

<b>Konsortialführung:</b>	MCB Medizin Campus Bodensee, Klinikum Friedrichshafen GmbH
<b>Förderkennzeichen:</b>	01NVF17007
<b>Akronym:</b>	GerinoVe
<b>Projekttitel:</b>	Regionales Geriatrisches Notfallversorgungszentrum
<b>Autoren:</b>	Prof. Dr. Maik H.-J. Winter und Mitarbeitende, Institut für Gerontologische Versorgungs- und Pflegeforschung (IGVP), RWU Hochschule Ravensburg-Weingarten
<b>Förderzeitraum:</b>	1. Januar 2019 – 30. Juni 2022

## Inhaltsverzeichnis

I. Abkürzungsverzeichnis.....	3
II. Abbildungsverzeichnis .....	3
III. Tabellenverzeichnis.....	4
1. Ziele der Evaluation .....	7
2. Darstellung des Evaluationsdesigns.....	16
a) Perspektive der Patient*innen .....	22
b) Perspektive der Mitarbeitenden.....	36
c) Perspektive der zuweisenden Haus- und Fachärzt*innen.....	42
d) Sekundärdatenanalysen.....	45
3. Ergebnisse der Evaluation.....	47
a) Ergebnisse des EQ-5D-5L bei Entlassung (t0) .....	47
b) Ergebnisse der schriftlichen Patient*innenbefragung drei Monate nach GerinoVe-Entlassung (t1).....	49
c) Ergebnisse der schriftliche Patient*innenbefragung zwölf Monate nach GerinoVe-Entlassung (t2).....	60
d) Ergebnisse des inferenzstatistischen Vergleichs des EQ-5D-5L.....	66
e) Ergebnisse der qualitativen Patient*innenbefragung .....	67
f) Ergebnisse der qualitativen Mitarbeitendenbefragungen .....	84
g) Ergebnisse der schriftlichen Befragung zuweisender Haus-/ Fachärzt*innen .....	109
h) Ergebnisse der qualitativen Interviews mit zuweisenden Haus-/ Fachärzt*innen .....	115
i) Ergebnisse der Analyse der GerinoVe Pflegedokumentation .....	118
j) Perspektivenübergreifende Auswertung der Evaluationsergebnisse .....	134
k) Limitationen .....	138

Akronym: GeriNoVe

Förderkennzeichen: 01NVF17007

4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators.....	139
5. Literaturverzeichnis .....	143
6. Anhang .....	148
7. Anlagen .....	148

## I. Abkürzungsverzeichnis

BKK	Betriebskrankenkasse
DGINA	Deutsche Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V.
ePA-AC©	ergebnisorientiertes PflegeAssessment AcuteCare©
EQ-5D-5L	European Quality of Life 5 Dimensions 5 Level Version
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GeriNoVe	Regionales Geriatisches Notfall-Versorgungszentrum
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IGVP	Institut für Gerontologische Versorgungs- und Pflegeforschung
MCB	Medizin Campus Bodensee
PEP	Primärer Endpunkt
RWU	Hochschule Ravensburg-Weingarten
SEP	Sekundärer Endpunkt
SGB	Sozialgesetzbuch
SPI	Selbstpflegeindex

## II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitpunkte der Erhebungen im Rahmen der Evaluation .....	17
Abbildung 2: Übersicht über Perspektiven des Evaluationsdesigns .....	18
Abbildung 3: Prozessdarstellung Ongoing Double Consent.....	21
Abbildung 4: Flowchart zu den schriftlichen Patient*innenbefragungen inkl. Ausschlussgründe .....	30
Abbildung 5: Darstellung des konvergenten Mixed Methods Designs im Rahmen der Patient*innenbefragung .....	36
Abbildung 6: Beurteilung der Notwendigkeit der neuen Versorgungsform (n=228) .....	59
Abbildung 7: Haben Sie allgemein den Eindruck, dass Ihnen GeriNoVe langfristig geholfen hat? (n=69) .....	61
Abbildung 8: Rückblickend konnte das GeriNoVe die richtigen Weichen für die gesundheitliche und/ oder pflegerische Situation stellen (n=69) .....	62
Abbildung 9: Rückblickend habe ich das Gefühl, zu früh aus GeriNoVe entlassen worden zu sein (n=69).....	62
Abbildung 10: Gesundheitszustand im Allgemeinen (n=69).....	65

Abbildung 11: Kategoriensystem zur Auswertung der qualitativen Patient*innenbefragung	68
Abbildung 12: Differenzierung der Aufgaben von examinieren und akademischen Pflegefachpersonen.....	86
Abbildung 13: Kategoriensystem zur Auswertung der Expert*inneninterviews mit Mitarbeitenden .....	103
Abbildung 14: Kenntnisgrad der Haus- und Fachärzt*innen über Bedingungen einer Zuweisung von Patient*innen ins GeriNoVe (n=34) .....	110
Abbildung 15: Zufriedenheitsgrad der zuweisenden Haus- und Fachärzt*innen mit dem Zuweisungsprozess (n=34) .....	111
Abbildung 16: Zufriedenheitsgrad der zuweisenden Haus- und Fachärzt*innen mit Qualität der Versorgung (n=34).....	112
Abbildung 17: Zufriedenheitsgrad der zuweisenden Haus- und Fachärzt*innen mit dem Entlassmanagement (n=34) .....	114
Abbildung 18: Wahrscheinlichkeit der erneuten Zuweisung von Patient*innen (n=34).....	114
Abbildung 19: Zufriedenheitsgrad der zuweisenden Haus- und Fachärzt*innen mit Leistungen des GeriNoVe insgesamt (n=34).....	115
Abbildung 20: Kategoriensystem zur Auswertung der qualitativen Befragung der Ärzt*innen (n=7) .....	116
Abbildung 21: Themen der Beratung im Rahmen des Entlassmanagements .....	121
Abbildung 22: Optionen zur Versorgung im Anschluss an den GeriNoVe Aufenthalt.....	122

### III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ein- bzw. Ausschlusskriterien für eine Versorgung im GeriNoVe .....	11
Tabelle 2: Zentrale Fragestellungen, die im Rahmen der Evaluation bearbeitet wurden inkl. der jeweiligen Zielpopulation und Methodik .....	13
Tabelle 3: Übersicht: Endpunkte, Untersuchungsgegenstände, Methodik und Zeitrahmen der Evaluation.....	16
Tabelle 4: Evaluationsbereiche und -komponenten .....	19
Tabelle 5: Übersicht über eingesetzte Techniken der kognitiven Pretests .....	25
Tabelle 6: Charakteristika der schriftlich befragten Patient*innen drei Monate nach GeriNoVe-Aufenthalt (n=228).....	25

Tabelle 7: Charakteristika der schriftlich befragten Patient*innen zwölf Monate nach GeriNoVe-Aufenthalt (n=69) .....	28
Tabelle 8: Ein- und Ausschlusskriterien der qualitativen Patient*innenbefragung .....	32
Tabelle 9: Charakteristika der qualitativ befragten Patient*innen (n=11) .....	33
Tabelle 10: Charakteristika der Teilnehmendne der ersten Fokusgruppenrunde (n=10) .....	38
Tabelle 11: Charakteristika der Teilnehmenden der zweiten Fokusgruppenrunde (n=11).....	39
Tabelle 12: Charaktieristika der Teilnehmenden an den Expert*inneninterviews (n=8) .....	41
Tabelle 13: Charakteristika der schriftlich befragten zuweisenden niedergelassenen Haus-/und Fachärzt*innen (n=34) .....	43
Tabelle 14: Charakteristika der interviewten zuweisenden Haus-/und Fachärzt*innen (n=7)44	
Tabelle 15: EQ-5D-5L (t0): Gesundheitszustand bzgl. Beweglichkeit/ Mobilität.....	47
Tabelle 16: EQ-5D-5L (t0): Gesundheitszustand bzgl. für sich selbst sorgen.....	47
Tabelle 17: EQ-5D-5L (t0): Gesundheitszustand bzgl. alltäglicher Tätigkeiten .....	48
Tabelle 18: EQ-5D-5L (t0): Gesundheitszustand bzgl. Schmerzen/ körperliche Beschwerden48	
Tabelle 19: EQ-5D-5L (t0): Gesundheitszustand bzgl. Angst/ Niedergeschlagenheit .....	49
Tabelle 20: Bewertung der Aufnahme ins GeriNoVe .....	50
Tabelle 21: Beurteilung der Versorgungsqualität im GeriNoVe .....	51
Tabelle 22: Bewertung von Belastung, Erfolg und Personal des GeriNoVe.....	51
Tabelle 23: Informiertheit der Patient*innen zum Zeitpunkt der Entlassung aus GeriNoVe..	52
Tabelle 24: Unterstützungspotenziale der Patient*innen bei Hilfebedarf im Alltag.....	53
Tabelle 25: Veränderungen in zentralen Lebensbereichen innerhalb von drei Monaten nach Entlassung aus dem GeriNoVe .....	54
Tabelle 26: Bewertung des Beitrags von GeriNoVe zu Veränderungen in zentralen Lebensbereichen innerhalb von drei Monaten nach der Entlassung .....	55
Tabelle 27: Individuelle Beurteilung des allgemeinen Gesundheitszustandes.....	56
Tabelle 28: EQ-5D-5L (t1): Gesundheitszustand bzgl. Beweglichkeit/ Mobilität, für sich selbst zu sorgen und alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen .....	57
Tabelle 29: EQ-5D-5L (t1): Gesundheitszustand bzgl. Schmerzen/ körperlicher Beschwerden .....	57
Tabelle 30: EQ-5D-5L (t1): Gesundheitszustand bzgl. Angst/ Niedergeschlagenheit .....	58
Tabelle 31: Einschätzung des Gesundheitszustandes zum Zeitpunkt der Fragenbogenbearbeitung.....	58

