

<b>Konsortialführung:</b>	Medizin Campus Bodensee, Klinikum Friedrichshafen GmbH
<b>Förderkennzeichen:</b>	01NVF17007
<b>Akronym:</b>	GeriNoVe
<b>Projekttitel:</b>	Regionales Geriatrisches Notfall-Versorgungszentrum
<b>Autoren:</b>	Barbara Birnbaum, Dipl. Pflegepäd. (FH), Projektleitung Prof. Dr. Maik H.-J. Winter und Mitarbeitende, Institut für Gerontologische Versorgungs- und Pflegeforschung (IGVP), Hochschule Ravensburg-Weingarten (RWU) (wissenschaftliche Projektevaluation)
<b>Förderzeitraum:</b>	1. Januar 2019 – 30. Juni 2022

## Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	2
II.	Abbildungsverzeichnis.....	2
III.	Tabellenverzeichnis.....	3
1.	Zusammenfassung.....	4
2.	Beteiligte Projektpartner.....	5
3.	Projektziele.....	5
4.	Projektdurchführung.....	9
5.	Methodik.....	15
6.	Projektergebnisse.....	20
7.	Diskussion der Projektergebnisse.....	43
8.	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	45
9.	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen.....	47
10.	Literaturverzeichnis.....	48
11.	Anhang.....	48
12.	Anlagen.....	48

## I. Abkürzungsverzeichnis

BKK	Betriebskrankenkasse
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
d. h.	das heißt
EQ-5D--5L	European Quality of Life 5 Dimensions 5 Level Version
et al.	et alia (lat., und andere)
etc.	et cetera (lat., und so weiter)
ggf.	gegebenenfalls
GeriNoVe	Regionales Geriatisches Notfall-Versorgungszentrum
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IGVP	Institut für Gerontologische Versorgungs- und Pflegeforschung
inkl.	inklusive
i. S.	im Sinne
MCB	Medizin Campus Bodensee
PEP	Primärer Endpunkt
resp.	respektive (lat., beziehungsweise)
RWU	Hochschule Ravensburg-Weingarten
SEP	Sekundärer Endpunkt
SGB	Sozialgesetzbuch
sog.	sogenannte
usw.	und so weiter
v. a.	vor allem
z. B.	zum Beispiel

## II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flowchart zu den schriftlichen Patient*innenbefragungen inkl. Ausschlussgründe .....	22
Abbildung 2: Kategoriensystem zur Auswertung der qualitativen Patient*innenbefragung..	28
Abbildung 3: Kategoriensystem zur Auswertung der Expert*inneninterviews mit Mitarbeitenden .....	35
Abbildung 4: Kategoriensystem zur Auswertung der qualitativen Befragung der Ärzt*innen	40

### III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beteiligte Kooperationspartner .....	5
Tabelle 2: Zentrale Fragestellungen, die im Rahmen der Evaluation bearbeitet wurden inkl. der jeweiligen Zielpopulation und Methodik .....	7
Tabelle 3: Arbeitspakete der Projektrealisation und –evaluation gemäß bewilligtem Konzept9	
Tabelle 4: Ein- bzw. Ausschlusskriterien für eine Versorgung im GeriNoVe .....	12
Tabelle 5: Befragungen der Patient*innen .....	17
Tabelle 6: Befragungen der Mitarbeitenden.....	18
Tabelle 7: Befragungen der zuweisenden Haus- bzw. Fachärzt*innen .....	19
Tabelle 8: Analyse der Patient*innendokumentation .....	20
Tabelle 9: Charakteristika der schriftlich befragten Patient*innen drei Monate nach GeriNoVe-Aufenthalt (n=228).....	22
Tabelle 10: Charakteristika der schriftlich befragten Patient*innen zwölf Monate nach GeriNoVe-Aufenthalt (n=69).....	24
Tabelle 11: Charakteristika der qualitativ befragten Patient*innen (n=11).....	27
Tabelle 12: Charakteristika der Teilnehmenden der ersten Fokusgruppenrunde (n=10).....	29
Tabelle 13: Charakteristika der Teilnehmenden der zweiten Fokusgruppenrunde (n=11).....	32
Tabelle 14: Charakteristika der Teilnehmenden an den Expert*inneninterviews (n=8).....	34
Tabelle 15: Charakteristika der schriftlich befragten zuweisenden niedergelassenen Haus-/ und Fachärzt*innen (n=34) .....	36
Tabelle 16: Charakteristika der interviewten zuweisenden Haus-/ und Fachärzt*innen (n=7) .....	38

## 1. Zusammenfassung

Alte Menschen mit akut sozial-pflegerischem Versorgungsbedarf ohne medizinische Indikation für eine Krankenhausbehandlung werden mangels anderer Optionen nicht selten dennoch stationär aufgenommen (v.a. im ländlichen Raum). Hieraus können gravierende Folgen resultieren wie z. B. Rückgang der Selbständigkeit, Mobilität, kognitiven Leistungsfähigkeit, vorzeitige Institutionalisierung usw. Vor diesem Hintergrund war GeriNoVe als neue, niederschwellige, pflegegeleitete Notfallversorgungsinstanz im ländlichen Raum konzipiert für Personen ab dem 70. Lebensjahr, deren häusliche Pflegeversorgung (ohne medizinischen Notfall) akut gefährdet war, wobei der Zugang keine bestehende Leistungsanspruchnahme nach SGB XI voraussetzte.

Die Evaluation zielte auf die Erfassung patient\*innenseitig berichteter Outcomes, der Sicht von Mitarbeitenden und zuweisenden Ärzt\*innen ab und folgte daher einem Mixed-Methods-Studiendesign: Es fanden fortlaufende schriftliche Befragungen der Patient\*innen drei (t1) und zwölf Monate (t2) nach GeriNoVe Aufenthalt statt (t1 n=228/ t2 n=69) sowie vertiefende leitfadengestützte Interviews (n=11). Die Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erfolgte mittels EQ-5D-5L bei Entlassung (t0 n=387) sowie zu t1 und t2. Die zuweisenden Ärzt\*innen wurden einmalig schriftlich befragt (n=34) und die Ergebnisse durch leitfadengestützte Interviews (n=8) verdichtet. Ferner fand eine sekundärdatenanalytische Pflegedokumentationsauswertung (n=592) statt. Zur Prozessevaluation (inkl. des neuen pflegegeleiteten Charakters des GeriNoVe) schlossen sich im zweiten bzw. dritten Laufzeitjahr Befragungen der Mitarbeitenden mittels Fokusgruppen an, deren Befunde wiederum durch leitfadengestützte Expert\*inneninterviews mit Mitarbeitenden und Leitungskräften (n=8) des Modellprojektes ergänzt wurden.

Die Evaluationsergebnisse belegen zunächst schwierige Rahmenbedingungen des Modellprojektes mit Auswirkungen auf die geplante Versorgung und Evaluation. Dies gilt v. a. für die Covid-Pandemie bedingte vorübergehende fünfmonatige Betriebsschließung und anschließende Reduktion der Aufnahmekapazitäten, so dass die kalkulierten Fallzahlen trotz Laufzeitverlängerung nicht erreichbar waren. Darüber hinaus stellte das mit GeriNoVe räumlich unmittelbar verbundene, kooperierende Krankenhaus den Betrieb insolvenzbedingt ein. Beides führte bei der Zielgruppe, Angehörigen sowie zuweisenden, professionellen Akteuren zu starken Verunsicherungen bzgl. der Nutzung des Modellprojektes sowie zur Abwanderung von Mitarbeitenden, was schwer kompensierbar war.

Nichtsdestotrotz verweisen die Befunde, auch hinsichtlich der aktuell diskutierten Krankenhausreform sowie der Pflegestärkungsgesetze, auf ein insgesamt großes Potenzial des neuen Versorgungskonzeptes: Die individuelle Versorgungssituation konnte mittels GeriNoVe mehrheitlich neu- bzw. umorganisiert und somit zumindest kurz- bis mittelfristig stabilisiert werden. Dies korrespondiert mit hohen Versorgungszufriedenheitswerten bei Patient\*innen und Ärzt\*innen, die u. a. den niederschweligen Zugang, die schnelle Aufnahme und Versorgungspraxis sowie das Entlassmanagement überwiegend positiv bewerten. Ferner lässt sich ein Entlastungspotenzial für Krankenhäuser erkennen, da fast die Hälfte der Patient\*innen aus einer Krankenhausnotaufnahme ins GeriNoVe kam. Analog zum Einzugsgebiet des Modellprojektes ist es daher v. a. für ländlich geprägte Regionen zu empfehlen mit alternder Bevölkerung bei gleichzeitigem Abbau von Krankenhauskapazitäten zugunsten von Primärversorgungs- bzw. kommunalen Gesundheitszentren. Eine Integration von GeriNoVe in diese Zentren entspräche einer sinnvollen Ergänzung zur Kurzzeitpflege bzw. einer Erweiterung der Übergangspflege (SGB V), da GeriNoVe weder einen aktuellen Leistungsbezug nach SGB XI noch einen vorherigen Krankenhausaufenthalt voraussetzt. Den Evaluationsergebnissen zufolge handelt es sich um ein innovatives, sinnvolles sowie hilfreiches Unterstützungsangebot für eine wachsende Personengruppe in teils (hoch-)fragilen pflegerischen Versorgungssituationen, die im Fall einer akuten sozial-pflegerischen Notlage in den derzeitigen Strukturen oftmals Gefahr läuft, über-, unter- oder fehlversorgt zu werden oder sich selbst überlassen bleibt.

## 2. Beteiligte Projektpartner

Tabelle 1: Beteiligte Kooperationspartner

Konsortial- führung/ -partner	Name der Einrichtung/ Abteilung	Name der Projektleitung	Besonderheiten in Projektstruktur und Verantwortlichkeiten
Konsortial- führer	MCB, Klinikum Friedrichshafen GmbH	Barbara Birnbäum	Der Konsortialführer zeichnete für die Implementierung und Durchführung des Projekts am Standort seiner Tochtergesellschaft Krankenhaus 14 Nothelfer GmbH in Weingarten verantwortlich.
Konsortial- partner	Hochschule Ravensburg- Weingarten (RWU), Institut für Gerontologische Versorgungs- und Pflegeforschung (IGVP)	Prof. Dr. Maik H.-J. Winter	Die RWU war Evaluator des Projekts.
Konsortial- partner	Stiftung Liebenau	Dr. med. Jürgen Kolb	Als großes Sozialunternehmen unterstützte die Stiftung Liebenau beratend im Projektmanagement, in Marketing- und Öffentlichkeitsmaßnahmen und in der Netzwerkarbeit.
Konsortial- partner	BKK MTU Friedrichshafen	Roland Dietz	Die BKK MTU Friedrichshafen stellte als Konsortialpartner anonymisierte Daten für die Evaluation zur Verfügung.
Konsortial- partner	BKK ZF & Partner, Abteilung Versorgungsmanagement	Bernd Bleuel	Die BKK ZF & Partner stellte als Konsortialpartner anonymisierte Daten für die Evaluation zur Verfügung.

Quelle: eigene Darstellung

## 3. Projektziele

GeriNoVe zielte auf eine Überwindung der unter 1. genannten Defizite ab, indem es entweder den akut bestehenden sozial-pflegerischen Bedarf direkt abdeckte oder aber die benötigten Hilfen im Sinne einer Lotsenfunktion organisierte, so dass die Patient\*innen möglichst schnell wieder in ihr angestammtes Lebensumfeld zurückkehren konnten bzw. ein passendes Versorgungssetting für sie gefunden wurde. Folglich ging es darum, ältere bzw. hochaltrige Menschen in sozial-pflegerischen Notsituationen angemessen, niederschwellig und zeitnah zu versorgen. Zudem fokussierte GeriNoVe darauf, die Selbständigkeit der Patient\*innen bestmöglich zu erhalten bzw. zu stabilisieren. Das Team der Mitarbeitenden war interdisziplinär zusammengesetzt, um durch die Perspektiven- und Kompetenzvielfalt qualitativ hochwertige, stabile und nachhaltige Versorgungslösungen generieren und realisieren zu können. Unabhängig davon handelte es sich um eine pflegegeleitete Versorgungseinheit (nurse-led-unit), so dass auch dieses für Deutschland relativ neue Organisationsmodell erprobt wurde.

GeriNoVe war durch seine enge Vernetzung und Kooperation mit zentralen Akteur\*innen des lokalen Gesundheitswesens ferner „Stützpunkt“ für eine sektorenübergreifende Versorgung an der Schnittstelle zwischen SGB XI und V. Es bot insgesamt Kapazitäten für 18 Personen in neun Zimmern,

wobei auch eine ambulante Versorgung möglich war, falls dadurch der Bedarf bereits gedeckt werden konnte.

Analog zur Konzeption des GeriNoVe lag der Evaluation erstens die Annahme zugrunde, dass dieses Versorgungskonzept eine für die Zielgruppe bestehende Versorgungslücke angemessen adressiert und daher entsprechend akzeptiert sowie nachgefragt wird. Zweitens wurde von einer durchschnittlichen Verweildauer von maximal fünf Tagen (zum März 2021 angepasst auf maximal 6,5 Tage) ausgegangen, um den Versorgungsbedarf so zu decken bzw. die notwendigen Dienste resp. Dienstleistungen so zu organisieren, dass die Versorgungssituation stabilisiert ist und die Patient\*innen damit zufrieden sind (PEP). Drittens wurde GeriNoVe pflegefachlich im Sinne einer nurse-led-unit geleitet. Daher galt es viertens zu eruieren, wie die beteiligten professionellen Akteur\*innen die Angemessenheit der Versorgung inklusive der neuen Arbeitsteilung beurteilen (PEP). Ergänzend dazu stand fünftens die Perspektive der Betroffenen im Mittelpunkt des Evaluationsinteresses, d.h. patient-reported Outcomes zur Versorgungszufriedenheit während und nach dem Aufenthalt im GeriNoVe sowie zur Lebensqualität und Versorgungssituation im Anschluss daran (PEP). Des Weiteren zielte die Evaluation darauf ab, klassische Patient\*innenprofile des GeriNoVe zu identifizieren (SEP). Schließlich galt es darüber hinaus, die Schnittstelle zwischen der haus-/ fachärztlichen Regelversorgung und GeriNoVe näher zu untersuchen. Indikatoren hierfür waren die Bewertung der Auswirkungen der GeriNoVe-Versorgung auf die haus-/ fachärztliche Versorgung, die ärztliche Akzeptanz des neuen Versorgungsangebots sowie die Beurteilung des Informationsflusses zwischen GeriNoVe und Arztpraxen (SEP). Die letztgenannte Zielsetzung wurde nachträglich in die Evaluation integriert, da das ursprünglich ebenfalls geplante Ziel eines Vergleiches verschiedener Parameter der Leistungsanspruchnahme nach SGB XI und V auf Basis von Krankenkassenroutinedaten (wie Umfang, Kosten, Dauer usw.) zwischen Versicherten der kooperierenden BKKen mit und ohne GeriNoVe-Versorgung nicht realisiert werden konnte: Im ersten Projektlaufjahr, das zugleich auch als Rekrutierungszeitraum für die vergleichende Routinedatenanalyse diente, willigten insgesamt 215 Patient\*innen in die Teilnahme an der kompletten Evaluations- und Begleitforschung ein. Von diesen waren allerdings nur sechs Personen bei einer der beiden kooperierenden Betriebskrankenkassen versichert. Die vor Projektbeginn durchgeführte a priori Berechnung des optimalen Stichprobenumfangs für den angestrebten Vergleich ergab jedoch eine Mindestgröße von jeweils 394 Personen mit sowie ohne GeriNoVe-Nutzung, um eine Power von 80 % zu erreichen. Das Evaluationskonzept basierte auf den Fallzahlkalkulationen der Konsortialleitung sowie der damaligen Prognose eines Anteils von 50 % BKK-Versicherter unter den GeriNoVe-Patient\*innen. Die ursprüngliche Fallzahlenkalkulation sah 1024 Patient\*innenversorgungen im ersten Laufjahr vor, so dass mit rund 516 BKK-Versicherten zu rechnen gewesen wäre. Diese Werte konnten jedoch, trotz zahlreicher Versuche der Gegensteuerung, nicht annähernd erreicht werden. Vor diesem Hintergrund erschien die Erreichung der notwendigen Patient\*innenanzahl für die BKK-Routinedatenvergleichsstudie aus Sicht des Evaluators in mehrfacher Hinsicht wenig realistisch: Erstens war nicht erkennbar, warum die bisherige Quote der BKK-Versicherten unter den GeriNoVe-Patient\*innen in der Restlaufzeit deutlich steigen sollte. Zweitens bedurfte es für die Durchführung der vergleichenden Routinedatenanalyse eines Arbeitszeitraumes, der keine Ausweitung des Rekrutierungszeitraums über den Juli 2020 hinaus erlaubte. Drittens wurden bereits vor Beginn des Projektes intensive Bemühungen unternommen, um zusätzliche Krankenkassen für eine entsprechende Beteiligung an der Evaluationsstudie zu gewinnen, wobei bspw. die AOK nach einer langen Abwägungsphase eine Mitarbeit schließlich ablehnte. Die Rekrutierung zusätzlicher Krankenkassen ließ sich zum damaligen, fortgeschrittenen Projektzeitraum (wenn überhaupt) keineswegs (mehr) ausgabenneutral bewerkstelligen, da die notwendigen Absprachen, Entscheidungsprozesse, Kooperationsverträge und die Arbeiten an einem Datenschutzkonzept mit hohen personelle Aufwände verbunden sind. Zudem hätten viertens rückwirkend alle bei den zusätzlichen Krankenkassen versicherten Patient\*innen postalisch kontaktiert und um eine Einwilligung in diese Teilstudie gebeten werden müssen. Ein solches rückwirkendes Vorgehen war aus ethischer Sicht hinsichtlich der hochvulnerablen Patient\*innen kritisch zu bewerten und stand nicht im Einklang mit

dem vorliegenden Votum der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (z. B. Sicherstellung der Einwilligungsfähigkeit bei postalischer Einwilligung).

Tabelle 2: Zentrale Fragestellungen, die im Rahmen der Evaluation bearbeitet wurden inkl. der jeweiligen Zielpopulation und Methodik

Zentrale Fragestellungen	Zielpopulation	Methodik
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie stellt sich die Nutzungszufriedenheit und -akzeptanz mit Blick auf GeriNoVe zu unterschiedlichen Zeitpunkten dar?</li> <li>• Wie bewerten die Patient*innen ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität zu unterschiedlichen Zeitpunkten nach einem GeriNoVe-Aufenthalt?</li> <li>• Wie stellt sich die Versorgungssituation der Patient*innen zu unterschiedlichen Zeitpunkten nach einem GeriNoVe-Aufenthalt dar?</li> </ul>	Patient*innen des GeriNoVe	Fortlaufende, schriftliche Patient*innenbefragung: bei Entlassung (t0 nur gesundheitsbezogene Lebensqualität) sowie drei Monate (t1) und zwölf Monate (t2) nach GeriNoVe-Aufenthalt (jeweils inkl. der gesundheitsbezogenen Lebensqualität)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Lebens-/ Versorgungsumstände haben zum GeriNoVe-Aufenthalt geführt und wie erfolgte die Zuweisung dorthin?</li> <li>• Mit welchen persönlichen Erwartungen war das Aufsuchen von GeriNoVe verbunden?</li> <li>• Welche Erfahrungen wurden während des GeriNoVe-Aufenthaltes gemacht und wie werden diese bewertet?</li> <li>• Welche Auswirkungen hatte und hat die GeriNoVe-Versorgung?</li> </ul>	Patient*innen des GeriNoVe	Qualitative Interviews
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Über welche Quellen wurden die zuweisenden Ärzt*innen auf GeriNoVe aufmerksam und wie vertraut sind sie mit den Zuweisungsbedingungen?</li> <li>• Wie zufrieden sind sie mit dem Zuweisungsprozess?</li> <li>• Wie bewerten sie die Versorgung(squalität) in GeriNoVe sowie seinen pflegegeleiteten Charakter?</li> <li>• Wie bewerten sie das Entlastungspotenzial des GeriNoVe für ihre Patient*innen sowie ihre eigene Tätigkeit?</li> </ul>	Ins GeriNoVe zuweisende Haus- und Fachärzt*innen	Schriftliche Befragung 25 Monate nach Projektbeginn

Zentrale Fragestellungen	Zielpopulation	Methodik
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie zufrieden sind sie mit einzelnen Aspekten des Entlassbriefes und dem Entlassmanagement?</li> <li>• Wie beurteilen sie das allgemeine Potenzial des neuen Versorgungsmodells und wo sehen sie Weiterentwicklungsbedarf?</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie wird die Kommunikation mit GeriNoVe bewertet?</li> <li>• Wie wird das neue Versorgungsmodell bewertet mit Blick auf das Gesundheitssystem (inkl. Kosten) sowie die Versorgungsbedarfe alter Menschen in der ambulanten medizinischen Versorgung?</li> </ul>	Ins GeriNoVe zuweisende Haus- und Fachärzt*innen	Qualitative Expert*innen-interviews 30 Monate nach Projektbeginn
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie stellt sich die durchschnittliche Verweildauer sowie Auslastung des GeriNoVe dar?</li> <li>• Welche Leistungen wurden erbracht?</li> <li>• Wie stellt sich die gesundheitliche Entwicklung der Patient*innen von ihrer Aufnahme bis zur Entlassung anhand einzelner (pflegerischer) Assessments dar?</li> </ul>	Patient*innen des GeriNoVe	Sekundärdatenanalytische Auswertung der Pflegedokumentation
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mit welcher Motivation erfolgte die Bewerbung für eine Anstellung im GeriNoVe und welche Rolle spielte dabei die Konzeption desselben?</li> <li>• Wie wird die Rolle des Case-Managements im GeriNoVe erlebt?</li> <li>• Wie wird die jeweilige berufsgruppenspezifische, professionelle Rolle im GeriNoVe beschrieben, wie die Aufgabenverteilung/ Kooperation zwischen Medizin sowie Pflege erlebt und die Notwendigkeit medizinischer Präsenz beurteilt?</li> <li>• Welche Stärken bzw. Schwächen weist GeriNoVe aus Sicht der beteiligten Berufsgruppen auf und was sollte verändert werden?</li> <li>• Inwieweit stellt GeriNoVe einen Mehrwert für die Patient*innen dar?</li> <li>• Wie wird der Zuweisungsprozess beurteilt und wie hat er sich seit Projektbeginn entwickelt?</li> <li>• Welche Stärken bzw. Schwächen weist der Versorgungsprozess im GeriNoVe auf?</li> <li>• Wie werden Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Vergleich zur Regelversorgung beurteilt?</li> </ul>	GeriNoVe-Mitarbeitende	Fokusgruppen 21(t1) sowie 30 Monate (t2) nach Projektbeginn

