gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheitskompetenz nach einem Jahr Versorgung verändern. Hierzu wurden die Teilnehmenden mittels einer standardisierten Pre-Post-Befragung mit Paper-and-Pencil-Fragebögen zweimal im Abstand von 12 Monaten befragt. In der zweiten Befragungswelle wurde zudem nach der Zufriedenheit mit der Neuen Versorgungsform und ihren Teilleistungen sowie deren Bedeutung gefragt und der Prozess der Leistungserbringung näher beleuchtet.

## 2 Kosteneffekte und Inanspruchnahme von Regelleistungen: Analyse von Krankenkassen-Routinedaten

### 2.1 Methodik

#### 2.1.1 Evaluationsdesign

Für diesen Teil der Evaluation wurde ein 3-Gruppen Pre-Post-Design mit zwei Messzeitpunkten gewählt. Der Interventionsgruppe (den in die Neue Versorgungsform OBERBERG\_FAIRsorgt eingeschriebenen Versicherten) wurden zwei Vergleichsgruppen gegenübergestellt. Bei der ersten Vergleichsgruppe (KG OBK) handelte es sich um Versicherte der AOK Rheinland/ Hamburg mit Wohnort im Oberbergischen Kreis, die die Einschlusskriterien für die Neue Versorgungsform erfüllten, sich aber nicht in die Neue Versorgungsform eingeschrieben hatten. Die zweite Vergleichsgruppe (KG RSK) wurde aus Versicherten der AOK Rheinland/ Hamburg gebildet, deren Wohnort sich im benachbarten Rhein-Sieg-Kreis befand und die ansonsten ebenfalls die Einschlusskriterien für OBERBERG\_FAIRsorgt erfüllten. Die Fälle der Vergleichsgruppen wurden mittels Propensity Score Matching zu den Fällen der Interventionsgruppe gematched.

Bei der AOK Rheinland/Hamburg wurden auf der Basis einer Datensatzbeschreibung die entsprechenden Datensätze angefordert. Von den Teilnehmern der Interventionsgruppe wurde dazu eine Einwilligung auf Basis einer informierten Zustimmung eingeholt, für die Vergleichsgruppen erfolgte die Übermittlung der Routinedaten auf Grundlage einer Genehmigung durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) nach §75 SGB X.

Die Daten wurden für zwei Messzeitpunkte erhoben. Baseline (t0) bezieht sich auf den Zeitpunkt unmittelbar vor Interventionsstart. Da Routinedaten je Quartal vorliegen, ist somit das Quartal vor Interventionsstart bzw., insbesondere bei kostenbezogenen Outcomes, der Zeitraum der drei Quartale vor Interventionsstart gemeint (siehe Teil II Tabelle 1). Das Follow-Up (t1) lag 9 Monate, also drei Quartale nach Interventionsstart. Je nach Outcome wird auch hier entweder das Quartal, in dem der 9-monatige beobachtete Zeitraum der Intervention endete, betrachtet oder aber die drei Quartale vor t1 (entspricht somit dem gesamten 9-monatigen Interventionszeitraum). Dass in der Routinedatenanalyse nur ein Zeitraum von 9 Monaten beobachtet wurde, obwohl die Intervention einen Zeitraum von 12 Monaten umfasste, ist der Projektlogik und der Natur von Routineda-

ten geschuldet. Routinedaten aus dem ambulanten Sektor liegen bei den Krankenkassen üblicherweise erst nach 9 Monaten vor. Da aufgrund der COVID-19-Pandemie das Ausrollen der Neuen Versorgungsform zudem später erfolgte als ursprünglich geplant, wäre ein 12-Monate umfassender Beobachtungszeitraum, zumindest für die letzte Kohorte, nicht mehr während der Projektlaufzeit analysierbar gewesen.

Die Teilnehmenden starteten versetzt in drei Kohorten in die Versorgung, jeweils zum Quartalsbeginn (Januar, April und Juli 2022). Mit Genehmigung des Projektträgers starteten zudem zehn Teilnehmende, zu individuellen Zeitpunkten, als eine Art „Testlauf“ bereits im Herbst 2021 in die Versorgung. Diese Fälle sind nicht Teil der Stichprobe der Routinedatenanalyse, da sich für sie keine saubere Trennung in versorgte und unversorgte Quartale vornehmen lässt.

### 2.1.2 Fragestellungen und Outcomes

Mittels der Routinedatenanalyse wurden die Folgenden Fragestellungen untersucht:

1. Wirtschaftlichkeit (primäres Outcome): Unterscheiden sich die Teilnehmer an der Neuen Versorgungsform hinsichtlich der GKV-Kosten im Interventionszeitraum von Angehörigen der Vergleichsgruppen (nicht eingeschriebene Versicherte aus dem Oberbergischen Kreis, Versicherte aus der Vergleichsregion Rhein-Sieg-Kreis)?
2. Wirtschaftlichkeit: Unterscheiden sich die Teilnehmer an der Neuen Versorgungsform hinsichtlich der Krankenhauskosten im Interventionszeitraum von Angehörigen der Vergleichsgruppen?
3. Ausschöpfung von Regelleistungen: Unterscheiden sich die Teilnehmer an der Neuen Versorgungsform hinsichtlich der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege im Interventionszeitraum von Angehörigen der Vergleichsgruppen?
4. Ausschöpfung von Regelleistungen: Unterscheiden sich die Teilnehmer an der Neuen Versorgungsform hinsichtlich der Inanspruchnahme von Tagespflege im Interventionszeitraum von Angehörigen der Vergleichsgruppen?
5. Ausschöpfung von Regelleistungen: Unterscheiden sich die Teilnehmer an der Neuen Versorgungsform hinsichtlich der Inanspruchnahme von Pflege- und zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln im Interventionszeitraum von Angehörigen der Vergleichsgruppen?

6. Ausschöpfung von Regelleistungen: Unterscheiden sich die Teilnehmer an der Neuen Versorgungsform hinsichtlich der Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds im Interventionszeitraum von Angehörigen der Vergleichsgruppen?
7. Notfallbedingte Krankenhausaufnahmen: Unterscheiden sich die Teilnehmer an der Neuen Versorgungsform hinsichtlich der Anzahl ihrer notfallbedingten Krankenhausaufnahmen im Interventionszeitraum von Angehörigen der Vergleichsgruppen?
8. Verbleib in der Häuslichkeit: Unterscheiden sich die Teilnehmer an der Neuen Versorgungsform hinsichtlich der Inzidenz einer Inanspruchnahme vollstationärer Dauerpflege im Interventionszeitraum von Angehörigen der Vergleichsgruppen?
9. Verschlechterung der Pflegebedürftigkeit: Unterscheiden sich die Teilnehmer an der Neuen Versorgungsform hinsichtlich einer Verschlechterung (bzw. Neu-Zuerkennung) ihres SGB-XI- Pflegegrades im Interventionszeitraum von Angehörigen der Vergleichsgruppen?
10. Veränderung der Multimorbidität: Unterscheiden sich die Teilnehmer an der Neuen Versorgungsform hinsichtlich ihrer Multimorbidität am Ende des Interventionszeitraums von Angehörigen der Vergleichsgruppen?

Die Operationalisierung der entsprechenden zehn Outcomes zeigt Teil II Tabelle 1.

*Teil II Tabelle 1: Operationalisierung der zehn Outcomes*

| Nr. | Endpunkt             | Operationalisierung   |
|-----|----------------------|---|
| 1   | GKV Gesamtkosten     | Gesamtkosten für SGB V- und SGB XI-Leistungen in den 3 Quartalen vor Interventionsstart (t0) und in den 3 Quartalen des Interventionszeitraums (t1) |
| 2   | Krankenhauskosten    | Kosten für akutstationäre Leistungen in den 3 Quartalen vor Interventionsstart (t0) und in den 3 Quartalen des Interventionszeitraums (t1)          |
| 3   | Kurzzeitpflegekosten | Kosten für Leistungen nach §42 SGB XI den 3 Quartalen vor Interventionsstart (t0) und in den 3 Quartalen des Interventionszeitraums (t1)            |
| 4   | Tagespflegekosten    | Kosten für Leistungen nach §41 SGB XI den 3 Quartalen vor Interventionsstart (t0) und in den 3 Quartalen des Interventionszeitraums (t1)            |

|    |   |   |
|----|---|---|
| 5  | Kosten für Pflege- und zum Verbruch bestimmte Hilfsmittel | Summierte Kosten für Leistungen nach §40 SGB XI und §33 SGBV (Produktgruppe 54) den 3 Quartalen vor Interventionsstart (t0) und in den 3 Quartalen des Interventionszeitraums (t1)                    |
| 6  | Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds                | Fälle mit Leistungen nach §40 Abs. 4 SGB XI im Interventionszeitraum (t1)   |
| 7  | Notfallbedingte Krankenhausaufnahmen                      | Fälle mit als Notfall kodierter stationärer Krankenhausaufnahme im Versorgungszeitraum (t1)   |
| 8  | Verbleib in der Häuslichkeit                              | Fälle mit Leistung stationäre Sachleistungen (SGB XI) im Quartal 3 Monate nach Interventionsstart (t1), bei denen zugleich im Quartal vor Interventionsstart (t0) keine solche Leistung vorhanden war |
| 9  | Pflegebedürftigkeit                                       | Fälle mit höherem (bzw. neu zuerkannten) Pflegegrad im 3. Quartal der Versorgung (t1), verglichen mit dem Quartal vor Versorgungsbeginn (t0)  |
| 10 | Multimorbidität   | Exlihauser Komobiditätsindex (Elixhauser et al. 1998) im Quartal vor Interventionsstart (t0) und im 3. Quartal der Versorgung (t1)  |

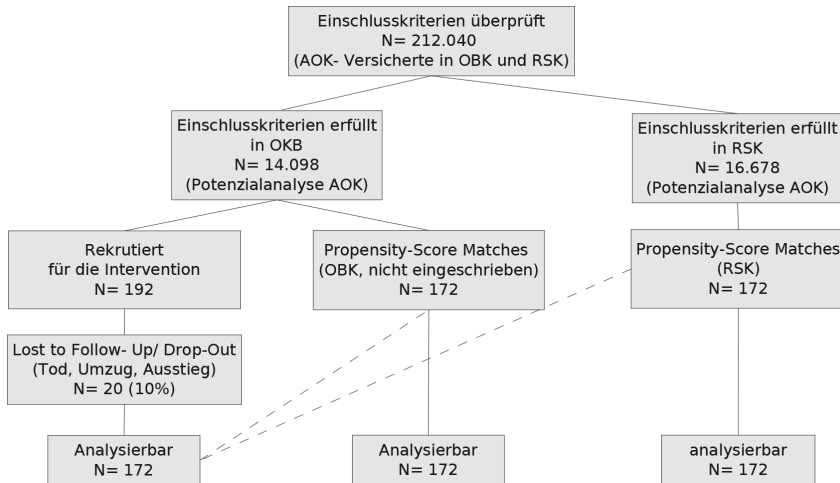
### 2.1.3 Fallzahlberechnung

A priori wurde mit der mit Software G\*Power 3.1 (Faul et al. 2009) eine Fallzahlberechnung für die Analyse des primären Outcomes durchgeführt. Da als weiteres Outcome auch die Kosten für stationäre Krankenhausaufenthalte untersucht wurden, die eine Teilmenge der Kostenvariable des primären Outcomes darstellen, wurde der Alphafehler dieser beiden Tests nach Bonferroni korrigiert und so auf 0,025 gesetzt. Die Fallzahl wurde so kalkuliert, dass bei  $df = 2$  Freiheitsgraden mit einer Power von 80% einer Effektstärke von  $f = 0,15$  nachgewiesen werden kann.

Die erforderliche Fallzahl betrug demnach  $N=515$ , je Gruppe folglich  $N=172$ . Die Fallzahlschätzung erfolgte unter der Annahme, dass von 10% der an t0 in die Neue Versorgungsform eingeschriebenen Fälle am Follow-Up-Messzeitpunkt  $t_1$  keine Daten vorliegen (Drop-Out bzw. Lost-to-Follow-Up), so dass sich eine Fallzahl von  $N=192$  Fällen in der Interventionsgruppe errechnete, die in die Neue Versorgungsform eingeschrieben werden musste. Da das Matching erst erfolgte, nachdem die letzte Kohorte der Interventionsgruppe t1 erreicht hatte, kam es in den Vergleichsgruppen zu keinem Lost-to-Follow-Up, da Verstorbene oder Verzoogene der für das Matching verfügbaren Population per se entzogen sind.

Das Potenzial der Versicherten mit den definierten Ein- und Ausschlusskriterien betrug nach einer Analyse der AOK Rheinland/ Hamburg 14.098 Personen im Oberbergischen Kreis (OBK) sowie 16.678 Personen in der Vergleichsregion Rhein-Sieg Kreis (RSK). Das Consort Schema zeigt Teil II Abbildung 1.

Teil II Abbildung 1: CONSORT Flow Chart (a-priori)



## 2.1.4 Matching

Das Sampling der Fälle der beiden Vergleichsgruppen erfolgte mittels Propensity Score Matching (*Caliendo et al. 2008*). Dazu wurden die in Teil II Tabelle 2 dargestellten Kovariate genutzt. Beim Matching wurde sichergestellt, dass das Kriterium stationäre Dauerpflege exakt übereinstimmt, stationäre Fälle wurden also stets zu stationären Fällen gematched.

Da nicht alle prinzipiell matchbaren Fälle der Vergleichspopulationen zu jeder der drei Kohorten gematched werden konnten (weil für das t0-Quartal einer oder mehrerer Kohorten die Einschlusskriterien nicht vollumfänglich erfüllt waren), wurden zunächst Fälle zur dritten Kohorte gematched (ohne zurücklegen), dann zur zweiten und abschließend zur ersten Kohorte. Für jedes Match der Vergleichsgruppen gingen die Outcome-Daten basierend auf dem gleichen Zeitraum in die Analyse ein wie beim jeweiligen Studienteilnehmer, zu dem der Fall gematched wurde (für die erste Kohorte

mit Interventionsstart zum 01.01.2022 für t0 also etwa die GKV-Gesamtkosten der Quartale 2-4/2021 und für t1 jene der Quartale 1-3/2022).

Das Matching wurde in R (R Core Team 2023) mittels des Packages MatchIt (Ho et al. 2011) durchgeführt.

*Teil II Tabelle 2: Kovariate für das Propensity Score Matching*

| Kriterium   | Operationalisierung  |
|---|--|
| Alter   | 2022-Geburtsjahr   |
| Geschlecht  | In Q4/2021   |
| Multimorbidität   | Elixhauser Komorbiditäts-Index im Q4/2021  |
| Pflegegrad  | Im Q4/2021   |
| SGB XI Leistungsart   | im Quartal vor t <sub>0</sub> :<br>Pflegegeld, Sachleistung ambulant, Sachleistung stationär                         |
| GKV Kosten  | Kosten im Q4/2021  |
| Krankenhauskosten   | Kosten im Q4/2021  |
| SGB XI Kosten für Leistungen nach §42 (Kurzzeitpflege)  | Kosten im Q4/2021  |
| Leistungen nach §42 SGB XI (Tages- und Nachtpflege)   | Kosten im Q4/2021  |
| Leistung nach § 40 Abs. 1 SGB XI (Pflegehilfsmittel) und Leistungen nach § 33 SGB V; Produktgruppe 54 des Hilfsmittelverzeichnisses | Kosten im Q4/2021  |
| Leistung nach § 40 Abs. 4 SGB XI (Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes)  | im Q4/2021 (Kosten > 0 EUR ja/nein)  |
| Leistung nach § 45 SGB XI (Pflegekurse)   | im Q4/2021 in Anspruch genommen ja/nein  |
| Leistung nach § 7a SGB XI (Pflegeberatung)  | im Q4/2021 in Anspruch genommen ja/nein  |
| Leistung nach § 45a SGB XI (Angebote zur Unterstützung im Alltag)   | im Q4/2021 in Anspruch genommen ja/nein  |
| Leistung nach § 33 SGB V; für die Produktgruppen 1-53; 98-99 des Hilfsmittelverzeichnisses  | (separat für die Produktgruppen 3-, 8, 10-15, 17, 19-21, 23, 25, 29, 33):<br>im Q4/2021 in Anspruch genommen ja/nein |
| wohnt in ambulant betreuter Wohngruppe (Leistung nach §38a SGB XI)  | im Q4/2021 in Anspruch genommen ja/nein  |



|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Demenz-Diagnose               | im Quartal 4/2021 Diagnose F00-F03; G30<br>ICD-10<br>dichotom ja (mindestens eine der o.g. Diagnosen) / nein |
| Bevölkerungsdichte am Wohnort | < Median BRD (232 Einwohner/km <sup>2</sup> ) (ja/nein)<br>Quelle: NRW.IT;                                   |
| Hausarztdichte                | Versorgungsgrad <100% am Wohnort;<br>Quelle: Bedarfsplan KVNo vom 30.04.2019;                                |

### 2.1.5 Statistische Analyse

Die Daten der kostenbezogenen Outcomes sowie des Outcomes Multimorbidität sind metrisch skaliert. Für diese Outcomes wurden ANCOVAs berechnet, bei denen die Baseline-Werte (t0) als Kovariate in die Analyse eingingen. Fälle mit standardisierten Residuen >3 wurden als Outlier angesehen und aus der Analyse des betreffenden Outcomes ausgeschlossen. Berichtet werden die p-Werte des Gruppeneffekts, die Estimated Marginal Means an t0 (identisch für die 3 Untersuchungsgruppen) und an t1 sowie deren 95%-Konfidenzintervalle. Die Analysen erfolgten in R (R Core Team 2023), zur Berechnung der Estimated Marginal Means wurde das Package emmeans (Lenth 2023) eingesetzt.

Die übrigen analysierten Outcomes sind dichotom. Für diese Outcomes (Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds, notfallbedingte Krankenhausaufnahmen, Verbleib in der Häuslichkeit und Anstieg der Pflegebedürftigkeit) wurden chi<sup>2</sup>-Unabhängigkeitstests berechnet. Berichtet wird jeweils die relative Häufigkeit (Event Rate) der Fälle je Untersuchungsgruppe sowie der p-Wert des Hypothesentests. Alle Hypothesen wurden zweiseitig getestet.

## 2.2 Ergebnisse

### 2.2.1 Rekrutierte und Versorgte Teilnehmende und Inanspruchnahme der fakultativen Teilleistungen

Insgesamt wurden initial N=321 Versicherte der AOK Rheinland/ Hamburg für die Neue Versorgungsform rekrutiert. Vier Versicherte schieden bereits vor Interventionsstart wieder aus. N=307 Personen starteten in drei Kohorten jeweils zu Quartalsbeginn ab dem 01.01.2022 bis zum 01.07.2022 in die Intervention. Die übrigen zehn Teilnehmenden, die bereits im 2. Halbjahr

2021 rekrutiert worden waren, starteten mit Genehmigung des Projektträgers ab September 2021 bereits als „Testkohorte K0“, ohne Bindung an einen Quartalsbeginn, zu individuellen Terminen in die Versorgung.

Die nicht-obligatorischen Teilleistungen der Versorgungsform wurden mit den im Folgenden dargestellten Fallzahlen erbracht:

- Interdisziplinäre Fallkonsile wurden bei N=14 Fällen umgesetzt, wobei bei drei Teilnehmenden ein zweites Fallkonsil initiiert wurde. Bei 16 dieser 17 Fallkonsile war der Hausarzt beteiligt, in einem Fall war dieser kurzfristig verhindert. An jeweils 12 der Fallkonsile waren Angehörige und Pflegedienste beteiligt, in drei Fällen auch mehrere Pflegedienste. Die dominierende Zusammensetzung (in 12 Fallkonsilen) umfasste mindestens die Beteiligung aus dem zuständigen Fallmanager (RCCM) von OBERBERG\_FAIRsorgt, dem Hausarzt, dem Pflegedienst und Angehörigen. An zwei Fallkonsilen war (jeweils neben einem ambulanten Pflegedienst) auch ein Pflegeheim beteiligt, Fachärzte wurden bei zwei der Fallkonsile hinzugezogen. In Einzelfällen waren Physiotherapie, die Krankenkasse, die Berufsgenossenschaft sowie die „Aktion Hilfe für alte Menschen“ beteiligt.
- Die erweiterte Erreichbarkeit wurde von 19 Teilnehmenden insgesamt 48x genutzt. Im Maximum kam ein Fall dabei auf sieben Kontaktaufnahmen, der Median unter den Teilnehmenden, die diese Teilleistung nutzten, liegt bei zwei Anrufen.
- Bei N=99 Fällen wurden telemedizinische Leistungserbracht.
- Ausnahmslos alle rekrutierten Teilnehmenden stimmten der Nutzung der Kommunikationsplattform und der Speicherung ihrer Daten auf dieser zu.

Die Angaben beziehen sich jeweils auf den gesamten Zeitraum, über den die Neue Versorgungsform erbracht wurde (01.10.2021 bis 30.06.2023, 21 Monate) und schließen ggf. auch Fälle, die zu Drop-Outs wurden, sowie Fälle der „Testkohorte“ K0 mit ein.

## 2.2.2 Stichprobe für die Analyse der Routinedaten

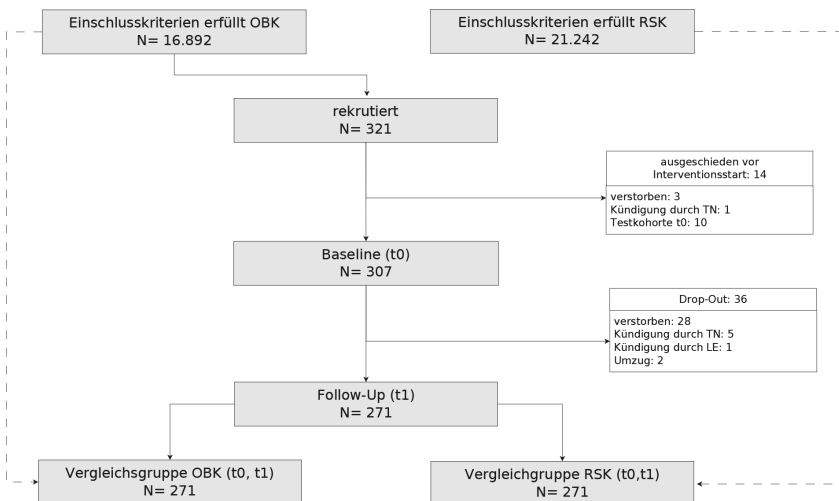
### 2.2.2.1 Soziodemografische Daten

Von der N=321 im Zuge der neuen Versorgungsform rekrutierten Versicherten schieden vier Personen bereits vor ihrem Interventionsstart aus. Eine dieser Personen zog ihre Einwilligung zurück und kündigte ihre Teilnahme

am Selektivvertrag, drei Personen verstarben zwischen der Rekrutierung und ihrem Interventionsstart. Weitere 10 Teilnehmende gehörten der so bezeichneten „Testkohorte 0“ an. Für diese Fälle lag eine Genehmigung des Projektträgers vor, mit der Versorgung bereits vor der finalen Genehmigung des Interventionsstarts zu beginnen. Die Versorgung dieser Fälle startete fließend im 2. Halbjahr 2021, der Interventionsstart war nicht an ein einheitliches Startdatum gebunden. Da für diese Kohorte keine saubere Unterscheidung in Quartale mit und ohne Versorgung möglich ist, wäre es nicht sinnvoll gewesen, diese Fälle in die Analyse der Routinedaten einzubeziehen. Dies war auch zu keinem Zeitpunkt vorgesehen.

Der Stichprobenumfang der in diesem Evaluationsbaustein analysierten Fälle lag an Baseline (Interventionsstart der jeweiligen Kohorte) bei N=307. Zwischen Baseline (t0) und dem Follow-Up nach drei Quartalen (t1) kam es zu 36 Drop-Outs aus der Versorgung. Der größte Teil dieser Drop-Outs, 28 Personen, verstarb bis zum Follow-Up, weitere fünf Fälle brachen die Versorgung von sich aus ab. Bei einer Person erfolgte ein Abbruch der Versorgung dieser Person durch den Hausarzt und zwei Personen zogen aus dem Landkreis weg.

Teil II Abbildung 2: CONSORT Flowchart für die Analyse der Routinedaten



Diese Fälle erreichten den Messzeitpunkt t1 folglich nicht, so dass der analysierbare Stichprobenumfang jene N=271 Fälle beträgt, die den regulär

versorgten drei Kohorten angehörten und für die im Follow-Up analysierbare Routinedaten vorlagen (Teil II Abbildung 2). Alle weiteren Daten beziehen sich auf diesen N=271 Fälle. Die Lost-to-Follow-Up-Rate für diesen Evaluationsbaustein liegt somit bei 15,6%.

Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden lag bei  $79,42 \pm 7,63$  Jahre<sup>1</sup>, von denen 60,5% weiblichen und 29,5% männlichen Geschlechts waren.

Die Verteilung der rekrutierten Teilnehmer über die Kommunen des Landkreises Teil II Abbildung 3. Deutlich wird zum einen eine stark ungleichmäßige Verteilung über die Kommunen, die auch keinen Bezug zur jeweiligen Einwohnerzahl aufweist. So wohnten 49,7% der rekrutierten Versicherten in Bergneustadt, weitere 15% in der einwohnerstärksten Kommune, der Kreisstadt Gummersbach und weitere 11,9% in Wiehl. Die übrigen Kommunen stellten maximal jeweils 5% der Teilnehmer. Aus Wipperfürth, Morsbach, Marienheide und Hückeswagen konnten nur vereinzelt Teilnehmer rekrutiert werden, aus Engelkirchen gar keiner.

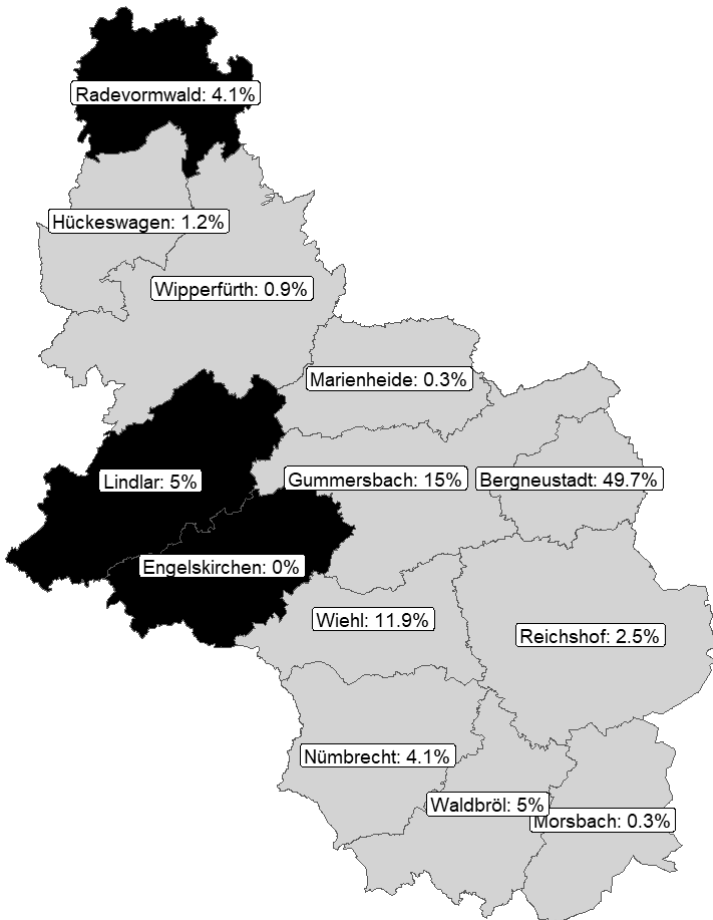
4,1% der Teilnehmenden lebten in Wohnorten mit einer Bevölkerungsdichte unter dem Median der Kommunen der Bundesrepublik Deutschland (232 Einwohner/ km<sup>2</sup>). Teil II Abbildung 3 illustriert neben der Verteilung der versorgten Teilnehmer auch den hausärztlichen Versorgungsgrad der Kommunen (hellgrau: Versorgungsgrad <100%). 88,6% der Teilnehmenden lebten in Kommunen, die nach den Maßstäben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2024 (Bedarfsplanung) einen Versorgungsgrad von <100% in der hausärztlichen Versorgung aufweisen.

Weitere soziodemografische Daten können aus den Routinedaten nicht bezogen werden. Weitere Angaben wurden sowohl in der Pre-Post-Befragung der Interventionsgruppe (siehe Abschnitt 3) als auch im qualitativen Baustein erhoben und sind dort, bezogen auf die jeweilige Stichprobe, dargestellt. Eine Verknüpfung mit dem Sample der Routinedatenanalyse ist nicht vollständig möglich, da die Stichproben nicht identisch sind.

---

1 durch  $\pm$  getrennte Werte kennzeichnen im Folgenden das arithmetische Mittel und die zugehörige Standardabweichung.

Teil II Abbildung 3: Verteilung der versorgten Teilnehmer über die Kommunen



#### 2.2.2.2 Diagnose-, Versorgungs- und Kostenbezogene Daten

Die folgenden Angaben beziehen sich auf das 4. Quartal 2021, das einheitlich und unabhängig vom tatsächlichen Interventionsstart (Kohortenzugehörigkeit) für das Matching mit den Vergleichsgruppen herangezogen wurde.

Demnach wiesen 8,5% eine in den Routinedaten dokumentierte Demenzdiagnose (mindestens eine Diagnose aus F00-F03 oder G30 ICD-10) auf.

Der Elixhauser-Komorbiditäts-Index ist ein Maß für Multimorbidität. Er setzt sich aus 30 Erkrankungen zusammen und kann Werte zwischen -19 und 89 annehmen. Höhere Werte zeigen dabei ein höheres Risiko an, während eines Krankenhausaufenthalts zu versterben. Der Teilnehmenden wiesen im Mittel einen Score von  $6,33 \pm 7,38$  auf.

49,1% der Teilnehmenden hatte keinen Pflegegrad nach dem SGB XI, demzufolge ist eine knappe Mehrheit der Teilnehmenden nach den Kriterien des SGB XI als pflegebedürftig anzusehen. 9,6% wiesen den Pflegegrad 1 auf, 20,3% Pflegegrad 2, 14,4% Pflegegrad 3, 4,1% Pflegegrad 4 und 2,6% den höchsten Pflegegrad 5. Leistungen stationärer Dauerpflege bezogen 8,1% der Teilnehmenden.

Die Gesamtkosten für SGB V- und SGB XI-Leistungen im 4. Quartal des Jahres 2021 lagen im Mittel bei €3.804,58  $\pm$  €7.045,26. Sie weisen also eine sehr hohe Streuung auf. Gleiches gilt für die Kosten für Krankenhausbehandlungen im selben Zeitraum, die im Mittel bei €1.215,25  $\pm$  €5.057,59 lagen. Die Kosten für Pflege- und zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (SGB V und SGB XI) lagen in diesem Zeitraum im Mittel bei €25,89  $\pm$  €70,96.

#### 2.2.2.3 Repräsentativität der Interventionsgruppe

Vergleicht man die N=310 Fälle der Interventionsgruppe (exklusive der Fälle, die vor Interventionsstart ausgeschieden waren und der „Testkohorte“ K0) mit der übrigen Grundgesamtheit der bei der AOK Hamburg Rheinland/ Hamburg Versicherten, die die Einschlusskriterien für die neue Versorgungsform zum 01.01.2022 erfüllten (N= 16.582), so lassen sich folgende Befunde feststellen:

Die Interventionsgruppe ist mit  $80,86 \pm 7,49$  Jahren im Mittel älter und auch homogener verteilt als die übrige Grundgesamtheit ( $77,47 \pm 8,10$  Jahre). Der Unterschied ist statistisch signifikant ( $p < 0,01$ , t-Test für unabhängige Stichproben).

Die Interventionsgruppe ist multimorbider als die übrige Grundgesamtheit. Der Elixhauser Komorbiditätsscore lag in der Interventionsgruppe im 4. Quartal 2021 im Mittel bei  $6,72 \pm 7,54$ , in der übrigen Grundgesamtheit

hingegen bei  $5.07 \pm 6.69$ . Auch dieser Unterschied ist signifikant ( $p < 0,01$ , t-Test für unabhängige Stichproben).

Die Interventionsgruppe unterscheidet sich von der Grundgesamtheit hinsichtlich ihrer sozialrechtlich zuerkannten Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI ( $p < 0,001$ , Mann-Whitney U-Test). Während in der Grundgesamtheit 29,1% eine Pflegestufe aufweisen, ist dies in der Interventionsgruppe bei 50,6% der Versicherten der Fall. Auch der prozentuale Anteil der Personen, die einen der Pflegegrade 1-5 aufweisen, liegt in der Interventionsgruppe jeweils höher. Statistisch signifikant, aber in der Differenz zur Grundgesamtheit weniger deutlich, fallen die Inanspruchnahmen der SGB XI-Leistungsarten aus. 34,2% der Personen der Interventionsgruppe bezogen Pflegegeld (übrige Grundgesamtheit: 21,6%,  $p < 0,001$ , Fishers exakter Test), 10,3% bezogen ambulante Sachleistungen (Grundgesamtheit: 4,7%,  $p < 0,001$ , Fishers exakter Test) und 8,7% erhielten Sachleistungen für stationäre Dauerpflege (Grundgesamtheit: 4,1%,  $p < 0,001$ , Fishers exakter Test).

Hinsichtlich der Gesamtkosten für SGB V- und SGB XI- Leistungen (4. Quartal 2021) liegt die Interventionsgruppe (wiederum  $N=310$ , inklusive späterer Dropouts) mit EUR 4.473,40 hingegen niedriger als die übrige Grundgesamtheit (EUR 6.614,44), auch dieser Unterschied ist statistisch signifikant ( $p < 0,01$ , t-Test für unabhängige Stichproben). Aufgrund der sehr hohen Streuung der Kosten empfiehlt sich für den Vergleich der Mittelwerte eher die Verwendung des Medians anstelle des arithmetischen Mittels. Im Median liegen die Gesamtkosten der Interventionsgruppe bei €1.980,00, in der übrigen Grundgesamtheit bei EUR €2.110,00, also lediglich um €130 auseinander.

### 2.2.3 Matching

Nach Durchführung des Propensity Score Matchings wurden die in das Matching einbezogenen Variablen hinsichtlich der Nullhypothese analysiert, dass sich die drei Untersuchungsgruppen nicht voneinander unterscheiden. Angelegt wurde ein 5% Signifikanzniveau. Für alle einbezogenen Merkmale bestätigte sich die Nullhypothese, die Untersuchungsgruppen unterscheiden sich nicht signifikant.

## 2.2.4 Outcomes

### 2.2.4.1 Wirtschaftlichkeit: Gesamtkosten für SGB V- und SGB XI-Leistungen

Die Estimated Marginal Means der Gesamtkosten für SGB V- und SGB XI-Kosten pro Fall lagen an t0 (Kosten der drei Quartale vor Interventionsstart) bei EUR 9.983,-. Während des betrachteten 9-monatigen Interventionszeitraums bis t1 kam es zu einem Anstieg in allen drei Untersuchungsgruppen. In der Interventionsgruppe lag der EMMEAN der Gesamtkosten mit EUR 10.429,- (95%-CI: EUR 9.471,- bis EUR 11.388,-) dabei am niedrigsten, die Gesamtkosten der beiden Kontrollgruppen (Oberbergischer Kreis: EUR 10.896,-, 95%-CI: EUR 9.937,- bis EUR 11.854,-; Rhein-Sieg-Kreis: EUR 10.714,-, 95%-CI: EUR 9.753,- bis EUR 11.674,-) fielen geringfügig höher aus. Der Unterschied ist nicht signifikant ( $p=0,793$ ), ebenso wenig die paarweisen Vergleiche zwischen den Untersuchungsgruppen. Die Konfidenzintervalle der Untersuchungsgruppen überlappen sich deutlich.

Die ergänzend berechnete rangdatenbasierte Quade-ANCOVA zeigte ebenfalls keinen signifikanten Unterschied zwischen den drei Untersuchungsgruppen ( $p=0,923$ ).

### 2.2.4.2 Wirtschaftlichkeit: Krankenhauskosten

Die Kosten für Akutversorgung im Krankenhaus lagen an t0 im Mittel bei EUR 2.960,- (EMMEANS). In allen drei Untersuchungsgruppen lagen die Kosten im Interventionszeitraum deutlich niedriger. Die Kosten der Interventionsgruppe beliefen sich auf EUR 1.422,- (95%-CI: EUR 1.028,- bis EUR 1.817,-). In der Kontrollgruppe des Oberbergischen Kreises lagen die Kosten mit EUR 1.339 (95%-CI: EUR 943,- bis EUR 1.734,-) noch niedriger, in der Kontrollgruppe aus dem Rhein-Sieg-Kreis mit EUR 1.650,- (95%-CI: EUR 1.255,- bis EUR 2.044,-) hingegen höher als in den beiden anderen Gruppen. Die Unterschiede an t1 sind nicht signifikant ( $p=0,528$ ). Gleiches gilt für die paarweisen Vergleiche der Gruppen, zudem überlappen sich die Konfidenzintervalle deutlich.

Die ergänzend berechnete rangdatenbasierte Quade-ANCOVA zeigte ebenfalls keinen signifikanten Unterschied zwischen den drei Untersuchungsgruppen ( $p=0,920$ ).



#### 2.2.4.3 Ausschöpfung von Regelleistungen: Kosten für Kurzzeitpflege

Die Kosten für Kurzzeitpflege nach §42 SGB XI lagen an t0 im Mittel (EMMEANS) bei EUR 200,-. In allen drei Untersuchungsgruppen lagen die Kosten im Interventionszeitraum niedriger. Die Kosten der Interventionsgruppe beliefen sich auf EUR 124,- (95%-CI: EUR 78,- bis EUR 169,-). In der Kontrollgruppe des Oberbergischen Kreises lagen die Kosten mit EUR 130,- (95%-CI: EUR 85,- bis EUR 176,-) annähernd auf dem gleichen Niveau, in der Kontrollgruppe aus dem Rhein-Sieg-Kreis mit EUR 170,- (95%-CI: EUR 124,- bis EUR 216,-) hingegen höher als in den beiden anderen Gruppen. Die Unterschiede an t1 sind nicht signifikant ( $p=0,319$ ). Gleiches gilt für die paarweisen Vergleiche der Gruppen, zudem überlappen sich die Konfidenzintervalle deutlich.

Die ergänzend berechnete rangdatenbasierte Quade-ANCOVA zeigte ebenfalls keinen signifikanten Unterschied zwischen den drei Untersuchungsgruppen ( $p=0,913$ ).

#### 2.2.4.4 Ausschöpfung von Regelleistungen: Kosten für Tagespflege

Die EMMEANS für die Kosten für Tagespflege nach §41 SGB XI lagen an t0 bei EUR 14,-. Die Kosten der Interventionsgruppe sanken an t1 geringfügig auf EUR 12,- (95%-CI: EUR 0,- bis EUR 24,-). In den beiden Kontrollgruppen lagen die Kosten an t1 etwas höher als an t0, im Oberbergischer Kreis bei EUR 19,- (95%-CI: EUR 7,- bis EUR 31,-) und im Rhein-Sieg-Kreis bei EUR 15,- (95%-CI: EUR 3,- bis EUR 26,-). Die Unterschiede an t1 sind nicht signifikant ( $p=0,691$ ). Gleiches gilt für die paarweisen Vergleiche der Gruppen, zudem überlappen sich die Konfidenzintervalle deutlich.

Die ergänzend berechnete rangdatenbasierte Quade-ANCOVA zeigte ebenfalls keinen signifikanten Unterschied zwischen den drei Untersuchungsgruppen ( $p=0,613$ ).

#### 2.2.4.5 Ausschöpfung von Regelleistungen: Kosten für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

Für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel nach §40 SGB XI sowie der Produktgruppe 54 für Hilfsmittel nach §33 SGB V lagen die EMMEANS an

t0 bei EUR 77,-. An t1 lagen diese Kosten in allen drei Untersuchungsgruppen etwas niedriger. Im Oberbergischen Kreis lagen die Kosten sowohl in dortigen Kontroll- wie auch in der Interventionsgruppe bei EUR 74,- (95%-CI in beiden Gruppen EUR 53,- bis EUR 75,-) und in der Kontrollgruppe aus dem Rhein-Sieg-Kreis bei EUR 72,- (95%-CI: EUR 62,- bis EUR 84,-). Die Unterschiede an t1 sind nicht signifikant ( $p=0,471$ ). Gleiches gilt für die paarweisen Vergleiche der Gruppen, zudem überlappen sich die Konfidenzintervalle deutlich.

Die ergänzend berechnete rangdatenbasierte Quade-ANCOVA zeigte ebenfalls keinen signifikanten Unterschied zwischen den drei Untersuchungsgruppen ( $p=0,944$ ).

#### 2.2.4.6 Ausschöpfung von Regelleistungen: Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds

In der Interventionsgruppe nahmen 2,24% der Teilnehmenden im Interventionszeitraum (t1) Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfelds nach §40 Abs. 4 SGB XI in Anspruch, bei denen dies in den drei Quartalen vor Interventionsstart (t0) nicht der Fall war. Der Anteil lag in der Kontrollgruppe aus dem Oberbergischen Kreis exakt gleich hoch (2,24%) und in der Kontrollgruppe aus dem Rhein-Sieg-Kreis geringfügig höher (3,79%). Die Event-Rate dieses Endpunkts ist in allen drei Gruppen niedrig, die Gruppenunterschiede sind nicht signifikant ( $p=0,452$ ).

#### 2.2.4.7 notfallbedingte Krankenhausbehandlungen

Die Event-Rate notfallbedingter Krankenhausaufnahmen in Interventionszeitraum lag in allen drei Untersuchungsgruppen hoch, jede sechste Person wies binnen der betrachteten 9 Monate eine solche als Notfall kodierte Aufnahme in ein Akutkrankenhaus auf. Die Interventionsgruppe wies dabei die höchste Event-Rate auf (18,45%), in den beiden Kontrollgruppen (Oberbergischer Kreis: 17,34%; Rhein-Sieg-Kreis: 16,61%) lag sie etwas niedriger. Die Gruppenunterschiede sind nicht signifikant ( $p=0,197$ ).

#### 2.2.4.8 Verbleib in der Häuslichkeit

Die Event-Rate der Personen, die im Interventionszeitraum nicht in der eigenen Häuslichkeit verbleiben konnten (die im Vergleich zu vor dem Interventionsstart Leistungen stationärer Dauerpflege neu in Anspruch nahmen) war in allen drei Untersuchungsgruppen gering. In der Interventionsgruppe lag sie mit 1,20% am niedrigsten, in der Kontrollgruppe aus dem Oberbergischen Kreis lag sie bei 2,41%, und in der Kontrollgruppe aus dem Rhein-Sieg-Kreis bei 1,61%. Die Gruppenunterschiede sind nicht signifikant ( $p=0,578$ ).

#### 2.2.4.9 Veränderung der Pflegebedürftigkeit

Die Event-Rate der Personen, bei denen es im Interventionszeitraum zu einem neu zuerkannten SGBI XI-Pflegegrad oder zu einem Anstieg des Pflegegrads kam, war in allen drei Untersuchungsgruppen hoch und belief sich in der Interventionsgruppe auf 18,08%. In den Vergleichsgruppen lag die Event-Rate etwas niedriger (Oberbergischer Kreis: 17,71%, Rhein-Sieg-Kreis: 14,02%). Die Gruppenunterschiede sind nicht signifikant ( $p=0,373$ ).

#### 2.2.4.10 Veränderung der Multimorbidität

Das EMMEAN des Exilhauser-Komorbiditätsindex lag an t0 bei 5,93 Punkten und erhöhte sich an t1 in der Interventionsgruppe auf 6,22 (95%-CI: 5,85 bis 6,59). Dies entspricht exakt den Werten der Vergleichsgruppe aus dem Oberbergischen Kreis. In der Vergleichsgruppe aus dem Rhein-Sieg-Kreis nahm die Punktzahl jedoch geringfügig ab auf 5,75 Punkte (95%-CI: 5,38 bis 6,12). Die Konfidenzintervalle der drei Gruppen überlappen sich, der Gruppeneffekt ist nicht signifikant ( $p=0,132$ ).

Die ergänzend berechnete rangdatenbasierte Quade-ANCOVA zeigte ebenfalls keinen signifikanten Unterschied zwischen den drei Untersuchungsgruppen ( $p=0,16$ ).

### 2.2.5 Kosten der Intervention

Die Fallkosten für den betrachteten 9-Monats-Zeitraum wurden mit EUR 1.727,75,- berechnet<sup>2</sup>. In diese Kosten gingen die Personalkosten für die RCCM, die gegenüber den Leistungserbringern (vor allem den Hausärzten) vergüteten Versorgungsleistungen (Eingangsassessments, Versorgungsplanung, Fallkonsile, telemedizinisches Monitoring), die Kosten für die Erweiterte Erreichbarkeit und das telemedizinische Equipment ein. Unberücksichtigt blieben als einmalige Anlaufkosten die Kosten für die Kommunikationsplattform sowie die gezahlten Einschreibepremien.

Addiert man die Fallkosten für die Teilnehmenden (Interventionsgruppe) den GKV-Gesamtkosten für die betrachteten 9 Monate (siehe Abschnitt 2.2.4.1) hinzu, so wächst deren EMMEAN an t1 auf EUR 12.157 an (95%-CI: 11.199,- bis 13.116,-). Die Kosten für SGB V- und SGB XI-Leistungen liegen somit unter Einbeziehung der Fallkosten der Neuen Versorgungsform um EUR 1.261,- (gegenüber der KG OBK) bzw. EUR 1.443,- (gegenüber der KG RSK) höher. Dies entspräche EUR 150,- bzw. EUR 160,- pro Monat. Die Konfidenzintervalle der drei Untersuchungsgruppen überlappen sich, der p-Wert der ANCOVA liegt bei  $p=0,076$  und ist nicht signifikant.

---

2 Details zu dieser Berechnung können im Evaluationsbericht zu OBERBERG\_FAIRsorgt nachvollzogen werden, den der GbA-Innovationsfonds im Laufe des Jahres 2025 auf seiner Homepage des verfügbar machen wird.

### 3 Veränderung von gesundheitsbezogenen Outcomes nach einem Jahr Versorgung – standardisierte Befragung der Interventionsgruppe

#### 3.1 Methodik

##### 3.1.1 Studiendesign

Die Teilnehmenden wurden mittels Pen-and-Paper-Fragebögen an zwei Messzeitpunkten im Abstand von 13 Monaten standardisiert befragt. Die Baseline-Befragung (t0) erfolgte in den 14 Tagen vor Interventionsstart, die Follow-Up-Befragung wurde binnen 14 Tagen nach Abschluss der 12-monatigen Versorgung versandt.

##### 3.1.2 Fragestellungen

Die folgenden Fragestellungen zu gesundheitsbezogenen Outcomes wurden im längsschnittlichen Verlauf betrachtet und die Outcomes folglich an beiden Messzeitpunkten erhoben:

- Unterscheidet sich in der Interventionsgruppe die gesundheitsbezogene Lebensqualität am Ende des Interventionszeitraums von jener zu Beginn der Intervention?
- Unterscheidet sich in der Interventionsgruppe die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung am Ende des Interventionszeitraums von jener zu Beginn der Intervention?
- Unterscheidet sich in der Interventionsgruppe die Resilienz am Ende des Interventionszeitraums von jener zu Beginn der Intervention?
- Unterscheidet sich in der Interventionsgruppe die körperliche Funktionsfähigkeit am Ende des Interventionszeitraums von jener zu Beginn der Intervention?
- Unterscheidet sich in der Interventionsgruppe die Erschöpfung am Ende des Interventionszeitraums von jener zu Beginn der Intervention?
- Unterscheiden sich in der Interventionsgruppe die depressive Stimmungslage am Ende des Interventionszeitraums von jener zu Beginn der Intervention?
- Unterscheidet sich in der Interventionsgruppe die Schmerzintensität am Ende des Interventionszeitraums von jener zu Beginn der Intervention?

- Unterscheidet sich in der Interventionsgruppe die Teilhabe an sozialen Rollen und Aktivitäten am Ende des Interventionszeitraums von jener zu Beginn der Intervention?
- Unterscheidet sich in der Interventionsgruppe die Schlafbeeinträchtigung am Ende des Interventionszeitraums von jener zu Beginn der Intervention?
- Unterscheidet sich in der Interventionsgruppe die subjektive Gesundheitskompetenz am Ende des Interventionszeitraums von jener zu Beginn der Intervention?

Neben den längsschnittlichen Effekten wurden in der Befragung an t1 zudem querschnittliche Fragestellungen bezogen auf Outcomes (Zufriedenheit), Outputs (Inanspruchnahme von Leistungen) und Prozesse adressiert. Bezogen auf Outcomes werden in diesem Evaluationsbaustein folgende Fragestellungen untersucht:

- Wie zufrieden ist der Befragte mit der Neuen Versorgungsform allgemein?
- Wie zufrieden ist der Befragte mit den einzelnen Elementen der Neuen Versorgungsform?

Bezogen auf die Outputs werden in diesem Evaluationsbaustein folgende Fragestellungen untersucht:

- War der Befragte in die Versorgungsplanung einbezogen?
- Waren Bezugspersonen des Befragte in die Versorgungsplanung einbezogen?
- Wie häufig hatte der Befragte Kontakt zu seinem RCCM?
- Wie regelmäßig hatte der Befragte Kontakt zu seinem RCCM?
- Nutzt der Befragte die technische Plattform?
- Hat der Befragte nach einem Notruf (112) die erweiterte Erreichbarkeit genutzt?
- Hat der Befragte am einer telemedizinischen Fallkonferenz teilgenommen?
- Hat der Befragte das telemedizinische Monitoring genutzt?