Tabelle 32: Beurteilung des neuen Versorgungsmodells anhand ausgewählter Aspekte .....	59
Tabelle 33: Informationsquellen der zuweisenden Haus- und Fachärzt*innen hinsichtlich GeriNoVe (n=34).....	110
Tabelle 34: Zufriedenheitsgrad mit einzelnen Aspekten des Entlassbriefs .....	113
Tabelle 35: Personenbezogene Angaben der Patient*innen (n=592) .....	119
Tabelle 36: Grad der Pflegeabhängigkeit der Patient*innen nach SGB XI (n=592) .....	120
Tabelle 37: Zuweisende Versorgungsinstanzen (n=592) .....	121
Tabelle 38: Ergebnisse des Geriatriechecks Teil B .....	123
Tabelle 39: Ergebnisse des Lachs-Screenings.....	124
Tabelle 40: Ergebnisse des MMSE (n=592) .....	124
Tabelle 41: Ergebnisse der Geriatriischen Depressionsskala (n=592) .....	125
Tabelle 42: Ergebnisse der Esslinger Transferskala bei Aufnahme und Entlassung (n=592).	126
Tabelle 43: Ergebnisse des Uhrentests (n=592).....	126
Tabelle 44: Grundpflegerische Unterstützung bei Aufnahme und Entlassung (n=592) .....	127
Tabelle 45: Hauswirtschaftliche Unterstützung bei Aufnahme und Entlassung (n=529) .....	129
Tabelle 46: Unterstützung bei der Essensversorgung zum Zeitpunkt der Aufnahme sowie Entlassung .....	129
Tabelle 47: Pflegediagnosen im Bereich Gesundheitsförderung.....	130
Tabelle 48: Pflegediagnosen im Bereich Ernährung .....	131
Tabelle 49: Pflegediagnosen im Bereich Ausscheidung.....	131
Tabelle 50: Pflegediagnosen im Bereich Wahrnehmung/ Kognition.....	132
Tabelle 51: Pflegediagnosen im Bereich Coping/ Stresstoleranz.....	133
Tabelle 52: Pflegediagnosen im Bereich Sicherheit/ Schutz sowie Wohlbefinden.....	134

## 1. Ziele der Evaluation

### Hintergrund und Ausgangslage

Der Anteil älterer sowie v. a. hochaltriger Menschen an der deutschen Bevölkerung steigt seit Jahren kontinuierlich an und geht einher mit der Zunahme von chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit, vermehrter Arztkontakte, längerer und häufigerer Krankenhausaufenthalte sowie steigender Polypharmazie (SVR 2010). Zudem ist eine deutlich wachsende Inanspruchnahme der Krankenhaus-Notaufnahmen durch ältere Menschen zu verzeichnen. Diese machen Schätzungen zufolge bereits einen Anteil von knapp 30 % aus (Groening et al. 2017; Singler und Heppner 2017). Insgesamt gilt jedoch ein Großteil aller notfallmäßigen Krankenhauseinweisungen pro Jahr als vermeidbar (Sundmacher und Schüttig 2016). In der präklinischen Notfallmedizin werden seit einigen Jahren die Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Inanspruchnahme präklinischer Rettungsmittel und klinischer Notaufnahme diskutiert. Wesentliche Ursachen hierfür sind beispielsweise steigende Pflegebedürftigkeit, soziale Isolation, Multimorbidität und eingeschränkte physiologische Kompensationsmöglichkeiten (Prückner et al. 2011). Zudem werden Gesundheitsprobleme älterer Menschen in der Notaufnahme häufig unterschätzt (Devriendt et al. 2017). Das gemeinsame Positionspapier „Der geriatrische Patient in der Notaufnahme“ einschlägiger gerontologischer, geriatrischer sowie notfallmedizinischer Fachgesellschaften konstatiert diesbezüglich:

*„Die Vorstellung in einer Notaufnahme mit nicht auf geriatrische Bedürfnisse abgestimmten Strukturen und Prozessen ist für die Patienten als Hochrisikosituation zu sehen und geht in der Folge mit einer Verschlechterung der Selbsthilfefähigkeit und erhöhten Mortalität einher“ (Singler et al. 2016, S. 497)*

Neben der Verschlechterung der Selbsthilfefähigkeit lässt sich in vielen Fällen auch ein weiterer Rückgang der Mobilität und kognitiven Leistungsfähigkeit feststellen (Samaras et al. 2010). Während demnach bereits zum einen Defizite in der notfallmäßigen Versorgung innerhalb der bestehenden Strukturen festzustellen sind (bspw. Cadogan et al. 2016), ist zum anderen seit längerem bekannt, dass alte Menschen häufiger einen unspezifischen, eher sozialpflegerischen oder therapeutischen als medizinischen Versorgungsbedarf haben (Rutschmann et al. 2005). Ferner sind diese Versorgungsbedarfe im Vergleich zu jüngeren Notfallpatient\*innen komplexer und betreffen nicht nur physiologische, sondern auch soziale Bedarfslagen (Cadogan et al. 2016).

In der derzeitigen Versorgungssystem wird dieser Personenkreis nicht selten und (v. a. im ländlichen Raum) mangels adäquater, anderer Optionen dennoch im Krankenhaus behandelt (Singler et al. 2016). Dies kann wiederum zu nicht zu unterschätzenden Risiken für die Betroffenen führen (Singler et al. 2016), wie zum Rückgang der Selbständigkeit, Mobilität, kognitiven Leistungsfähigkeit bis hin zu gehäuften Krankenhausaufenthalten (i. S. des Drehtüreffektes) sowie einer vorzeitigen Institutionalisierung in der stationären Langzeitpflege. Zudem birgt diese Versorgungspraxis die Gefahr einer kostentreibenden Über-, Unter- oder Fehlversorgung sowie des Auftretens von Versorgungsdiskontinuitäten oder -abbrüchen in sich. Folglich besteht der begründete Verdacht, dass aktuell Personen mit geriatrischem Versorgungsbedarf in der akutstationären Versorgung „in anderen Fachabteilungen der Krankenhäuser ‚fehlgeleitet‘ versorgt“ (BMFSFJ 2016, S. 155) werden, was zu einer Unter- bzw. Fehlversorgung führen kann (BMFSFJ 2016, S. 155).

Ein weiteres Problemfeld in der Versorgung alter, hochbetagter Menschen ergibt sich mit Blick auf ihre (frühzeitige) Entlassung aus einer akutstationären (Notfall-)Versorgung:

*„Die häufig praktizierte Einweisung in eine Notaufnahme, bei der die Patienten nach Ausschluss akut behandlungsbedürftiger Störungen oder Verletzungen binnen Stunden wieder in das dem Ambulanzpersonal zumeist nicht näher bekannte häusliche Umfeld entlassen*

*werden, scheint unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit wohl vielfach nicht die geeignete Maßnahme zu sein“ (Prückner et al. 2008, S. 395).*

Die bestehenden Bedarfslagen geriatrischer Patient\*innen lassen sich zusammenfassend in drei wesentliche Bereiche differenzieren:

- Medizinische Bedarfslagen drücken sich in somatischen und psychiatrischen Diagnosen aus und *„umfassen alle ärztlich durchzuführenden diagnostischen, therapeutischen, kurativen und rehabilitativen Maßnahmen sowie solche, die dem Erhalt der Lebensqualität dienen“* (Pöschel und Spannhorst 2018, S. 52)
- Pflegerische Bedarfslagen lassen sich in Anlehnung an § 14 Abs. 1 SGB XI näher beschreiben. Hier gilt es, individuelle Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und der Fähigkeiten zu reflektieren hinsichtlich
  - Mobilität,
  - Kognition und Kommunikation,
  - Verhalten und Psyche,
  - Selbstversorgung,
  - besondere Belastungen (Pöschel et al. 2018; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen 2019)
  - Soziale Bedarfslagen zeigen sich im Hinblick auf die Umgebung, vor allem in der Notwendigkeit ihrer Anpassung an die individuellen Bedürfnisse sowie im Rahmen einer adäquaten formellen und informellen Hilfestruktur (Pöschel und Spannhorst 2018; Pöschel et al. 2018).

Insofern gilt es, diese Bedarfslagen im Gesundheitssystem angemessener als bislang zu adressieren, um größtmögliche Selbständigkeit und Teilhabe als Orientierungspunkte der Versorgung realisieren zu können (BMFSFJ 2016).

Aktuelle Empfehlungen schreiben Krankenhäusern, insbesondere im ländlichen Raum, eine zentrale Rolle im Veränderungsprozess der Versorgungsstrukturen zu, indem sie *„in einigen Regionen zukünftig als Knotenpunkte regionaler Versorgungsstrukturen [zu] agieren“* (SVR 2014, S. 448). So sollten beispielsweise (vermehrt) lokale Gesundheitszentren bzw. Zentren der Primärversorgung entstehen, die im Sinne einer integrierten Versorgung, ambulante und stationäre Versorgungskonzepte bündeln.

Diese Beispiele skizzieren, dass die Kombination hochwertiger Medizin mit einem niedrigschwelligen, sozialen, pflegerischen und medizinischen Behandlungsansatz in *einer* Organisationseinheit mit zudem sozialgesetzbuchübergreifenden Behandlungsperspektiven in den bestehenden Strukturen bisher kaum vorhanden ist. Ferner besteht gesundheits- und sozialpolitischer Konsens darüber, dass alte und/ oder multimorbide Menschen im Falle eines akuten, kombinierten sozialpflegerischen oder medizinisch-indizierten Hilfebedarfs eine schnelle und regional niederschwellige Behandlungsinstanz benötigen, um einen längst möglichen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu gewährleisten (SVR 2010).

Um die Gefahr einer Hochrisikosituation durch unabgestimmte Versorgungsstrukturen und -prozesse in Notaufnahmen für geriatrische Patient\*innen zu reduzieren, wurden von der Arbeitsgruppe „Der ältere Patient in der Notfallmedizin“ der DGINA wissenschaftlich gestützte und konzertierte Qualitätskategorien erarbeitet (Schuster 2019):

- Personal: Notwendigkeit qualifizierter Aus- und fortlaufender Weiterbildung des Personals sowie eine enge Zusammenarbeit der Professionen und mit Laien.
- Ausstattung und Zubehör: niederschwelliger Zugang durch Barrierefreiheit, das Erleichtern von Orientierung sowie die Vermeidung körperlicher Belastungen bspw. durch entsprechendes und ausreichendes Mobiliar sowie die Möglichkeit, physiologische Bedürfnisse wie Trinken und Essen befriedigen zu können.
- Ärztliche Behandlung: entlang von Standards und Leitlinien unter Erfassung des (mutmaßlichen) Patient\*innenwillens und unter Festlegung eines\*r ärztlichen Ansprechpartners\*in.



- **Pflegerische Betreuung:** Festlegung eines\*r pflegerischen Ansprechpartners\*in über den Behandlungsverlauf hinweg sowie Einbindung von Begleitpersonen.
- **Kommunikation/ Information:** Der Informationsaustausch über die versorgenden Schnittstellen hinweg ist hier von besonderer Bedeutung für die Risikominimierung, sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung. Wo immer möglich, sollten im Rahmen der Überleitung im Aufenthaltsverlauf die notwendigen Faktoren erhoben und ggf. bearbeitet werden. Die fortlaufende Einbindung der Begleitpersonen ist zudem sicherzustellen.
- **Geriatrischer Handlungsbedarf:** ergibt sich aus der Evidenzlage entsprechender Screenings. Zudem sind stets folgende Risikofaktoren mit in die Beobachtung und, wo nötig, in die entsprechende Behandlungs- und Betreuungsplanung der Patienten\*innen einzubeziehen:
  - Kognitive Einschränkungen
  - Polypharmazie
  - Sturz
  - Schmerz
  - Pflegebedarf (Schuster et al. o. J.).