Zentrale Fragestellungen	Zielpopulation	Methodik
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Stärken und Schwächen weist der Entlassprozess auf und wie hat er sich im Laufe des Projektzeitraumes entwickelt?</li> <li>• Welche Veränderungen wurden im Projektverlauf vorgenommen mit Blick auf den Zuweisungs-, Versorgungs- sowie Entlassprozess?</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Stärken und Schwächen weist das Modellprojekt auf bzgl. der Zuweisung von Patient*innen, ihrer Versorgung und Entlassung?</li> <li>• Wie wird die Attraktivität des GeriNoVe als Arbeitsumfeld (auch im Vergleich zur Regelversorgung) beurteilt?</li> <li>• Wie könnte die interdisziplinäre Zusammenarbeit in GeriNoVe verbessert werden?</li> </ul>	GeriNoVe-Mitarbeitende inkl. Leitungskräften	Expert*innen-interviews 36 Monate nach Projektbeginn

Quelle: eigene Darstellung

#### 4. Projektdurchführung

Die Durchführung und Evaluation der neuen Versorgungsform erfolgte entlang folgender Arbeitspakete:

Tabelle 3: Arbeitspakete der Projektrealisation und –evaluation gemäß bewilligtem Konzept

Arbeitspaket	Durchgeführte Arbeiten
AP 1 Projektorganisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementierung des Projektteams und der Steuerungsgruppe.</li> <li>• Einrichtung einer Arbeitsgruppe für das erste Jahr zur fachlichen Begleitung des Implementierungsprozess und der Betriebsaufnahme.</li> <li>• Etablierung regelmäßiger Treffen der o.g. Gruppen.</li> </ul>
AP 2 Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kick-Off Veranstaltung für potentielle Netzwerkpartner und weitere relevante Akteure.</li> <li>• Öffentlichkeitsarbeit: Regelmäßige Pressemitteilungen, Etablierung und Pflege einer projekteigenen Homepage, Informationsschreiben für Zuweisende.</li> <li>• Informationsveranstaltungen für Multiplikator*innen und regionale Netzwerkpartner*innen.</li> </ul>
AP 3 Implementierungsphase	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Räumliche Herstellung und Ausstattung der neuen Versorgungseinheit (Containerbau in Modulbauweise).</li> <li>• Personalrekrutierung für den Stationsbetrieb.</li> <li>• Erstellung und Konsentierung der Kooperations- und Weiterleitungsverträge, des individualrechtlichen Behandlungsvertrages, Datenschutzkonzeptes und Ethikantrags.</li> <li>• Generierung und Einführung der Dokumentationssysteme und –prozesse Prozesse sowie eines speziellen Softwaresystems (Geri-Doc).</li> </ul>

Arbeitspaket	Durchgeführte Arbeiten
AP 4 Durchführungsphase	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mitarbeiterschulungen zu Strukturen, Konzeptidee, Dokumentationssystemen, Prozessen, Evaluationsinhalten usw.</li> <li>Patient*innenbehandlung vom 08.07.2029 bis 31.03.2022 u. a. unter Nutzung standardisierter Assessmentinstrumente.</li> <li>Kontinuierliche Überprüfung, Anpassung und Weiterentwicklung der Behandlungsprozesse und –abläufe (inkl. covidbedingter fortlaufender Anpassungen des Hygienekonzeptes).</li> </ul>
AP 5 Evaluation: Sekundärdatenanalyse aller ≥ 70-jährigen BKK-Versicherten aus dem Jahr 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>Übermittlung von 22.411 Leistungsdatensätzen von 5047 Versicherten der beiden kooperierenden BKKn</li> <li>Plausibilitätsprüfungen der Datensätzen.</li> <li>Deskriptive statistische Analyse der Datensätze.</li> </ul> <p><i>Hinweis: Die Ergebnisse dieses APs sind nicht Gegenstand der Abschlussberichte, da dieses AP als Grundlage diente für den Vergleich verschiedener Parameter der Leistungsanspruchnahme nach SGB XI und V auf Basis von Krankenkassenroutinedaten (wie Umfang, Kosten, Dauer usw.) zwischen Versicherten der kooperierenden BKKen mit und ohne GeriNoVe-Versorgung, der jedoch nicht realisiert werden konnte (s. 3. Projektziele).</i></p>
AP 6 Evaluation: Kontinuierliche Patient*innenbefragung (t1) 3-Monate nach GeriNoVe-Aufenthalt	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planung und Durchführung der schriftlichen Befragung (Rücklauf: 42 %, n=228).</li> <li>Deskriptive statistische Analyse der Daten sowie inferenzstatistische Auswertung des EQ-5D-5L.</li> </ul>
AP 7 Evaluation: Analyse der Pflegedokumentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bilaterale Arbeitstreffen zwischen RWU und GeriNoVe zur Diskussion und Überprüfung beispielhafter Zwischenauswertungen hinsichtlich der Datenqualität.</li> <li>Pflegedokumentationsauswertung von 592 Patient*inne mittels deskriptiver und inferenzstatistischer Verfahren.</li> </ul>
AP 8 Evaluation: Fokusgruppen mit Mitarbeitenden	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planung und Durchführung zweier Fokusgruppen mit Mitarbeitenden.</li> <li>Transkription und inhaltsanalytische Auswertung der Ergebnisse.</li> </ul>
AP 9 Evaluation: Follow-up Patient*innenbefragung (t2) 12 Monate nach GeriNoVe-Aufenthalt	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planung und Durchführung der schriftlichen Befragung (Rücklauf: 36 %, n=69).</li> <li>Deskriptive statistische Analyse der Daten sowie inferenzstatistische Auswertung des EQ-5D-5L.</li> </ul>
AP 10 Evaluation: Erneute Fokusgruppen und Expert*inneninterviews mit Mitarbeitenden	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planung und Durchführung zweier Fokusgruppen mit Mitarbeitenden.</li> <li>Planung und Durchführung von Expert*inneninterviews mit acht Mitarbeitenden (inkl. Führungskräften).</li> <li>Transkription und inhaltsanalytische Auswertung der Ergebnisse.</li> </ul>

Arbeitspaket	Durchgeführte Arbeiten
AP 11 Evaluation :Befragung zuweisender Haus- und Fachärzt*innen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die vergleichende Sekundärdatenanalyse von GeriNoVe-Patient*innen und Patient*innen ohne GeriNoVe-Versorgung konnte nicht realisiert werden (s. 3. Projektziele). Stattdessen wurden die zuweisenden Haus- und Fachärzt*innen schriftlich befragt.</li> <li>Planung und Durchführung der schriftlichen Befragung (Rücklauf: 28 %, n=34).</li> <li>Deskriptive statistische Datenauswertung.</li> <li>Planung und Durchführung vertiefender qualitativer Interviews (n=7).</li> <li>Transkription und inhaltsanalytische Auswertung der Ergebnisse).</li> </ul>
AP 12 Evaluation: Qualitative Befragung ausgewählter Patient*innen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planung und Durchführung der Interviews (n=11).</li> <li>Auswertung der Interviews mittels Frame Work Analysis.</li> </ul>
AP 13 Evaluation – Evaluationsbericht	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anfertigung des Evaluationsberichts.</li> </ul>

Quelle: eigene Darstellung

### **Zentrale Herausforderungen und bewilligte Arbeitsplanänderungen im Projektverlauf (zu Änderungen im Evaluationsprozess s. Kapitel 5 und 6)**

- GeriNoVe war als eine 18 Betten-Einheit konzipiert mit einer kalkulierten 83 %-tigen Auslastung und einer durchschnittlichen Verweildauer der Patient\*innen von 5 Tagen.
- Da es sich um eine neue Versorgungsform handelte, waren zunächst zahlreiche Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit notwendig, wobei auch diese anfangs nur von einer zögerlichen Inanspruchnahme begleitet waren.
- Die für das erste Quartal geplante Kick-Off Veranstaltung für potentielle Netzwerkpartner und weitere relevante Akteure in der Region musste auf das zweite Quartal verschoben werden, da die Identifikation sowie Gewinnung relevanter Netzwerkpartner mehr Zeit beanspruchte als ursprünglich geplant war, wobei die Veranstaltung dann jedoch erfolgreich durchgeführt werden konnte.
- Nach 8 Monaten Betrieb musste GeriNoVe im März 2020 wegen der Corona Pandemie im Zuge der pandemiebedingten Schließung des schwerpunktmäßigen elektiv betriebenen, angeschlossenen Krankenhauses vorübergehend eingestellt werden.
- Die pandemiebedingten Einschränkungen ließen erst nach 5 Monaten eine Wiederaufnahme des GeriNoVe-Betriebs zu. Die Bettenplanung wurde aus hygienebedingten Gründen zudem dann von einer Zweibettzimmerunterbringung auf eine Einzelzimmerbelegung angepasst, so dass nur noch die Hälfte (9 Plätze) der ursprünglich geplanten Kapazitäten zur Verfügung standen.
- Ferner kam es zu einer Erhöhung der avisierten Verweildauer von 5 auf 6,5 Tage, da sich zeigte, dass die pandemiebedingten Restriktionen die Nachsorgemöglichkeiten der GeriNoVe-Patient\*innen einschränkten.
- Die Pandemie war letztendlich auch Ursache dafür, dass der Betrieb von GeriNoVe, der ursprünglich auf 27 Monate ausgelegt war, zunächst um fünf Monate unterbrochen werden musste, nach Wiederaufnahme dann jedoch um sechs Monate verlängert wurde, so dass GeriNoVe insgesamt 28 Monate zur Verfügung stand.
- In diesem Kontext erfolgte im Rahmen der Projektlaufzeit eine Neukalkulation der geplanten Fallzahlen auf 868 Fälle (im Vergleich zu 2.464 zum Zeitpunkt der Antragstellung), wobei

letztendlich 771 Personen im GeriNoVe behandelt wurden, d.h. 88,8 % der neu geplanten Fälle.

- Aus diesen Modifikationen resultierten wiederum mehrere, teils arbeitsintensive, Änderungen des Arbeitsplans inkl. der Erstellung der dazu notwendigen Unterlagen.
- Weitere bürokratische Hürden ergaben sich daraus, dass die zuständige regionale Behörde eine Überprüfung verlangte zur Frage, inwieweit die neue Versorgungsform unter die Regelungen des Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetzes (WTPG) fiel. Nachdem der Behörde die Pflichtangaben nach § 11 Absatz 1 WTPG gemeldet und die Abgrenzung zur Kurzzeitpflege sowie der Innovationscharakter des GeriNoVe dargestellt wurden, erfolgte schließlich auch hier die Anerkennung als Modellprojekt.

## Beschreibung der neuen Versorgungsform

### Zuweisung/Anmeldung

Die Zuweisung zum GeriNoVe konnte ausschließlich über professionelle Akteur\*innen erfolgen. Als professionelle Zuweiser\*innen galten Haus- und Fachärzt\*innen, Krankenhausnotaufnahmen sowie ambulante Pflegedienste. Folglich konnten stationäre Einrichtungen (Altenheime, Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken) keine ihrer Bewohner\*innen bzw. Patient\*innen ins GeriNoVe überweisen, da davon auszugehen ist, dass diese Institutionen aufgrund ihres gesetzlichen Versorgungsauftrages sowie der vorhandenen fachlichen Kompetenz selbst in der Lage sind, bestehenden bzw. drohenden sozial-pflegerischen Notfallsituationen der von ihnen Versorgten adäquat entgegen zu wirken. Folglich ging es GeriNoVe primär darum, nicht akut-medizinisch indizierte Krankenhausaufenthalte alter sowie hochbetagter Menschen möglichst zu vermeiden und nicht als „Vermittlungsagentur“ für eine Krankenhausanschlussversorgung zu wirken.

Die Aufnahme in das GeriNoVe erfolgte ausschließlich über eine telefonische Anmeldung. Im Telefonat wurden dabei sechs Kriterien abgefragt, die – neben der Bettenauslastung – über eine Aufnahme in das GeriNoVe entschieden. Bedingung für die Aufnahme war in der Regel ein Lebensalter von 70 Jahren oder mehr und das Vorliegen einer vorrangig sozial-pflegerischen Notfallsituation bei gleichzeitigem Ausschluss eines akut medizinischen Notfalls. Sofern eine dauerhafte Bettlägerigkeit oder Infektionskrankheit vorlag, war die Aufnahme individuell zu prüfen. Gleiches galt für Personen mit kognitiven Einschränkungen.

Tabelle 4: Ein- bzw. Ausschlusskriterien für eine Versorgung im GeriNoVe

Kriterium	Folge
Alter $\geq$ 70 Jahre	Falls nein, keine Aufnahme
Sozialpflegerischer Notfall	Falls nein, keine Aufnahme
Akuter medizinischer Notfall	Falls ja, keine Aufnahme
Gedächtnisprobleme und/ oder Desorientiertheit/ Verwirrtheit	Falls ja, Aufnahme prüfen
Dauerhafte Bettlägerigkeit	Falls ja, Aufnahme prüfen
Infektionskrankheiten (z. B. MRSA)	Falls ja, Aufnahme prüfen

Quelle: eigene Darstellung

Eine Indikation für eine pflegerische Notfallsituation war bspw. ein Zustand nach Sturz, welcher nach Abklärung in der Notaufnahme eines Krankenhauses keinen Bedarf für eine stationäre Behandlung erkennen ließ, jedoch aufgrund der daraus resultierenden Mobilitätseinschränkungen oder -

verluste, bspw. Zustand nach Beckenringfraktur oder starker Rippenprellung, eine 24-stündige pflegerische Betreuung erforderte. Indikation für einen sozialen Versorgungsnotfall war häufig der kurzfristige Ausfall der pflegenden Angehörigen oder Betreuungskraft durch Krankheit, Unfall oder Tod und Fehlen eines lückenlosen Ersatzes im familiären oder unmittelbaren Umfeld der geriatrischen, oftmals demenziell erkrankten, hilfsbedürftigen Person.

Nachdem festgestellt wurde, dass die Kriterien zur Aufnahme erfüllt sind, wurde der Zuweisende informiert, dass folgende Unterlagen zugestellt werden müssen: aktueller Medikamentenplan, Bedarfsmedikation anhand eines vorgegebenen Formulars und aktueller medizinischer Status (Arztbrief oder ähnliches).

Durch die strukturierte Vorgehensweise bei der Anmeldung eines Betroffenen nach der standardisierten Abfrage konnte eine Fehlbelegung in großen Teilen vermieden werden. Fehlbelegungen fanden dann statt, wenn die Auskunft bei Einweisung nicht der Realität entsprach und somit ein akut medizinischer Behandlungsbedarf im Vordergrund stand.

## **Aufnahme**

Die Aufnahme erfolgte durch eine Pflegefachkraft mit hoher fachlicher Expertise (akademisch oder dreijährig examiniert mit entsprechender Schulung) anhand standardisierter Assessmentinstrumente und einer umfassenden Pflegediagnostik. Dies ermöglichte einen weitgehend objektivierbaren Aufnahmezustand und im Weiteren einen standardisierten Vergleich von Aufnahme- und Entlassstatus.

Im Casemanagement waren sowohl Sozialarbeiter\*innen als auch Pflegefachkräfte mit einer Case-Managementqualifikation tätig. Dem Case-Management kam die Aufgabe zu, alle relevanten sozialpflegerischen Informationen, die über den Pflegeprozess hinausgingen und die Nachsorge im Anschluss an GeriNoVe beinhalteten, zu erfassen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten.

Sofern der/die Patient\*in aufgrund von demenzieller Veränderung oder einer kognitiven Beeinträchtigung nicht in der Lage war, die Fragen der sozialpflegerischen Anamnese zu beantworten, wurden, wenn vorhanden, Angehörige oder Betreuungsbevollmächtigte in die sozialpflegerische Anamnese miteinbezogen. Je nach vorliegender Vollmacht oder auf Wunsch der Betroffenen fand eine ausführliche regelmäßige Information und ein kontinuierlicher Austausch mit den Bezugspersonen statt.

## **Versorgungsprozess**

In der pflegegeleiteten Versorgungseinheit (nurse-led-unit) erfolgte auf Grundlage der Pflegeanamnese durch die akademische Pflegefachkraft eine Pflegeplanung, die täglich mit den an der Pflege beteiligten Pflegefachkräften besprochen und bei Bedarf angepasst wurde. Regelmäßige Fallbesprechungen im interdisziplinären Team wurden von der akademischen Pflegefachkraft geleitet und die Erkenntnisse in den Pflegeplan aufgenommen.

Durch den täglichen Austausch im interdisziplinären Team und der umfassenden Kenntnisse der betreuenden Pflegefachkräfte über den sozialpflegerischen Status, fand im Bezugspflegesystem eine aktivierende, auf Betroffene abgestimmte Pflege und Mobilisation statt. Sofern es der körperliche Zustand erlaubte und pandemiebedingte Hygieneregeln es ermöglichten, fand die Aktivierung der Patient\*innen und Zusammenkunft mit anderen Patient\*innen im Aufenthalts- und Speiseraum statt. Dort wurde mit Unterstützung von Alltagsbetreuer\*innen auch ein betreutes, tagesstrukturierendes Aktivierungsprogramm in Form von Gedächtnisübungen, Bewegungsspiele, Singen, etc. angeboten.

Mit Patient\*innen und gegebenenfalls Betreuungspersonen/Angehörigen wurde in intensiven Gesprächen durch die Casemanager\*innen die bestmögliche Anschlussunterbringung geklärt. Im Fokus stand immer die Rückführung ins angestammte Umfeld. Sofern eine unmittelbare

Rückführung in der Kürze der stationären Verweildauer von GeriNoVe durch den momentanen Zustand des Patienten nicht möglich war oder die pflegende Betreuungsperson für eine längere Zeit ausfiel, wurde eine stationäre Übergangsunterbringung in Kurzzeitpflege mit entsprechender Antragsstellung bei Krankenkassen umgesetzt. In den Fällen, in denen die kurzzeitige Intervention in GeriNoVe eine Rückführung in die Häuslichkeit mit Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes und/oder anderer Unterstützungsmöglichkeiten erlaubte, wurden durch die Casemanager\*innen ein ambulanter Pflegedienst oder andere Unterstützungssysteme eingebunden und die notwendigen Hilfsmittel für die Unterbringung in der Häuslichkeit mit den Krankenkassen abgeklärt. Nur wenn keine Aussicht bestand, dass Patient\*innen dauerhaft ins angestammte Umfeld zurückgeführt werden konnten, fand unter Einbezug von Patient\*in und, wenn vorhanden, ihren Bezugssystemen eine Überleitung in eine stationäre Dauerpflegeeinrichtung statt. Zudem erfolgte bei Bedarf eine Information/Beratung der Patient\*innen und ggf. Angehörigen über bspw. Pflegegradbeantragung/-höherstufung, Vorsorgevollmacht, amtliche Betreuung usw..

Der Bedarf einer fachärztlichen Expertise im interdisziplinären Team einer pflegegeleiteten Station ergab sich aus der Tatsache, dass sich die neue Versorgungsform GeriNoVe zum einen als lernende Organisation für die pflegerische Aufgabenerweiterung und selbständige Arbeitsweise verstand, zum anderen der medizinische Aufnahmezustand häufig einer Abklärung bedurfte, da dieser zum Teil unvollständig war, zum Teil nicht dem körperlichen und kognitiven Status bei Aufnahme des/der Patient\*in entsprach. Durch die vielfach vorhandene Multimorbidität bei den betagten Menschen und zum Teil eingeschränkte hausärztliche Versorgung bedurfte es der Überprüfung des Medikamentenmixes des mitgebrachten Medikamentenplans, gegebenenfalls unter Einbezug eines/ einer Apotheker\*in. Da der/die Facharzt\*in für Geriatrie nur werktäglich anwesend war, wurde, soweit nicht vom/von Hausarzt\*in bereits eingereicht, eine standardisierte Vorgehensweise von Bedarfsmedikationen vereinbart und die Pflegefachkräfte entsprechend geschult. Eine Aufnahme von Patient\*innen außerhalb der ärztlichen Präsenz fand unter intensiver Vorabklärung des körperlichen und kognitiven Zustandes des/der Patient\*in mit dem/der einweisenden Ärzt\*in statt. Sofern der Zustand der Patient\*innen bei Aufnahme durch unvollständige Einweisungsinformation ein medizinisches Versorgungsproblem erkennen ließen, und dadurch ihre Sicherheit gefährdet war oder sich ihr Zustand während des GeriNoVe-Aufenthaltes verschlechterte, wurde je nach Dringlichkeit der medizinische hausärztliche Dienst oder der/die Notärzt\*in angefordert und eine Verlegung ins nahegelegene Krankenhaus veranlasst. Durch den regelmäßigen Abgleich pflegerisch und geriatrisch durchgeführter standardisierter Assessments und ihrer anschließenden Reflexion, konnten die Pflegefachkräfte diesbezügliche Sicherheit gewinnen, so dass sich die Assessmentdurchführung durch erfahrene Pflegefachkräfte im Weiteren durch eine hohe Fachlichkeit auszeichnete.

### **Entlassung der Patient\*innen**

GeriNoVe wurde mit dem Ziel einer kurzen Verweildauer von durchschnittlich fünf Tagen geplant und einer anschließenden Rückführung ins angestammte Lebensumfeld. Wenn dies nicht gleich oder nicht mehr möglich war, wurde die Überleitung in Kurzzeitpflege oder in eine stationäre pflegerische Dauerunterbringung organisiert. Der Zeitaufwand der Casemanager\*innen für die Suche nach einem ambulanten Pflegedienst, einem Kurzzeitpflegeplatz oder einer dauerhaften stationären Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung wurde als hoch eingeschätzt. Dabei waren 30 und mehr telefonische Anfragen für die Gewinnung professioneller Unterstützungsangebote häufig mehr die Regel als die Ausnahme. Erschwert wurde die Suche nach einer Anschlussunterbringung durch die pandemiebedingten Aufnahmehürden oder -engpässe in den stationären Pflegeeinrichtungen. Die geplante durchschnittliche Verweildauer von 5 Tagen wurde im Projektzeitraum somit auf 6,5 Tage erhöht.

Für die Information von Hausarzt\*innen, ambulanten Pflegediensten oder stationären Pflegeeinrichtungen wurde für jeden/jede GeriNoVe-Patient\*in ein interdisziplinärer Entlassbrief vorbereitet. Darin waren sowohl der pflegerische Entlassstatus durch die akademischen

Pflegefachkräfte, als auch die Ausführungen der Casemanager\*innen sowie des/der geriatrischen Fachärzt\*in enthalten.

## **Nachsorge**

Vier Wochen nach ihrer Entlassung wurden alle GeriNoVe-Nutzer\*innen kontaktiert und nach ihrer Zufriedenheit mit ihrer Nachsorgestruktur bzw. einem zusätzlichen Beratungsbedarf von den Casemanager\*innen befragt, ausgenommen derer, die in eine stationäre Dauerpflegeeinrichtung vermittelt wurden. Dadurch wurde die Nachhaltigkeit von GeriNoVe-Interventionen situationsgerecht überprüft und gegebenenfalls ein Abgleich mit den weiterführenden professionellen Pflegediensten oder Betreuungspersonen vorgenommen.