Bezogen auf die Prozesse werden in diesem Evaluationsbaustein folgende Fragestellungen untersucht:

- Wie charakterisiert der Befragte die Beziehung zu seiner Fallmanagerin?
- In welcher Weise wurde der Befragte in die Versorgungsplanung einbezogen?

- Wie konsistent wird er Befragte in den Versorgungsprozess einbezogen?
- In wieweit hat der Befragte das Gefühl, seinen Versorgungsprozess aktiv zu steuern?
- Wie intensiv nutzt der Befragte die elektronische Plattform passiv (le-send)?
- Wie intensiv nutzt der Befragte die elektronische Plattform aktiv (Uploads, Kommunikation)?

### 3.1.3 Messinstrumente

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde mit dem EQ5D-5L (*Herdman et al. 2011*) gemessen, wobei sowohl der fünf Items umfassende Index als auch die visuelle Analogskala verwendet wurden. Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung wurde mit der 10 Items umfassenden Skala von Schwarzer und Jerusalem (*Schwarzer & Jerusalem 1999*) gemessen, Resilienz mit der Kurzsкала der 11 Items umfassenden Kurzform (RS-11) der Resilienzsкала RS-11 (*Schumacher et al. 2005*). Zur Messung der subjektiven Gesundheitskompetenz wurde die Kurzform HLS-EU-Q16 des European Health Literacy Survey (*Röthlin et al. 2013*) mit 16 Items eingesetzt. Die übrigen Outcomes zum Gesundheitszustand wurden mit den jeweiligen Short Forms des Patient Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS-29) (Cella et al., 2010, Fisher et al., 2018) gemessen. Zur Messung der Polypharmazie, der Kenntnis der eignen Medikation, der Unterstützung durch Dienste und informelle Hilfen sowie der Inanspruchnahme von Therapeuten wurden selbstentwickelte dichotome Items verwendet.

Bei den nur an t1 erhobenen Items, die diese Fragestellungen adressierten, handelt es sich ebenfalls um selbst entwickelte Einzelitems.

### 3.1.4 Datenerhebung

Die Fragebögen wurden den Teilnehmenden durch die Koordinierungsstelle der Konsortialführung, die am Gesundheitsamt des Oberbergischen Kreises angesiedelt war, zugestellt. Dort wurden die Fragebögen auch mit dem jeweiligen Projektpseudonym versehen, so dass den Evaluatoren zu keinem Zeitpunkt Klarnamen oder Kontaktdaten der Teilnehmenden bekannt waren. Auch der Rücklauf wurde über diese Koordinierungsstelle abgewickelt.

### 3.1.5 Statistische Analyse

Der überwiegende Teil der Outcome-Variablen ist metrisch skaliert, Unterschiede zwischen den beiden Messzeitpunkten wurden mittels t-Tests für verbundene Stichproben auf einem 5% Signifikanzniveau 2-seitig getestet. Für dichotome Outcomes (Polypharmazie und medikamentenbezogenes Wissen) wurden exakte Tests nach Fisher eingesetzt, für die Levels der Gesundheitskompetenz der Wilcoxon-Vorzeichenrangtest. Die Daten zum Prozessgeschehen, zur Bewertung und Zufriedenheit wurden als Einzeli-tems deskriptiv ausgewertet.

## 3.2 Ergebnisse

### 3.2.1.1 Drop-Out Analyse

Von den N=271 Fällen, die im quantitativen Evaluationsbaustein A mit ihren Routinedaten in die Analyse eingehen konnten, lagen im quantitativen Evaluationsbaustein B von 186 Teilnehmenden Fragebögen zu beiden Messzeitpunkten vor. Dies entspricht 71,2% der in den drei Kohorten über den gesamten Interventionszeitraum versorgten Fälle. Zusätzlich gingen in die Stichprobe sieben der N=10 Fälle ein, die keiner der drei regulären Kohorten zugehörten, sondern der „Testkohorte“ K0, die unabhängig von Quartalsgrenzen mit Genehmigung des Projektträgers bereits vor der ersten Kohorte mit der Intervention startete. Ausgehend von den N=321 rekrutierten Fällen beträgt die Lost-to-Follow-Up-Rate für diesen Evaluationsbaustein 39,9%.

Der überwiegende Teil der Befragten war in der Lage, den Fragebogen komplett selbstständig zu bearbeiten (54,4% an t0, 59,1% an t1). Unterstützung durch eine Bezugsperson erhielten 31,1% an t0 bzw. 27,5% an t1, und in 14,0% (t0) bzw. 11,4% (t1) der Fälle antwortete eine Bezugsperson als Proxy. Bei einem Fall an t0 und vier Fällen an t1 fehlte eine entsprechende Angabe.

Die folgenden Angaben zu Unterschieden zwischen den Stichproben der quantitativen Evaluationsbausteine A und B beziehen sich auf zum einen auf die N=186 Fälle aus der Routinedatenanalyse, für die auch Fragebögen zu beiden Messzeitpunkten vorlagen (im Weiteren als „QUANT-B-Fälle bezeichnet) und zum anderen auf die N= 85 Fälle ohne analysierbaren Rücklauf beider Fragebögen (im Weiteren als „QUANT-B-Dropouts“ be-



zeichnet). Über die N=7 Fälle der „Testkohorte“ K0, für die Fragebogendaten vorliegen, können keine weitergehenden Aussagen getroffen werden, da für diese Fälle keine Routinedaten im quantitativen Evaluationsbaustein A angefordert wurden.

Hinsichtlich des Geschlechts bestehen keine Unterschiede zwischen den beiden Stichproben ( $p=0,231$ , Fisher's exakter Test). Die QUANT-B-Fälle waren mit  $78,16 \pm 7,09$  Jahren aber signifikant jünger ( $p<0,001$ , t-Test für unabhängige Stichproben) als die QUANT-B-Dropouts mit  $82,18 \pm 7,23$  Jahren.

Von den QUANT-B-Dropouts weisen 22,4% an t0 eine Demenzdiagnose auf, unter den QUANT-B-Fällen nur 2,2%. Auch dieser Unterschied ist signifikant ( $p<0,001$ , Fisher's exakter Test). Die QUANT-B-Fälle wiesen an t0 auch signifikant ( $p<0,001$ , Mann-Whitney-U-Test) geringere SGB XI-Pflegegrade auf. So haben 58,6% der QUANT-B-Fälle keinen Pflegegrad (gegenüber 28,2% der QUANT-B-Dropouts), und nur 1,6% wiesen einen Pflegegrad von 4 oder 5 auf (QUANT-B-Dropouts: 17,6%). Auch die Kosten für Kurzzeitpflege an t0 (drei Quartale vor Interventionsstart) lagen unter den QUANT-B-Dropouts (EUR 320,00  $\pm$  EUR 791,91) signifikant höher ( $p=0,041$ ) als unter den QUANT-B-Fällen (EUR 123,03  $\pm$  EUR 560,02). Der Anteil an Fällen mit stationärer Dauerpflege an t0 lag unter den QUANT-B-Dropouts ebenfalls signifikant höher ( $p>0,001$ , Fisher's exakter Test) mit 23,5% gegenüber 1,1% der QUANT-B-Fälle.

Hinsichtlich der t0-Werte des Elixhauser-Komorbiditäts-Scores ( $p=0,342$ ), der GKV- Gesamtkosten ( $p=0,133$ ), der Krankenhauskosten ( $p=0,856$ ), der Kosten für zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel ( $p=0,186$ ) und der Kosten für Tagespflege ( $p=0,390$ , jeweils t-Test für unabhängige Stichproben) unterscheiden sich die beiden Stichproben hingegen nicht. Unter den QUANT-B-Fällen hatten drei Fälle in den drei Quartalen vor Interventionsstart (t0) Leistungen zur Anpassung des Wohnumfelds erhalten, unter den QUANT-B-Dropouts kam dies gar nicht vor. Dieser Unterschied ist aber nicht signifikant ( $p=0,554$ , Fisher's exakter Test).

### 3.2.2 Outcomes

#### 3.2.2.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die berichtete gesundheitsbezogene Lebensqualität (Wertebereich jeweils zwischen 0 und 100 Punkten, wobei höhere Werte eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität anzeigen) lag an Baseline sowohl gemessen als

EQ5D-Index als auch mittels visueller Analogskala im mittleren Bereich (57,89 bzw. 53,92 Punkte). Im Follow-Up zeigten sich geringfügig niedrigere Werte (56,12 bzw. 52,55 Punkte), die aber nicht statistisch signifikant sind ( $p=0,438$  bzw.  $p=0,330$ ) und somit im Bereich erwartbarer statistischer Schwankungen liegen.

### 3.2.2.2 Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung

Die verwendete Skala zur Messung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung hat einen Wertebereich von 10 bis 40 Punkten, höhere Scores zeigen eine höhere allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung an. An Baseline lag der mittlere Score der Stichprobe bei 29,88 Punkten, im Follow-Up (29,52 Punkte) veränderte er sich nur geringfügig. Der Gruppenunterschied ist nicht signifikant ( $p=0,598$ ). Der Score entspricht fast exakt dem arithmetischen Mittel der Bevölkerungsnorm (Hinz et al. 2006) für Männer zwischen 61 und 95 Jahren (29,8) und liegt über jenem für Frauen der gleichen Altersgruppe (27,6).

### 3.2.2.3 Resilienz

Der Wertebereich der Resilienzskala RS-11 erstreckt sich von 0 bis 100 Punkten, wobei höhere Werte eine höhere Resilienz anzeigen. Der an Baseline gemessene mittlere Score für die Resilienz der Teilnehmenden lag bei 51,58 Punkten. Im Follow-Up lag der Score geringfügig um ca. einen Punkt niedriger (50,50 Punkte), dieser Unterschied ist nicht signifikant ( $p=0,411$ ). Einen Score von maximal 52 Punkten weisen in der Gesamtbevölkerung 30% der 14-95-Jährigen auf (Schumacher et al. 2005), das Mittel der Stichprobe liegt hinsichtlich ihrer Resilienz also auf dem Niveau des unteren Drittels der Bevölkerung.

### 3.2.2.4 Gesundheitskompetenz

Der Wertebereich des HLS-EU-Q16 liegt zwischen 0 und 16 Punkten, wobei höhere Werte eine höhere Gesundheitskompetenz anzeigen. An Baseline lag der mittlere Score bei 10,29, im Follow-Up etwas höher bei 10,55 Punkten. Der Unterschied ist statistisch nicht signifikant ( $p=0,434$ ). Aus der

Index-Wert des Instruments lassen sich drei Levels der Gesundheitskompetenz ableiten (Röthlin et al. 2013). Bezogen auf die N=144 Befragten, von denen Scores für beide Messzeitpunkte vorlagen, wiesen an Baseline 36,1% eine ausreichende Gesundheitskompetenz auf, im Follow-Up waren es 39,6%. Eine problematische Gesundheitskompetenz zeigten Baseline 28,5%, im Follow-Up 25,7%. Auf dem niedrigsten Level, dem der inadäquaten Gesundheitskompetenz, befanden sich an Baseline 35,4% der Befragten und im Follow-Up 34,7%. Auch der Unterschied zwischen den Levels ist statistisch nicht signifikant ( $p=0,474$ ). Verglichen mit der Bevölkerungsnorm (Jordan & Hoebel 2015) für die Levels auf Basis des HLS-EU-Q16 für die Altersgruppe 60 und älter (54,7% ausreichend, 32,8% problematisch, 12,5% inadäquat) ist die Gesundheitskompetenz der Stichprobe deutlich niedriger.

### 3.2.2.5 körperliche Funktionsfähigkeit

Die so genannten T-Scores der PROMIS-Skalen haben einen Wertebereich von 0 bis 100. Höhere Punkte zeigen dabei eine höhere Ausprägung des jeweils gemessenen Konstrukts an. Die Scores sind so normiert, dass der Durchschnitt der Referenzpopulation bei 50 Punkten liegt und 10 Punkte jeweils eine Standardabweichung bedeuten. Dies gilt auch für die in den folgenden Abschnitten berichteten Outcomes. Für die körperliche Funktionsfähigkeit, gemessen mit der Short Form PROMIS SF v2.0 – Physical Function 4a, lag an Baseline im Mittel bei 38,15 von 100 Punkten, was einer moderaten Beeinträchtigung (30-40 Punkte) entspricht. Im Follow-Up reduzierte sie sich um weniger als einen Punkt auf 37,15 Punkte. Dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant ( $p=0,161$ ).

### 3.2.2.6 Erschöpfung

Die selbst wahrgenommene Erschöpfung bei alltäglichen Verrichtungen wurde mit der Short Form PROMIS SF v1.0 – Fatigue 4a gemessen. An Baseline lag der mittlere Punktwert bei 56,21, was einer milden Beeinträchtigung (55-60 Punkte) entspricht. Im Follow-Up bei 57,93. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ( $p=0,032$ ). Wir bewerten diese Zunahme an Erschöpfung um 1,72 Punkte aber als nicht klinisch bedeutsam, zumal beide Scores im Bereich der „milden“ Beeinträchtigung liegen.

### 3.2.2.7 depressive Stimmungslage

Durch die Teilnehmer berichtete depressive Stimmungslagen wurden mit der Short Form PROMIS SF v1.0 – Depression 4a gemessen. Der Wertebereich liegt zwischen 0 und 100 Punkten, wobei höhere Werte eine depressivere Stimmungslage anzeigen. An Baseline lag der mittlere Punktwert bei 54,87, im Follow-Up bei 55,15. In der Logik der PROMIS-Skalen liegt der t0-Wert gerade noch im normalen Bereich (unter 55 Punkten), während der t1-Wert eine milde Beeinträchtigung (55-60 Punkte) darstellt. Dieser Unterschied ist statistisch aber nicht signifikant ( $p=0,671$ ).

### 3.2.2.8 Beeinträchtigung durch Schmerzen und Schmerzintensität

Die subjektiv erlebte Schmerzintensität wurde mittels eines zum PROMIS-29 v2.1 Profil gehörenden Einzelitem („Global07“) gemessen. Es handelt sich um eine numerische Ratingskala mit einem Wertebereich zwischen 0 (keine Schmerzen) und 10 (schlimmste vorstellbare Schmerzen). An Baseline lag die im Mittel berichtete Schmerzintensität bei 4,96, im Follow-Up wurde im Mittel eine etwas geringere Schmerzintensität (4,84 Punkte) berichtet. Dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant ( $p=0,480$ ). Die Beeinträchtigung durch Schmerzen lag an t0 bei 61,22 Punkten und an t1 bei 62,23 Punkten. Beide Werte liegen im Bereich einer moderaten Beeinträchtigung. Der Unterschied ist nicht signifikant ( $p=0,068$ ).

### 3.2.2.9 Teilhabe an sozialen Rollen und Aktivitäten

Die Teilhabe an sozialen Rollen und Aktivitäten wurde mittels der Short Form PROMIS SF v1.0 – Ability to Participate in Social Roles and Activities 4a gemessen, der Wertebereich liegt zwischen 0 und 100 Punkten. An Baseline lag der mittlere Punktwert bei 41,51 Punkten, im Follow-Up bei 40,34 Punkten. Dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant ( $p=0,087$ ). Beide Scores entsprechen einer milden Beeinträchtigung (40-45 Punkte).

### 3.2.2.10 Schlafbeeinträchtigung

Schlafbeeinträchtigung wurde mittels der Short Form PROMIS SF v1.0 – Sleep Disturbance 4a gemessen, die einen Wertebereich zwischen 0 und 100 Punkten umfasst. An Baseline lag der mittlere Score bei 53,55 Punkten, im Follow-Up fast unverändert bei 53,48 Punkten. Dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant ( $p=0,917$ ). Beide Scores sind als normal („within normal limits“) zu interpretieren.

### 3.2.2.11 Polypharmazie

Bezogen auf die  $N=184$  Teilnehmenden, von denen für beide Messzeitpunkte Daten vorlagen, lag der Anteil von Personen mit 5 oder mehr Medikamenten an Baseline bei 74,5% und im Follow-Up bei 75,5%. Dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant ( $p=0,860$ ). 91,20% der Befragten gaben an Baseline an, für jedes ihrer Medikamente zu wissen, woran sie es einnehmen. Im Follow-Up lag der Anteil bei 90,7%, dieser Unterschied ist statistisch ebenfalls nicht signifikant ( $p=1,000$ ).

### 3.2.2.12 Inanspruchnahme von Ärzten, anderen Leistungserbringern und informellen Hilfen

An Baseline gaben die Befragten im Mittel an, bei 3,38 Ärzten zeitgleich in Behandlung zu sein. Dieser Wert blieb im Follow-Up fast unverändert bei 3,41. Der Unterschied ist statistisch nicht signifikant ( $p=0,751$ ).

Auch für andere professionelle Leistungserbringer und informelle Hilfen zeigten sich keine signifikanten Veränderungen von  $t_0$  zu  $t_1$ , mit einer Ausnahme: Einen Lieferdienst für Lebensmittel (z.B. durch einen Supermarkt) nahmen an  $t_1$  neun Personen (5,3%) in Anspruch, an  $t_0$  war dies nur bei einem Teilnehmenden (0,6%) der Fall. Der Unterschied ist signifikant ( $p=0,008$ ). Auffällige Veränderungen zeigten sich auch bei der Inanspruchnahme von Lieferungen zubereiteter Lebensmittel, hier kamen zu einer Person an  $t_0$  (0,6%) sechs weitere an  $t_1$  hinzu. Der Anteil stieg auf 4,7%, der Unterschied war aber nicht signifikant ( $p=0,070$ ). Ein deutlicher Zuwachs zeigte sich auch bei der informellen Unterstützung durch nicht im Haushalt lebende Personen. Der Anteil der Teilnehmenden, die auf diese Weise unterstützt wurden, erhöhte sich von 58 Personen (32,6%) auf 67 Personen

(37,6%), wobei 10 Personen diese Unterstützung an t1 nicht mehr erhielten, sie bei 19 Personen aber neu hinzukam. Die Nutzung von Physiotherapie lag bereits an t0 mit 22,2% in einem eher hohen Bereich und erhöhte sich zu t1 auf 27,5%, wobei 24 Personen diese Leistung neu in Anspruch nahmen und sie bei 15 Personen im Vergleich zu t0 wegfiel. Diese Veränderungen waren aber nicht signifikant (0,200). Auf niedrigem Niveau zeigte sich auf eine Veränderung bei der Nutzung von Diätassistenten und Ernährungsberatern. An t0 nutzten zwei Personen (1,2%) diese Leistung, bei beiden war dies an t1 nicht mehr der Fall. Im Gegenzug kamen sechs neue Teilnehmende (3,6%) hinzu, die diese Leistung nutzten. Der Unterschied war nicht signifikant ( $p=0,289$ ). Leistungen eines Podologen nahmen an t0 17,4% der Teilnehmenden in Anspruch, an t1 sank der Anteil auf 13,8%. Während acht Personen diese Leistung neu in Anspruch nahmen, fiel sie bei 14 Personen weg. Auch dieser Unterschied war nicht signifikant ( $p=0,286$ ). Bei allen übrigen Leistungserbringern und informellen Hilfen zeigten sich keine wesentlichen Veränderungen.

### 3.2.2.13 Zufriedenheit

Die globale, auf einer Schulnoten-Skala von 1-6 erfragte Zufriedenheit mit den Leistungen der Versorgungsform insgesamt lag im Mittel bei  $1,9 \pm 1,1$ , wobei nur 3,0% der Befragten die Noten 5 oder 6 vergaben und 44,6% ein „sehr gut“.

Ähnlich wurde die Zufriedenheit mit der durch die Fallmanager erhaltenen Unterstützung bewertet, sie lag im Mittel bei  $1,83 \pm 1,1$ .

Die Zufriedenheit mit der elektronischen Plattform wurde in Ermangelung eigener Erfahrungen von der Mehrzahl der Befragten nicht beantwortet ( $N=49$ ), die Zufriedenheit lag hier lediglich bei einer Durchschnittsnote von  $3,53 \pm 1,72$ , wobei jeder Fünfte (24,5%) ein „ungenügend“ vergab und weitere 4,1% die Note 5. Umgekehrt vergaben 34,7% die Noten 1 („sehr gut“) oder 2, das Meinungsbild hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Plattform kann als sehr heterogen bezeichnet werden.

Jene Befragten, die die Teilleistung des telemedizinischen Monitorings in Anspruch genommen hatten, bewerteten ihre Zufriedenheit mit der Nutzung der telemedizinischen Geräte mit Mittel mit der Note  $1,81 \pm 1,31$ , wobei 56,6% ihre Zufriedenheit mit der Note „sehr gut“ und weitere 25,9% die Note 2 ausdrückten. 7,1% vergaben eine 5 oder ein „ungenügend“.

N=39 Personen bewerteten, ebenfalls auf einer Schulnotenskala, ihre Zufriedenheit mit der Hilfe, die sie bei einem Anruf im Rahmen der Teilleistung „erweiterte Erreichbarkeit“ erhalten hatten. Die Durchschnittsnote lag bei  $2,38 \pm 1,58$ . Mehr als zwei Drittel der Befragten vergaben die Noten „sehr gut“ oder 2, andererseits zeigten sich auch 15,4%, die die Noten 5 oder „ungenügend“ vergaben, unzufrieden.

93,9% der Befragten stimmten der Aussage, dass das Angebot von OBERBERG\_FAIRsorgt unbedingt weiterbestehen solle, tendenziell zu (82,7%: stimmt genau). Ein ähnlich hoher Anteil bejahte die Aussage, dass die Versorgungsform auch Versicherten anderer Krankenkassen offenstehen sollte (92,8%, davon 76,9% stimmt genau). Im Follow-Up gaben zwei Drittel der Befragten an, dass sich durch die Versorgungsform ihre Gesundheitsversorgung verbessert habe (jeweils ca. ein Drittel „stimmt eher“ und „stimmt genau“. Kategorisch verneint („stimmt nicht“) wurde diese Aussage von 12,4%. Ein Drittel der Befragten befand, dass sie ohne die Neue Versorgungsform im Zeitraum der Versorgung nicht so hätten weiter wohnen können wie zuvor (Teil II Tabelle 3).

Teil II Tabelle 3: globale Beurteilung der Versorgungsform

|  | N   | stimmt nicht | stimmt kaum | stimmt eher | stimmt genau | Median           | IQR |
|--|-----|--------------|-------------|-------------|--------------|------------------|-----|
| Das Angebot von OBERBERG_FAIRsorgt sollte unbedingt weiter bestehen.   | 196 | 3,1%         | 3,1%        | 11,2%       | 82,7%        | 3 (stimmt genau) | 0   |
| Ein Angebot wie OBERBERG_FAIRsorgt sollte auch Menschen offenstehen, die nicht bei der AOK krankenversichert sind. | 195 | 3,1%         | 4,1%        | 15,9%       | 76,9%        | 3 (stimmt genau) | 0   |
| Durch OBERBERG_FAIRsorgt hat sich die Qualität meiner Gesundheitsversorgung verbessert.                            | 185 | 12,4%        | 18,4%       | 33,0%       | 36,2%        | 2 (stimmt eher)  | 2   |
| Ohne OBERBERG_FAIRsorgt hätte ich im letzten Jahr nicht weiter so wohnen können wie zuvor.                         | 184 | 51,6%        | 14,1%       | 15,8%       | 18,5%        | 0 (stimmt nicht) | 2   |

Die Wichtigkeit, die die Befragten den einzelnen Teilleistungen der Versorgungsform beimessen, wurde auf einer Skala von 0 (überflüssig) bis 4 (unverzichtbar) gemessen. Den höchsten Mittelwert (3,4 von 4) erreichte dabei der Aspekt, dass alle an der eigenen Gesundheitsversorgung Beteiligten zusammenarbeiten und einen gemeinsamen Versorgungsplan erstellen. Auch die erweiterte Erreichbarkeit, also die Möglichkeit, zu jeder Zeit einen Arzt telefonisch erreichen zu können, wurde mit einem Mittelwert größer als 3 bewertet. Diese beiden Teilleistungen bewerteten über 60% der Befragten als unverzichtbar. Gut die Hälfte der Befragten sah die Unterstützung durch einen Fallmanager als unverzichtbar an (Mittelwert: 2,98). Auch der regelmäßige Austausch aller an der eigenen Gesundheitsversorgung Beteiligter (interdisziplinäres Fallkonsil), die gemeinsame Nutzung gesundheits- bzw. versorgungsrelevanter Daten auf einer gemeinsamen elektronischen Plattform sowie ein telemedizinisches Monitoring in der eigenen Häuslichkeit wurde mit Mittelwerten zwischen 2,9 und 2,7 als wichtig erachtet (Teil II Tabelle 4).

*Teil II Tabelle 4: Wichtigkeit der einzelnen Teilleistungen*

| „Wie wichtig ist es Ihnen, dass...“   | N   | überflüssig | 1     | 2     | 3     | unverzichtbar | MW   | SD   |
|---|-----|-------------|-------|-------|-------|---------------|------|------|
| Sie von einer Fallmanagerin/ einem Fallmanager unterstützt werden?  | 184 | 4,9%        | 12,4% | 13,0% | 18,9% | 50,8%         | 2,98 | 1,26 |
| alle an Ihrer Gesundheitsversorgung Beteiligten (Ärzte, Fallmanager, ggf. Pflegedienst, etc.) zusammenarbeiten und gemeinsam einen Versorgungsplan für Sie erstellen? | 74  | 4,1%        | 2,7%  | 5,4%  | 25,7% | 62,2%         | 3,4  | 1,00 |
| sich alle an Ihrer Gesundheitsversorgung Beteiligten regelmäßig untereinander zu Ihrer Versorgung austauschen?  | 179 | 4,5%        | 11,7% | 14,5% | 25,1% | 44,1%         | 2,9  | 1,21 |
| Informationen zu Ihrer Gesundheit allen an Ihrer Gesundheitsversorgung Beteiligten auf  | 170 | 7,6%        | 10,6% | 12,9% | 31,2% | 37,6%         | 2,8  | 1,26 |



|  |     |      |       |       |       |       |     |      |
|--|-----|------|-------|-------|-------|-------|-----|------|
| einer gemeinsam genutzten elektronischen Plattform zur Verfügung stehen?   |     |      |       |       |       |       |     |      |
| die Möglichkeit besteht, über eine besondere Telefonnummer in Notfällen immer eine Ärztin oder einen Arzt erreichen zu können („erweiterte Erreichbarkeit“)?   | 184 | 5,4% | 9,8%  | 6,0%  | 17,9% | 60,9% | 3,2 | 1,23 |
| die Möglichkeit besteht, dass Sie zu Hause selbst z.B. Blutdruck, Puls, Blutzucker, Körpergewicht oder ein EKG messen können und diese Daten automatisch elektronisch zu Ihrem Arzt übertragen werden? | 168 | 7,7% | 17,3% | 11,9% | 25,0% | 38,1% | 2,7 | 1,34 |

### 3.2.3 Outputs und Prozesse

#### 3.2.3.1 Rekrutierungswege

In der Baseline-Befragung wurden die Teilnehmenden gebeten, darüber Auskunft zu geben, auf welchen Wegen sie von dem Angebot der neuen Versorgungsform erfahren hatten. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich. Als der mit weitem Abstand dominante Rekrutierungsweg stellte sich dabei die Information durch den Hausarzt heraus (82,1% der Fälle). Informationen durch Familie oder Bekannte (8,4%) spielten ebenfalls eine, allerdings untergeordnete, Rolle. Seltener erfuhr die Befragten über ihren Pflegedienst (4,0%) oder über die Medien (2,6%) von der Versorgungsform, nur in einem Fall während eines Krankenhausaufenthalts. 11,0% der Befragten gaben sonstige Kanäle an. 5,9% gaben dabei an, angeschrieben worden zu sein, wobei der Großteil dieser Befragten explizit Anschreiben der Krankenkasse nennt. Vier Personen gaben an, direkt über das Team von OBERBERG\_FAIRsorgt von dem Angebot erfahren zu haben, weitere Einzelnennungen waren die Senioren- und Pflegeberatung, die Stadtverwaltung, ein „Informationsstand auf dem Markt“, das eigene Pflegeheim sowie allgemein „Reklame“.

3.2.3.2 Zusammenarbeit mit dem RCCM

Der Aussage, durch den Fallmanager vor allem zu Beginn der Teilnahme unterstützt worden zu sein, stimmten 82,7% der Befragten tendenziell zu (53,9%: stimmt genau, Median: stimmt genau). Zugleich stimmten der Aussage, in den letzten Monaten der Versorgung mehr Unterstützung durch den Fallmanager benötigt zu haben, 73,2% der Befragten tendenziell nicht zu (54,2%: stimmt nicht, Median: stimmt nicht). Gefragt nach der Häufigkeit der Kontakte zum Fallmanager, gab für jedes der vier Quartale der einjährigen Versorgung eine deutliche Mehrheit (zwischen 57,5% und 69,5%) an, dass es 1-5 Kontakte gegeben habe. Für die jeweiligen Quartale 2-4 antwortete jeweils mehr als jeder Fünfte, dass im betreffenden Quartal gar kein Kontakt zum Fallmanager stattgefunden habe (Teil II Tabelle 5).

*Teil II Tabelle 5: Häufigkeit der Kontakte zum Fallmanager nach Quartalen des eigenen Interventionszeitraums*

|                         | N   | >10x | 6-10x | 1-5x  | gar nicht | Median   | IQR |
|-------------------------|-----|------|-------|-------|-----------|----------|-----|
| in den ersten 3 Monaten | 167 | 6,0% | 15,6% | 69,5% | 9,0%      | 2 (1-5x) | 0   |
| in den Monaten 4-6      | 159 | 0,6% | 13,2% | 64,2% | 22,0%     | 2 (1-5x) | 0   |
| in den Monaten 7-9      | 155 | 2,6% | 12,9% | 60,0% | 24,5%     | 2 (1-5x) | 0   |
| in den Monaten 10-12    | 174 | 8,0% | 11,5% | 57,5% | 23,0%     | 2 (1-5x) | 0   |

Danach gefragt, ob es ihnen gelungen sei, zu ihrem Fallmanager ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, antworteten 55,7% der Befragten mit „stimmt genau“ und 24,6% mit „stimmt eher“. 8,2% verneinten dies kategorisch („stimmt nicht“). 85,8% bejahten tendenziell die Aussage, dass sie sich stets mit allen Fragen an ihren Fallmanager wenden können (72,1% stimmt genau). 83,7% der Befragten stimmten tendenziell der Aussage zu, dass der Fallmanager im Nachhinein für sie das Wichtigste an der neuen Versorgungsform gewesen sei (70,4% stimmt genau).

15,9% der Befragten gab in der Follow-Up-Befragung an, dass es im Versorgungszeitraum zu einem Wechsel des zuständigen Fallmanagers gekommen sei. Zugleich bejahten tendenziell 85,8% der Befragten (77,5% stimmt genau, Median: stimmt genau), dass es für sie wichtig sei, als Fallmanager immer den gleichen Ansprechpartner zu haben.

### 3.2.3.3 Einbeziehung in Versorgungsplanung und Steuerung des Versorgungsprozesses

Der Aussage, dass ein Versorgungsplan erstellt und dieser mit ihnen besprochen worden sei, stimmten lediglich 59,5% der Befragten zu (43,8%: stimmt genau, Median: „stimmt eher“), 28,1% verneinten diese Aussage kategorisch („stimmt nicht“). Der Anteil der Befragten, die tendenziell der Aussage zustimmen, sich in alle Planungen die eigene Gesundheitsversorgung betreffend einbezogen gefühlt zu haben, lag mit 70,6% höher (48,9% „stimmt genau“). Diese Aussage wurde aber auch von 18,9% der Befragten strikt („stimmt nicht“) verneint. Knapp jeder Zweite gab an, dass ihm manchmal nicht ganz klar gewesen sei, was zwischen Arzt und Fallmanager besprochen worden sei (28,7% „stimmt genau“, 17,8% „stimmt eher“). Hingegen bejahten 88,2% die Aussage, letztendlich alle wichtigen, die Gesundheitsversorgung betreffenden, Entscheidungen selbst zu treffen (72,7% „stimmt genau“, Teil II Tabelle 6).

Teil II Tabelle 6: Einbeziehung in den Versorgungsprozess

|  | N   | stimmt nicht | stimmt kaum | stimmt eher | stimmt genau | Median           | IQR |
|--|-----|--------------|-------------|-------------|--------------|------------------|-----|
| Es wurde ein Versorgungsplan für mich erstellt, der mit mir besprochen wurde.  | 178 | 28,1%        | 12,4%       | 15,7%       | 43,8%        | 2 (stimmt eher)  | 3   |
| Ich habe mich in alle Planungen, die meine Gesundheitsversorgung betreffen, einbezogen gefühlt.                                    | 180 | 18,9%        | 10,6%       | 21,7%       | 48,9%        | 2 (stimmt eher)  | 2   |
| Am Ende treffe ich selbst alle wichtigen Entscheidungen, die meine Gesundheitsversorgung betreffen.                                | 186 | 6,5%         | 5,4%        | 17,2%       | 71,0%        | 3 (stimmt genau) | 1   |
| Manchmal war mir nicht ganz klar, was meine Fallmanagerin/ mein Fallmanager und mein Arzt/ meine Ärztin zusammen besprochen haben. | 174 | 32,2%        | 21,3%       | 17,8%       | 28,7%        | 1 (stimmt kaum)  | 3   |

3.2.3.4 Nutzung der elektronischen Plattform

Nur 10 der der Befragten gaben an, während des Versorgungszeitraums jemals selbst auf die elektronische Plattform zugegriffen haben. Zur Zufriedenheit mit der Plattform äußerten sich dennoch N=49 Teilnehmende (was keinen Widerspruch darstellt). Auf einer Schulnotenskala bewerteten diese ihre Zufriedenheit mit der Kommunikationsplattform mit der Note  $3,53 \pm 1,72$ . Die Fragen, wie oft der Teilnehmende selbst oder einer der Angehörigen lesend bzw. schreibend auf die Plattform zugegriffen haben, beantworteten 81% (lesend, N=100) bzw. 86,7% (schreibend, N=98) mit „nie“. Neun Personen gaben hier aber lesende Zugriffe mindestens 1x/Monat an, für schreibende Zugriffe war dies bei lediglich drei Personen der Fall.

3.2.3.5 Erweiterte Erreichbarkeit

14,5% der Befragten gaben an, während des Versorgungszeitraums die Teilleistung der erweiterten Erreichbarkeit genutzt, also die entsprechende besondere Rufnummer angerufen zu haben. Die Möglichkeit, diese Leistung zu nutzen, war einem großen Teil der Befragten bewusst, 82,4% stimmten dieser Aussage voll oder eher zu. Ein knappes Viertel der Befragten gab allerdings an, die entsprechende Telefonnummer nicht immer griffbereit gehabt zu haben. Zwei Drittel der Befragten stimmte der Aussage, dass die erweiterte Erreichbarkeit ihnen ein zusätzliches Sicherheitsgefühl gegeben habe, voll zu, weitere 10,1% stimmten dieser Aussage eher zu (Teil II Tabelle 7).

Teil II Tabelle 7: Prozesse und Outputs: erweiterte Erreichbarkeit

|  | N   | stimmt nicht | stimmt kaum | stimmt eher | stimmt genau | Median           | IQR |
|--|-----|--------------|-------------|-------------|--------------|------------------|-----|
| Mir war bewusst, dass ich die „erweiterte Erreichbarkeit“ nutzen konnte. | 188 | 8,0%         | 9,6%        | 8,5%        | 73,9%        | 3 (stimmt genau) | 1   |
| Ich hatte die Telefonnummer immer griffbereit.                           | 189 | 13,2%        | 11,6%       | 15,3%       | 59,8%        | 3 (stimmt genau) | 1,5 |

|   |     |       |      |       |       |                     |   |
|---|-----|-------|------|-------|-------|---------------------|---|
| Die Möglichkeit, auch außerhalb der Sprechzeiten einen Arzt zu erreichen, hat mir ein zusätzliches Gefühl von Sicherheit gegeben. | 189 | 12,7% | 9,5% | 10,1% | 67,7% | 3<br>(stimmt genau) | 1 |
|---|-----|-------|------|-------|-------|---------------------|---|

3.2.3.6 Telemedizinisches Monitoring

Von jenen Befragten, die die Teilleistung des telemedizinischen Monitorings in Anspruch genommen hatten, gab eine große Mehrheit an, mit der Nutzung der ihnen zu diesem Zweck zur Verfügung gestellten Geräte keine Probleme gehabt zu haben, nachdem sie in der Handhabung unterwiesen worden waren (81,6% „stimmt genau“, 7,1% „stimmt eher“). Drei Viertel dieser Befragten sahen es positiv, dass ihnen die Nutzung dieser Geräte Besuche bei ihrem Arzt erspart habe (58,5% „stimmt genau“, 18,1% „stimmt eher“). Zu einer Veränderung der medizinischen Behandlung kam es in der Folge der Nutzung des telemedizinischen Monitorings nach Angaben der Teilnehmenden in etwas mehr als jedem dritten Fall (31,9% „stimmt genau“, 4,3% „stimmt eher“. Allerdings gaben nur zwei Drittel der Befragten an, dass ihr Arzt mit ihnen über die gemessenen Werte gesprochen habe, das übrige Drittel verneinte dies tendenziell (25,5% „stimmt nicht“, 9,6% „stimmt kaum“, Teil II Tabelle 8).

Teil II Tabelle 8: Outputs und Prozesse: Telemedizinisches Monitoring

|  | N  | stimmt nicht | stimmt kaum | stimmt eher | stimmt genau | Median              | IQR |
|--|----|--------------|-------------|-------------|--------------|---------------------|-----|
| Ich finde es gut, dass die Nutzung der Geräte mir Besuche beim meinem Arzt/ meiner Ärztin erspart hat. | 94 | 13,8%        | 9,6%        | 18,1%       | 58,5%        | 3<br>(stimmt genau) | 0   |
| Mein Arzt/ meine Ärztin hat mit mir über meine gemessenen Werte gesprochen.                            | 94 | 25,5%        | 9,6%        | 12,8%       | 52,1%        | 3<br>(stimmt genau) | 0   |
| Nach dem Messen meiner Werte hat mein Arzt/ meine Ärztin etwas an mei-                                 | 94 | 58,5%        | 5,3%        | 4,3%        | 31,9%        | 0<br>(stimmt nicht) | 3   |

|  |    |      |      |      |       |                        |   |
|--|----|------|------|------|-------|------------------------|---|
| ner Behandlung verändert<br>(z.B. die Medikamente)   |    |      |      |      |       |                        |   |
| Nachdem mir die Handha-<br>bung des Geräts/ der Ge-<br>räte erklärt wurde, hatte<br>ich keine Probleme mit der<br>Nutzung. | 98 | 6,1% | 5,1% | 7,1% | 81,6% | 3<br>(stimmt<br>genau) | 0 |

#### 4 Diskussion

Der quantitative Teil der Evaluation weist einige offensichtliche Limitationen auf. So war es nicht möglich, ein randomisiert-kontrolliertes Studiendesign umzusetzen. Ein solches hätte den Zugang zur neuen Versorgungsform im Oberbergischen Kreis zu stark limitiert und wäre auch ethisch schwierig zu vertreten gewesen, weil unabhängig vom Aspekt der Wirksamkeit der Versorgungsform ein Mehr an Versorgungsleistungen (Nutzung eines Case-Management mit kontinuierlichem Ansprechpartner, Zugang zu erweiterter ärztlicher Erreichbarkeit sowie zu telemedizinischen Leistungen) angeboten wurde. Durch das gewählte Propensity Score Matching, durch welches zwei Kontrollgruppen generiert werden konnten, die sich zu Baseline in keiner einzigen der zahlreichen Matching-Kovariate von der Interventionsgruppe unterschieden, konnte diese Limitation bestmöglich kompensiert werden. Stärker ins Gewicht fällt die Limitation der fehlenden Kontrollgruppen bei der Messung der gesundheitsbezogenen Outcomes in der schriftlichen Befragung. Um hier ein kontrolliertes Design umzusetzen, wäre aber ein erheblicher Aufwand zur Rekrutierung erforderlich gewesen, der die Ressourcen der Evaluation bei weitem überschritten hätte.

Generell waren für eine Versorgungsform, die im Wesentlichen präventive Ziele verfolgt (Verbleib in der Häuslichkeit, Vermeidung von notfallbedingten Krankenhausaufenthalten u.a.), sowohl der Interventions- als auch der Beobachtungszeitraum für die Evaluation zu kurzfristig ausgestaltet. Dieses Grundproblem teilt OBERBERG\_FAIRsorgt mit vielen anderen durch den Innovationsfonds geförderten Projekten. Insbesondere zum Nachweis von Effekten auf die Hospitalisierung wäre neben einem längeren Beobachtungszeitraum auch ein größerer Stichprobenumfang erforderlich gewesen, da aufgrund des kurzen Beobachtungszeitraums die Event-Rate erwartungskonform sehr niedrig war.

Die schließlich rekrutierte Stichprobe ist in ihrer Aussagekraft ebenfalls limitiert. Zum einen beteiligte sich nur eine recht geringe Anzahl an Hausärzten am Selektivvertrag, davon mehrere auch nur mit vereinzelt Fällen. Die rekrutierten Fälle weisen daher eine sehr unausgewogene regionale Verteilung auf, mit einem deutlichen Schwerpunkt auf der Kommune Bergneustadt. Hinzu kommt, dass einige wenige Hausärzte große Teile der rekrutierten Fälle versorgten. Die rekrutierte Stichprobe nutzt die Einschlusskriterien bezogen auf wenig komplexe Fälle kaum aus, die Stichprobe ist älter, pflegebedürftiger, multimorbider und auch in höherem Maße von prekären Versorgungssituationen gekennzeichnet, als dies aufgrund der

Einschlusskriterien zu erwarten gewesen wäre. Die Hausarztpraxen legten bei der Rekrutierung, zumindest zu Beginn, einen starken Fokus auf Fälle, die aus ihrer Sicht aufgrund ihrer Bedarfslagen besonders von der neuen Versorgungsform profitieren könnten. Für den Workload der RCCM war dies eher ungünstig, Empfehlungen für einen konkreten Schlüssel für Fälle pro RCCM sind so nicht möglich. Die hohe Komplexität der rekrutierten Stichprobe wirkte sich auch auf die standardisierte Befragung im quantitativen Evaluationsbaustein B aus, die ein erheblicher Anteil der Teilnehmenden nicht ohne Unterstützung selbstständig bewältigen konnte.

Die Leistungserbringung der Neuen Versorgungsform erfolgte nicht in allen Punkten so, wie die Leistungsbeschreibung dies vorsah. So wurde ein Teil der Eingangsassessments nicht durch die Hausärzte, sondern durch die RCCM vorgenommen. Fallkonsile konnten nur vereinzelt durchgeführt werden. Beides hat seinen Grund darin, dass die Arztpraxen, auch beeinflusst durch die COVID-19-Pandemie, von deren Beteiligung die Umsetzung dieser Teilleitungen abhing, keine ausreichenden Ressourcen zur Verfügung stellen konnten oder wollten. Die verspätete Verfügbarkeit der telemedizinischen Teilleistung erschwerte es, für diese Teilleistung aussagekräftige Befunde zu generieren bzw. deren Anteil an den Fallkosten präziser abzubilden.

Die in der Routinedatenanalyse berechneten ANCOVAs erfüllten aufgrund starken Kostenvarianz zum Teil die Voraussetzungen für diese statistische Analyse nicht, weshalb die Punkt- und Bereichsschätzer verzerrt sein können und mit Vorsicht zu interpretieren sind. Die grundsätzliche Aussage zur jeweiligen Hypothese wurde aber mittels Quade-ANCOVAs abgesichert. Eingedenk dieser Limitationen lassen sich die folgenden Schlussfolgerungen für den quantitativen Teil der Evaluation von OBERBERG\_FAIRsorgt ziehen:

Die Wirtschaftlichkeit der Neuen Versorgungsform OBERBERG\_FAIRsorgt erscheint auf Basis der Evaluationsergebnisse gegeben zu sein. Die Gesamtkosten für Ausgaben der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung (SGB V- und SGB XI-Kosten) unterscheiden sich nicht im betrachteten 9-monatigen Interventionszeitraum nicht signifikant von jenen der beiden Kontrollgruppen. Dies gilt auch unter Einbeziehung der laufenden Fallkosten (Personalkosten der RCCM, Vergütung von Versorgungsleistungen, Abschreibung von Anschaffungskosten für telemedizinisches Equipment), wenngleich hier statistische Unsicherheit besteht. Berücksichtigt man das Mehr als Leistungen, die den Teilnehmenden zur Verfügung standen (Case-Management mit Lotsenfunktion, vielschichtigen



Beratungen, Kümmerer-Funktion und der Krisenintervention; erweiterte Erreichbarkeit eines Arztes, interdisziplinärer Versorgungsplanung sowie telemedizinischen Leistungen für ca. ein Drittel der Teilnehmenden), so lässt sich konstatieren, dass den Teilnehmenden eine im Grundsatz höherwertige, die Regelversorgung ergänzende, Versorgung zur Verfügung stand, ohne auf Seiten der GKV signifikant höhere Ausgaben zu produzieren.

Die Kosten für Krankenhausaufhalte sowie die Anzahl notfallbedingter Krankenhauseinweisungen und die Rate der Umzüge in stationäre Dauerpflege lagen auf dem Niveau der Kontrollgruppen. Hier wären Projekte mit längerem Beobachtungszeitraum sowie einer Stichprobe, die den Kreis der Anspruchsberechtigten hinsichtlich weniger komplexer Fällen besser ausschöpft, erforderlich und zu begrüßen.

Die Ausschöpfung von Regelleistungen (Pflegegrade, Kurzzeitpflege, Tagespflege, zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds) gelang OBERBERG\_FAIRsorgt nicht besser als der Regelversorgung in den Kontrollgruppen.

OBERBERG\_FAIRsorgt insgesamt, wie auch die einzelnen Teilleistungen, erzielt unter den Teilnehmenden hohe Zufriedenheitswerte. Aus Sicht der Befragten sind alle Teilleistungen wichtig, besondere Bedeutung wird aber der Unterstützung durch die RCCM und den interdisziplinären Fallkonsilen beigemessen. Die Teilnehmenden wünschen sich eine Weiterführung dieser Neuen Versorgungsform und eine Ausweitung auf weitere Krankenkassen.

In Anbetracht der Komplexität der versorgten Fälle sowie des Anstiegs der Pflegegrade im Interventionszeitraum ist es als ein Erfolg der Intervention zu werten, dass sich die auf den Gesundheitszustand abzielenden Outcomes aus der Pre-Post-Befragung, mit Ausnahme der Erschöpfung, über 12 Monate nicht signifikant verschlechtert haben. Dies spricht für eine Stabilisierung von Gesundheitsstatus und Versorgungssituation, die durch die qualitativen Befunde (Teil I dieses Buchs) eindrücklich bestätigt wurde.

## 5 Literatur

- Caliendo, M. & Kopenig, S. (2008). Some practical guidance for the implementation of propensity score matching. *Journal of economic surveys*, 22(1): 31-72. R Core Team (2023). R: A Language and Environment for Statistical Computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria.
- Cella, D., Riley, W., Stone, A., Rothrock, N., Reeve, B., Youn, T.S., Amtmann, D., Bode, R., Buysse, D., Choi, S., Cook, K., Devellis, R., DeWalt, D., Fries, J.F., Gershon, R., Hahn, E.A., Lai, J.S., Pilkonis, P., Revicki, D., Rose, M., Weinfurt, K. & Hays, R. (2010). Initial item banks and first wave testing of the patient-reported outcomes measurement information system (PROMIS) network: 2005–2008. *Journal of Clinical Epidemiology* 63(11): 1179–1194.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I. & Petticrew, M. (2013). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *International journal of nursing studies* 50(5): 587-592.
- Elixhauser, A., Steiner, C., Harris, D. R. & Coffey, R. M. (1998). Comorbidity measures for use with administrative data. *Medical care*, 36(1), 8-27.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A. & Lang, A.G. (2009). Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods* 41: 1149-1160.
- Fisher, F., Gibbons, C., Coste, J., Valderas, J.M., Rose, M., & Leplège, A. (2018). Measurement invariance and general population reference values of the PROMIS profile 29 in the UK, France, and Germany. *Quality of Life Research* 27(4): 999-1014.
- Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M.F., Kind, P., Parkin, D., Bonsel, G. & Badia, X. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of life research* 20(10): 1727-1736.
- Hinz, A., Schumacher, J., Albani, C., Schmid, G. & Brähler, E. (2006). Bevölkerungsrepräsentative normierung der skala zur allgemeinen selbstwirksamkeitserwartung. *Diagnostica*, 52(1), 26-32.
- Ho, D., Imai, K., King, G. & Stuart, E. (2011). "MatchIt: Nonparametric Preprocessing for Parametric Causal Inference." *Journal of Statistical Software*, 42\*(8), 1-28.
- Jordan, S. & Hoebel, J. (2015). Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt* 58(9), 942-950.
- Lenth, R. (2023). emmeans: Estimated Marginal Means, aka Least-Squares Means. R package version 1.8.9.
- R Core Team (2023). R: A Language and Environment for Statistical Computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria.
- Röthlin, F., Pelikan, J. M., & Ganahl, K. (2013). Die Gesundheitskompetenz der 15-jährigen Jugendlichen in österreich. Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie
- Schumacher, J., Leppert, K., Gunzelmann, T., Strauß, B. & Brähler, E. (2005). Die Resilienzskala Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother*, 53(1), 16-39.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999). Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin: Freie Universität Berlin.