Darüber hinaus wird in Deutschland bis heute anhaltend seit Jahren über eine Stärkung der Rolle der professionellen Pflege im Versorgungssystem auf unterschiedlichen Ebenen diskutiert (exemplarisch Meyer 2021 sowie dazu auch der Koalitionsvertrag der aktuellen Regierung zu Community Health Nursing). Im Kern geht es bei den diesbezüglichen Vorschlägen und Forderungen darum, die Kompetenzen der, mit Abstand größten, Berufsgruppe im deutschen Gesundheitswesen (analog zu internationalen Entwicklungen) besser für die Versorgung zu nutzen, ihre Befugnisse auszuweiten und die Berufsangehörigen dementsprechend (weiter-) zu qualifizieren. Bislang stehen diesen Bestrebungen hierzulande jedoch vergleichsweise hohe Hürden im Leistungs-, Berufsrecht sowie in der pflegespezifischen Bildungspraxis entgegen, so dass, im Gegensatz bspw. zum angloamerikanischen Ausland, pflegegeleitete Versorgungseinheiten (nurse-led-units) nicht systematisch etabliert sind.

Gleichwohl befassen sich eine Reihe internationaler, empirischer Studien bereits seit längerem mit möglichen Effekten von nurse-led-units im Vergleich zu Regelversorgung. Allerdings sind die Ergebnisse dieser Untersuchungen aus o. g. Gründen nur bedingt auf Deutschland übertragbar, fokussieren unterschiedliche Patient\*innengruppen sowie Versorgungssettings und kommen daher zu teils divergierenden Schlussfolgerungen.

Zusammenfassend lässt die Studienlage folgende Hinweise auf tendenzielle Potenziale pflegegeleiteter Versorgungseinheiten im Vergleich zur Regelversorgung erkennen:

- Besserer funktionaler Zustand der Patient\*innen zum Zeitpunkt der Entlassung (,
- Verbesserung der Selbstpflegefähigkeiten der Patient\*innen (Strömberg 2004; Wenke-Zobler et al. 2017),
- Höhere Mobilität bzw. Beweglichkeit der Patient\*innen zum Zeitpunkt der Entlassung (Wenke-Zobler et al. 2017),
- Ggf. längere Verweildauer (Griffiths et al. 2005; Wenke-Zobler et al. 2017),
- Tendenziell größere patient\*innenseitige Chancen, wieder in das häusliche Umfeld entlassen werden zu können bzw. geringe Wahrscheinlichkeit einer dauerhaften Institutionalisierung (Griffiths et al. 2000 sowie 2005),
- Geringere Rate erneuter Krankenhausaufenthalte (Strömberg 2004; Griffiths et al. 2005),
- Geringere Mortalität im Kontext pflegegeleiteter Herzinsuffizienzambulanzen (Strömberg 2004),

- Ggf. höhere Versorgungskosten durch die längere Verweildauer der Patient\*innen; im langfristigen Versorgungsverlauf dann jedoch evtl. geringere Kosten durch die Reduzierung der Inanspruchnahme (teurer) Versorgungsoptionen (Krankenhaus, Pflegeheim) (Strömberg 2004).

### **Das Modellprojekt „Regionales Geriatisches Notfall-Versorgungszentrum“ (GeriNoVe)**

GeriNoVe stellte eine niederschwellige, sektorenübergreifende, pflegegeleitete Notfallversorgungsinanz im ländlichen Raum dar für Personen ab dem 70. Lebensjahr mit vorwiegend sozialpflegerischem Versorgungsbedarf und wurde vom 01.01.2019 bis zum 30.06.2022 gefördert. Dabei handelte es sich um ein neues Versorgungskonzept zur Weiterentwicklung der pflegerisch-geriatischen Versorgung mit dem Ziel, eine Versorgungslücke für alte Menschen zu schließen, die einen akut auftretenden sozial-pflegerischen Versorgungsbedarf ohne eine medizinische Indikation für eine Krankenhausbehandlung aufweisen.

GeriNoVe zielte auf eine Überwindung der o. g. 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.

### **Zielgruppe des GeriNoVe**

Patient\*innen konnten ausschließlich über professionelle (ambulante) Versorgungsinstanzen ins GeriNoVe gelangen, d. h. über Hausarztpraxen, Krankenhausnotaufnahmen und ambulante Pflegedienste. Da die neue Versorgungseinheit explizit nicht die klassische Kurzzeitpflege (SGB XI), Rehabilitation sowie die, im Projektverlauf erst neu geschaffene, Übergangspflege (SGB V) abbildete, konnten stationäre Einrichtungen der Langzeitpflege und der stationären medizinischen Versorgung keine ihrer Bewohner\*innen bzw. Patient\*innen ins GeriNoVe überweisen. Darüber hinaus war es aus Kapazitäts- und v.a. Abrechnungsgründen nicht möglich, Patient\*innen aufzunehmen, die selbst oder deren Angehörige bzw. gesetzlichen Betreuer\*innen eine direkte Aufnahme ins GeriNoVe anstrebten.

Die Aufnahme in das GeriNoVe erfolgte ausschließlich über eine telefonische Anmeldung. In diesem Telefonat wurden sechs Kriterien abgefragt, die, neben der Bettenauslastung und den aktuellen personellen Ressourcen, für eine Aufnahme ins GeriNoVe entscheidend waren. Grundsätzlich ausgeschlossen von einer Behandlung in der neuen Versorgungseinheit waren Menschen, die entweder jünger als 70. Jahre alt waren oder aber einen primär akutmedizinischen Versorgungsbedarf aufwiesen. Sofern eine dauerhafte Bettlägerigkeit, Infektionskrankheit oder starke kognitive Einbußen vorlagen, wurde die Aufnahme individuell geprüft:

Tabelle 1: 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

Mit Blick auf die ausgewählte Zielgruppe des GeriNoVe ist abschließend erstens zu konstatieren, dass die durchschnittliche Lebenserwartung der Bevölkerung in Baden-Württemberg im Bundesvergleich mit zu den höchsten zählt. Zweitens ist das Einzugsgebiet der neuen Versorgungseinheit (Bodenseekreis, Landkreis Ravensburg sowie Sigmaringen) u. a. durch einen überproportionalen Bevölkerungsanteil hochaltriger Bürger\*innen sowie entsprechende Zuwachsprognosen gekennzeichnet im Vergleich zu den Entwicklungen auf Bundesebene sowie zu den meisten anderen baden-württembergischen Landkreisen. Im Zuge dessen steigt der Anteil Pflegebedürftiger im Sinne des SGB XI kontinuierlich an, wobei diese mehrheitlich, wie in Deutschland insgesamt, von Angehörigen versorgt werden. Drittens wurden in der Region bis in die Projektlaufzeit des GeriNoVe hinein bereits mehrere Krankenhäuser geschlossen ohne dass in nennenswertem Umfang ambulante Versorgungsalternativen entstehen konnten (i. S. von kommunalen Gesundheitszentren oder Zentren der Primärversorgung). Viertens schließlich fehlt es auch im Einzugsgebiet des Modellprojektes deutlich spürbar an Kapazitäten in der Kurzzeit-, stationären Langzeit sowie der ambulanten Pflege; ganz zu schweigen, von neueren, innovativen Versorgungskonzepten für die alternde Bevölkerung, wie etwa Wohngemeinschaften für demenziell veränderte Menschen.

### Evaluation des GeriNoVe

Die Evaluation der neuen, modellhaft erprobten Versorgungseinheit erfolgte durch das Institut für Gerontologische Versorgungs- und Pflegeforschung (IGVP; Direktor: Prof. Dr. rer. cur. Maik H.-J. Winter) der RWU Hochschule Ravensburg-Weingarten.

Analog zur Konzeption des GeriNoVe lag der Evaluation (1.) die Annahme zugrunde, dass dieses Versorgungskonzept eine für die Zielgruppe bestehende Versorgungslücke angemessen adressiert und daher entsprechend akzeptiert sowie nachgefragt wird. (2.) 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). (3.) wurde GeriNoVe pflegefachlich im Sinne einer nurse-led-unit geleitet. Daher galt es (4.) zu eruieren, wie die beteiligten professionellen Akteur\*innen die Angemessenheit der Versorgung inklusive der neuen Arbeitsteilung beurteilen (PEP).. Ergänzend dazu stand (5.) die Perspektive der Betroffenen im Mittelpunkt des Evaluationsinteresses, d. h. patientreported 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 personellen Aufwänden 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).

### **Zentrale Herausforderungen des GeriNoVe-Betriebes**

- 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.

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) (siehe Anlagen 1 und 2)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Lebens-/ Versorgungsumstände haben zum GeriNoVe-Aufenthalt geführt und wie erfolgte die Zuweisung dorthin?</li> </ul>	Patient*innen des GeriNoVe	Qualitative Interviews (siehe Anlage 3)

Zentrale Fragestellungen	Zielpopulation	Methodik
<ul style="list-style-type: none"> <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>		
<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> <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>	Ins GeriNoVe zuweisende Haus- und Fachärzt*innen	Schriftliche Befragung 25 Monate nach Projektbeginn (siehe Anlagen 7 und 8)
<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*inneninterviews 30 Monate nach Projektbeginn (siehe Anlage 6)
<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> </ul>	GeriNoVe-Mitarbeitende	Fokusgruppenrunden 21(t1) sowie 30 Monate (t2) nach Projektbeginn (siehe Anlagen 4 und 5)

Zentrale Fragestellungen	Zielpopulation	Methodik
<ul style="list-style-type: none"> <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> <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*inneninterviews 36 Monate nach Projektbeginn

## 2. Darstellung des Evaluationsdesigns

### Evaluationsleitende Annahmen

Die evaluationsleitenden Annahmen entstammen dem Evaluationskonzept, das für die Umsetzung des GeriNoVe erstellt wurde. Das evaluatorische Vorgehen war systematisch, besaß einen überwiegend summativen Charakter und leistet gleichermaßen einen Beitrag zur versorgungs- und gesundheitsbezogenen Evaluationsforschung sowie zur outcomeorientierten Pflegeforschung (vgl. Busse 2006; Döring und Bortz 2016; Görres und Reif 2011). Die Operationalisierung der Fragestellungen erfolgte dabei mit Hilfe primärer (PEP) und sekundärer Endpunkte (SEP), welche wiederum mit Arbeitspaketen hinterlegt sind. Die verschiedenen Endpunkte sowie der jeweilige Untersuchungsgegenstand, die Methodik und Messzeitpunkte sind in nachfolgender Tabelle dargestellt.