## **Interdisziplinäre Teambzusammensetzung in der neuen Versorgungsform GeriNoVe**

GeriNoVe wurde als pflegegeleitete Versorgungseinheit konzipiert, in der eine akademische Pflegefachkraft als Leitung eingesetzt war. Akademische Pflegefachkräfte waren für den Pflegeprozess verantwortlich. Pflegefachkräfte führten die Pflege und Aktivierung des/der Patient\*in nach diesem Pflegeplan durch und brachten sich durch ihre geriatrischen Kenntnisse und andere Zusatzqualifikationen bspw. im Wundmanagement oder im Umgang mit Demenz aktiv in die Steuerung des Pflegeprozesses ein. Der/die Fachärzt\*in mit geriatrischer Zusatzqualifikation führte ebenfalls bei jedem/jeder Patient\*in einen Aufnahmestatus durch, überprüfte die vorhandenen Medikamentenpläne und Arztbriefe, stimmte sich bei Bedarf mit den einweisenden Ärzt\*innen ab und führte, wenn notwendig, weitergehende Untersuchungen im Rahmen der Möglichkeiten einer geriatrischen Einheit durch. Die Casemanager\*innen erfassten den sozialpflegerischen Status mit Patient\*in und Angehörigen bzw. mit bereits involvierten Pflegediensten. Durch die umfassende Anamnese aller Beteiligten im interdisziplinären Team konnte für den/die Patient\*in ein individualisiertes bestmöglich angepasstes Versorgungssetting festgelegt und organisiert werden.

Das interdisziplinäre Team wurde durch Pflegehelfer\*innen, medizinische Fachangestellte, Alltagsbetreuer\*innen und Servicekräfte unterstützt.

## **Zustimmung der Patient\*innen zur Versorgung im GeriNoVe sowie zur Studienteilnahme über einen individualrechtlichen Versorgungsvertrag**

Bei Aufnahme wurden die Patient\*innen bzw. ihre Betreuungsbevollmächtigten ausführlich über das Projekt GeriNoVe informiert. Auf der Grundlage eines individualrechtlichen Versorgungsvertrages einschließlich der Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patient\*innendaten fand die rechtliche Grundlage zur Versorgung im GeriNoVe statt. Ein Informationsblatt mit relevanten Auszügen aus der Datenschutzverordnung wurde ausgehändigt. Zudem wurden die Patient\*innen über die Rahmenbedingungen der Studienteilnahme mündlich und schriftlich aufgeklärt, aus ethischen Gründen war eine freiwillige Teilnahme möglich, eine Ablehnung führte nicht zum Ausschluss aus GeriNoVe. Mit Unterschrift willigten die Patient\*innen in die Studienteilnahme ein. Insgesamt wurden per Versorgungsvertrag 771 Patient\*innen in GeriNoVe aufgenommen. Der Studienteilnahme stimmten 605 Patient\*innen (78,5 %) zu.

## **5. Methodik**

Die Begleitforschung zu GeriNoVe war als multiperspektivischer Mixed-Methods-Ansatz konzipiert, der sowohl quantitative als auch qualitative Erhebungen beinhaltete und Primär- sowie Sekundärdaten umfasste. In ihrer Gesamtheit verfolgte die Begleitforschung das Ziel, den angestrebten Beitrag des GeriNoVe zur Innovation geriatrischer Notfallversorgung im ländlichen Raum zu untersuchen. Vor diesem Hintergrund standen insbesondere Endpunkte im Mittelpunkt

des Forschungsinteresses, welche auf die subjektiven Perspektiven aller Beteiligten (Patient\*innen, Mitarbeitende, zuweisende Haus- und Fachärzt\*innen) fokussieren.

Erstens standen Erfahrungen und Einschätzungen der Patient\*innen zur Versorgung im GeriNoVe sowie zum neuen Versorgungskonzept an sich im Mittelpunkt des Interesses. Zweitens wurden GeriNoVe-Mitarbeitende befragt. Dabei ging es sowohl um ihre Beurteilung des GeriNoVe als auch um ihre Erfahrungen mit der neuen Aufgabenteilung in einer pflegegeleiteten Versorgungseinheit. Drittens wurde analysiert, wie Haus- und Fachärzt\*innen, die dem GeriNoVe Patient\*innen zugewiesen haben, die Versorgung ihrer Patient\*innen im GeriNoVe beurteilen.

Die Perspektive der Patient\*innen wurde sowohl quantitativ als auch qualitativ erfasst. Zu drei Messzeitpunkten (bei Entlassung sowie drei und zwölf Monate nach GeriNoVe Aufenthalt) erhielten alle in Frage kommenden Personen einen schriftlichen Fragebogen mit Ausnahme der im Nachbeobachtungszeitraum Verstorbenen, deren Tod dem Evaluator oder dem GeriNoVe durch Angehörige mitgeteilt wurde. Im Rahmen der Interviews galten als vorab definierte Ausschlusskriterien starke kognitive Beeinträchtigungen, welche die Durchführung eines Interviews unmöglich machten. Ferner wurden Patient\*innen, die nur einige Stunden im GeriNoVe verbracht hatten, nicht interviewt. Bei der persönlichen Kontaktaufnahme mit potenziell zu Interviewenden wurden weitere Ausschlusskriterien abgeklärt. Hierzu zählten vorrangig akute gesundheitliche Verschlechterungen inkl. des kognitiven Zustands (vgl. ausführlich Evaluationsbericht Kapitel 2.a.). Aufgrund der Corona-Pandemie wurden face-to-face-Interviews im Projektverlauf unmöglich, wodurch Projektänderungen notwendig wurden, die vonseiten des Projektträgers bewilligt wurden. Ab Dezember 2020 wurden stattdessen Interviews mit Patient\*innen fernmündlich über Telefonate geführt. Das Sampling erfolgte schrittweise und in Anlehnung an das Theoretical Sampling (Glaser und Strauss 1998). Während des Aufnahmegesprächs in GeriNoVe wurden die Patient\*innen über Form und Inhalt der Interviewstudie aufgeklärt. Sofern Interesse an einer Teilnahme bestand, wurden sie in den Pool möglicher Interviewpartner\*innen aufgenommen („Sampling durch Selbstaktivierung“). Zu Beginn der Studie, und damit auch in einem frühen Stadium der GeriNoVe-Versorgung, wurden zunächst zufällig Interviewpartner\*innen gezogen. Diese Phase diente der Erschließung und Ergründung des Feldes. Nach der Durchführung einiger Interviews, erfolgte ein Abgleich der bis dato Befragten mit den Strukturdaten des GeriNoVe. A priori festgelegte Kriterien für das theoretische Sampling waren:

- Geschlecht,
- Altersgruppe,
- Soziale oder pflegerische Indikation bei Aufnahme.

Weitere Auswahlkriterien sollten sowohl aus den bisher geführten Interviews emergieren als auch im Austausch mit den Pflegenden selbst entstehen. Die vormals zufällige Auswahl von Interviewpartner\*innen wurde nun von einer gezielten Suche nach möglichen Teilnehmenden ersetzt, mit dem Ziel, das bisherige Spektrum an Informationen zu erweitern (Prinzip der Varianzmaximierung). Um dies zu erreichen, wurde im Aufklärungsgespräch ein Kurzfragebogen ausgegeben und die Pflegedienstleitung im GeriNoVe nach möglichen, passenden Interviewpartner\*innen befragt. Die Interviews wurden im Zeitraum zwischen dem zweiten und vierten Monat nach Entlassung aus dem GeriNoVe durchgeführt. Im ersten Monat nach der Entlassung sollten keine Interviews durchgeführt werden, um den Patient\*innen ausreichend Zeit zur Gewöhnung an eine mögliche, veränderte Versorgungssituation zu gewähren. Der Abschluss der Datenerhebung erfolgte als eine theoretische Sättigung der Ergebnisse erzielt war. Die Rekrutierung der Interviewpartner\*innen aus dem Pool der Interessierten fand fernmündlich entlang festgelegter Prozessregeln statt. In diesem Telefonkontakt wurde zunächst abgefragt, ob weiterhin Interesse an einer Teilnahme besteht sowie Ein- und Ausschlusskriterien geprüft. Vorab definierte Einschlusskriterien waren eine vor zwei bis vier Monaten abgeschlossene GeriNoVe-Versorgung, ausreichende Deutschkenntnisse und die freiwillige Einwilligungserklärung. Als vorab definierte Ausschlusskriterien galten starke kognitive Beeinträchtigungen sowie eine ambulante Versorgung im GeriNoVe, d.h. ein Aufenthalt von nur wenigen Stunden. Bei der Kontaktaufnahme mit

möglichen Interviewpartner\*innen wurden weitere Ausschlusskriterien abgeklärt. Hierzu zählten akute gesundheitliche Verschlechterungen (z.B. zunehmende Morbidität, Verschlechterung des kognitiven Zustands).

Von 771 versorgten Patient\*innen haben 605 der Teilnahme an der Evaluation zugestimmt. Die in den nachfolgenden Tabellen dargestellten geplanten Fallzahlen basieren auf der Fallzahlplanung des MCB. Den Baseline-Fragebogen vor Entlassung aus dem GeriNoVe haben 387 Personen ausgefüllt. Diese Diskrepanz lässt sich durch verschiedene Gründe erklären. Zum einen bezieht sich die Einwilligung der Patient\*innen auf die Teilnahme an den schriftlichen Befragungen sowie die Übermittlung ihrer Patient\*innendokumentation. Aus diesem Grund willigten auch Patient\*innen in eine Teilnahme ein, die sich z. B. gesundheitlich nicht in der Lage sahen einen schriftlichen Fragebogen zu beantworten, aber dennoch ihre Dokumentation zur Verfügung stellten. Aus diesem Grund hat auch die Patient\*innendokumentation die höchste erreichte Fallzahl (n=592, siehe Tabelle 8). Zum anderen kann sich auch der gesundheitliche sowie kognitive Zustand während des GeriNoVe-Aufenthalts verändert haben oder aber die Patient\*innen hatten zum Zeitpunkt der Entlassung kein Interesse mehr an einer Teilnahme bzw. aufgrund von Notfallverlegungen konnte ebenfalls der Fragebogen nicht mehr ausgefüllt werden. Die Teilnahme an allen Erhebungen war freiwillig und konnte jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden, sodass auch keine Aussagen über die Gründe einer Nichtteilnahme getroffen werden können.

Tabelle 5: Befragungen der Patient\*innen

Patient*innen-befragungen	Schriftliche Befragungen			Interviews
<b>Zielsetzung</b>	Nutzungszufriedenheit, -akzeptanz, gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D-5L), anschließende Versorgungssituation (PEP)			Identifikation klassischer Patient*innenprofile, weiterführende qualitative Erkenntnisse zur Lebensqualität und Versorgungssituation (SEP)
<b>Zielpopulation</b>	Patient*innen des GeriNoVe			
<b>Erhebung</b>	Schriftlicher Fragebogen (paper-pencil)			Problemzentrierte Interviews (face-to-face & fernmündlich)
<b>Auswertung</b>	Deskriptiv statistisch, inferenzstatistischer Vergleich des EQ-5D-5L			Framework Analysis (Dunger & Schnell, 2018)
<b>Erreichte Fallzahl</b>	n= 387	n= 228	n= 69	n= 11
<b>Geplante Fallzahl</b>	n= 868	n= 868	n= 215	8 bis 10
<b>Messzeitpunkt</b>	t0: bei Entlassung vom 01.07.2019 - 31.03.2022	t1: 3 Monate nach Aufenthalt vom 01.10.2019 - 31.05.2022	t2: 12 Monate nach Aufenthalt vom 01.07.2020 - 30.06.2021	Zwei bis vier Monate nach GeriNoVe-Aufenthalt, 01.11.2019 – 28.02.2022

Die Befragung der Mitarbeitenden des GeriNoVe erfolgte ausschließlich qualitativ im Rahmen von Fokusgruppen. Hieran konnten alle Mitarbeitenden aus den Bereichen Pflege, Medizin sowie Case Management teilnehmen. Ausgeschlossen waren zunächst Personen in Leitungspositionen. Sie wurden im Rahmen von Expert\*inneninterviews befragt. Zudem richteten sich die Expert\*inneninterviews auch an Mitarbeitende, die möglichst den gesamten Projektzeitraum über im GeriNoVe tätig gewesen waren (vgl. ausführlich Evaluationsbericht Kapitel 2. b.). Zu Verzögerungen bei der Durchführung der ersten Fokusgruppen (t1) im Dezember 2020 kam es aufgrund neuer Kontaktbeschränkungen, die in Baden-Württemberg erlassen wurden und einer Corona infizierten Patienten. Trotz der Coronapandemie konnten die Fokusgruppen in Präsenz abgehalten werden. Hierzu wurde ein entsprechendes Hygienekonzept (geringe Gruppengröße, Abstand, Mund-Nase-Bedeckung auch während der Fokusgruppe, Raumbelüftung, Desinfektion etc.) erarbeitet. Die beiden Fokusgruppen der zweiten Runde (t2) im Juli 2021 konnten durchgeführt werden, da sich zu diesem Zeitpunkt die pandemische Situation vergleichsweise entspannt hatte und auf die guten Erfahrungen mit dem Hygienekonzept der ersten Runde zurückgegriffen wurde. Allerdings machte die sich wiederum erneut verschärfende Pandemielage Änderungen zum Jahresende 2021 notwendig. Ursprünglich war geplant eine dritte Fokusgruppenrunde im Dezember 2021 durchzuführen. Aufgrund der pandemischen Notsituation war der Zutritt zum GeriNoVe für außenstehende Personen (u.a. Mitarbeiter\*innen der RWU) zum Jahresende 2021 nicht möglich. Zugleich war die Personallage nach der Wiedereröffnung des GeriNoVe schwach und durch die Pandemie gebunden. Ferner waren die früheren Räumlichkeiten zur Durchführung der Fokusgruppe nicht mehr verfügbar, da die ehemaligen angrenzenden Klinikräume aufgelöst wurden. Anstelle der dritten Fokusgruppe wurde deshalb ein Antrag auf Änderung des methodischen Vorgehens hin zur Durchführung von Expert\*inneninterviews gestellt, der ebenfalls bewilligt wurde. Im Rahmen telefonischer Einzelinterviews konnten Mitarbeitende des GeriNoVe die Projektlaufzeit im Hinblick auf Stärken und Schwächen bewerten sowie Entwicklungen des Projekts GeriNoVe beschreiben. Diese Zielsetzung entspricht der Zielsetzung der zuvor geplanten dritten Fokusgruppe. Die Interviews wurden dabei vor allem mit jenen Mitarbeitenden geführt werden, die schon seit Projektbeginn oder kurz nach Projektbeginn im GeriNoVe beschäftigt sind.

Prinzipiell konnten alle Pflegefachpersonen, Sozialarbeiter\*innen und Ärzt\*innen des GeriNoVe an den Fokusgruppen teilnehmen. Alle Interessierten konnten sich bei der Pflegedienstleitung melden, die die Mitarbeitenden dann jeweils in eine der beiden Fokusgruppen je Runde aufteilte. Maßgeblich und den Kreis der Teilnehmenden begrenzend war hierbei, dass die Patient\*innenversorgung durch die stattfindenden Erhebungen nicht personell beeinträchtigt wird.

Für die Expert\*inneninterviews wurden Mitarbeitende der Pflege, des Case-Managements sowie Ärzt\*innen rekrutiert. In diese Befragung wurden zudem Personen in Leitungspositionen einbezogen. Ausgeschlossen wurde das Personal im Betreuungs-, Verwaltungs- und Hauswirtschaftsdienst sowie Mitarbeitende, die nicht während des gesamten Projektzeitraums im GeriNoVe beschäftigt waren. Bei der Durchführung der Expert\*inneninterviews mit Mitarbeitenden im Januar 2022 nahmen sieben Frauen und ein Mann teil. Sechs der Teilnehmenden hatten bereits an der ersten Fokusgruppenrunde im Dezember 2020 und sieben Personen an der zweiten Fokusgruppenrunde im Juli 2021 teilgenommen.

Tabelle 6: Befragungen der Mitarbeitenden

<b>Befragungen der Mitarbeitenden</b>		
<b>Zielsetzung</b>	Entwicklung der Akzeptanz und Beurteilung des GeriNoVe durch beteiligte Professionen im Projektverlauf (PEP)	
<b>Zielpopulation</b>	Mitarbeitende des GeriNoVe (Pflege, Medizin und Case Management)	Mitarbeitende des GeriNoVe (Pflege,

			Medizin und Case Management), inkl. Leitungspersonen
<b>Erhebung</b>	Fokusgruppen	Fokusgruppen	Expert*inneninterviews (fernmündlich)
<b>Auswertung</b>	Qualitative Inhaltsanalyse (n. Kuckartz, 2016)		
<b>Erreichte Fallzahl</b>	n=10	n=11	n=8
<b>Geplante Fallzahl</b>	/Vollerhebung	/Vollerhebung	n=5
<b>Messzeitpunkt</b>	t1: Dezember 2020	t2: Juli 2021	Januar 2022

Da, wie bereits dargelegt, die Analyse der Krankenkassenroutinedaten nicht durchgeführt werden konnte, wurde im September 2020 ein Änderungsantrag beim Projektträger eingereicht. Mehrfach wurde in dieser Zeit im Rahmen von Konsortialtreffen darüber diskutiert, was genau denn die zahlreichenden zuweisenden haus- und fachärztlichen Praxen an GeriNoVe schätzen, wie der Informationsaustausch bewertet wird und ob die in GeriNoVe angestoßenen Maßnahmen und Empfehlungen auch poststationär fortgesetzt werden. Diese Fragen wurden durch den Evaluator aufgegriffen und eine Befragung der zuweisenden Ärzt\*innen beantragt. Ziel der quantitativen und qualitativen Erhebung war es zu erheben, welche Bedeutung und Auswirkungen die zuweisenden Ärzt\*innen dem GeriNoVe für die Patient\*innenversorgung beimessen. Zudem sollte u.a. identifiziert werden, welche Akzeptanz des innovativen Versorgungsangebots sich in der haus-/fachärztlichen Versorgung abzeichnet und welche Hürden bei der Zuweisung bestehen, um dadurch mögliche Empfehlungen für eine Weiterentwicklung des GeriNoVe-Konzepts geben zu können.

Die Befragung der zuweisenden Haus- und Fachärzt\*innen erfolgte zunächst quantitativ und anschließend qualitativ. Befragt wurden jene Haus- und Fachärzt\*innen, die bis einschließlich März 2021 mindestens einmal Patient\*innen ins GeriNoVe überweisen hatten (vgl. ausführlich Evaluationsbericht Kapitel 2. c.).

Die Interviews wurden mit Fach- und Hausärzt\*innen geführt, die bis einschließlich März 2021 ein- oder mehrmals in das GeriNoVe zugewiesen haben. Das Sampling umfasst dabei insgesamt 123 Haus- und Fachärzt\*innen (N=123). Im Rahmen der Zusendung des schriftlichen Fragebogens konnten die Haus- und Fachärzt\*innen zusätzlich die Bereitschaft signalisieren, an einem Interview teilzunehmen. Diese Bereitschaft signalisierten elf Ärzt\*innen ein. Nach telefonischer Kontaktaufnahme konnten schlussendlich sieben Ärzt\*innen für ein Interview gewonnen werden. Hauptgrund für die Rücknahme der Bereitschaft zum Führen eines Interviews waren fehlende zeitliche Ressourcen.

Tabelle 7: Befragungen der zuweisenden Haus- bzw. Fachärzt\*innen

<b>Befragung der zuweisenden Haus- und Fachärzt*innen</b>	
<b>Zielsetzung</b>	Bedeutung des GeriNoVe für die hausärztliche Versorgung, Akzeptanz des Versorgungsangebots, fachliche Beurteilung des GeriNoVe, Zuweisungshürden (SEP)
<b>Zielpopulation</b>	alle bis einschließlich März 2021 zuweisenden Haus- und Fachärzt*innen

<b>Erhebung</b>	Schriftlicher Fragebogen (paper-pencil)	Expert*inneninterviews (fernmündlich)
<b>Auswertung</b>	Deskriptiv statistisch	Qualitative Inhaltsanalyse (n. Kuckartz, 2016)
<b>Erreichte Fallzahl</b>	n= 34	n= 7
<b>Geplante Fallzahl</b>	n=123	n=8
<b>Messzeitpunkt</b>	April/ Mai 2021	Juli 2021

Die Analyse der Pflegedokumentation zielte auf die Erfassung primärer Endpunkte hinsichtlich einer GeriNoVe-Versorgung ab. Dabei konnten die Daten von 592 Patient\*innen analysiert und mittels deskriptiver sowie teils inferenzstatistischer Verfahren ausgewertet werden (vgl. ausführlich Evaluationsbericht Kapitel 2.d.).

Tabelle 8: Analyse der Patient\*innendokumentation

<b>Analyse der Pflegedokumentation</b>	
<b>Zielsetzung</b>	Auswertung pflegerischer Assessments, erbrachter Leistungen, Verweildauer, Auslastung des GeriNoVe (PEP)
<b>Zielpopulation</b>	Patient*innen des GeriNoVe
<b>Erhebung</b>	Fortlaufende Analyse der Pflegedokumentation (bspw. Geriatrie-Check u. Geriatrie-Screening, aktuelle Versorgungssituation)
<b>Auswertung</b>	Deskriptiv statistisch, inferenzstatistischer Vergleich des EQ-5D-5L
<b>Erreichte Fallzahl</b>	n= 592
<b>Geplante Fallzahl</b>	n=868
<b>Messzeitpunkt</b>	Fortlaufend vom 01.07.2019 - 31.03.2022

## 6. Projektergebnisse

Nachfolgend werden zentrale Befunde der umfangreichen Projektevaluation zusammenfassend beschrieben. Die detaillierte Ergebnisdarstellung erfolgt im gesonderten Evaluationsbericht.