### Teil III:

## Sozialraumorientierte Praxeologie der vernetzten Versorgung im Cure/Care-Feld. Reflexionen der formativen Feldforschungserfahrungen im Innovationsfonds-Projekt »OBERBERG\_FAIRsorgt«

*Frank Schulz-Nieswandt*

|  |     |
|--|-----|
| Vorwort  | 215 |
| Einführung   | 219 |
| 1 Prozessgeschehensanalyse als Teil der Ergebnisberichterstattung  | 223 |
| 1.1 Evaluationsarbeit zwischen Engagement und Distanzierung  | 223 |
| 1.2 Engagierte Evaluationsarbeit und normative Projektverpflichtung  | 224 |
| 1.3 Das Feld als Relation von Kommune, Sozialversicherung, Anbieter und Zielgruppen                                | 224 |
| 1.4 Die Achillessehne: Die Anbieter als Netzwerkpartner  | 225 |
| 1.5 Der Alltagsbezug der Versorgungsevaluation   | 226 |
| 2 Erkenntnisinteressen der Ergebnisberichterstattung   | 227 |
| 2.1 Netzwerkbiographische Analyse als Teil der Evaluation  | 227 |
| 2.2 Goldstandard der Evaluation und Kontexte der Datengenerierung  | 228 |
| 2.3 Synthetisches Erkenntnisinteresse  | 229 |
| 3 Der paradigmatische Zugangspfad Kritischer Wissenschaft in der Ergebnisberichterstattung                         | 231 |
| 3.1 Die Selbsttranszendenzaufgabe der etablierten Medizin  | 231 |
| 3.2 Interprofessionalität im Realexperiment  | 232 |
| 3.3 Sozialraumorientierung als Netzbildung   | 233 |
| 3.4 Die Zeitschiene des Kulturwandels hin zur Anderswelt-Normalisierung  | 233 |
| 3.5 Kommune als Lebenswelt und Entwicklung der Daseinsvorsorge   | 234 |
| 3.6 Der notwendige holistische Blick der Evaluation des Realexperiments  | 235 |
| 3.7 Case Management und generative Prozesse  | 236 |
| 3.8 Stabiles Wohlbefinden in der salutogenetischen Gesundheitsregion   | 237 |
| 3.9 Fairness des guten Lebens  | 238 |
| 3.10 Die Kommune als Akteur und die Pfadabhängigkeit der Anbieterlandschaft  | 239 |
| 3.11 Im fundierenden Hintergrund: Rechtsphilosophie des Miteinanders   | 240 |
| 3.12 Reformbedarf im Lichte regionaler Unterversorgungsprobleme  | 241 |
| 4 Die Gewebestruktur der Ergebnisberichterstattung   | 243 |
| 4.1 Sozialer Wandel und Werte-orientierte Evaluation von Reformexperimenten  | 243 |
| 4.2 Wirtschaften und neue Kultur der Sorgearbeit   | 245 |
| 4.3 Soziale Medizin der Alltagsstabilisierung als Alternative zur Altersdiskriminierung                            | 247 |
| 4.4 Das Realexperiment im Licht des Wirtschaftsordnungsrechts der Gesellschaftsgestaltung                          | 249 |
| 5 Transsektoralität und Intersektionalität   | 253 |
| 5.1 Die Lebenswelt als Bezugspunkt   | 253 |
| 5.2 Das Defizit in der Transsektoralität und in der Intersektionalität   | 253 |
| 5.3 Gerontologische Einbettungen des evaluativen Blicks  | 254 |
| 5.4 Kritische Sozialwissenschaft als Blick auf Lebenslagen, Lebensweisen und Lebenswelt                            | 255 |
| 6 Zwischenfazit: Interdisziplinarität der Komplexitätsbewältigung in Theorie und Praxis                            | 258 |
| 6.1 Kulturdiagnostische Dimensionen in der Evaluationsberichterstattung  | 258 |
| 6.2 Das Miteinander des Alltags in der kommunalen Lebenswelt gestalten   | 259 |
| 7 Logik der Versorgungsforschung: Die politische Definition der Effektivität als Praxeologie sozialer Konstruktion | 261 |

|      |   |     |
|------|---|-----|
| 7.1  | Der sorgekulturelle Geist der Kosten-Effektivität   | 261 |
| 7.2  | Das Große im Kleinen  | 264 |
| 8    | Der Wohlfahrtsstaat zwischen Gewährleistung und Sicherstellung sowie Redistribution und Regulierung | 265 |
| 8.1  | Nochmals: die Rolle der Kommune   | 265 |
| 8.2  | Empowerment von Wollen und Können   | 267 |
| 8.3  | Die Vision: die Kommune als genossenschaftsartige Solidargemeinschaft                               | 268 |
| 9    | Sozialpolitik im Lebenslauf: der transaktionale Capability-Approach                                 | 269 |
| 9.1  | Hilfe zur Selbsthilfe zwischen Kompetenz und Möglichkeitsräumen                                     | 269 |
| 9.2  | Einheit von Case Management und Care Management   | 269 |
| 9.3  | Dezentrale funktionale Äquivalenz im Flächenkreis   | 270 |
| 10   | Mehr-Sektoren-Theorie der Wohlfahrtsproduktion als Gestaltungsaufgabe                               | 272 |
| 10.1 | Netzwerkbildung als Aufgabe – Solidarität als sozialer Lernprozess                                  | 272 |
| 10.2 | Mehr Bedarfsdeckungswirtschaft statt Marktwettbewerb wagen  | 272 |
| 11   | Die kommunale Daseinsvorsorge als Geschehensort der Versorgung                                      | 274 |
| 11.1 | Ankerpunkte im Sozialrecht  | 274 |
| 11.2 | Die kooperative Realkultur  | 276 |
| 11.3 | Perspektiven aktueller Gesetzgebung   | 277 |
| 12   | Zwischenfazit: Sozialraumorientierung und Gemeinwohlökonomie  | 279 |
| 13   | Nochmals zur Vision: Die gemeinwirtschaftliche Idee der genossenschaftlichen Form im Sozialraum     | 280 |
| 14   | Systemisches Verständnis von »Doing Transformation«   | 281 |
| 15   | Kant'sches Fazit: „Was kann ich wissen? Was soll ich tun? Was darf ich hoffen? Was ist der Mensch?“ | 284 |
| 15.1 | Faktisches Tun  | 284 |
| 15.2 | Mögliches Tun   | 285 |
| 15.3 | Das gesollte Tun  | 286 |
| 15.4 | Die Realität des unterlassenen Tuns   | 286 |
| 16   | Der Mangel an Achtsamkeit und »Change Management« als Kulturwandel                                  | 288 |
| 16.1 | Neue Ökonomie der Versorgung als Kulturwandel der Sorge   | 288 |
| 16.2 | Aspekte der Hässlichkeit des normalen Versorgungsalltages   | 288 |
| 16.3 | Kontexte des individuellen Tuns und Erlebens: Ethos als institutioneller Habitus                    | 290 |
| 16.4 | Nur Schnittstellenprobleme? Haltungsfragen in der Tiefe der Tangentialpunkte                        | 291 |
| 16.5 | Bedarf einer neuen Medicinalreformbewegung  | 292 |
| 17   | Ausblick zwischen konkreter Utopie und Dytomie  | 294 |
| 17.1 | Visionäre Ideen oder an Schrauben drehen?   | 294 |
| 17.2 | Demokratieversagen?   | 295 |
| 17.3 | Versagen des Marktes der Zivilgesellschaft  | 296 |
| 17.4 | Der kommunale Raum der Dichte von sozialem Rechtsstaat und Zivilgesellschaft                        | 297 |
| 17.5 | Fazit zur Zukunft der Medizin   | 297 |
| 18   | Schluss   | 300 |
| 19   | Literatur   | 301 |

## Vorwort

Statt einer reaktiven Krankenversorgungsindustrie benötigen wir eine Gesundheitsregionenpolitik der aktiven Gestaltung der Lebenswelten (vgl. auch in Behzadi et al., 2023). Eine Gesundheitsregion sei jedoch nicht definiert über die Clusterdichte von gesundheitswirtschaftlichen Akteuren (Rövekamp-Wattendorf, Jörg/Heckes, 2024). Eher ist ein »gesunde Gemeinde« gemeint, und dies im Sinne gesundheitsfördernder Gemeinwesenarbeit (Süß/Trojan, 2020).

Das GVSG ist (vorerst?) gescheitert, abgelegt in die ministerialbürokratischen Schubladen. An einer späteren Textstelle in der vorliegenden wissenschaftlichen, aber (neukantianisch denkend) zwingend nicht werturteilsfreien Analyse musste ich bereits eine Bemerkung zur Streichung der Idee der Gesundheitskioske machen. Nun fallen auch die Primärversorgungszentren sowie die Idee der Gesundheitsregion (Lange u. a., 2024) weg, auch die Erweiterung der Medizinausbildungsplätze. Stattdessen vergütet man die bereits niedergelassenen Ärzte besser. Und wieder war die klientelistische FDP der Treiber dieser destruktiven Politik. Welche Kluft tut sich hier auf zur FDP der sozialliberalen Episode der 1970er Jahre! Damals ging die Zweitstimme der sozialdemokratischen Wähler und Wählerinnen an die FDP.

**Strukturkonservative Medizin:** Der etablierte Strukturkonservatismus der Medizin kämpft mit zutiefst ideologischen Phrasen gegen die sog. Staatsmedizin (Wienke/Dierks, 2008). Doch ein moderner Munizipalsozialismus (Kühl, 2002) ist lange schon angesagt. Der Gewährleistungsstaat (Hänsle, 2016) hat, wenn man auf die ambulante Versorgung (der Vertragsärzte: Brunk, 2021) blickt, die Sicherstellung an die KVen (Schmuhl, 2020; Böge, 2011) delegiert. Wenn diese die Sicherstellung nicht leisten können, müssten eigentlich die Kassen, wie einst in der Weimarer Republik, Ambulatorien (Hansen, 1981) bilden. Die Primärversorgungszentren hätten gemäß des GVSG als Ausdruck der Kooperation der Kassen mit den Kommunen als lokale und regionale Daseinsvorsorgedemokratie genau dies ermöglicht. Zum Leistungsprofil dieser Primärversorgungszentren hätte – auf Augenhöhe, was die etablierte Medizin, vor allem die ärztliche Standespolitik (Moser, 2016; Neuhaus, 1986), aber wohl scheut wie der Teufel das Weihwasser, mit anderen beteiligten Care-Professionen – die lokale und regionale Vernetzung gehört, somit wäre ein Beitrag zur Entwicklung einer Gesundheitsregion bewirkt worden.

Dies wäre der Rahmen gewesen, in dem sich OBERBERG\_FAIRsorgt in naher Zukunft hätte entfalten können. Nun ist diese Bahnung blockiert, blockiert von einer destruktiven antivisionären Politik angesichts eines kranken Sektors einer strukturkonservativen Krankenversorgungindustrie, die eine fragliche Wertorientierung – der vulnerable Alltagsmensch in seinem lebensweltlichen Drama steht eben oftmals nicht im Mittelpunkt des Geschehens, sondern der Anreiz-getriebene *homo oeconomicus* in der Maske des sakralen Heilers und Heilerin – inkorporiert hat.

Wieder ist eine Chance nachhaltiger Innovativität vertan. Den Gott Kairos, der den passenden Augenblick des Tuns anzeigt, wurde von den Menschen wieder verpasst. Athena verzweifelt, obwohl sie doch den Menschen (nicht nur Odysseus) liebevoll zugeneigt ist. Hermes, der, multifunktional und polyphon wie er ist, auch der göttliche Begleiter der reisenden Menschen ist, ist arbeitslos, weil die Menschen sich scheinbar nicht bewegend verändern wollen. Und die Heroen? Odysseus sucht immer noch seine Penelope, Orpheus verstummt, weil er an Gicht erkrankt ist, Herkulus leidet an Muskelabbau. Zeus sendet, impulsiv wie er ist, Blitze als Ausdruck der Verärgerung auf die Erde, wobei die Verschwörungstheoretiker\*innen wieder eine neue Evidenz haben, dass die Kausalität unserer globalen Depenzgrammatik in Wahrheit in den Händen weniger dubioser Gestalten liegt.

Nein, nicht Putins Oligarchen oder Erdogans Geheimdienst mit der Lizenz zum Töten und andere böse Mächte sind am Werk, sondern legitim organisierte Interessen in einer skotomisierten Blickverengung, die Theodor W. Adorno als Verblendung diagnostizierte. Es ist nicht das Böse, wohl aber ein Besitzrechtsindividualismus, der hier in seiner Borniertheit waltet. Wohlstand und Status werden verteidigt. Wieso sollen Mediziner (m/w/d) reich werden können? Was ist denn mit einem standesgemäßen Einkommen gemeint?

**Selbsthilfebewegung und die Forderung einer anderen Medizin:** Medizinkritik ist ohne Verschwörungstheorien möglich. Ich sitze im ICE auf der Rückfahrt vom Bildungszentrum im Brandenburgischen Erkner bei Berlin. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) hat eine Tagung veranstaltet, in deren Programmrahmen ich einen Vortrag zum (digitalen) Wandel der Selbsthilfegruppenlandschaft (im Sinne von § 20h SGB VC und § 45d SGB XI) halten durfte. Die Argumentationslandschaft will ich hier nicht entfalten. Ich habe sie über 40 Jahre hinweg publiziert (zuletzt: Schulz-Nieswandt, 2015b; 2018f; 2019a; 2019b; 2020e; 2020f; ferner Schulz-Nieswandt/Köstler/Langenhorst/Hornik, 2018; Schulz-Nies-



wandt/Langenhorst, 2015; Schulz-Nieswandt/Micken/Moldenhauer, 2022; Kofahl/Schulz-Nieswandt/Dierkes, 2016). Längst ist die Selbsthilfe nicht mehr jene Graswurzelbewegung „von unten“, die eine radikale Systemkritik des medizinisch-technischen Komplexes und seiner Expertokratie der Professionen verkörperte. Auf Spitzenverbandsebene ist die Selbsthilfe – im Habitus eines Stolzes – heute in dem Neo-Korporatismus der Gemeinsamen Selbstverwaltung längst inkorporiert, also gouvernemental subjektiviert. Aber ist der geschichtliche Anlass dieser Sozialbewegung überholt?

Immer noch liegt die Arzt-zentrierte Machtasymmetrie gegenüber dem *homo patiens*, aber auch gegenüber anderen Care-Professionen vor. Der leidende Mensch ist in der Mitte des Geschehens, ja, aber nicht als Subjekt, sondern als Objekt der immer auch ökonomischen Begierde des ärztlichen Blicks, über den Michel Foucault (1988) luzide genealogisch/archäologisch reflektierte. Diese Mitte ist kein Steuerungszentrum der Bedarfsdeckung. Es ist die Mitte der anbieterinduzierten Spezifizierung der Patient\*innenkarriere. Das SDM mag sich ja ausgebreitet haben, aber eine dialogische Kultur der Kommunikation ist noch keine Selbstverständlichkeit. Die marktlogische Primitivität des »Kunde ist König«-Mythos ist eine legendäre Erzählung, die keine humangerechte Perspektive eröffnet. Aus der Idee der Personenzentrierung sozialer Dienstleistungen resultiert als Mutante die »customer centricity« (Parniangtong, 2017). Die komplizierte meritorische Substanz (Schulz-Nieswandt, 2022g) der dialogischen Geschehensprozesse (Becker, 2019; Hevelke, 2017; Meyer-Stiens, 2012; Valdés-Stauber, 2023) wird dabei eskamotiert. Der Medizinbetrieb leidet nach wie vor unter einem Defizit im Lebensweltbezug. Natürlich gibt es auch hier die heterodoxen Anders-Figuren. Die gab es immer schon. Und es geht auch nicht um Helden des Burn-Out. Aber über die »Liebe« zum *homo patiens* als Fundamentalthese der Medizinanthropologie wird kaum noch diskutiert. Es würde die handlungswissenschaftliche Kunstlehre (eben: Heilkunstlehre: Jünger u. a., 2023) des medizinischen (nicht nur des psychiatrischen: Reuster/Schönknecht, 2022) Handwerks (Meinertz, 2018; Lown, 2018) nicht lächerlich machen, wenn sie diese Kategorie reflektieren würde. Ganz anders wäre dieser Wandel einzuschätzen: Diese Metamorphose würde die Medizin als soziale Medizin, die nicht sprachlos, sondern eine sprechende (narrative: Marini, 2016) Medizin ist, zur erhabenden Demut (Maio, 2018; 2020) qualifizieren. Göttlichkeit ist kein abgehobenes Statussymbol, sondern eine alltägliche Trivialität lebensweltlicher Kommunikationsgemeinschaften. Vor diesem Hintergrund sind die neuesten Wege der Verwissenschaftlichung der Medizin (Roth, 2022) zu reflektieren.

**Die Perspektive der kommunalen Lebenswelt:** Und wieder muss auf eine nächste Legislaturperiode gewartet werden. Aber wie wird eine neue Koalition wohl aussehen? Und wird auch diese wieder im Myopie-Frame der Legislaturperiode ohne soziale Phantasie regieren? Umso wichtiger ist es nun, am Beispiel von OBERBERG\_FAIRsorgt zu rekonstruieren, in welche Richtung die Zukunft einer sozialen Medizin gehen könnte und letztendlich auch müsste. Doch was bleibt, ist, die Definition der Kommune als Lebenswelt eigener Art im Präventionsgesetz (§ 20a SGB V) aufgreifend (Quilling/Leimann/Tollmann, 2022); Geene/Reese, 2016), der mögliche Rekurs auf § 105 SGB, wo es lautet: „(5) Kommunen können mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung in begründeten Ausnahmefällen eigene Einrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten betreiben. Ein begründeter Ausnahmefall kann insbesondere dann vorliegen, wenn eine Versorgung auf andere Weise nicht sichergestellt werden kann.“ Die Sozialversicherungen könnten sich auch an der Einrichtung eines kommunalen Pflegestützpunkts des Kreises beteiligen, wobei der Fokus auf § 7c (2) SGB XI, dort: „Aufgaben der Pflegestützpunkte sind: (...) „2. Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen, 3. Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.“ Die Kommune wird somit in § 20a SGB V zur Lebenswelt der Gesundheitsproduktion. In diesem Rahmen könnte sich eine eigene Auslegungsordnung der Möglichkeit der Förderung einer Gesundheitsregion ergeben.

## Einführung

OBERBERG\_FAIRsorgt – auf diese Wortkomposition mit kleingeschriebenen und großgeschriebenen Buchstaben wird noch einzugehen sein – ist ein Modellprojekt, gefördert als Innovationsfondsprojekt (Scholz/Engelhausen, 2021).

Es ist ein komplexes Projekt sowohl (also einerseits) in der Gewebestruktur einer Sozialraumentwicklungsarbeit als Netzwerkbildung (Schubert, 2018) in einem ländlichen Flächenkreis als auch (also andererseits) mit Blick auf das Mixed-Methods-Design (Kelle, 2008; Kuckartz, 2014; Baur/Kelle/Kuckartz, 2018) der evaluativen Begleitung.

Die Komplexität ist verbunden einer gewissen Kompliziertheit, weil es sich hier nicht überwiegend (sofern man von der Analyse der GKV-Routinedaten zunächst absieht) um eine Schreibtischarbeit am PC der Datenverarbeitung handelt, sondern um ein Realexperiment (Bösch/Groß/Krohn, 2017) im Feld (Möltgen, 2019).

Dies besagt, dass der Gegenstand der Evaluation also im Zeitverlauf überhaupt erst entwickelt werden musste: Der Projektantrag war in eine gelebte Wirklichkeit in einem Raum als Kultur sozialer Praktiken umzusetzen.

Hinzu kamen die sog. erschwerten Bedingungen: Die Corona-Krise (Burns, 2023) fiel sodann mitten in diese Einpflanzung in den sozialen Raum des flächigen Landkreises. Es gab daher dramatische Phasen: Das Projekt stand, bevor es überhaupt in Fahrt kam, vor dem Scheitern. Es ergab sich eine Krise im Projektmanagement: Kostenniveauneutrale Projektunterbrechungen oder Projektverlängerungen sind nie einfach zu managen, wenn man befristete Drittmittelmitarbeiter\*innen eingestellt hat. Daran gekoppelt war die Problematik, dass die Zeit für die Rekrutierung der Versicherten mit Blick auf ihren Rollenstatus als Patient\*innen davonlief und sich der Interventionszeitraum verkürzte. Hinzu kommt: Wirkliche Kausalität, wenn man Evidenzstandards erwartet, bedarf ohnehin längere Zeiträume, die oft abweichen von den meist viel zu kurzen Förderlaufzeiten der Interventionsprojekte. Entscheidend soll nun aber der Aspekt bleiben, dass die Interventionen von der Implementation der Modellprojektstrukturen abhängen, also eine Strukturation des Feldes durch Transplantation des Projektes erfolgreich ist. Eine Kultur der Verbindlichkeit der Mitwirkung der relevanten Figuren auf der kommunalen Bühne musste erarbeitet werden. Das Drehbuch lag vor: Gemeint ist der Projektantrag, der allerdings

ebenfalls noch Modifikationen infolge der längeren Zeit der detaillierten Nachregulierungen der DLR erfuhr.

Die Zusammenarbeit mit der DLR war nie einfach, wurde aber im Verlauf deutlich besser. Das ist aber keine gemeine Kritik. Die DLR kann nichts dafür, macht vielmehr ihre Arbeit. Aber es ist schon eine eigenartige Form der Forschung, die doch im Normalfall von höherer Autonomie – auf der Grundlage eines transzendentalen Vertrauensvorschlusses – gekennzeichnet ist. Aber mitunter erinnert es mich an Franz Kafka-Lektüren aus meiner Gymnasial- und Studentenzeit. Letztendlich wurde man von der DLR aber immer kompetent reguliert, aber eben: reguliert. Immerhin sind es Sozialversicherungsbeiträge, die hier in die Forschung umgeleitet werden. Und dies sollte auch die Wissenschaft besonders verpflichten.

Trotzdem – wenn man die dargelegten Bemerkungen in Rechnung stellt – verlief alles doch noch in einem guten, wenngleich nicht optimalen Rahmen mit Blick u. a. auf die erhoffte Evidenz in der komparativen Analyse der GKV-Routinedaten (Horenkamp-Sonntag, 2017) in der Interventionsgruppe und in der Kontrollgruppe, einem Matching-Verfahren folgend, weil eine randomisierte Cluster-Studie nicht möglich war. Die Geschichte verlief also nicht so erwartungserfüllend, wenn man bedenkt, was wir über den Zeitraum von 4 Jahren vorhatten.

Und dennoch sind die Ergebnisse – vor allem die qualitativen Studienergebnisse – von grundlegender Bedeutung, weil man an ihnen nochmals lernen kann, worum es eigentlich in der Versorgung geht, und um was es entsprechend in der Versorgungsforschung gehen sollte.

Klingt das pathetisch? Der Begriff der Pathetik ist in der neueren Moderne um den guten Ruf gekommen. Das war in der klassischen Rhetorik noch anders. Wir werden sehen. Was wir dabei erkennen werden, ist die dramatische Projektbiographie, wenn man den Alltag der Menschen zum Bezugspunkt der Rekonstruktion der Projektidee, ihrer Implementation und ihrer Evaluation nimmt.

**Alltagsdrama als Bezugsthema:** Wir werden folglich sehen, dass es um eine gewisse sozialdramatische Tiefe in dem Projekt OBERBERG\_FAIRsorgt geht. Im Mittelpunkt dieses dramatischen Geschehens steht der vulnerable ältere und hochaltrige Mensch in seinem Alltag, dessen Entwicklungsaufgaben von diesem Menschen im gestrickten Netzwerk der Versorgungslandschaft aufgegriffen und bewältigt werden muss. Daraus ergaben sich auch moralische Konstellationen im Realexperiment: Es wurden Qualitätserwartungen bei den eingeschriebenen Versicherten aufgebaut. Diese Erwartungen spiegelten Versprechen, die einzulösen waren.

Keine real denkbare Intervention wird bewirken können, dass dieser alte Mensch in einen Jungbrunnen fällt und in prometheischer Weise wiedergeboren wird wie im altägyptischen Mythos des Phönix aus der Asche. In der gestalttheoretischen Kategorie der »Aktualgenese« der Humanistischen Psychologie geht es im Lichte des sozialrechtlich verankerten Begriffs der Aktivierung zwar um alltägliche Erfahrungserlebnisgeschehnisse der Lebendigkeit von Selbstbestimmung, Selbständigkeit und Teilhabe. Doch wird das gerontologisch realistische Ergebnis einer entsprechenden Intervention wohl nur das einer bemerkenswerten Hilfe zur Stabilisierung des Alltags sein. Mehr nicht, aber genau dies ist schon sehr viel.

**Stabilisierung des lebensweltlichen Alltags:** Die empirischen (quantitativen wie qualitativen) Daten der Evaluationsstudie zu OBERBERG\_FAIRsorgt belegen diese Stabilisierung des Alltags der vulnerablen Menschen.

Daher liegen versorgungspolitische Empfehlungen nahe. Wir bedürfen eine ganz neu – und dies passungsoptimal auf den sozialen Wandel zugeschnitten – gestrickte Versorgungslandschaft, in der, quasi wie ein Pneuma, ein anderer objektiver, aber eben auch subjektiv erfahrbarer Geist lebt, das Versorgungsgeschehen also ganz anders beseelt ist.

**Einheit von Cure und Care als Gestaltkern humangerechter Versorgung:** Das Realexperiment OBERBERG\_FAIRsorgt erzählt eine solche Geschichte, deren engagierte Humangerechtigkeit einen neuen Geistes der Einheit von Cure und Care im Kern erkennbar werden lässt.

Soweit zum besagten Pathos der reflexiven Rekonstruktion des Projektes. Die Interviews mit den Nutzern und Nutzerinnen bzw. mit deren Angehörigen, aber auch die Erzählungen der Case ManagerInnen (es gab einen Case Manager anfangs im Team, der dann verloren gegangen ist) validieren diese Einschätzung (Köstler u. a., 2024).

Neben der Auswertung der GKV-Routine-Daten in einem Interventions-Kontrollgruppen-Vergleich erwies sich demnach der überaus umfängliche qualitative Evaluationsteil als bedeutsam, um tiefere Einblicke in das Interventionsprozessgeschehen zu erhalten. Denn das soeben angesprochene gelebte Leben der sozialen Wirklichkeit des Projektdramas muss selbst als Teil der Ergebnisberichterstattung reflektiert werden. Ein großes Feldprojekt muss als Kommunikationsgeschehen und als Prozess sozialer Praktiken rekonstruiert werden. Im Vordergrund steht dabei die Sozialraumbildung, in die und an die ja die Modellprojektidee einer transsektoralen und interdisziplinären Versorgung zwischen Medizin (Cure) und Pflege und Soziale Arbeit des Case Managements (Care) als ein transdisziplinäres (Dedfil/Di

Giulio, 2016), zwischen Theorie, Politik und Praxis interaktiv angesiedeltes Geschehen eingelassen ist.

Selbst für die Begleitforschung war es keine reine Beobachtungsperspektive, die hier eingenommen wurde, sondern ein integriertes Partizipationsgeschehen, dass immer wieder achtsame Reflexionen zwischen Engagement und Distanzierung (Allan/Arber, 2018; Stodulka/Dinkelaker/Thajib, 2020) aufgeworfen hatte. Die Reinheit der Beobachterperspektive im Sinne einer autonomen externen Position war also nicht gegeben, sondern die einer – reflektierten und involvierten – internen Externität.

Im Mittelpunkt stand jedoch die Frage nach der Versorgungqualität mit Blick auf die Lebensqualität (Staats, 2021; Schübel, 2016) aus Ausdrucksgestalt des personalen Erfahrungserlebnisgeschehens der vulnerablen Menschen (Richarz, 2023) in der Mitte des lebensweltlichen Projekts (Anderson, 2023). Dies wirft durchaus relevante ethische Fragen auf, die im Projektverlauf immer wieder achtsam reflektiert werden mussten. Auch hinter GKV-Daten stecken Menschen, aber in einem realen Feldexperiment sind es konkrete zwischenmenschliche Begegnungen, aus denen heraus die empirischen Befunde generiert werden, die sodann zu analysieren und zu reflektieren sind.

## 1 Prozessgeschehensanalyse als Teil der Ergebnisberichterstattung

Die nachfolgende interdisziplinäre, und in der Folge dieser Interdisziplinarität auch komplexe, wegen der Vielfalt der Perspektiven, Dimensionen, Aspekte, Theorie- und Diskursbezüge sowie wegen den disziplinären Terminologien nicht ganz unkomplizierte, aber im Rückblick einer Lektüre wohl doch auch in unüblicher Weise erkenntnisbringende Abhandlung expliziert im Modus kritischer Bilanzierung zwischen Deskription, Analyse und normativer Vermessung (Schulz-Nieswandt, 2023b) die »Ordnung der Dinge« (Raffnsøe/Thaning/Gudmand-Hoyer, 2016) in dem relevanten Handlungsfeld sozialer Wirklichkeit (Schulz-Nieswandt, 2023c) des Projektes OBERBERG\_FAIRsorgt.

**Projektethnographie als Teil der Berichterstattung?** Alle theoretischen und zugleich politisch reflexiven Erörterungen knüpfen sich an die Felderfahrungen des Projektes. Damit kommt eine gewisse Projektethnographie ins Spiel, doch der Duktus der Abhandlung ist nicht an einem ethnographischen (Breidenstein u. a., 2015; Matera/Biscaldi, 2021) Feldbericht orientiert. Meine Darlegungen beruhen aber auf die vielen Situationen teilnehmender Beobachtung (Weischer/Gehbrau, 2017; Martin/Wawrinowski, 2014).

### 1.1 Evaluationsarbeit zwischen Engagement und Distanzierung

Die vorliegende Projektreflexion zu OBERBERG\_FAIRsorgt pendelt zwischen zwei Polen: Sie pendelt einerseits zwischen dem Pol der erfahrungswissenschaftlichen Distanz, die man, methodologisch gesichert, in der Wissenschaft gewöhnlich als Subjekt-Objekt-Beziehung erwartet, und andererseits dem Pol des in vorliegender Abhandlung signifikant erkennbaren ethischen Engagements.

**Normative Vermessung:** So neigt die Explikation weder einem sozialkundlichen Empirismus der Befunde noch einem Positivismus der Werturteilsfreiheit eines solchen Empirismus zu (Schulz-Nieswandt, 2018a mit Bezug auf Hank/Wagner/Zank, 2023), sondern die Erörterung, eng an dem Prozessgeschehen des Realexperiments anknüpfend, nimmt auch eine normative »Vermessung« (Schulz-Nieswandt, 2023b) der sozialen Wirklichkeit vor (Schulz-Nieswandt, 2024e), wobei die Normativität nicht aus dem Markt beliebiger Meinungen stammt, sondern (Schulz-Nieswandt, 2024d) hinreichend deduktiv hergeleitet und begründet ist im Rekurs auf

Anthropologie, Rechtsphilosophie und Ethik als »juridische Substanz« im Geist der Gesetze. Die Abhandlung (Schulz-Nieswandt, 2024e; 2024h) trägt demnach explizit die Signatur einer Kritischen Theorie (Thompson, 2017).

## 1.2 Engagierte Evaluationsarbeit und normative Projektverpflichtung

**Orientierung am Menschenbild des Sozialrechts:** Als Innovationsfondsprojekt zur transformativen Veränderung des Gesundheitswesens ist OBERBERG\_FAIRsorgt dem im Sozialrecht verankerten Menschenbild verpflichtet. Dies zeitigt Folgen für das Erkenntnisinteresse und für die Art und Weise der Versorgungsforschung und ihrer Ergebnisberichterstattung als Reflexionsarbeit.

Dies ist auch im überpositiven Recht der relevanten Rechtsregime (Schulz-Nieswandt, 2017a; 2017c; 2016b) verankert. Das Gesundheitswesen hat diesem Leitbild und somit den konkreten Menschen zu dienen, und es hat sich pathosophisch an deren Leiden zu orientieren, und muss zu der Bewältigung dieses Leidens in der Haltung achtsamer (Schmidt, 2023) Authentizität verpflichtet sein.

## 1.3 Das Feld als Relation von Kommune, Sozialversicherung, Anbieter und Zielgruppen

Warum fällt es dann dem System so schwer, dieser Verpflichtung nachzukommen? Im Projekt im Oberbergischen Kreis wurde diese Schwerfälligkeit überaus deutlich als effektive Netzbildungsproblem und als Compliance der Akteurslandschaft, ein sinnvolles Spiel mitzuspielen.

**Normative Evidenz und Widerstand der Interessen:** Die Kommune wurde zum zentralen Treiber dieser Idee. Warum begegnet man dieser Pflichtaufgabe der Kommune angesichts des Rechts der Daseinsvorsorge (Schulz-Nieswandt; 2019e; 2024g) im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung im Rahmen des Landes- und Bundesgesetzgebung so skeptisch?

Wenn der Sicherstellungsauftrag der KVen nicht mehr funktioniert, geht dieser Auftrag an die Kassen über, wodurch sich auch die Logik der selektivvertraglichen Sicherstellung nochmals bestätigt. Letztendlich ist die Kommune der Garant. Hier könnte es daher zur Kooperation parafiskalischer Player und der Kommune kommen. Wenn sich keine privaten Anbie-



ter finden lassen, dann kann es sich nur noch um öffentliche Einrichtungen handeln. Allerdings wird man auch hierzu Personal benötigen. Ganz neue Aufgabenmodelle ordnungsrechtlich und leistungsrechtlich erweiterter öffentlicher Gesundheitsämter, auch dies keine ganz neue Diskussion, kommen ins Spiel. Diese Handlungssituation wird zunehmend mit Blick auf strukturschwache ländliche Regionen (vgl. auch Ross/Mann/Whiddon, 2023) diskutiert. Und dies ist nicht nur verfassungsrechtlich möglich, sondern verfassungsrechtlich geboten. Es geht also um Community Health Care (Arxner/Murphy; 2018; Mpofu, 2021; Bucksch/Schlicht, 2023; Department, 2022).

**Übergreifend-integrativer Kontext:** Das Realexperiment OBERBERG\_FAIRsorgt wird man hier in diesen Kontext von Community Health Care im kommunalen Raum der Daseinsvorsorge einordnen können.

#### 1.4 Die Achillessehne: Die Anbieter als Netzwerkpartner

Das Projekt OBERBERG\_FAIRsorgt bestätigte nochmals, was aus vielen anderen Studien validiert bekannt ist: Die Akteure des Gesundheitswesens agieren sehr anreiz-orientiert.

Und unter Anreizen sind, ohne nun theoretisch auf die neueren Sichtweisen der Verhaltensökonomik (Behavioral Economics) einzugehen, vor allem Vergütungsregelungen zu verstehen. Eine solche Kulturgrammatik der Person-Umwelt-Transaktionalität hat aber ihre Tiefendimensionen, die, auch nicht hinreichend von der soeben angesprochenen neueren ökonomischen Verhaltensforschung, nicht erfasst werden, die man jedoch psychodynamisch mit Blick auf Affekte, aber auch habitushermeneutisch mit Blick auf Haltungen analysieren muss.

**Veränderungsoffenheit als Kardinaltugend:** Für das oberbergische Feldprojekt war diese kooperative Partizipationsoffenheit »das A und O« der Erfolgsaussicht. Die Daten entstehen ja erst aus der vernetzten Versorgung heraus, die in durchdachter Weise konzipiert, sodann aber auch zur gelebten Praxis performiert werden musste. Solche Innovationsfondsprojekte wie das im Oberbergischen Kreis sind demnach dergestaltige fragile Realexperimente, in denen die summative Evaluation abhängig ist von der formativen Praxis, an der die Evaluation wiederum beteiligt ist.

## 1.5 Der Alltagsbezug der Versorgungsevaluation

Die Reflexion des Projekts mit Blick auf die Befunde der Stabilisierung der Gesundheitsversorgung in Bezug auf die Zielgruppe des vulnerablen höheren Alters und der Hochaltrigkeit hat einen alltagssoziologisch (Heller, 1981; Lefebvre 1972; 1987) fundierten Zugangspfad. Die hier interessierende Netzwerkarbeit führt zu jener Sozialraumbildung, in der die Infrastruktur der Versorgung eingelassen ist, und die aus der Sicht des vulnerablen Menschen als ein Erfahrungserlebnisgeschehen rezipiert wird. Diese Perspektive der Evaluation wird vor allem im Ergebnis der qualitativen Befunde gespiegelt, wobei eine Übereinstimmung mit den Stabilisierungseffekten auch in den quantitativen Daten gegeben ist.

## 2 Erkenntnisinteressen der Ergebnisberichterstattung

Diese ganze produktive Umwegstrategie der Abhandlung ermöglicht aber eine holistische Zugangsweise (Hutchinson, 2011) zum Verständnis von Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, auch zu der Sozialökonomie der gerontologischen Langzeitpflege (Schulz-Nieswandt, 2016c). Das ist der Nutzen als Gegenleistung zur Rezeptionsarbeit dieser reflexiven Analyse der Netzwerkentwicklung im Projekt OBERBERG\_FAIRsorgt.

### 2.1 Netzwerkbiographische Analyse als Teil der Evaluation

Die Betrachtungsweise ist für die Mehrzahl der Versorgungsforschungsstudien (Schulz-Nieswandt, 2022d) in der etablierten Landschaft der Lehrmeinungen und der Routinekultur der Forschungspraxis eher unüblich.

**Projektbiographie als Prozessgenerator der Ergebnisse:** Eine solche Netzwerkarbeitsreflexion sollte in solchen Feldstudien eigentlich üblich sein, reflektiert sie doch – und dies war in OBERBERG\_FAIRsorgt der Fall – die projektbiographischen Voraussetzungen der für die Outcome-Analyse wichtigen Datengewinnungschancen. Doch die Netzbildung hat ja selbst wiederum Determinanten des Gelingens und des Scheiterns. Die Projekterfahrungen zeigen, dass Anreize wohl eine Möglichkeit ist, Verhalten zu fördern, aber als Element extrinsischer Motivation nicht hinreichend effektiv sind. Es müssen wohl auch in einem gewissen Maß intrinsische Motivationskräfte wirksam werden, die aus einer ideellen Identifikation mit der versorgungspolitischen Gestaltungsidee resultieren. Dazu gehört es auch, dass moralisch sensible rationale Akteure auf kurzfristige Interessensbefriedigung verzichten, um längerfristig die eigenen Interessen (des isolierten Einzelkämpfers) in den neuen (innovativen) Bahnen andersartiger Formen der Handlungssituationen (der Multiprofessionalität der vernetzten Versorgung) zu verfolgen.

Es ging demnach um die Haltung der Player im Raum, die von der Kommune als Anker mit seinem System des Case Managements im Projekt zu einem Zusammenspiel choreographiert (Hochreiter, 2011) werden sollten. Die Unterstützung durch die kommunalpolitische Spitze des Kreises wurde gesichert. Dies zählt – wie auch Forschungen zu den Erfahrungen in Bezug auf kommunale Konferenzkulturen zeigen – zu den wichtigen Erfolgsprädiktoren. Die entscheidende Achillesferse des Projekts war aber die Frage nach der Offenheit der Akteure im psychologischen Sinne der

Neigung und Fähigkeit (Wollen und Können) zur Selbsttranszendenz. Der strategische Bezugspunkt war unmittelbar (aber dennoch nur sekundär) die kooperative Öffnung hin zur kommunalen Arbeit an der Netzwerkbildung, mittelbarer (aber primärer) Bezugspunkt hätte pathosophisch der personale Mensch in der Mitte der Bewältigungspraxis sein müssen.

Das ganze Geschehen wird veranschaulicht vor dem Hintergrund der deskriptiven und narrativen Darlegungen in den orientierenden Vorbemerkungen im einleitenden Vorwort von Schmallenbach und Möltgen im vorliegenden Berichtsband. Die Diskussion der Outcomes klammern wir hier aus. Die sind im Kapitel von Ursula Köstler (Teil I) und Christian Grebe (Teil II) im vorliegenden Berichtsband dargelegt und finden auch Eingang in den Endbericht, aber eben vor allem mit Blick auf den qualitativen Teil nicht in dieser vorliegenden Breite und Tiefe.

## 2.2 Goldstandard der Evaluation und Kontexte der Datengenerierung

Zugleich wird somit jedoch ein erhebliches Metatheorie-Defizit der Gesundheitsökonomie (Zweifel/Breyer/Kifmann, 2014) und der Versorgungsforschung deutlich (Collyer, 2015; Ettore et al, 2017). Im Mainstream ist dieser disziplinäre Forschungs- und Lehrsektor, um feldtheoretisch (Akram, 2023; Albright/Hartman/Widin, 2018; Fabiani, 2020) zu argumentieren, zur Wissenschaft des programmlogischen Handlungsfeldes des *homo faber* als Habitus des »social engineering« geworden. Das Versorgungsgeschehen wird wie ein Maschinenraum rekonstruiert. Das Geschehen ist ein Geschehen »am« Menschen, das kommunikative Geschehen »mit« dem (in konstitutiven Sinne: artikulatorisch partizipierenden) Menschen findet mit einer gewissen Heterogenität der Streuung um die Durchschnittsbeurteilung herum sehr defizitär aus. Damit fragt es sich in der Schlussfolgerung, ob und inwieweit das Geschehen eine Sorgeskultur sozialer Praktiken »für« den Menschen ist. Diese kulturkritische Diagnostik der Medizinpraxis als Medikalisierung (Schübel/Friele, 2023) der Lebenswelt (Vogt, 2021) ist weder neu noch originell. Die Sozialgeschichte hat vielerlei Zusammenhänge zur Nemesis der Medizin als Verwaltung der Körper und der iatrogenen Medizin problematisiert. Mit Bezug auf die Inszenierungen der Versorgung in der Mainstream-Realität ist die kritische Diagnostik jedoch nach wie vor berechtigt.

Der exzellente Statusanspruch reduziert sich auf die Goldstandards der Evidenzerwartung, deren Berechtigung (Schulte, 2020) nicht bezweifelt

wird, wohl aber ihre weitgehende Kontextlosigkeit und somit ihre Desintegration in Bemühungen um Theoriebildungen, die weit über Theorien mittlerer Reichweite, die ohnehin oftmals erst gar nicht mehr anvisiert und erreicht werden, hinausgehen.

Eine im Sprechakt behauptete Innovation im Feld von Cure und Care ist, in diesem Lichte betrachtet, immer dann eine Neuerung, der das Prädikat der Innovativität eigen ist, wenn sich diese medizinische Kultur sozialen Praktiken verändert hin zu einer holistischen Achtung des ganzen Menschen in seiner leiblich interdependenten Strukturschichtung von Geist, Seele und Körper im lebensweltlichen Kontext seiner aus der Lebenslage erwachsenden Lebensweise.

Vernachlässigung ist eine Dimension im Konstrukt „struktureller Gewalt“ und wäre im Fall der Altersdiskriminierung im Modus der Unter- und Fehlversorgung als »kulturelle Gewalt« (Galtung, 1990) wirksam. Es handelt sich hierbei nicht um ungewollte handwerkliche Fehler, wobei dann das lernende Fehlermanagement zur ethischen Aufgabe wird, in der angewandten Kunstlehre von Medizin und Pflege, sondern es geht um Auswirkungen der programmlogischen Codierung des professionellen Habitus.

### 2.3 Synthetisches Erkenntnisinteresse

Die vorherrschende Idee evidenz-gestützter Innovativität orientiert sich an einem nicht-holistischen Erkenntnisinteresse. Dieses holistische Erkenntnisinteresse wird nachstehend als kumulative Synthese der drei Typen von Erkenntnisinteresse definiert. Nimmt man eine gängige Differenzierung verschiedener Typen von Erkenntnisinteressen als Korrelate unterschiedlicher wissenschaftlicher Paradigmen aufgreifend an, so fragt sich, warum es keine Verknüpfungsleistung geben sollte zwischen

- (1) einer empirisch-analytischen Wissenschaft mit einem instrumentellen Erkenntnisinteresse, das auf eine technische Verwertbarkeit (→ Herrschaftswissen) abzielt, auf die sich die Mainstream-Gesundheitsökonomie und deren Logik der Versorgungsforschung reduziert,
- (2) einer historisch-hermeneutischen Wissenschaft mit einem praktischen Erkenntnisinteresse, das auf eine integrative Handlungsorientierung und auf eine kommunikative Verständigung (→ Orientierungswissen) abzielt und

- (3) einer kritischen Sozialwissenschaft mit einem emanzipatorischen Erkenntnisinteresse, welche das menschliche Subjekt aus seiner Entfremdung befreien (→ transzendierende Ideenerkenntnis) will.

Erst in der Kumulativität als inkludierende Verschachtelung aller drei Typen von Erkenntnisinteresse werden wir dem Projekt OBERBERG\_FAIRsorgt in seiner »Vermessung« im Rahmen der Ergebnisberichterstattung gerecht. Dann wird auch der Rekurs auf Johan Galtung (oder auch auf Gunnar Myrdal: Myrdal, 1969) nochmals plausibel (Boulding, 1982): Sozialforschung – warum, für wen und für was?

Nicht, dass Lebensqualität als Konstrukt oder weitere, hier relevante sozialpsychologische Konstruktvariablen nicht auch Outcome-Variablen in der klinischen Versorgungsforschung sind, aber es geht dort primär um klinische invasive Interventionen, hier jedoch mit Fokus auf die Funktionalität des Case Managements, um die Einbettung von Medizin und Pflege in die lebensweltlichen Praktiken der Alltagsbegleitung und Betreuung, der Fall-steuernnden Beratung und der Arbeit an und in der Netzwerkbildung. Morphologisch betrachtet handelt es sich somit um ein ganz anderes Verständnis von Versorgungs-FORM-Innovation im Kontext der Sozialraumorientierung.

Care ist nicht das auch temporal (= sequenziell nachgeordnet) definierte Anhängsel der medizinischen Dominanz im klinischen Cure-Prozessgeschehen, sondern Care ist die Einbettung der Medizin als letztendlich an der Lebenswelt des *homo patiens* orientierte Sorgearbeit. Das ist keine Umkehrung der Hierarchie, sondern eine (transsektorale, intersektionelle und multiprofessionelle) demokratische Neuordnung des Handlungsfeldes.

### 3 Der paradigmatische Zugangspfad Kritischer Wissenschaft in der Ergebnisberichterstattung

Die Disziplin der Gesundheitsökonomie ist die Ökonomie der Gesundheit. Hinter diesem Satzkompositionsspiel steckt eine tiefere Problematik, denn gemeint ist der funktionale, also zweckdienliche »Sinn« der Ökonomie als Beitrag zum Verständnis der sozialen Produktion von Gesundheit der menschlichen Person in der Einheit von Geist, Seele und Körper (Schulz-Nieswandt, 2023d) im Kontext eines bio-psycho-sozialem Modells (Reibling/Ariaans, 2023; Pinter u. a., 2016) des menschlichen Wohlbefindens (Haworth/Hart, 2007; Smith, 2023; Greenberg, 2016).

Dieses paradigmatische Leitbild ist weltweit anerkannt, im deutschen System aber keineswegs eine in der Praxis hinreichend verankerte Idee. Denn der Sektoralismus infolge des durch das sozialrechtliche Kausalitätsprinzip bedingten Säulensystem der sog. Kostenträger, die Fragmentarität (Brüchigkeit) der Versorgungspfade, die defizitäre Funktionseffizienz der intersektionellen Multiprofessionalität etc. widersprechen als gängige etablierte Alltagspraxis dieser holistischen Idee einer bio-psycho-sozialen Versorgungslandschaft, ihren Einrichtungen und ihren Mikrowelten sozialer Praktiken.

#### 3.1 Die Selbsttranszendenzaufgabe der etablierten Medizin

Diese holistische Haltung prägte auch das Projekt OBERBERG\_FAIRsorgt vom konzeptionellen Beginn an. Aber genau dieses erweiterte Verständnismodell von Wohlbefinden bis in das sehr hohe Alter hinein wird zunächst oftmals als Fremdkörper im klinischen Alltag – als etwas ganz Anderes als die Routinepraxis – verstanden. Die Medizin erlebt im Zuge ihres selbstreferentiellen Deutungsmusters die Veränderungen eher als Deprofessionalisierung (Vogd, 2022; Wiesing/Marckmann, 2009; Klinke/Kadmon, 2018; Katzenmeier/Bergdolt, 2009; Karsch, 2015). Dies bezog sich in der Vergangenheit vor allem auf Formen sog. Ökonomisierung. Nun ist die oftmals so bezeichnete »eigentliche« Arbeit der Medizin – im Deutungshorizont von Angst und Kränkung – gefährdet durch Machtverlust infolge von vertikaler Ent-Hierarchisierung und horizontaler Multidisziplinarität.

Vor diesem kulturellen Hintergrund überraschen fehlende Kooperationsverbindlichkeiten und blockierte Öffnungshaltungen nicht.

