

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	Lebenslagdimensionen der befragten Versorgten und der Versorgten, bei denen Angehörige 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 Leistungserbringenden	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 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-

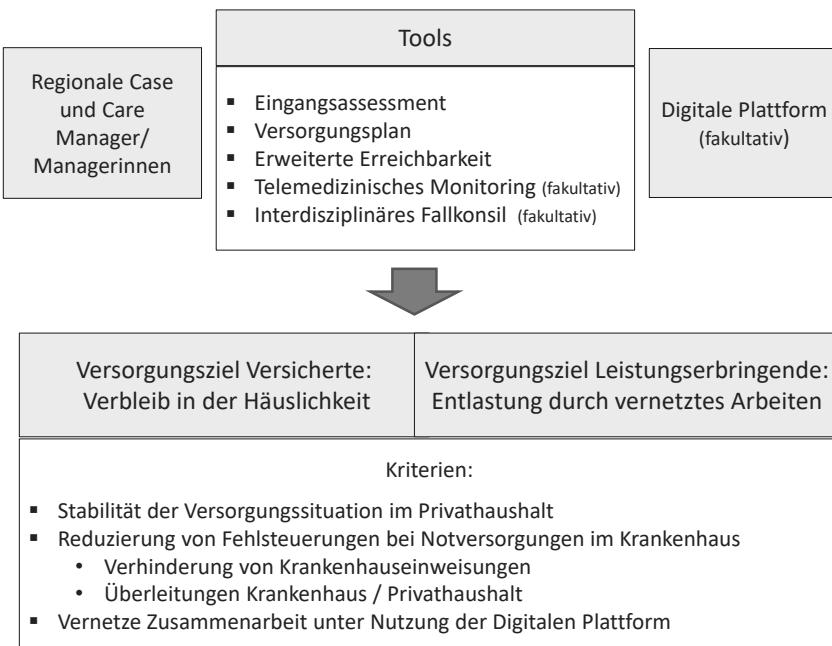
sen zu explorieren. Die Ergebnisse können helfen, die Passgenauigkeit von OBERBERG_FAIRsorgt zu eruieren.

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: Geriatrisches Eingangsassessment, Versorgungsplan, Telemedizinisches Monitoring, Erweiterte Erreichbarkeit, Interdisziplinäre Fallkonsile 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 Angehörige¹ von Versorgten wurden an zwei Messzeitpunkten (t0, t1), ge-staffelt nach Kohorten (K0, K1, K2, K3) befragt. Die Versorgten wurden in vierteljährig startenden Kohorten in die Versorgung aufgenommen. Alle RCCM wurden dreimal befragt², von den 17 an der Versorgungs-form teilnehmenden Hausarztpraxen wurden dreizehn interviewt sowie acht weitere Leistungserbringende. Zu den Leistungserbringenden, zu de-nen sich Schnittstellen ergaben, zählen: Facharztpraxen, ambulante Be-gleittherapeutinnen und Begleittherapeuten, Apotheken, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Notärztinnen und Notärzte im Hintergrund des Rettungsdiensts, Bereitschaftsdienst der Kas-senärztlichen Vereinigung, Tagespflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Lang- und Kurzzeitpflege, Hilfsmittelhersteller, kommunale Beratungsstellen und wohnortnahe Angebote mit ehrenamtlichem Unterstützungs-potenzial. Manche Berufsgruppen waren enger in die Leistungserbringung ein-gebunden, manche lediglich randständig. Zur Wahrung der Anonymität werden hier keine näheren Angaben gemacht, wer aus dieser Gruppe inter-viewt wurde.