### Inanspruchnahme des GeriNoVe

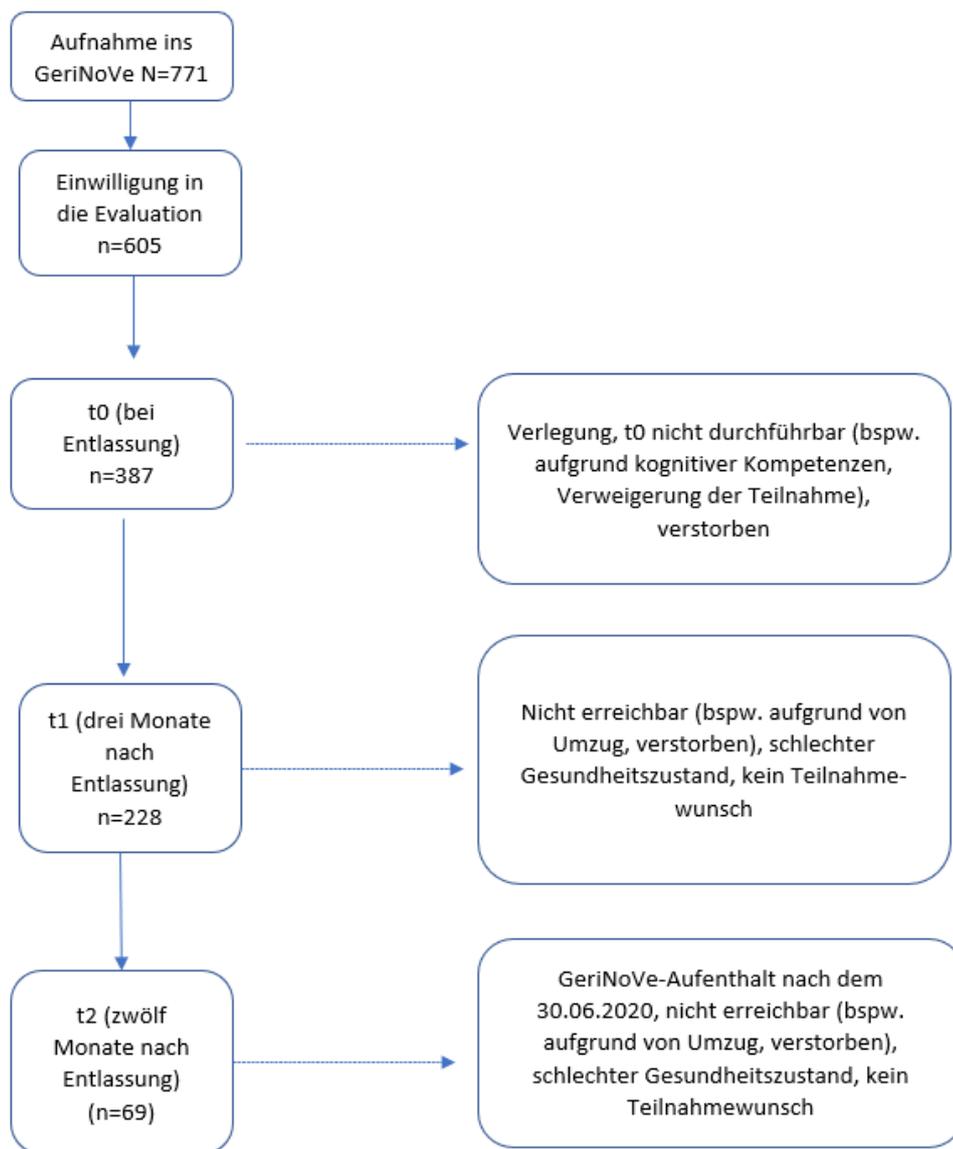
In die Analyse der Pflegedokumentation konnten Angaben zu 592 Nutzer\*innen des GeriNoVe einbezogen werden. Diesen Daten folgend handelt es sich zu knapp zwei Drittel (64,7 %) um weibliche und zudem hochaltrige Personen, da das Durchschnittsalter 84,5 Jahre beträgt (sd = 6,815). 34,0 % der Nutzer\*innen sind verwitwet; weitere 31,1 % verheiratet. Gut ein Fünftel (22,8 %) der Patient\*innen wohnte bei Aufnahme ins GeriNoVe in einem Ein-Personen-Haushalt und erhielt familiäre und professionelle Hilfe. 17,6 % lebten in einem Mehr-Personen-Haushalt und nutzten die

Unterstützungsleistungen durch die Familie und professionelle Dienste. Eine weitere Gruppe (16,6 %) sind Alleinlebende, denen ausschließlich durch Familienangehörige geholfen wird. Fast ein Viertel der Patient\*innen (24,0 %) hatte bereits einen SGB XI Leistungsanspruch gemäß Pflegegrad 3, gefolgt von Pflegegrad 2 (15,4 %) sowie 13,9 %, bei denen der Erstantrag entsprechende Leistungen bereits gestellt wurde. Unter den genutzten Hilfsmitteln rangieren Mobilitäts- bzw. Gehhilfen an erster Stelle und hier insbesondere Rollatoren (n= 271); 98 Personen sind auf ein elektrisch verstellbares Pflegebett angewiesen. Darüber hinaus nutzen 89 der GeriNoVe-Patient\*innen einen Duschhocker und 80 einen Rollstuhl. Fast die Hälfte (48,1 %) der Nutzer\*innen wurde über eine Krankenhausnotfallaufnahme ins GeriNoVe überweisen und ein fast gleich großer Anteil (45,6 %) kam über eine Haus-/ Facharztpraxis dorthin. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 6,48 Tage (sd = 3). Der kürzeste Aufenthalt dauerte einen Tag; der längste 32 Tage. Die zentralen Gründe für einen längeren Aufenthalt waren die vergebliche Suche bzw. das Warten auf einen anschließenden Platz in der Kurz-/ stationären Langzeitpflege, ein schlechter allgemeiner Gesundheitszustand der Nutzer\*innen oder eine stark belastete Situation der Angehörigen.

**Perspektive der Patient\*innen drei und zwölf Monate nach GeriNoVe-Aufenthalt (t1 und t2) (PEP: Nutzungszufriedenheit, -akzeptanz, gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D-5L), anschließende Versorgungssituation)**

Im folgenden Flowchart sind die schriftlichen Patient\*innenbefragungen zu den Zeitpunkten t0, t1 und t2 abgebildet mit den jeweils erreichten Stichproben und möglichen Nicht-Teilnahmegründen, wobei alle Befragungen als Vollerhebungen geplant waren. Zu beachten gilt, dass die Teilnahme an jeder der schriftlichen Befragung gesondert möglich war. Wurde von eine\*r Patient\*in beispielsweise der Fragebogen t0 bei der Entlassung nicht ausgefüllt, wurde die Person nicht von den anderen Befragungszeitpunkten t1 und ggf. t2 ausgeschlossen. Die Freiwilligkeit und die Möglichkeit, bei einzelnen Befragungszeitpunkten aufgrund z.B. des aktuellen Gesundheitszustands nicht teilzunehmen, war ein wichtiges ethisches Kriterium angesichts der hohen Vulnerabilität der Patient\*innen. Die Gründe für eine Nichtteilnahme wurden nicht systematisch erhoben, da dies wiederum Aufwände und mögliche Belastungen für die Patient\*innen bedeutet hätte. Insofern stellen die im Flowchart dargestellten Gründe für eine Nichtteilnahme keine abschließende, sondern lediglich eine Auflistung plausibler Gründe dar.

Abbildung 1: Flowchart zu den schriftlichen Patient\*innenbefragungen inkl. Ausschlussgründe



Die erste Befragung der Patient\*innen erfolgte drei Monate nach ihrer Entlassung aus GeriNoVe (t1). Hierzu wurden alle 543 infrage kommenden Personen mittels einer postalischen Übersendung des Fragebogens inkl. frankiertem und adressiertem Rückumschlag eingeladen. 228 Fragebögen konnten in die Befragung eingeschlossen werden. Dies entspricht einem Rücklauf von 42,0 %.

Tabelle 9: Charakteristika der schriftlich befragten Patient\*innen drei Monate nach GeriNoVe-Aufenthalt (n=228)

Merkmal	Merkmalsausprägung
Geschlecht	Weiblich: 60,5 % Männlich: 35,1 % Missing: 4,4 %
Alter	70 bis 74 Jahre: 5,3 % 75 bis 79 Jahre: 10,1 % 80 bis 84 Jahre: 23,2 %

	85 bis 89 Jahre: 28,9 % 90 bis 95 Jahre: 23,7 % Über 95 Jahre: 6,1 % Missing: 2,7 %
Wohnsituation	Alleinlebend: 39,5 % Mit (Ehe-)Partner*in lebend: 28,9 % Mit (Ehe-)Partner*in und Kind/Enkel*in lebend: 2,2 % Mit Kind/Enkel*in lebend: 5,7 % Mit anderen Personen lebend: 10,5 % Missing: 13,2 %
Pflegebedürftigkeit (SGB XI)	Kein Pflegegrad/weiß nicht: 7,9 % Pflegegrad 1: 3,1 % Pflegegrad 2: 19,3 % Pflegegrad 3: 36,0 % Pflegegrad 4: 26,3 % Pflegegrad 5: 5,7 % Missing: 1,8 %
Geburtsland Deutschland	Ja: 85,5 % Nein: 9,6 % Missing: 4,8 %

Nahezu zwei Drittel der befragten Personen sind weiblich (60,5 %), etwa ein Drittel männlich (35,1 %), wobei 4,4 % keine Angaben hierzu gemacht haben. Die meisten befragten Personen sind zwischen 85 und 89 (28,9 %) sowie zwischen 90 und 95 (23,7 %) Jahre alt. Weitere 23,2 % sind zwischen 80 und 84 Jahren alt. 10,1 % der Befragten zählen zur Altersgruppe der 75-79-Jährigen. Drei Monate nach dem GeriNoVe- Aufenthalt hat gut ein Drittel (36,0 %) den Pflegegrad 3, etwas mehr als ein Viertel (26,3 %) den Pflegegrad 4 und knapp ein Fünftel (19,3 %) den Pflegegrad 2. In der Regel (94,3 %) suchten die Befragten das neue Versorgungsmodell nur einmal auf. Rückblickend stimmt die überwiegende Mehrheit der Patient\*innen (84,2 %) der Aussage voll und ganz zu, dass ihre Aufnahme ins GeriNoVe reibungslos und zügig verlief. Die dort erlebte Versorgungsqualität wird zu 66,2 % als sehr gut sowie zu 23,7 % als gut bewertet und für 71,1 % der Befragten war die Versorgung im GeriNoVe voll und ganz ein Erfolg; für 14,5 % eher erfolgreich. Fast drei Viertel (74,6 %) der Befragtengruppe stimmt retrospektiv dem Eindruck voll und ganz zu, dass die Mitarbeitenden fachlich sehr kompetent waren und ein ähnlich großer Anteil (71,1 %) der Aussage, dass das Personal alles so erklärte, dass die Patient\*innen es verstehen konnten. In 46,5 % der Fälle wurde die vor dem GeriNoVe- Aufenthalt bestehende pflegerische und/ oder soziale Versorgung umorganisiert. Unabhängig davon konnte aus Sicht von 48,7 % der Patient\*innen die bei Entlassung geplante Anschlussversorgung in vollem Umfang umgesetzt werden; für weitere 19,4 % trifft dies zumindest teilweise zu. Für mehr als die Hälfte (60,1 %) der Befragten wurde ihre Versorgungssituation durch den GeriNoVe- Aufenthalt voll und ganz (37,7 %) oder eher (22,4 %) stabilisiert und fast ebenso viele (59,6 %) wussten zum Zeitpunkt ihrer Entlassung voll und ganz, wie es mit ihrer pflegerischen Versorgung weiterging, wobei dies bei weiteren 24,1 % eher der Fall war. Ein Fünftel (20,2 %) der Befragten ist der Ansicht, dass das GeriNoVe einen Beitrag zur Verbesserung

ihrer Selbständigkeit im Alltag geleistet hat, bei einem Viertel (25,9 %) hat sich die Lebensqualität verbessert, bei 13,6 % die Mobilität, bei 17,5 % das Sicherheitsgefühl und bei 15,8 % der Umgang mit psychischen Belastungen. Fast ein Drittel (30,3 %) der ehemaligen Patient\*innen schreibt drei Monate nach ihrem Aufenthalt dem neuen Versorgungsmodell einen Beitrag zur Verbesserung ihres allgemeinen Gesundheitszustandes zu. 83,3 % der befragten Patient\*innen erachten eine Versorgungseinrichtung wie das GeriNoVe für absolut notwendig und eine ähnlich große Zahl (84,2 %) würde sich bei Bedarf wieder dort behandeln lassen. Darüber hinaus würden 82,5 % das neue Versorgungsmodell Freunden empfehlen, wenn diese einen ähnlichen Hilfebedarf hätten wie sie selbst zum Zeitpunkt der Aufnahme ins GeriNoVe.

Die zweite schriftliche Befragung der Patient\*innen erfolgte zwölf Monate nach ihrer Entlassung (t2). Hierzu wurden 191 Fragebögen verschickt und 69 auswertbare zurückgesandt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 36 %. 51 der Befragten haben auch an der t1-Erhebung teilgenommen, sodass für sie Angaben zu Geschlecht und Alter vorliegen. Beides wurde in der t2-Befragung nicht nochmals erhoben.

Tabelle 10: Charakteristika der schriftlich befragten Patient\*innen zwölf Monate nach GeriNoVe-Aufenthalt (n=69)

<b>Merkmal</b>	<b>Merkmalsausprägung</b>
Geschlecht (n=51)	Weiblich: 54,9 % Männlich: 39,2 % Missing: 6,0 %
Alter (n=51)	70 bis 79 Jahre: 21,6 % 80 bis 84 Jahre: 25,5 % 85 bis 89 Jahre: 29,4 % 90 Jahre und älter: 21,6 % Missing: 2,0 %
Wohnsituation (n=69)	Alleinlebend lebend: 33,3 % Mit (Ehe-)Partner*in lebend: 26,1 % Mit (Ehe-)Partner*in u. Kind/Enkel*in lebend: 7,2 % Mit Kind/Enkel*in lebend: 2,9 % Mit anderen Personen lebend: 10,1 % Missing: 20,4 %
Pflegebedürftigkeit (SGB XI) (n=69)	Kein Pflegegrad/ weiß nicht: 4,3 % Pflegegrad 1: 1,4 % Pflegegrad 2: 17,4 % Pflegegrad 3: 40,6 % Pflegegrad 4: 23,2 % Pflegegrad 5: 7,2 % Missing: 5,9 %

Hier gibt ein Drittel (33,3 %) der Befragten an, allein zu leben, ein Viertel (26,1 %) lebt mit einem\*r (Ehe-)Partner\*in zusammen und weitere 10,1 % mit nicht näher bezeichneten Personen. Vier Personen berichten davon, dass sie bereits zwei Mal im GeriNoVe behandelt werden mussten. In zwei Fällen begründet sich dies durch nicht vorhandene Versorgungsmöglichkeiten in der eigenen Häuslichkeit. Als weitere Gründe werden die genannt: Aufnahme ins Krankenhaus nicht möglich, nicht anderweitig zu deckender bzw. akuter Pflegebedarf nach Operation und im Zuge einer Blaseninfektion. Insgesamt haben 40,5 % der Befragten den Eindruck, dass GeriNoVe ihnen langfristig geholfen hat, wobei dies für 30,4 % voll und ganz sowie für 10,1 % eher zutrifft. Bei weiteren 36,2 % bestand hingegen nur ein kurzfristiger Hilfebedarf. In den Fällen, in denen von einer langfristigen Hilfe durch das GeriNoVe berichtet wurde, bestand die Möglichkeit, diese näher zu beschreiben bzw. zu benennen. Den Angaben zufolge rangiert dabei der versorgungsüberbrückende Charakter des GeriNoVe an erster Stelle (n=10), d.h. der Aufenthalt im Modellprojekt war eine wichtige sowie notwendige Übergangslösung, weil bspw. eine adäquate, häusliche Versorgung akut gefährdet oder ein dringend benötigter Pflegeheimplatz nicht verfügbar war. An zweiter Stelle steht der Bereich Mobilisation (n=7). Als langfristige Hilfe wird in diesem Kontext die allgemeine Stabilisierung der Beweglichkeit inkl. des Gehens genannt. In drei Fällen konnte der Rollstuhl als Mobilitätshilfe durch einen Rollator weitgehend ersetzt werden. Darüber hinaus konnte das Training mit dem Rollator die Mobilität der Patient\*innen verbessern. Auf dem dritten Rang der Inhalte langfristiger Unterstützung folgt die Beratung (n=5). So geben fünf Personen an, dass sowohl ärztliche als auch soziale Beratungsleistungen eine entscheidende langfristige Hilfe für sie darstellte. Dies inkludiert auch die Unterstützung der Angehörigen bspw. bei der Suche nach einem Pflegeheimplatz oder beim Umgang mit (neu festgestellten) demenziellen Veränderungen. An vierter Stelle rangieren schließlich organisatorische Hilfen als entscheidende Unterstützung mit langfristiger Wirkung (n=4). Hier verweisen die Befragten u.a. auf die Organisation eines ambulanten Pflegedienstes oder eines Platzes in der Tagespflege durch GeriNoVe und auf eine erstmalige oder weiterführende Beantragung von Leistungen nach SGB XI.

Für die Mehrheit der Befragten (63,8 %) stellt GeriNoVe rückblickend einen vollen Erfolg dar und 34,8 % stimmen der Aussage voll und ganz zu, der zufolge das neue Versorgungsmodell die richtigen Weichen stellen konnte für ihre gesundheitliche und/ oder pflegerische Situation; für weitere 27,5 % trifft dies eher zu.

Nichtsdestotrotz belegen die Befragungsergebnisse auch kritische Einschätzungen der ehemaligen Patient\*innen bzgl. einzelner Aspekte der Versorgung durch das GeriNoVe. Hierzu zählt unter anderem der Zeitpunkt ihrer Entlassung. So hat immerhin ein Fünftel (21,7 %) der Befragten rückblickend voll und ganz das Gefühl zu früh entlassen worden zu sein und weitere 11,6 % stimmen dieser Einschätzung eher zu. Darüber hinaus hätte sich etwa ein Viertel (24,6 %) der Befragten eine weitere nachsorgende Begleitung bzw. Unterstützung durch GeriNoVe gewünscht. In ähnliche Richtung weisen auch die Antworten auf die offen gestellte Frage, in welchen Bereichen mehr Unterstützung durch GeriNoVe wünschenswert gewesen wäre: Demnach besteht im Rahmen des Entlassmanagements (n=11) rückblickend der größte Bedarf. Dies betrifft sowohl den Wunsch nach einer engeren Verzahnung des GeriNoVe mit den weiterführenden Versorgungsinstanzen, um eine langfristige Stabilisierung der Versorgungssituation zu gewährleisten. Zudem gelang es erwartungsgemäß nicht immer, eine Tagespflege, einen Pflegedienst, Heimplatz oder auch Nachbarschaftshilfen während des vergleichsweise kurzen Aufenthaltes in GeriNoVe zu organisieren. Infolgedessen wird auf eine teils mangelnde Unterstützung der Angehörigen verwiesen (n=4) bspw. bei der Suche nach einem Platz in der stationären Langzeitpflege oder bei der Organisation der Übersiedelung ins Heim. Drei Befragte kritisieren schließlich die medizinische Betreuung im GeriNoVe im Sinne zu geringer Untersuchungs- und Diagnostikmöglichkeiten.

Die Veränderungen des Gesundheitszustandes der Patient\*innen wurden mittels EQ-5D--5L zum Zeitpunkt der Entlassung (t0) und drei (t1) sowie zwölf Monate (t2) nach dem GeriNoVe Aufenthalt erhoben. Die vergleichende statistische Analyse zeigt zusammengefasst folgendes Bild (Skalenwerte

zwischen 1 und 5, wobei 1 die beste und der Wert 5 die jeweils schlechteste Gesundheitseinschätzung angibt)

- Die Beweglichkeit/ Mobilität der Patient\*innen unterscheidet sich zwischen t0 (md=3,00 – mäßige Probleme) und t1 (md=4,00 – große Probleme) signifikant,  $p < 0,01$ ;  $n=128$ ;  $Z=5,531$ . Auch zwischen t0 (md=3,00) und t2 (md=4,00) lässt sich im Hinblick auf die Beweglichkeit/ Mobilität ein signifikanter Unterschied feststellen,  $p < 0,01$ ;  $n=35$ ;  $Z=3,419$ . Zwischen t1 (md=4,00) und t2 (md=4,00) hingegen gibt es keinen Unterschied bei der Beweglichkeit/ Mobilität der Patient\*innen, . Demnach hat sich die Beweglichkeit/Mobilität der Patient\*innen zwischen t0 und t1 signifikant verschlechtert hat. Nach t1 haben sich jedoch keine weiteren Verschlechterungen ergeben, allerdings aber auch keine signifikante Verbesserung, sodass von einer Stabilisierung der Situation drei Monate nach GeriNoVe-Aufenthalt auszugehen ist (t1).
- Das Item „Für sich selbst sorgen“ unterscheidet sich zwischen t0 (md=3,00) und t1 (md=4,00) signifikant,  $p < 0,01$ ;  $n=129$ ;  $Z=3,748$ . Auch zwischen t0 (md=3,00) und t2 (md=4,00) lässt sich im Hinblick auf diese Variable ein signifikanter Unterschied feststellen,  $p < 0,01$ ;  $n=36$ ;  $Z=3,586$ . Zwischen t1 (md=4,00) und t2 (md=4,00) hingegen existiert kein Unterschied.. Auch die Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen hat sich nach der Entlassung aus GeriNoVe zunächst verschlechtert; nach t1 jedoch nicht weiter verändert. • Die Variable „Alltägliche Tätigkeiten“ unterscheidet sich zwischen t0 (md=3,00) und t1 (md=4,00) signifikant,  $p < 0,01$ ;  $n=128$ ;  $Z=5,661$ . Auch zwischen t0 (md=3,00) und t2 (md=4,00) lässt sich ein signifikanter Unterschied feststellen,  $p=0,008$ ;  $n=35$ ;  $Z=2,644$ . Zwischen t1 (md=4,00) und t2 (md=4,00) hingegen gibt es keinen Unterschied . Diese Variable weist ebenfalls eine Verschlechterung ab t0 auf; verändert sich nach t1 jedoch nicht weiter.
- Die Schmerzen und körperliche Beschwerden unterscheiden sich zwischen t0 (md=2,00) und t1 (md=3,00) signifikant,  $p < 0,01$ ;  $n=126$ ;  $Z=3,325$ . Auch zwischen t0 (md=2,00) und t2 (md=3,00) lässt sich im Hinblick auf Schmerzen und körperliche Beschwerden ein signifikanter Unterschied feststellen,  $p=0,009$ ;  $n=36$ ;  $Z=2,623$ . Zwischen t1 (md=3,00) und t2 (md=3,00) hingegen gibt es keinen Unterschied . Schmerzen und körperliche Beschwerden haben nach t0 zunächst zugenommen; sich in ihrer Intensität nach t1 jedoch nicht weiter verändert.
- Die Variable „Angst und Niedergeschlagenheit“ unterscheidet sich zwischen t0 (md=1,00) und t1 (md=2,00) signifikant,  $p < 0,01$ ;  $n=128$ ;  $Z=5,467$ . Auch zwischen t0 (md=1,00) und t2 (md=2,00) lässt sich im Hinblick auf das Item „Angst und Niedergeschlagenheit“ ein signifikanter Unterschied feststellen,  $p=0,001$ ;  $n=37$ ;  $Z=3,264$ . Zwischen t1 (md=2,00) und t2 (md=2,00) hingegen gibt es keinen s Unterschied bei der Variablen. Das Ausmaß von Angst und Niedergeschlagenheit ist nach t0 zunächst ebenfalls angewachsen und weist nach t1 keine weiteren Veränderungen mehr auf.
- Im Hinblick auf die Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustands (0= „Schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können“; 100= „Beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können“) lässt sich festhalten, dass sich der Gesundheitszustand beim Skalenwert zwischen t0 (mean=55,54; sd=20,781) und t1 (mean=45,00; sd=20,155) signifikant voneinander unterscheidet,  $t(61)= 2,890$ ;  $p < 0,01$ ; power=1. Auch beim numerischen Wert liegt ein signifikanter Unterschied zwischen t0 (mean=56,22; sd=18,958) und t1 (mean=43,45; sd=20,038) vor,  $t(108)= 5,194$ ;  $p < 0,01$ ; power=1. Zwischen den anderen Messzeitpunkten gibt es keine signifikanten Unterschiede. Die Befragten beurteilen ihren aktuellen Gesundheitszustand zu t1 signifikant schlechter als zu t0, wobei sich die Angaben zu den anderen Erhebungszeitpunkten nicht weiter verändert haben.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu bedenken, dass GeriNoVe in erster Linie auf die Stabilisierung der pflegerischen Versorgungssituation ausgerichtet war und es sich nicht um eine rehabilitationstherapeutische Institution handelte. Insofern war die Verweildauer relativ kurz. Darüber hinaus handelte es sich bei den Patient\*innen um eine hoch vulnerable Personengruppe in

der letzten Lebensphase. Zudem könnten die positiven Werte bei t0 im Vergleich zu t1 auch durch den Aufenthalt in GeriNoVe bzw. die zunächst kurzfristige Beendigung einer prekären sozial-pflegerischen Notfallsituation aufgetreten sein.