**Multidisziplinäre Kooperation im Netzwerk als Wesenskern der Versorgung:** Und dies wohl, wie soeben angedeutet, auch deshalb, weil ganz

andere Professionen in das Spiel integriert werden. Die Öffnung der medizinischen Profession, die ihren Einzelkämpferheldenmythos überwinden muss, für die Mitwirkung anderer Berufe hat z. B. Schmacke (1997) schon vor vielen Jahren gefordert (vgl. auch Schmacke, 2024). Wie in vielen anderen Studien deutlich wird, besteht ein Problem mitunter in der De-Hierarchisierung, denn solche multidisziplinären Netzwerke müssen mit Blick auf die Bedarfskomplexität der vulnerablen Zielgruppe im Alltagskontext des Sozialraums flache – also deutlich eher horizontale als vertikale – Strukturen entfalten, wie wir es als Idealtypus auch in der Teamarbeit in der geriatrischen Rehabilitation kennen.

Die Medizin muss sich nicht nur anderen, am Versorgungsverlaufsgehehen im Alltag beteiligten Professionen dergestalt öffnen, dass diese anderen Tätigkeiten als Komplementarität zur zentralen Dominanz der Medizin definiert werden, sondern die Medizin ist ein Ausgangspunkt für die sich dann eröffnende eigentliche Versorgungsdynamik mit Blick auf die Alltagswelt des vulnerablen Menschen.

In OBERBERG\_FAIRsorgt ist dieser Ansatz in einem allerersten vorsichtigen Ansatz angestoßen worden. Die Akzeptanzen und die Reaktionsmuster waren gestreut zwischen positivem Engagement und deutlicher Zurückhaltung. Anderes war im Lichte der diesbezüglichen bisherigen Forschung auch nicht zu erwarten.

### 3.2 Interprofessionalität im Realexperiment

In diesem Sinne handelt es sich im OBERBERG\_FAIRsorgt-Realexperiment um eine andere, neue Kultur des Gesundheitswesens. Diese wurde von einigen Protagonisten adäquat erkannt, wertgeschätzt und gelebt. Vielfach blieb das medizinische Versorgungsgeschehen allerdings auch blockiert, dem eigenen etablierten Normalitätsverständnis verhaftet.

Der Betriebstypus der niedergelassenen Praxis erlebt ja ständig neue, oftmals als Deprofessionalisierung gedeutete »Change Management«-Herausforderungen. Hier nun berührt OBERBERG\_FAIRsorgt aber den Freiheitsgrad als eigenbetrieblicher Einzelkämpfer im freiberuflichen Status dieser Medizin, die nun zum Wandel ihrer Identität aufgerufen wird. Daher ist die Spezifität der Herausforderung als Entwicklungsaufgabe überaus verstehbar und entsprechend nachvollziehbar.

**Betriebstypenanachronismen:** Das Problem der Medizinmacht und der Führungsdominanz gerade auch im Kontext der Niederlassungspraxis ist



bekannt auch aus der Anforderung der Akzeptanz von Aufgabendelegationen an andere Berufsgruppen (vgl. auch Kanbara et al., 2022; St. John/Mayfield-Johnson/Hernández-Gordon, 2022). Interprofessionalität ist in der Tat eine Kompetenzfrage (Lerch, 2017). Juristische Bedenken sind hierbei oftmals eher vorgeschobener Natur. Es geht angesichts der Identitätsproblematik um Veränderungsängste, die aus Kränkungen des Autonomieanspruchs resultieren.

### 3.3 Sozialraumorientierung als Netzworkebildung

Die klassische niedergelassene Praxis wird sich wohl sozialraumorientiert zu multidisziplinären Zentren mit hoher lokaler bzw. regionaler Vernetzung entwickeln müssen.

**Entwicklungsaufgaben zwischen Anreizen und Habitus:** Diese Entwicklungsaufgabe war ein Erfahrungsgeschehen auch bereits in dem eher sanften Wandlungsgeschehen von OBERBERG\_FAIRsorgt. Der Freiwilligkeitsvorbehalt wurde ja anreizlogisch ausgestaltet. Dennoch war die Partizipation *de facto* sehr heterogen, räumlich auch sehr konzentriert.

Doch geht es nicht nur um diese Betriebsform im ambulanten Raum. Auch die solitären Krankenhäuser müssen sich sozialraum-orientiert öffnen und vernetzen. Erst dann wird man wohl signifikante Änderungen im Hospitalisierungsgeschehen (zur Kultur der Hospitäler: Abreu/Sheard, 2013) beobachten können.

Auf das Thema der Krankenhausentlassung als Bridging-Problem angesichts von No Care-Zonen und fehlender Caring Communitys im Fall vulnerabler privater Haushaltssituationen wird nochmals einzugehen sein.

Die ambulante Pflege hat im Netz ebenso recht heterogen mitgespielt, die Perspektive einer (u. a. telemedizinischen) Einbeziehung der stationären Langzeitpflege scheiterte, nicht nur infolge der Corona-Krise (Burns, 2023). In die Lücke konnte allerdings eine für uns hier ergänzende Kölner kumulative Dissertation im NRW-Fortschritts-Kolleg »Wohlbefinden bis ins hohe Alter« (GROW) gehen (Özkatan/Schulz-Nieswandt/Zank, 2023; Özkatan/Kukla/Schulz-Nieswandt/Zank, 2024).

### 3.4 Die Zeitschiene des Kulturwandels hin zur Anderswelt-Normalisierung

Insofern wird insgesamt wohl plausibel, dass ein solcher Kulturwandel mehrere Jahre der Anderswelt-Normalisierung benötigen würde. Die ge-

wünschten bzw. erwarteten Outcome-Effekte können sich gar nicht von »Heute auf Morgen« einstellen. Die gesundheitsökonomische Evaluation basiert hier auf sehr problematischen verhaltenswissenschaftlichen Modellen. Soziales Lernen im Sozialraum läuft anders ab. Es geht nicht um ein technizistisches Maschinen-Denken im metamorphotischen Modus von »switch on/switch off«.

Das erste der vier Jahre der Projektzeit wurde daher der Schaffung der generativen Strukturen gewidmet. Dabei erwiesen sich einige Ideen als nicht so schnell umsetzbar. Die Idee eines selektivvertraglichen Versorgungszentrums mit geriatrischer Leitung wird sich wohl – in nochmals veränderter Konzeption – im Rahmen der Bemühungen um eine Verstetigung des Realexperiments erneut aufgreifen lassen. Viele andere vertragsrechtliche Herausforderungen mussten bewältigt werden. Allzu detailliert wollen wir hier narrativ nicht ausholen und die Erzählungen entfalten, somit quasi aus dem ethnographischen Tagebuch plaudern. Die vielen noch aufgeworfenen Detailfragen im Zuge der Nachregulierung seitens des Projektträgers DLR erwiesen sich auch für die lernende Kommune als Entwicklungsherausforderung.

Das Projekt war eben ein lebendiges Realexperiment, keine Laborforschung mit einem passiven Objekt der Forschung als Subjekt, das das Objekt der epistemischen Begierde beliebig untersuchen kann, ohne dass es zu einer Subjekt-Objekt-Interaktion kommt. Nur der quantitative Teil der Analyse der Kassendaten konnte aktiv über passives Material mittels der Berechnungsmodelle verfügen. Doch auch diese Daten beruhten ja auf der realisierten Rekrutierung von Versicherten im Rollenstatus von Patienten und Patientinnen, die von leistungserstellenden Professionen angesprochen und motiviert wurden. Ansonsten war die gesamte Evaluation eingefügt in das Kommunikationsgeschehen der Projektumsetzung.

### 3.5 Kommune als Lebenswelt und Entwicklung der Daseinsvorsorge

Der größte Ertrag des Projektes liegt in der Stabilisierung der Alltagswelten der vulnerablen Menschen, die nun – und dies kennen wir als Befund aus anderen Case Management-Studien (Schulz-Nieswandt, 2019c) – die Kommune als ihre Lebenswelt eigener Art erkennen und schätzen lernen (vgl. auch Strupp et al., 2024).

**Kulturschub auch für die kommunale Daseinsvorsorge:** Für den Oberbergischen Kreis bietet die Erfahrung des OBERBERG\_FAIRsorgt-Experi-

mentes die Möglichkeit, mit einer neuen Kulturentwicklung der Daseinsvorsorge durchzustarten.

### 3.6 Der notwendige holistische Blick der Evaluation des Realexperiments

Entgegen allen als Textbook-Mainstream (relevante Differenzierungen beachtend: Kolmar, 2022) verbreitet gängigen Engführungen der Auslegungsdiskurse von Ökonomie im allgemeinen Sinne (Schulz-Nieswandt, 2023i) und Gesundheitsökonomie im besonderen Sinne soll hier eine positive Bestimmung des Erkenntnisinteresses der Gesundheitsökonomie als Analyse der Versorgungspraxis systematisch erfolgen. Die negative Perspektive der problematisierenden Abgrenzung gegenüber disziplinär und letztendlich epistemisch verkürzten bzw. reduktionistischen Konzeptualisierungen von Ökonomie ist dabei immer implizit mitgedacht, weil die positive Darlegung diese Alterität immer mitreflektiert.

**Explikativer Holismus:** Man wird demnach dergestalt eine disziplinen-systematische Hinführung im Rahmen einer holistischen Analyse als Ausgangspunkt aller weiteren Problemfaltungen vornehmen müssen. Dies ist ohne eine passende wissenschafts- und erkenntnistheoretische Erörterung nicht möglich.

Es ist sogar eine epistemologische Sicht notwendig, die vom Weltverhältnis des Subjekts in seiner Objektbeziehung handelt (Schulz-Nieswandt, 2023g). Denn: Die Auslegung der sozialrechtlichen Kategorien der Selbstbestimmung, der Selbständigkeit und der Teilhabe kann zielführend nicht individualistisch, sondern nur personalistisch erfolgen.

**Normativer Holismus:** Soziale Freiheit meint eine Freiheit in der solidarischen Ordnung (Adloff/Caillé, 2022) der Gleichzeitigkeit und Gemeinsamkeit der inklusiven Menge aller Mitmenschen. Dies verweist uns auf die dekommodifizierende (Esping-Andersen, 1990) und somit universale Ausrichtung des passungsoptimalen Typus des Wohlfahrtsstaates (Greve, 2022). Es geht dergestalt also um eine Kultur der Achtung und des Respekts. Das ist das System der Sittlichkeit als »Weltverhältnis« empathischer Offenheit. Dies ist auch das Ziel der Gewährleistungsaufgabe (des Staates als »Wächter«: Schulz-Nieswandt, 2021d) des sozialen Rechtsstaates (Art. 20 GG), zu deren Verwirklichung als Sicherstellung der Staat aber auch auf die Sittlichkeit als Zustimmung der »kommunitären« (Tam, 2020) Zivilgesellschaft (Anheier/Toepler, 2010) mit republikanischen Tugenden angewiesen ist.

Erst infolge dieser fundamentalen, weil die Blickrichtung konstituierenden Überlegungen und Entscheidungen kann hinreichend verstanden werden, wie das Versorgungsgeschehen – so auch im Sektor des Realexperiments von OBERBERG\_FAIRsorgt – in dem Feld der Wohlfahrtsproduktion, von der die Gesundheitsökonomie handelt, angemessen im Modus einer interdisziplinären Versorgungsforschung im Kontext ihrer Struktur der multiperspektivischen (nämlich anthropologischen, historischen, soziologischen, politikwissenschaftlichen, rechtstheoretischen, ethischen, sozialpsychologischen, tiefenpsychologischen etc.) Blickweisen zu einem Gegenstand der Wissenschaft wird. Daraus ergibt sich die Struktur (Gliederung und auch der Duktus des Aufbaus) der Entfaltung des vorliegenden Beitrages in seiner Sichtweise auf den Gegenstand.

**Gesundheitspolitik statt Krankenversorgungsindustrie:** Aus einer holistischen gesundheitswissenschaftlichen Perspektive sollte einsichtig sein: Die Gesundheitsökonomie ist nicht eine Ökonomie der Krankenversorgungsindustrie (Ferber, 1971; 40 Jahre später ist die soziale Wirklichkeit nicht viel anders: Schott/Hornberg, 2011), die einer pathogenetischen Risikotheorie folgt. Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit.

### 3.7 Case Management und generative Prozesse

Wichtige leistungsrechtliche Paragraphen im SGB XI (dazu noch weiter unten) verweisen auf die Aufgaben der Netzwerkbildung, der Wohnraumanpassung, der Nachbarschaftshilfe, der Alltagsbegleitung und der Betreuung. Das sind post-klinische Elemente eines Gesundheitswesens, dass nicht mehr reine Medizin des klinischen Blicks auf den *homo patiens* meint, sondern Alltagsbefähigung zur Förderung der Bewältigungsressourcen der Menschen im Lebenslauf, der die Entwicklungsaufgaben der Vulnerabilität des kreatürlichen Menschen aufgreift.

In diesem Sinne wäre auch der für die kommunale Daseinsvorsorge wichtige § 71 SGB XII als Soll-Aufgabe und nicht als freiwillige soziale Hilfeleistung auszulegen. Das Case Management der Kommune könnte nun mit einer kommunalen Aufhängung von Pflegestützpunkten gemäß § 7c SGB XI verknüpft werden ebenso wie mit der (zunehmend digitalen: Schulz-Nieswandt, 2020e) Selbsthilfeförderung gemäß § 20h SGB V und § 45d SGB XI, beides auch mit Bezug auf die »transitional planning«-Praxis der Krankenhausentlassung des § 11 (4) SGB V im Lichte von § 39 SGB V (vgl. u. a. Schulz-Nieswandt, 2018c; 2018d).

**Der Maschinenraum der Netzerkennung und die Schiffsbrücke der Zielsetzungen:** Das Oberbergische Realexperiment zeigt, welche Bedeutung sozialräumliche generative Agenturen der Netzerkennung haben (Schulz-Nieswandt, 2018e; 2020d; 2020f; Heerdt, 2021; 2022). Die Begrifflichkeit der generativen Grammatik, die eigentlich aus dem Strukturalismus (der Linguistik) kommt, ist nahe an dem Generator, der Strom erzeugt, damit die Maschinen laufen.

Netzwerke müssen gebildet und zum Laufen gebracht werden. Sie müssen, wie Maschinen, nachhaltig gepflegt und effektiv genutzt werden. Die Metapher der Maschine kommt jedoch zugleich an ihre epistemische Grenze, wenn bedacht wird, dass es eben nicht um triviale Automaten geht, sondern um menschliche Figurationen in Raum und Zeit.

### 3.8 Stabiles Wohlbefinden in der salutogenetischen Gesundheitsregion

Dieser weiter oben bereits herausgehobene Blick auf die Lebensqualität des Alltags als Lebenswelt vulnerabler Bevölkerungsgruppen leitet uns hin auf den Wesenskern der Versorgungsphilosophie in diesem Projekt im Oberbergischen Kreis. Es scheint der Weg hin zu einem angemessenen Verständnis von »Gesundheitsregion« zu sein.

Doch die Region (Ermann u. a., 2022) lebt im alltäglichen Innenraum von lokalen Strukturen lebensweltlicher Unterstützung in Verwebung mit den professionellen Infrastrukturen (Betz u. a., 2023) von Einrichtungen und Diensten, immer bezogen auf die Formen des Wohnens des Alters im Generationengefüge.

**Gesundheitsregionen als Sozialräume des Wohlbefindens:** Es geht, in diesen perspektivischen Horizont eingestellt, um das salutogenetische (Mittelmark et al., 2022) Paradigma des Wohlbefindens des Menschen in seiner Strukturschichtung von Geist, Seele und Körper (Schulz-Nieswandt, 2023d) im »Gestaltkreis«, in dem der Mensch in seiner Sozialwelt und Dingwelt eingestellt ist. Damit fügt sich der ökonomische Aspekt der Versorgungsforschung ein in die breiter konzipierte Gesundheitswissenschaft (Razum/Kolip, 2020; Liamputtong, 2023).

**Holismus als Methode der Humanität der Versorgung:** Diese holistische Sichtweise prägte die ganze Konzeption des Experiments OBERBERG\_FAIRsorgt.

### 3.9 Fairness des guten Lebens

Schon im Projekttitel findet ein Wortspiel statt: »ver-sorgt« wird zu »FAIRsorgt« transformiert. Was meint dies? Was steckt dahinter? Welchen tieferen Sinn kann man aus der verborgenen Latenz zur manifesten verstehbaren Oberfläche transportieren?

Soziale Gerechtigkeit und »Fairness« in der Allokationsgerechtigkeit der Gesundheitschancen als Dimension der Lebenschancen indizieren eine rechtsphilosophische und ethische Meta-Ebene des Versorgungsinnovationsprojektes. Es geht nicht nur um ökonomische Effizienz, wohlmöglich nochmals reduziert auf Kosteneinsparung in der Input/Output-Relation nach dem Minimax-Prinzip. Es geht um ein Verständnis von Kosten-Effektivität, deren Outcomes aber letztendlich gesellschaftsgestaltungspolitische Konstrukte der Lebensqualität eines guten Lebens als Prozessgeschehen des Wohlbefindens sind.

**Nochmals: normativer Holismus:** Und diese breitere Perspektive als Blick auf die Gesundheitsforschung ist eingestellt in die weite holistische Sicht auf das »gute Leben«, das weiter unten noch rechtsphilosophisch und ethisch aus der »juridischen Substanz« der Ordnung der Zivilgesellschaft aus dem objektiven Geist der Gesetze des sozialen Rechtsstaates heraus herzuleiten sein wird. Hier aber wird soziologisch und sozialpsychologisch bereits auf den validierten Befund verwiesen, wonach ein gutes Leben des Menschen abhängig ist von seiner kulturellen Einbettung in gelingende soziale Beziehungen (Thomä/Henning/Schmid, 2014) als eine sozial gerecht geordnete Grammatik der sozialen Verkettung des Miteinanders als die nicht hintergehbare Dependenzgrammatik, die aus der *conditio humana* der Menschen resultiert.

Immer ist der Mensch eingestellt in einem System der Externalitäten, wobei die positiven Externalitäten (sozialer Nutzen) gefördert, die negativen Externalitäten (soziale Kosten) vermieden oder zumindest minimiert werden sollten.

**Politische Brisanz der Mutation der Logik der Versorgung:** Damit ist, auch infolge der Rolle der Kommune in der leitenden Projektverantwortung, OBERBERG\_FAIRsorgt ein politisch brisantes Versorgungsinnovationsprojekt. Dies hat in der Öffentlichkeit eine gewisse Aufmerksamkeit erweckt.

### 3.10 Die Kommune als Akteur und die Pfadabhängigkeit der Anbieterlandschaft

Nachdem die Rolle der Kommune bereits im PSG III, wenn auch nur mit mäßigen Ergebnissen, und davor bereits auch im BPrävG, zum Bezugspunkt von Sozialgesetzgebungsabsichten wurde, kommt nun, zum Teil mit Schnittbereichen zur Langzeitpflegepolitik, auch das SGB V in den Blick, vor allem, weil sich regionale Versorgungsengpässe abzeichnen. Das Thema des ÄrztInnenmangels sei angesprochen. Aber man wird auch an einen Wandel der betriebsförmigen Versorgungsformen morphologisch denken müssen.

**Politik der Ideen statt Hegemonie der Interessen: Wandel braucht Visionen:** Und hier kommt das Realexperiment von OBERBERG\_FAIRsorgt ins Spiel der Ideen, wobei die Politische Ökonomie der etablierten Interessen in ihrem Framing der Pfadabhängigkeit auch in der Kompliziertheit der Netzerkennung im Oberbergischen Kreis spürbar war.

**»Win-Win«-Perspektive als notwendige Voraussetzung des Wandels:** Das System bewegt sich nicht gerne. Die Projekt-bezogene öffentliche Kommunikationsarbeit der Kommune war auf die Wahrnehmungsmöglichkeit einer »Win-Win«-Ergebnissituation angelegt, um hier Vertrauenskapital (Herreros, 2004) zur Reduktion von Unsicherheit aufzubauen. Mit dem Case Management brachte das Projekte neues Humankapital ins Feld, was für den Sozialtypus der niedergelassenen EinzelkämpferInnen der Medizin eine Herausforderung für das eigene professionelle Selbstverständnis, das oftmals mit einem Dominanzanspruch verbunden ist, darstellte. Das Teilen im Sinne einer neuen Arbeitsteilung im Modus der Zusammenarbeit verschiedener Kompetenzen ist schnell Angst-besetzt, weil Kompetenzverluste imaginiert werden, wohl auch Einkommensverluste.

Der angesagte Kulturwandel der Medizin erwies sich auch im Experiment von OBERBERG\_FAIRsorgt als Entwicklungsaufgabe dahingehend, dass sich die interpretativen Deutungsmuster ändern mussten.

**Pfadabhängigkeit und kognitiver Wandel:** Dies konnte in dem kurzen vierjährigen Zeitraum, wenngleich die Kommune schon vor der Antragsbewilligung an der Netzwerkarbeit federführend involviert war, nur angestoßen, aber nicht als großer Strukturumbruch nachhaltig effektiv bewirkt werden. Die These einer solchen Wirkmächtigkeit wäre naiv angesichts unseres Erfahrungswissens hinsichtlich der Pfadabhängigkeit des Systems der Interessen und der ordnungspolitischen Weltanschauungen, um die es oftmals in der Tiefe des Problems geht. Denn das Thema der freien

Berufe im regulierten Marktwettbewerb in Verbindung mit dem obligatorischen Kontrahierungszwang im § 72 SGB XI und den Zulassungschancen im Rahmen der Krankenhausbedarfsplanung gemäß KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) im Kontext von Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG sowie (vgl. §§ 99 SGB V) der Zulassungsplanregionen des von regionalen Unter- bzw. Überversorgungskennziffern geprägten ambulanten Sektors im SGB V im Lichte des Sicherstellungsauftrages gemäß § 105 SGB V und das Thema öffentlicher Ankerträgerschaft von Versorgungsnetzwerken ist ideologisch überaus durchaus strittig. Ob hierbei der vulnerable Mensch wirklich immer in der »Mitte« steht?

### 3.11 Im fundierenden Hintergrund: Rechtsphilosophie des Miteinanders

Dass dieser ganzen kritisch nachfragenden Sicht auf die Versorgungslandschaft zugrundeliegende personalistische Menschenbild (Gueye, 2011; Melé, 2009) der »sozialen« Freiheit in Abgrenzung zur »negativen« Freiheit eines Besitzrechtsindividualismus (Schulz-Nieswandt, 2022b) legt, vor dem Hintergrund des Naturrechts der personalen Würde in Art. 1 GG, das Freiheitsverständnis der Persönlichkeit im § 1 (des, das System der Sozialgesetzbücher übergreifenden) SGB I im Lichte des Art. 2 GG eben nicht dergestalt aus, dass die relevanten Rechtsbegriffe der Selbstbestimmung, der Selbständigkeit und der Teilhabe im System der Sozialgesetzbücher Ego-zentriert und somit nur selbstreferentiell verstanden werden. Sondern bzw. vielmehr legt diese Sicht den Sachverhalt entfaltend dar aus der kulturgrammatischen Meta-Perspektive der sozial integrativen Reziprozität (Kujala/Danielsbacka, 2019) der respektvollen Achtung als Anerkennung des jeweils anderen Mitmenschen als Ordnung der Miteinanderfreiheit in Miteinanderverantwortung heraus (Lewis/Purser/Mackie, 2021).

**Existenzielle Gesundheitspolitik:** Diese Sicht hat Folgen: Man kann nicht humangerecht achtsam über die Regime der Gesundheitssysteme nachdenken, wenn man diese Sozialität des Menschen nicht beachtet. Mit Blick auf existenzielle Güter und Dienstleistungen von öffentlicher Bedeutung (Schulz-Nieswandt, 2023f) verweist dies auf das onto-anthropologische, also tief in der Natur des Menschen verankerte Existenzial der solidarischen Sorge, hier nun mit interessiertem Blick auf die Regimeentwicklung (der Finanzierung, der Regulierung und der trägerschaftlichen Sicherstellung) der Systeme (Sobolev/van Ginneken/Busse, 2017; Kuhlmann et al., 2016).



Diese hier als genossenschaftsartig ausgelegte, weil als Miteinanderfreiheit verantwortlich organisierte solidarische Sicht der Freiheit verweist somit auf die Lebensqualität (Glatzer et al., 2015; Land et al., 2012; Sirgy, 2002; 2022) eines guten Lebens (Pleger, 2023), deren politische Chancengleichheit der Gesellschaftsmitglieder geprägt ist von der moralökonomischen (Carrier, 2018; Götz, 2015; Hitlin/Vaisey, 2010; Wiepkin/Handy, 2015; Wang, 2015) Position. Diese stellt also einerseits auf Effektivität ab, andererseits aber stellt sie vor allem auch auf Sachziel-Werte (Schulz-Nieswandt, 2015a) ab. Die Voraussetzung ist dabei die Solidarität mit Blick auf die wohlfahrtsstaatliche und wohlfahrtsgesellschaftliche Bedarfswirtschaft der Bereitstellung der notwendigen Ressourcen im Fall existenziell notwendiger Güter und Dienstleistungen von öffentlichem und allgemeinem Interesse (Art. 36 GRC), die dem UN-grundrechtskonventionellen Ideenkern des Infrastrukturedankens der freien Zugänglichkeit folgt (Kersten, 2023).

### 3.12 Reformbedarf im Lichte regionaler Unterversorgungsprobleme

Die neuere Form der Debatte um eine »Need-oriented Distributive Justice« (Kittel/Traub 2024; Lissowski, 2013; Knoll/Snyder/Şimsek, 2018; Gilgen, 2022) führt zu dem Ergebnis, dass hierzu nicht nur »Social Choice«-Verfahren zur Herstellung im Sinne von Konstruktion »Collective/Public Choice« von Gerechtigkeit benötigt werden, sondern letztendlich auch redistributive Prozesse zur Finanzierung der Bedarfsdeckung.

»Fehlversorgung« (Wagner, 2016) ist, sofern es auch hier nicht z. B. um Probleme im Schnittstellenmanagement innerhalb von Krankenhäusern (»clinical pathway management«) oder in Wohneinrichtungen der Langzeitpflege im Sinne des strukturellen Prozessversagens in arbeits-, haftungs- oder gar strafrechtlicher Hinsicht geht, ein Problem der individuellen Handwerksqualität der Medizin und Pflege als wissenschaftsfundierte, aber letztendlich praktische Kunstlehren (Meinertz, 2018; Lown, 2018).

**Allokationsbilanz humanisieren:** »Unterversorgung« ist aber ein Strukturversagen in der politischen Gewährleistung der Sicherstellung nachhaltiger und effektiver Infrastrukturen und ihrer kompetenten Inanspruchnahme durch Nutzungszugangschancen. Hier siedelt sich die Logik von OBERBERG\_FAIRsorgt an.

**Gerechtigkeit als Referenz:** In dieser Perspektive (Sabbagh/Schmitt, 2016) ist die Disziplin der Gesundheitsökonomie in die Rechtsphilosophie und Ethik (1) der Allokationsgerechtigkeit der öffentlichen Daseinsvorsorge

mit sozialraumorientiertem (Heerdt/Schulz-Nieswandt, 2022) Blick auf die Lebenschancen und die Chancen der Lebensformen als Arten und Weisen der Lebensführung als Daseinsbewältigung im Lebenslauf und (2) der Redistributionsgerechtigkeit mit Blick auf die Einkommensumverteilungen des redistributiven und insofern dekommodifizierten Wohlfahrtsstaates (hier im System der ergänzend auch steuerfinanzierten Sozialversicherungen im Kontext des Sozialschutzsystems) der Lebenslagenverteilung eingestellt und ist als spezielle Disziplin nur aus dieser holistischen Sicht heraus morphologisch hinreichend sinnhaft zu verstehen (Schulz-Nieswandt, 2023c).

**Wertnotwendigkeit:** Das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Abhandlung ist daher (gegenüber einer effizienztheoretischen Blickverengung im anreizverhaltenswissenschaftlichen, zugleich epistemisch aber keineswegs wertfreien, sondern letztendlich krypto-normativen Horizont einerseits der volkswirtschaftlichen Marktlehre und andererseits der betriebswirtschaftlichen Lehre vom Management als Sozialingenieurspraxis) nicht an der Einheit des methodologischen Individualismus und des normativen Individualismus als Goldstandard geknüpft, sondern ist vielmehr einer Kritischen Wissenschaft verpflichtet.

#### 4 Die Gewebestruktur der Ergebnisberichterstattung

Die Gewebestruktur dieser Ergebnisberichterstattung resultiert aus der Verknüpfung der Kategorien der Versorgung, des Wohlfahrtsstaates, der Sozialpolitik, des Sozialraumes und der genossenschaftlichen Gemeinwirtschaft.

**Soziologisches Bezugswissen für eine neue Versorgungspraxis:** Handelt man über Kulturen des Wirtschaftens, und genau darum geht es auch im Cure/Care-Wandel der Kultur als Art und Weise der Versorgung im Projekt OBERBERG\_FAIRsorgt, so handelt man über eine komplexe Gewebestruktur (Parsons, 1991) von Wirtschaft, Politik und Recht, von Gesellschaft (1) als Sozialstruktur (Weischer, 2022a, 2022b) und (2) als generative soziale Mechanismen, von Kultur und menschlicher Person. Eine solche Wirtschaftslehre in sozialwissenschaftlichen Bezügen ist keine »oconomica pura« (Rona/Zsolnai, 2017; Pandit, 2016).

##### 4.1 Sozialer Wandel und Werte-orientierte Evaluation von Reformexperimenten

OBERBERG\_FAIRsorgt reagiert auf den sozialen Wandel. Dabei steht das Altern im Zentrum, aber das Altern ist korreliert mit sozioökonomischen und soziokulturellen Diversifizierungen, auf die es Strukturantworten geben muss.

**Das Gegebene, das Gewollte, das Erwünschte:** Die Kategorie der Heterogenität bezeichnet als sozialontologischer Begriff die fehlende Homogenität der geschichtlich konkreten Menschen, und dies ohne normative Aufladung. Die Kategorie der Diversität dagegen mag, rechtsphilosophisch und ethisch gesehen (das meint die oben genannte »juridische Substanz« als objektiver Geist der Gesetze), auf den positiven Zustand des gesellschaftspolitisch Gewollten und Erwünschten verweisen, also damit eine nicht problematisierungsbedürftige Form der Differenzierung meinend, während, wenn man sich die empirischen Befunde praxeologischer Soziologie und Sozialpsychologie anschaut, die sozialen Praktiken der Demütigung, der Ausgrenzung und der Diskriminierung die Kategorie der Heterogenität in eine problematische Form der Differenzierung im Modus sozialer Ungleichheit mutieren lässt:

Exklusion ← (Ungleichheit = Differenzierung = Diversität) → Inklusion.

### **Werte-orientierte Reformen und Philosophie der Gesundheitsziele:**

Man wird hier reflektieren müssen, auf was OBERBERG\_FAIRsorgt teleologisch, nicht nur rechtsphilosophisch und ethisch, sondern auch soziologisch, zu beziehen ist: Heterogenität ist demnach einerseits eine Wert-freie anthropologische Kategorie (im Modus einer ontologischen Aussage), andererseits eine normativ konnotierte Kategorie der Erfahrungswissenschaft (im Modus einer empirischen, also immer geschichtlichen Aussage):

anthropologische Kategorie = Heterogenität = konkret-historische Form.

Dann gilt, neukantianisch gesprochen, dass die für die Erkenntnis einer als humangerecht prädikativ definierten Lebensqualität der Personalität konstitutiven, also transzendentalen Wertbezüge von hoher, gar höchster Kulturbedeutung, also die personale Würde im Kontext solidarischer Gegenseitigkeit als Anerkennungskultur betonend, verletzt werden:

|                  |   |                   |
|------------------|---|-------------------|
| positive<br>Form | ← normative Prädikation der Heterogenität → | negative<br>Form. |
|------------------|---|-------------------|

Verletzt wird dabei dergestalt immer der vulnerable Mensch (Boublil/Ferrarello, 2023) in seiner naturrechtlich fassbaren Würde der Person. Verletzt wird auch die Idee der Personalität, die aber nie eliminiert werden kann, weil objektive Ideen als ewige Wahrheiten nicht sterben (allerdings ausgrenzt, verdrängt oder vergessen werden) können (Schulz-Nieswandt, 2024d; Lewis/Purser/Mackie, 2021).

**Das Erreichte und das Erreichbare:** Wenn man sich diese ontologische Tiefe der Herausforderung verständlich macht, dann erkennt man, dass sich OBERBERG\_FAIRsorgt, unabhängig von der Relativität des Erreichten, einem anspruchsvollen Ziel gewidmet hat.

Viele im System anonym bleibende, weil eben von dem etablierten System nicht oder bedarfswirtschaftlich nicht optimal erreichten Menschen sind hier die Zielgruppe, und diese haben, dies zeigen die Befunde, OBERBERG\_FAIRsorgt zu schätzen gelernt. Der Mechanismus lautet demnach:

Risikoselektion als sozial selektive Rationierung →  
Marginalisierung → Exklusion.

Die sozialstrukturellen Vektoren sind hierbei aus der Sozialforschung bekannt: Geschlecht (Extremmodus: Sexismus), soziale Schicht (Extremmodus: Klassismus), Alter (Extremmodus: Ageismus), Migrationskultur (Ex-

tremmodus: Rassismus). Sodann ist eine Diskriminierungskumulativität möglich, also Formen der Intersektionalität.

#### 4.2 Wirtschaften und neue Kultur der Sorgearbeit

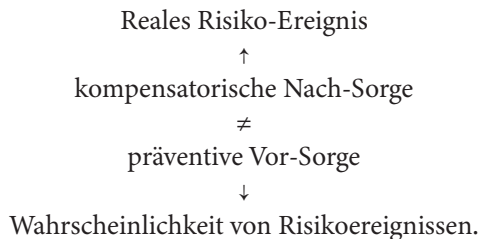
Betrachten wir diesen Befund im Lichte des allgemeinen fachlichen Wissens: Das Wirtschaften verweist uns anthropologisch auf das Existenzial der Sorgestruktur des menschlichen Daseins im Lebenszyklus (Schulz-Nieswandt/Köstler/Mann, 2022). Dieser Sorgestruktur hat sich die Idee von OBERBERG\_FAIRsorgt gewidmet.

Von diesem anthropologischen Verständnis sorgenden Wirtschaftens zu unterscheiden sind die geschichtlich konkreten Formen des Wirtschaftens in einem erfahrungswissenschaftlichen Sinne. Gemeinwohlökonomisch bedeutet dies nun: Morphologisch sind alle empirischen Formen eingespannt in dem dual (bzw. binär) codierten Raum von Privatwirtschaft einerseits und Gemeinwirtschaft andererseits. Die Übergangsformen zwischen den beiden idealtypischen Polen sind hybride Gestalten in einem Übergangsraum abgestufter Mischformen.

**Der sorgende Sinn des Wirtschaftens:** Der Sinn der morphologisch fassbaren Formen des Wirtschaftens als Sorgepraxis ist die Deckung des Bedarfes des bedürftigen und immer vulnerablen Menschen (Alber/Drotbohm, 2015).

Dies ist der ideale Kern des oberbergischen Realexperiments. In der Kategorie der Sorge ist die Vorstellung der Versorgung eingebunden. Insofern war das Ganze auch angemessen als Innovationsfondsprojekt gefördert.

Die Idee der Versorgung wird hier angesichts der u. a. feministischen Kritik an der Für-Sorge-Kultur der sozialen Dienste post-paternalistisch verstanden (Collins, 2015). Und die Kategorie der Sorge umfasst folglich sowohl die einspringende Für-Sorge im Ereignis des »Unfalls« eingetretener Risiken als auch die vorausspringende Für-Sorge im Sinne der Risiko-mindernden Vor-Sorge (Groves, 2014):



Denn das sozialpolitische Daseinsthema des Projektes ordnet sich in die Vision einer gestaltenden Daseinsvorsorge der Kommune ein. Der Landkreis hat sich hier öffentlich in die Selbstverantwortung genommen, ist Risiken eingegangen und hat auch ökonomische Ressourcen investiert.

**Der ganze Mensch im Mittelpunkt des Geschehens:** Auch dann, wenn man am Medizinsektor der Cure-Kultur ansetzt, sind Care-Strukturen explizit und in zentraler Weise integriert worden. Im breiten Spektrum zwischen »Cure« und »Care« geht es in diesem Lichte eben nicht nur um die (medizinische) Behandlung, sondern auch um die Begleitung, Beratung, Betreuung, immer im prädikativen Prägehorizont der aus der Humanistischen Psychologie und der Gestaltpsychologie stammenden sog. Aktualgenese (Schulz-Nieswandt, 2023j) im Sinne der »empowernden« und in diesem Sinne immer rehabilitativen (Hayre/Muller/Hackett, 2023) Aktivierung von Geist, Seele und Körper, und muss »personenzentriert« (Schulz-Nieswandt, 2023h) verstanden werden.

Und dabei dreht sich das Ganze um den partizipativen Modus der Teil-Gabe und Teil-Habe zwischen Aktivität (Praxeologie der Gabe als Care-Giving) und Passivität (Praxeologie der Gabe als Care-Taking) und verbunden mit der Genese von Formen der moralökonomischen Reziprozität (Urban/Ward, 2020):

Ich (= Du) → Giving ← Reziprozität → Taking ← Du (= Ich).

Dies trifft auf die solidarische Grammatik der Umverteilung in der Sozialversicherung als Finanzierungsakteur ebenso zu wie auf die Kommune, die mit ihrer Daseinsvorsorge einen Raum der Zivilgesellschaft nachbarschaftlicher Solidarität gestalten kann. In diesen Überlappungsbereich siedelt sich die Vernetzung der professionellen Infrastruktur an.

Moralökonomie bedeutet, dass diese Ökonomie der Allokation der Ressourcen nicht primär der Einkommenserzielung dient, sondern der Bedarfsdeckung (Dominanz des Sachziels). Die legitime Einkommenserzielung ist von sekundärer Bedeutung, eben als Nebenziel.

**Voraussetzungen gelingenden Alterns:** Morphologisch auf die Einheit von Struktur und Sinn abstellend betrachtet, orientiert sich das Projekt im Oberbergischen Kreis als Strukturbildung an dem Sinn der Vermeidung von Unterversorgung und somit an dem Ziel der Befähigung der vulnerablen Zielgruppe, den prekären Alltag zu bewältigen. Dies ist durchaus ein Beitrag zum gelingenden Altern.

Die Vulnerabilität der Zielgruppe zeigt sich in den Daten, da ein beträchtlicher Teil der Menschen dieser Zielgruppe während des Projektes

verstorben ist. Es geht, ethisch betrachtet, also um die gesellschaftliche Bereitschaft, auch für diese Menschen in ihren letzten Lebensjahren Ressourcen zu investieren. Utilitaristisch mag sich die Frage stellen, ob sich dies lohnt, wenn es um die Förderung des größten Glücks der größten Zahl von Individuen gehen sollte. Aber an dieser Frage ist eben dieser Utilitarismus (Mukerji, 2018; Liu, 2024) gescheitert.

#### 4.3 Soziale Medizin der Alltagsstabilisierung als Alternative zur Altersdiskriminierung

Diese älteren und alten Menschen haben ein Grundrecht auf Daseinsvorsorge. Wird dem nicht nachgegangen, liegt eine Politik der Kultur der Altersdiskriminierung (»Ageism«) vor.

OBERBERG\_FAIRsortg steht für diese solidarische FAIRNESS ein. Das Projekt dieses Realexperiments hat einen entsprechenden, rawlsianisch (Freeman, 2007) geprägten Projekttitel gewählt.

**Notwendigkeit von Pfaden des Übergangs in eine neue medizinische Identität:** Die Medizin ist (als [1] mesoebenenlogischer Programmcode [Costa, 2023] der Institutionen und als [2] mikroebenenlogischer Habitus [Schulz-Nieswandt/Bruns u. a., 2022; Schulz-Nieswandt, 2021i] der Professionen: Reimann, 2013; Wenger, 2020; Montgomery et al., 2021) daher nicht zu verkürzen auf eine akutmedizinische Logik der OP-Metapher des Maschinenbauers, der kaputte Maschinen repariert, und der OP-Metapher des Drachentöters, der mit dem Tod kämpft und ihn überlistet.

Der OP-Raum erscheint wie eine Arena der Gladiatoren, in der mit dem drohenden Tod und mit dem geschädigten Körper, also im Modus von zwei Varianten abgestufter Soteriologie: dem absoluten Heilen des Überlebens und dem relativen Heilen (Nolte, 2022) des vorläufigen Wiederherstellens, gekämpft wird.

Und die Pflege ist nicht zu reduzieren auf eine Logik eines »Sauber, Satt, Sicher, Still«-Dispositivs (Schulz-Nieswandt, 2021b; 2021c; Schulz-Nieswandt/Köstler/Mann, 2021c), sondern ist eine aktivierende soziale Interaktionsarbeit, die den Menschen mitten im Leben einen wirksamen Platz zu vermitteln versucht. Würde sich der Prototyp klinischer Medizin als soziale Interaktionsarbeit definieren? Mehrheitlich sicherlich deutlich nicht. Gesund-Pflegen ist eben die angehängte KRANKENpflege. Sauber/Satt/Sicher/Still-Pflegen ist ALTENpflege. Die Kranken werden reintegriert hinein in das Leben der produktiven Normalität. Die Alten werden segmentiert in

HEIM-elige Sonderwelten. Deren akutmedizinische Versorgung in diesen negativen Heterotopien (Smith, 2014) stellt bekanntlich ein Problem dar.

Spitze ich einmal, um dem kulturellen Code der sozialen Grammatik der Versorgungssysteme auf die Spur zu kommen, bewusst zu im Rahmen einer idealtypischen Referenzbildung und einer Vermessung der realtypologisch fassbaren sozialen Wirklichkeit. Ist etwas an der nachfolgenden asymmetrischen Binärik dran? Die Kranken sind die Kunden als Reintegrationspotenzial der BIP-zentrierten Wirtschaftsgesellschaft. Die Alten sind das Klientel der Verwaltung der Abschreibungskosten der produktiven Investitionsgesellschaft. Die Sozialpolitik der Krankenversorgungsindustrie ist eine investive Sozialpolitik. Die Sozialpolitik der Altenhilfe ist unproduktive konsumtive Sozialpolitik der uralten Almosenhilfe in organisierter Form der Sozialbürokratie.

OBERBERG\_FAIRsorgt senkt die Statushierarchie zwischen guten und schlechten Risiken als diagnostische Grundlage des Produktivitäts-Bias der Krankenversorgungsindustrie ab und reduziert die Kluft zwischen Krankenhilfe und Altenpflegehilfe.

Vielmehr geht es in einer erwünschten Anderswelt um die Idee einer multidisziplinären Versorgung, die quartiersbezogen im Sozialraum auf den ganzen, einbezogenen Menschen in ihren Lebenslagen und ihrer Lebenswelt des Erfahrungslebensgeschehens relationiert ist.

In den 4, von der Corona-Krise episodisch erodierten Jahren des Experiments, das um eine kurze Zeit kostenniveauneutral verlängert werden konnte, hat OBERBERG\_FAIRsorgt nur in Grenzen die Ziele erreicht. Aber der konzeptionelle Ansatz hat sich validiert.

Was sich als Stabilisierungseffekt in der Analyse der GKV-Routinedaten abzeichnet, hat sich anschaulich in den qualitativen Befunden zum Ausdruck gebracht.

**Weichen stellen und andere Wege gehen:** Die vorliegende Abhandlung ist keine unbedingte Positiverzählung. Der vorliegenden Analyse fehlt es nicht an scharfer Kritik der begrenzten Mitwirkung der Netzwerkaktanten am Gelingen einer besseren Ergebnisbilanz. Nicht der Kommune und ihrem Projekt fehlte es an dem notwendigen Idealismus, der nicht als naive Romantik abgetan werden darf. Die Projektergebnisse zeigen an, dass es merkliche Schritte auf dem richtigen Weg zum wahren Ziel waren, die hier Weichen-stellend getan worden sind.

Eine solche Idee einer humangerechten Praxis denkt weder fragmentarisierend noch sektoralisierend. Sie segmentiert nicht *ex ante* die fachlichen professionellen Disziplinen, die sodann *ex post* wieder an den Schnittstellen



zu managen sind. Sie unterscheidet sich daher von der etablierten Kultur sozialer Praktiken, die eben von diesen Formen der Fragmentation, des Sektoralismus und der Segementationen zutiefst geprägt ist.

#### 4.4 Das Realexperiment im Licht des Wirtschaftsordnungsrechts der Gesellschaftsgestaltung

Ordnen wir das konkrete Projekt nochmals ein einem breiteren und fundamental systematischen Beurteilungshorizont ein, um nach diesen allgemeineren Kontextualisierungen wieder zur Einschätzung des konkreten Realprojekts von OBERBERG\_FAIRsorgt im Modus eines tieferen Verstehens zurückzukehren.

Wir holen damit nochmals thematisch weiter aus, machen einen Umweg, kehren dann aber mit Blick auf eine prädikative Einschätzung von OBERBERG\_FAIRsorgt in das Versorgungsgeschehen in dem Landkreis zurück.

**Gesundheits-, Pflege-, Sozial- und Gesellschaftspolitik:** Solchen Verwerfungen, wie sie bislang in der vorliegenden Erörterungen, mitunter zugespitzt, dargelegt worden sind, widerspricht, nicht *de facto*, wohl aber dem Grunde nach, dass das Gesundheitswesen ein Gegenstand der gestaltenden Gesundheitspolitik im Schnittbereich (Powell, 2023) zur Pflegepolitik (Schulz-Nieswandt/Köstler/Mann, 2021a) und somit ein Teil der Sozialpolitik (Schulz-Nieswandt/Köstler/Mann, 2021b) ist, wobei die Sozialpolitik wiederum ein weites binnendifferenziertes Feld der innerhalb der übergreifenden Gesellschaftspolitik als Gestaltung des sozialen Zusammenhalts zum Zwecke der Freiheitsentfaltung aller Gesellschaftsmitglieder ist.

Klammert man die transformativen Entwicklungsanforderungen der europarechtlich (Schulz-Nieswandt, 2023f) verankerten bundesdeutschen Sozialstaatlichkeit im Lichte der transnationalen Perspektiven der Globalisierung als globale Dependenzdynamik (Pulcini, 2013) aus, so fügt sich die Gesundheits- und Pflegepolitik im Rahmen des komplexen politischen Systems einer Mehr-Ebenen-Rechtsregime-Ordnung (UN, EU, GG, Bund, Länder in der Kommunen, diese nun lebensphilosophisch verstanden gemäß Art. 28 GG, als Orte der Daseinsvorsorge) im Kontext vertikaler und horizontaler Politikverflechtung in eine komplizierte Gewebestruktur verschiedener Handlungsfelder ein.

Das konkrete Projekt im Oberbergischen Kreis ist nicht ohne Einbettung in diese normativen Vorgaben der Rechtsregime angemessen zu würdigen. Wenn man die theoretische (modallogisch gedachte) Chance im Sinne

der Machbarkeit bedenkt, bleibt die soziale Wirklichkeit hinter den verfassungsrechtlich angedachten Aufgaben der Ordnung einer solidarischen Freiheit des guten Lebens zurück. Da es nicht um die letztendlich inhumane, weil totalitäre Hybris einer Utopie geht, wonach Verfassungsidee und Verfassungswirklichkeit in vollumfänglicher Weise zur perfekten Identität gelangen, quasi dergestalt, dass kein Blatt Papier mehr zwischen Idee und Realität passen würde, so ist OBERBERG\_FAIRsorgt doch ein kleiner Schritt in die richtige Richtung, an der unendlichen Aufgabe der Maximierung der Humanisierung der sozialstaatlichen Ordnung zu arbeiten.

**Der Rahmen der großen Erzählung der Rekonstruktion:** Ordnen wir das Projekt also wirtschaftsorganisationsrechtlich und gesellschaftsgestaltungspolitisch ein.

Nicht nur hat die Sozialpolitik wirtschaftspolitische Aspekte, auch die Wirtschaftspolitik hat umgekehrt sozialpolitische Aspekte. Die sozialen Dienstleistungssysteme sind im Überschneidungsbereich verschiedener Politikfelder (der Raumordnungspolitik im Lichte des Leitbildes der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse im Raum gemäß Art. 72 GG und im Lichte des Leitbildes ausgeglichener Funktionsräume, urbane sowie rurale Regionalpolitik, lokale Sozialraumpolitik, Arbeitsmarktpolitik und Berufsbildungspolitik, Verbraucherschutzpolitik, Familienpolitik, Genderpolitik, Wohnungspolitik, Verkehrspolitik, Digitalisierungspolitik, Engagementförderpolitik, hier nun auch der Gesundheitspolitik und der Pflegepolitik sowie der Politik der sog. Eingliederungshilfe etc.) eingeflochten. Im Kontext der Innovationsförderung steht vor allem auch die Digitalisierung (Schulz-Nieswandt, 2019f; 2019g).

Damit ist der föderale – sowohl regulative wie auch redistributive – Wohlfahrtsstaat (im Sinne des Art. 20 GG) als Ausdrucksgestalt des Rechtsstaates im Leitbild sozialer Marktwirtschaft (vgl. auch Art. 3 [3] EUV) im Kontext des auslegungsbedürftigen Prinzips der Subsidiarität hierbei ebenso der übergreifende Handlungskontext wie auch die Angewiesenheit des sozialen Rechtsstaates auf die sittliche Tugendlichkeit (Hall, 2022) der Zivilgesellschaft als normative Verankerung als quasi eidgenössischer Bund (Schulz-Nieswandt, 2022c) und als soziale Ressource im Sinne der Sozialkapitalgenese (Christoforou/Davis, 2014) der engagierten Wohlfahrtsgesellschaft (Krause/Jörke, 2023; Walkenhorst, 2010) zur Stiftung sozialer Kohäsion (Meißelbach, 2019; Sackmann/Dirksmeier/Rees/Vogel, 2024), die als Kohärenzgefühl sich im Erfahrungserlebnisgeschehen der Menschen ablagert (Almakaeva et al., 2022).