Tabelle 3: Übersicht: Endpunkte, Untersuchungsgegenstände, Methodik und Zeitrahmen der Evaluation

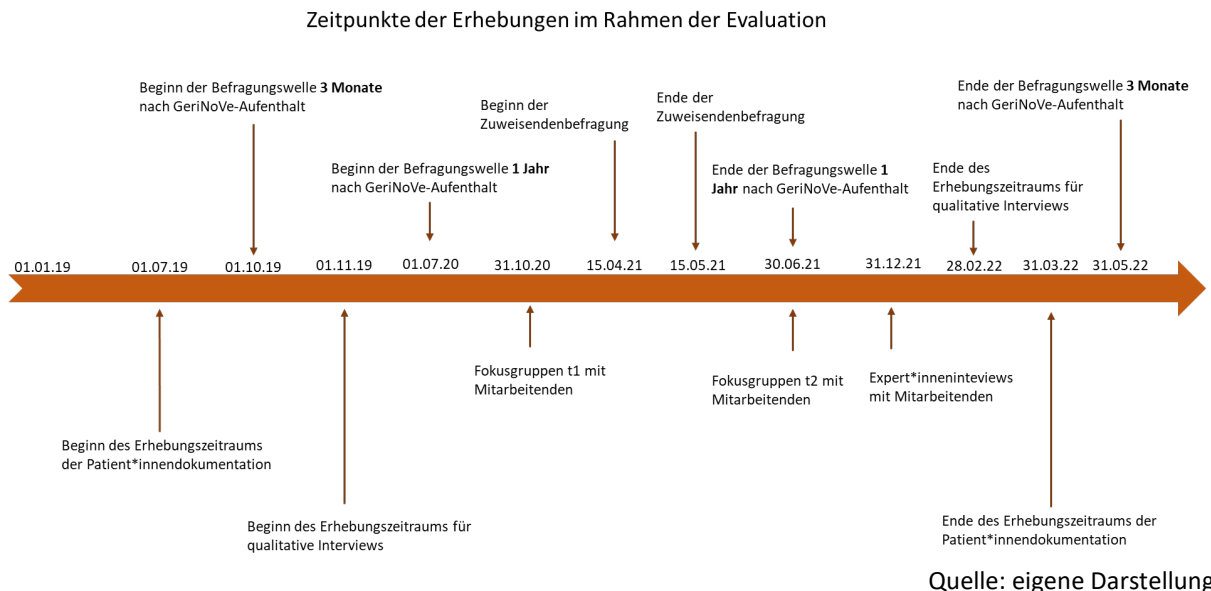
Endpunkt	Untersuchungsgegenstand	Methodik	Zeitrahmen (Stichprobengröße)
PEP	Nutzungszufriedenheit, -akzeptanz, gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D-5L), Versorgungssituation nach GeriNoVe Aufenthalt	Kontinuierliche, schriftl. Befragung der GeriNoVe Patient*innen	t1: jeweils 3 Monate nach Aufenthalt von 01.10.2019 – 31.05.2022 (n=228)
		Kontinuierliche Befragung einer Follow-up-Gruppe	t2: jeweils 12 Monate nach Aufenthalt von 01.07.2020 – 30.06.2021 (n=69)
PEP	Auswertung pflegerischer Assessments, erbrachte Leistungen, Verweildauer, Auslastung des GeriNoVe	Fortlaufende Analyse der Pflegedokumentation (bspw. Geriatrie-Check u. Geriatrie-Screening, aktuelle Versorgungssituation)	Fortlaufend von 01.07.2019 – 31.03.2022
PEP	Entwicklung der Akzeptanz und Beurteilung des GeriNoVe durch beteiligte Professionen im Projektverlauf	Zwei Fokusgruppen mit allen an der Versorgung beteiligten Akteur*innen (Pflegepersonal, Ärzt*innen, Sozialarbeiter*innen)	t1: Dezember 2020 (n=10)
			t2: Juli 2021 (n=11)
		Expert*inneninterviews mit allen an der Versorgung beteiligten Akteur*innen (Pflegepersonal, Ärzt*innen, Sozialarbeiter*innen)	t3: Januar 2022 (n=8)
SEP	Identifikation klassischer Patient*innenprofile, weiterführende Erkenntnisse zur Lebensqualität und Versorgungssituation	Qualitative (fern-)mündliche Patient*innenbefragung mittels leitfadengestützter Interviews	Fortlaufend von 01.11.2019 – 28.02.2022 (n=11)



Endpunkt	Untersuchungsgegenstand	Methodik	Zeitraumen (Stichprobengröße)
SEP	Bedeutung des GeriNoVe für die hausärztliche Versorgung, Akzeptanz des Versorgungsangebots, fachliche Beurteilung des GeriNoVe, Zuweisungshürden	Schriftliche Befragung aller bis einschließlich März 2021 zuweisenden Haus- und Fachärzt*innen des GeriNoVe, vertiefende Expert*inneninterviews mit zuweisenden Haus- und Fachärzt*innen	01.02.2021 – 31.12.2021 (n=34)  (n=8)

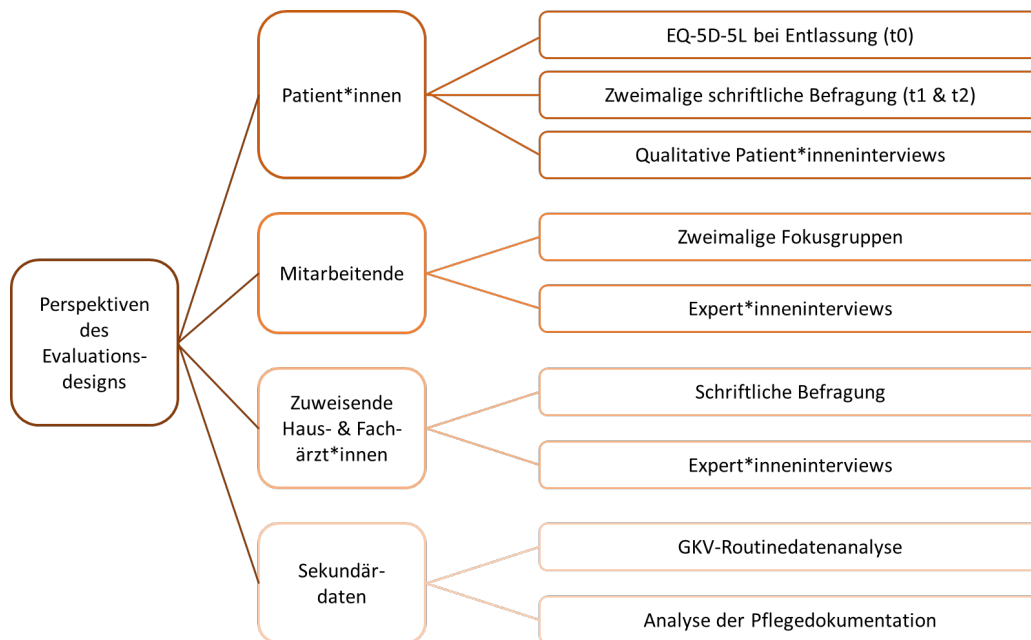
Die einzelnen Erhebungszeitpunkte im Rahmen der Evaluation wurden wie folgt realisiert:

Abbildung 1: Zeitpunkte der Erhebungen im Rahmen der Evaluation



Die evaluierende Begleitforschung zu GeriNoVe war als multiperspektivischer Mixed-Methods-Ansatz konzipiert, der sowohl quantitative als auch qualitative Erhebungen beinhaltet und Primär- sowie Sekundärdaten umfasst. In ihrer Gesamtheit verfolgte die Begleitforschung das Ziel, den angestrebten Beitrag des GeriNoVe zur Innovation geriatrischer Versorgung im ländlichen Raum zu untersuchen. Die Forschungsergebnisse können darüber hinaus einen Beitrag zur Weiterentwicklung dieses Versorgungskonzeptes sowie seiner möglichen Übernahme in die Regelversorgung und andere Regionen leisten. Vor diesem Hintergrund standen insbesondere Endpunkte im Mittelpunkt des Forschungsinteresses, welche die subjektiven Perspektiven aller Beteiligten miteinbeziehen.

Abbildung 2: Übersicht über Perspektiven des Evaluationsdesigns



Quelle: eigene Darstellung

Erstens standen die Erfahrungen und Einschätzungen der Patient\*innen zur Versorgung im GeriNoVe sowie zum Versorgungskonzept an sich im Mittelpunkt des Interesses. Zweitens wurden GeriNoVe-Mitarbeitende befragt. Dabei ging es sowohl um die Einschätzung des Versorgungskonzepts als auch um Erfahrungen der Mitarbeitenden mit der neuen Aufgabenteilung in der nurse-led-unit. Drittens wurde analysiert, wie Haus- und Fachärzt\*innen, die dem GeriNoVe Patient\*innen zugewiesen haben, die Versorgung ihrer Patient\*innen im GeriNoVe beurteilen. Zudem ermöglichte die Kooperation mit den beiden beteiligten Betriebskrankenkassen (BKK MTU und BKK ZF & Partner) die Analyse umfangreicher GKV-Routinedaten (vgl. Abb. 2).

Die Befragungen der Patient\*innen, die Auswertung der Pflegedokumentation sowie die Befragungen der zuweisenden Haus- und Fachärzt\*innen geben Aufschluss über Effekte einer Versorgung im GeriNoVe – zum einen aus Sicht der Patient\*innen; zum anderen aus ärztlicher Perspektive. Die Prozessevaluation erfolgte im Rahmen der Fokusgruppen und Expert\*inneninterviews mit den Mitarbeitenden des GeriNoVe (vgl. Tab. 3). Die ursprünglich geplante, vergleichende, gesundheitsökonomisch orientierte Analyse von Leistungsdaten der Versicherten der beteiligten BKKn mit und ohne GeriNoVe-Versorgung konnte nicht realisiert werden, da ersichtlich wurde, dass diese Versicherten in nur sehr geringem Ausmaß in dem neuen Versorgungsmodell behandelt wurden. Eine andere Krankenkasse, deren Versicherte häufiger zu dem Patient\*innen zählten, konnte jedoch im Projektverlauf nicht mehr für eine Kooperation gewonnen werden.