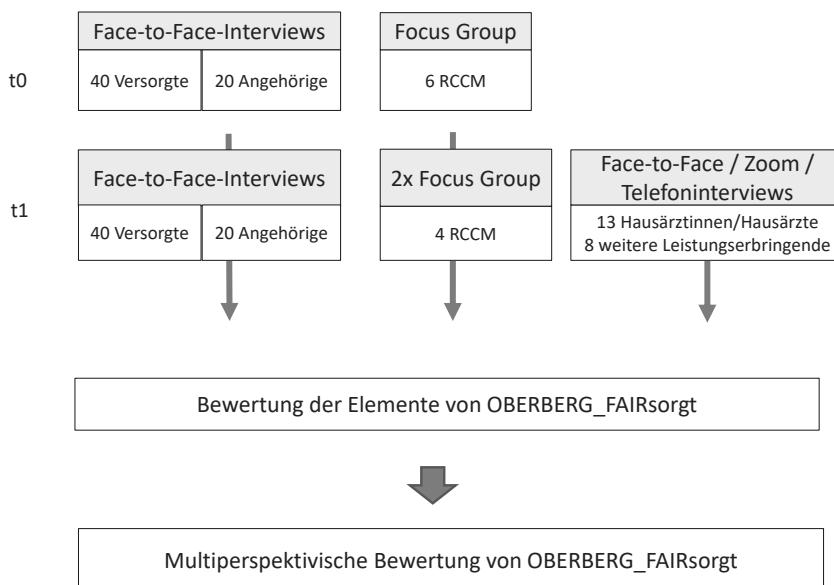
Die Befragungen erfolgten im Rahmen von Face-to-Face-Interviews, te-lefonischen und per Zoom durchgeführten Interviews sowie Gruppendis-kussionen. Die Befragungen der Versorgten und Angehörigen wurden nicht ausschließlich im Rahmen von Einzelinterviews durchgeführt, sondern es wurde auch die Interviewform der Gruppendiskussion genutzt. Eine Befra-gung 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 Interventi-onsgruppe (N=321), die nicht an den Befragungen des qualitativen Moduls teilnahmen.

2 Das Modellprojekt startete mit sechs RCCM. Zum September 2022 schieden zwei RC-CM aus, sodass die beiden Wiederholungsbefragungen mit je vier RCCM stattfanden.

wurden auditiv gespeichert und nach falltypisch (Burzan/Hitzler 2018) relevanten Regeln transkribiert³ (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 angepasst⁴; 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 (Reichert 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." (Reichert 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.⁵ 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 (Gläser/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 anwendet, 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 Fragenbögen 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.⁶ 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 heißtt, wenn dann was ist, dann organisieren die das wie bei den anderen, die eben nicht im Projekt sind, auch mit. (...) Das heißtt, die kommunizieren sowieso mit dem Hausarzt um dann zu gucken, welcher Patient ist im Projekt und welcher nicht, das ist schwierig. (GDtl, 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 t0		Wiederholungsbefragung t1		Ergänzende Erstbefragung in t1	
	Versorger	Angehörige	Versorger	Angehörige	Versorger	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.⁷ 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. Schwieger-tochter 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 Schwieger-tochter). Eine Befragung wurden mit jeweils drei Personen geführt (Tochter bzw. Schieger-tochter 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 Kontaktdata (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 Samplings⁸ angewandt wurden.

3.2.4 Face-to-Face-Interviews versus Telefoninterviews

Angestrebte 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 t0 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 bereit⁹, 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 Forschungsgespräches 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 t0 wurde das Einverständnis eingeholt, dass sich die Interviewperson nach einem Jahr nochmals telefonisch melden darf. Alle in t0 Besuchten erklärten sich für eine erneute Kontaktaufnahme in t1 bereit. Beim zweiten Besuch in t1 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-

⁹ 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 statio-näre Settings) und 3. zu den sozialen Netzen (hier: Unterstützungs-potentiale 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 ge-sellschaftliche 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	Frauen	Männer	Gesamt	alleinlebend		mit Partner lebend		mit Familienmitgliedern lebend		lebt in einer stationären Einrichtung	
				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 älter	4	2	6	3	0	0	2	1	0	0	0
N	34	20	54	18	2	11	16	4	2	1	0

$\Sigma=54$

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 Altersforscher Andreas Kruse spricht sich dafür aus, von Altersprozessen auszugehen (Kruse 2007, S. 430). Die Wahrnehmungen des *Alters* spiegeln die Multidimensionalität und Multidirektonalität. Daher gibt es aufgrund der komplexen individualisierten Altersprozesse 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.¹⁰ Ein Versorger 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 erorbener 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 Krankheitereignissen, 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

$\Sigma=54$

Es sind demnach die Kinder, Schwiegerkinder und Enkel, die das Sozialkapital der Versorgten darstellen. Bis auf drei Versorgte haben die Versorgten Kinder,¹¹ 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 (keine eigene Wohnung)	im Nachbarhaus, eigene Wohnung im Haus, am Wohnort	20-50 km	weiter als 50 km entfernt lebend
65 - 79 Jahre	1	17	1	5
80 - 89 Jahre	2	17	1	1
90 Jahre und äl- ter	1	3	2	0
N	4	37	4	6