Übergreifend betrachtet stellt die Sozialraumentwicklung die integrative Klammer als Querschnittsthema aller wirtschafts- und sozialpolitischen Felder dar. Man wird von den Anbietern der Infrastruktur (Einrichtungen und Dienste im Wohn-Mobilitäts-Raum) eines Sozialraumes erwarten dürfen, dass sie sich an der Politik der Idee der allgemeinen sozialen Inklusion vulnerabler Gruppen aktiv und mit authentischer Akzeptanz beteiligen. Denn sie werden vom Sozialstaat dafür bezahlt. Und dazu sind sie vertragsrechtlich (über Kontrahierung, Zulassung, Ermächtigung etc.) berufen worden.

**Das Ganze überschauen:** Das Ganze erweist sich als nochmals besser verstehbar, wenn man es analytisch in einem typischen Mehr-Ebenen-Ansatz einordnet. Ist auf der

- (1) **Mikroebene** sozialer Interaktionen somit die Hilfe-Mix-Idee (Ascoli/Ranci, 2002) und ihre neuere Weiterentwicklung als sozialräumliche und quartiersbezogene Idee lokaler sorgender Gemeinschaften und der Caring Communitys angesiedelt (Meier/Bertelmann/Wissenbach, 2014), so geht es mit Blick auf die
- (2) **Mesoebene** der institutionellen Leistungserstellung von Gütern und Dienstleistungen in den Versorgungslandschaften der regionalen Infrastrukturen als Verdichtungsraum des Geschehens sodann um die
- (3) **Makroebene** der Politik der gesetzlichen Regelungen zur Gewährleistung und Sicherstellung der Infrastruktur (Social Overhead Capital Management).

Dies muss erfolgen im Lichte der Kriterien der Verfügbarkeit, Erreichbarkeit, Zugänglichkeit, Nachhaltigkeit, Effektivität, Personenzentriertheit (Case Management), Niedrigschwelligkeit, Kontinuität bzw. Unbrüchigkeit sowie Integration (Care Management) und Informiertheit und Akzeptabilität (als Awareness Management) als Dimensionen von Quantität und Qualität (Foundational Economy Collective, 2018; Bonan/Occhi, 2023).

Wirtschaftsorganisationsrechtlich (Schulz-Nieswandt/Thimm, 2023a; 2023b) erweist sich auch im internationalen Vergleich ein Mehr-Sektoren-Modell der sozialen Wohlfahrtsproduktion, auf das weiter unten nochmals einzugehen sein wird, als analytisch zweckmäßig.

**Jenseits des Marktes denken:** Es geht dabei um die Vielfalt der Konfigurationen im Struktur-Funktions-Gefüge des Miteinanders, des Nebeneinanders und des Gegeneinanders von Staat unterschiedlicher Demokratietypen (im bundesdeutschen Fall im Sinne des Art. 20 GG im Lichte des Art. 3 [3] EUV und des sonstigen supranationalen überpositiven Rechts) einerseits

und Markt unterschiedlicher geschichtlicher Pfadentwicklungen andererseits:

Markt ↔ Staat,

um das Gefüge von mehr oder weniger regulierter Privatwirtschaft mit oder ohne bzw. mehr oder weniger Selbstbindung durch Corporate Social Responsibility-Orientierung und Corporate Citizenhip-Praxis einerseits und Gemeinwirtschaft im Trägerpluralismus öffentlicher, freigemeinwirtschaftlicher und gemeinwirtschaftlichen Genossenschaften andererseits:

Privatwirtschaft ↔ Gemeinwirtschaft,

also von For Profit-Unternehmen einerseits und Non For Profit-Unternehmen (Bumbacher/Gmür/Lichtsteiner, 2018) des sog. Dritten Sektors (Enjolras et al., 2018; Thimm/Beideck/Schulz-Nieswandt, 2024) andererseits:

For Profit      ← Formalziel-Dominanz ↔ Sachziel-Dominanz →      Non for Profit

sowie um die Gemeinnützigkeitsbindung in verschiedenen Rechtsformen der Unternehmen:

öffentliche Träger      ↔      freigemeinwirtschaftliche/genossenschaftliche Träger.

In diesem System sind dann auch die Formen des bürgerschaftlichen Engagements eingelassen sowie die Wohlfahrtsproduktion der primären Vergemeinschaftungsformen privater Häuslichkeit.

Die Zukunft der humangerechten Versorgungssysteme bedarf vor diesem morphologischen Hintergrund eine Stärkung der gemeinwirtschaftlichen Sachziel-Orientierung im Rahmen staatlich gewährleisteter Sicherstellung bedarfsgerechter Sozialräume sozialer Inklusion. OBERBERG\_FAIRsorgt geht einen Schritt in diese Richtung, weil die digital unterstützten Case Management-Strutturen dergestalt wirksam in die Landschaft des Versorgungsgeschehens eingebaut sind, dass es zu einer integrierten Cure/Care-Welt, mit der die Kluft zwischen System und Lebenswelt reduziert wird, kommt.

## *5 Transsektoralität und Intersektionalität*

Es wurde bereits weiter oben mehrfach betont, dass OBERBERG\_FAIRsorgt den Mut hat, sich den Herausforderungen des sozialen Wandel Antwort-findend in der Weise einer gestaltenden Aktivität zu stellen.

### 5.1 Die Lebenswelt als Bezugspunkt

Aus der Sicht der kulturellen Diversität der Differenzierung von Lebensformen und der sozialen Heterogenität (der Ungleichheit, Ausgrenzung, Stigmatisierung, Diskriminierung) einerseits und aus der Sicht der Praktiken der Codierung und Klassifikationen der Diagnostik vor dem konstitutiven Hintergrund des sozialrechtlichen Kausalitätsprinzips (Krankheit, Behinderung, Pflege) andererseits ist die leibliche Ganzheit (Hutchinson, 2011) des personalen Menschen (Geist, Seele, Körper) in seiner kulturellen Einbettung und in seiner sozialen Verkettung, überhaupt seine narrative Identität (Brockmeier, 2022) infolge seiner Ontogenese als biographische Geschichte, mit überaus deutlicher Betonung zu verstehen als Verstrickung in die Geschichten der vielen anderen Mitmenschen.

Genau an dieser Alltäglichkeit der Lebensführung als Daseinsbewältigung des lebensweltlichen Menschen in seiner konkreten Lebenslage, die von der Vulnerabilität geprägt ist, setzt OBERBERG\_FAIRsorgt an.

### 5.2 Das Defizit in der Transsektoralität und in der Intersektionalität

Die Transsektoralität des Versorgungsgeschehens, die Integration ambulanter, teilstationärer und stationärer Sektoren ebenso meinent wie die Integration der Disziplinen und der Professionen, muss auf eine Erfassung der Intersektionalität (Hankivsky, Olena/Jordan-Zachery, 2019; Haschemi Yekani/Nowicka/Roxanne, 2022) als Integration der Bedarfslagen – selbst Einsamkeit (Fox, 2019; Lu, 2022; Newiak, 2024) muss als Daseinsthema beachtet werden, und wurde auch, so die Befunde, beachtet – hin auf die Erfassung der ganzen lebensweltlichen Komplexität der Lebenslage (Bodiroga-Vukobrat et al., 2016; Boccia et al., 2021) und der Weise ihrer Lebensführung passungsoptimal bezogen sein.

### 5.3 Gerontologische Einbettungen des evaluativen Blicks

Ein Beispiel für ein erweitertes Outcomes-Verständnis der Versorgungsforschung ist das »Ageism«-Phänomen (Walsh, et al., 2021; Ayalon/Tesch-Römer, 2018; Oruç Ertürk/Karaçizmeli, 2022).

Werte-gebunden geht es um die Lebensqualität des Alter(n)s (Rojo-Pérez/Fernández-Mayoralas, 2022) im Rahmen der Dynamik des gesellschaftlichen Gesamtzusammenhangs (Schulz-Nieswandt, 2024f). Diese Problematik ist jedoch nur angemessen zu verstehen, wenn man die Mechanismen des Hineinalterns, die vielen Gesichter des Alters und die Formen der Altersdiskriminierung, der sozialen Ungleichheit und der sozialen Ausgrenzung, der Stigmatisierung durch negative Altersbilder (Weicht, 2015) etc. kennt (Scarre, 2017). Man wird das Projekt OBRBERG\_FAIRsorgt nicht angemessen verstehen, wenn ein rein klinischer Blick ohne sozialgerontologisches und gerontopsychologisches Basiswissen die Wahrnehmung und Interpretation strukturiert.

**Soziale Medizin jenseits der Laborwerte und der Bildgebung:** Es geht also nicht um eine reine klinische Versorgungsforschung im hohen Alter, sondern um ein erweitertes Verständnis von Lebensführung, Lebensweise, Lebenslagen und Lebenschancen im hohen Alter.

Es wäre eine Variation zynischer Vernunft, in der Kausalkette von Einsamkeit, Depression und Suizid (Hirsch/Chang/Kelliher Rabon, 2019; vgl. insgesamt auch in Schulz-Nieswandt, 2024f., dort auch zum Thema »Senizid«) mögliche Kosteneinsparungen der Sozialversicherungen zu erwägen.

Es wäre auch ein Verstoß gegen die Generationengerechtigkeit (Mathis, 2012), die auch danach fragt, wie die nachrückenden Altersklassen mit der Altersklasse des höheren Alters und der Hochaltrigkeit umgehen. Wenn man die Lebensqualitätseffekte der Interventionen verstehen will, dann sollte man sich die Erzählungen des Case Managements im Projekt anschauen.

Die differenzielle Gerontologie (Schulz-Nieswandt, 2020a; Wahl et al., 2006), allerdings auch mitgeprägt von der Kritischen Gerontologie (Aner/Schroeter, 2021), betont die interindividuellen Unterschiede im Lebenszyklus der Menschen. Ferner ist das von Plastizität geprägte menschliche Subjekt, durch und durch vergesellschaftet als »Naturwesen mit Geist« (Schulz-Nieswandt, 2023d), auch von intraindividuellen Differenzierungen betroffen, denn der Mensch altert in Form von Metamorphosen sehr unterschiedlich in je eigener Art in biologischer, sozialer, kultureller, ökonomischer, seelischer, geistiger, rechtlicher, spiritueller, religiöser etc. Hinsicht.

Diese Erkenntnis der Differentialität ist einerseits wiederum ein anthropologischer Blick (Schulz-Nieswandt, 2024d), weil diese Vielfalt immer gültig ist (Schulz-Nieswandt/Köstler/Mann, 2022).

#### 5.4 Kritische Sozialwissenschaft als Blick auf Lebenslagen, Lebensweisen und Lebenswelt

Soweit einerseits der differentielle Blick. Allgemein gilt andererseits: In sozialpolitisch interessierter sozialwissenschaftlicher Hinsicht wird man als Kritische Wissenschaft mit Blick auf die Problematik der sozialen Ungleichheit jedoch sozialstrukturell verschiedene relevante Vektoren des Entwicklungsraumes der Lebensverläufe unterscheiden müssen.

Von herausragender Bedeutung sind, auch dann, wenn man dabei die Bedeutung der Genetik – sei es, um Beispiele aus dem nosologischen Formenkreis zu wählen, ätiologisch hinsichtlich einer Krebserkrankung oder sei es auch hinsichtlich der Alzheimer-Demenz – nicht leugnen sollte, die sozioökonomischen Klassenlagen, die Genderverhältnisse und die ethnokulturellen Einbettungen. Und dabei geht es um die komplexe Genese von Lebensweisen als Zusammenspiel zwischen objektiver Lebenslage einerseits und subjektiver (Palgi/Shrira/Diehl, 2022) Lebenswelt als Erfahrungserlebnisgeschehen der objektiven Lebenslage andererseits.

Zu beachten ist daher das Phänomen, das mit dem Begriff der Intersektionalität belegt wird: Damit ist eine kumulative mehrdimensionale Problemanzeige gemeint. Menschen können – kombiniert – aus Gründen ihrer sozioökonomischen Klassenlage, aufgrund ihres Geschlechtes oder aufgrund ihrer Migrationsbiographie u.a.m. diskriminiert, stigmatisiert, benachteiligt, ausgegrenzt und zum Objekt struktureller oder auch körperlicher Gewalt werden (Phelan, 2020; Teaster/Anetzberger/Podnieks, 2023; Shankardass, 2020).

**Nochmals: Gesundheitspolitik ist Gesellschaftspolitik:** Die Differenz zwischen der positiv konnotierten Diversität einerseits und der kritischen Problematisierung verfehlter sozialer Inklusion andererseits ist zu beachten. Dabei ist zu erkennen, dass jede soziale Ungleichheit eine Differenzierung ist, aber nicht jede Differenzierung ist auch eine soziale Ungleichheit.

Eine Vielfalt kann »schön« sein, aber nur dann, wenn es als »gutes« Leben geordnet ist, und wenn es dergestalt eine wahre Ausdrucksgestalt des Menschen wird, sonst wäre es eine Ästhetik der Hässlichkeit im Modus einer von Entfremdung (Newiak, 2024) geprägten sozialen Wirklich-

keit. Denn Diversität ohne Ausgrenzung und Diskriminierung ist ja eine erwünschte deliberative und somit diskursive Kultur der kommunikativen Verständigung über das Wirklich-Werden der gegenseitigen Anerkennung, allerdings zwingend verankert in einem eidgenössischen Bund (Schulz-Nieswandt, 2022c) der Miteinanderfreiheit in Miteinanderverantwortung, die in der »Sakralität« (Schulz-Nieswandt, 2017b) der Würde der Personallität (Art. 1 GG, ähnlich im Europarecht und im Völkerrecht) ihre »juridische Substanz« findet.

Hierbei geht es gesellschaftsgestaltungspolitisch um eine Politik der verantworteten Gesinnung ohne Hybris. Dabei darf man demnach nicht der Hybris verfallen, dass dies in perfekter Weise geschehen kann. So wäre jedenfalls die Unhintergebarkeit der *conditio humana* nicht zu verstehen. Aber die Differenz zwischen Idee und Wirklichkeit kann reduziert oder gar minimiert werden. Das bleibt die Aufgabe der gestaltenden Gesellschaftspolitik des sozialen Rechtsstaates und seiner Zivilgesellschaft.

In Bezug auf die beiden letzten Absätze sei argumentiert: Beide Absätze haben mit OBERBERG\_FAIRsorgt viel zu tun, so abstrakt die Formulierungen auch zunächst wirken mögen.

In vielen Gesprächen, auch in den regelmäßigen Zoom-Meetings, aber ferner auch im Rahmen diverser Vorträge im dortigen Kontext, habe ich solche Überlegungen vorgetragen und sie wurden in der diskursiven Rezeption weitgehend bestätigt.

Dies gilt durchaus gerade auch für den ersten Absatz, der gerade gemeint ist. Der zweite Ansatz reflektiert den nüchternen, aber nie verbitterten oder gar zynischen Realismus, dass OBERBERG\_FAIRsorgt in dem kurzen Zeitraum es nicht schaffen konnte, die Welt radikal zu verändern.

**Der homo patiens und die Person in der Mitte:** Dies alles ist mit Blick auf die vulnerablen Menschen, um die es in der Mitte des Geschehens – sich drehend – geht, eine rechtsphilosophisch und ethisch präzisere Auslegung der Werte der Autonomie und der Partizipation im Geschehen der Lebensläufe aller Mitglieder in der Gesellschaft auf personalistischer Grundlage, weil sich Freiheit an die responsive (Schulz-Nieswandt, 2023g) Haltung der Rücksichtnahme knüpft (Prainsack/Buyx, 2016). Ermöglicht wird so dergestalt eine reife Individuation des »personalen Ich im Wir« als soziale Figuration im moralischen und kognitiven Horizont einer Uns-Alle-Betroffenheit.

Was, und dies soll nicht abgehoben akademisch, sondern geradezu lebensweltlich nahe, weil die Daseinsthemen des Alltagsmenschen aufnehmend, klingen, früher Schicksalszusammengang genannt wurde und auf



das Walten der Götter und Göttinnen verwiesen hat, versteht der aufgeklärte Mensch als Dependenzgrammatik des Menschen in der Familie (Oikos), in der lokalen Nachbarschaft und in der regionalen Infrastrukturlandschaft (Polis als Sozialraum), im nationalen Rahmen und im globalen Kontext (planetarischer Kosmos: Wendt, 2021; Wallenhorst/Wulf, 2023).

**Der Beton der Ordnung bröckelt: Restauration oder Anders-Neubauen?** Nochmals anders formuliert: Die Reziprozität der Demut als responsive (Schulz-Nieswandt, 2023g) Haltung der respektvollen Achtung des Mitmenschen vermeidet, soziologisch gesehen, die Soziogenese der Logik von Insider und Outsider (Scambler, 2020), Winner und Loser, im Extremfall von Herrenmenschen der Zentren und Underdogs der Peripherien, von Reichtum und Ausbeutung. Entfremdet sind dabei beide Seiten dieser Herr-Knecht-Dialektik.

Man wird sich klarmachen müssen, dass der Alltag der Menschen tatsächlich einer Dependenzgrammatik gehorcht, und dass die oberbergischen Projekt-Interventionen dazu dienen, dass die betroffenen Menschen in ihrer kreatürlichen Vulnerabilität diesem Geschehen nicht ohnmächtig ausgesetzt sind. Sie sollen die Kohärenz-Erfahrung einer aktiven Mitspielrolle erleben. Die Befunde der Evaluation validieren diese Hoffnung.

## 6 Zwischenfazit: Interdisziplinarität der Komplexitätsbewältigung in Theorie und Praxis

Quasi auch als ein Zwischenfazit kann festgehalten werden, dass die komplexe Interdependenz der gouvernementalen (Rajan/Whistler, 2023; Oberprantacher/Sicodi, 2016) Dispositivordnung (dabei Machtgefüge von Diskursen [Keller, 2024], Weltanschauungen, Ideen und Interessen, Staat und Politik, Gesetze, Institutionen, Professionen, Normen und Werte, Traditionen etc. integrativ umfassend) des Praxisfeldes der Versorgungsgeschehnisse als Objekt des wissenschaftlichen und fachpolitischen Subjekts der Erforschung und der Erörterung eine hinreichende Interdisziplinarität erfordert.

Anders formuliert: Das Feld ist derart blockiert – dies besagt der vorausgehende Satz – und pfadabhängig, dass transformative Projekte erforderlich sind. OBERBERG\_FAIRsorgt ist entsprechend konzipiert: Dass es nicht revolutionär durchschlägt und den Oberbergischen Kreis zum Paradies (international pilgernder Forschung) mutiert, war erwartbar. Das evaluative Fazit sucht die Balance zwischen Zufriedenheit einerseits und Enttäuschung andererseits.

### 6.1 Kulturdiagnostische Dimensionen in der Evaluationsberichterstattung

Um diese kulturdiagnostische Lage zu verstehen, gilt: Ohne alle Differenzierungen aufzuzählen, müssen die Sozialwissenschaft (Soziologie und Politikwissenschaft), die Kulturwissenschaften, die Rechtswissenschaft, die Onto-Anthropologie der Person, die Geschichtswissenschaft, die Ethik, aber auch die Psychologie (als Sozialpsychologie, aber auch die Psychodynamik und die Entwicklungspsychologie mit Blick auf das Problem der Genese der empathischen Prosozialität [Jeffries, 2014; Mayer/Vanderheiden, 2021] zwischen Nähe und Distanz bzw. Offenheit und Verslossenheit, zwischen Vertrauen und Angst) zusammenwirken.

**Der große Maßstab:** Dieses Zusammenwirken ist nicht additiv als Summe fragmentierten Wissens üblicher Handbücher zu verstehen, sondern integrativ als holistisches Paradigma der theoriebildenden Synthese und ihrer erfahrungswissenschaftlichen Umsetzung, immer aber im normativen Spiegel Kritischer Theorie der Bedeutung der empirischen Befunde für die Frage nach der humangerechten Entwicklung eines guten Lebens als Form einer solidarisch geordneten Freiheit gelingender Daseinsbewältigung als

Sorgearbeit der geschichtlich konkreten Menschen in ihrem Lebenszyklus (Schulz-Nieswandt/Köstler/Mann, 2022) auf personalistischer Grundlage eines eidgenössischen Bundes (Schulz-Nieswandt, 2022c) des gemeinsam verantworteten Miteinanders.

**Faktizität im Lichte der Normativität = kritische Vermessung der Welt:** Die Projektergebnisse ermöglichen einen solchen komplexen kritischen Blick auf die Geschehnisse. Transformieren wir die Befunde nun auf eine normative Ebene der Vermessung. Diese Ebene ist theoretisch und deshalb von Natur aus abstrakt. Zugleich ist sie lebendig, weil sie tief eindringt in das Alltagsdrama der Menschen. Also: Soziale Freiheit ist die Freiheit des gelingenden Miteinanders.

## 6.2 Das Miteinander des Alltags in der kommunalen Lebenswelt gestalten

Diese Freiheit zu ordnen, ist die Aufgabe des sozialen Rechtsstaates, verstanden als eine notwendige Voraussetzung. Ort des Geschehens ist der Alltag der Lebenswelt der Menschen auf der kommunalen Ebene. Denn dies ist die Ebene von Wohnen, Arbeit, Mobilität etc. Es ist daher eben eine Frage der normativen Prädikation der Bedeutung der empirischen Befunde der sozialen Wirklichkeit in der konkreten geschichtlichen Situation, ob hier im Sinne der Sittlichkeit der freien Entfaltung der Persönlichkeit im Lebenslauf des §1 SGB I im Lichte des Art. 2 GG ein humangerechtes Zusammenleben »sozialer« Freiheit (wir, solidarisch, gemeinsam) vorliegt oder eine Form entfremdeter Existenz »negativer« Freiheit (mit negativen Externalitäten: Gemeint ist das Ich auf Kosten Dritter im Sinne der paretianischen Wohlfahrtstheorie).

**Empathie, Ignoranz, Zynismus, Kälte?** Die Frage ist, welche Form die Dependenzgrammatik menschlichen Zusammenlebens annimmt: ein Miteinander (um damit auf Rawlsianische [Freeman, 2007] Teilmengen aller Pareto-Lösungen abzustellen: dazu auch in Mathis/Tor, 2024), ein Nebeneinander (um auf zynische Ignoranz einer bürgerlichen Kälte zu verweisen) oder ein Gegeneinander (deren unproduktive Destruktivität zu betonen wäre)?

OBERBERG\_FAIRsorgt war und ist (auch in Zukunft) kein Projekt der bürgerlichen Kälte, sondern ein Projekt der solidarischen Empathie und zugleich geprägt von selbstregulierender professioneller Distanz in der Evaluation.

Damit kommen wir nochmals zurück zur Logik evaluativer (Widmer/Beywl/Fabian, 2009) Versorgungsforschung (Pfaff u. a., 2024; Wensing/Ullrich, 2023). Das Projekt OBERBEG\_FAIRsorgt hat uns motiviert, nochmals in einem erweiterten Horizont zu denken.

## 7 Logik der Versorgungsforschung: Die politische Definition der Effektivität als Praxeologie sozialer Konstruktion

Es geht in der Gesundheitsökonomie in dem skizzierten komplexen sozialen Bezugssystem und in der auf das Versorgungssystem bezogenen Versorgungsforschung nur sehr nachrangig um die technische Produktionsfaktoreffizienz als Input-Output-Relation im Sinne des Mini-Max-Prinzips.

Das konnte nicht der Geist von OBERBERG\_FAIRsorgt sein. Hiermit würde nämlich (und dämlich) nur das Prinzip der Wirtschaftlichkeit bezeichnet. Dies ist ja durchaus (insofern hat die Dämlichkeit eine Berechtigung) ethisch mit Blick auf die Opportunitätskosten der Verschwendung angezeigt. Doch dies ist nur der Nenner eines viel komplizierteren Bruchs, dessen Zähler von herausragender Bedeutung ist.

### 7.1 Der sorgeskulturelle Geist der Kosten-Effektivität

Ein mathematischer Bruch ist hier nun als Produktionsfunktion  $y = f(x)$  zu verstehen. Der Nenner  $x$  generiert als Input den Output  $Y$  als Zähler. In der Logik der Input-Effektivität ( $\Omega$ ) ist nun die Input/Output-Funktion der Nenner, und die Outcomes ( $Z$  = eigentlichen finalen Ziele) stehen im Zähler:

$$\Omega = f\left(\frac{Z}{Y = f(x)}\right)$$

Die produktionstechnische Effizienz des Wirtschaftlichkeitsgebotes  $\frac{Y}{X}$  (im Nenner der  $\Omega$ -Funktion) bezeichnet nur eine Nebenziel-Voraussetzung für die Input(Kosten)-Effektivität  $\Omega$ , die sich auf die Optimierung der Outcomes  $Z$  (im Zähler) bezieht. Man darf diesen zweistufigen Funktionszusammenhang nicht allzu mechanisch sehen. Die soziale Produktion von Gesundheit als Well-Being ist keine teleologische Maschine, sondern ein lebendiger Prozess der Praxis als Feld sozialer Praktiken. Es sind Prozesse, die in die Landschaft der Versorgungsstrukturen eingelassen (eingebettet) sind. OBERBERG\_FAIRsorgt musste neue Strukturen aufbauen. Aber erst die so ermöglichten Prozesse des Leistungsgeschehens generieren die Daten der Outcomes. Und diese sind, weil wir keine Krankenversorgungsindustrie modellieren, sondern praxeologisch eine soziale Gesundheitsproduktion anvisieren, über Konzepte des Wohlbefindens als Ausdrucksgestalt der Lebensqualität zu verstehen.

Hier ist der Befund der quantitativen und qualitativen Datenanalyse des Projekts, also die Beobachtung der Stabilisierung des lebensweltlichen Alltags in Bezug auf die Sorge der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben der vulneablen Lebenslage, einzuordnen.

### **Exkurs: OBERBERG\_FAIRsorgt im Lichte einer Wohlfahrts- und Befähigungsbetrachtung**

Wohlfahrtstheoretisch ist die neue Versorgungslandschaft als Pareto-superior zu bezeichnen, weil sich niemand schlechter gestellt, aber viele Menschen bessergestellt haben. Es liegt eine positive Dynamik der sozialen Wohlfahrt (sozW) in Bezug auf die Lebensqualität (LQ) der Bevölkerung ( $i = 1$  bis  $n$ ) vor:

$$\frac{\partial \text{sozW}}{\partial LQ_i} \geq 0 \text{ für alle } i.$$

Der Output Y ist nicht das finale Telos, sondern selbst nur Voraussetzung für die eigentliche Zielsetzung hoher Lebensqualität als Prädikation eines guten Lebens. Dieses gute Leben meint die bedingte Autonomie (Agich, 2003; Dalferth/Block, 2023) der Lebensführung des vulnerablen Menschen, dessen Bedingtheit auf die Dependenzgrammatik seiner *conditio humana* verweist.

Wie Bewertung der Outcomes von OBERBERG\_FAIRsorgt werden hier also über eine soziale Wohlfahrtsfunktion (SWF) abgebildet:

$$SWF = f(LQ_i) \rightarrow \max!$$

Diese Wohlfahrtsbetrachtung beruht aber im endogenen Prozessgeschehen auf einer Capabilty-Funktion. Capability (Capa) meint Befähigung und stellt sich als Zusammenspiel ( $\cap$ ) von Abilities (A) und Capacities (C) dar, also als Zusammenspiel von Kompetenzen der konkreten Person als Nutzer oder Nutzerin einerseits und der Möglichkeitsräume (in Bezug auf die Infrastruktur der Sorgeskultur) andererseits mit dem integrativen Anspruch der Passungsoptimalität (personenzentrierte Bedarfsdeckung) optP.

$$SWF = f(LQ_i [A \cap C]) \rightarrow \text{optP.}$$

Dabei ist die gelingende Copula-Funktion des Zusammenspiels von Person und Sorgeinfrastruktur eine Funktion des Case Managements.

Dazu sei, aus dem Exkurs zurück kommend in den Fluss der Argumentation, um die Einbettung dieser Welfare/Capabilty-Darstellung Werte-orientiert angemessen zu verstehen, nochmals gesagt: Höchste humangerech-

te Freiheit kann nur als solidarische Miteinanderfreiheit in der genossenschaftsartigen Reziprozität der Anerkennung als Ausdruck der respektvollen Achtung der personalen Würde in der gegenseitigen Mich-Erfahrung des responsiven (Schulz-Nieswandt, 2023g) Subjekts als jeweiliger Mitmensch des Anderen im dialogischen Selbstwahrnehmungsmodus aktiver Passivität hinreichend verstanden werden.

**Effektivität = eine genuin politische Kategorie Werte-orientierter Ökonomie:** Die Kategorie der Effektivität bezeichnet somit das optimale Wirklich-Werden des Zieles einer solidarischen Sorgeskultur, die hier nun eben auch als moralökonomische Grundlage der freien Zugänglichkeit zum Cure/Care-Systems existenzialer Güter und Dienstleistungen von öffentlicher Relevanz im Lichte der Idee der Personalität verstanden wird, um im Rahmen der neukantianischen Wissenschaftslehre des freiheitlichen ethischen Sozialismus zu sprechen, die durch transzendente Wertsetzungen von höchster Kulturbedeutung charakterisiert ist.

Damit fungiert die Gesundheitsökonomie der Kosten-Effektivität, das ist ihr epistemischer Status, und dies sei – auf der Grundlage einer politischen Wissenschaft der sozialen Konstruktion (Duff, 2014) von Wertsetzungen höchster Kulturbedeutung – praxeologisch (Hui et al., 2017) begriffen, und zwar als grammatischer Code der Kultur der sozialen Praktiken im Versorgungsaltagsgeschehens.

Von Wert-Setzungen sollte mit Blick auf die problematisierbare Dualität von Faktizität und Geltung in der post-metaphysischen (dazu kritisch: Schulz-Nieswandt, 2024h) Generation Kritischer Theorie aber nur dergestalt gesprochen werden, dass die Rechtfertigungsgrundlage in der »juridischen Substanz« des überpositiven Rechts des personalistischen Menschenbildes zu finden ist. Und wo findet sich wiederum diese juridische Substanz?

Sie findet sich in den UN-Grundrechtskonventionen, in der Europäischen Charta der unionsbürgerschaftlichen Grundrechte (GRC), in der konstitutionellen bundesdeutschen Verfassung (GG) und in dem System der Sozialgesetzbücher (SGB) sowie in der Gesetzgebung und in den Umsetzungsverordnungen der eigengesetzlichen Bundesländer (z. B. im jeweiligen WTG) mit Blick auf die Daseinsvorsorge der Kommunen in der Vielfalt der Gebilde der Städte und Kreise:

u. a. UN, GRC, GG, SGB, WTG



Pneuma der Kultur der sozialen Inklusion einer  
kommunalen Sozialraumbildung.

Soziale Inklusion macht Outsider zu Insidern: Dies gilt auch für OBERBERG\_FAIRsorgt. Vulnerable Menschen werden in die Sorgeskultur einer neuen integrativen Versorgungslandschaft einbezogen.

## 7.2 Das Große im Kleinen

So klein und global unscheinbar das lokale/regionale Geschehen im Oberbergischen Kreis war und ist: Es ist als Verdichtung des großen holistischen Zusammenhangs in bedeutsamer Exemplarität zu begreifen: In dieser kleinen regionalen Lokalität spielt sich ein generalisierbares Geschehen ab.

Es geht um die Notwendigkeit einer Anderswelt als Möglichkeit. Mögen mache Aktanten der Versorgungsforschung angesichts eines konstatierten romantischen Idealismus die Augen verdrehen, andere Aktanten, die wissen, worum es im Alltag geht, werden verstehen. Jene Gruppe muss kleiner werden, diese Gruppe muss anwachsen. Aber auch dann haben wir nur eine Mutation der Forschung, noch nicht der Politik und der Praxis und auch noch nicht eine Mutation des Rechts als Recht der Verwaltung der versorgungspolitisch defizitären Faktizität hin zum einem transformativen Recht.

**Nur ein Anfang oder Das Risiko des Kerzenlichts im Wind:** OBERBERG\_FAIRsorgt ist mitten in diesen komplizierten und Ergebnis-offenen Übergangsraum lokalisierbar.



## 8 Der Wohlfahrtsstaat zwischen Gewährleistung und Sicherstellung sowie Redistribution und Regulierung

Die soeben formulierten Einschätzungen zum Prozessgeschehen zwischen Pfadabhängigkeit und mutativer Transformation sind nicht frei von Metaphysik. Aber dies ist zwingend so. Das Wirklich-Werden als Wahr-Werden der Ideen (Stewart, 2021) der juristischen Substanz wirft allerdings die Frage auf, wie wirtschaftsorganisationsrechtlich (Schulz-Nieswandt/Thimm, 2023a, 2023b) das oben angesprochene Modell einer Mehr-Sektoren-Konfiguration der sozialen Wohlfahrtsproduktion zukunftsorientiert neu und anders ausgestaltet werden soll. Von grundlegender Bedeutung ist hierbei die Frage, ob die Gewährleistungsfunktion (G) und der Sicherstellungsauftrag (S) des Staates getrennt werden soll:

$$G = S; G \rightarrow \text{Delegation} \rightarrow S?$$

Und wenn, dann stellt sich Frage nach dem WIE der Funktion der Gewährleistung und nach dem WIE des Auftrages der Sicherstellung, die wiederum in Beziehung gesetzt und ausgestaltet werden sollen.

Das Projekt der Oberbergischen Realexperiments ist genau davon betroffen: Welche Rolle soll der Kommune zukommen? Die Weichen müssen unorthodox, also heterodox, gestellt werden: Jenseits von Markt und freibürgerlichen Einkommensinteressen muss die Demokratie der Kommune und ihre Zivilgesellschaft zum Träger der sozialen Entwicklung werden.

### 8.1 Nochmals: die Rolle der Kommune

Dies spielt gerade im europarechtlich (mit Bezug auf das europäische Sozialmodell der Dienstleistungen von allgemeinem Interesse [Schulz-Nieswandt, 2014] als Binnenmarkt-konformes Sozialstaatshandeln: Schulz-Nieswandt, 2023f) weitgehend kompatiblen bundesdeutschen System des SGB V-Gesundheitswesens als solidarisch finanziertes und reguliertes wettbewerbliches Marktgeschehen eine Rolle. Dies aber auch im analogen Regime des SGB XI auf der Grundlage des obligatorischen Kontrahierungszwangs (Schulz-Nieswandt, 2024c), auch wenn zwischen beiden Feldern Unterschiede mit Blick auf kollektive und individuelle Bedarfsplanungsmechanismen existieren, eine fundamentale Rolle.

**Bezugskontext der Berichterstattung:** Das Projekt ist gar nicht hinreichend zu evaluieren, wenn dieser Kontext nicht berücksichtigt wird und

wenn die Analysen diesen Kontext für die Chancen des Prozessgeschehens nicht hinreichend und damit angemessen einkalkuliert werden.

**Neuordnung der Ordnung:** Öffentliche Trägerschaften in der Leistungserstellung spielen in der Welt der vorherrschenden deutschen und europäischen Auslegung des Wirtschaftsorganisationsrechts nur eine subsidiär nachrangige Rolle und verweisen auf Muster der Gewinn-maximierenden Risikoselektion privater Anbieter, und dies auch mit Blick auf räumliche Allokationen mit Folgen regionaler Versorgungsdisparitäten im Lichte einer »Geography of Welfare«. Dort, wo sich das Angebot privatwirtschaftlich nicht als attraktives Geschäftsfeld erweist, entstehen keine Märkte oder nur mit einer öffentlichen Subventionierung, die nur dann nicht als Beihilfe gelten, wenn, und dies kann dann einen Betrauungsakt begründen, ohne diese Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Kosten überhaupt kein privates Angebot entstehen würde. Also: Wie steht es dann mit der Rolle der Kommune?

Man kann den Weg gehen, dass in der Kommune der Auftrag der Gewährleistung und die Aufgabe der Sicherstellung zusammenfallen und die Kommune zum Versorger wird. Statt kommunale Krankenhäuser zu tragen, könnten dergestalt auch ambulante multidisziplinäre und multithematische öffentliche Primärversorgungszentren, medizinische, pflegerische und soziale Dienstleistungen umfassend, gegründet werden. In Finanzierungs Kooperation mit den relevanten Sozialversicherungen könnten solche kommunalen Zentren in Netzwerken mit sonstigen Anbietern und zivilgesellschaftlichen Engagementformen zu einer komplexeren Sozialraumbildung der Hilfe-Mix-Strukturen führen.

Dies wäre ein ganz anderer Entwicklungspfad als der, der heute im EU-Binnenmarkt etabliert ist: Die Rechtslogik der Gleichbehandlung der Privatwirtschaft einerseits und der freien Gemeinwirtschaft des Dritten Sektors andererseits im Rahmen des obligatorischen Ausschreibungswettbewerbs, der eigentlich als Preis-Qualitäts-Quasi-Wettbewerb zu verstehen ist, und im Rahmen des nur nachrangig anerkannten marktdirektvergabelogischen Betrauungsaktes oder eben im Kontext des sozialrechtlichen Vertragsrechts der Zulassung bzw. der Ermächtigung, abzugrenzen vom Dienstleistungskonzessionswesen sowie von der Politik des absoluten Nachrangigkeitsstatus des öffentlichen Inhouse-Prinzips, ist kritisch zu problematisieren mit Blick auf den Qualitätsdumpingdruck, den die Konkurrenzsituation auslöst. Dies betrifft die Chance auf eine positive Zukunft der Kommune als Träger von Versorgungsaufträgen im Sozialraum.

## 8.2 Empowerment von Wollen und Können

Setzt man also stärker auf die Kommune und auf den zivilgesellschaftlichen Dritten Sektor, so wird nach dem Marktversagen schnell auch die Thematisierung von Staatsversagen und von Dritter Sektor-Versagen von der ökonomischen Theorie vorgetragen. Das Problem beginnt sich im Kreis zu drehen. Sodann geht es um die komparatistische Frage, welche unvollkommene Lösung die am wenigsten unvollkommene Lösung im Vergleich zu den anderen unvollkommenen Lösungen ist.

Und tatsächlich müssen viele Kommunen die mögliche Wahrnehmung von Versorgungsaufgaben ja erst organisationell erlernen. Ebenso müssen Finanzierungen zwischen öffentlicher Leistungsverwaltung und öffentlich-rechtlichen Sozialversicherungen erlernt werden. Die oben skizzenhaft ausgeführten wirtschaftsordnungsrechtlichen Restriktionen entschuldigen nicht alle internen Kompetenzprobleme einerseits der Kommunen und auch nicht andererseits die Organisationskulturprobleme der freien Träger der Wohlfahrtspflege, verdeutlicht dennoch die Restriktionen, unter denen eine Gemeinwirtschaft im Wettbewerb der Marktordnung praktiziert werden soll, wenn Formalziele als »Geist des Kapitalismus« in der Art und Weise einer Hegemonie die Sachziele im Wirtschaften dominieren (Schulz-Nieswandt, 2022e; 2022f; Alamad, 2024).

**Wer soll zum Leistungsersteller empowernt werden?** Die signifikanten komparativen Unterschiede in der Outcome-Performanz beider Unternehmenstypen zugunsten der Idee des Wirtschaftens in der Logik des Dritten Sektors im Durchschnitt darf nicht über die trägerunabhängige Heterogenität täuschen. Die Dynamik der Expansion transnationaler Kapital-Anleger-Modelle ist jedoch ein gravierendes Problem (Schulz-Nieswandt, 2020c).

Entgegen einer Schuldzuweisung allein an die Top-down-Macht der europäischen Binnenmarktregulierung ist auch an die endogene nationale Politik der sog. neuen Steuerung im Geist der Lehre vom New Public Management zu erinnern. Die Literatur hierzu ist Legende, und darf ausgeblendet bleiben.

Weitere Differenzierungen ergeben sich z. B. auch aus der Politik finanzieller und/oder institutioneller öffentlich-privater Partnerschaftsmodelle (Abt u. a., 2022). Mit Blick auf den Gewährleistungsstaat als Kontraktmanager unter Beachtung vergabefremder Kriterien (Jaehrling/Stiehm, 2022) ist aber auf die signifikante Differenz zwischen formaler und materialer Privatisierung zu verweisen. So können – dies ist die Logik der Instrumentalfunktion der Delegation öffentlicher Aufgaben – z. B. Bürgergenossen-

schaften (Schulz-Nieswandt, 2023k; Köstler, 2018; 2023; 2024) eine Erfüllungsfunktion öffentlicher Aufgaben übernehmen (Loeffler/Bovaird, 2023).

### 8.3 Die Vision: die Kommune als genossenschaftsartige Solidargemeinschaft

Die sich hieraus ergebene weitreichende Frage ist nun ferner die, warum sich der Sozialraum insgesamt nicht als (nicht als einzelwirtschaftliche, sondern als plattformorganisatorische) Genossenschaft entwickelt. Dies wäre die Krönung des integrativen Prozessgeschehens. *Ex ante* schon als Telos anvisiert, wäre es final, am Ende, also *ex post*, die Fassung des Brillanten.

Davon ist OBERBERG\_FAIRsorgt noch weit entfernt. Im Sinne einer Entelechie birgt sie aber den Kern zu dieser Metamorphose. Natürlich kann man die gemeinnützige Vereinsform als Verfassung einer Gesundheitsregion als Netzwerkorganisation wählen.

## 9 Sozialpolitik im Lebenslauf: der transaktionale Capability-Approach

Wenn dies alles geschehen soll, wird man in einem komplexen Sinne die »Befähigung« des Sozialraumes denken müssen. Um dies zu verstehen, hole ich etwas aus. Befähigt werden immer Subjekte auf der Mikroebene, aber integriert als Elemente einer Befähigung einer figurativen Konstellation der Aktanten des Sozialraums, womit wir die Mesebene der Feldräume der Einrichtungen und Dienste und ihrer Träger sowie die informellen Kräfte der Zivilgesellschaft meinen.

### 9.1 Hilfe zur Selbsthilfe zwischen Kompetenz und Möglichkeitsräumen

Abzugrenzen von neoliberalen Engführungen subjektzentrierter Auslegungsordnungen der sozialinvestiven Empowerment-Idee im Kontext calvinistischer Arbeitsethik des Förderns und Forderns als Modus der Hilfe zur Selbsthilfe bedeutet eine transaktionalistische (Schulz-Nieswandt, 2023d), also auf die Person-Umwelt-Interaktion abstellende Ausdeutung des Capability-Ansatzes (Nussbaum, 2011; Sen, 1985; Ibrahim/Tiwari, 2014) der Sozialpolitik eine *uno actu*-Fokussierung auf die Wechselwirkung der Kompetenzförderung einerseits und der Infrastruktursicherstellung als Gewährleistung von Möglichkeitsräumen der Persönlichkeitsentwicklung im Lebenslauf (Braun, 2013) andererseits.

**Investitionen in die transaktionalen Versorgungslandschaften:** In OBERBERG\_FAIRsorgt war dies Teil der konzeptionellen Idee: Die Struktur der Versorgungslandschaft (→ objektive Möglichkeitsräume) sollte sich ändern, aber auch das individuelle Erfahrungserlebnisgeschehen der Zielgruppe durch deren Nutzungspraxis (→ Kompetenzen) der Möglichkeitsräume. Das Verbindungsglied ist das Case Management (vgl. auch Igl [2023] zu Lotsenprofessionen).

### 9.2 Einheit von Case Management und Care Management

Diese Passungsoptimierung kann als reine Marktlösung überhaupt nicht gedacht werden, sondern bedarf der sozialraumorientierten Versorgungslandschaftsgestaltung als bedarfsplanungsorientierte Steuerung der Netzwerkbildung als Einheit von Care Management und Case Management in Richtung auf die lokalen Lebenswelten im Quartier.

**Kommunale Demokratie = choreographische Steuerung als Gestaltung:** Es verweist auf eine gewisse Selbstevidenz, dass das bundesdeutsche Cure/Care-System von dieser juridisch gebotenen Vision weit entfernt ist.

Trotz einer bedeutsamen Kultur solidarischer Systemfinanzierung (strittiger sind vielfach die Anreizstrukturen der Mikrofinanzierung von Akteuren und Akteurinnen sowie Einrichtungen) einerseits gilt andererseits zugleich: Ein Fokus auf ORDO-liberale Traditionen der konstitutiven Regulierung paaren sich mit neoliberalen Abneigungen gegenüber einer kommunikativ achtsamen und systemisch denkenden und dennoch letztendlich rechtsstaatlich autorisierten choreographischen Steuerungsmodalität. Diese Modalität ist die eines selektiven Vertragswesens als morphologisch durchdachte Gestaltung einer Alternative zur dominanten Betriebstypenpolitik im SGB V und als Alternative zum obligatorischen Kontrahierungszwang im SGB XI im Sinne einer demokratischen (lokalen und regionalen) Politik des Quartiersmanagements in einer sozialraumorientierten Lebensweltorientierung.

### 9.3 Dezentrale funktionale Äquivalenz im Flächenkreis

OBERBERG\_FAIRsorgt steht allerdings diesbezüglich vor dem Problem, wie in der Geographie dieses Flächenlandkreises Quartier und Sozialraum, Lokalität und Regionalität als Bezugssysteme der kommunalen Daseinsvorsorge gedacht und denkend in die Praxis umgesetzt werden können.

**Einheit als Gleichwertigkeit der Vielfalt:** Die Antwort ist aus Praxisbeispielen bekannt: Dezentralität »funktionaler Äquivalente« sind anzustreben.

Das Ziel ist in dieser Strategie der Dezentralisierung als eine gemeinsame Vision identisch, aber die Wege dorthin mögen auf der lokalen Ebene unterhalb der regionalen Verankerung in der Kommune als Daseinsvorsorger unterschiedlich und hierbei nicht gleichartig, sondern gleichwertig sein. Dies entspricht auch mit Blick auf Art. 72 GG die Auslegung des Axioms der Gleichwertigkeit (nicht der einheitlichen Gleichartigkeit) der Lebensverhältnisse im Raum (Stielike, 2021; Reichel, 2009). Ein Raum der geordneten Vielfältigkeit der Arten und Weisen eines gemeinsamen Telos ist also denkbar und daher anzustreben. Die Dezentralität bezieht sich dann auf eine Vielfalt funktional äquivalenter Soziale-Orte-Bildungen (Kersten/Neu/Vogel, 2022).

Der Raum der Region R setzt sich also aus vielen lokalen Teilräumen (Li) zusammen:

$$R = R(L_i); i = 1 \text{ bis } n.$$

Mehrere lokale Vernetzungsgebilde können sich demnach vernetzen zu einer kommunalen Gesundheitsregion.

Und dieses Meta-Netzwerk lokaler Netzwerke könnte die Form einer Dachgenossenschaft erhalten. Es geht demnach um neue Formen der Anbieterlandschaft, aber auch um neue kooperative Formen der Finanzierung. Der Netzwerkgedanke würde dergestalt ein horizontal-vertikales Zwei-Ebenen-Gewebe-Gebilde darstellen.

Dies verweist uns verfassungskonform auf die rahmengesetzliche Möglichkeit landesgesetzlicher Ermöglichung der Ermächtigung der Kooperation von Kommunen und Sozialversicherungsträgern als kreative Player und nicht nur als phantasielose Payer dieser notwendigen »Versorgungslandschaftsentwicklungsgestaltung«.

## 10 Mehr-Sektoren-Theorie der Wohlfahrtsproduktion als Gestaltungsaufgabe

Gesellschaft als ein soziales System ist immer, wenn auch in jeweils anders möglichen Konfigurationen, ein Zusammenspiel von Markt, Staat, Zivilgesellschaft, Familie und Individuum.

In der Folge der bisherigen Explanationen der empirisch fundierten theoretischen Durchdringung der interdependenten Handlungsfelder sozialer Politik im innigen Bezug zu den Forschungsprozesserfahrungen in OBERBERG\_FAIRsorgt wird deutlich, dass der Markt in regulierter Weise zum Instrument der Daseinsvorsorge und der Sozialschutzpolitik genutzt werden kann, aber nur in beschränkter Weise, um der Gemeinwirtschaft einen geschützten Raum der Entfaltung zu bieten.

### 10.1 Netzbildung als Aufgabe – Solidarität als sozialer Lernprozess

Wichtige, von der marktlogischen Risikoselektion betroffene Bedarfe müssen in öffentlicher Hand befriedigt werden (Bardy, 2023), während die meisten Felder auch gemeinwirtschaftlich in freier Trägerschaft, allerdings öffentlich refinanziert und auch reguliert, gewährleistet werden können. Man wird dies allerdings anspruchsvoll auch als »Doing Commoning der Commons« (Bollier/Helfrich, 2012; Hudson et al., 2020) sozial, also kollektiv im Sinne von »gemeinsam«, vor allem als lokale Demokratie in regionalen Infrastrukturkontexten, erlernen müssen (Bruyns/Kousoulas, 2022; Spannring et al., 2023).

**Das Projekt aus der Perspektive »exzentrischer Positionalität«:** Auch OBERBERG\_FAIRsorgt ist letztlich ein nicht und nie abgeschlossener Prozess des sozialen Lernens. Die Netzbildung muss noch viel komplexer werden, und die Sorgearbeit muss daseinsthematisch angereichert werden.

