

Einleitung

Christian Grebe, Ursula Köstler & Frank Schulz-Nieswandt

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*

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