ΣN=51. Pro Versorgten wird die Entfernung des Kindes genannt, das am wohnort-nächsten zur/zum Versorgten lebt, demnach erfolgt nur eine Nennung pro Versorgter/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 Hinder- nis zeigen sich Zugänge zu Häusern und Wohnungen mit Treppenaufgängen. Ein auf einen Rollstuhl angewiesener Versorger kann seine Wohnung aufgrund von Treppenzugängen nur mit Hilfe eines Krankentransports ver- lassen, 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 2 Prüfung auf Höherstufung	4 5 Prüfungen auf Höherstufung	2	0	0
80 - 89 Jahre	4	2 4 Erstanträge	4 3 Prüfungen auf Höherstufung 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 infrastrukturbbezogenen 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 bekanntes 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). 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 Versorger zu werben, und von der AOK an Versicherte versandte Informationsbriefe, die auf OBERBERG_FAIRsorgt aufmerksam machen.

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 Anmeldungsformulare 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 Informati-onsschreiben über OBERBERG_FAIRsorgt auszuhändigen. So fand eine

Angehörige beim Besuch bei ihrer Mutter Informationsblätter zu OBERBERG_FAIRsorgt und hat ihre Mutter zur Teilnahme 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 Ilien und Jeggle 1978) aufweist, zu der das soziale Miteinander, in dem Sinne „man kennt sich“ gehört, zeigt hier auch zielgerichtete Ansprachewege 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).¹² 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 persönlichkeitstheoretische 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, synonym¹³.

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 Alteneinrichtung, 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 dreiviertel 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 kuche, 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 krisenbehafteten Herausforderungen Unterstützungen durch OBER-BERG_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 hindeutet. Nach den Erwartungen an die Teilnahme an OBERBERG_FAIRsorgt gefragt, bewerten die Befragten die aktuelle Versorgungssituation unter Bilanzierung von Ereignissen wie Krankheit und Krankenhausaufenthalten 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 ausgewogene 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)

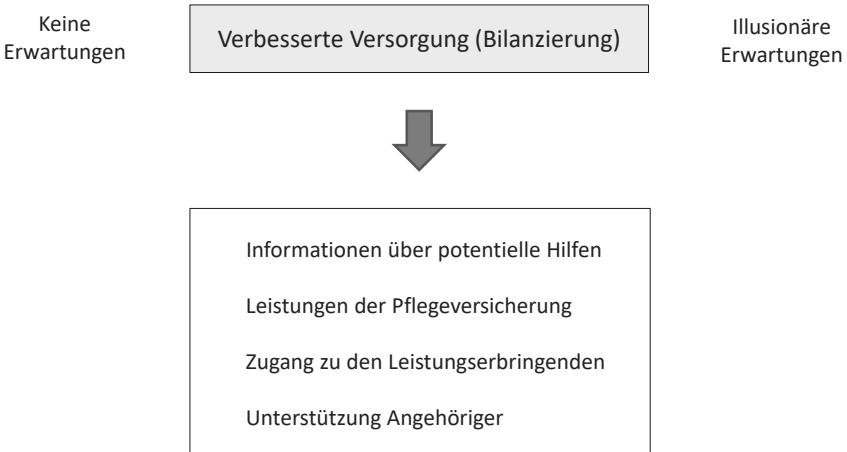
Ich weiß es nicht. Wir sind glücklich bis hier hin, dass es da sowas gibt. Was soll sein? Wir sind zufrieden. (A5, Pos.65)

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 schwarzmalisch 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 Fachärztlinnen, 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/Versorger und RCCM aufgebaut werden, die sich oftmals mit Blick auf die Einbindung von Angehörigen als Triade erweist, und sich zum