### 10.2 Mehr Bedarfsdeckungswirtschaft statt Marktwettbewerb wagen

Also: Der soziale Rechtsstaat muss demnach in einigen Bereichen ein unmittelbarer Sicherstellungsstaat sein, in vielen anderen Bereichen kann er als Gewährleistungsstaat mit Fokus auf die Präferenzierung freier gemeinwirtschaftlicher, dabei auch genossenschaftlicher Träger fungieren. Seine Regulierungsfunktion ist dabei allerdings sehr ernst zu nehmen, weil auch der Dritte Sektor, durchaus wie auch der Staat selbst, nicht frei ist von Risiken des Versagens.



**Leiden am »Gap« als Kraftquelle der Motivation:** Zwischen Idealtypus und Realtypen ist immer zu unterscheiden. An dem »Gap« kann die Gesellschaft jedoch mit dem Ziel der Minimierung arbeiten (Schulz-Nieswandt, 2023a; 2023b; 2023c; 2024a; 20024b). Die ontologische Idee einer guten Form des Politischen ist immer reflexiv zu problematisieren in Hinsicht auf die empirischen Formen der geschichtlich konkreten Politik. Dieses Differential ist von Kritischer Theorie (Schulz-Nieswandt, 2024d) immer zu beachten.

## 11 Die kommunale Daseinsvorsorge als Geschehensort der Versorgung

Die kommunale Daseinsvorsorge gemäß Art. 28 GG im Lichte des Art. 36 GRC der EU ist zu verstehen als der Raum des alltäglichen Lebens der konkreten Menschen als soziales Drama einerseits und andererseits als Feld der rekonstruktiven Analyse in der Verwebung der Kategorien, die den Blick auf die sozialraumorientierte Sozialpolitik des Wohlfahrtsstaates unter konstitutiver Einbindung der Zivilgesellschaft als gemeinwohlökonomische Kraft der Caring Community-Bildung (Lee/Kim/Phillips, 2015) in den Quartieren mit Blick auf die öffentliche Gesundheit (Thomas, 2023; Pardo/Prato, 2013) lenken. Dies entspricht dem Blick, den wir auf das Projekt OBERBERG\_FAIRsorgt werfen.

### 11.1 Ankerpunkte im Sozialrecht

Es ist ja nicht so, dass dieser Blick im System der Sozialgesetzbücher ein Fremdkörper wäre und sich dort keine ähnlichen Gedanken finden lassen.

**Pflegestützpunkte:** So wie der § 71 SGB XII anschließt an den § 1 SGB I, so lässt sich aus Absatz 2 des § 7c SGB XI ein (mit Blick auf soziale, pflegerische und medizinische Bedarfe abstellendes transssektorales) Gebilde der Generierung der Einheit von Beratung, Fallsteuerung und Netzwerkbildung, also die Einheit von Case Management und Care Management dergestalt ableiten, dass dieser leistungsrechtliche Paragraph 7c des SGB XI eigentlich an dem § 17 (1) SGB I anzugliedern wäre.

**Netzwerkförderung:** Eine ähnliche sozialgesetzbuchübergreifende Topologisierung wäre auch in Bezug auf die Förderung regionaler Netzwerke in § 45c (9) SGB XI anzuvisieren.

**Kommunale Lebenswelten der Gesundheitsförderung:** Wohl sehr bürokratisch, aber in der Sache wegweisend, ist infolge der im SGB V verankerten Idee des Bundespräventionsgesetzes (vgl. § 20 f SGB V) die Möglichkeit, dass im Kontext von Rahmenvereinbarungsvorgaben in den Bundesländern die Kommune als Lebenswelt eigener Art in Kooperation mit den Sozialversicherungen die gesundheitsbezogene Sozialraumentwicklung unter präventiven Aspekten gestaltend vorantreiben können.

**Selbsthilfeförderung:** In die Ordnung generativer Gebilde der Sozialraumentwicklung gehören auch die Kontakt- und Informationsstellen der Selbsthilfeförderung (Köhne, 2020; Schulz-Nieswandt, 2020f) gemäß § 20h SGB V und § 45d SGB XI sowie die Nachbarschaftshilfe des § 45b SGB XI.

**Vernetzte Krankenhausentlassung:** Aus der Sicht des SGB V wäre eine Sozialraumverankerung der Krankenhausentlassung (Schulz-Nieswandt, 2019b) gemäß § 11 (4) SGB V als Teil der Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V dringend geboten, um als »transitional planning« die »No Care-Zone« im Fall vulnerabler Zielgruppen zu überbrücken, und um dergestalt die prekäre häusliche Situation durch Vernetzungsarbeit zu stabilisieren. Ein Vorbild wäre die sozialmedizinische Nachsorge gemäß § 43 (2) SGB V im Feld der Kinder- und Jugendmedizin.

**Präventiver Hausbesuch:** In der Geriatrie wäre eine Verknüpfung mit Formen des präventiven Hausbesuchs (Schulz-Nieswandt, 2019c) als Kooperation der Kommune mit den Sozialversicherungen des SGB V und SGB XI gemäß § 71 SGB XII angezeigt, verknüpft mit der unabhängigen ergänzenden Teilhabeberatung gemäß § 32 SGB IX.

**Kommunale Konferenzen:** Die individuellen Teilhabeplankonferenzen verweisen zugleich auf die Notwendigkeit, sozialraumorientierte Teilhabe-konferenzen in Analogie zu den regionalen Gesundheitskonferenzen (in NRW z. B. verankert im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen: ÖGDG NRW) und den regionalen Pflegekonferenzen zu entwickeln, wobei eine intersektionale Koordination dieser drei Konferenzkulturen im Sinne einer allgemeinen Sozialraumentwicklungskonferenz im Lichte der Idee der sozialen Inklusion (Liamputtong, 2022; Pratesi, 2018) notwendig wird.

**Trägerpluralistische Hilfe-Mix-Idee:** Der § 8 SGB XI definiert die gesamtgesellschaftliche Aufgabe einer neuen Kultur der Sorgearbeit. Dieser Paragraph gehört generalisiert und, die medizinischen, die pflegerischen und die sozialen Dimensionen der Sorge in übergreifender Weise integrierend, in das SGB I als Bindeglied zwischen § 1 SGB I und § 17 SGB I.

**Integrierte Versorgung:** Die weitgehende Enttäuschung (Schulz-Nieswandt, 2010a; 2016a; 2023e) über die Entwicklungsgeschichte transsektoraler und multiprofessioneller Integrationsversorgung im Sinne des § 140a-h, sodann des § 140a-d und nunmehr des § 140a SGB V i. V. m. § 92 SGB XI sowie der geringe Impact der (oftmals [trotz Hahn/Kurscheid, 2020] wohl eher symbolischen: Edelman, 2005) Innovationsfondspolitik des G-BA lässt aktuell die Frage aufkommen, was wohl aus dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) werden wird.

## 11.2 Die kooperative Realkultur

Die Erfahrungen im OBERBERG\_FAIRsorgt-Projekt fügen sich nicht nur in die Literatur zur Blockade innovativer Transformationen der Versorgungslandschaft in der Kommune (Schulz-Nieswandt, 2013b) ein, sondern auch in meine eigenen Erfahrungen in der angewandten Forschung (vgl. u. a. Schulz-Nieswandt, 2012; 2013a).

**Die Erben Virchows: authentische Helden und Heldinnen der sozialen Medizin:** Dies gilt insbesondere für die im Durchschnitt mangelnde Offenheit zum begeisterten Engagement der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen als betriebsformenpezifischer Sozialtypus in der Professionslandschaft. Ist es nur die Überlast in diesem betriebstypischen Berufsfeld? Gerade dieser Überlast könnte genau durch solche neuen integrativen Netzwerke, die verweigert werden, bewältigt werden. Ist es die Angst vor Einkommensverlust? Ist es die Kränkung, nun nicht mehr als Herr der eigenen Geschäfte über das Praxisassistentenpersonal zu walten, sondern sich in einer demokratischen flachen Hierarchie eines multidisziplinären Settings einzugliedern? Für freiberufliche FDP-Wähler/Wählerinnen mag dies ja eine Neuauflage der Idee des Munizipalsozialismus sein. Warum auch nicht? Man darf im Gesundheitswesen (auch gute und sehr gute) Einkommen erzielen. Aber muss man dabei vermögend oder gar reich werden?

Auch neuere von mir gemachte Erfahrungen in einem psychosomatischen (Fritzsche/McDaniel/Wirsching, 2014; Leiß, 2020) Forschungsprojekt im regionalen Forschungs-Praxis-Netzwerk »Co-Re-Net« in Köln (Köstler, 2020; Sanemann et al., 2023; Nordmeyer et al., 2024) haben diese meine Forschungserfahrung bestätigt. Warum muss eine medizinische Selbstverständlichkeit, nämlich in der Medizin von Herzerkrankungen auch mit einem sehr einfachen Frage-Instrument dem Verdacht einer möglichen depressiven Grundgestimmtheit auf die Spur zukommen, mit teuren Anreizen in einem niedrig-invasiven Projekt erst erlernt werden? Sollte dieses Komorbiditätsrisiko nicht selbstverständlicher Teil der medizinischen Ausbildung und somit des klinischen Alltages sein? Findet Medizinausbildung ohne eine medizinanthropologische und letztendlich auch medizinethische Klammer im Blick auf die Einheit von Geist, Seele und Körper des *homo patiens* statt? Und trotz monetärer Anreize war in dem Projekt die Mitspieloffenheit beschränkt.

Die Durchschnittsbetrachtung auf den ärztlichen Habitus und auf das betriebsformentypische Ethos ist vereinbar mit dem Befund einer gewissen

Heterogenität. Es gibt immer wieder signifikant engagierte niedergelassene Ärzte und Ärztinnen, die um die Bedeutung der Sozialraumbezüge und der Zielgruppenorientierung wissen und auch kooperationsaffin mit Blick auf die notwendige Multidisziplinarität sind. Und dies war auch im Oberbergischen Kreis so. Diese engagierten Aktanten unterliegen ja den gleichen oder weitgehend vergleichbaren Belastungssituationen, und dennoch verhalten sie sich signifikant anders, offener für die neuen Ideen. Warum? Es müssen attitudinale Barrieren im Kopf sein, die die Verweigerungskultur der niedergelassenen Medizin prägen. Die medizinischen Ausbildungsrealitäten, vielleicht schon die Studiengangs- und somit Berufsfeldwahl, verfehlen die Weichenstellungen einer feldspezifischen »Paideia« als habituelle Formung der Person.

In einer signifikant dynamischeren Kooperationskultur im Landkreis hätten die anvisierten viel höheren Fallzahlen rekrutiert werden können, dies gilt auch unabhängig von der episodischen Wirkungsbedeutung der Corona-Krise. Insbesondere ist die Kluft von Soll und Ist angesichts der intensiven Netzwerkarbeit des Kreises bemerkenswert.

Diese Enttäuschung ist deshalb politisch brisant, weil im Oberbergischen Kreis die Kommune zum Träger eines innovativen Projekts der Sozialraumbildung als Kontextualisierung eines medizinisch-pflegerischen Netzwerkes war.

**Nach der Gründung kommt immer die Weiterentwicklung:** Dennoch konnte das Projekt signifikante Konturen annehmen, wodurch hier wegweisende Perspektiven für die zukünftige Gewährleistung der Sicherstellung des Cure/Care-Feldes in ländlichen Flächenkreisen erkennbar werden.

### 11.3 Perspektiven aktueller Gesetzgebung

Im aktuellen gesetzlichen Vorhaben geht es u. a. (1) um die Diskussion der Einführung von sog. Gesundheitskiosken (Köckler u. a., 2024) auf Initiative der Kommune und deren Mit-Finanzierung durch die GKV, (2) um die Gründung von Primärversorgungszentren (PVZ) als vernetztes hausärztliches Angebot, die mit Kommunen und lokalen Leistungserbringern kooperieren sollen, (3) um die Etablierung von Gesundheitsregionen als Alternative zur Regelversorgung zur sektorenübergreifenden Vernetzung der Versorgungsakteure, wobei eine Misch-Finanzierung durch die GKV

und die jeweilige Kommune erfolgen soll. Hier deuten sich die richtigen Schritte in die richtige Richtung an (Höpp u. a., 2023).

Aus der Presse ist im April 2024 zu entnehmen, dass die Idee des Gesundheitskiosks in dem Kabinettsentwurf gestrichen worden ist. Dies mag den aktuell notwendigen Sparmaßnahmen geschuldet sein. Die ebenso öffentlich eingebrachten Argumente, hier würden Doppelstrukturen implementiert und die Idee sei daher ineffizient, ist nicht belegt. Einerseits wäre zwar in der Tat die geographische Verteilung gut zu durchdenken und die Kioske wären die Möglichkeit, Beratungsdienste, Fallsteuerungen, Präventionsaktivitäten etc. dort jeweils transektoral und intersektionell zu bündeln. Es ist aber andererseits anzunehmen, dass es um ideologische Vorbehalte geht, die dort angedachten Delegationen ärztlicher Handlungen im Zusammenhang mit einer Regelung der Vorbehaltsaufgaben der Pflege zu unterlaufen. Der Antrag kam schließlich wohl vor allem von der FDP, die Angst um den sakralen Monopolanspruch der freiberuflichen medizinischen Profession, die zum Klientel der Partei gehört, hat.

Die alternative Richtung lautet: Die Medizin muss integrierter Teil der genossenschaftsartigen Caring Community-Bildung im lokalen Kontext im Rahmen einer integrativen regionalen Infrastrukturgewährleistung werden (Schulz-Nieswandt, 2016b). Das Projekt OBERBERG\_FAIRsorgt passt hier gut rein.

## *12 Zwischenfazit: Sozialraumorientierung und Gemeinwohlökonomie*

Die Sozialraumentwicklung bedarf hinsichtlich des wirtschaftslogischen Programmcodes der Träger des Wirtschaftens eine nachhaltige und effektive Stärkung der Idee und Praxis der Gemeinwohlökonomie. Die Ordnungs-idee einer dualen Wirtschaft (sektorale Trennung der Privatwirtschaft und der Gemeinwirtschaft) wäre aufzugreifen (Schulz-Nieswandt, 2021a).

Die Möglichkeiten der Gemeinwirtschaft müssen vor dem Marktwettbewerb mit der For Profit-Privatwirtschaft geschützt werden. Die relevanten Handlungsfelder könnten im Sinne einer sektoralen Ausnahmeregelung allein der Logik der Gemeinnützigkeit in der Wirkung vergabefremder Kriterien eines nicht mehr obligatorischen Kontrahierungszwanges bzw. des diesbezüglich bedingten Zulassungs- oder Ermächtigungsverfahrens überlassen werden. Rahmenvertragsbildungen und Selektivverträge könnten in diesem Sinne weiterentwickelt und neugeordnet werden.

Das wären Eckpunkte einer transformativen (De Angelis, 2017; Gibson-Graham, et al., 2013) Vision, die als Sozialreform mit der historischen Pfadabhängigkeit brechen würden.

### *13 Nochmals zur Vision: Die gemeinwirtschaftliche Idee der genossenschaftlichen Form im Sozialraum*

Netzwerkbildung als Sozialraumentwicklung hat in einem gewissen Sinne Eigenschaften einer Genossenschaft. Genossenschaften (Blome-Drees u.a., 2023) als Einzelgebilde der Lebenslagenförderung ihrer Mitglieder im Sinne des § 1 GenG können wichtige Akteure im Sozialraum sein, wenn die verfolgten wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Zwecke, auch speziell in der Form einer gemeinnützigen Genossenschaft oder ethisch (Aßländer, 2022) als auf externe Stakeholder ausgerichtete Nebenzwecke des ansonsten auf die internen Stakeholder ethisch bezogenen Förderauftrages, von sozialpolitischer und in diesem Sinne von öffentlicher Bedeutung sind. Dies gilt insbesondere für die Sozialgenossenschaften (Beideck, 2020; 2024).

**Wer keine Visionen (mehr) hat, muss zum Analytiker!** Im Sinne eines Systems wachsender, konzentrisch sich ausdehnender Kreise kann die Genossenschaft aber auch ihren einzelwirtschaftlichen Gebildecharakter transzendieren und Sozialraum-bildend wirken. Verbundsysteme von Kredit-, Wohnungs-, Konsum-, Sozial-, Kultur-, Bildungs-, Familien-, Frauen-, Gaststätten-, Pflege-, Seniorengenossenschaften können gebildet werden, oder die Genossenschaft fungiert als Plattform für sozialräumliche Kooperationsnetzwerke.

Ferner sind die Nachbarschaftssysteme der Quartiere in soziologischer Weise als genossenschaftsartige Unterstützungsnetzwerke verstehbar.

Und nun greife ich den Eingangssatz von diesem Kapitel auf: Die Kommune selbst, unabhängig von dem einzelwirtschaftlichen Gebildefokus, in ihren lokalen Räumen wird letztendlich wie eine Bürgerschafts-genossenschaft (vgl. kulturgeschichtlich: Schulz-Nieswandt 2018b sowie in Schulz-Nieswandt/Moldenhauer, 2023) verstehbar.

OBERBERG\_FAIRsorgt denkt letztendlich ein kommunales Netzwerk der Miteinanderhilfe, für die die Kommune eine Verantwortungsaufgabe zu übernehmen bereit ist.



#### 14 Systemisches Verständnis von »Doing Transformation«

Es geht nunmehr um eine Kulturgrammatik und Psychodynamik des »Doing kommunale Daseinsvorsorge« im Lichte systemischen Denkens.

Wie sollten wir einen Wandel herbeiführen? »Doing Kommunale Daseinsvorsorge« als gelebte Demokratie kollektiven Lernens muss systemisch gedacht werden. Was sind Kernelemente einer systemischen Veränderungspraxis? Folgende Dimensionen und Aspekte könnten hervorgehoben werden, wobei es um analytische Bausteine systemischer Choreographie des Wandels geht.

**Dimension (1): Interessen einbinden in eine gemeinsame Idee:** Es geht um die strategische Frage, wie man Themen bei den Akteuren in deren Agenda-Bindung im Rahmen lokaler oder regionaler Konferenzen als Arena ihrer Bühnensinszenierung (Murphy et al., 2018) effektiv in Bezug auf Ziele und Zielgruppen und nachhaltig mit Blick auf die mittelfristige Startphase und die längerfristige Zielverfolgung einpflanzen kann. Es geht um Akzeptanz der Bedeutung und um motivierende Rezeption. Man wird also die oftmals eigensinnigen und von dem Besitzrechtsindividualismus (Schulz-Nieswandt, 2022b) der »negativen Freiheit« getriebenen Interessen getriebenen Akteure systemisch abholen müssen und auf eine Reise nehmen wollen. Eine Idee muss kollektiv geteilt werden. In der gemeinsamen Ideenverfolgung können sich dann die Interessen einfügen. Einkommen sollen verdient werden. Die Frage ist nur: Wie? Für welche Kultur sozialer Praktiken als Sorgearbeit soll man Geld erhalten?

**Dimension (2): Akteure in Bewegung setzen:** Systemisch denkend in der Projektentwicklungsarbeit, geht es also dergestalt um die Art und Weise als soziale Praktiken der Netzwerkarbeit, wobei man die Akteure aus der oftmals dominierenden Konkurrenzsituation in eine Kooperationszone Rawlsianischer Pareto-Lösungen der »Win-Win«-Situationen ziehen muss. Spontane Skepsis, tief verankerte Pfadabhängigkeiten oder gar Ängste, in Verliererrollen gedrängt zu werden, müssen überwunden werden, um die Vision einer multilateralen »Win-Win«-Situationen zu erkennen.

**Dimension (3): Achtsamkeit (Ostafin/Robinson/Meier, 2015) als Haltung professioneller Reflexivität (Lorenz, Walter/Havrdová, 2023)** ansprechen: Es muss ein Problembewusstsein für das Thema, sodann das notwendige Verantwortungsbewusstsein und eine gewisse Problemdringlichkeit geweckt werden. Es geht um daseinsthematische Dringlichkeiten. Eine Veränderungsbereitschaft muss da sein, sodann auch die Verände-

rungsfähigkeit. Wollen und Können sind hier grundlegende, konstitutive prozessdynamische Kategorien.

**Dimension (4): Fachpolitisches Interesse und empathische (Hojat, 2007; 2016) Leidenschaft (Hoggett, 2000) für die Daseinsthematik wecken:** Was ist die Relevanz des Themas für die Menschen im Drama ihres Alltags, gerade im Fall von vulnerablen Lebenslagen? Welchen sozialen Nutzen ziehen wir für die Lebensqualität des Sozialraumes (Blasius et al., 2020), für die soziale Kohäsion der lokalen und regionalen Lebenswelten und für die Kohärenzgefühle der Menschen im Sinne der Selbstwirksamkeit (Bandura, 1997) mit den Dimensionen der Verstehbarkeit, der Sinnhaftigkeit und der Handhabbarkeit der Lebensführung und Daseinsbewältigung sowie für die Resilienz (Ungar, 2012; Wink, 2016) der Region?

**Dimension (5): Vision, Leitbild, Ziele verständlich machen:** Um welche Bedarfslagen handelt es sich? Wie lassen sich die Zielgruppen charakterisieren? Wie ordnet sich das Thema in die sozialrechtliche Landschaft der Sozialpolitik und in die kommunale Daseinsvorsorge ein?

**Dimension (6): Die W-Fragen müssen beantwortet werden: Warum soll Was für Wen, Wann, Wie und Wo getan werden?** Wird dabei auch die Mitverantwortung der Individuen und der Zivilgesellschaft bewirkt? Man denke hier auch den § 8 SGB XI, der die gesamtgesellschaftliche Aufgabenstellung einer neuen Kultur der Sorgearbeit definiert.

**Dimension (7): Mut zum Wagnis wecken und einen Vertrauensvorschuss (Suurendonk, 2022) als notwendig erkennbar machen:** Immer ist alles relativ unsicher, aber die Nützlichkeit des Nutzens wird man oftmals erst im Verlauf, vielleicht auch nur erst viel später, vollumfänglich erkennen (erfahren) können. Die Veränderungsarbeit basiert also »kritizistisch« im Modus sozialer Dialogizität auf den transzendentalen Akt der höchsten Selbstbesinnung und der tiefsten Wohlbedachtheit (Schulz-Nieswandt, 2022g).

**Dimension (8): Anreize und Refinanzierungsfragen als wichtig, aber nicht als primäre Zugangspfade zum Thema zulassen:** Es geht nämlich immer zunächst um die Idee und ihre Bedeutung, und erst dann um die notwendigen Rahmenbedingungen oder auch um weitere Anreize als extrinsische Motivierungen des Verhaltens, das jedoch als soziales, also sinnhaftes und sich am Mitmenschen orientierendes Handeln eigentlich bereits im Sinne intrinsischer Motivation in der Idee selbst bestehen, der Ermöglichung der Zielverfolgung und der Projektumsetzung.

**Dimension (9) Machbarkeit plausibilisieren und auf die Haltungsfragen verweisen:** Auf die Haltung des Wollens kommt es an, wenn man den

Stand der Dinge in seiner Pfadabhängig effektiv und nachhaltig verändern können will. Das soziale Lernen umfasst in der Subjektivierung der Person und in Bezug auf die ganze soziale Figuration des Sozialraums nicht nur die Kategorie des Könnens, sondern auch die Präferenzformation des Wollens.

*15 Kant'sches Fazit: „Was kann ich wissen? Was soll ich tun? Was darf ich hoffen? Was ist der Mensch?“*

Was müssen wir eigentlich tun? Der von vielen Dimensionen (wie u. a. das Altern, die Diversität, die Urbanisierung) und von vielen Aspekten (wie z. B. der sozialen Ungleichheit, der Ausgrenzung und der Diskriminierung) geprägte soziale Wandel bringt komplexe Bedarfslagen hervor, auf die hin wir eine passungsoptimale Infrastruktur entwickeln müssen, deren Sicherstellung gewährleistet sein muss. Das sind Elemente des Sozialrechts im Lichte von Verfassungsvorgaben.

### 15.1 Faktisches Tun

Doch was tun wir tatsächlich?

- (1) Das medizinische System, auch in ihrer Verwobenheit mit anderen Sektoren der Care-Praxis (Langzeitpflege, Formen der Behinderung, Wohnformen und Wohnumfeldentwicklung, regionaler Verkehr und lokale Mobilität etc.), ist angesichts des Wandels nicht optimal aufgestellt in ihren Strukturen und in ihren Prozessen.
- (2) Die Leistungsbilanz ist problematisch: Es besteht eine Gleichzeitigkeit von Über-, Unter- und iatrogener Fehlversorgung. Segmentationen, Sektoralismen und Fragmentierungen prägen das Geschehen.
- (3) Die qualitativen Studienanteile des Projekts OBERBERG\_FAIRsorgt spiegeln dies in den Erzählungen des Erfahrungserlebnisgeschehens von Menschen (z. B. im hohen Alter) in ihren Lebenslagen der Verletzbarkeit, z. B. auch in ausgeprägten »frailty«-Situationen (Ruiz/Theou, 2024).

Aber es geht nicht nur um die »Geriatrisierung« (Gambert, 2013) und um die Offenheit zur gerontologischen Pflege (Schulz-Nieswandt/Köstler/Mann, 2021a), sondern auch um Familienbezogenheit und hierbei auch um die Wohnformbezogenheit und Wohnumfeldbezogenheit sozialer Medizin und um kultursensible Medizin im Zeitalter der Diversität, Differenzierung, Heterogenität, Ungleichheit, Ausgrenzung, Diskriminierung.

## 15.2 Mögliches Tun

Was könnten wir tun? In welche Richtung müsste die Idee der alternativen Versorgungslandschaften gehen? Die Antwort sollte aus der Evidenz der interdisziplinären Forschung heraus lauten:

- (1) **Landschaftsgestaltung:** Sozialraumbezogen, also netzwerkbildend auf die Mikrowelt des Wohnens und der nachbarschaftlichen Wohnumfeld fokussierend, benötigen wir integrierte Formen der Behandlung, der Versorgung, der Betreuung, der Begleitung. Das ist viel mehr als nur eine Gesundheitspolitik und Pflegepolitik: Es ist Sozialpolitik als Sozialraumentwicklungspolitik der Sozialgemeindebildung. Case Management und Care Management gehören hierbei zusammen (Amelung et al., 2018).
- (2) **Innenraumgestaltung:** Die Team-orientierten Netzwerke müssen multi-professionell aufgestellt sein. Es bedarf einer achtsamen Arbeitskultur der »Personenzentriertheit« gegenüber dem Menschen in seinen Bedarfslagen. Und es bedarf aus dem Innenraum dieser Gebilde heraus einer Offenheit für die notwendige Kooperationskultur, die mit Empathie die Grenzen der Disziplinen überschreitet und eigene professionelle Selbstbilder verändert.
- (3) **Haltung und Interaktionsraumgestaltung:** Bezugspunkt kann nicht der Mensch in Reduktion auf klinische Parameter der Medizin sein, sondern der ganze Mensch (Geist, Seele und Körper) in seiner konkreten Lebenslage des Alltags seiner unmittelbaren Lebenswelt, in der er gestellt ist.

Auf der Outcomes-Ebene wäre folgende Entwicklung zu erwarten: Diese Gesamtidee der daseinsthematischen Sozialgemeindebildung zeichnet den Weg vor, wie Beiträge zur Stabilisierung gefährdeter Alltagswelten gelingen können. Menschen lernen in neu gestrickten Kontexten der Versorgung, viele besser als bislang, ihre Verluste, ihre Belastungen, ihre Herausforderungen, ihre Entwicklungsaufgaben im höheren Alter zu bewältigen. So werden die Fähigkeiten in der Daseinsführung im Alltag gestärkt. Dies reduziert Ohnmachtsgefühle (Singer/Brähler, 2007), und erhöht die Lebensqualität (Eckermann, 2016).

Gesundheitspolitik sollte keine Krankenversorgungsindustrie (Ferber, 1971), sondern ein integrierter Teil der Gestaltung von Lebenschancen, Lebenslagen und der Lebensweisen sein. Genau dies sind die Befunde der Evaluation des Projektes OBERBERG\_FAIRsorgt.

### 15.3 Das gesollte Tun

Was sollten wir also tun? Somit erkennt man (1) die gemeinsame Verantwortung der nicht nur zur »einspringenden« Sozialpolitik verpflichteten Sozialversicherungsträger und (2) der zur »vorausspringenden« Daseinsvorsorge verpflichteten Kommune für die Arbeit an diesem Ziel, sondern ferner auch (3) die soziale Verantwortung der Leistungsanbieter in ihrer Trägervielfalt (Parker et al., 2014).

**Mitspiel-Ethos:** Ihr Mitspiel-Ethos muss gegeben sein bzw. entwickelt werden. Institutionelle Einzelgebilde im Gesundheits-, Pflege- und Sozialsektor als Leistungsanbieter sind durch die Politik des Qualitätsmanagements dergestalt in öffentliche Regulierung eingebunden, dass sie, morphologisch betrachtet, zu quasi-öffentlichen Ämtern einer Aufgabenerledigung werden. Sie müssen hierzu die Sachziel-Dominanz ihres Tuns als Ethos ausbilden.

**Selektive Kognition und kognitive Öffnung:** Wir benötigen lokale sorgende Gemeinschaften in einer neuen Kultur der regionalen Infrastruktur. Wir haben eben nicht – wie immer wieder zitiert wird, so, als ob die Zitation die Wahrheit der Aussage generieren könnte – ein zwar relativ teures, aber insgesamt im internationalen Vergleich eines der besten Systeme der medizinischen Versorgung. Es kommt, wenn man analytisch an dieses Thema herangeht, hierbei vielmehr darauf an, was man in dieser prädikativen Aussage alles nicht in die Vermessung aufnimmt, was man also ausklammert, wovor man den dreifachen Affen macht: Nicht hören, nicht sehen und, um alle Sinne anzuführen, nicht riechen: also selektive Wahrnehmung.

### 15.4 Die Realität des unterlassenen Tuns

Die verzerrte, durch Interessen und Verdrängungen gefilterte Wahrnehmung hat nun aber Folgen, die zu verantworten sind: Brüchige Versorgungspfade, ungesicherte Übergänge und ohnmächtige Erfahrungserlebnisse im Versorgungsgeschehen.

**Post-heroische Medizin = soziale Medizin:** Der Blick ist im Medizinsystem codiert auf die Heldennarrative der Logik der Akutmedizin. Ihr fehlt jedoch der Lebensweltbezug: Damit geht die Achtsamkeit für die Komplexität des vulnerablen Menschen verloren. Unser fragmentiertes und sektoralisiertes System mit der problematisierbaren Allokationsbilanz

der Gleichzeitigkeit des Vorliegens von Über-, Unter und Fehlversorgung (Kessler, 2019) bedarf stattdessen Diversitäts-sensible integrierte Versorgungslandschaften: Care Management und Case Management gehören hierbei zusammen.

Die Strukturen des Gesundheitswesens passen dergestalt nicht optimal zum sozialen Wandel, der komplexe Bedarfslagen in vulnerablen Bevölkerungsgruppen hervorbringt. Wir benötigen nicht nur Lückenbüßer für die Rolle der Krankenhäuser oder Lückenbüßer angesichts der Verrentungsdynamik im Feld des Betriebstypus des niedergelassenen Arztes oder einer Ärztin oder auch transnationale Pflegekraftanwerbungen (Schulz-Nieswandt, 2023m).

Sondern wir benötigen als generalisierte Zukunftsorganisationsform die systemtransformative Dissemination der Idee der quartiersbezogenen multiprofessionellen Versorgungszentren, die keine rein medizinische Versorgung vorhalten, sondern auf die Lebenslagen und Lebensweise der Menschen in ihrer Einheit von Geist, Seele und Körper im Alltag abstellen, und somit die Medizin, die Langzeitpflege, die Formen der Behinderung (Warren/Manderson, 2013) im sozialräumlichen Kontext der Wohnformen und des Wohnumfeldes (Schulz-Nieswandt, 2016d) intersektional als Daseinsthemen aufgrund dieser Vision einer Aufstellung und ihrer Mission und infolge des spezifischen Komplexbedarf-bezogenen Leitbildes und Performanzvermögens verknüpfen können.

OBERBERG\_FAIRsorgt geht einen Schritt dorthin, müsste aber tatsächlich noch in der Komplexität anwachsen.

## 16 Der Mangel an Achtsamkeit und »Change Management« als Kulturwandel

Wenn der Mensch, der an Alzheimer-Demenz erkrankt ist, im Akutkrankenhaus (Sedmak, 2013) ein für die klinische Medizin uninteressanter, aber extrem – so die Codierung der sozial konstruierten Situation – nerviger Störfaktor ist, dann ist das System auf einem falschen Weg, weil ihr Programmcode nicht humangerecht entwickelt ist (Schulz-Nieswandt, 2010b).

### 16.1 Neue Ökonomie der Versorgung als Kulturwandel der Sorge

Um solche Fragen einer Fehlentwicklung und der humangerechten Repositionierung zu beantworten, ist nicht in erster Linie die Ökonomie gefragt, sondern die kritische Kulturtheorie sozialer Praktiken, die ohne eine Tiefenhermeneutik der generativen Skripte der Feldaktanten nicht zu verstehen sind.

**Tiefengrammatik statt Oberfläche verstehen:** Hier wird man zwar Geld in das System pumpen können, doch werden die Ressourcen für vielerlei Zwecke von den nicht-trivialen Organisationen als lernende Maschinen absorbiert und verarbeitet, aber die diskriminative Kultur der defizitären stereotypischen Bilder der Demenz bleiben bestehen. Es geht um eine apotropäische Angst (Guimarães, 2014) und um die affektuelle Kraft des Ekels, die den Dämonenabwehrzauber generiert. Derartige Habitusformationen verweisen auf das exkludierende soteriologische (Wiesing, 2020) Ethos der Institution.

### 16.2 Aspekte der Hässlichkeit des normalen Versorgungsaltages

Die organisationsidentitäre Story, die erzählt wird, ist die kerygmatische Botschaft des heroischen Heilens (Nolte, 2022), zu deren Dramatik der demenzkranke Mensch nicht gehört, nicht mit einbezogen wird, sondern in die mütterliche Sorge in anderen institutionellen Settings externalisiert wird. Der medizinische Code externalisiert, was eigentlich in die Mitte des Lebens gehört: Der nicht heilbare Mensch wird als unproduktiver Rest (als Müll) in segmentierte Deponien »kaserniert« (Schulz-Nieswandt, 2021e).

**Der Mensch in (s)einer Welt?** Das personale Erfahrungserlebnisgeschehen des demenzkranken Menschen im Akutkrankenhaus ist ja nur ein



Beispiel dafür, dass es hier im Krankenhaus an Achtsamkeit (Schulz-Nieswandt, 2010b) hinsichtlich dieser Anthropologie der transaktionalen Vorgänge fehlt.

**Atmosphäre:** Die neuere Raumforschung, inspiriert im Strom des »spatial turn«, insbesondere in Form der neueren phänomenologisch-hermeneutischen Architekturtheorie, konnte darlegen, welche zwar nicht deterministische, wohl aber strukturierende Rolle die Umwelt (Morrow, 2017) spielt, und die etwas mit dem Geist, der Seele und dem Körper des responsiven Menschen in seinem Weltverhältnis der aktiven Passivität (Jensen/Moran, 2014) macht (Küpers, 2015). Die neuere Anthropologie der materiellen Kultur (Mulready, 2023) denkt ebenso (d'Hoop, 2023).

**Gastfreundliche Aufnahme:** Die Rolle der Kunst in dem Krankenhaus wird nach Einführung des DRG-Regimes als Finanzierung der Krankenhäuser infolge der beabsichtigten sinkenden Verweildauer kaum noch diskutiert. Das Krankenhaus sei ja kein Wohnraum, auch wenn es dort den betriebswirtschaftlichen Begriff der Hotelkosten gibt.

**Achtsames Going Home:** Aber abgesehen von dem angeführten Problem der Krankenhausentlastung ist auch das »Rooming-in« nicht nur ein Thema der sozialanametischen Krankenhausaufnahme des demenzkranken Menschen, sondern generalisierbar als Frage des Designings des eigenen Tuns als Funktion des Programmcodes und des pneumatischen Ethos als objektiver Geist der Organisation (Douglas, 1987)

**Ambulant vor stationär:** Auch mit Blick auf die mehr oder weniger radikale De-Institutionalisierung in der Psychiatrie (Kritsotaki/Long/Smith, 2017), in der Eingliederungshilfe (Schulz-Nieswandt, 2016d) und in der Langzeitpflege im Alter, auch hier die möglichen Intersektionalitäten also nicht übersehend, muss betont werden, dass auch unabhängig von der Präferenz »ambulant vor stationär« (vgl. z. B. § 3 SGB XI) und unabhängig von dem prinzipiellen Risiko der »totalen Institutionen« (in der Tradition von Lewis A. Coser, Erving Goffman und Michel Foucault verstanden) die Frage der Institutionalisierung eine Frage der Kultur sozialer Interaktionen in allen möglichen Wohnsettings als Orte der Versorgungsgeschehnisse ist. Deshalb ist die Kunst der aktualgenetischen Achtsamkeit als Pneuma der sozialen Interaktionskultur von so zentraler Bedeutung.

### 16.3 Kontexte des individuellen Tuns und Erlebens: Ethos als institutioneller Habitus

Jegliche Demütigung in ihren Dimensionen der Bevormundung, der Kränkung und der Ausgrenzung (Schulz-Nieswandt, 2021h) sind zu vermeiden bzw., jenseits eines Perfektionismus, zu minimieren.

**Das Ringen um Dominanz zwischen Würde und Demütigung:** Es geht aus der Tradition der Humanistischen Psychologie heraus um ein gestalttheoretisch durchdachtes Designing der Möglichkeitsräume für Selbstbestimmung, Selbständigkeit und Teilhabe.

Dass z. B. der § 1 SGB V und der § 6 SGB XI das vulnerable Subjekt nicht aus seiner Mitverantwortung entlässt, verdeutlicht die grammatische Logik des Prinzips der »Hilfe zur Selbsthilfe«, dass nicht nur im SGB XII von zentraler Bedeutung ist, sondern auch im SGB I verankert ist, aber nicht vorschnell im skotomisierten (d. h.: in neurotisch »verstiegener« Weise blickverengten) Modus einer neoliberal geprägten neo-calvinistischen Aktivierung ausgelegt werden sollte (Kissová, 2021).

**Post-individualistische Mitverantwortung:** Die selbstverantwortete Mitverantwortung des vulnerablen Subjekts ist vielmehr ein adäquater Ausdruck des personalistischen Menschenbildes der Rechtsphilosophie und Ethik der genossenschaftsartigen Miteinandersolidarität als juristischen Substanz unserer Verfassung.

Aber auch zu dieser Mitverantwortung muss der Mensch im Zuge seiner Erziehung und Sozialisation befähigt werden. Deshalb war die Idee der »Paideia« als tugendethische Pädagogik der Formung des Sozialcharakters der Person (Durkin, 2014) in der aristotelischen Philosophie der Polis von grundlegender Bedeutung. Denn von dieser Paideia der individuellen Personalisierung von Geist, Seele und Körper hängt sodann, in der komplexen interaktiven Aggregation der vielen Individuen als Gesellschaftsmitglieder, auch der Geist der Kollektivseele (»Paideuma) ab.

**Die große Weichenstellung:** Die entscheidende Frage lautet daher: Wird die Gesellschaft als soziale Figuration ihrer Individuen und Gruppen einer Grammatik (Schulz-Nieswandt, 2023l) des Miteinanders, des Nebeneinanders oder des Gegeneinanders zwischen Konstruktivität und Destruktivität, zwischen Progression und Regression im Möglichkeitsspektrum der *conditio humana* in der Weichenstellung hin zum *homo donans* oder hin zum *homo abyssus* folgen?

Die Psychogrammatik und die Soziogrammatik stehen, ontologisch betrachtet, also immer in einem Verhältnis von Ei und Henne. Dieses Prob-

lem des Anfangs, das kein unbedingter Anfang ist, weil die Aktanten bereits alle mit ihren Subjektivierungsformen infolge der Erziehung und Sozialisation an den Start gehen.

**Kritische Sozialforschung = Hässlichkeiten erzählen:** Wenn der männliche Krankenpfleger im Akutkrankenhaus als »Urinkellner« tituiert wird und die Sozialarbeit mit Blick auf das Case Management der Entlassung als »Bettenfreimacher« auf den Begriff gebracht wird, dann sagt dies viel aus über die hierarchische Kultur der Despektierlichkeit im interprofessionellen Geschehen. Aber auch in einer intraprofessionellen interdisziplinären Perspektive steckt im Sprechakt (Sbisà, Marina/Turner, 2013) die performative Kraft der sozialen Konstruktion von Wirklichkeit, wenn z. B. die medizinische Leitung der rehabilitativen Geriatrie zum Underdog erklärt wird.

OBERBERG\_FAIRsorgt ist deshalb zunächst durchaus ein störender Fremdkörper, weil es ganz andere interprofessionelle Konstellationen einbringt. Damit wird man sich klarmachen müssen, vor welchem Kulturwandel (Schulz-Nieswandt, 2010a) eine Etablierung solcher Projekte wie das Realexperiment OBERBERG\_FAIRsorgt steht.

#### 16.4 Nur Schnittstellenprobleme? Haltungsfragen in der Tiefe der Tangentialpunkte

Im epistemischen Weltbild des »Managerialismus« (Rendtorff, 2014; Scott, 2010) liegen hier Probleme im Schnittstellenmanagement vor, doch ist dies eine Simplifizierung der Problematik, da es sich, psychoanalytisch betrachtet, um tiefenhermeneutisch zu deutende Konflikte handelt, die auf die Kulturgrammatik der sozialen Praktiken in den Settings der Geschehensorte verweisen. Die Managerialisierung (Fitzsimons, 2011) als Deutungsmuster ist eine Verharmlosung der »strukturellen Gewalt«, die hier verborgen ist. Diese vielfach weitgehend sogar unbewusste Mikropolitik gilt sodann auch in der sozialen Interaktion zwischen den Professionen einerseits und den vulnerablen Menschen als Objekt (Schwartz, 2019) der asymmetrischen Begierde andererseits, wenn ein »Dependency Support/Overprotection«-Code der paternalistischen Für-Sorge habituell zur Wirkung kommt.

Oder auch anders formuliert: Wenn die hässliche alte Patientin auf Zimmer 23 am Freitag – der elaborierte Code, wie es die Soziolinguistik (Walker, 2024; Iakushevich/Ilg/Schnedermann, 2021; Busch/Spranz-Fogasy, 2015) nannte, wechselt dann schnell zum restringierten Code – nervt,

wird die Risikoselektion in der Rationierung der Zuwendung zur alten Hexe eingeleitet.

**Falsche Programmcodes, problematische Habitusformationen:** Dies wäre die Praxis der negativen, weil exkludierenden Personenzentriertheit, ein Phänomen, das von einer Ästhetik der Hässlichkeit kritisch auf den Begriff gebracht wird. Gewisse Tiefenschichten aus der Tradition totaler Institutionen tauchen auf, wenn vom vulnerablen Menschen gehorsame Folgebereitschaft (Compliance) und Stille als Ordnungserwartung der Effizienz verordnet wird. Wenn das »Kunde ist König«-Narrativ nicht eine so höchst ambivalente Idee wäre, so verweist uns dieses Dominanzverhalten der Professionen auf eine Herr-Knecht-Figuration, deren Dialektik in diesem institutionellen Praxisgeschehen nicht durchschaut wird, wenngleich man auch nicht erwarten kann, dass die soteriologische (Wiesing, 2020) Expertokratie der Medizin als »Heilswissenschaft« die Hegel-Interpretation von Kojève (1975) kennt (vgl. auch Bloch, 1985).

**Verlorene Dekaden:** Einst versprach man sich vom Einbau der Fächer der Medizinsoziologie (Cockerham, 2013; Siegrist/Stößel/Trojan, 2022) und Medizinpsychologie (Gellman/Turner, 2013; Whitehead, 2019) in die Medizinausbildung recht viel. Davon ist heute wenig übriggeblieben.

Die Medizinausbildung bedarf aber eben auch eine medizinanthropologische Fundierung (Martinez/Wiedman, 2021; Crawford et al, 2015; Marcum, 2008; Schramme/Edwards, 2017; Schweda/Coors/Bozzaro, 2020; Ferber, 2023). Hier ist die Lücke nochmals vielfach größer (vgl. insgesamt auch: Devis-Rozental/Clarke, 2020). Gesundheitsmanagement-Zertifikate mögen heute für die Karriereplanung im Berufsfeld der Medizin üblich sein. Dagegen ist der Wert der Bachelor- und der Masterausbildung in der Pflege immer noch strittig, weil die Verwissenschaftlichung des Wirkfeldes der natürlichen Mütterlichkeit als Deutungsmuster der Care-Kulturpraxis als Störfaktor in der Gender-Grammatik des Gesundheitswesens gilt. Der *homo hierarchicus* sitzt tief in der Kulturgeschichte, hier in der Medizin, die ihre eigene Psychohistorie als Korrelat aufweist, verankert.

## 16.5 Bedarf einer neuen Medicinalreformbewegung

Entgegen der einstigen Politisierung der Medizin als »soziale Medizin« (Österreichische Gesellschaft für Arbeitsmedizin, 2013) im Kontext der Medizinalreformbewegung von 1848, in der Rudolf Virchow (Sander, 2012; Vasold 2015; Goschler, 2021) noch sozialreformerisch konstatierte, der Arzt

sei der natürliche Anwalt der Armen, ist die Medizin zwar im System des Neo-Korporatismus der Gemeinsamen Selbstverwaltung unter der Rechtsaufsicht des BGM organisiert, aber von einem Geist einer Sozialreform der Gesellschaft ist dort nichts zu spüren.

Das etablierte System hat sich eingerichtet in der Verwaltung der chronischen Erkrankungen mit hoher Prävalenz, auch wenn das klassische Krankheitspanorama in der Corona-Krise nochmals die sozialgeschichtlichen Erinnerungen an den Ursprung der öffentlichen Gesundheitspolitik (Kawachi/Lang/Ricciardi, 2020) in Erinnerung brachte (Schulz-Nieswandt, 2021j). Man wird hier folglich im Lichte der überaus umfänglichen Forschungsliteratur zu den Alter(n)sbilder erneut kritisch nachfragen müssen, wie es um die Haltung gegenüber dem alten Menschen im System steht.

## 17 Ausblick zwischen konkreter Utopie und Dytopie

Was ist also, insgesamt betrachtet, die Problematik? Es soll nur nochmals auf das Kernproblem einer viel komplexeren Gewebestruktur des Feldes eingegangen werden. Die vorliegende Problemexplikation ist das Plädoyer für einen radikalen Bruch in der Pfadabhängigkeit eines kranken Sektors der Krankenversorgung (Schulz-Nieswandt, 2023e).

Es geht um eine Einbettung der Gesundheitsversorgung in den Kontext der kommunalen Daseinsvorsorge unter verfassungskonform ausgestalteter kooperativer Mitwirkung der Sozialversicherungen (Achtung der Zweckbindung der parastatistischen Körperschaften des öffentlichen Rechts in Selbstverwaltung und daher Verbot von Quersubventionierungen steuerfinanzierter öffentlicher Leistungsverwaltungsaufgaben; Gebot des finanzwirtschaftlichen Konexitivitätsprinzips zwischen Bund/Länder einerseits und Kommunen andererseits) in der Sozialraumentwicklung als Netzwerkbildungsarbeit.

### 17.1 Visionäre Ideen oder an Schrauben drehen?

Parametrische Reformen, vor allem leistungsrechtlicher Art, gab und gibt es ständig. Doch wo bleiben die transformativen Systemreformen (im Sinne des Wirtschaftsorganisationsrechts vor allem in vertragsrechtlicher Perspektive mit der Nachfrage, wer soll warum, wozu und wie unter Leistungserstellungsvertrag genommen werden), die in ihrer transgressiven Logik das Durchschreiten von Übergangsräumen in eine bessere Anderswelt ermöglichen? Wie steht es um die Entwicklung und sodann um die Implementation der notwendigen Ideen?

Unter Implementierung versteht man die Umsetzung einer Idee, dabei Strukturen und Prozessabläufe in der Praxis betreffend, die durch die Politik im Diskurs generiert wurden. Dabei wird man wieder vielerlei Vektoren und Faktoren in der sozialen Geometrie des Kräftefeldes berücksichtigen (sozusagen: in Rechnung stellen) müssen. Das hat man durchgängig im Projekt OBERBERG\_FAIRsorgt gespürt.

Aber bekanntlich, in der existenzanalytischen Mythopoetik als Arbeit der Remythisierung, sollte man sich den (hier allerdings der Supervision bedürftigen: Schäfer, 2021) Sisyphus als einen glücklichen Menschen vorstellen (Whistler, 2020).

**Hoffnung, Scheitern, Enttäuschung, Trost (...) Hoffnung (...):** Wenn sich keine neue Kultur im Sinne einer Kollektivpsychodynamik im Regime

der Gemeinsamen Selbstverwaltung einstellt, so kommt dieses System zwischen Markt und Staat (Ostrom, 2015) an ihre Grenze, weil ihre Effektivität auf die strukturkonservative Verwaltung der »Ordnung der Dinge« (als interdependente Ordnung von Macht, Wissen, Dispositiven, Wirklichkeitsdeutungen, Institutionen, Recht, Praktiken etc.) beschränkt bleibt. Die kreative Transformationsarbeit aus einer kollektiv geteilten Vision heraus ist nicht, um in der Modallogik einer dynamischen Prozessontologie zu denken (Ruben, 2018), Teil ihres Vermögens, wodurch in der Folge sodann dergestalt der erwünschte radikale Wandel unterbleibt.