**Ergebnisse der qualitativen Patient\*innenbefragung** (SEP: Identifikation klassischer Patient\*innenprofile, weiterführende qualitative Erkenntnisse zur Lebensqualität und Versorgungssituation)

Um den Rahmen des Ergebnisberichtes nicht zu sprengen, erfolgt nachstehend eine zusammenfassende, systematische und fallübergreifende Darstellung der Befunde aus den insgesamt 11 Interviews mit Patient\*innen des GeriNoVe. Die detaillierte Ergebnisdarstellung findet sich im Evaluationsbericht.

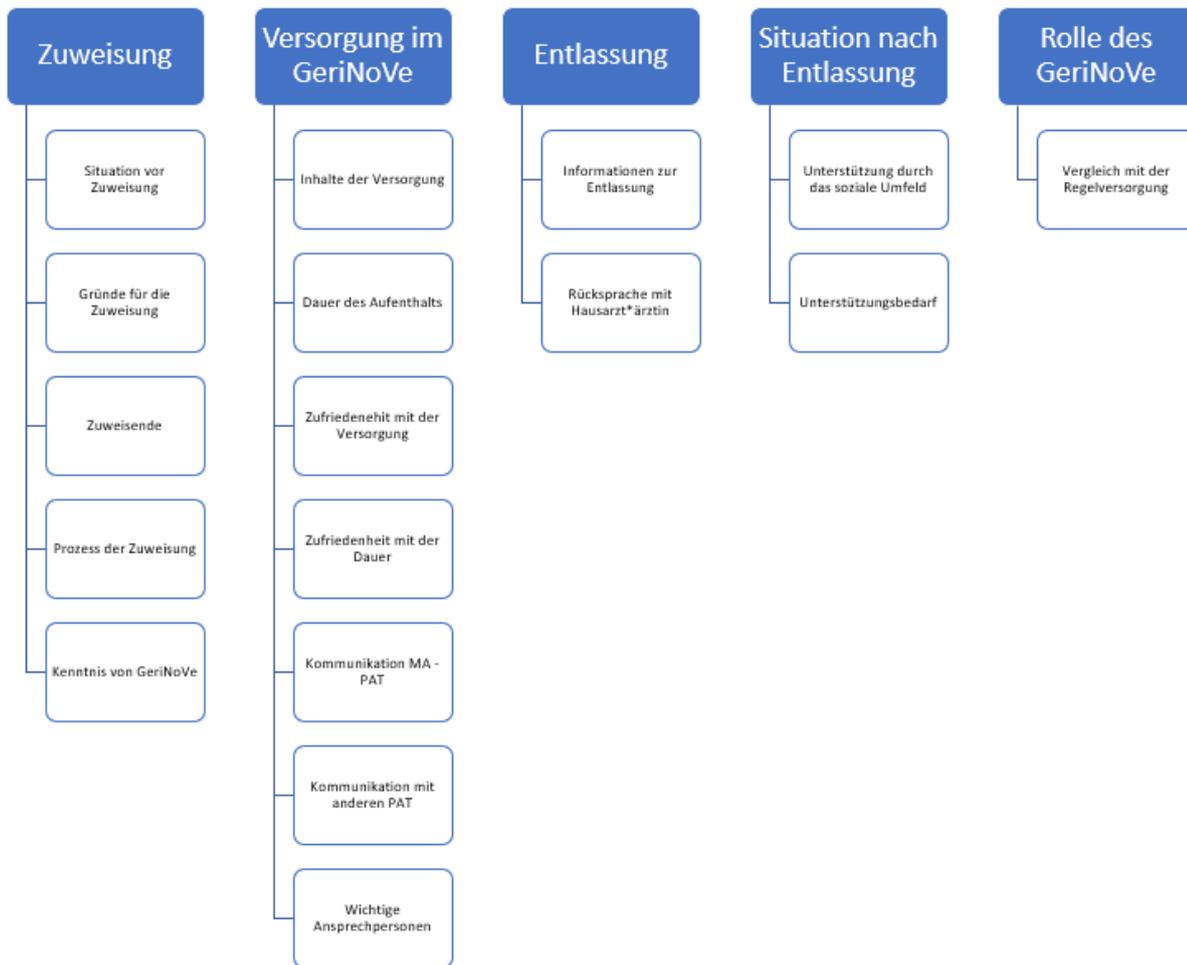
Tabelle 11: Charakteristika der qualitativ befragten Patient\*innen (n=11)

<b>Merkmal</b>	<b>Merkmalsausprägung</b>
Geschlecht	Weiblich: 7 Personen Männlich: 4 Personen
Durchschnittsalter	85,8 Jahre
Pflegebedürftigkeit (SGB XI)	Kein Pflegegrad: 3 Personen Pflegegrad 1: 1 Person Pflegegrad 2: 2 Personen Pflegegrad 3: 4 Personen Pflegegrad 4: 1 Person
Wohnsituation	Eigene Häuslichkeit: 7 Personen Betreutes Wohnen 1 Person

Bei den Befragten handelt es sich um sieben Frauen und vier Männer, die einmalig im GeriNoVe versorgt wurden. Das Durchschnittsalter liegt bei 85,8 Jahren, wobei die jüngsten Personen 80 Jahre alt sind und die älteste Person 93 Jahre alt ist. Zum Zeitpunkt des Interviews erhielten vier Personen SGB XI Leistungen im Rahmen eines Pflegegrades 3 und zwei weitere im Rahmen des Pflegegrades 2. Bei jeweils einer Person bestand der Pflegegrad 1 bzw. 4 und drei Personen waren nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI. Die Befragten lebten überwiegend in der eigenen Häuslichkeit (n=10) und in einem Fall in einer Einrichtung des betreuten Wohnens. Bei den Wohnorten handelt es sich zu fast gleichen Teilen um ein Dorf bzw. eine kleinere Stadt (n=6) sowie um eine Stadt im engeren Sinne (n=5). Die Aufnahme ins GeriNoVe erfolgte überwiegend (n=9) aufgrund eines akuten Pflegebedarfes bspw. nach einem Sturz mit teils einhergehender Fraktur, wegen körperlicher Schwäche im Rahmen eines Infektes oder einer Leistenzerrung. In zwei Fällen war die häusliche Pflegeversorgung durch den Ausfall der (informellen) Pflegeperson akut gefährdet.

Sechs der Interviews fanden in Anwesenheit weiterer Personen statt (gesetzliche Betreuer\*in, Tochter, Ehepartner\*in).

Abbildung 2: Kategoriensystem zur Auswertung der qualitativen Patient\*innenbefragung



Fast alle Interviewten (n=10) zeigen sich mit der Versorgung im GeriNoVe zufrieden. Diese Einschätzung wird erstens mit dem als sehr freundlich erlebten Personal begründet und zweitens mit der pflegerischen Versorgungspraxis. In diesem Kontext werden sowohl Maßnahmen zur Mobilisation und zur Tagesstrukturierung positiv hervorgehoben als auch die nächtliche Pflegeversorgung sowie die Räumlichkeiten des GeriNoVe.

Der Kontakt der Patient\*innen des GeriNoVe untereinander wurde hingegen ambivalent erlebt: Einerseits wird von einem als gut erlebten Miteinander berichtet, bei dem auch irritierend wirkende Verhaltensweisen (demenziell veränderter) Patient\*innen nicht störten. Andererseits führten diese auch zu Kontaktvermeidungen, so dass Kommunikationsmöglichkeiten als eingeschränkt erlebt wurden. Zudem merken die Befragten an, dass die Kontakt- und Kommunikationsmöglichkeiten während der Corona- Pandemie aufgrund von Hygiene- bzw. Abstandsregeln stark beeinträchtigt waren.

Ein ähnliches heterogenes Meinungsbild ergibt sich mit Blick auf die Entlassung aus dem GeriNoVe: Die Spannweite reicht hier von überaus positiven Erinnerungen, weil sich bspw. alle anwesenden Mitarbeitenden des GeriNoVe zu einem Abschiedsgruß versammelt hatten bis hin zu einer als „Rauswurf“ empfundenen Entlassung, da u.a. für die häusliche Versorgung als notwendig erachtete Hilfsmittel fehlten oder aber der eigene gesundheitliche Zustand bei Entlassung als schlecht erlebt wurde.

Im Gegensatz dazu werden die persönlichen Beratungsgespräche im Rahmen der Entlassung sowie die nachsorgenden telefonischen Nachfragen des GeriNoVe als positive Elemente beschrieben. Mit Blick auf Änderungen der Pflegesituation nach bzw. durch den Aufenthalt in der neuen Versorgungsform berichten die Interviewten unter anderem von neu installierten pflegerischen

Unterstützungen (Hausnotruf, Tages-/ Kurzzeitpflege, 24-h-Kraft, professionelle ambulante Pflege, fristgerechte Beschaffung eines Pflegebettes oder eines Rollators). Dabei spielen Angehörige eine nicht zu unterschätzende Rolle, weil sie teilweise in die Umsetzung der Neuerungen involviert waren; diese jedoch in Einzelfällen auch ablehnten.

Für sechs der 11 Befragten unterscheidet sich die Versorgung im GeriNoVe deutlich positiv von der akut stationären Regelversorgung, da das Personal als freundlicher erlebt wird, mehr Zeit hat für die zu Versorgenden, die Pflege daher stärker auf die individuellen Bedürfnisse ausgerichtet ist, die Patient\*innen sich frei bewegen können und ernst genommen werden. Von daher wird die Weiterführung des Modellprojektes in fünf Interviews explizit empfohlen. Kritischeren Äußerungen zufolge unterscheidet sich das räumliche Erscheinungsbild des GeriNoVe nicht wesentlich von demjenigen eines Krankenhauses; werden alte Menschen im GeriNoVe aufgenommen, damit sie im Krankenhaus nicht stören; war spürbar, dass sich die neue Versorgungsform noch im Aufbau befand und sollte der regionale Bekanntheitsgrad der neuen Versorgungsform gesteigert werden.

**Perspektive der Mitarbeitenden (PEP: Entwicklung der Akzeptanz und Beurteilung des GeriNoVe durch beteiligte Professionen im Projektverlauf)**

Zur Untersuchung der o.g. PEP wurden zwei Fokusgruppenrunden mit Beschäftigten des GeriNoVe sowie acht Expert\*inneninterviews mit Leitungspersonen sowie mit Mitarbeitenden geführt, die möglichst von Beginn an in dem Modellprojekt beschäftigt waren. Die nachfolgende Ergebnisdarstellung erfolgt in komprimierter Form und fokussiert auf zusammenfassende, zentrale Ergebnisse aller drei qualitativen Erhebungen entlang wesentlicher Prozesselemente der neuen Versorgungsform. Eine ausführliche Darlegung der Teilergebnisse ist dem Evaluationsbericht (Kapitel 3f) zu entnehmen.

Die ersten Fokusgruppenrunden (t1) fanden am 03.12.2020 mit zehn Teilnehmer\*innen statt und die zweiten Fokusgruppenrunden (t2) am 20.07.2021 mit elf Beschäftigten des GeriNoVe. Bei beiden Runden wurden jeweils zwei Gruppen gebildet, die Auswertung der Fokusgruppen fand jedoch gemeinsam für jede Runde statt. Für die Expert\*inneninterviews wurden Mitarbeitende der Pflege, des Case-Managements sowie Ärzt\*innen rekrutiert. In diese Befragung wurden zudem Personen in Leitungspositionen einbezogen. Ausgeschlossen wurde das Personal im Betreuungs-, Verwaltungs- und Hauswirtschaftsdienst sowie Mitarbeitende, die nicht während des gesamten Projektzeitraums im GeriNoVe beschäftigt waren. An den Expert\*inneninterviews im Januar 2022 nahmen insgesamt acht Mitarbeiter\*innen des GeriNoVe teil. Sechs der Teilnehmenden hatten an der ersten Fokusgruppenrunde im Dezember 2020 und sieben Personen an der zweiten Fokusgruppe im Juli 2021 teilgenommen.

**Ergebnisse der ersten Fokusgruppenrunden (t1 Dezember 2020)**

Tabelle 12: Charakteristika der Teilnehmenden der ersten Fokusgruppenrunde (n=10)

<b>Merkmal</b>	<b>Merkmalsausprägung</b>
Geschlecht	Weiblich: 8 Personen Männlich: 2 Personen
Durchschnittsalter	51 Jahre
Höchster Berufsabschluss	Pflegeexamen: 7 Personen Pflegebezogenes Studium: 1 Person Pflegehelfendenausbildung: 1 Person

	Medizinstudium: 1 Person
Durchschnittliche Berufserfahrung insgesamt	28 Jahre
Durchschnittliche Berufserfahrung im geriatrischen Bereich	15 Jahre

Mit der Konzeption des GeriNoVe als nurse-led-unit geht eine neue Rolle der Pflege einher. Diese ist aus Sicht mehrerer Pflegekräfte nicht einfach zu implementieren, da sie für Deutschland vergleichsweise neu ist und daher ein solches Konzept in der Ausbildung nicht vermittelt wurde. Infolgedessen wird bemerkt, dass sich Pflegenden oftmals noch am ärztlichen Personal orientieren. Dem Wunsch einzelner Pflegekräfte nach mehr Entscheidungsspielräumen stehen zudem gesetzliche Rahmenbedingungen gegenüber, die dies erschweren. Weiterhin wird der Sorge Ausdruck verliehen, dass niedergelassene Ärzt\*innen die neue Rolle der Pflege im GeriNoVe nicht akzeptieren würden. Unabhängig davon wird das Konzept der nurse-led-unit als Aufwertung des Pflegeberufes beschrieben sowie als Möglichkeit, seine Attraktivität zu steigern.

Die pflegfachliche Arbeit wird übereinstimmend als ressourcenorientiert charakterisiert mit grundsätzlich als ausreichend empfundenen, zeitlichen Ressourcen. Ferner wird sie (auch im Vergleich zur Regelversorgung) als weniger psycho-physisch belastend erlebt. Darüber hinaus wird auf eine andere berufsfachliche Einstellung im GeriNoVe gegenüber der Versorgung im Krankenhaus verwiesen, der zufolge verstärkt auf die Mobilisierung der Patient\*innen fokussiert wird, wozu in der akut stationären Versorgung häufig keine Zeit sei. Weiterhin müssen Pflegenden im GeriNoVe zeitweise ohne ärztliche Präsenz auskommen (Wochenenden, nachts) und erleben sich damit im Vergleich zu ihren Berufskolleg\*innen im Krankenhaus in einer Sonderrolle.

Vereinzelt beschreiben Teilnehmende die Tatsache als Besonderheit, dass in dem Modellprojekt akademisch qualifizierte Pflegefachkräfte beschäftigt sind. Allerdings wird die Differenzierung zwischen hochschulisch und berufsfachschulisch ausgebildeten Pflegenden in der Versorgungspraxis unterschiedlich beurteilt: So vertritt ein Teil der Befragten die Ansicht, dass sich die Tätigkeiten beider Gruppen nicht streng voneinander trennen lassen. Andere Teilnehmer\*innen hingegen berichten von einer Differenzierung zwischen examinierten und akademischen Pflegekräften zu Beginn des Projekts. So haben sich die akademischen Pflegefachkräfte anfangs um die Aufnahmen, die Durchführung der Assessments sowie die Entlassungen gekümmert und waren kaum in die direkte Pflege eingebunden. Inzwischen werden die Assessments von allen Pflegenden durchgeführt seit der Wiedereröffnung des GeriNoVe nach der pandemiebedingten Schließung sind die akademischen Pflegefachkräfte zudem vermehrt in die direkte Pflege eingebunden. Ein Unterschied stellt aber beispielsweise weiterhin das Schreiben von Entlassbriefen dar, welches von den akademischen Pflegekräften übernommen wird. Einige der Befragten empfinden die intraprofessionelle Unterscheidung zwischen den o.g. zwei Qualifikationsprofilen als Herabwürdigung der klassischen Pflegeausbildung. Mehrere Teilnehmende berichten hingegen von einem Pflegepersonalmangel seit der Wiedereröffnung des GeriNoVe nach der pandemiebedingten Schließung mit u.a. der Folge, dass insgesamt weniger Zeit für die Versorgung der Patient\*innen zur Verfügung steht (bspw. in Hinblick auf Mobilitätstraining) und akademisch qualifizierte Pflegekräfte vermehrt in der direkten Pflege tätig sind. Mehrere Befragten beschreiben die Rolle des medizinischen Personals im GeriNoVe als supervisorisch mit vorrangig medizinisch- administrativen Aufgaben, die zugleich jedoch die Qualität der Versorgung sichern. Hinsichtlich der Frage, inwieweit ärztliches Personal grundsätzlich im GeriNoVe notwendig ist oder nicht, zeigen die Diskussionsergebnisse ein uneinheitliches Meinungsbild: Einerseits wird die Anwesenheit eines\*r Arztes\*Ärztin als sinnvoll erachtet sowie als entlastend für die Pflegekräfte erlebt, weil dadurch das Sicherheitsgefühl steigt. Dies gilt insbesondere in den Fällen, in denen die Zuweisung von Patient\*innen nicht gut vorbereitet ist und ein akut medizinischer Behandlungsbedarf

ausgeschlossen werden muss. Als weitere ärztliche Aufgabenbereiche werden mögliche Verlegungen der Patient\*innen oder eine akute Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes genannt sowie die Medikamentenbedarfsplanung. Andererseits wird die Ansicht vertreten, dass es zur Einschätzung einer sozialen Aufnahmeindikation keiner medizinischen Expertise bedarf und dies auch an Wochenenden sowie nachts nicht zwingend erforderlich ist. Als Alternative zu einer dauerhaften ärztlichen Präsenz im GeriNoVe wird die Anbindung des Modells an ein Krankenhaus empfohlen.

Das umfangreiche Case-Management wird erstens als weiteres Alleinstellungsmerkmal des GeriNoVe beschrieben sowie als „zentraler Lotse und Taktgeber“. Gleichwohl besteht Uneinigkeit darüber, welche Profession (Soziale Arbeit oder Pflege) das Case-Management verantworten sollten. Mehrfach wird betont, dass ein Unterschied zwischen pflegeausgebildeten und sozialarbeiterisch ausgebildeten Mitarbeiter\*innen im Case Management in der Praxis nicht wahrnehmbar bzw. erkenntlich ist. Der Versuch, die Aufgabenfelder von Case Management Pflege und Sozialarbeit zu trennen, erwies sich als sehr schwierig. Vor allem für die Sozialarbeiter\*innen war es herausfordernd, die eigenen Aufgabenfelder zu definieren (P3, T1, Z. 79). Von mehreren Teilnehmer\*innen wird hervorgehoben, dass es wichtig ist, dass die Case Manager\*innen Erfahrungen in der Pflege haben.

Neben den vorrangig im GeriNoVe präsenten Professionen (Pflege, Arzt\*Ärztin, Case Management) werden noch weitere Berufsgruppen thematisiert, deren Beteiligung im GeriNoVe in Zukunft wünschenswert wäre. Hierzu zählen bspw. Pflegeauszubildende und Physiotherapeut\*innen, wobei letztere auch konsiliarisch tätig werden könnten, da die Mobilisation der Patient\*innen pflegeseitig realisiert werden kann, wenn ausreichend Zeit dazu zur Verfügung steht. Zudem ist angesichts der steigenden Zahl demenziell veränderter Menschen eine stärkere Einbindung gerontopsychiatrischer Expertise vorstellbar. Die Zusammenarbeit im interprofessionellen Team wird überwiegend als positiv sowie vorteilhaft erachtet und zudem als weniger hektisch und mühsam im Vergleich zur Regelversorgung erlebt. Demnach können verschiedene professionelle Erfahrungswerte und Perspektiven in die Versorgung gewinnbringend sowie über kurze Kommunikationswege mit einbezogen werden und die Teammitglieder voneinander lernen. Zentrales Medium der Kooperation sind v.a. interdisziplinäre Fallbesprechungen.

Die Rahmenbedingungen des Modellprojektes werden hinsichtlich der Kapazitäten (18 Betten) sowie des dafür vorgesehenen Personalschlüssels von fast allen Befragten als passend beschrieben. Die ursprünglich vorgesehene Verweildauer der Patient\*innen von fünf Tagen schätzen einige Diskussionsteilnehmende aufgrund praktischer Erfahrungswerte hingegen als zu knapp bemessen ein, insbesondere für die Fälle, in denen eine Aufnahme zu Beginn des Wochenendes erfolgt. Als realistischer erscheint daher ein Zeitrahmen von sechs bis acht Tagen. Als weiterhin vorteilhaft, v.a. für die medizinische Versorgung, wurde zudem die anfängliche Anbindung des GeriNoVe an das benachbarte Krankenhaus empfunden. Dies konnte jedoch aufgrund der Schließung des Krankenhauses im Projektverlauf nicht aufrechterhalten werden.