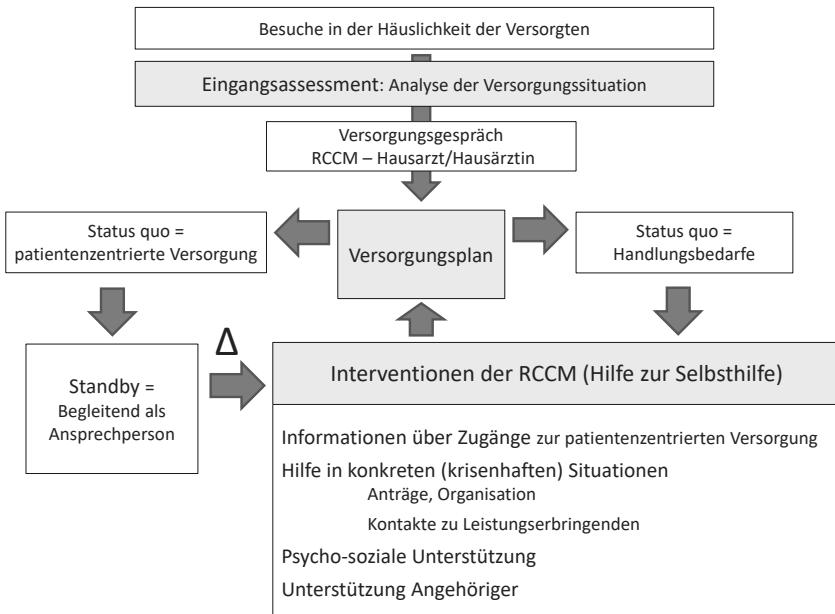
Netzwerk mit Kontakten zu den Leistungserbringenden erweitert. Optimal ist es, wenn es den RCCM gelingt, durch ein Mitempfinden und Mitführen, ein „empathisches Verstehen“ nach Rogers (2009, S. 277) eine Basis für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zu schaffen. Die RCCM sind oftmals mit Versorgten, 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 benötigten.

Dann gab es Versorgte, die schwerpunktmaßig 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 Erlebnis- geschehen 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 Begleitherapien 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.¹⁴ 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 Fachärztein
- Physiotherapie
- Psychotherapie
- Haushaltshilfen
- Fahrdienst
- Fußpflege
- Nachbarschaftshilfe

Unterstützung bei Krankenhausaufenthalten

Krankhausaufenthalte 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 Vertretungsärztein, 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 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: Töch-

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 Eingangassessments 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 Umgebungs faktoren 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 beinhaltete 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.¹⁵ 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 Haushaltbuch 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 Tabletts zu finden. Somit konnten den Versorgten keine Tabletts 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 potentielles 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 Eingangsassessment – 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 Eingangsassessment 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 Papierbüte 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 Amtsapothekerin 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 Erinnerungsstücke 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 Gesundheitereignisse 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_soziales/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 Begleitheraeuten, Apotheken, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Tagespflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Lang- und Kurzzeitpflege, Hilfsmittelhersteller, kommunale Beratungsstellen und wohnortnahe Angebote mit ehrenamtlichem Unterstützungsotenzial, 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 Eigenanstren-

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

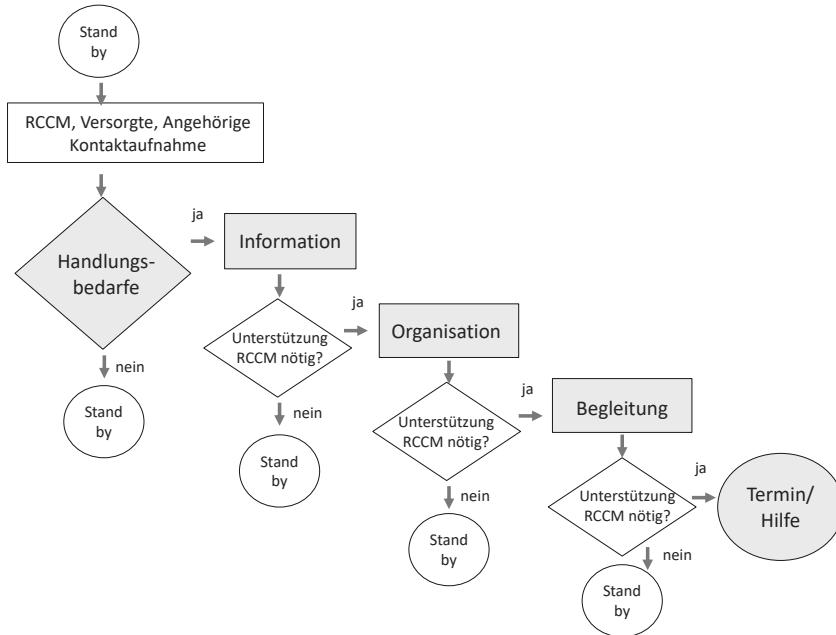
Bedarfe erkennen → Information → Organisation → Begleitung

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 (Standby 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 reinkholen 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. (GDt1, Pos.507-516).