Die sozialtheoretische Kategorie der Radikalität bezieht sich dabei auf das Ziel einer Anderswelt, nicht auf die Art und Weise der Einleitung des Übergangsbewegungsraums. Die Hoffnung auf die ständig kleinen Schritte verweist dagegen aber auch auf die Ewigkeit, wenn der Raum zwar gekrümmt, aber unendlich ist.

## 17.2 Demokratieversagen?

Im Rahmen einer liberalen Demokratie mit einer Arena einer deliberativen Zivilgesellschaft (Bächtiger et al., 2018; Curato/Hammond/Min, 2022), die aber ihre Themen in der Agenda-Dynamik ganz anders sortiert, kann man allerdings die transformativen Schritte nicht autoritativ „von oben“ erzwingen. Die soeben angesprochene Kategorie der Radikalität macht deutlich, dass es einer Kultur sich entwickelnder Akzeptanz des Wandels gegeben muss, um eine bessere Anderswelt einzuleiten.

Aber gerade deshalb gilt: Die bisherige Innovationsfondspolitik ist weitgehend verpufft, nimmt man eine Vermessung an einem solchen, hier zum Ausdruck gebrachten holistischen Transformationsanspruch vor. Die Demokratisierung des Gesundheitswesens durch soziale Bewegungen „von unten“ (Cnaan/Milofsky, 2019; Roggeband/Klandermans, 2017) ist nicht abzusehen. Um ein weiter oben schon genanntes Beispiel zu nutzen: Die einstige System-problematisierende und Expertokratie-kritische Graswurzel-Bewegung (Schulz-Nieswandt/Langenhorst, 2015) der gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen (Schulz-Nieswandt/Micken/Moldenhauer, 2022) ist längst durch die kolonialisierende Macht des Systems in den Neo-Korporatismus inkorporiert worden (Schulz-Nieswandt, 2019a; 2019d; Schulz-Nieswandt/Köstler/Langenhorst/Hornik, 2018).

**Wertkonservative Transformation statt Strukturkonservatismus:** Und, nochmals anders formuliert, so gilt wohl in der Tat: Politik in der liberalen

Demokratie ist nicht ein unbedingter Souverän absoluter Macht, sonst wäre es ja auch keine Demokratie. Demokratie hat keinen Anspruch auf Perfektionaltät, sonst würde sie das Versprechen totalitärer Systeme übernehmen, ein Versprechen, an dem diese totalitären Systeme autokratischer Regime immer mit hohen sozialen Kosten scheitern.

Wenn man alle Mühen nicht gescheut hat, wird man dann doch eventuell das relative demokratische Scheitern hinnehmen müssen: Der Anspruch an der kulturbedeutsamen Setzung von sozialpolitischen Zielen mag (ist es aber nur selten) mitunter relativ hoch sein und somit teleologisch stimmen, aber die Transformation der normativ-rechtlichen Rahmenbedingungen für eine »Gestalt-mutative« Ideenpolitik muss von hinreichenden Mehrheiten mitgetragen werden. Doch die etablierte Politische Ökonomie des Handlungsfeldes ist an der Reproduktion der Strukturen und der entsprechenden Refinanzierungsströme interessiert.

### 17.3 Versagen des Marktes der Zivilgesellschaft

Die etablierte Aktantenfiguration und ihre Kultur hat ihre betonierten Programmcodes, nach denen sie funktioniert. »Politics against markets« ist ein schwieriges Vorhaben. Besitzrechtsindividualistische Borniertheit des Strukturkonservatismus und die Myopie der (skotomisierten) Blickverengung lassen das Pneuma des Dionysos, die Verhältnisse zum Tanzen zu bringen, ungemerkt, obwohl man der sozialen Wirklichkeit ihre eigene Melodie (auf der Panflöte der Sozialkritik) vorspielen mag.

**Der homo oeconomicus im Feld:** Die Ordnung der Dinge des etablierten Systems hat sich in die Aktanten tief eingeschrieben und entsprechend tief verankerte Habitusformationen ausgebildet und ist in ihren psychodynamischen Aufstellungen (Schulz-Nieswandt, 2020b) in der Affektkultur (Kränkungen des professionellen Sozialstatus, Experimental-Angst vor Systemveränderungen [Heinze, 2011], Begierde der Einkommensmaximierung im Zuge der Möglichkeit, die das institutionenökonomische Theorem der anbieterinduzierten Nachfrage bei asymmetrischer Informationsverteilung und unvollständig spezifizierten Verträgen eröffnet) nur begrenzt zur Selbsttranszendenz (Schulz-Nieswandt, 2023a) hin zum öffentlichen Wohl bereit (→ Kraft des ideellen Wollens) und fähig (→ Kraft des tugendethischen Könnens).

Kommt es daher immer wieder nur zu dieser Selbstblockade? Was würde denn dann als visionäre Idee blockiert? Die Antwort lautet: Eine humange-



rechte Wende bleibt aus, ihre Pflanzung und effektive sowie nachhaltige Entwicklung wäre nicht abzusehen.

#### 17.4 Der kommunale Raum der Dichte von sozialem Rechtsstaat und Zivilgesellschaft

Wo müsste diese im Lichte der Warum- und Wozu-Rechtfertigung anthropologisch, rechtsphilosophisch, ethisch und versorgungskulturpolitisch hinreichend begründete Transformation stattfinden, also im Alltag geschehen? Der mit dieser Frage gemeinte relevante Gestaltungskontext ist der Raum der kommunalen Daseinsvorsorge.

**Nochmals: polylokale Räume der Region gestalten:** Deshalb muss es zur Dynamik von Kooperationsformen der Sozialversicherungen und der Kommunen kommen, nicht nur in der Finanzierung, sondern auch in der Entwicklung und in der nachhaltigen Pflege der Sozialraumbildung als Performativität von Räumen vernetzter Strukturen lokaler Sorggemeinschaften und regionaler Infrastruktur (Kriterien sind hierbei: Niedrigschwelligkeit, Verfügbarkeit, Erreichbarkeit, Zugänglichkeit, Akzeptabilität, Nachhaltigkeit, Effektivität etc.) kommen.

#### 17.5 Fazit zur Zukunft der Medizin

Das deutsche System ist, in international vergleichender Sicht, dominant anreiz-orientiert, weniger Ziel-orientiert. Die vulnerablen Menschen folgen den etablierten Finanzierungsströmen, die die Struktur der fragmentierten, sektoralisierten und segmentierten Versorgung abbilden.

**Der Esel folgt der Rübe:** Die Finanzierungsströmungen müssten eigentlich, umgekehrt, den sinnvollen, also bedarfsgerechten Versorgungspfaden der Patienten folgen.

Das etablierte System ist demnach, anders formuliert, weniger von Ideen geleitet als vielmehr von Interessen getrieben:

Interessen → etablierte Pfadabhängigkeit ↔ Transformationspfad ← Ideen.

Wir benötigen daher eine andere, nämlich eine soziale Medizin. OBERBERG\_FAIRsorgt ist zwischen dieser Diagnose einerseits und dieser Vision andererseits eingespannt.

**Mythen der Medizin:** Die faszinierende Geschichte des modernen medizinischen Fortschritts darf nicht übersehen lassen, dass der heute etablierte medizinisch-technische Komplex, im Durchschnitt, aber mit einer gewissen Heterogenität, auf einer dramatischen Blickverengung basiert: Sie isoliert im Sinne einer Abstraktion in einer nicht humangerechten Art und Weise den Menschen aus seinen kulturellen Einbettungen, sozialen Verkettungen, verstrickten Geschichten seiner Biographie, seinen Wohn- und Lebensformen und macht den Menschen zum Objekt seiner (mitunter auch ökonomisch motivierten) technizistischen Begierde.

Der OP-Raum der Akutmedizin wird zur generalisierten Metapher der szenischen Tiefenhermeneutik als Semiotik (Trifonas, 2015) der performativen Kultur der sozialen Inszenierung der Soteriologie der modernen Medizin.

**Skeptische Ausblicke:** Das System geht zunehmend trans- bzw. post-humanistische Wege eines Perfektionismus als neue Stufe der »Kolonialisierung der Lebenswelt« der Menschen und der Spaltung von Geist, Seele und Körper, mitunter in der Form der neurowissenschaftlichen Vertreibung des Geistes und in der Art und Weise der Biochemikalisierung der Seele.

**Posthumanistischer Transhumanismus:** Die prometheische Hybris des Transhumanismus der Abschaffung des Alterns und der Vision der Unsterblichkeit (Tumilty/Battle-Fisher, 2022) hebt ab wie einst Ikarus, dessen weiteres Schicksal uns ja mythopoetisch überliefert ist und daher sattem bekannt sein sollte.

**Negative These:** Denken wir einmal entgegen unserer Philosophie der Hoffnung auf die konkrete Utopie des Noch-Nicht der erträumten Anderswelt nun eher dystopisch: Die ganze, hier explizierte Sozialraumidee als Versorgungskulturvission aus dem Geist der Rechtsphilosophie und Ethik der Onto-Anthropologie der »Sakralität der Person« heraus ist gefährdet, dem »Sozialgedöns und Sozialklimbom«-Narrativ als Spott der Arroganz zynischer Ignoranz ausgesetzt zu werden.

**Positive Antithese:** Der Mensch in seiner komplexen Ganzheit ist aber nicht für die Medizin da, sondern die Medizin ist in ihrer dienenden Rolle zu verstehen. Dabei hat sie auf demokratischer Augenhöhe die anderen relevanten Sektoren und Professionen, den vulnerablen Menschen und sein engstes soziales Umfeld achtsam und mit Empathie zu respektieren, zu achten und sich dahingehend dialogisch zu öffnen, damit eine einerseits »personenzentrierte« (→ Case Management) und andererseits kooperative (→ Care Management) Versorgung möglich und letztendlich zur selbstverständlichen Normalität wird. Dies ist und bleibt möglich.

**Fragliche Synthese:** Bestätigt der weitere Verlauf der Gesetzgebung wiederum erneut eher die Pathosophie des Scheiterns? Wird die skizzierte konkrete Utopie umkippen in eine dystopische Erfahrung? Ist die soziale Innovation (Schulz-Nieswandt/Rehner u. a., 2023; Schulz-Nieswandt/Chardey/Möbius, 2023; Schulz-Nieswandt, 2023a), die diese Prädikation der Innovativität (Schulz-Nieswandt, 2024a; 2024b) auch tatsächlich für sich in Anspruch nehmen kann, wieder nur ein Versuch, der in der Strategie einer symbolischen Politik verhungert? Am Ende stirbt die Hoffnung. Was dann bleibt, ist nur noch der Trost.

## 18 Schluss

Über die Zukunft der Medizin wird viel – geradezu eschatologisch – geschrieben. Von sozialer Medizin ist hierbei relativ selten die Rede. Es ist eher eine medizinisch-technische (Unsel, 1992) Utopie, die dort erzählt wird. OBERBERG\_FAIRsorgt hat uns exemplarisch aufgezeigt, was uns dabei fehlt und was man stattdessen mitdenken muss.

**Neustart aus der Sackgasse heraus?** Das Passungsgefüge als Zusammenspiel (Schulz-Nieswandt, 2021h) von Challenge und Response in Bezug auf die Verletzbarkeit und auf die Würde (Schulz-Nieswandt, 2021g) der menschlichen Person bedarf im Gesundheitswesen einen „Neustart“ (Schulz-Nieswandt, 2021f).

Im Sinnhorizont des prometheischen biopolitischen (Riesch/Emmerich/Wainwright, 2018) Wahns der Enhancement-Medizin der Mythopoeik der Selbstoptimierungskultur geht die Humanität verloren (Meacham, 2016).

Stattdessen benötigen wir eine lebensweltlich eingebettete soziale Medizin, die in ganz neuen interprofessionellen Bezugssystemen transsektoral und intersektionell zu denken ist. Die Strukturen von OBERBERG\_FAIRsorgt sind hierbei erste Schritte zu dieser noch viel komplexeren Anderswelt, die eine bessere Welt sein würde.

## 19 Literatur

- Abreu, Laurinda/Sheard, Sally (eds.) (2013): *Hospital Life. Theory and Practice from the Medieval to the Modern*. Frankfurt am Main et al: Lang.
- Abt, Jan/Blecken, Lutke/Bock, Stephanie/Diringer, Julia/Fahrenkrug, Katrin (Hrsg.) (2022): *Von Beteiligung zur Koproduktion. Wege der Zusammenarbeit von Kommune und Bürgerschaft für eine zukunftsfähige kommunale Entwicklung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Adloff, Frank/Caillé, Alain (Hrsg.) (2022): *Convivial Futures. Views from a Post-Growth Tomorrow*. transcript: transcript.
- Agich, Georg J (2003): *Dependency and Autonomy in Old Age*. New York: Cambridge University Press.
- Akram, Sadiya (2023): *Bourdieu, Habitus and Field. A Critical Realist Approach*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Alamad, Samir (2024): *Beyond Profit. The Humanisation of Economics Through the Theory of Equitable Optimality*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Albright, James/Hartman, Deborah/Widin, Jacqueline (eds.) (2018): *Bourdieu's Field Theory and the Social Sciences*. Berlin et al.: Springer Singapore.
- Alber, Erdmute/Drotbohm, Heike (eds.) (2015): *Anthropological Perspectives on Care. Work, Kinship, and the Life-Course*. Basingstoke/New York: Palgrave Macmillan US.
- Allan, Helen T./Arber, Anne (eds.) (2018): *Emotions and Reflexivity in Health & Social Care Field Research*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Almakaeva, Anna et al. (eds.) (2022): *Social Capital and Subjective Well-Being. Insights from Cross-Cultural Studies*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Amelung, Volker et al. (eds.) (2018): *Handbook Integrated Care*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Aner, Kirsten/Schroeter, Klaus R. (Hrsg.) (2021): *Kritische Gerontologie. Eine Einführung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Anderson, Emily E. (ed.) (2023): *Ethical Issues in Community and Patient Stakeholder-Engaged Health Research*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Anheier, Helmut K./Toepler, Stefan (Hrsg.) (2010): *International Encyclopedia of Civil Society*. Berlin u. a.: Springer US.
- Ascoli, Ugo/Ranci, Constanzo (eds.) (2002): *Dilemmas of the Welfare Mix. The New Structure of Welfare in an Era of Privatization*. Berlin et al: Springer US.
- Åsländer, Michael S. (Hrsg.) (2022): *Handbuch Wirtschaftsethik. 2., aktual. u. erw. Aufl.*. Berlin: Metzler in Springer.
- Ayalon, Liat/Tesch-Römer, Clemens (eds.) (2018): *Contemporary Perspectives on Ageism*. Berlin: Springer International Publishing.
- Bächtiger, André et al. (eds.) (2018): *The Oxford Handbook of Deliberative Democracy*. Oxford: Oxford University Press.
- Bandura, Albert (1997): *Self-efficacy: The exercise of control*, New York: Freeman.
- Bardy, Roland (2023): *Public Goods and Commons. The Foundation for Human Wellbeing*. Berlin: De Gruyter.

- Baur, Nina/Kelle, Udo/Kuckartz, Udo (Hrsg.) (2018): *Mixed Methods*. Wiesbaden: Springer VS.
- Becker, Pia (2019): *Patientenautonomie und informierte Einwilligung. Schlüssel und Barriere medizinischer Behandlungen*. Berlin: Metzler in Springer.
- Behzadi, Asita/Lenz, Albert/Neumann, Olaf/Schürmann, Ingeborg/Seckinger, Mike (Hrsg.) (2023): *Handbuch Gemeindepsychologie. Community Psychology in Deutschland*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Beideck, Julia (2020): Sozialgenossenschaften als Akteure des Dritten Sektors - Eine konzeptionelle Analyse. In: *Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen* 43 (1-2): S. 105-131.
- Beideck, Julia (2024): Kulturgenossenschaften in Deutschland – Ein Überblick. In: *ProAlter* 56 (1): S. 26-29.
- Betz, Johanna/Bieling, Hans-Jürgen/Futterer, Andrea/Möhring-Hesse, Matthias/Nagel, Melanie (Hrsg.) (2023): *Konflikte um Infrastrukturen. Öffentliche Debatten und politische Konzepte*. Bielefeld: transcript.
- Blasius, Jörg et al. (eds.) (2020): *Empirical Investigations of Social Space*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Bloch, Ernst (1985): *Subjekt - Objekt. Erläuterungen zu Hegel*. 2. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Blome-Drees, Johannes/Göler von Ravensburg, Nicole/Jungmeister, Alexander/Schmale, Ingrid/Schulz-Nieswandt, Frank (Hrsg.) (2023): *Handbuch Genossenschaftswesen*. Wiesbaden: Springer VS.
- Boccia, Stefania et al. (eds.) (2021): *Personalised Health Care. Fostering Precision Medicine Advancements for Gaining Population Health Impact*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Bodiroga-Vukobrat, Nada/Rukavina, Daniel/Pavelić, Krešimir/Sander, Gerald G. (eds.) (2016): *Personalized Medicine. A New Medical and Social Challenge*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Böge, Wolfram (2011): *Kassenärztliche Vereinigungen und Ärztekammern im Europäischen Kartellrecht. Die ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften als verbotene Kartelle auf dem Markt für ambulante ärztliche Leistungen?* Frankfurt am Main u. a.: Lang.
- Bösch, Stefan/Groß, Matthias/Krohn, Wolfgang (Hrsg.) (2017): *Experimentelle Gesellschaft. Das Experiment als wissenschaftliches Dispositiv*. Baden-Baden: Nomos.
- Bollier, David/Helfrich, Silke (eds.) (2012): *The Wealth of the Commons. A World beyond Market and State*. Kent: Levellers' Press.
- Bonan, Giacomo/Occhi, Katia (eds.) (2023): *Environment and Infrastructure. Challenges, Knowledge and Innovation from the Early Modern Period to the Present*. Berlin: De Gruyter Oldenbourg.
- Boubli, Elodie/Ferrarello, Susi (eds.) (2023): *The Vulnerability of the Human World. Well-being, Health, Technology and the Environment*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Boulding, Elise (1982): Review: Social Science—For What? *Festschrift for Johan Galtung*. In: *Contemporary Sociology* 11 (3): S. 323-324.

- Braun, Jerome (2013): *Democratic Culture and Moral Character. A Study in Culture and Personality*. Berlin et al.: Springer Netherland.
- Breidenstein, Georg u. a. (2015): *Ethnografie. Die Praxis der Feldforschung*. 2., aktual. Aufl. Konstanz: UVK in UTB.
- Brockmeier, Jens (2022): *Erzählen als Lebensform*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Brunk, Luise (2021): *Interessenausgleich im Vertragsarztrecht.. Kollektive und individuelle Interessenwahrungsmöglichkeiten der Vertragsärzte*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Bruyns, Gerhard/Kousoulas, Stavros (eds.) (2022): *Design Commons. Practices, Processes and Crossovers*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Bucksch, Jens/Schlicht, Wolfgang (2023): *Kommunale Gesundheitsförderung. Ein Debatteanstoß zu einer policy-orientierten Transformation der Kommune zur ökologischen Resilienz*. Berlin: Springer.
- Bumbacher, Urs/Gmür, Markus/Lichtsteiner, Hans (2018): *NPO Management - A European Approach. The Fribourg Management Model for Nonprofit Organizations*. Bern: Haupt Verlag.
- Burns, Robert B. (2023): *The Human Impact of the COVID-19 Pandemic. A Review of International Research*. Berlin et al.: Springer Singapore.
- Busch, Albert/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.) (2015): *Handbuch Sprache in der Medizin*. Berlin u. a.: De Gruyter Mouton.
- Carrier, James G. (2018): *Moral economy: What's in a name*. In: *Anthropological Theory* 18 (1): S. 18–35.
- Christoforou, Asimina/Davis, John B. (eds.) (2014): *Social Capital and Economics. Social value, power, and social identity*. Routledge: London & New York.
- Cnaan, Ram A./Milofsky, Carl (eds.) (2019): *Handbook of Community Movements and Local Organizations in the 21st Century*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Cockerham, William C. (ed.) (2013): *Medical Sociology on the Move. New Directions in Theory*. Berlin et al.: Springer Netherland.
- Collins, S. (2015): *The Core of Care Ethics*. Basingstoke/New York: Palgrave Macmillan UK.
- Collyer, F. (ed.) (2015): *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*. Basingstoke/New York: Palgrave Macmillan UK.
- Costa, João (2023): *Health as a Social System. Luhmann's Theory Applied to Health Systems. An Introduction*. Bielefeld: transcript.
- Crawford, P./Brown, B./Baker, C./Tischler, V./ Abrams, Brian (2015): *Health Humanities*. Basingstoke/New York: Palgrave Macmillan UK.
- Curato, Nicole/Hammond, Marit/Min, John B. (2022): *Power in Deliberative Democracy. Norms, Forums, Systems*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Dalferth, Ingolf U./Block, Marlene A. (eds.) (2023): *Autonomy, Diversity and the Common Good*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- De Angelis, Masimo (2017): *Omnia Sunt Communia: On the commons and the transformation to postcapitalism*. London: Zed Books.

- Dedfil, Rico/Di Giulio, Antonietta (Hrsg.) (2016): Transdisziplinär forschen - zwischen Ideal und gelebter Praxis. Frankfurt am Main-New York: Campus.
- Department of Community Health (DoCH) (Hrsg.) (2022): Community Health. Grundlagen, Methoden, Praxis. Weinheim: Juventa in Beltz.
- Devis-Rozental, Camila/Clarke, Susanne (eds.) (2020): Humanising Higher Education. A Positive Approach to Enhancing Wellbeing. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- d'Hoop, Ariane (2023): The Slightest Attachment. When Psychiatric Spaces Enact Affinities. Bielefeld: transcript.
- Douglas, Mary (1987): How Institutions Think. London: Routledge/L. Kegan Paul.
- Duff, Cameron (2014): Assemblages of Health. Deleuze's Empiricism and the Ethology of Life. Berlin et al.: Springer Netherland.
- Durkin, K. (2014): The Radical Humanism of Erich Fromm. Basingstoke/New York: Palgrave Macmillan US.
- Eckermann, Ines Maria (2016): Selbstwirksamkeit, Tugend und Reflexion. Antike Glückstheorien und die moderne Forschung. Marburg: Tectum Wissenschaftsverlag.
- Edelman, Murray (2005): Politik als Ritual. Die symbolische Funktion staatlicher Institutionen und politischen Handelns. Frankfurt am Main/New York: Campus.
- Enjolras, Bernard et al. (2018): The Third Sector as a Renewable Resource for Europe. Concepts, Impacts, Challenges and Opportunities. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Ermann, Ulrich/Höfner, Malte/Hostniker, Sabine/Preininger, Ernst Michael/Simic, Danko (Hrsg.) (2022): Die Region - eine Begriffserkundung. Bielefeld: transcript.
- Esping-Andersen, Gösta (1990): Three Worlds of Welfare Capitalism. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Ettorre, Elizabeth et al. (2017): Health, Culture and Society. Conceptual Legacies and Contemporary Applications. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Fabiani, Jean-Louis (2020): Pierre Bourdieu: A Heroic Structuralism. Leiden: Brill.
- Ferber, Christian von (1971): Gesundheit und Gesellschaft: Haben wir eine Gesundheitspolitik? Stuttgart u. a.: Kohlhammer.
- Ferber, Christian von (2023): Menschenbild und Gesellschaft. Studien zur Philosophischen Anthropologie, Soziologie und Medizinsoziologie. Baden-Baden: Alber in Nomos.
- Fitzsimons, Patrick (2011): Governing the Self. A Foucauldian Critique of Managerialism in Education. Frankfurt am Main et al.: Lang.
- Foucault, Michel (1988): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. 11. Aufl. Frankfurt am Main: Fischer.
- Foundational Economy Collective (2018): Foundational Economy: The Infrastructure of Everyday Life. Manchester: Manchester University Press.
- Fox, Bianca (ed.) (2019): Emotions and Loneliness in a Networked Society. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Freeman, Samuel (2007): Rawls. London/New York: Routledge.



- Fritzsche, Kurt/McDaniel, Susan H./Wirsching, Michael (eds.) (2014): Psychosomatic Medicine. An International Primer for the Primary Care Setting. Berlin et al.: Springer US.
- Galtung, Johan (1990): Cultural Violence. In: Journal of Peace Research 27 (3): S. 291–305.
- Gambert, Steven R. (2013): Handbook of Geriatrics. Berlin et al.: Springer US.
- Geene, Raimund/Reese, Michael (2016): Handbuch Präventionsgesetz. Neuregelungen der Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Gellman, Marc/Turner, J. Rick (eds.) (2013): Encyclopedia of Behavioral Medicine. Berlin et al.: Springer US.
- Gibson-Graham, J. K. et al. (2013): Take Back the Economy: An ethical guide for transforming our communities. Minneapolis.
- Gilgen, Sandra (2022): Disentangling Justice. Needs, Equality or Merit? On the Situation-Dependency of Distributive Justice. Baden-Baden: Nomos.
- Glatzer, Wolfgang et al. (eds.) (2015): Global Handbook of Quality of Life. Explorations of Well-Being of Nations and Continents. Berlin et al.: Springer Nederland.
- Götz, Norbert (2015): 'Moral Economy': Its Conceptual History and Analytical Prospects. In: Journal of Global Ethics, 11 (2): S. 147–162.
- Goschler, Constantin (2021): Rudolf Virchow. Mediziner - Anthropologe – Politiker. 3. überarb. u. erg. Aufl. Köln: Böhlau.
- Greenberg, Tamara McClintock (2016): Psychodynamic Perspectives on Aging and Illness. 2nd. ed. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Greve, Bent (Hrsg.) (2022): De Gruyter Handbook of Contemporary Welfare States. Berlin: De Gruyter.
- Groves, C. (2014): Care, Uncertainty and Intergenerational Ethics. Basingstoke/New York: Palgrave Macmillan UK.
- Gueye, Cheikh Mbacke (ed.) (2011): Ethical Personalism. Berlin: De Gruyter.
- Guimarães, João Paulo (ed.) (2014): Fear of Aging. Old Age in Horror Fiction and Film. Bielefeld: transcript.
- Hänsle, Walter (2016): Streik und Daseinsvorsorge. Verfassungsrechtliche Grenzen des Streikrechts in der Daseinsvorsorge. Zugleich ein Beitrag zur Staatsaufgabenlehre sowie zur Grundrechtsdogmatik des Art. 9 Abs. 3 GG. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Hahn, Ursula/Kurscheid, Clarissa (Hrsg.) (2020): Intersektorale Versorgung. Best Practices – erfolgreiche Versorgungslösungen mit Zukunftspotenzial. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Hall, Geraldine (2022): Virtue and Social Enterprise. Ethical Alternatives to Capitalism. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Hank, Karsten/Wagner, Michael/Zank, Susanne (Hrsg.) (2023): Altersforschung. Handbuch für Wissenschaft und Studium. 2., aktual. u. überarb. Aufl. Baden-Baden: Nomos.
- Hankivsky, Olena/Jordan-Zachery, Julia S. (eds.) (2019): The Palgrave Handbook of Intersectionality in Public Policy. Berlin et al.: Springer International Publishing.

- Hansen, Eckhardt in Zusammenarbeit mit Paul Klein (1981): Seit über einem Jahrhundert: verschüttete Alternativen in der Sozialpolitik. Köln: Bund-Verlag.
- Haschemi Yekani, Elahe/Nowicka, Magdalena/Roxanne, Tiara (2022): Revisualising Intersectionality. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Haworth, John/Hart, Graham (eds.) (2007): Well-Being. Individual, Community and Social Perspectives. Basingstoke/New York: Palgrave Macmillan UK.
- Hayre, Christopher M./Muller, Dave J./Hackett, Paul M. W. (eds.) (2023): Rehabilitation in Practice. Ethnographic Perspectives. Berlin et al.: Springer Singapore.
- Heerdt, Christian (2021): Die Zukunft der Langzeitpflege. Agenturmodelle der Sozialraumentwicklung im Mehr-Ebenen-System. Theoretische Grundlagen und praxisbezogene Fundierung: Zeitschrift für Gemeinwirtschaft und Gemeinwohl 44 (3): S. 383-405.
- Heerdt, Christian (2022): Sozialraumagenturen in der Langzeitpflege. Das Agenturmodell als versteckte Idee im KDA-Projekt „Förderung bürgerschaftlichen Engagements durch Pflegestützpunkte“. Baden-Baden: Nomos.
- Heerdt, Christian/Schulz-Nieswandt, Frank (2022): Das Grundrecht auf Sozialraumbildung im Lichte des Menschenbildes der „sozialen Freiheit“ des bundesdeutschen Grundgesetzes: Lehren aus der Corona-Krise. In: Sozialer Fortschritt 71 (10): S. 771-789.
- Heinze, Roderich (2011): Keine Angst vor Veränderungen! Change-Prozesse erfolgreich bewältigen. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Heller, Agnes (1981): Das Alltagsleben. Versuch einer Erklärung der individuellen Reproduktion, 2. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Herreros, Francisco (2004): The Problem of Forming Social Capital. Why Trust? Washington, DC: Palgrave Macmillan.
- Hevelke, Alexander (2017): Von Wohl und Wille. Zur ethischen Rechtfertigung von Patientenverfügung und mutmaßlichem Willen. Marburg: Tectum Wissenschaftsverlag.
- Hirsch, Jameson K./Chang, Edward C./Kelliher Rabon, Jessica (eds.) (2019): A Positive Psychological Approach to Suicide. Theory, Research, and Prevention. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Hitlin, Steven/Vaisey, Stephen (eds.) (2010): Handbook of the Sociology of Morality. Berlin et al.: Springer US.
- Hochreiter, Gerhard (2011): Choreografien von Veränderungsprozessen. Die Gestaltung von komplexen Organisationsentwicklungen. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Höpp, Hans W. u. a. (2023): Gesundheitskiosk, Gesundheitsregionen – und dann? In: G + S (4-5): S. 93-99.
- Hoggett, P. (2000): Emotional Life and the Politics of Welfare. Basingstoke/New York: Palgrave Macmillan UK.
- Hojat, Mohammadreza (2007): Empathy in Patient Care. Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes. Berlin et al.: Springer US.
- Hojat, Mohammadreza (2016): Empathy in Health Professions Education and Patient Care. Berlin et al.: Springer International Publishing.

- Horenkamp-Sonntag, Dirk (2017): Versorgungsforschung und Qualitätsmessung mit GKV-Routinedaten. Die Belastbarkeit von Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung für die wissenschaftliche Nutzung. Baden-Baden: Nomos.
- Hudson, Blake et al. (eds.) (2020): Routledge Handbook of the Study of the Commons. London: Routledge.
- Hui, Allison et al. (eds.) (2017): The nexus of practices. Connections, constellations and practitioners. London, New York: Routledge.
- Hutchinson, Tom A. (ed.) (2011): Whole Person Care. A New Paradigm for the 21st Century. Berlin et al.: Springer US.
- Iakushevich, Marina/Ilg, Yvonne/Schnedermann, Theresa (Hrsg.) (2021): Linguistik und Medizin. Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven, Berlin: De Gruyter.
- Ibrahim, Solava/Tiwari, Meera (eds.) (2014): The Capability Approach. From Theory to Practice. Basingstoke/New York: Palgrave Macmillan UK.
- Igl, Gerhard (2023): Regulatorische Möglichkeiten einer Installierung von Patientenlotsen im Sozialleistungssystem und Einschätzungen zur gesetzgeberischen Umsetzung. Baden-Baden: Nomos.
- Jaehrling, Karen/Stiehm, Christin (2022): Der Staat als ‚Guter Auftraggeber‘? Öffentliche Auftragsvergabe zwischen Vermarktlichung und Sozialpolitisierung. Wiesbaden: Springer VS.
- Jeffries, V. (ed.) (2014): The Palgrave Handbook of Altruism, Morality, and Social Solidarity. Formulating a Field of Study. Basingstoke/New York: Palgrave Macmillan US.
- Jensen, Rasmus Thybo/Moran, Dermot (eds.) (2014): The Phenomenology of Embodied Subjectivity. Berlin et al: Springer International Publishing.
- Jünger, Jana/Bertram, Wulf/Brass, Konstantin/Mutschler, Anna Friederike/Nagel, Eckhard (Hrsg.) (2023): Heilkunst Reloaded. Medizingeschichten von Entdeckergeist, Mut und Gestaltungskraft. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Kanbara, Sakiko/Miyagawa, Shoko/Miyazaki, Hiroyuki (eds.) (2022): Disaster Nursing, Primary Health Care and Communication in Uncertainty. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Karsch, Fabian (2015): Medizin zwischen Markt und Moral. Zur Kommerzialisierung ärztlicher Handlungsfelder. Bielefeld: transcript.
- Katzenmeier, Christian/Bergdolt, Klaus (Hrsg.) (2009): Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert. Berlin: Springer.
- Kawachi, Ichiro/Lang, Iain/Ricciardi, Walter (eds.) (2020): Oxford Handbook of Public Health Practice. Fourth Edition. Oxford: Oxford University Press.
- Kelle, Udo (2008): Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung. Theoretische Grundlagen und methodologische Konzepte. 2. Aufl. Wiesbaden: VS.
- Keller, Reiner (2024): The Sociology of Knowledge Approach to Discourse. Foundations, Concepts and Tools for a Research Programme. Berlin et al.: Springer International Publishing.

- Kersten, Jens (2023): Die Verfassung öffentlicher Güter. Baden-Baden: Nomos.
- Kersten, Jens/Neu, Claudia/Vogel, Berthold (2022): Das Soziale-Orte-Konzept. Zusammenhalt in einer vulnerablen Gesellschaft. Bielefeld: transcript.
- Kessler, Oliver (2019): Immer mehr - immer besser? Über-, Unter- und Fehlversorgung im Schweizer Gesundheitswesen. Göttingen: Hogrefe AG.
- Kissová, Lenka (2021): Framing Welfare Recipients in Political Discourse. Political Farming through Material Need Assistance. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Kittel, Bernhard/Traub, Stefan (eds.) (2024): Priority of Needs? An Informed Theory of Need-based Justice. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Klinke, Sebastian/Kadmon, Martina (Hrsg.) (2018): Ärztliche Tätigkeit im 21. Jahrhundert - Profession oder Dienstleistung. Berlin: Springer.
- Knoll, Manuel/Snyder, Stephen/Şimsek, Nurdane (eds.) (2018): New Perspectives on Distributive Justice. Deep Disagreements, Pluralism, and the Problem of Consensus. Berlin: De Gruyter.
- Köckler, Heike/Roll, Anne/Wessels, Michael/Hildebrandt, Helmut (2014): Gesundheitskiosk. Konzepte, Erfahrungen und Perspektiven. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Köhne, Rasmus (2020): Fostering Local Caring Community Building through Mutual-aid Funding in Accordance with with § 20h SGB V and § 45d SGB XI, Using the Example of the "Social Network Lausitz". In: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen 43 (3): S. 352-405.
- Köstler, Ursula (2018): Seniorengenossenschaften. Ein morphologischer Überblick zu gemeinwirtschaftlichen Gegenseitigkeits-Gebilden der sozialraumorientierten Daseinsvorsorge. Baden-Baden: Nomos.
- Köstler, Ursula (2020): Gesundheitsversorgung bei koronarer Herzerkrankung mit psychischer Komorbidität. Ergebnisse einer Versorgungsforschungs-Befragung von Patienten, Angehörigen und Behandlern. Baden-Baden: Nomos.
- Köstler, Ursula (2023): Die BürgerSozialGenossenschaft Biberach erfüllt den Wunsch „In Würde zu Hause alt werden“. Besprechung zu Schulz-Nieswandt, Frank 2023. »Alltagsbegleitung, Betreuung und haushaltshilfliche Dienstleistungen im Alter« der BürgerSozialGenossenschaft Biberach eG. Forschungsbericht zur Begleitung des Projekts „In Würde zu Hause alt werden“ im Modus narrativer Ethnographie. Baden-Baden: Nomos. In: Zeitschrift für Gemeinwirtschaft und Gemeinwohl 46 (2): 276-279.
- Köstler, Ursula (2024): Ein zukunftsweisendes genossenschaftliches Sozialraumprojekt. Gemeinschaftlich „In Würde zu Hause alt werden“ mit der BürgerSozialgenossenschaft Biberach eG. In: ProAlter 56 (1): S. 12-15.
- Köstler, Ursula u. a. (2024): „Und wann kommen Sie wieder vorbei?“ Zwei Jahre Modellprojekt OBERBERG\_FAirsorgt: wie Fallmanagement empowert. In: ProAlter 56 (1): S. 39-43.
- Kofahl, Christopher/Schulz-Nieswandt, Frank/Dierks, Marie-Luise (Hrsg.) (2016): Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in Deutschland Berlin: LIT.
- Kojève, Alexandre (1975): Hegel. Eine Vergegenwärtigung seines Denkens. Kommentar zur Phänomenologie des Geistes. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Kolmar, Martin (2022): Principles of Microeconomics. An Integrative Approach. 2nd ed. Berlin et al.: Springer International Publishing
- Krause, Skadi Sieri S./Jörke, Dirk (eds.) (2023): Republicanism and Democracy. Close Friends? Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Kritsotaki, Despo/Long, Vicky/Smith, Matthew (eds.) (2017): Deinstitutionalisation and After. Post-War Psychiatry in the Western World. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Kuckartz, Udo (2014): Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesign und Analyseverfahren. Wiesbaden.
- Kühl, Uwe (Hrsg.) (2001): Der Munizipalsozialismus in Europa /Le socialisme municipal en Europe. Berlin: De Gruyter Oldenbourg.
- Küpers, W. (2015): Phenomenology of the Embodied Organization. The contribution of Merleau-Ponty for Organizational Studies and Practice. Basingstoke/New York: Palgrave Macmillan UK.
- Kuhlmann, E./Blank, R./Bourgeault, I./Wendt, C. (eds.) (2016): The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance. Basingstoke/New York: Palgrave Macmillan UK.
- Kujala, Antti/Danielsbacka, Mirkka (2019): Reciprocity in Human Societies. From Ancient Times to the Modern Welfare State. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Land, Kenneth C. et al. (eds.) (2012): Handbook of Social Indicators and Quality of Life Research. Berlin et al.: Springer Netherlands.
- Lange, Joachim/Altgeld, Thomas/Haack, Marius/Hilbert, Josef/Preuß, Maren (Hrsg.) (2024): Gesundheitsversorgung in der Kommune stärken. Gesundheitsregionen – Gesundheitskioske – Primärversorgungszentren. Loccumer Protokolle Band 75/2023. Rehburg-Loccum: Evangelische Akademie Loccum.
- Lee, Seung Jong/Kim, Yunji/Phillips, Rhonda (eds.) (2015): Community Well-Being and Community Development. Conceptions and Applications. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Lefebvre, Henri (1972): Das Alltagsleben in der modernen Welt. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Lefebvre, Henri (1987): Kritik des Alltagslebens. Grundrisse einer Soziologie der Alltäglichkeit. Frankfurt am Main: Fischer.
- Leiß, Ottmar (2020): Konzepte und Modelle Integrierter Medizin. Zur Aktualität Thure von Uexkülls (1908-2004): Bielefeld: transcript.
- Lerch, Sebastian (2017): Interdisziplinäre Kompetenzen. Münster u. a.: Waxmann in UTB.
- Lewis, Bridget/Purser, Kelly/Mackie, Kirsty (2021): The Human Rights of Older Persons. A Human Rights-Based Approach to Elder Law. Berlin et al.: Springer Singapore.
- Liamputtong, Pranee (ed.) (2022): Handbook of Social Inclusion. Research and Practices in Health and Social Sciences. Berlin et al.: Springer International Publishing.

- Liamputtong, Pranee (ed.) (2023): *Handbook of Social Sciences and Global Public Health*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Lissowski, Grzegorz (2013): *Principles of Distributive Justice*. Opladen et al.: Barbara Budrich.
- Liu, Shuyang (2024): *The Contemporary Evolution and Reform of Utilitarianism*. Berlin et al.: Springer Singapore.
- Loeffler, Elke/Bovaird, Toni (eds.) (2023): *The Palgrave Handbook of Co-Production of Public Services and Outcomes*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Lorenz, Walter/Havrdová, Zuzana (eds.) (2023): *Enhancing Professionalism Through Reflectivity in Social and Health Care*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Lown, Bernard (2018): *Heilkunst. Mut zur Menschlichkeit*. Stuttgart/New York: Schattauer.
- Lu, Nan (2022): *Loneliness Among Older Adults During the COVID-19 Pandemic. The Role of Family and Community Social Capital*. Berlin et al.: Springer Singapore.
- Maio, Giovanni (2018): *Werte für die Medizin. Warum die Heilberufe ihre eigene Identität verteidigen müssen*. München: Kösel.
- Maio, Giovanni (Hrsg.) (2020): *Von Angesicht zu Angesicht. Zur Bedeutung der persönlichen Begegnung in der Medizin*. Freiburg i. Br. u. a.: Verlag Herder.
- Marcum, James A. (2008): *An Introductory Philosophy of Medicine. Humanizing Modern Medicine*. Berlin et al.: Springer Netherlands.
- Marini, Maria Giulia (2023): *Narrative Medicine. Bridging the Gap between Evidence-Based Care and Medical Humanities*. Berlin u. a.: Springer International Publishing.
- Martin, Ernst/Wawrinowski, Uwe (Hrsg.) (2014): *Beobachtungslehre. Theorie und Praxis reflektierter Beobachtung und Beurteilung*. 6., akt. u. erw. Aufl. Weinheim: Juventa in Beltz.
- Martinez, Iveris/Wiedman, Dennis W. (2021): *Anthropology in Medical Education. Sustaining Engagement and Impact*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Matera, Vincenzo/Biscaldi, Angela (eds.) (2021): *Ethnography. A Theoretically Oriented Practice*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Mathis, Klaus (ed.) (2012): *Efficiency, Sustainability, and Justice to Future Generations*. Berlin et al.: Springer Netherlands.
- Mathis, Klaus/Tor, Avshalom (eds.) (2024): *Law and Economics of Justice. Efficiency, Reciprocity, Meritocracy*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Mayer, Claude-Hélène/Vanderheiden, Elisabeth (eds.) (2021): *International Handbook of Love. Transcultural and Transdisciplinary Perspectives*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Meacham, Darian (ed.) (2016): *Medicine and Society, New Perspectives in Continental Philosophy*. Berlin et al.: Springer Netherlands.
- Meier, Sabine/Bertelmann, Lena/Wissenbach, Lars (eds.) (2014): *Inclusive Localities. Perspectives on Local Social Policies and Practices*. Opladen et al.: Verlag Barbara Budrich.

- Meinertz, Thomas (2018): *Ärztliche Kunst. Was einen guten Arzt ausmacht*. Stuttgart/New York: Schattauer.
- Meißelbach, Christoph (2019): *Die Evolution der Kohäsion. Sozialkapital und die Natur des Menschen*. Wiesbaden: Springer VS.
- Melé, Domèmec (2009): Integrating Personalism into Virtue-Based Business Ethics: The Personalist and the Common Good Principles. In: *Journal of Business Ethics* 88 (1): S. 227-244.
- Meyer-Stiens, Lüder (2012): *Der erzählende Mensch – der erzählte Mensch. Eine theologisch-ethische Untersuchung der Patientenverfügung aus Patientensicht*. Göttingen: Edition Ruprecht.
- Mittelmark, Maurice B. u. a. (eds.) (2022): *The Handbook of Salutogenesis*. 2. Aufl. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Möltgen, Jessica (2019): Sektorenübergreifende Versorgung Pflegebedürftiger – ein Realexperiment mit großen Chancen. In: *ProAlter* 51 (4): S. 60-62.
- Möltgen, Jessica (2022): OBERBERG\_FAIRsorgt. Innovationsfondsprojekt zur sektorübergreifenden Versorgung chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen ab 65 Jahren nimmt in Oberbergischen Kreis Fahrt auf. In: *ProAlter* 54 (4): S. 29-32.
- Montgomery, Anthony/van der Doef, Margot/Panagopoulou, Efharis/Leiter, Michael P. (eds.) (2021): *Connecting Healthcare Worker Well-Being, Patient Safety and Organisational Change. The Triple Challenge*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Morrow, James (2017): *Where the Everyday Begins. A Study of Environment and Everyday Life*. Bielefeld: transcript.
- Moser, Gabriele (2016): *Ärzte, Gesundheitswesen und Wohlfahrtsstaat. Zur Sozialgeschichte des ärztlichen Berufsstandes in Kaiserreich und Weimarer Republik*. (1. Aufl. 2011): Wiesbaden: Springer.
- Mpofu, Elias (ed.) (2021): *Sustainable Community Health. Systems and Practices in Diverse Settings*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Mukerji, Nikil (2018): *The Case Against Consequentialism Reconsidered*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Mulready, Cyrus (2023): *Object Studies. Introductions to Material Culture*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Murphy, John W. et al. (2018): *Narrative Medicine and Community-Based Health Care and Planning*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Myrdal, Gunnar (1969): *Objectivity in Social Research*. New York: Pantheon Books.
- Neuhaus, Rolf (1986): *Arbeitskämpfe, Ärztestreiks, Sozialreformer. Sozialpolitische Konfliktregelung 1900 bis 1914*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Newiak, Denis (2024): *Lonelinesses of modernity. A Theory of Modernization as an Age of Isolation*. Wiesbaden: Springer VS (in press).
- Nolte, Stephan Heinrich (2022): *Heilen oder Behandeln? Reflexionen zu ärztlichem Wirken heute*. Frankfurt am Main: Mabuse.



- Nordmeyer, Laura/Leikert, Charlotte et al. (2024): Quality of health care for patients with coronary heart disease and comorbid mental disorders: A prospective cohort study. In: *BMC Psychology* 12 (1) 288. doi: 10.1186/s40359-024-0193-x.
- Nussbaum, Martha (2011): *Creating Capabilities. The Human Development Approach*. Cambridge: Belknap Press/Harvard University Press.
- Oberprantacher, Andreas/Sicodi, Andrei (eds.) (2016): *Subjectivation in Political Theory and Contemporary Practices*. Basingstoke/New York: Palgrave Macmillan UK.
- Österreichische Gesellschaft für Arbeitsmedizin (Hrsg.) (2013): *Industriegesellschaft, Gesundheit und medizinischer Fortschritt. Einsichten und Erfahrungen des Arbeits- und Sozialmediziners Ludwig Teleky*. Wien: Verlag Österreich.
- Oruç Ertürk, Nesrin/Karaçizmeli, Ayse (eds.) (2022): *Aging and Age Discrimination in Europe. Understanding and Challenging Ageism*. Münster et al.: Waxmann.
- Ostafin, Brian D./Robinson, Michael D./Meier, Brian P. (eds.) (2015): *Handbook of Mindfulness and Self-Regulation*. Berlin et al.: Springer US.
- Özkaytan, Yasemin/Schulz-Nieswandt, Frank/Zank, Susanne (2023): *Acute Health Care Provision in Rural Long-Term Care Facilities: A Scoping Review of Integrated Care Models*. In: *JAMDA* 24: S. 1447-1457.
- Özkaytan, Yasemin/Kuklas, Helena/Schulz-Nieswandt, Frank/Zank, Susanne (2024): *We need a radical change to take place now'-The potential of integrated healthcare for rural long-term care facilities*. In: *Geriatric Nursing* 56 (3): S. 270-277. doi: 10.1016/j.gerinurse.2024.02.022.
- Ostrom, Elinor (2015): *Governing the commons: The evolution of institutions for collective action*. Canto classics. Cambridge: Cambridge University Press.
- Palgi, Yuval/Shrira, Amit/Diehl, Manfred (eds.) (2022): *Subjective Views of Aging. Theory, Research, and Practice*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Pandit, Vishwanath (2016): *Ethics, Economics and Social Institutions*. Berlin et al.: Springer Singapore.
- Pardo, Italo/Prato, Giuliana B. (eds.) (2023): *The Legitimacy of Healthcare and Public Health. Anthropological Perspectives*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Parker, Martin et al. G. (eds.) (2014): *The Routledge Companion to Alternative Organisation*. London/New York: Routledge.
- Parniangtong, Sathit (2017): *Competitive Advantage of Customer Centricity*. Berlin et al.: Springer Singapore.
- Parsons, Talcott (1991): *The Social System*. New Edition (1951). London: Routledge.
- Pfaff, Holger/Neugebauer, Edmund A.M./Ernstmann, Nicole/Härter, Martin/Hoffmann, Falk (Hrsg.) (2024): *Versorgungsforschung. Theorien – Methoden – Praxis*. Wiesbaden: Springer (erscheint demnächst).
- Phelan, Amanda (ed.) (2020): *Advances in Elder Abuse Research. Practice, Legislation and Policy*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Pinter, Georg/Likar, Rudolf/Kada, Olivia/Janig, Herbert/ Schippinger, Walter/Cernic, Karl (Hrsg.) (2016): *Der ältere Patient im klinischen Alltag. Ein Praxislehrbuch der Akutgeriatrie*. Stuttgart: Kohlhammer.