Den Einschätzungen der Mitarbeitenden des GeriNoVe zufolge, ist der Zuweisungs- bzw. Aufnahmeprozess im Laufe des Projekts erwartungsgemäß differenzierter, routinierter und schneller geworden. Demnach wurden entsprechende Prozesse dahingehend optimiert, dass eine Fachkraft allein über die Aufnahme bzw. Nicht-Aufnahme entscheiden konnte, wenn die diesbezüglichen Kriterien eindeutig erfüllt waren. Andernfalls wird der „Fall“ im Team besprochen und hier eine entsprechende Entscheidung gefällt. Gleichwohl gestaltet sich der Zuweisungs- und Aufnahmeprozess nach Ansicht der befragten Beschäftigten des GeriNoVe sowohl für sie als auch für die zuweisenden Instanzen einerseits sehr aufwendig und teilweise auch zeitintensiv. Andererseits wird betont, dass die vorgesehenen Formalia für eine adäquate Versorgung der Betroffenen notwendig seien.

Das multiprofessionelle GeriNoVe Team wurde schließlich um eine Reflexion der vor Beginn des Modellprojektes definierten Aufnahmekriterien gebeten. Dabei zeigte sich, dass diese von den Befragten als insgesamt sinnvoll und zielführend erachtet werden. Allerdings regen die Befragten

an, GeriNoVe auch für Patient\*innen zu öffnen, die das 70. Lebensjahr noch nicht erreicht haben, aber alle anderen Einschlusskriterien erfüllen. Des Weiteren wird kritisch diskutiert, inwieweit das Vorliegen einer demenziellen Erkrankung einer Versorgung im GeriNoVe entgegensteht bzw. die Aufnahmekapazitäten für entsprechend Betroffene begrenzt werden sollten. Hintergrund ist die Tatsache, dass die räumlich- organisatorischen sowie personellen Rahmenbedingungen des Modellprojektes die gleichzeitige Versorgung einer größeren Anzahl demenziell veränderter Menschen erschwerten bzw. unmöglich machten.

Die Beratung der Patient\*innen und ihrer Angehörigen im Rahmen der Entlassung erfolgt vor allem durch das Case Management und bezieht sich auf die Themenschwerpunkte: weitere pflegerische Versorgung, Hilfsmittelbedarf, medizinische Weiterbehandlung, weitere Beratungs- und Unterstützungsbedarfe, rechtliche Betreuungsnotwendigkeiten sowie sozialrechtliche Leistungsansprüche. Das Case Management arbeitete dabei vor allem mit den Angehörigen sowie weiteren Diensten und Einrichtungen des regionalen Pflegesektors zusammen. Neben dem neuartigen Versorgungskonzept wird das Fallmanagement und der interdisziplinäre Entlassbrief von den Mitarbeitenden im Vergleich zur Regelversorgung als Alleinstellungsmerkmal des GeriNoVe charakterisiert. Die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Diensten im Rahmen des Entlassmanagements funktioniert laut den Mitarbeitenden überwiegend gut, wobei auch das GeriNoVe den grundsätzlichen Mangel an Kurz- und Langzeitpflegeplätzen in der Region nicht beheben kann.

Im Rahmen der Analyse möglicher Schwächen des Modellprojektes werden in der ersten Fokusgruppe mehrere Themen diskutiert. Hierzu zählt erstens ein Personalmangel, der sich vor allem im Rahmen der pandemiebedingten Betriebsschließung ergeben hat. Folglich musste bei Wiederöffnung des GeriNoVe erneut Personal rekrutiert werden, was sich erwartungsgemäß schwierig gestaltete. Zweitens beziehen sich zahlreiche Aussagen auf den Bekanntheitsgrad des GeriNoVe, der vor allem durch die Schließung des unmittelbar benachbarten Krankenhauses sehr gelitten hätte. In diesem Zusammenhang wird angemerkt, dass es für die regionale Bevölkerung schwer war, zu erkennen, dass GeriNoVe nicht von der Krankenhausschließung betroffen war. Drittens zeigen sich die Beschäftigten enttäuscht über die begrenzte Projektlaufzeit bzw. die Tatsache, dass eine Überführung des Modells in die Regelversorgung nicht gelingen könnte. Viertens werden mit Blick auf die Anfangsphase Schwierigkeiten beim Teambuilding sowie bei der Findung der jeweils individuellen Rolle im Team angemerkt. Für einige Teilnehmende fehlt es zudem an Raum für Kritik an sowie der Reflexion der Arbeit im GeriNoVe. Fünftens wird der Weggang von Mitarbeitenden als belastend erlebt und verbindet sich nicht selten mit dem Gefühl des Alleingelassen-Werdens. Schlussendlich besteht ein sechstes Problem in der nächtlichen Versorgung der Patient\*innen, da hierfür nur eine Pflegefachkraft zuständig ist, was von mehreren Befragten als unzureichend erlebt wird.

### Ergebnisse der zweiten Fokusgruppenrunde (t2 Juli 2021)

Die zweite Fokusgruppenrunde fand im Juli 2021 mit 11 Mitarbeitenden statt.

Tabelle 13: Charakteristika der Teilnehmenden der zweiten Fokusgruppenrunde (n=11)

<b>Merkmal</b>	<b>Merkmalsausprägung</b>
Geschlecht	Weiblich: 8 Personen Männlich: 3 Personen
Durchschnittsalter	50 Jahre
Höchster Berufsabschluss	Pflegeexamen: 6 Personen Pflegebezogenes Studium: 1 Person

	Medizinstudium: 1 Person Studium der Sozialen Arbeit: 1 Person Pflegehelfendenausbildung: 2 Personen
Durchschnittliche Berufserfahrung insgesamt	27 Jahre
Durchschnittliche Berufserfahrung im geriatrischen Bereich	13 Jahre

Nach Ansicht der Befragten erfolgt eine Zuweisung von Patient\*innen ins GeriNoVe vorrangig durch Krankenhausnotaufnahmen. Neben positiven Erfahrungen werden hierzu folgende Probleme berichtet:

- Zuweisung von Patient\*innen trotz akut medizinischem Behandlungsbedarf,
- Nicht ausreichende diagnostische Abklärung eines solchen Bedarfs in der Notaufnahme,
- Ankündigung einer Zuweisung bereits vor Untersuchung des/ der Patient\*in in der Notaufnahme,
- Rücknahme der Zuweisung bei Vorliegen der Untersuchungsergebnisse in der Notaufnahme,
- Sprachlich bedingte Verständigungsschwierigkeiten mit Ärzt\*innen aus der Notaufnahme.

Ambulante Pflegedienste gelten aus Sicht der GeriNoVe Beschäftigten einerseits als kompetente Partner bei der Patient\*innenzuweisung, da sie die sozial- pflegerische Versorgungssituation ihrer Klient\*innen in der Regel kompetent einschätzen können. Andererseits mangelt es ihnen an Expertise zur Abklärung eines akut medizinischen Behandlungsbedarfs, weshalb die letztliche Zuweisung dann oftmals doch durch Hausärzt\*innen und/ oder Krankenhausnotfallaufnahmen erfolgt.

Eine Patient\*innenzuweisung durch niedergelassene Mediziner\*innen wird insbesondere dann als vorteilhaft erlebt, wenn diese die Patient\*innen gut kennen i.S. von Hausärzt\*innen und zudem für Rückfragen zur Verfügung stehen können. Gleichwohl wird jedoch auch angemerkt, dass Hausärzt\*innen über geringere diagnostische Möglichkeiten verfügen als Krankenhausnotaufnahmen und teilweise die Patient\*innen vor Zuweisung ins GeriNoVe nicht persönlich sehen bzw. sich auf die Angaben von Angehörigen verlassen müssen. Mit Blick auf den Verlauf des Modellprojektes berichten die Beschäftigten, mit der Zeit sicherer geworden zu sein hinsichtlich der Patient\*innenaufnahmen.

Nichtsdestotrotz sehen sich die Mitarbeitenden des GeriNoVe im Kontext der Patient\*innenzuweisungen mit einer Reihe von Problemen konfrontiert, die im Projektverlauf zugenommen haben und wie folgt beschrieben werden:

- Zunehmend schlechterer allgemeiner Gesundheitszustand der Patient\*innen mit Verweis zuweisender Stellen darauf, dass diese Menschen im GeriNoVe besser versorgt werden könnten bzw. sich ansonsten allein versorgen müssten,
- „Beschönigung“ des Patient\*innenzustandes inkl. der bewussten Zurückhaltung wichtiger Informationen, um die Betroffenen im GeriNoVe unterbringen zu können,
- Zuweisung ins GeriNoVe als Möglichkeit zur Entlastung der eigenen (beruflichen) Situation,
- Selbstdefinition der Aufnahmekriterien durch Zuweisende inkl. der Androhung formaler Beschwerden gegen GeriNoVe bei Nichtaufnahme des/ der Patient\*in,
- Fehlende Einholung der patient\*innenseitigen Bereitschaft, sich im GeriNoVe versorgen zu lassen,
- Fehlende Kenntnisse der Zuweisenden über die Konzeption des Modellprojektes.

Nach Einschätzung der Befragten hat sich die Patient\*innenstruktur im Projektverlauf spürbar verändert. Während zu Beginn des Projekts beispielsweise Personen zugewiesen wurden, bei denen die informelle Pflegeperson ausgefallen war, sind es zwischenzeitlich mehr alte Menschen, die sich in einer sozialen Extremsituation befinden (Wohnungslosigkeit, hauswirtschaftliche Überforderung inkl. deutlicher Selbstpflegetdefizite („Verwahrlosung“), Gewalterfahrungen in der eigenen Häuslichkeit usw.). Darüber hinaus wird eine steigende Zahl von Patient\*innen mit psychiatrischen Erkrankungen berichtet sowie von Personen mit gesetzlicher Betreuung. Im Rahmen der Covid-Pandemie mussten zudem weitere Aufgaben bewältigt werden, wie die Durchführung von Tests oder die Isolation von Patient\*innen mit der Folge, dass die sich Arbeitsbereiche akademisch sowie traditionell ausgebildeter Pflegefachkräfte einander angleichen.

Die Befragungsergebnisse belegen zudem, dass es im Rahmen der Entlassung von Patient\*innen aus dem GeriNoVe immer wieder zu Konflikten kommen kann. Dies gilt insbesondere dann, wenn Patient\*innen nicht entlassen werden möchten bzw. der geplanten Anschlussbehandlung nicht zustimmen, Angehörige die Entlassung als zu früh empfinden bzw. sie hinauszögern, um sich (verständlicherweise) selbst weiter zu entlasten.

Im Gegensatz dazu wird die Kooperation mit Einrichtungen im Umfeld des GeriNoVe als weitgehend positiv beschrieben, da diese die GeriNoVe-Patient\*innen aufgrund der guten Vorbereitung der Anschlussversorgung durch das GeriNoVe gern aufnehmen.

### Ergebnisse der Expert\*inneninterviews

Die Darstellung dieser Befunde bleibt im Rahmen des Ergebnisberichtes beschränkt auf diejenigen Erkenntnisse, welche die aus den beiden Fokusgruppen gewonnenen Ergebnisse ergänzen (ausführlicher s. Evaluationsbericht Kapitel 3f).

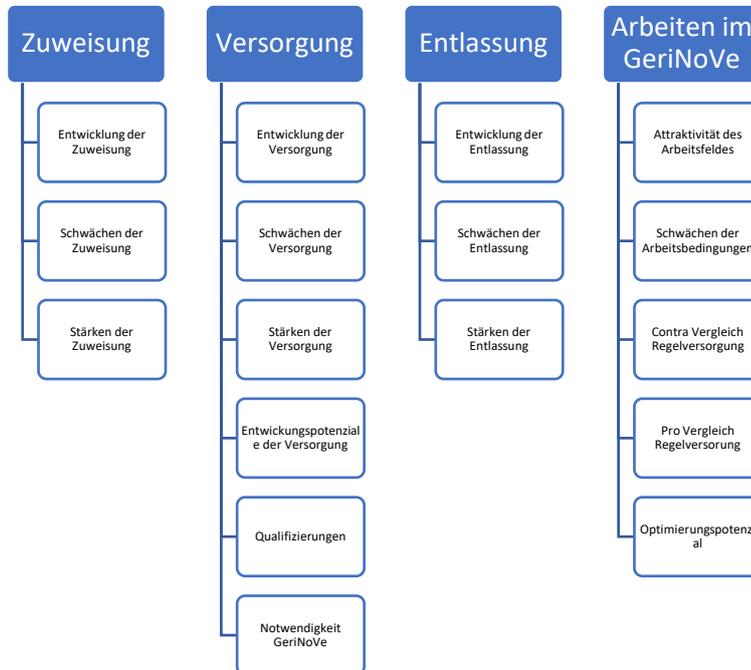
An den Expert\*inneninterviews nahmen sieben Frauen und ein Mann teil. Das Durchschnittsalter der Befragten liegt bei 51,75 Jahren (sd= 11,3), wobei der\*die jüngste Teilnehmer\*in 28 Jahre und der\*die älteste Teilnehmer\*in 63 Jahre alt ist. Bezüglich des höchsten erworbenen Berufsabschlusses zeigt sich folgende Verteilung: Die meisten Teilnehmer\*innen sind examinierte\* Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen bzw. Altenpfleger\*innen (n=4). Danach folgen akademische Abschlüsse in der Pflege (n=2). Jeweils einmalig vertreten waren das ärztliche Personal (n=1) sowie ein\*e Sozialarbeiter\*in bzw. Sozialpädagoge\*in (n=1). Die Berufserfahrung der Befragten liegt bei durchschnittlich 28,44 Jahren (sd=13,1). Die geringste Berufserfahrung umfasst acht Jahre; die längste 45 Jahre. Ausschließlich auf den Bereich der geriatrischen Versorgung bezogen, liegt die Berufserfahrung der Teilnehmer\*innen durchschnittlich bei 8,81 Jahren (sd=6,7).

Tabelle 14: Charakteristika der Teilnehmenden an den Expert\*inneninterviews (n=8)

<b>Merkmal</b>	<b>Merkmalsausprägung</b>
Geschlecht	Weiblich: 7 Personen Männlich: 1 Person
Durchschnittsalter	51,8 Jahre
Höchster Berufsabschluss	Pflegeexamen: 4 Personen Pflegebezogenes Studium: 2 Personen Medizinstudium: 1 Person Studium der Sozialen Arbeit: 1 Person
Durchschnittliche Berufserfahrung insgesamt	28,4 Jahre

Durchschnittliche Berufserfahrung im geriatrischen Bereich	8,8 Jahre
--	-----------

Abbildung 3: Kategoriensystem zur Auswertung der Expert\*inneninterviews mit Mitarbeitenden



Den Befragungsergebnissen zufolge hat sich der Zuweisungsprozess im Laufe des Projektes kontinuierlich weiterentwickelt bis hin zur Etablierung einer Checkliste, die sich als sehr hilfreich erweist. Nachdem es einige Fehlzuweisungen gab, wird das Personal nunmehr als routinierter beschrieben. Insgesamt sei der Aufnahmeprozess deutlich schneller und auch einfacher geworden. Zudem berichten die Expert\*innen davon, dass die Pflege zu Beginn des Modellprojektes nach wissenschaftlichen Standards organisiert war; dies jedoch im Zuge der Pandemie und Schließung des GeriNoVe inkl. Personalverluste in den Hintergrund gerückt sei.

Darüber hinaus hat sich die Versorgungspraxis seit Schließung des mit GeriNoVe verbundenen Krankenhauses verändert. Daher sind die Möglichkeiten einer raschen, zeitunaufwendigen, direkten Überweisung von Patient\*innen nicht mehr möglich. Gleiches gilt für eine ärztliche Dienstbereitschaft, die nunmehr in unmittelbarer räumlicher Nähe nicht mehr verfügbar ist sowie für diagnostische sowie therapeutische Unterstützungsleistungen durch das Krankenhaus. Durch pandemiebedingte Komplikationen und die Schließung des Krankenhauses sowie der begrenzten Projektlaufzeit sind einige Mitarbeitende aus dem GeriNoVe ausgeschieden, wodurch sich die Personalsituation verschärft hat.

Aus Sicht des Case Managements hat die Corona Pandemie Optionen für die (informelle sowie professionelle) Anschlussversorgung der Patient\*innen spürbar negativ verändert und immer mehr aufgenommene Patient\*innen leiden unter einer grundsätzlichen pflegerischen Unterversorgung. Der Entlassungsprozess hat sich nach Auffassung der Befragten im Rahmen der Projektlaufzeit positiv weiterentwickelt, v.a. bezüglich des Entlassbriefes. Zugleich ist es seit der Corona Pandemie schwierig, bspw. für ungeimpfte Patient\*innen einen Pflegeheimplatz zu finden. Weiterhin gelten die Angehörigen als wichtige Partner\*innen im GeriNoVe Versorgungsprozess, wobei auch angemerkt wird, dass sie teilweise sehr überfordert und selbst gesundheitlich angeschlagen sind. Insofern haben die Patient\*innen jeweils unterschiedliche Chancen auf eine adäquate Anschlussversorgung, was einige der befragten Fachkräfte belastet.

Die Attraktivität des GeriNoVe wird aus pflegeberuflicher Sicht schließlich mit folgenden Aspekten in Verbindung gebracht:

- abwechslungsreiche und interessante Arbeit,
- Aufwertung pflegerischer Kompetenzen im Rahmen der nurse-led-unit,
- gute personelle Besetzung und zeitliche Ressourcen, die eine fachgerechte pflegerische Versorgung ermöglichen,
- enge Zusammenarbeit in einem überschaubaren interdisziplinären Team mit kurzen Kommunikationswegen,
- unmittelbare Möglichkeit, die Erfolge eigener Arbeit zu sehen und überwiegend positive Rückmeldungen dazu von Patient\*innen, Angehörigen, zuweisenden Ärzt\*innen sowie nachversorgenden Institutionen.

**Perspektive zuweisender Haus- und Fachärzt\*innen** (SEP: Bedeutung des GeriNoVe für die hausärztliche Versorgung, Akzeptanz des Versorgungsangebots, fachliche Beurteilung des GeriNoVe)

In diese zunächst schriftliche Befragung wurden alle Haus- und Fachärzt\*innen eingeschlossen, die bis einschließlich März 2021 Patient\*innen ins GeriNoVe überwiesen hatten. Laut Dokumentation des GeriNoVe handelte es sich dabei um insgesamt 123 niedergelassene Mediziner\*innen, denen ein schriftlicher Fragebogen samt adressiertem sowie frankiertem Rückumschlag übersandt wurde. Insgesamt konnten 34 Fragebögen für die Auswertung genutzt werden (Rücklaufquote: 27,6 %).

Tabelle 15: Charakteristika der schriftlich befragten zuweisenden niedergelassenen Haus-/ und Fachärzt\*innen (n=34)

<b>Merkmal</b>	<b>Merkmalsausprägung</b>
Berufserfahrung	Weniger als 10 Jahre: 23,5 % 11 bis 20 Jahre: 32,4 % 21 bis 30 Jahre: 32,4 % 31 bis 40 Jahre: 11,8 %
Sitz der Praxis	Im städtischen Raum: 55,9 % Im dörflichen/ kleinstädtischen Raum: 38,2 % Missing: 5,9 %
Qualifikation/ Fachrichtung	Allgemeinmedizin: 67,9 % Fachgebiet Innere Medizin: 20,6 % Missing: 11,5 %
Geschätzter Anteil der eigenen Patient*innen im Alter von 70 Jahre und mehr	Durchschnittlich: 43,1 % Minimum: 20,0 % Maximum: 75,0 %

Die Mehrheit der Befragten (n=22) verfügt über langjährige Berufserfahrungen (jeweils 32,4 % 11 bis 20 Jahre bzw. 21 bis 30 Jahre). Bei mehr als zwei Drittel der Ärzt\*innen (67,9 %) handelt es sich um Allgemeinmediziner\*innen und weitere 20,6 % sind auf das Fachgebiet der Inneren Medizin

spezialisiert, wobei 11,5 % hierzu keine Angaben machen. Den Anteil der von ihnen versorgten, über 70-jährigen Patient\*innen schätzen die befragten Haus- und Fachärzt\*innen auf durchschnittlich 43,06 % (sd=14,98) ein. Das diesbezügliche Minimum liegt bei 20 % und das Maximum beträgt 75 %. Mit Blick auf die Frage, durch welche Informationsquelle die Ärzt\*innen von der neuen Versorgungsform erfahren haben, zeigt sich folgendes Bild: An erster Stelle rangieren hierbei (regionale) Printmedien (41,2 %) und der eigens erstellte sowie an die Ärzt\*innenschaft versandte Flyer zum GeriNoVe (41,2 %). Auf dem zweiten Rang folgen Empfehlungen von Berufskolleg\*innen (20,6 %) sowie von Pflegediensten (14,7 %). Die nächst bedeutsame Informationsquelle sind die vom GeriNoVe durchgeführte Informationsveranstaltung für niedergelassene Mediziner\*innen und Hinweise von Patient\*innen (8,8 %) sowie das Internet (5,9 %). Ferner zeigt sich, dass die Kriterien für eine Aufnahme von Patient\*innen ins GeriNoVe fast allen Befragten bekannt sind (94,2 %) (jeweils 47,1 % voll und ganz sowie eher) und 85,3 % mit den vom GeriNoVe zur Verfügung gestellten Informationen sehr (47,1 %) bzw. eher zufrieden sind (38,2 %).

Hinsichtlich einzelner Aspekte des Versorgungsprozesses im GeriNoVe zeigen die Befunde zunächst, dass 47,1 % der Befragten mit der telefonischen Erreichbarkeit des neuen Versorgungsmodells sehr zufrieden und weiter 41,2 % eher zufrieden sind. Ähnliches gilt für den formalen Aufwand im Rahmen einer ärztlichen Zuweisung ins GeriNoVe, denn hiermit sind 35,3 % sehr sowie 50,0 % eher zufrieden. Infolgedessen wird der Zuweisungsprozess insgesamt positiv beurteilt (44,1 % sehr zufrieden und 35,3 % eher zufrieden).

Weiterhin stimmen 22 der 34 Befragten der Aussage voll und ganz zu, dass die akut sozialpflegerische Notsituation ihrer Patient\*innen durch die Versorgung im GeriNoVe bewältigt werden konnte und weitere 8 Personen stimmen dem eher zu. Für mehr als zwei Drittel (64,7 %) der niedergelassenen Ärzt\*innen entspricht die Versorgung im GeriNoVe voll umfänglich ihren Erwartungen zuzüglich weiterer 17,6 %, bei denen die Erwartungen eher erfüllt sind. 70,6 % der befragten, zuweisenden Haus-/ Fachärzt\*innen sind überwiegend der Ansicht, dass das GeriNoVe einen Mehrwert für die Versorgung alter Menschen bietet.