Tabelle 4: Evaluationsbereiche und -komponenten

Evaluationsbereiche	Evaluationskomponenten
<b>Effektevaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient*innenbefragungen t0, t1, t2</li> <li>• Qualitative Patient*inneninterviews</li> <li>• Pflegedokumentation</li> <li>• Quantitative und qualitative Befragung der zuweisenden Haus- und Fachärzt*innen</li> </ul>
<b>Prozessevaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitarbeitendenbefragungen: Fokusgruppen, Expert*inneninterviews</li> </ul>

### Datenschutzrechtliche und forschungsethische Aspekte

Dem Datenschutz wurde in der Begleit- bzw. Evaluationsforschung zu GeriNoVe ein besonderer Stellenwert beigemessen, da es sich bei der Zielgruppe des neuen Versorgungsmodells um vulnerable Personen handelt. Alle Patient\*innen wurden vor der freiwilligen Entscheidung zur Studienteilnahme in einem Aufklärungsgespräch durch das Pflegepersonal über die geplanten Studien informiert. Sofern ein\*e Patient\*in unter gesetzlicher Betreuung stand, wurde das Aufklärungsgespräch im Beisein der Betreuungsperson geführt. Alle Informations- und Einverständnisschreiben wurden in Absprache mit den jeweilig involvierten Datenschutzbeauftragten erstellt (MCB und RWU).

Auf Basis datenschutzrechtlicher und methodischer Abwägungen wurden, wo immer möglich, anonymisierte Datensätze analysiert. Zudem wurde der Grundsatz der Datensparsamkeit verfolgt. Alle durch die RWU erhobenen Daten wurden den Konsortialpartner\*innen ausschließlich in ausgewerteter, aggregierter Form übermittelt.

Alle beteiligten Wissenschaftler\*innen orientierten sich in ihrer wissenschaftlichen Arbeit an grundlegenden forschungsethischen Prinzipien. Im Besonderen zu nennen sind dabei der Ethikkodex der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (2016) sowie die forschungsethischen Empfehlungen für Pflegewissenschaftler\*innen des Royal College of Nursing (Haigh et al. 2009). Das Studiendesign, datenschutzrechtliche Aspekte und erste Skizzierungen aller Erhebungen mit Patient\*innen und Mitarbeitenden, wurden in einem Ethikantrag am 19.03.2019 der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft vorgelegt. Der Antrag wurde geprüft und am 02.05.2019 erfolgte das ethische Clearing. Die Befragung der zuweisenden Haus- und Fachärzt\*innen war nicht Bestandteil des Ethikantrags, da dieser Studienzweig erst im Projektverlauf entstand und es sich bei der Zielgruppe um keinen vulnerablen Personenkreis handelt. Im Folgenden werden wesentliche Aspekte der informierten Zustimmung mit Blick auf die Vulnerabilität der Patient\*innen kurz skizziert:

GeriNoVe ist ein (Notfall-)Versorgungszentrum, das sich speziell an die Bedarfe geriatrischer Patient\*innen richtet. Allgemein hin wird dieser Personenkreis entlang zweier Bedingungen erfasst:

- ab einem Alter von  $\geq 70$  Jahre
- sowie einer gleichzeitig bestehenden geriatritypischen Multimorbidität (Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e. V. et al. 2004; Eckhardt und Steinhagen-Thiessen 2012; Bundesverband Geriatrie e. V. 2016; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und GKV-Spitzenverband 2018).

Geriatrytypische Multimorbidität wiederum konstituiert sich aus verschiedenen Merkmalskomplexen (bspw. Immobilität, kognitive Defizite, herabgesetzte Belastbarkeit, Inkontinenz, chronische Schmerzen, Medikationsprobleme, hohes Komplikationsrisiko). Mindestens zwei dieser Merkmale müssen vorliegen, um eine geriatrytypische Multimorbidität zu konstatieren (Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrien Einrichtungen e. V. et al. 2004). Diese gesundheitlichen Beeinträchtigungen bedingen ein vergleichsweise hohes Risiko für Einschränkungen der Alltagsselbständigkeit und Teilhabe, die u. U. in eine Pflegebedürftigkeit münden können (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und GKV-Spitzenverband 2018; Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrien Einrichtungen e. V. et al. 2004) und können durch akut auftretende Gesundheitsprobleme verstärkt werden (Bundesverband Geriatrie e. V. 2016).

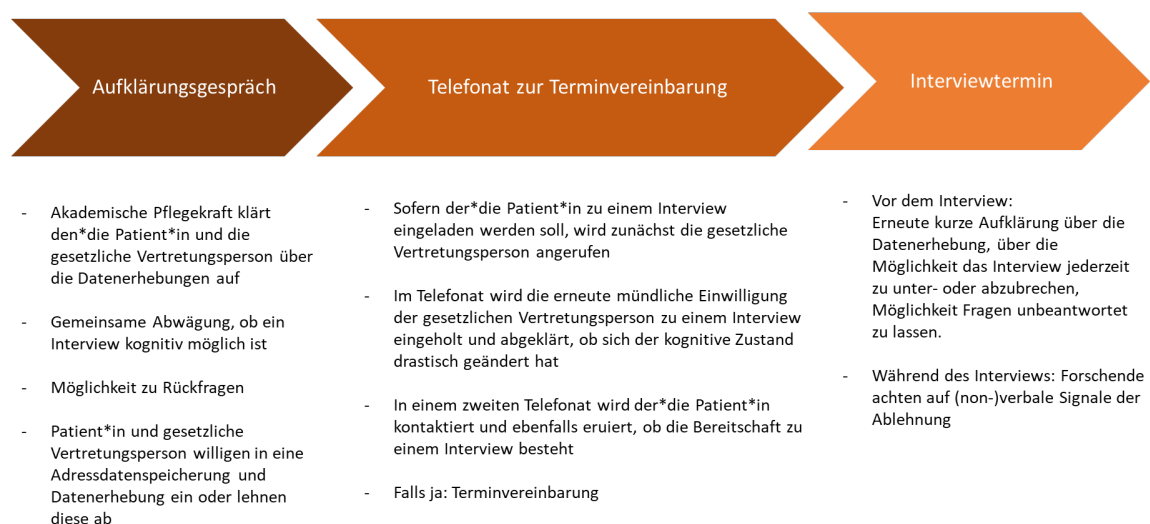
Zudem kann ein hohes Lebensalter eine Quelle inhärenter Vulnerabilität darstellen (Mackenzie et al. 2014), wenngleich sich subjektiv erlebte Verluste erst langsam, ab dem achten Lebensjahrzehnt häufen (Kruse 2017). Die ausschließliche Betrachtung des kalendarischen Alters als Vulnerabilitätsmarker wird in jüngster Zeit zunehmend hinterfragt sowie abgelehnt (Bozzaro et al. 2018) und wurde auch in der Corona- Pandemie kontrovers diskutiert. Vielmehr erscheint eine erhöhte Vulnerabilität durch besondere Lebensumstände zu entstehen, die bspw. zu einer GeriNoVe-Aufnahme führten. In solchen Akutsituationen zeigt sich die erhöhte Verletzlichkeit u. a. in Gestalt „(...) verringerte[r] Potenziale zur Abwehr, Kompensation und Überwindung körperlicher und kognitiver Schwächen“ (Kruse 2017, S. 4). Ferner ist seit längerem belegt, dass die Aufnahme älterer Menschen in die stationäre medizinische Akutversorgung weniger aufgrund patient\*inneninhärenter Bedingungen erfolgt, sondern oftmals durch unzureichende soziale, familiäre und/ oder pflegerische Unterstützung evoziert wird (Rutschmann et al. 2005). Dies deutet auf eine gewisse Fragilität des bis dato bestehenden, (oftmals überwiegend informellen) Unterstützungssystem hin (Pöschel et al. 2018). Individuelle Umweltgegebenheiten bspw. im sozialen, organisationalen, gesellschaftlichen und materiellen Bereich nehmen ebenfalls Einfluss auf die Verletzlichkeit („situative Vulnerabilität“; „pathologisierende Vulnerabilität“) (Baranzke et al. 2019) und somit auch auf die Selbständigkeit sowie Teilhabe im Alltag. Resümierend ist deshalb von einer erhöhten Vulnerabilität der Patient\*innen des GeriNoVe auszugehen. Ein Einbezug vulnerabler Menschen ist jedoch unumgänglich, da GeriNoVe explizit akute, sozial-pflegerische Notfallsituationen adressiert. Im Rahmen der Begleit- bzw. Evaluationsforschung wurden Patient\*innen dazu ermutigt, eigene Wahrnehmungen und Erfahrungen mit der Versorgung im GeriNoVe zu äußern. Dadurch wurden sie in eine aktive Rolle der\*s Mitgestaltenden versetzt. Schließlich ist es nur durch diesen Einbezug möglich, die Bedarfe und Bedürfnisse vulnerabler Menschen bei der Entwicklung neuer Versorgungsformen zu berücksichtigen, um den spezifischen Versorgungsbedarfen der beständig zunehmenden Gruppe alter und v. a. hochaltriger Frauen und Männer gerecht(er) werden zu können.

Als Grundlage für jedwede Forschung mit Menschen gilt die informierte Zustimmung, die auf den normativen Anspruch der Selbstbestimmung der Teilnehmenden zurückzuführen ist (Schweda et al. 2018). Basis hierfür ist die Freiwilligkeit der Teilnahme sowie eine umfängliche und transparente Darstellung des Forschungsvorhabens und seiner möglichen Folgen sowie Risiken (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. 2016). Dabei wird deutlich, dass eine informierte Zustimmung die Fähigkeiten, Informationen zu erfassen und vor dem Hintergrund möglicher Folgen, Risiken und Alternativen zu reflektieren und für sich anschließend bewerten zu können, vorausgesetzt werden (Erhard 2012).