- Pleger, Wolfgang (2023): *The Good Life. An Introduction to Ethics*. Berlin: Metzler in Springer.
- Powell, Jason (2023): *New Perspectives on Health and Social Care*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Pratesi, Alessandro (2018): *Doing Care, Doing Citizenship. Towards a Micro-Situated and Emotion-Based Model of Social Inclusion*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Prainsack, Barbara/Buyx, Alena (2016): *Das Solidaritätsprinzip. Ein Plädoyer für eine Renaissance in Medizin und Bioethik*. Frankfurt am Main/New York: Campus.
- Pulcini, Elena (2013): *Care of the World. Fear, Responsibility and Justice in the Global Age*. Berlin et al.: Springer Netherland.
- Quilling, Eike/Leimann, Janna/Tollmann, Patricia (2022). *Kommunale Gesundheitsförderung*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i043-1.0>.
- Raffnsøe, Sverre/Thaning, Morten S./Gudmand-Hoyer, Marius (2016): *Michel Foucault: A Research Companion*. Basingstoke/New York: Palgrave Macmillan UK.
- Rajan, Tilottama/Whistler, Daniel (eds.) (2023): *The Palgrave Handbook of German Idealism and Poststructuralism*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Razum, Oliver/Kolip, Petra (Hrsg.) (2020): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. 7. Aufl. Weinheim: Juventa in Beltz.
- Reibling, Nadine/Ariaans, Mareike (eds.) (2023): *Toward a Biopsychosocial Welfare State? How Medicine and Psychology Transform Social Policy*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Reichel, Susanne (2009): *Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse. Verfassungsauftrag und Raumordnungsrecht*. München: Beck.
- Reimann, Swantje (2013): *Die medizinische Sozialisation. Rekonstruktion zur Entwicklung eines ärztlichen Habitus*. Wiesbaden: Springer VS.
- Rendtorff, Jacob Dahl (2014): *French Philosophy and Social Theory. A Perspective for Ethics and Philosophy of Management*. Berlin et al.: Springer Netherland.
- Reuster, Thomas/Schönknecht, Peter (Hrsg.) (2022): *Brücken zwischen Psychiatrie und Philosophie. Ein interdisziplinärer Dialog*. Berlin: Springer.
- Richarz, Bernhard (2023): *Körperlicher Umbruch. Über das Erleben chronischer Krankheit und spät erworbener Behinderung*. Bielefeld: transcript.
- Riesch, Hauke/Emmerich, Nathan/Wainwright, Steven (eds.) (2018): *Philosophies and Sociologies of Bioethics. Crossing the divides*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Rövekamp-Wattendorf, Jörg/Heckes, Kolja (Hrsg.) (2024): *Gesundheit in regionaler Verantwortung. Beiträge zu Gestaltungsorten und Aushandlungspraxen in sozialen Lebensräumen*. Opladen u. a.: Verlag Barbara Budrich.
- Roggeband, Conny/Klandermans, Bert (eds.) (2017): *Handbook of Social Movements Across Disciplines*. 2nd ed. Berlin et al.: Springer International Publishing.

- Rojo-Pérez, Fermina/Fernández-Mayoralas, Gloria (eds.) (2022): *Handbook of Active Ageing and Quality of Life. From Concepts to Applications*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Rona, Peter/Zsolnai, Laszlo (eds.) (2017): *Economics as a Moral Science*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Ross, Jean/Mann, Samuel/Whiddon, Keith (Hrsg.) (2023): *Rural Landscapes of Community Health. The Community Health Assessment Sustainable Education (CHASE) Model in Action*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Ruben, David-Hillel (2018): *The Metaphysics of Action. Trying, Doing, Causing*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Ruiz, Jorge G./Theou, Olga (eds.) (2014): *Frailty. A Multidisciplinary Approach to Assessment, Management, and Prevention*. Berlin et al.: Springer International Publishing (forthcoming).
- Sabbagh, Clara/Schmitt, Manfred (eds.) (2016): *Handbook of Social Justice Theory and Research*. Berlin et al.: Springer US.
- Sackmann, Reinhold/Dirksmeier, Peter/Rees, Jonas/Vogel, Berthold (Hrsg.) (2024): *Sozialer Zusammenhalt vor Ort. Analysen regionaler Mechanismen*. Frankfurt am Main/New York: Campus.
- Sander, Kathrin (2012): *Organismus als Zellenstaat. Rudolf Virchows Körper-Staat-Metapher zwischen Medizin und Politik*. Herbolzheim: Centaurus Verlag.
- Sanemann, Lena et al. (2023): *Effects of a Primary Care-Based Intervention on the Identification and Management of Patients with Coronary Heart Disease and Mental or Cognitive Comorbidity—A Study Protocol*. In: *International Journal OF Environmental Research and Public Health* 20 (10): 5814. <https://doi.org/10.3390/ijerph20105814>.
- Sbisà, Marina/Turner, Ken (eds.) (2013): *Pragmatics of Speech Actions*. Berlin: de Gruyter Mouton.
- Scambler, Graham (2020): *A Sociology of Shame and Blame. Insiders Versus Outsiders*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Scarre, Geoffrey (ed.) (2017): *The Palgrave Handbook of the Philosophy of Aging*. Basingstoke/New York: Palgrave Macmillan UK.
- Schäfer, Martina (2021): *Arbeiten im Sozialraum. Supervision als Chance für eine professionelle Weiterentwicklung der Gemeinwesenarbeit*. Wiesbaden: Springer VS.
- Schmacke, Norbert (1997): *Ärzte oder Wunderheiler? Die Macht der Medizin und der Mythos des Heilens*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Schmacke, Norbert (2024): *Vertrauen in die Medizin. Warum sie es verdient und wodurch es gefährdet wird*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Schmidt, Simone (2023): *Take Care. Achtsamkeit in Gesundheitsberufen*. 2. Aufl. Berlin: Springer.
- Schmuhl, Hans-Walter (2020): *Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg / Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Band 2: 1965 – 2019. Selbstverwaltung zwischen Markt und Staat*. Hamburg: Dölling und Galitz.

- Scholz, Stefanie/Engehausen, Roland (Hrsg.) (2021): Innovationsfonds – Transfer in die Regelversorgung. Zwischenbilanz, Best Practice-Beispiele & Handlungsempfehlungen. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Schott, Thomas/Hornberg, Claudia (Hrsg.) (2011): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. Wiesbaden: VS.
- Schramme, Thomas/Edwards, Steven (eds.) (2017): Handbook of the Philosophy of Medicine. Berlin et al.: Springer Netherlands.
- Schubert, Herbert (2018): Netzwerkorientierung in Kommune und Sozialwirtschaft. Eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schübel, Thomas (2016): Grenzen der Medizin. Zur diskursiven Konstruktion medizinischen Wissens über Lebensqualität. Wiesbaden: Springer VS.
- Schübel, Thomas/Friele, Boris (Hrsg.) (2023): Medikalisierung und Soziale Arbeit. Wiesbaden: Springer VS.
- Schulte, Marie-Caroline (2020): Evidence-Based Medicine - A Paradigm Ready To Be Challenged? How Scientific Evidence Shapes Our Understanding And Use Of Medicine. Berlin: Metzler in Springer.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2010a): Wandel der Medizinkultur? Anthropologie und Tiefenpsychologie der Integrationsversorgung als Organisationsentwicklung. Berlin: Duncker & Humblot.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2010b): Eine Ethik der Achtsamkeit als Normmodell der dialogischen Hilfe- und Entwicklungsplanung in der Behindertenhilfe. Köln: Josefs-Gesellschaft.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2012): Gemeinschaftliches Wohnen im Alter in der Kommune. Das Problem der kommunalen Gastfreundschaftskultur gegenüber dem homopatiens. Berlin: Duncker & Humblot.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2013a): Zur Implementation von innovativen Pilotprojekten in der Versorgungs- und Wohnlandschaft älterer Menschen: kulturelle Grammatik und systemische Choreographie. In: Karl, Fred (Hrsg.): Transnational und translational – Aktuelle Themen der Alternswissenschaften. Berlin: LIT: S. 97-118.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2013b): Der inklusive Sozialraum. Psychodynamik und kulturelle Grammatik eines sozialen Lernprozesses. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2014): EU-Binnenmarkt ohne Unternehmenstypenvielfalt? Die Frage nach den Spielräumen (dem modalen WIE) kommunalen Wirtschaftens im EU-Binnenmarkt. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2015s): Sachzieldominanz in der kommunalen Daseinsvorsorge. Eine haltungspflegerische Erinnerung. In: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen 38 (2/3): S. 223-231.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2015b): Gesundheitsbezogene und soziale Selbsthilfegruppen als bürgerschaftliches Engagement im sozialräumlichen Kontext kommunaler Daseinsvorsorge In DAG SHG (Hrsg) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2015. Gießen: DAG SHG: S. 134-149.

- Schulz-Nieswandt, Frank (2016a): Im alltäglichen Labyrinth der sozialpolitischen Ordnungsräume des personalen Erlebnisgeschehens. Eine Selbstbilanz der Forschungen über drei Dekaden. Berlin: Duncker & Humblot.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2016b): Inclusion and Local Community Building in the Context of European Social Policy and International Human Social Right. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2016c): Sozialökonomie der Pflege und ihre Methodologie. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2016d): Hybride Heterotopien. Metamorphosen der „Behindertenhilfe“. Ein Essay. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2017a): Personalität, Wahrheit, Daseinsvorsorge. Spuren eigentlicher Wirklichkeit des Seins. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2017b): Menschenwürde als heilige Ordnung. Eine dichte Re-Konstruktion der sozialen Exklusion im Lichte der Sakralität der personalen Würde. Bielefeld: transcript.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2017c): Kommunale Daseinsvorsorge und sozialraumorientiertes Altern. Zur theoretischen Ordnung empirischer Befunde. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2018a): Zur Metaphysikbedürftigkeit empirischer Alter(n)ssozialforschung. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2018b): Morphologie und Kulturgeschichte der genossenschaftlichen Form. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2018c): Biberacher "Unsere Brücke e.V.". Redundanz im bunten Flickenteppich der Beratung, Fallsteuerung und Netzwerkbildung oder Modell der Lückenschließung? Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2018d): Bridging the gap. Ein Kommentar zu Beispielen der Brückenfunktionsbildung im Kontext der Krankenhausentlassung gemäß § 11 (4) SGB V. In: Pflege und Gesellschaft 23 (4): S. 373-374.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2018e): Lokale generische Strukturen der Sozialraumbildung. § 20h SGB V und § 45d SGB XI im Kontext kommunaler Daseinsvorsorge. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2018f): Selbsthilfe. In: Bramesfeld, Anke/Koller, Manfred/Salize Hans-Joachim (Hrsg.): Public Mental Health. Regulierung der Versorgung für psychisch kranke Menschen. Hogrefe, Göttingen: S. 233-260.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2019a): Person - Selbsthilfe - Genossenschaft - Sozialversicherung - Neo-Korporatismus - Staat. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2019b): Gestalt-Fiktionalitäten dionysischer Sozialpolitik. Eine Metaphysik der Unterstützungstechnologien im Kontext von Krankenhausentlassung und der Idee eines präventiven Hausbesuchs als Implementationssetting. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2019c): Das Gemeindeschwesterplus-Experiment in Modellkommunen des Landes. Der Evaluationsbericht im Diskussionskontext. Baden-Baden: Nomos.

- Schulz-Nieswandt, Frank (2019d): System versus Lebenswelt? Die Gesundheitsselbsthilfe zwischen neo-korporatistischer Einbindung und sozialraumorientierter Förderung. In: Sozialer Fortschritt (68) 6: S. 497-518.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2019e): Daseinsvorsorge. In: Ross, Friso/Rund, Mario/Steinhausen, Jan (Hrsg.): Alternende Gesellschaften gerecht gestalten. Stichwörter für die partizipative Praxis. Opladen u. a.: Barbara Budrich: S. 219-227.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2019f): Die Formung zum Homo Digitalis. Ein tiefenpsychologischer Essay zur Metaphysik der Digitalisierung. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2019g): Digitalisierung und Alter. Segen oder Fluch? In: ProAlter 51 (2): S. 7-8.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2020a): Die Altenberichte der Bundesregierung. Themen, Paradigmen, Wirkungen. In: Aner, Kirsten/Karl, Ute (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer VS: S. 639-651.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2020b): Zur Bedeutung der Psychodynamik für die Sozialpolitik des Alter(n)s in Forschung und reflexiver Praxis. In: Psychotherapie im Alter 17 (3): S. 355-365.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2020c): Der Sektor der stationären Langzeitpflege im sozialen Wandel. Eine querdenkende sozialökonomische und ethnomethodologische Expertise. Wiesbaden: Springer.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2020d): Sozialrechtliche Möglichkeiten der Sozialraumorientierung. In: Lämmlin, Gerd/Wegner, Gerhard (Hrsg.): Kirche im Quartier: die Praxis. Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt, S. 273-282.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2020e): Digitalisierung der Selbsthilfe. Sozialrechtliche Fragen und ethische Dimensionen ihrer öffentlich-rechtlichen Förderung. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2020f): Selbsthilfeförderung im ländlichen Raum. Das Fallbeispiel der KISS in der Trägerschaft von "Soziales Netzwerk Lausitz". Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2021a): Gemeinwirtschaft. Grundriss einer Morphologie der dualen Wirtschaft. Berlin: Duncker & Humblot.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2021b): Der Mensch als Keimträger. Hygieneangst und Hospitalisierung des normalen Wohnens im Pflegeheim. Bielefeld: transcript.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2021c): Der alte Mensch als Verschlusssache. Corona und die Verdichtung der Kasernierung in Pflegeheimen. Bielefeld: transcript.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2021d): Der Gewährleistungsstaat zwischen Wächterfunktion und Innovationsinkubator. Interdisziplinäre Reflexionen zum Kulturwandel des Beratungsansatzes der Beratungs- und Prüfbehörden nach dem Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe des Landes Rheinland-Pfalz (LWTG). Wiesbaden: Springer.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2021e): Abschied von der „Kasernierung“ Ein Kulturwandel in der Langzeitpflege ist nötig. In: Dr. med. Mabuse 253 (Sept./Okt.), S. 28-30.

- Schulz-Nieswandt, Frank (2021f): Verletzbarkeit und Würde. In: Klapper, Bernadette/Chichon, Irina (Hrsg.): Neustart! Für die Zukunft des Gesundheitswesens. Berlin: MWV: S. 345-356.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2021g): Die Würde der Person: als Naturrecht tabu, empirisch vulnerabel. In: Case Management 18 (2): S. 57-65.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2021h): Der apollinisch-dionysische Geist der Sozialpolitik und der Gemeinwirtschaft. Dialektische Poetik der Kultur zwischen Würde und Verletzbarkeit des Menschen. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2021i): Rekonstruktive Sozialforschung als strukturelle Hermeneutik. Eine dichte Grundlegung. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2021j): Der Tod um uns herum als Erfahrung. Wie Corona uns unsere vulnerable Kreatürlichkeit in Erinnerung bringt und ein Brennglas der Kulturdiagnostik ist. In: ProAlter 53 (1): S. 7-9.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2022b): Gemeinwohl in einer Gesellschaft des privatbesitzrechtlichen Individualismus. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2022c): Der heilige Bund der Freiheit: Frankfurt – Athen – Jerusalem: eine Reise. Baden-Baden: Alber in Nomos.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2022d): Die Deutsche Universität. Eine tragische Groteske. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2022e): Kapitalismus in der Langzeitpflege. Eine Ökonomie von Gut und Böse? In: ProAlter 54 (3): S. 24-26.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2022f): Die Vision einer neuen Kultur des Wirtschaftens der Care-Felder als Grundlage einer Miteinanderfreiheit in Miteinanderverantwortung. In: ProAlter 54 (4), S. 5-8.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2022g): Die Idee eines meritokratischen Empowerments. Besprechungssatz zu Beate Finis Siegler (2021) Entwicklung einer Ökonomie Sozialer Arbeit aus der Retrospektive. Wiesbaden: Springer VS. In: Zeitschrift für Gemeinwirtschaft und Gemeinwohl 45 (3): S. 531-536.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2023a): „Das Leben ändern als ein Werden in wachsenden Ringen. Ein Essay zur Möglichkeit, über »Fortschritt« sinnvoll zu reden. Berlin: Duncker & Humblot.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2023b): Der Mensch zwischen Entfremdung und wahrer Form. Zur Metaphysik der Idee der Genossenschaft im Lichte des Werkes von Paul Tillich. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2023c): Genossenschaft, Sozialraum, Daseinsvorsorge. Die Wahrheit der Form und ihr Wirklich-Werden in der Geschichte im Ausgang von Paul Tillich. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2023d): Der Mensch als geistiges Naturwesen bei Adolf Portmann (1897-1982). Reflexionsfragmente in Lichte eigener autobiographischer Perspektiven. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2023e): Integrierte Versorgung als humangerechte Mutation der Medizinkultur. Das Elend einer Selbstblockierung eines kranken Sektors. Berlin u. a.: LIT.

- Schulz-Nieswandt, Frank (2023f): Die Europäische Union und die Eule der Minerva. Berlin u. a.: LIT.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2023g): Onto-Poetik der responsiven Gabe. Eine Phänomenologie des Weges zum genossenschaftlichen Miteinander im Lichte der Dialektik von Identität und Alterität. Baden-Baden: Alber in Nomos.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2023h): Vom Naturrecht der Personalität zu den sozialen Praktiken der Personenzentrierung. In: Case Management 29 (2): S. 72-77.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2023i): Der Zweifaltigkeits-Code der Wirtschaftslehre. Strukturelle Hermeneutik eines geistigen Klassifikationssystems. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2023j): Aktualgenese und Selbsttranszendenz als Wesenskern innovativer Langzeitpflege am Beispiel der Tagespflege. In: ProAlter 55 (3), S. 5–9.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2023k): »Alltagsbegleitung, Betreuung und haushaltshilfliche Dienstleistungen im Alter« der BürgerSozialGenossenschaft Biberach eG. Forschungsbericht zur Begleitung des Projekts „In Würde zu Hause alt werden“ im Modus narrativer Ethnographie. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2023l): Daseinsthematische Polaritäten in „Warrior Cats“ (Staffel 1). Eine kulturgrammatische und psychodynamische Analyse. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2023m): Transnationale Zuwanderung der Sorgearbeit. Eine Problematisierung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2024a): Wann (wie und warum) ist eine soziale Innovation innovativ? Rechtsphilosophische und ethische Herleitungen aus der *Conditio humana*. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 57 (1): S. 7-12.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2024b): Was ist sozialer Fortschritt und wann ist eine soziale Innovation innovativ? Ein Weg der Antwortfindung aus der Perspektive Kritischer Theorie. In: Sozialer Fortschritt 73 (1): S. 73–79.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2024c): Der neoliberale Sündenfall im SGB XI und die Blockierung der kommunalen Daseinsvorsorge. In: ProAlter 56 (1): S. 30-34.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2024d): Die epistemische Differenz. Quo vadis: Eule der Minerva? Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2024e): Narrative Sozialforschung und Kritische Theorie. Explikation der forschungslogischen Kernidee. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2024f): Das Alter der nahen Zukunft. Gemeinwohl und Lebensformen neu denken. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2024g): Was ist Daseinsvorsorge? Und wir muss man sie systematisch darlegen? Besprechung zu: Neu, Claudia (Hrsg.) (2022): Handbuch Daseinsvorsorge. Ein Überblick aus Forschung und Praxis. Berlin: VKU Verlag. In: Zeitschrift für Gemeinwirtschaft und Gemeinwohl 47 (2): S. 290-292.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2024h): Kritische Theorie der Entelechie der Person als Ästhetik der Form. Über die Wahrheit der Person, das Gute der Sozialpolitik und die Schönheit der Genossenschaft. Würzburg: Königshausen & Neumann.



- Schulz-Nieswandt, Frank/Bruns, Anne/Köstler, Ursula/Mann, Kristina (2022): Was ist »struk-jektive Hermeneutik«? Objektive Hermeneutik, Dokumentarische Methode der praxeologischen Wissenssoziologie und post-strukturelle Kritische Theorie. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, Frank/Chardey, Benjamin/Möbius, Malte (2023): Zur Kritik der innovativen Vernunft. Der Mensch als Konjunktiv. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, Frank/Köstler, Ursula/Langenhorst, Francis/Hornik, Anna (2018): Zur Rolle der Gesundheitsselfhilfe im Rahmen der Patientenbeteiligung in der gemeinsamen Selbstverwaltung gemäß § 140f SGB V. Eine explorative qualitative Studie und theoretische Einordnungen. Berlin: Duncker & Humblot.
- Schulz-Nieswandt, Frank/Köstler, Ursula/Mann Kristina (2021a): Kommunale Pflegepolitik. Eine Vision. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schulz-Nieswandt, Frank/Köstler, Ursula/Mann (2021b): Sozialpolitik und ihre Wissenschaft. Berlin u. a.: LIT.
- Schulz-Nieswandt, Frank/Köstler, Ursula/Mann, Kristina (2021c): Lehren aus der Corona-Krise: Modernisierung des Wächterstaates im SGB XI. Sozialraumbildung als Menschenrecht statt »sauber, satt, sicher, still«. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, Frank/Köstler, Ursula/Mann, Kristian (2022): Gestaltwerdung als Gelingen der Daseinsführung im Lebenszyklus. Das Erkenntnisinteresse der Kritischen Wissenschaft von der »gerontologischen Sozialpolitik«. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, Frank/Langenhorst, Francis (2015): Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland. Zu Genealogie, Gestalt, Gestaltwandel und Wirkkreisen solidarischgesellschaftlicher Gegenseitigkeitshilfe und Selbsthilfeorganisationen. Berlin: Duncker & Humblot.
- Schulz-Nieswandt, Frank/Micken, Simon/Moldenhauer, Joschka (2022): Zur sozialen Geometrie der Selbsthilfe. Eine Morphologie zwischen Innenraum, liminalem Hybridraum und Öffnungsraum als »Commoning«. Berlin u. a.: LIT.
- Schulz-Nieswandt, Frank/Moldenhauer, Joschka (2023): Tischgenossenschaft und Genossenschaft der Tische. Eine kleine Morphologie der Miteinander-Gabe und der Für-Gabe für Andere als Formen sozialer Beziehungen Berlin u. a.: LIT.
- Schulz-Nieswandt, Frank/Rehner, Caroline/Möbius, Malte/Germann, Ingeborg/Frey-muth, Christine/Bruns, Anne (2023): Innovationen in der Sozialpolitik des Alterns. Eine kritische Vermessung innovativen Wandels. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schulz-Nieswandt, Frank/Thimm, Philipp (2023a): Morphologie und Metamorphosen des Dritten Sektors. Die Entelechie der Gemeinwirtschaft in der wirtschaftsorganisationsrechtlichen Disziplinarordnung. Berlin: Duncker & Humblot.
- Schulz-Nieswandt, Frank/Thimm, Philipp (2023b): Wirtschaftsorganisationsrecht und Organisationskultur in der Langzeitpflege. Berlin u. a.: LIT.
- Schwartz, Meredith Celene (2019): Moral Respect, Objectification, and Health Care. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Schweda, Mark/Coors, Michael/Bozzaro, Claudia (eds.) (2020): Aging and Human Nature. Perspectives from Philosophical, Theological, and Historical Anthropology. Berlin et al.: Springer International Publishing.



- Scott, T. (2010): *Organization Philosophy*. Gehlen, Foucault, Deleuze. Basingstok/New York: Palgrave Macmillan UK.
- Sedmak, Clemens (2013): *Mensch bleiben im Krankenhaus. Zwischen Alltag und Ausnahme-situation*. Graz: Verlagsgruppe Styria.
- Sen, Amartya (1985): *Commodities and Capabilities*. Amsterdam: North Holland.
- Shankardass, Mala Kapur (ed.) (2020): *International Handbook of Elder Abuse and Mistreatment*. Berlin et al.: Springer Singapore.
- Siegrist, Johannes/Stöfel, Ulrich/Trojan, Alf (Hrsg.) (2022): *Medizinische Soziologie in Deutschland. Entstehung und Entwicklungen*. Wiesbaden: Springer VS.
- Singer, Susanne/Brähler, Elmar (2007): *Die »Sense of Coherence Scale«*. Testhandbuch zur deutschen Version. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sirgy, M. Joseph (2001): *Handbook of Quality-of-Life Research. An Ethical Marketing Perspective*. Berlin et al.: Springer Netherland.
- Sirgy, M. Joseph (2022): *Community Quality-of-Life Indicators. A Guide for Community Indicators Projects*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Smith, Eric C. (2014): *Foucault's Heterotopia in Christian Catacombs. Constructing Spaces and Symbols in Ancient Rome*. Basingstoke/New York: Palgrave Macmillan US.
- Smith, Steven R. (2023): *The Ontology of Well-Being in Social Policy and Welfare Practice*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Sobolev, Boris/van Ginneken, Ewout/Busse, Reinhard (Hrsg.) (2017): *Health Care Systems and Policies*. Berlin et al.: Springer US.
- Spannring, Reingard et al. (eds.) (2023): *Institutions and Organizations as Learning Environments for Participation and Democracy. Opportunities, Challenges, Obstacles*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Staats, Martin (Hrsg.) (2021): *Lebensqualität. Ein Metathema*. Weinheim: Juventa in Beltz.
- Stewart, Jon (ed.) (2021): *The Palgrave Handbook of German Idealism and Existentialism*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Stielike, Jan M. (2021): *Sozialstaatliche Verpflichtungen und raumordnerische Möglichkeiten zur Sicherung der Daseinsvorsorge*. Baden-Baden: Nomos.
- St. John, Julie Ann/Mayfield-Johnson, Susan L./Hernández-Gordon, Wandy D. (eds.) (2022): *Promoting the Health of the Community. Community Health Workers. Describing Their Roles, Competencies, and Practice*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Stodulka, Thomas/Dinkelaker, Samia/Thajib, Ferdiansyah (eds.) (2020): *Affective Dimensions of Fieldwork and Ethnography*. Berlin et al.: Springer International Publishing
- Strupp, Julia/Valerius, Lisa/Herrler, Angélique/Kukla, Helena/Eichberg, Sabine/Schulz-Nieswandt, Frank/Voltz, Raymond (2024): 'I see the high level of interpersonal support during the pandemic as proof that the good in people prevails': the COVID-19 pandemic as a catalyst for building a caring community? In: *Journal of Public Health* 46 (1): S. 175-184. DOI:10.1093/pubmed/fdad283.

- Süß, Waldemar/Trojan, Alf (2020): Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i029-2.0>.
- Suurendonk, Michaël (2022): *Metaphysics of Trust. On Freedom and Calculation in Social Cooperation*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Tam, Henry (2020): *Communitarian Ideas. History. Theory and Practice*. Berlin: Springer International Publishing.
- Teaster, Pamela B./Anetzberger, Georgia J./Podnieks, Elizabeth (eds.) (2023): *The Worldwide Face of Elder Abuse*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Thimm, Philipp/Beideck, Julia/Schulz-Nieswandt, Frank (2024): »Dritter Sektor«: Morphologie und Topographie in einer dynamischen Mehr-Sektoren-Geometrie. In: *Zeitschrift für Gemeinwirtschaft und Gemeinwohl* 46 (4): S. 563-586.
- Thomä, Dieter/Henning, Christoph/Schmid, Hans Bernhard (eds.) (2014): *Social Capital, Social Identities. From Ownership to Belonging*. Berlin: De Gruyter.
- Thomas, Richard K. (2023): *Population Health. An Introduction*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Thompson, Michael J. (ed.) (2017): *The Palgrave Handbook of Critical Theory*. Basingstoke/New York: Palgrave Macmillan US.
- Trifonas, Peter Pericles (ed.) (2015): *International Handbook of Semiotics*. Berlin et al.: Springer Netherlands.
- Tumilty, Emma/Battle-Fisher, Michele (eds.) (2022): *Transhumanism: Entering an Era of Bodyhacking and Radical Human Modification*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Ungar, Michael (ed.) (2012): *The Social Ecology of Resilience. A Handbook of Theory and Practice*. Berlin et al.: Springer US.
- Unsel, Godela (1992): *Maschinenintelligenz oder Menschenphantasie? Ein Plädoyer für den Ausstieg aus unserer technisch-wissenschaftlichen Kultur*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Urban, Petr/Ward, Lizzie (eds.) (2020): *Care Ethics, Democratic Citizenship and the State*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Valdés-Stauber, Juan (2023): *Verstehen – Zwischen Haltung und Methode*. Baden-Baden: Alber in Nomos.
- Vasold, Manfred (2015): *Rudolf Virchow. Der große Arzt und Politiker*. 2. Aufl. Frankfurt am Main: Fischer.
- Vogd, Werner (2002): Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie. In: *Zeitschrift für Soziologie* 31 (2): S. 294–315.
- Vogt, Hans (2021): *Der asymptotische Mensch. Die Medikalisierung der Lebenswelt am Beispiel von Alzheimer und Demenz*. Bielefeld: transcript.
- Wagner, Elke (2016): *Der Arzt und seine Kritiker. Zum Strukturwandel medizinischer Öffentlichkeiten am Beispiel klinischer Ethik-Komitees*. Berlin: De Gruyter Oldenbourg.

- Wahl, Hans-Werner/Brenner, Herrmann/Mollenkopf, Heidrun/Rothenbacher, Dietrich/Rott, Christoph (eds.) (2006): *The Many Faces of Health, Competence and Well-Being in Old Age. Integrating Epidemiological, Psychological and Social Perspectives*. Berlin et al.: Springer Netherland.
- Walker, James A. (2024): *Language in its Social Context. An Introduction to Sociolinguistics*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Wallenhorst, Nathanael/Wulf, Christoph (eds.) (2023): *Handbook of the Anthropocene. Humans between Heritage and Future*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Walkenhorst, Peter (ed.) (2010): *Building Philanthropic and Social Capital: The Work of Community Foundations*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Walsh, Kieran et al. (eds.) (2021): *Social Exclusion in Later Life. Interdisciplinary and Policy Perspectives*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Wang, Xiaoxi (2015): *On Moral Capital*. Berlin: Springer.
- Warren, Narelle/Manderson, Lenore (eds.) (2013): *Reframing Disability and Quality of Life. A Global Perspective*. Berlin et al.: Springer Netherland
- Weicht, Bernhard (2015): *The Meaning of Care. The Social Construction of Care for Elderly People*. Basingstoke/New York: Palgrave Macmillan UK.
- Weischer, Christoph/Gehbrau, Volker (2017): *Die Beobachtung als Methode in der Soziologie*. Konstanz: UVK in UTB.
- Weischer, Christoph (2022a): *Sozialstrukturanalyse. Grundlagen und Modelle*. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer VS.
- Weischer, Christoph (2022b): *Stabile Ungleichheiten. Eine praxeologische Sozialstrukturanalyse*. Wiesbaden: Springer.
- Wenger, Sebastian (2020): *Arzt – ein krank machender Beruf? Arbeitsbelastungen, Gesundheit und Krankheit von Ärztinnen und Ärzten im ausgehenden 19. und 20. Jahrhundert*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag.
- Wendt, Wolf Rainer (2021): *Ecology of Common Care. The Ecosocial Approach as a Theory of Social Work and Human Service*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Wensing, Michel/Ullrich, Charlotte (eds.) (2023): *Foundations of Health Services Research. Principles, Methods, and Topics*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Whistler, Grace (2020): *Camus' Literary Ethics. Between Form and Content*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Whitehead, Patrick M. (2019): *Existential Health Psychology. The Blind-spot in Healthcare*. Berlin et al.: Springer International Publishing.
- Widmer, Thomas/Beywl, Wolfgang/Fabian, Carlo (Hrsg.) (2009): *Evaluation. Ein systematisches Handbuch*. Wiesbaden: VS.
- Wienke, Albrecht/Dierks, Christian (Hrsg.) (2008): *Zwischen Hippokrates und Staatsmedizin. Der Arzt am Beginn des 21. Jahrhunderts*. Berlin: Springer.
- Wiepkin, Pamala/Handy, Femida (eds.) (2015): *The Palgrave Handbook of Global Philanthropy*. Basingstoke/New York: Palgrave Macmillan.

- Wiesing, Urban (2020): Heilswissenschaft. Über Verheißungen der modernen Medizin. Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Wiesing, Urban/Marckmann, Georg (2009): Freiheit und Ethos des Arztes. Herausforderungen durch evidenzbasierte Medizin und Mittelknappheit. Freiburg i. Br./München: Verlag Karl Alber.
- Wink, Rüdiger (Hrsg.) (2016): Multidisziplinäre Perspektiven der Resilienzforschung. Wiesbaden: Springer VS.
- Zweifel, Peter/Breyer, Friedrich/Kifmann, Mathias (2014): Health Economics. Berlin: Springer.

## Schluss mit Ausblick

*Frank Schulz-Nieswandt*

Die Stabilisierung des Alltagsdramas älterer vulnerabler Menschen, die in der Analyse der Sozialversicherungsdaten abzulesen war, ist vor allem in dem narrativen Material der umfänglichen und durchaus tiefgehenden qualitativen Sozialforschungsdaten in einer signifikanten Weise zum Ausdruck bekommen. Das gemischte Design war also durchaus ertragreich eingesetzt worden.

Evidenz wird sich aber erst einstellen können, wenn die vernetzten Alternativwelten – als Anderswelten im Kontrast zur etablierten Ordnung der Normalregelversorgung – lebensweltlich zur nachhaltigen und effektiven Selbstverständlichkeit (Philippi, 2023) geworden sind. Die notwendigen Zeithorizonte sollten zumindest als Dekade gedacht werden. Es handelt sich nicht um eine kurzfristige invasive Transplantation eines Fremdkörpers, über dessen Schicksals der Annahme (Akzeptanz) oder der Abstoßung soziale Lernprozesse entscheiden. Es geht nicht um einen relativ kurzen Testzeitraum mit Prä-, Within- und Post-Daten. Es geht um die Soziogenese einer neuen Gewohnheit, die mit hinreichend großem Abstand rückblickend morphologisch als Strukturbruch transformativer Art verstanden werden kann.

Der Post-Zeitpunkt liegt also weiter in die Zukunft verschoben. Diese lange, nach der invasiven Einpflanzung (Gründungsmanagement) in das Feld »extrauterine Embryonalphase« – um eine Strukturanalogie zur Ontogenese des Individuums (Schulz-Nieswandt, 2023a) zu wagen – umfasst eine fragile und deshalb kontingente Statuspassage als Transmissionszeit der Reifung (Heranwachsen der Anderswelt).

Irgendwann viel später schütteln die Menschen der nachfolgenden Generationen den Kopf, wenn sie nachfragen, warum man den Menschen dieser (nunmehr längst zur gewohnten Selbstverständlichkeit gewordenen) Vision vorwarf, Idealisten und Utopisten zu sein. Der Wandel des Normalismus der Ordnung der Selbstverständlichkeit ist durchaus eine psychodynamisch verstehbare Entwicklungsaufgabe, denn die Eindeutigkeit als Normativität der Normalität (Link, 2013) fällt fort, zerlegt sich und muss im Modus einer neuen Realität wiederaufgebaut werden. Die ist eine schi-

zoide Transgressionsleistung von De-Konstruktion, Re-Konstruktion und Neu-Konstruktion (vgl. auch Blankenburg, 2012).

Oberberg\_FAIRsorgt ist angesichts der Komplexität der Vision – ob nun mit oder ohne Evidenz in den Sozialversicherungsdaten – nur, aber immerhin, ein erster Schritt. Ein Schritt wohin? Hin zu einem Landkreis als eine Gesundheitsregion, die mehr ist als eine vernetzte Krankenversorgungsindustrie.

Auch die Gesundheitsbezogenheit dieser Regionskonzeption meint mehr als Medizin. Und es wird nicht nur die Langzeitpflege einbezogen, die wiederum mehr bedeutet als nur eine Körper-bezogene »satt, sauber, sicher, still«-Praxis, weil Pflege eine (im aktualgenetischen Sinne der Aktivierung: rehabilitative) soziale Interaktionsarbeit ist.

Das Case Management verweist uns auf eine Empowerment-Ideentradition der sozialen Arbeit und hat eine Lebenswelt- und Sozialraumbezogenheit, die einen Kontext konstituiert, in dem die auf die Lebensweise der Lebenslagen bezogene Medizin und Pflege eben schlicht nicht nur integriert-vernetzte Versorgungsmodule sind, die sich in die Gewebestruktur des Alltagsdramas der Menschen einfügen. Es geht letztendlich dergestalt vielmehr um eine permanente, nie endende Sozialraumentwicklungsaufgabe, in die hinein sich die Gesundheitsregion morphologisch begreifen lässt.

Das Case Management ist normativ-rechtlich in die Ideenwelt der sozialen Inklusion eingebettet: Es geht um die – transaktional zwischen Mensch und Umwelt gedachte – Befähigung

$$(Abilities \cap Capacities = Capability)$$

der Menschen in der Ordnung der Reziprozität der (nicht Rechtsform-gebundenen) genossenschaftsartigen Mitmenschlichkeit (Löwith, 2016; Rosenkranz, 2013; von Wiese, 1967; Litt, 2026) von Care-Giving und Care-Taking. Das ist die Vision einer Gemeinwesenarbeit als kollektive Phänomenologie der Gewebestruktur einer Sozialgemeindeordnung (Schulz-Nieswandt/Beideck/Thimm, 2024; Schulz-Nieswandt, 2023b), wobei zivilgesellschaftliche (mitunter hybride) (Rechtsform-) Bürgergenossenschaften (Dehne/Klie, 2024) der lokalen Nachbarschaft (Kurtenbach, 2024) der Quartiere/Dörfer (alltagsthemenbezogene Sozial- und Kulturgenossenschaften) als »Knotenpunkte« (Karg, 2023) in der Netzwerkstruktur der Verbindungsstrecken fungieren mögen im kommunalen Siedlungsgefüge von Stadt und Land.

Dann wird es auch nicht mehr hinreichen, singuläre Selektivverträge zu bilden. Man benötigt quasi eine Art von regionalen Kollektivverträgen

(Stegmaier, 2023), die Sozialgesetzbücher von Cure und Care holistisch integrierend. Dies funktioniert nur in einer auf nachhaltige Verbindlichkeit (Bauks u. a., 2019; Probst, 2016) abstellende institutionelle und finanzielle Verantwortungs-Governance-Gemeinschaft von kommunaler Daseinsvorsorge und den Sozialversicherungsträgern sowie den zivilgesellschaftlichen Akteuren. Es könnte eine Anstalt des öffentlichen Rechts mit einer genossenschaftlichen Mitgliederstruktur sein, die hier ausgegründet werden könnte.

Das wäre der Rahmen einer dauerhaft sozial lernenden Kommune, in der das System instrumenteller Vernunft nicht mehr die Lebenswelt »kolonialisiert«, sondern sich die Emergenz einer deliberativen Polis der reflexiven Lebenswelt als kommunikativer (Böhler, 2014; Moskopp, 2021) *praxis* mit eingebauter *techné*-Infrastrukturen, die auf einem eidgenössischen Bund aller Aktanten beruht, abzeichnet.

Rechtsphilosophisch-ethischer Bezug wäre die »juridische Substanz« der Art. 1 und Art. 2 GG; staatsorganisationsrechtlich wäre der soziale Bundesstaat des Art. 20 GG der Ermächtigungsrahmen dieser kommunalen Polis. Die Finanzausgleichsregelungen in Bezug auf die Raumordnungsidee der gleichwertigen Lebensverhältnisse in geographischer Perspektive müssten kohärent angepasst werden. Der Idee der kommunalen Selbstverwaltung der lokalen/regionalen Zivilgesellschaft im Sinne von Art. 28 GG bekäme einen neuen Geist eingehaucht. Es wäre eine neu aufgestellte Welt im Horizont der freien Zugänglichkeit zu infrastrukturellen Gütern und Dienstleistungen von allgemeinem Interesse im Sinne des Art. 36 GRC der EU.

Es geht in diesem Kontext aber, wirtschaftsorganisationsrechtlich (Schulz-Nieswandt/Beideck/Blome-Drees/Köstler/Micken/Moldenhauer/Schmale/Thimm 2024a) betrachtet, nicht einfach nur um vernetzte Märkte. Doch die Entwicklungsprobleme eines Dritten Sektors (Thimm/Beideck/Schulz-Nieswandt, 2024) im Ordnungsrahmen einer dualen Wirtschaft (Privatwirtschaft versus Gemeinwirtschaft) sollen hier nicht das Thema sein. Eine Gesundheitsregion besteht jedoch eben nicht nur aus der Leistungserstellung als Sicherstellung durch formale Organisationsgebilde im Sinne eines funktionalen Unternehmensbegriffs im Rahmen der formalen Privatisierung eines Gewährleistungsstaates: Es geht um die organische Verwebung der Infrastruktur mit den Formen der zivilgesellschaftlichen Moralökonomie der Sorgearbeit.

Diese hier in aller Dichte nochmals aufgerufene und skizzierte Vision muss weitergedacht werden. Theoretisch (Schulz-Nieswandt, 2024/2025

in Anschluss an Schulz-Nieswandt/Beideck/Blome-Drees/Köstler/Micken/Moldenhauer/Schmale/Thimm 2024a) kann man dazu an die Idee der Commons anknüpfen. Gemeingüter müssen hier allerdings dynamisch als gelebte Güter praxeologisch verstanden werden. So muss aus der Sicht eines praxeologischen Blicks in konstruktiver Perspektive einer Sozialpragmatik argumentiert werden: Commons (Schulz-Nieswandt/Beideck/Blome-Drees/Köstler/Micken/Moldenhauer/Schmale/Thimm 2024b) sind nicht einfach immer schon da; sie müssen vielmehr im Zuge sozialen Lernens als kollektive Praxis von Praktiken der sozialen Konstruktion überhaupt erst hergestellt werden.

Eine Gesundheitsregion, wie sie soeben das Thema war, ist ein solches regionales Gemeingut, deren genossenschaftsartige Form darin besteht, dass alle Bewohner (m/w/d) in ihrer Diversität kraft eines eidgenössischen Bundes Mitglieder sind, denen der Vermögenstitel (Vermögen nicht ökonomisch, sondern als ontologische Kategorie der Kraft/Energie gemeint) der freien Zugänglichkeit zugeschrieben (grundrechtliches Entitlement) bekommen, obwohl es naturrechtlich an sich immer schon ihr menschenrechtliches Wesensmerkmal ist, denn zur personalen Würde (W) gehört der Teilhabestatus (→ Partizipation P) freier Zugänglichkeit der Möglichkeitsräume der Gesundheitsregion einer möglichst selbständigen (→ Selbstmanagement SM), im polysemantischen Sinne Barriere-freien Selbstbestimmung (Autonomie als → Selbstdefinition SD). Da diese Würde

$$W = W(SD; SM; P)$$

*uno actu* für alle  $i = 1 \dots n$  gilt, geht es nicht um die »negative Freiheit« eines Besitzrechtsindividualismus der instrumentellen Vernunft von Ego, sondern um die transaktionale Reziprozität von Ego und Alter Ego in einem genossenschaftsartigen Sinne der »sozialen Freiheit« des Miteinanders (Schulz-Nieswandt, 2023c) in gemeinsamer Verantwortung.

Eine Gesundheitsregion ist eine Verantwortungsgemeinschaft der sozialen Inklusion. Diese Idee ordnet die Freiheit der Interessen und die Möglichkeit, im Rahmen einer genossenschaftsartigen Anstalt des öffentlichen Rechts als Mitglied ein gewerbliches Einkommen zu erzielen.

Eigensinn, sich keineswegs dabei verlierend, bettet sich in den Gemeinsinn des Sozialraums ein. Wenn überhaupt von einem »Kollektivkörper« hier die Rede sein kann, dann nur mit Blick auf die Struktur eines relationalen Gefüges von subjektivierten Aktanten, die ihr Selbst-Sein im sozialen Mit-Sein finden. Die soziale Verantwortung wird zu einer Kategorie der neuen Selbstverständlichkeit. Die Kategorie des Kollektivismus sparen wir



uns morphologisch für die psychodynamische und kulturgrammatische Diagnostik der »autoritären Persönlichkeit« als Subjektivierungsprogramm totalitärer Systeme auf.

Die Grundlage einer Idee der Gesundheitsregion als Doing Commons als Commoning ist der Humanismus des Personalismus jenseits von einem neurotisch »verstiegenen« Individualismus einerseits und der autokratischen Depersonalisation eines totalitären Kollektivismus. Man wird also die ontologischen Grundlagen der tief verbrieften Humangerechtigkeit einer personalen Ordnung des Gemeinwesens verstehen müssen.

### *Literatur*

- Bauks, Michaela u. a. (Hrsg.) (2019): Verbindlichkeit. Stärken einer schwachen Normativität. Bielefeld: transcript.
- Behrendt, Richard F. (1962): Der Mensch im Licht der Soziologie. Stuttgart u. a.: Kohlhammer Verlag.
- Blankenburg, Wolfgang (2012): Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien. Berlin: Parodos Verlag.
- Böhler, Dietrich (2014): Verbindlichkeit aus dem Diskurs. Denken und Handeln nach der Wende zur kommunikativen Ethik - Orientierung in der ökologischen Dauerkrise. Freiburg i. Br./München: Verlag Karl Alber.
- Dehne, Peter/Thomas Klie, Thomas (2024): Daseinsvorsorge – gemeinwirtschaftlich und engagementgetragen. Erträge aus einem explorativen Forschungsprojekt. In: Zeitschrift für Gemeinwirtschaft und Gemeinwohl 47 (3): S. 406 – 441.
- Karg, Michael Simon (2023): Am Anfang war der Knoten. Die zentrale Bedeutung des Knotens für die Menschheit. Eine Kulturgeschichte. 2., korr. Aufl. Springe: zu Klampen Verlag.
- Kurtenbach, Sebastian (2024): Soziologie der Nachbarschaft. Befunde zu einer komplexen Selbstverständlichkeit. Frankfurt am Main/New York: Campus.
- Lersch, Philipp (1965): Der Mensch als soziales Wesen. Eine Einführung in die Sozialpsychologie. München: Barth.
- Link, Jürgen (2013): Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird. 5. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Litt, Theodoir (1926): Individuum und Gemeinschaft - Grundlegung der Kulturphilosophie. Leipzig/Berlin: Teubner.
- Löwith, Karl (2016): Das Individuum in der Rolle des Mitmenschen. 2. Aufl. Freiburg i. Br./München: Verlag Karl Alber.
- Moskopp, Werner (2021): Verbindlichkeit. Transzendente Architektonik und Pragmatische Methodologie in der Moralphilosophie. Freiburg i. Br./München: Verlag Karl Alber.

- Philippi, Martina (2023): Selbstverständlichkeit und Problematisierung. Husserls Programm der Phänomenologie. Paderborn: Brill/Fink.
- Probst, Maximilian (2016): Verbindlichkeit. Plädoyer für eine unzeitgemäße Tugend. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Rosenzweig, Franz (2013): Mein Ich entsteht im Du. Ausgewählte Texte zu Sprache, Dialog und Übersetzung 2. Aufl. Freiburg i. Br./München: Alber.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2023a): Der Mensch als geistiges Naturwesen bei Adolf Portmann (1897-1982). Reflexionsfragmente in Lichte eigener autobiographischer Perspektiven. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2023b): Genossenschaft, Sozialraum, Daseinsvorsorge. Die Wahrheit der Form und ihr Wirklich-Werden in der Geschichte im Ausgang von Paul Tillich. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2023c): Daseinthematische Polaritäten in „Warrior Cats“ (Staffel 1). Eine kulturgrammatische und psychodynamische Analyse. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2024/25): Die Kölner morphologische Genossenschaftslehre im Kontext der Gemeinwirtschaft im Lichte der Gerhard Weisser-Schule. Eine Aktualisierung zwischen Tradition und Wandel auf der Grundlage einer transzendentalen Dialektik als Wahlverwandtschaft von Geist und Praxis. Berlin: Duncker & Humblot (i. E.).
- Schulz-Nieswandt, Frank/Beideck, Julia/Blome-Drees, Johannes/Köstler, Ursula/ Micken, Simon/Moldenhauer, Joschka/Schmale, Ingrid/Thimm, Philipp (2024a): Die Ausdrucksgestalt der aktuellen Kölner Genossenschaftslehre. Ein Beitrag zur Diskurseröffnung: Wie erforscht man Genossenschaften im Kontext von Gemeinwirtschaftlichkeitsorientierung und Gemeinwohlökonomik. In: Zeitschrift für Gemeinwirtschaft und Gemeinwohl 47 (3): S. 381 – 405.
- Schulz-Nieswandt, Frank/Beideck, Julia/Blome-Drees, Johannes/Moldenhauer, Joschka/Micken, Simon/Thimm, Philipp (2024b): Gemeinwohl und die Form der Genossenschaft. Die Genossenschaft als Form für Gemeinwohlaufgaben und ihre mögliche Ausdrucksgestalt als Commoning. In: Sturn, Richard/Klüh, Ulrich (Hrsg.): Normative und institutionelle Grundfragen der Ökonomik. Jahrbuch 21: Commons-Ökonomie. Nachhaltig, resilient, effizient? Marburg: Metropolis: S. 121-142.
- Schulz-Nieswandt, Frank/Thimm, Philipp/Beideck, Julia (2024): Die Genossenschaft im Sozialraum und der Sozialraum als Genossenschaft. In: Eurich, Johannes/Lämmelin, Georg/Wegner, Gerhard (Hrsg.): Spiritualität im Stadtteil: Die Entdeckung transzendenter Raumbezüge. Baden-Baden: Nomos (i. E.).
- Stegmaier, Petra (2023): Wer Gesundheitsregionen will, muss neu denken. Was mit dem neuen § 140b „Gesundheitsregionen“ aus dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz möglich wird. Monitor Versorgungsforschung (4): S. 13-15.
- Thimm, Philipp/Beideck, Julia/Schulz-Nieswandt, Frank (2024): »Dritter Sektor«: Morphologie und Topographie in einer dynamischen Mehr-Sektoren-Geometrie. In: Zeitschrift für Gemeinwirtschaft und Gemeinwohl 46 (4): S. 563-586.
- Wiese, Leopold von (1967): Der Mitmensch und der Gegenmensch im sozialen Leben der nächsten Zukunft. Wiesbaden: VS.