In der praktischen Umsetzung wird hier ein therapeutischer Ansatz verfolgt. Das Arbeitsprinzip des »Empowerments« 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 Kontakt- aufnahme (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. (tlA18, 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. (tlA1, Pos.36)

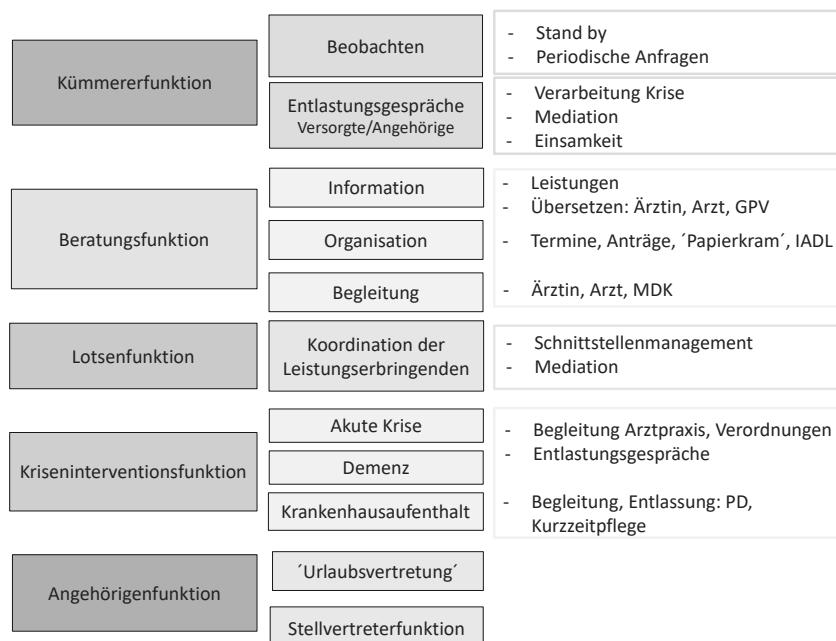
Bei einigen Versorgten spielt die Kontinuität der Person der RCCM eine Rolle. Für sie ist es für den Aufbau von Vertrauen voraussetzend, eine bestimmte bzw. einen bestimmten RCCM als Ansprechperson zu wissen. Bei Luhmann (1973) ist persönliches Vertrauen immer auf eine konkrete Interaktionspartnerin 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. gleichsetzten. 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 Zweierteam wird als vertrauenswürdig und als kompetenzsteigernd interpretiert; die Versorgten betonen, dass Absprachen im Zweierteam funktionieren.

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

7.1.3 Funktionsstruktur des Arbeitspaketes 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



Bei der zeitlichen Gewichtung der Funktionen kann eine grobe Drittteilung 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 gesessen 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 bedeuter 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. (tlP19, 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. (tlA8, Pos.29)

Das Informieren schließt auch das erklärende „Übersetzen“ von ärztlichen Diagnosen und Therapievorschlägen (eben das in der Neuen Versorgungsform inkludierte Erklären des Versorgungsplans durch die RCCM) (tlP2,

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 reiß 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 RC-CM 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. (tIP23P24, 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 Krankenhauseinweisung, „Übersetzen“ der Diagnostik für die Versorgten und Angehörigen, Koordinierung der Krankenausentlassung, 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 Krankenausentlassung) 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. (tIA6, 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 schwerpunktmaßig 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. (tIA9, 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 Krankhausaufenthalten 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 Krankhausaufenthalt 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 Kofferchen 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 Krankenhausentlassungen 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 unplötzlich 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 wegfahe. 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? (tlA12, 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. (tlA12, 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. (tlA6, 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 erschwerende 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.¹⁶

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. (tlP39A17, Pos.62) Wenn auf einmal der Blutdruck so ganz niedrig ist, messe ich wieder. Also ist dann diese Unsicherheit irgendwie nicht ganz weg. (tlP39A17, 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. (tlP39A17, 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.'“ (tlP43, Pos.61).