Eine informierte Zustimmung kann jedoch für die vulnerable Zielgruppe des GeriNoVe schwierig oder unmöglich sein. Ein Ausschluss dieser Patient\*innen kam aus forschungsethischen Erwägungen aber nicht in Frage, da dies systematisch einem Ausschluss ihrer Bedürfnisse und Anliegen gleich gekommen wäre (Baranzke et al. 2019). In der sozialwissenschaftlichen Forschungspraxis hat sich hierfür das Verfahren des „double consent“ (Bödecker 2015, S. 158) etabliert. Dies bedeutet, dass nicht etwa nur das

Einverständnis der gesetzlichen Betreuungsperson, sondern daneben die Zustimmung der Menschen mit bspw. fortgeschrittener Demenz selbst als maßgeblich gilt. Damit ist gemeint, dass kontinuierlich, beispielsweise während eines Interviews, überprüft werden muss, ob die\*der Proband\*in weiter in die Datenerhebung einwilligt („assent“). Eine Ablehnung könnte verbal durch den\*die Proband\*in geäußert werden, wobei ebenso auf nonverbale Signale der Ablehnung zu achten ist (Hampson und Morris 2018) und auch Erschöpfungszustände müssen frühzeitig erkannt werden. Grundsätzlich besteht jedoch weiterhin ein Mangel an eindeutigen Kriterien und Vorgehensweisen, um den Willen insbesondere demenziell veränderter Proband\*innen kontinuierlich im Laufe des Forschungsprozesses zu überprüfen (Baranzke et al. 2019). Bei den schriftlichen Patient\*innenbefragungen bestand daher die Möglichkeit, dass Patient\*innen gemeinsam mit Vertrauenspersonen die Fragebögen bearbeiteten oder das Ausfüllen delegierten. Für die qualitative Interviewstudie wurde ein standardisiertes Vorgehen entwickelt, das möglichst transparent und sowohl im Vorfeld (mehrmals) als auch während des Interviews die Zustimmung überprüfte (Abb. 3). Sollte die Zustimmung während des Interviews widerrufen worden sein, so wurden die im Rahmen des Interviews bereits gesammelten Daten gelöscht.

Abbildung 3: Prozessdarstellung Ongoing Double Consent



Quelle: eigene Darstellung

### Mitarbeiterschulung

Um die Anonymität der Befragungsteilnehmenden gegenüber der evaluierenden Institution zu wahren, den Erfordernissen der Praktikabilität und Effektivität zu entsprechen und dennoch größtmögliche Transparenz und Informiertheit sicherzustellen, wurde im Konsortium vereinbart, dass das Aufklärungsgespräch der potenziell teilnehmenden Patient\*innen zur geplanten Datenerhebung durch das Pflegepersonal erfolgte. Dieses erhielt im Vorfeld der ersten Patient\*innenaufnahme durch Mitarbeitende des Evaluationsteams eine Einführung in den Erhebungsverlauf. Ziel war es, die im GeriNoVe Beschäftigten ausführlich über das Evaluationskonzept zu informieren, um

- einen Überblick über das geplante Vorgehen zu geben,
- eine positive Einstellung zum Evaluationsvorhaben zu stärken,
- bestehende Fragen offenzulegen und zu beantworten,
- sowie mögliche Vorbehalte zu reduzieren.

Die Rahmenbedingungen für diese Schulungsveranstaltung wurden in einer Konsortialbesprechung definiert und weiterführend im bilateralen Austausch zwischen der Konsortialleitung und der RWU ausgearbeitet. Die Veranstaltung war innerhalb der Einführungswoche aller Mitarbeitenden vor Aufnahme der ersten Patient\*innen mit einem zeitlichen Umfang von drei Stunden terminiert und in zwei Teile gegliedert. In einem ersten Schritt wurde allen Mitarbeitenden das Evaluationskonzept vorgestellt. Der zweite Teil adressierte insbesondere die Mitarbeitenden in der Pflege sowie im Sozialdienst und beinhaltete eine Einführung in alle, für das Aufklärungsgespräch mit den Patient\*innen, relevanten Dokumente (Aufklärungsschreiben, Einverständniserklärungen). Ferner konnten in dieser Veranstaltung Fragen geklärt und Sachverhalte konkretisiert werden.

Die Teilnehmenden bestätigten auf Nachfrage, dass sie eine Vorstellung über das mit den Patienten\*innen zu besprechende Informationsmaterial, die einzelnen Informationsbereiche sowie die Informationsinhalte gewonnen hätten. Für weitere auftauchende Rückfragen wurden die Kontaktdaten des Evaluationsteams zur Verfügung gestellt.

Bereits im Verlauf der ersten Wochen der Patient\*innenversorgung kristallisierte sich heraus, dass die Aufklärungsgespräche vorwiegend durch zwei akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen durchgeführt wurden. Im Rahmen eines weiteren Treffens mit Beschäftigten des GeriNoVe wurde kein weiterer Beratungsbedarf hinsichtlich Evaluationsunterlagen und Datenerhebungen geäußert. Es wurde vereinbart, dass die akademischen Pflegefachpersonen und Pflegekräfte mit langjähriger Berufserfahrung zukünftig die Verantwortung für die Information und Einführung neuer Mitarbeiter\*innen in die Aufklärungs- und Einwilligungunterlagen übernehmen.

### **Gesamtfallzahlkalkulation**

Die Gesamtfallzahlkalkulation bei Projektantrag wurde vom Projektmanagement des MCB durchgeführt. Im Wesentlichen liegt der Kalkulation das baden-württembergische Geriatrie-Konzept zu Grunde, in welchem eine Bettengröße von 15 bis 20 für eine geriatrische Behandlungseinheit empfohlen wird (Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg 2014). Legt man eine Mischkalkulation von sowohl stationär zu Versorgenden als auch jenen Patient\*innen zu Grunde, die unter einem Tag in GeriNoVe behandelt werden, sowie die Notwendigkeit, die neue Versorgungseinheit weitgehend wirtschaftlich zu betreiben, ergeben sich bei 18 Betten und einer durchschnittlichen Auslastung von 83 % insgesamt 2.464 zu erwartende Fälle. Aufgrund der Covid-19-Pandemie musste die ursprüngliche Fallzahlkalkulation jedoch im Herbst 2020 angepasst werden, da wegen der Hygienevorschriften, die Doppelzimmer nur noch mit einer Person belegt werden können. Zum September 2020 berechnete die Konsortialleitung auf Basis der bis dahin erreichten Patient\*innenversorgungen und der Fallzahlplanung für die weitere Projektlaufzeit eine Gesamtfallzahl von 868 Patient\*innen. Letztlich wurden 771 Personen per Versorgungsvertrag aufgenommen, wovon 78,5 % (605) der Teilnahme an der Evaluationsstudie zustimmten (s. Ergebnis- und Schlussbericht).

#### **a) Perspektive der Patient\*innen**

Die Patient\*innen des GeriNoVe wurden mehrmals und in verschiedenen Formen zum befragt. Bei der Entlassung wurde der EQ-5D-5L (t0) erhoben. Mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens wurden die Patient\*innen drei (t1) und zwölf (t2) Monate nach der Versorgung im GeriNoVe schriftlich befragt. Außerdem wurde ein Teil der Patient\*innen zusätzlich im Rahmen von teilstandardisierten qualitativen Interviews zum GeriNoVe-Aufenthalt befragt.

## Erhebung des EQ-5D-5L

Ziel der Erhebung des EQ-5D-5L bei Entlassung der Patient\*innen aus dem GeriNoVe war die Erfassung des aktuellen Gesundheitszustands. Dieser diente sowohl zur Beschreibung des Ist-Stands als auch zum Vergleich mit weiteren Messzeitpunkten.

Mit dem EQ-5D-5L steht ein valides Erhebungsinstrument zur Verfügung, welches erlaubt, ein breites Spektrum an Gesundheitszuständen zu beschreiben. Es umfasst die fünf Dimensionen *Beweglichkeit* und *Mobilität*, *Selbstversorgung*, *Alltagsaktivitäten*, *Schmerzen* und *körperliche Beschwerden* sowie *Angstzustände* und *Niedergeschlagenheit*. Jede dieser Dimensionen hat fünf Ausprägungen. Zusätzlich wird auf einer vertikalen Skala von 0 bis 100 eine subjektive Selbsteinschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes der Patient\*innen abgefragt. Das Instrument gilt als schnell sowie einfach auszufüllen und kann auf eine knapp 30-jährige Anwendungsgeschichte zurückblicken (vgl. van Reenen und Janssen 2015).

Im Projektverlauf wurde das Instrument zu drei Zeitpunkten erhoben: Eine Baseline-Messung fand kurz vor der Entlassung im GeriNoVe statt (t0) sowie jeweils eine Messung in den schriftlichen Fragebögen drei (t1) und zwölf Monate (t2) nach der Entlassung. Die Verwendung des EQ-5D-5L wurde bei der EuroQol Research Foundation beantragt und von dieser genehmigt. Insgesamt haben 387 Patient\*innen an der Datenerhebung zu t0 teilgenommen. Bei der Entlassung erhoben die Mitarbeitenden des GeriNoVe den EQ-5D-5L gemeinsam mit den Patient\*innen. Die Daten wurden dabei schriftlich auf einem papierbasierten Fragebogen festgehalten. Die papierbasierten Fragebögen wurden von den Mitarbeitenden der RWU gemäß Codierplan als Datensatz aufbereitet.

Die Daten wurden überwiegend deskriptiv ausgewertet (Lage- und Streuungsmaße). Darüber hinaus erfolgte ein inferenzstatistischer Vergleich der Befunde des EQ-5D-5L aus den drei Erhebungszeitpunkten t0, t1 und t2 (siehe Inferenzstatistischer Vergleich des EQ-5D-5L).

## Schriftliche Patient\*innenbefragung drei Monate nach GeriNoVe-Entlassung (t1)

*(PEP: Nutzungszufriedenheit, -akzeptanz, gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D-5L), anschließende Versorgungssituation)*

Ziel der schriftlichen Patient\*innenbefragung drei Monate nach der Entlassung aus dem GeriNoVe war die Erfassung des Nutzungsanlasses, der Nutzungsakzeptanz und Patient\*innenzufriedenheit, der anschließenden Versorgungssituation sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Allen Patient\*innen, die in die Teilnahme an der Evaluation eingewilligt haben, wurde drei Monate nach ihrer Versorgung im GeriNoVe postalisch ein Fragebogen (inkl. frankiertem Rückumschlag) zugestellt. Der Fragebogen bestand sowohl aus offenen als auch geschlossenen Fragen und beinhaltete neben standardisierten Erhebungsinstrumenten auch theoriebasierte, selbst erstellte Fragen. Bei der Auswahl standardisierter Erhebungsinstrumente (i. S. eines Reportings) wurden für diese schriftliche Befragung drei standardisierte Erhebungsinstrumente ausgewählt:

- EQ-5D-5L (Beschreibung des Instruments siehe „Erhebung des EQ-5D-5L bei Entlassung (t0)“),
- Instrument zur Erhebung von Entschuldigungstendenzen,
- Brief Social Support Scale (BS-6).