Den Antworten auf die offene Frage nach dem konkreten Mehrwert des GeriNoVe zufolge, besteht dieser vorrangig in:

- der niederschweligen Erreichbarkeit und schnellen Entlastung für Angehörige, das soziale Umfeld und die Hausärzt\*innen,
- der Möglichkeit einer kurzfristigen Zuweisung von Patient\*innen bspw. auch an Freitagnachmittagen,
- der Möglichkeit zur kurzfristigen Überbrückung einer Notfallsituation bzw. der Bewältigung von Versorgungsengpässen,
- der Schließung einer Versorgungslücke zwischen Krankenhaus, Pflegeheim und häuslicher Versorgung,
- der Chance, Schäden durch eine vermeidbare Krankenhausbehandlung abzuwenden bzw. Krankenhauseinweisungen mit rein sozialer Indikation zu vermeiden,

Darüber hinaus sind 67,6 % der Befragten mit der Versorgungsqualität im GeriNoVe sehr zufrieden und ebenso viele der Ansicht, dass der dortige Aufenthalt zu einer Stabilisierung der Versorgungssituation der Patient\*innen beigetragen hat. 47,1 % stimmen der Aussage voll und ganz zu, dass die, durch das GeriNoVe organisierte, Anschlussversorgung für die Patient\*innen passend war.

Der interdisziplinäre Entlassbrief wird von mehr als der Hälfte (55,9 %) der Befragten als voll und ganz hilfreich bezeichnet und von weiteren 35,3 % als eher hilfreich. Diese Zufriedenheitswerte stehen in unmittelbarer Verbindung mit dem Zeitpunkt des Eintreffens des Briefes in der Arztpraxis, seiner Länge, Qualität, Ausführlichkeit sowie Aussagekraft durch die Dokumentation der Ergebnisse geriatrischer Basis- Assessments, seinem interdisziplinären Charakter inklusive der darin enthaltenen Empfehlungen zu Hilfsmitteln, der sozial-pflegerischen Versorgung, der Medikation

und weiteren Therapien. Unabhängig davon wird auch darauf verwiesen, dass GeriNoVe sich an der Umsetzung der Empfehlungen zur weiterführenden pflegerischen Versorgung beteiligen sollte.

Insgesamt sind 55,9 % der Befragten mit dem Entlassmanagement sehr sowie 35,3 % eher zufrieden. Von daher würden 82,4 % von ihnen mit großer Wahrscheinlichkeit erneut Patient\*innen ins GeriNoVe überweisen.

Das Potenzial der neuen Versorgungsform stellt sich aus ärztlicher Sicht wie folgt dar gemessen an einer vollen und ganzen Zustimmung zu folgenden Aussagen:

GeriNoVe hat das Potenzial:

- unnötige Krankenhausaufenthalte zu reduzieren (67,6 %),
- bei sozialpflegerischen Notfällen, Versorgungskosten im Vergleich zu einer Krankenhausbehandlung zu reduzieren (64,7 %),
- Drehtüreffekte in der akutstationären Versorgung zu vermeiden (70,6 %),
- Rehabilitationsbedarfe aufzuzeigen (35,3 %),
- die pflegerische Anschlussversorgung bedarfsgerecht zu organisieren (70,6 %),
- durch Versorgungsabbrüche zu vermeiden (61,8 %).

Die freien Antworten auf Frage nach bislang ungedeckten Bedarfen in der geriatrischen Versorgung, die durch GeriNoVe zusätzlich adressiert werden könnten, fokussieren folgende Aspekte:

- Aufhebung der Altersbeschränkung, da auch jüngere Patient\*innen in eine sozialpflegerische Notfallsituation geraten können v.a. bei Vorliegen einer Demenz,
- Ausweitung der vorgesehenen Verweildauer, da die Organisation der Anschlussversorgung oftmals schwierig ist (bspw. durch geringe Verfügbarkeit von Plätzen in der Kurzzeit-, Tages- sowie stationären Langzeitpflege),
- Ausweitung des Aufnahmezeitraumes (nachts, Wochenenden).

Mit den Leistungen des GeriNoVe insgesamt sind 67,6 % der Befragten sehr und weitere 17,6 % eher zufrieden.

Im Rahmen der schriftlichen Befragung konnten die Haus-/ Fachärzt\*innen gesondert ihre Bereitschaft zur Teilnahme an einem Interview bekunden. Insgesamt willigten 11 der zuweisenden Haus- und Fachärzt\*innen grundsätzlich in ein solches Gespräch ein; sieben waren dann schlussendlich bereit, es auch zu realisieren. Hinderungsgründe waren in erster Linie fehlende zeitliche Ressourcen.

Bei den Interviewten handelt es sich um fünf männliche sowie zwei weibliche Allgemeinmediziner\*innen mit langjähriger Berufserfahrung sowie mit einem von ihnen geschätzten durchschnittlich Anteil von 32,8 % Patient\*innen über 70 Jahre, die sie in ihren Praxen betreuen.

Tabelle 16: Charakteristika der interviewten zuweisenden Haus-/ und Fachärzt\*innen (n=7)

<b>Merkmal</b>	<b>Merkmalsausprägung</b>
Geschlecht	Weiblich: 2 Personen Männlich: 5 Personen
Berufserfahrung	29 bis 30 Jahre: 2 Personen 16 Jahre: 2 Personen 7 - 8 Jahre: 3 Personen

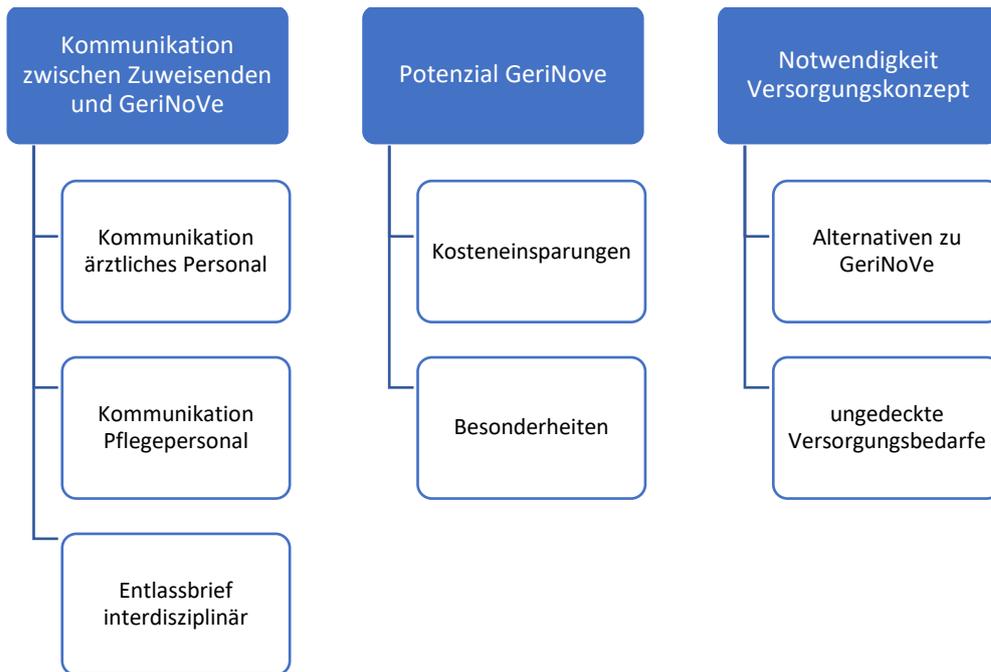
Sitz der Praxis	Städtischer Raum: 4 Ländlicher Raum: 3
Qualifikation/ Fachrichtung	Allgemeinmedizin: 7 Personen
Geschätzter Anteil der eigenen Patient*innen im Alter von 70 Jahre und mehr	Durchschnitt: 32,8 % Minimum: 25,0 % Maximum: 60,0 %

Die Kommunikation mit dem GeriNoVe wurde insgesamt positiv beurteilt, wobei angesichts des pflegegeleiteten Charakters des GeriNoVe ein fachlicher Austausch mit dort tätigen Berufskolleg\*innen nur in besonderen Fällen bzw. zu einzelnen Aspekten erforderlich erscheint. Hierzu zählt die Abklärung der medizinischen Diagnostik, Therapie und Behandlung insbesondere bei komplexeren Behandlungsfällen (psychische Auffälligkeiten, Krebserkrankungen, palliative Versorgungssituationen usw.). Andere, nicht medizinisch konturierte Fragestellungen werden demgegenüber vorzugsweise mit dem als sehr kompetent erlebten Pflegepersonal abgeklärt. Ferner wird auch in den Interviews der interdisziplinäre Entlassbrief als überwiegend positiv erlebtes Element einer GeriNoVe Versorgung beschrieben (siehe oben), wobei drei der Befragten hierin keinerlei Mehrwert für ihre ärztliche Praxis erkennen.

Neun der 11 befragten hausärztlich tätigen Mediziner\*innen vertreten die Auffassung, dass GeriNoVe zu einer Kostenreduzierung im Gesundheitswesen beiträgt, weil dadurch v.a. teure sowie unnötige Krankenhausbehandlungen vermieden werden können. Demzufolge stellt das neue Versorgungsmodell eine dringend benötigte sowie adäquate Überbrückung in Notsituationen dar und verhindert Fehlzweisungen in den akut stationären Sektor.

Mit Blick auf die vom GeriNoVe intendierte Schließung einer Lücke in der Regelversorgung konstatieren die Interviewten, dass die Patient\*innen ohne die neue Versorgungsform mit großer Wahrscheinlichkeit entweder sowie unnötiger Weise ins Krankenhaus gemusst hätten oder aber Gefahr laufen, in der akuten Notfallsituation gar nicht professionell versorgt zu werden bzw. komplett auf Angehörige angewiesen zu sein. In diesem Zusammenhang wird wiederholt auf die Tatsache verwiesen, dass Kurzzeitpflegeplätze sowie Plätze in der stationären Langzeitpflege nur schwer zu bekommen sind und sie zudem nicht gänzlich den Bedarfen der GeriNoVe-Patient\*innen entsprechen, weil es dort bspw. an dauerhafter ärztlicher Präsenz mangelt.

Abbildung 4: Kategoriensystem zur Auswertung der qualitativen Befragung der Ärzt\*innen



### **Ergebnisse der Pflegedokumentationsanalyse (PEP: Pflegerische Assessments, erbrachte Leistungen, Verweildauer)**

Dieser Arbeitsschritt basiert auf pflegedokumentarischen Angaben zu insgesamt 592 Patient\*innen. Der Datensatz beinhaltet zum einen personenbezogene; zum anderen versorgungsspezifische Angaben.

Einen weiteren wesentlichen Bestandteil der Pflegedokumentation bilden folgende Assessments:

- Geriatrie-Check: Identifikation geriatrischer Patient\*innen gegliedert in drei Bereiche (objektiv vorhandene Kriterien, frailty des Patienten und dessen prä-morbider Status, Optionen für weiteres Vorgehen), aus den ersten beiden Bereichen geht die Wahrscheinlichkeit hervor, ob es sich um eine\*n geriatrische\*n Patient\*in handelt (Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft 2021)
- Barthel-Index: Überprüfung der Alltagskompetenz [Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.](#)
- MMSE: Mini-Mental Status Test: Überprüfung der Kognition
- GDS: Geriatrische Depressionsskala: Überprüfung der Emotionslage
- TUG: Timed „Up and Go“: Überprüfung der Mobilität
- Esslinger Transferskala: Erhebung der Selbständigkeit beim sicheren Transfer vom Bett in den Rollstuhl und umgekehrt
- Uhrentest: Überprüfung der Kognition
- LACHS-Screening: Multidimensionales Screening

Nicht bei allen Patient\*innen wurden alle Assessments durchgeführt, dementsprechend liegen für manche Patient\*innen nur Daten zu einzelnen Assessments vor.

Standardmäßig bei allen Patient\*innen durchgeführt wurden folgende Assessments:

- Geriatrie-Check

- Barthel-Index
- LACHS- Screening

Bei entsprechenden Auffälligkeiten wurden folgende Tests durchgeführt:

- MMSE
- GDS
- TUG
- Esslinger Transferskala
- Uhrentest

Überdies enthält die Pflegedokumentation Angaben zur pflegerischen Versorgungssituation der Patient\*innen sowohl vor ihrer Aufnahme als auch nach Entlassung aus dem GeriNoVe.

Bestandteil der Pflegedokumentation sind zudem die Pflegediagnosen nach NANDA. Hierbei wurden von den Pflegefachkräften des GeriNoVe jene 90 Diagnosen ausgewählt, die für die pflegerische Tätigkeit im Rahmen einer geriatrischen Notfallversorgung die größte Relevanz besitzen. Ausgangspunkt bildet die sechste Auflage der NANDA-I-Klassifikation, die insgesamt 235 Pflegediagnosen umfasst. Zudem wurden nach Doenges, Moorhouse und Murr (2018) noch sieben Diagnosen ergänzt, die als menschliche Reaktionen auf Gesundheitsprobleme erkennbar und behandelbar sind (Doenges et al. 2018).

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Pflegedokumentationsanalyse in komprimierter Form vorgestellt. Eine ausführliche Darstellung der Befunde ist dem Evaluationsbericht zu entnehmen.

#### *Geriatric Check*

Bei etwas mehr als einem Drittel der Patient\*innen (n=215; 36,3 %) ist ein Pflegegrad  $\geq 1$  vorhanden. Nahezu alle Patient\*innen (n=581; 98,1%) sind keine Bewohner\*innen eines Pflegeheims. Zudem ist bei den meisten Patient\*innen (n=355; 60,0 %) keine Demenz bekannt. Die durchschnittliche Summe des ersten Teils des Geriatric-Checks liegt bei 1,31 (sd=0,866). Das Minimum liegt bei 0; das Maximum bei 3. Die Wahrscheinlichkeit, dass es sich um eine\*n geriatrische\*n Patient\*in handelt (Summenwert  $\geq 1$ ), ist bei 80,1 % der Patient\*innen (n=474) gegeben.

Die meisten Patient\*innen (n=479; 80,9 %) sind in ihrer Mobilität sowie in ihrer Selbständigkeit (n=465; 78,5 %) beeinträchtigt. Im Bereich Kognition sind etwa die Hälfte der Patient\*innen (n=267; 45,1 %) beeinträchtigt. Hinsichtlich der Psyche sind 27,5 % (n=163) der Patient\*innen beeinträchtigt. 43,1 % (n=255) der Patient\*innen hatten in den letzten zwölf Monaten zwei oder mehr Krankenhausaufenthalte. Die durchschnittliche Summe des zweiten Teils des Geriatric-Checks liegt bei 2,74 (sd=1,353). Das Minimum liegt bei 0; das Maximum bei 5. Die Wahrscheinlichkeit, dass es sich um eine\*n geriatrische\*n Patient\*in handelt (Summenwert  $\geq 2$ ), ist bei 85,1 % der Patient\*innen (n=504) gegeben.

#### *Barthel- Index*

Bei der Aufnahme liegt der Barthel-Index durchschnittlich bei 48,28 Punkten (sd=21,458). Das Minimum liegt bei 0; das Maximum bei 100 Punkten. Bei der Entlassung liegt der Barthel-Index durchschnittlich bei 60,17 Punkten (sd=27,108). Das Minimum liegt bei 0, das Maximum bei 100 Punkten. Vergleicht man die Werte des Barthel-Index bei Aufnahme (t-Test für abhängige Stichproben, ungerichtet, Signifikanzniveau= 0,05, mean=48,28; sd=21,458) und Entlassung (mean=60,17; sd=27,108) erhält man einen p-Wert von  $p < 0,001$ ;  $t(591) = -13,869$ ;  $d = 0,57$ ; power=1. Somit kann konstatiert werden, dass sich die Mittelwerte des Barthel-Index zwischen Aufnahme und Entlassung signifikant unterscheiden.

#### *LACHS-Screening*

Der Zustand im Hinblick auf das Sehen ist bei den meisten Patient\*innen normal (n=42; 74,7 %). Das Hören ist bei den Patient\*innen in nahezu gleichen Anteilen als normal (n=292; 49,3 %) sowie

pathologisch (n=285; 48,1 %) einzustufen. Die Funktionstüchtigkeit der Arme ist bei den Patient\*innen größtenteils normal (n=449; 75,8 %), diejenige der Beine hingegen bei mehr als der Hälfte der Patient\*innen pathologisch (n=307; 51,9 %). Die Urinkontinenz ist bei den meisten Patient\*innen pathologisch (n=326; 55,1 %), die Stuhlkontinenz hingegen ist in den meisten Fällen normal (n=465; 78,5 %). Die Ernährung ist bei den Patient\*innen größtenteils normal (n=487; 82,3 %). Kognition (n=380; 64,2 %) und Aktivität (n=498; 84,1 %) sind bei den meisten Patient\*innen pathologisch. Die Bereiche Depression (n=365; 61,7 %) und Unterstützung (n= 299; 50,5 %) sind hingegen beim Großteil der Patient\*innen normal. Die Bereiche Krankenhausaufenthalte (n=327; 55,2 %) und Stürze (n=412; 69,6 %) hingegen sind bei den meisten Patient\*innen pathologisch. Auch die Bereiche Medikamente (n=360; 60,8 %) und Schmerzen (n=344; 58,1 %) sind bei den meisten Patient\*innen pathologisch. Der Summenwert liegt durchschnittlich bei 7,12 (sd= 2,348) mit einem Minimum von 0 und einem Maximum von 13.

#### *MMSE (Mini-Mental Status Test)*

Bei 207 Patient\*innen wurde ein Mini-Mental Status Test durchgeführt. Die meisten Patient\*innen, bei denen ein MMSE durchgeführt wurde, haben eine leichte (n=72; 12,1 %) oder mittelschwere Alzheimer-Demenz (n=68; 11,6 %).

#### *GDS (Geriatrische Depressionsskala)*

Die Geriatrische Depressionsskala wurde bei 106 Patient\*innen erhoben. Von diesen Patient\*innen haben die meisten eine leichte bis mäßige Depression (n=46; 7,9 %) oder sind unauffällig (n=36; 6,1 %). Weitere 4,1 % (n=24) der Patient\*innen haben eine schwere Depression.

#### *TUG (Timed „Up and Go“)*

Für 244 Person liegen Werte zum TUG bei der Aufnahme vor. Der Durchschnitt liegt bei 27,56 (sd=19,885), das Minimum bei 7, das Maximum bei 180. Für 322 Person liegen Werte zum TUG bei der Entlassung vor. Der Durchschnitt liegt bei 26,07 (sd=15,310), das Minimum bei 2, das Maximum bei 124. Vergleicht man die Mittelwerte (t-Test für abhängige Stichproben, ungerichtet, Signifikanzniveau=0,05) des TUG bei Aufnahme (mean=27,56; sd=19,885) und Entlassung (mean=26,07; sd=15,310) so zeigt sich ein signifikanter Unterschied ( $p < 0,001$ ;  $t(203)=8,564$ ;  $d=0,6$ ; power=1).

#### *Esslinger Transferskala*

Bei der Aufnahme sind die meisten Patient\*innen der Hilfestufe 1 (n=208; 35,1%) und Hilfestufe 2 (n=188; 31,8 %) zuzuordnen. Der Median bei der Aufnahme liegt bei 2. Bei der Entlassung sind über die Hälfte der Patient\*innen (n=303; 51,2 %) der Hilfestufe 0 zuzuordnen. Der Median bei der Entlassung liegt bei 1. Untersucht man mögliche Unterschiede mit Hilfe des Wilcoxon-Tests (ungerichtet, Signifikanzniveau= 0,05) so lässt sich ein signifikanter Unterschied zwischen Aufnahme (md=2) und Entlassung (md=1) feststellen ( $p < 0,01$ ;  $Z=-15,941$ ;  $r=0,7$ ,  $n=527$ ).

#### *Uhrentest*

Bei den meisten Patient\*innen, bei denen der Uhrentest durchgeführt wurde, liegen mittelgradige (n=40; 6,8 %) oder schwere (n=35; 5,9 %) visuell-räumliche Orientierungsprobleme vor.

#### *Pflegediagnosen nach NANDA*

Im Rahmen der Pflegedokumentation wurden zudem jene NANDA-Diagnosen erhoben, die für eine Versorgungsform wie GeriNoVe von Bedeutung sind. Nachfolgend wird die Prävalenz der Pflegediagnosen beschrieben.

In der Klasse der Ernährung wird am häufigsten die Gefahr einer Mangelernährung als Pflegediagnose gestellt (n=109; 18,4 %).

Im Bereich Ausscheidung und Austausch treten vor allem die Pflegediagnosen Drangharninkontinenz (n=136; 23,0 %), funktionelle Harninkontinenz (n=139; 23,5 %) sowie Obstipation (n=143; 24,2 %) auf.

Eine beeinträchtigte Gehfähigkeit (n=446; 68,8 %) sowie beeinträchtigte körperliche Mobilität (n=536; 90,5 %) sind im Bereich Aktivität/ Ruhe bei den meisten Patient\*innen gegeben. Zudem ist die Transferfähigkeit bei 59,6 % (n=353) der Patient\*innen beeinträchtigt. Ein Selbstversorgungsdefizit liegt bei den meisten Patient\*innen für die Dimensionen „Essen und Trinken“ (n=431; 72,8 %), „Sich-Kleiden“ (n=541; 91,4 %), „Körperpflege“ (n=548; 92,6 %) sowie Toilettenbenutzung (n=427; 72,1 %) vor. Auch eine beeinträchtigte Haushaltsführung (n=407; 68,8 %) ist im Bereich Aktivität/ Ruhe bei den meisten Patient\*innen gegeben.

Bei der Mehrheit der Patient\*innen (n=354; 59,8 %) ist die Gedächtnisleistung beeinträchtigt. Bei weiteren 20,9 % (n=124) ist zudem die verbale Kommunikation beeinträchtigt. Auditive Wahrnehmungsstörungen werden bei 43,2 % (n=256) der Patient\*innen, visuelle Wahrnehmungsstörungen bei 27,0 % (n=160) der Patient\*innen diagnostiziert.

Im Bereich der Rollenbeziehungen ist bei 28 % (n=166) der Patient\*innen die soziale Interaktion beeinträchtigt.

Bei etwa einem Viertel der Patient\*innen (23,0%; n=136) ist die Stimmungsregulation beeinträchtigt.

In Hinblick auf Sicherheit/ Schutz besteht bei einem Fünftel der Patient\*innen (n=126; 21,3 %) die Gefahr eines Dekubitus. Zudem haben die meisten Patient\*innen (n=568; 95,9 %) die Pflegediagnose Sturzgefahr.

In der Klasse Wohlbefinden hat etwa ein Drittel der Patient\*innen (n=196; 33,1 %) die Pflegediagnose soziale Isolation. Hinsichtlich Schmerzen hat die Hälfte der Patient\*innen (n=302, 51,0 %) akute und 38,2 % (n=226) der Patient\*innen chronische Schmerzen.