Ein Versorger (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. (tlP43, 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.' (tlP42, 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 schwerpunktmaßig 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 Toilettenstuhl 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 niederschwelligen 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 Berührungsängste 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 anfing, 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) 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_FAIRsort 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 Zeiter sparnis 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, multimorbidien 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 Krankenhouseinweisung 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 Freitagnachmittag, 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 geeglückt. 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 mitbekriegt 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 Geriatrisches 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 betonen 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 abgeben 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 angeraten; 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 Geriatrisches Interdisziplinäres Fallkonsil

Das im Modellprojekt OBERBERG_FAIRsorgt vorgesehene fakultative Tool des Geriatrischen Interdisziplinären Fallkonsils konnte nicht umgesetzt werden. Keine geriatrische Einrichtung war dem Selektivvertrag beigetreten. Geäußert wird, dass die hausärztliche Versorgung zahlreiche geriatrische 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 Demenztests 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 Facharztrichtungen 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 Versorger in dessen Zuhause. Ein alleinlebender Versorger 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 zeitaufwendig 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 Diagnosen 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. (GDt1, 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 zusagen, 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 durchgeföhrten Care- und Case-Managements nach. Die RCCM erstellten 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 verfügten Hausarztpraxen über Zeit- und Personalressourcen, Patientendaten auf der digitalen Plattform zu aktualisieren. Da keine Schnittstellen mit den praxiseigenen Patientendatenverwaltungssystemen 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, Krankenhausentlassungsbriebe, 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; Kuhlmey 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 Wohlbefinden 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 (Büker 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 Wirksamkeiterfahrungen (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 »Empowerungs« 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 *Lotzen*, 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 Krankenausaufenthalten ist ein Teilziel von OBER-BERG_FAIRsorgt. Dies deckt sich mit den Wünschen der Versorgten. Vergangene Krankenausaufenthalte 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 Krankenausaufenthalts

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 Neujahrzeit, 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 kurzschießen 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 Unterstützungsniveau 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 Hauarztes, 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, Begleittherapeutinnen, Begleittherapeuten, 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_FAIRsorgt 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.oberbergfairsgt.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 Gruppe.

pe.¹⁷ 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 Pflegequote¹⁸ 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: Pflegebedürftige nach Versorgungsart; <http://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.¹⁹

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. 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 tätet 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 Unterstützungs faktor, 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 unversorgten 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 (schwerpunktmaßig 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 auszustalten 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) 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 Oberbergischen 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

- Ärztekammer Nordrhein (2018). Jahresbericht 2018. Düsseldorf.
- Akremi, 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.
- 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., Luboinski, J., Bauer, J., Fischer, U., & Kocks, A. (2021). Integrating academic nurses in German university hospitals: a follow-up survey. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes.* 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., & Kuhlmeij, 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., & Repschläger, 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., Przyborski, 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., Schüler, 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.
- 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.

- 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., Ruscin, 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.
- 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., Kuhlmeiy, A., Greß, S., & Schwinger, A. (2015). Pflege-Report 2015: Schwerpunkt: Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit. Stuttgart: Thieme.
- Jacobs, K., Kuhlmeiy, A., Greß, S., Klauber, J., & Schwinger, A. (2021). Pflege-Report 2021: Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Berlin: Springer.
- Jacobs, K., Kuhlmeiy, 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., korrig. 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>.
- Kessl, 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_FAIRsorgt. 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.
- 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.
- Kuhlmeij, 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: Kiegelmann, 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. Eigen- sinn, 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.
- 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 Universi- ty Press.
- Ohlbrecht, H. (2019). Qualitative Methoden der empirischen Gesundheitsforschung. In: Haring, R. (Eds). Gesundheitswissenschaften. Springer Reference Pflege – The- rapie – Gesundheit. Berlin, Heidelberg: Springer. 91-102. 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/NEJMmp1011024.

- 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., Willoth, S., Kramer, B. et al (2020). Prävention statt Pflege. G+G digital 06/2020.
- Rupprecht, R. (2008). Psychologische Theorien zum Altersprozess. *Gerontopsychologie*. Springer. Vienna. 13-25. https://doi.org/10.1007/978-3-211-78390-0_2.
- Sander, K. (1999). Personzentrierte 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: Duncker & Humblot.
- Schulz-Nieswandt, F. (2018). Bridging the gap. Ein Kommentar zu Beispielen der Brückenkunstfunktionsbildung 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-tektive 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.
- Spegel, 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.

- 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., & Schönemann-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 Gesundhwes.* 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-ssoar-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.