Patient\*innenbefragungen müssen sich kritisch mit der Aussagekraft der Ergebnisse auseinandersetzen, da hinreichend bekannt ist, dass sich Patient\*innen bspw. hinsichtlich

eines Krankenhausaufenthaltes auffallend häufig eher zufrieden äußern. Das psychometrische Konstrukt der „Entschuldigungstendenz“, wurde entwickelt, um die eng mit der Patient\*innenrolle verknüpfte Tendenz des Entschuldigens von Fehlern und Unannehmlichkeiten während eines Krankenhausaufenthalts zu erheben (Steffen et al. 2008). Die Skala besteht aus drei Items und erlaubt die Einteilung von Patient\*innen in drei unterschiedliche Typen: Nicht-Entschuldigende, Medium-Entschuldigende und Entschuldigende. Dieses standardisierte Instrument setzt die häufig genannte Kritik an Patient\*innenbefragungen konstruktiv um und erlaubt validere Aussagen (Steffen et al. 2008). Die Verwendung der Skala wurde beim Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Universität zu Köln beantragt und von diesem genehmigt.

Der BS-6 ist ein reliables und validiertes Erhebungsinstrument, mithilfe dessen die emotionale und konkret-praktische Dimensionen sozialer Unterstützung erhoben werden können (Beutel et al. 2017). Beide Dimensionen haben jeweils drei Items mit vier Antwortoptionen.

## Pretest

Der Fragebogen wurde vor seinem Einsatz in einer mehrstufigen Pretest-Phase evaluiert. Ein klassischer Standardbeobachtungspretest konnte nicht durchgeführt werden, da alle Patient\*innen Teil der Studie waren und durch eine vorgezogene Pretest-Phase nicht mehr Gegenstand der eigentlichen Erhebung hätten sein können. Ein Versenden des Fragebogens an Personen, die der potenziellen Zielgruppe des GeriNoVe entsprechen, wurde abgelehnt, da der Fragebogen ohne Hintergrundwissen zu GeriNoVe nicht verständlich bzw. beantwortbar ist. Zum Einsatz kam vielmehr ein *aktives* Pretestverfahren während der Instrumentenentwicklungsphase. Mittels kognitiver Pretests besteht die Möglichkeit, die Bearbeitung des Erhebungsinstruments durch Proband\*innen zu hinterfragen. Untersucht werden hierbei u. a. die Interpretation bestimmter Begriffe und Fragestellungen, Erinnerungsstrategien sowie formaler Antwortkategorien (Lenzner et al. 2015; Porst 2014). Die dadurch gewonnenen Informationen dienen der Aufdeckung von Verständnisschwierigkeiten und sonstigen Problemen, die bei der Beantwortung auftauchen könnten. Nach neun durchgeführten Pretests wurden häufig genannte Probleme im Fragebogen überarbeitet. Das Vorgehen war iterativ.

Die kognitiven Pretests wurden zunächst mit sechs erfahrenen Wissenschaftler\*innen des gleichen Forschungsgebietes durchgeführt und anschließend mit drei Personen, die der potenziellen Zielgruppe von GeriNoVe angehörten ( $\geq 70$  Jahre alt), aber keine Patient\*innen waren. In der letzten Pretestphase wurde das Instrument mit dem Projektmanagementteam (vier Personen), der pflegerischen Leitung des GeriNoVe sowie dem\*der Geriater\*in getestet, um den Fragebogen kritisch aus der Praxisperspektive zu diskutieren.

Alle kognitiven Pretests wurden durch zwei wissenschaftliche Mitarbeiter\*innen des Evaluationsteams in Form eines halbstandardisierten Vorgehens durchgeführt. Im Leitfaden für die kognitiven Pretests wurde festgehalten, bei welchen Fragen standardisierte Techniken eingesetzt werden sollten (vgl. Tab. 3). Durch die Möglichkeit, auch spontan Nachfragen zu generieren, sollte sichergestellt werden, dass alle notwendigen Informationen eingeholt werden konnten.



Tabelle 5: Übersicht über eingesetzte Techniken der kognitiven Pretests

Technik	Vorgehen
<b>Concurrent Think Aloud</b>	Die Proband*innen werden dazu ermutigt, bereits während des Beantwortens der Fragen alle Gedanken, Fragen und Impulse laut zu äußern. Dadurch wird der Beantwortungsprozess nachvollziehbar (Lenzner et al. 2015).
<b>Verbal Probing</b>	Mittels dieser Nachfragetechnik können durch Zusatzfragen (sog. ‚probes‘) noch genauere Rückmeldungen eingeholt werden. Möglich sind dabei sowohl unspezifische (Elaborative Probing), als auch spezifische Rückmeldungen, die durch Nachfragen bezüglich der Wahl einer Antwortkategorie (Category Selection Probing) gewinnen werden können. Darüber hinaus können Rückmeldungen zur Informationsbeschaffung (Information Retrieval Probing) eingeholt werden (Lenzner et al. 2015).
<b>Confidence Rating</b>	Diese Technik kommt dann zum Einsatz, wenn Proband*innen bei der Beantwortung einer Frage Unsicherheiten zeigen. Die Proband*innen werden um eine Einschätzung dazu gebeten, für wie verlässlich sie ihre Antwort halten (Lenzner et al. 2015).
<b>Paraphrasing</b>	Die Proband*innen werden aufgefordert, eine Fragestellung in ihren eigenen Worten zu wiederholen. Ziel ist es, zu überprüfen, ob die Intention der jeweiligen Fragestellung auch korrekt verstanden wird (Porst 2014).

### Sample

An der t1-Befragung haben 228 Patient\*innen teilgenommen, indem sie einen auswertbaren Fragebogen zurücksandten. Bei insgesamt 543 verschickten Fragebögen entspricht dies einer Rücklaufquote von 42 %.

Tabelle 6: 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 (n=138; 60,5 %) und zu 85,5 % (n=195) in Deutschland geboren. Darüber hinaus handelt es sich mehrheitlich um hochaltrige Menschen, denn die meisten (n=66; 28,9 %) sind zwischen 85 und 89 Jahre alt. Ein jeweils etwa gleich großer Anteil entfällt auf die Gruppe der 80- bis 85-Jährigen (n=53; 23,2 %) sowie die 90- bis 95- Jährigen (n=54; 23,7 %). Lediglich 10,1 % (n=23) der Antwortenden befindet sich in einem Alter zwischen 75 und 79 Jahren.

Drei Monate nach ihrem GeriNoVe Aufenthalt lebt jede zweite Person im städtischen Raum (n=114; 50 %) und die weit überwiegende Mehrheit entweder allein (n=90; 39,5 %) oder mit einem\*r (Ehe-)Partner\*in (n=66; 28,9 %) zusammen. Die meisten Befragten bewohnen überdies entweder eine Eigentumswohnung oder ein Eigenheim (n=101; 44,3 %) und weitere 28,1 % (n=64) leben in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe.

Im Hinblick auf den höchsten erreichten Schulabschluss geben 70,2 % (n=160) einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss an, 11,4 % (n=26) besitzen die mittlere Reife und lediglich 7,9 % (n=18) verfügen über eine allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife. Die Hälfte der Befragten hat eine Berufsausbildung abgeschlossen (n=114; 50,0 %), wohingegen 12,3 % (n=18) keinen Beruf erlernt haben.

Darüber hinaus ist festzustellen, dass es sich bei den Antwortenden, drei Monate nach GeriNoVe Aufenthalt, in vier von fünf „Fällen“ (81,6 %) um Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI handelt. Dabei ist der Pflegegrad 3 am häufigsten vertreten (n=82; 36,0 %), gefolgt von Pflegegrad 4 (n=60; 26,3 %). Knapp ein Fünftel der Befragten (n=44; 19,3 %) hat den Pflegegrad 2.

### Datenerhebung

Der Fragebogenversand erfolgte durch das Personal des GeriNoVe. Jeder Fragebogen wurde mit einer persönlichen Identifikationsnummer versehen, um eine Verknüpfung der beiden

Messzeitpunkte (t1: drei Monate nach Entlassung und t2: zwölf Monate nach Entlassung) sowie mit der Baseline-Kurzerhebung kurz vor der Entlassung (t0) sicherzustellen. Das Pseudonym der Identifikationsnummer war nur für das Personal des GeriNoVe rückübersetzbar; die RWU erhielt zu keinem Zeitpunkt die Möglichkeit einer Identifikation der Personen. Dem Fragebogen lag ein frankierter Rücksendeumschlag bei, der direkt an die RWU adressiert war. Dieses Verfahren ermöglichte eine anonymisierte Datenverarbeitung, bei der von Seiten der RWU keinerlei Rückschlüsse auf einzelne Personen gezogen werden konnten.

Nach eigenen Angaben haben 14,0 % (n=32) der Befragten den Fragebogen selbständig beantwortet, 22,4 % (n=51) wurden dabei von einer anderen Person unterstützt und bei 60,1 % (n=137) fand die Beantwortung stellvertretend durch eine andere, nachstehende Person statt.

### **Datenaufbereitung und -auswertung**

Es wurden alle Fragebögen in die Auswertung einbezogen, die vollständige bzw. in weiten Teilen beantwortet wurden. Fragebögen, die ausschließlich mit der Mitteilung versehen waren, dass die adressierte Person umgezogen, gesundheitlich nicht in der Lage für die Bearbeitung oder aber verstorben sei, blieben von der Auswertung ausgeschlossen.

Für die Auswertung der Daten wurde eine Datenbank in der Statistiksoftware IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0, angelegt sowie ein instrumentenbezogener Codierplan. Die Datenerfassung erfolgte fortlaufend.

Die Daten wurden überwiegend deskriptiv ausgewertet (Lage- und Streuungsmaße). Der längsschnittlich erhobene EQ-5D-5L (t0, t1 und t2) wurde zudem inferenzstatistisch untersucht (siehe Inferenzstatistischer Vergleich es EQ-5D-5L).

### **Schriftliche Befragung 12-Monate nach GeriNoVe-Entlassung (t2)**

*(PEP: Nutzungszufriedenheit, -akzeptanz, gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D-5L), anschließende Versorgungssituation)*

Ziel dieser Erhebung war die Abbildung der pflegerischen Versorgungssituation sowie der aktuellen gesundheitsbezogenen Lebensqualität ein Jahr nach der Versorgung im GeriNoVe.

Der Fragebogen enthielt neben selbst entwickelten Fragen auch standardisierte Erhebungsinstrumente, die bereits im ersten Fragebogen zur Anwendung kamen (EQ-5D-5L, BS-6; siehe Fragebogenkonzeption zu t1), um entsprechende Veränderungen zwischen den zwei Messzeitpunkten ableiten zu können (Gummer 2015).