Laut Pflegedokumentation geht es in den Entlassungsgesprächen vorrangig darum, verschiedene Optionen zur Um- bzw. Neugestaltung des jeweiligen Versorgungssettings aufzuzeigen. Hierbestehen sowohl Möglichkeiten der Kurzzeit- als auch der Langzeitpflege als auch die pflegerische Versorgung in der eigenen Häuslichkeit mit professioneller Hilfe (z.B. ambulanten Pflegedienst) sowie Laienhilfe (z. B. 24h-Kraft, Nachbarschaftshilfe, hauswirtschaftliche Hilfe) im Fokus. Einen weiteren Beratungsschwerpunkt bildet die Versorgung mit sowie die Nutzung von Hilfsmitteln wie beispielsweise Rollatoren, Pflegebetten oder auch Duschstühlen. Bei Beratungen zu (medizinischen) Weiterbehandlungen geht es vor allem um physiotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten sowie um die Abklärung demenzieller Erkrankungen oder die Behandlung von Depression sowie Suchterkrankungen. Im Hinblick auf sozialrechtliche Leistungsbezüge geht es vor allem um Einstufung in einen Pflegegrad bzw. eine entsprechende Höherstufung sowie um Möglichkeiten des Bezugs von Pflegegeld sowie weiterer sozialrechtlicher Unterstützungsmöglichkeiten.

Bei mehr als zwei Drittel (n=425; 71,8 %) der Patient\*innen erfolgt bei Entlassung auch eine Kontaktaufnahme zu Angehörigen. Durchschnittlich wurde 0,21 (sd=1,325) Mal bei ambulanten Pflegediensten wegen der Weiterversorgung angerufen. Das Minimum liegt bei 0; das Maximum bei 23 Anrufen. Bei Einrichtungen der Kurzzeitpflege wurde durchschnittlich 3,17 (sd=8,357) Mal angerufen, wobei das Minimum bei 0 und das Maximum bei 60 Versuchen liegt.

## 7. Diskussion der Projektergebnisse

Bei der Interpretation der Projektergebnisse ist zunächst zu bedenken, dass der Betrieb des GeriNoVe im Projektverlauf unter nicht vorsehbaren, erschwerenden Rahmenbedingungen stattfand, die nicht ohne Auswirkungen auf die Versorgungspraxis sowie die Evaluation blieben. Hierzu zählen die Schließung des mit dem GeriNoVe unmittelbar räumlich verbundenen Krankenhauses sowie die Covid- Pandemie, die zunächst zu einer vorübergehenden gänzlichen Betriebsstilllegung des GeriNoVe sowie zu einer anschließenden Reduzierung der Platzkapazitäten führte (Einzelbelegung der insgesamt 9 Zweibettzimmer). Infolgedessen kam es verständlicherweise bei der Zielgruppe des Modellprojektes sowie ihren Angehörigen, aber auch bei den regionalen

professionellen Akteuren nachweislich, vorübergehend zu Irritationen hinsichtlich der Verfügbarkeit der neuen Versorgungsform. Die pandemiebedingte Schließung des GeriNoVe führte zudem zu einer Abwanderung von Pflegefachkräften, wobei die so entstandene personeller Lücke auch angesichts der begrenzten Laufzeit des Projektes nur schwer kompensiert werden konnte.

Gleichwohl wurden in dem Modellprojekt wertvolle versorgungspraktische Erfahrungen und mittels der Evaluation zudem belastbare empirische Befunde generiert. Letztere war als multiperspektivischer Mixed-Methods-Ansatz konzipiert, der sowohl quantitative als auch qualitative Erhebungsmethoden umfasst sowie Primär- und Sekundärdaten inkludiert. Die Validität und Reliabilität der Ergebnisse basiert größtenteils auf dem Einsatz standardisierter Erhebungsinstrumente (geriatrische Assessments, EQ-5D-5L). Ferner wurde das gesamte Studiendesign (mit Ausnahme der erst im Projektverlauf entwickelten Befragung von zuweisenden Haus-/ Fachärzt\*innen) i.S. einer Qualitätssicherung sowie Einhaltung wissenschaftlicher Standards der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft vorgelegt und von dieser Anfang Mai 2019 das ethische Clearing ausgesprochen. Zur Sicherung des Datenschutzes wurden alle Erhebungsinstrumente sowie die dazu gehörigen Informations- und Einverständnisschreiben den im Konsortium vertretenden Datenschutzbeauftragten zur Einwilligung vorgelegt, welche diese auch erteilten.

Die Teilnahmebereitschaft an den schriftlichen Befragungen ist angesichts der Zielgruppen (teils stark belastete, hochaltrige Menschen sowie beruflich sehr eingespannte Haus-/ Fachärzt\*innen) als gut zu bewerten und deutet zusammen mit der vergleichsweise hohen Bereitschaft, anschließend noch interviewt zu werden, auf ein grundsätzlich großes Interesse am Modellprojekt hin.

Limitationen der Aussagekraft der Ergebnisse ergeben sich erwartungsgemäß aus der Tatsache, dass hochbetagte, gesundheitlich teils stark belastete Personen zweimalig schriftlich befragt wurden. So waren allein bei der fortlaufenden Befragung drei Monate nach GeriNoVe Aufenthalt (t1) insgesamt 62 der infrage kommenden Personen bereits verstorben. Weiterhin einschränkend ist anzumerken, dass nur ein Teil der Patient\*innen die Fragebögen selbständig ausfüllen konnte bzw. in vielen Fällen durch eine zweite Person unterstützt wurde. Folglich können die Einschätzungen nicht in allen Fällen den Patient\*innen selbst zugeordnet werden, sondern auch Eindrücke Anderer widerspiegeln, wobei es sich in diesen Fällen in der Regel um (pflegende) Angehörige handelt, die in den Versorgungsprozess im GeriNoVe eingebunden waren. Die Gründe für eine Nicht- Beantwortung der Fragebögen (t1 und t2) konnten nicht systematisch erhoben werden. Gleiches gilt für eine Nicht-Teilnahme an den weiterführenden Interviews. In den Fällen, in denen einer Bereitschaft dazu grundsätzlich zugestimmt wurde, aber letztlich nicht realisierbar war, zeigten sich u.a. folgende Gründe:

- Gesundheitszustand hat sich derart verschlechtert, dass die Durchführung eines Interviews nicht mehr möglich war,
- Tod der Patient\*innen,
- Potenzielle Teilnehmer\*innen sind unter den angegebenen Daten zur Kontaktaufnahme nicht mehr erreichbar.

Bei den qualitativen Befragungen der Mitarbeitenden des GeriNoVe ist es aus organisatorischen Gründen sowie Fluktuationen nicht gelungen, dass jeweils dieselben Personen an allen drei Erhebungen teilnehmen konnten. Dennoch ist zu konstatieren, dass sechs Mitarbeitende an allen Befragungen teilgenommen haben. Ferner konnten aus forschungspragmatischen Gründen nur jene Haus- und Fachärzt\*innen befragt werden, die bis März 2021 Patient\*innen ins GeriNoVe überwiesen hatten. Folglich ist hier von einer gewissen positiven Verzerrung der Ergebnisse auszugehen.

Im Hinblick auf die Analyse der Pflegedokumentation ist anzumerken, dass einzelne Variablen nicht gut hinterlegt sind i.S. vieler Werte, wobei diese dennoch sowie unter Nennung der Anzahl fehlender Angaben diese in die Auswertung einbezogen wurden.

Ferner lagen der Evaluation keine (statistisch zu überprüfenden) Hypothesen zugrunde. Detaillierte Angaben zur Erfolgsmessung des neuen Versorgungsangebotes sind Kapitel 6 sowie dem ausführlichen Evaluationsbericht zu entnehmen.

## 8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Die Ergebnisse der umfassenden Evaluation des modellhaft erprobten Geriatrischen-Notfall-Versorgungszentrums (GeriNoVe) zeigen zusammenfassend inkl. Berücksichtigung der Limitationen, dass es für eine Überführung in die Regelversorgung grundsätzlich geeignet erscheint. Allen einschlägigen Prognosen zufolge wird die Gruppe alter bzw. hochaltriger Menschen mit Unterstützungs-/ Pflegebedarf in den nächsten Jahren in Deutschland weiter anwachsen und somit immer relevanter für das Versorgungssystem. Parallel dazu führt der bereits bestehende Fachkräftemangel in vielen, vor allem ländlichen Regionen, schon heute zu Versorgungsengpässen. Infolgedessen steigt für die Betroffenen das Risiko, insbesondere bei akut auftretenden sozialpflegerischen Notsituationen in den bestehenden Strukturen nicht (adäquat) versorgt werden zu können bzw. mangels Alternativen als „Notfall“ in einem Krankenhaus aufgenommen zu werden (immerhin fast die Hälfte aller Zuweisungen (48,1 %) ins GeriNoVe erfolgte von dort aus). Ein (vermeidbarer) Krankenhausaufenthalt stellt für alte/ hochbetagte Menschen jedoch eine Hochrisikosituation dar mit teils gravierenden, vielfältigen negativen Folgeerscheinungen. Darüber hinaus ist auch die neu geschaffene sog. Übergangspflege nach SGB V § 39e keine Alternative zu GeriNoVe, da hierbei ein Krankenhausaufenthalt vorausgesetzt wird und demnach nicht vermieden werden soll. Auch die bestehenden gesetzlichen Regelungen zur Kurzzeitpflege SGB XI § 42 oder SGB V § 39c stellen keine Alternative zu GeriNoVe dar. Während es sich bei GeriNoVe um eine akute sozialpflegerische Notaufnahme handelt, die analog zur medizinischen Notaufnahme hilfebedürftige Menschen niederschwellig und kurzfristig versorgt, bedarf es bei allen Formen der Kurzzeitpflege einem geplanten, mit einer Antragsstellung verbundenen Genehmigungsverfahrens und der Suche eines Kurzzeitpflegeplatzes.

Die Implementierung eines GeriNoVe ist vorrangig für (ländliche) Regionen mit schwacher Versorgungsinfrastruktur zu empfehlen. Angesichts des Einsatzes geriatrischer Assessments wäre dabei die Altersbegrenzung (70 und mehr Lebensjahre) kritisch zu überprüfen. Dies gilt vor allem auch deshalb, weil der Alternsprozess hoch individuell verläuft und das kalendarische Alter in dieser Lebensphase immer mehr an Aussagekraft verliert. Ferner ist die Kapazität zur Aufnahme stark demenziell veränderter Personen kritisch zu reflektieren, da sie nochmals einen spezifischeren Versorgungsbedarf besitzen, dessen Deckung im GeriNoVe personell und räumlich begrenzt war.

Weiterhin zeigen die Erfahrungen im GeriNoVe, dass es vorteilhaft ist, eine solche Versorgung nicht singulär, sondern als Teil einer größeren Einheit anzubieten, weil die teils hochkomplexen Versorgungsbedarfe der Patient\*innen sowie ihre häufig bestehende Multimorbidität und ihr Zustand nach oftmals längerer Unterversorgung kurzfristig in weiterführende diagnostische sowie medizinisch-therapeutische Abklärungs- oder Verlegungsnotwendigkeiten münden können. Bei einer solchen größeren Versorgungseinheit kann es sich sowohl um ein Krankenhaus als auch um eine stationäre Rehabilitationseinrichtung oder um sog. Zentren der Primärversorgung handeln, wie sie derzeit im Einzugsgebiet des GeriNoVe aufgebaut werden sollen, im Zuge des Abbaus von Krankenhauskapazitäten. Das Konsortium hatte diesbezüglich bereits während der Projektlaufzeit Kontakt aufgenommen zu verschiedenen, regionalen Trägern der gesundheitlichen/ pflegerischen Versorgung und stieß dabei auf ein prinzipiell vorhandenes Interesse. Allerdings verwiesen die Träger immer wieder auf den in ihren bestehenden Einrichtungen bereits vorhandenen Fachkräftemangel sowie auf die bislang noch unklare Finanzierung des neuen Versorgungsangebotes im Rahmen der Regelversorgung, so dass bis zum Ende der Projektlaufzeit kein Weiterbetrieb organisiert werden konnte.

Angesichts der Zielgruppe des GeriNoVe sowie mit Blick auf die allgemeine Gestaltung geriatrischer Versorgung hat sich die interdisziplinäre Zusammensetzung des Teams bewährt und als Mehrwert erwiesen. Hinsichtlich der personellen Ausstattung zeigen die Untersuchungen, dass bei Besetzung

aller Planstellen innerhalb der vergleichsweise kurzen Verweildauer der Gesundheitszustand sowie die Versorgungssituation zahlreicher Patient\*innen verbessert werden konnten. Die Patient\*innen selbst heben als Stärke des GeriNoVe hervor, dass das pflegerische Personal ausreichend Zeit für sie hatte. Die personelle Ausstattung im Case Management ermöglichte ein gutes und umfassendes Entlassmanagement, was sowohl von Patient\*innen und Angehörigen sowie zuweisenden Haus- und Fachärzt\*innen und Mitarbeitenden positiv erlebt wurde. Die Patient\*innen sowie Mitarbeitenden berichteten durchgängig davon, dass sich die pflegerische Versorgung sowie das Fallmanagement inkl. der Organisation der Anschlussversorgung positiv von der Regelversorgung in einem Krankenhaus abhebt. Entscheidend dafür ist unter anderem eine gute Integration eines solches Versorgungsmodells in lokale Netzwerke des Pflege-/ Gesundheitswesens, wobei zu bedenken ist, dass die Existenz eines GeriNoVe per se ggf. bestehende ambulante, kurzzeit-, langzeit- sowie teilstationäre Versorgungsengpässe nicht beheben kann.

Auf Basis der ermittelten Befunde kann dem pflegegeleiteten Charakter des GeriNoVe (nurse-led-unit) mit intraprofessionellem Grade- und Skill-Mix Innovationspotenzial bescheinigt werden. Demnach sollte diese, für Deutschland recht neue, Konzeption weitere Verbreitung erfahren, weil sie erstens die Rolle der Pflege im Versorgungsprozess stärkt bzw. bislang ungenutzte Potentiale dieser Berufsgruppe aufgreift. Zweitens könnte damit das Berufsbild mit Blick auf die dringend notwendige Nachwuchsrekrutierung an Attraktivität gewinnen. Drittens ist zu bedenken, dass das neue Pflegeberufegesetz neben einer generalistischen Ausbildung erstmals auch die regelhafte Einführung primärqualifizierender Pflegestudiengänge vorsieht ohne dass für die derzeit kontinuierlich steigende Zahl akademisch qualifizierter Pflegefachkräfte hinreichende, adäquate Beschäftigungsangebote in der direkten Pflege existieren. Dies wiederum birgt die Gefahr einer Abwanderung dieser Personen in patient\*innenferne Arbeitsbereiche in sich mit der Folge, dass die Versorgungspraxis bzw. Patient\*innen kaum von den diesbezüglichen gesundheits- und berufspolitisch intendierten Innovationen profitieren. Demgegenüber besteht jedoch bspw. laut SGB XI ein Anspruch auf eine Versorgung nach aktuellem pflegewissenschaftlichem Kenntnisstand. Hier könnte ein Modell wie GeriNoVe Vorbildfunktion einnehmen und sollte im Falle einer Implementierung in anderen Regionen vorzugsweise auch mit Trägern der Pflegeberufsausbildung sowie mit entsprechenden Hochschulen bzw. Pflegestudiengängen kooperieren (praktische Einsätze der Auszubildenden bzw. Studierenden inkl. Projekt-/ Bachelorarbeiten).

Aus gesundheitspolitischer Perspektive ist anzumerken, dass mit einem neuen Versorgungsangebot, wie GeriNoVe, fast naturgemäß Leistungssteigerungen einhergehen, da sich die Zielgruppe in einer Notfallsituation befindet und nicht selten von drastischer Unterversorgung betroffen ist. Gesetzgeberische Reformen in Form der Übergangspflege lassen erkennen, dass dies gesundheitspolitisch offenbar bereits antizipiert sowie akzeptiert wird ohne jedoch die Zielgruppe des GeriNoVe zu adressieren. Unabhängig davon kann das Versorgungsmodell einen wichtigen sowie notwendigen Beitrag leisten zur gesetzlich verankerten allgemeinen Daseinsvorsorge einer Personengruppe, die sich in einer akuten und nicht selten (stark) unterversorgten Notfallsituation befindet. Zudem besteht die Möglichkeit, unnötige, kostenintensive Krankenhausbehandlungen durch GeriNoVe, wenn auch nicht gänzlich zu vermeiden, so doch zu reduzieren. In diesem Zusammenhang und vor dem Hintergrund, dass die Evaluation nicht in Form einer klassischen, klinischen Interventionsstudie erfolgen konnte, verweisen die Ergebnisse auf weiteren Forschungsbedarf. Hierzu zählt bspw. die Ergründung der Frage, wo alte Menschen in einer mit den GeriNoVe-Nutzenden vergleichbaren Notfallsituation tatsächlich verbleiben und welche individuellen sowie ökonomische Konsequenzen daraus erwachsen. Weiterhin wäre zu untersuchen, welche lebenszeitorientierten, langfristigen Effekte eine Versorgung von Hochbetagten in einem Modell wie dem GeriNoVe mit sich bringt (Verzögerung oder Vermeidung langzeitstationärer Versorgung, Vermeidung von Krankenhausaufenthalten, Entlastung pflegender Angehöriger, Stärkung der Selbstversorgungskompetenzen der Patient\*innen usw.). Schlussendlich ist zu empfehlen, die Wirkungen des pflegegeleiteten Charakters eines solchen Versorgungsangebotes vertiefend sowie vergleichend zur Regelversorgung zu erforschen mit Blick auf bspw. eine Gegenüberstellung patient\*innenseitiger Outcomes, die Bedeutung akademisch

ausgebildeter Pflegefachkräfte im Versorgungsprozess sowie die Relevanz einer nurse-led-unit für Pflegeausbildung und Nachwuchsgewinnung.

Um die Projektergebnisse in die Regelversorgung überführen zu können, bedarf es zunächst der kostenträgerseitigen Finanzierungssicherheit. Da das Sozialgesetzbuch die Trennung von SGB V- und SGB XI- Leistungen vorsieht, sich GeriNoVe-Leistungen an der Schnittstelle zwischen beiden Versicherungssystemen befinden, kann eine Finanzierung in Abhängigkeit vom gesetzlichen Versorgungsauftrag des jeweiligen Kostenträgers erwogen werden wie es bei den gesetzlichen Kurzzeitpflegeregelungen erfolgt ist. Nahezu alle GeriNoVe-Nutzenden hatten einen umfangreichen pflegerischen Interventionsbedarf. Ausgelöst wurde der Bedarf einerseits durch SGB V relevante Ursachen (bspw. Zustand nach Sturz mit ausschließlich ambulanter Krankenhausbehandlung) bei weiterhin bestehenden Mobilitätseinschränkungen und Defiziten in der Selbstversorgung. Zudem findet bei einer sekundären Verschlechterung des Allgemeinzustands, beispielsweise durch Dehydrierung, häufig (wiederholt) eine Zuweisung ins Krankenhaus statt. Andererseits wird GeriNoVe in sozialpflegerischen Notfällen nachgefragt (bspw. Ausfall einer betreuenden Person). Diese Aufenthalte könnten über SGB XI finanziert werden.

In der Zusammenschau aller gewonnenen Erfahrungswerte sowie Evaluationsergebnisse lassen sich folgende idealtypische, erprobte sowie als hilfreich empfundene Merkmale für die Implementierung eines GeriNoVe formulieren:

- Niederschwellige Erreichbarkeit: 24h Betrieb auch an Wochenenden und Feiertagen, möglichst geringer formaler Zuweisungsaufwand, gute Erreichbarkeit bspw. mittels ÖPNV bzw. zentrumsnahe Lage.
- Interdisziplinarität: Beteiligung von Angehörigen mindestens folgender Berufsgruppen: Pflege (mit einem ausgeglichenen Qualifikationsmix zwischen Hilfskräften, berufsfachschulisch und akademisch ausgebildeten Fachkräften), Medizin (Geriatric/ Gerontopsychiatrie), Soziale Arbeit, Betreuungskräfte, Service sowie Hauswirtschaft.
- Systematisches sowie strukturiertes Case-Management mit umfassenden Kenntnissen sozialrechtlicher Bedingungen im Falle von Pflegebedürftigkeit, daher sowohl von Sozialer Arbeit als auch von Pflege realisierbar.
- Bei einer Kapazität von 18 Plätzen: Anbindung an eine größere Versorgungseinheit, um bspw. Synergien im hauswirtschaftlichen Bereich nutzen zu können sowie auch weitere technikgestützte Diagnosemöglichkeiten bis hin zu schnellen Überweisungen von Patient\*innen in die akut stationäre Versorgung.
- Stabile Integration in lokal bestehende Netzwerke der gesundheitlichen/ pflegerischen Versorgung mittels bspw. schulenden Informationsangeboten für niedergelassene Ärzt\*innen, ambulante Pflegedienste, Krankenhäuser sowie informell Pflegende.

## 9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Matuschek-Geisler, J.; Steinle, J.; Birnbaum, B.; Winter, M. H.-J. (2019): Erprobung einer neuen, zukunftsweisenden (?) Versorgungsform für ältere Menschen: Das regionale Geriatrie Notfall-Versorgungszentrum (GeriNoVe). *Fachtagung „Versorgung und Teilhabe im Alter“ der Sektionen III und IV der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)*, 19.-20.09.2019. Berlin. (Vortrag)

Rölle A., Steinle J., Wieland F., Winter M. H.-J. (2021): "Regionales Geriatrie Notfall-Versorgungszentrum" (GeriNoVe) – Erste Teilergebnisse aus der begleitenden Evaluationsforschung des Modellprojektes: Zuweisungsgründe und Patient\*innenzufriedenheit. *Pflegekongress21*, 16.-17.09.2021. Wien. (Posterpräsentation)

Es ist geplant, weitere Evaluationsergebnisse im Rahmen eines Beitrags für die Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie zu veröffentlichen.

## **10. Literaturverzeichnis**

Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (2021). Identifikation des geriatrischen Patienten. Arbeitshilfe. Stuttgart.

Doenges, Marilyn E.; Moochouse, Mary F.; Murr, Alice C. (2018) Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen. Bern: Hogrefe.

Dunger, Christine., Schnell, Martin W. (2018). Was ist die Framework Analysis?. In: M. W. Schnell, C. Schulz-Quach., C. Dunger (Hrsg.) 30 Gedanken zum Tod. Palliative Care und Forschung. Springer VS, Wiesbaden.

Glaser, Barney G.; Strauss, Anselm L. (1998): Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern: Hans Huber.

Kuckartz, Udo (2016): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 3. überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz Juventa.

## **11. Anhang**

Nicht zutreffend.

## **12. Anlagen**

Nicht zutreffend.