### **Pretest**

Der Pretest des Fragebogens t2 fand im Frühsommer 2020 statt. Aufgrund der Pandemie-Lage, die zu diesem Zeitpunkt stark ausgeprägt war, wurde von Pretests mit hochaltrigen Menschen abgesehen. Allerdings wurde, wie bereits zu t1, ein Pretest innerhalb des IGVP bzw. der RWU – mit in anderen Projekten beschäftigten Wissenschaftler\*innen und Lehrenden – durchgeführt. Ergänzt wurde diese Perspektive durch die Versorgungspraxis, indem Pretests auch mit der Pflegedienstleitung, der pflegerischen Leitung, den Geriater\*innen sowie dem Projektmanagement des GeriNoVe durchgeführt wurden.

### **Sample**

Voraussetzung für eine Teilnahme an der t2-Befragung war die informierte Einwilligung während des GeriNoVe-Aufenthalts. Zudem musste die Versorgung im GeriNoVe während des ersten Laufjahres erfolgt sein. Die Begrenzung der Stichprobe auf das erste Betriebsjahr ist auf die Projektlaufzeit zurückzuführen.

Es wurden 191 Fragebogen zu t2 verschickt, wovon 69 ausgefüllte und auswertbare Fragebogen zurückgesandt wurden, was einer Rücklaufquote von 36 % entspricht.

Tabelle 7: 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 %

Die Mehrzahl der Befragten (n=23; 33,3 %) gibt an, allein zu leben. Etwa ein Viertel (n=18; 26,1 %) lebt mit einem\*r (Ehe-)Partner\*in zusammen. Weitere 10,1 % (n=7) leben zusammen mit nicht näher bezeichneten Personen.

51 der 69 Personen, die an der t2-Befragung teilgenommen haben, haben auch den t1-Fragebogen beantwortet. Zu diesem Personenkreis liegen teils soziodemografische Angaben vor: So haben 20 Männer (39,2 %) und 28 Frauen (54,9 %) beide Fragebögen bearbeitet und zurückgesandt. 15 Personen (29,4 %) sind dabei in der Altersgruppe der 85- und 89-Jährigen sowie 13 (25,5 %) zwischen 80 und 84 Jahre alt. Jeweils 11 Proband\*innen (21,6 %) sind 90 Jahre und älter oder zwischen 70 und 79 Jahre alt. Die meisten Personen (n=32, 62,7 %) geben

einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss, 10 weitere (19,6 %) die Mittlere Reife sowie 6 Personen (11,8 %) das Abitur als höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss an.

### **Datenerhebung**

Der Verfahrensablauf entspricht der Versendung des Fragebogens zum Zeitpunkt t1. Der Adresspool der Zusendung umfasst alle GeriNoVe-Patient\*innen des ersten Betriebsjahres exklusive der als verstorben gemeldeten Personen.

Bei 53,6 % (n=37) der Befragten wurde der Fragebogen stellvertretend von einer anderen Person ausgefüllt. Nahezu ein Viertel (n=17; 24,6 %) hat den Fragebogen gemeinsam mit einer anderen Person ausgefüllt und 18,8 % (n=13) haben den Fragebogen selbständig ausgefüllt.

### **Datenaufbereitung und -auswertung**

In die Auswertung einbezogen wurden alle zurückgesandten Fragebögen, die vollständig oder überwiegend vollständig bearbeitet wurden. Fragebögen, die ausschließlich mit der Mitteilung versehen waren, dass die adressierte Person verzogen, gesundheitlich nicht in der Lage für die Bearbeitung oder aber verstorben sei, blieben dabei unberücksichtigt.

Für die Auswertung der Daten wurde eine Datenbank in IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0, angelegt sowie ein instrumentenbezogener Codierplan. Die Datenerfassung erfolgte fortlaufend.

Die Daten wurden überwiegend deskriptiv ausgewertet (Lage- und Streuungsmaße). Der EQ-5D-5L, welcher zu den drei Erhebungszeitpunkten t0, t1 und t2 erhoben wurde, wurde zudem inferenzstatistisch untersucht.

### **Inferenzstatistischer Vergleich des EQ-5D-5L**

Mithilfe des inferenzstatistischen Vergleichs sollten mögliche signifikante Veränderungen zwischen den drei verschiedenen Messzeitpunkten festgestellt werden, d. h. bei Entlassung aus dem GeriNoVe (t0) sowie drei (t1) und zwölf Monate danach (t2).

### **Sample**

Für insgesamt 38 der befragten Patient\*innen des GeriNoVe liegen Daten zu allen drei Messpunkten (t0, t1, t2) des EQ-5D-5L vor. Daten zu den Erhebungszeitpunkten t0 und t1 liegen von 134 Patient\*innen vor.

### **Datenerhebung**

Die Daten zu t0 wurden bei der Entlassung durch das Personal des GeriNoVe erhoben. Die Daten zu t1 und t2 waren jeweils Bestandteil der schriftlichen Befragungen der Patient\*innen.

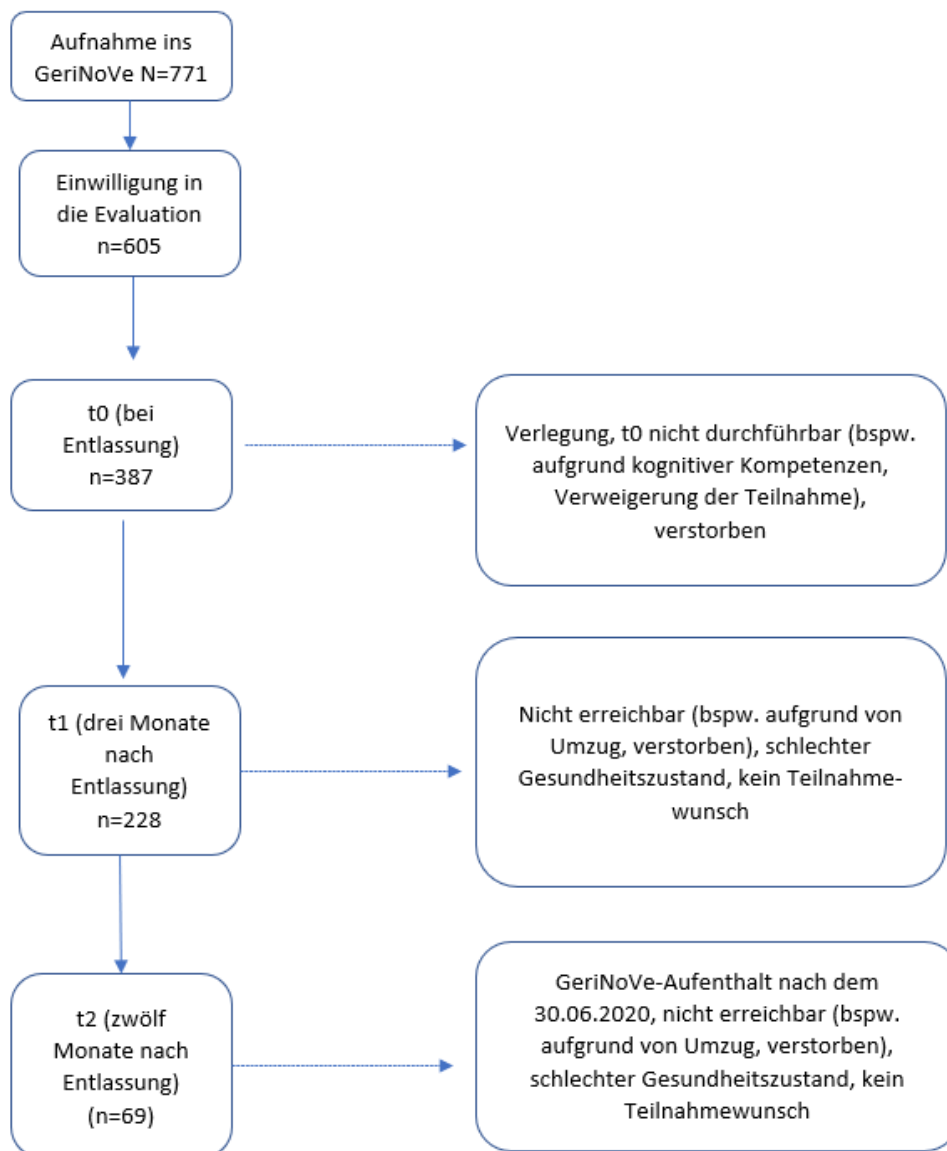
### **Datenaufbereitung und -auswertung**

Um die Messzeitpunkte zu vergleichen, wurden zwei Datensätze gebildet: Ein Datensatz umfasste alle Patient\*innen, für die sowohl entsprechende Angaben zum Messzeitpunkt t0 als auch zum Zeitpunkt t1 vorlagen. Patient\*innen, bei denen keine Daten zu beiden Messzeitpunkten vorlagen, wurden nicht berücksichtigt. Der zweite Datensatz enthielt Ergebnisse zu jenen Patient\*innen, für die Daten zu allen drei Messzeitpunkten vorlagen.

Die Daten zu den fünf Dimensionen des EQ-5D-5L sind ordinal skaliert und wurden mittels des Wilcoxon-Tests für zwei abhängige Stichproben (Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test) ausgewertet. Die Daten zum allgemeinen Gesundheitszustand sind metrisch skaliert und wurden mittels eines paarabhängigen t-Tests ausgewertet. Es wurde jeweils ungerichtet mit einem Signifikanzniveau von 5 % getestet.

Insgesamt zeigen die Patient\*innenbefragungen folgenden Verlauf:

Abbildung 4: Flowchart zu den schriftlichen Patient\*innenbefragungen inkl. Ausschlussgründe



### Qualitative Patient\*innenbefragung

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

Die qualitativen Interviews mit (ehemaligen) GeriNoVe-Nutzenden dienten dazu, die quantitativ gewonnenen Evaluationsergebnisse zu ergänzen bzw. zu vertiefen. Zudem sollten, soweit möglich, klassische Patient\*innenprofile identifiziert werden.

### Das problemzentrierte Interview

Neben den teilstandardisierten, schriftlichen Befragungen erfolgte eine qualitative Interviewstudie, um die subjektive Patient\*innenperspektive auf die neue Versorgungsform GeriNoVe als „Rekonstruktion der Erfahrungsverarbeitung“ (Panke-Kochinke 2012, S. 7) zu erheben und die sozial-induzierte Wirklichkeit angemessen analysieren zu können. Unter dem Begriff „Interview“ wird in den Sozialwissenschaften eine Gesprächssituation verstanden, die bewusst hergestellt wird und in der Forschende die Rolle zielgerichteter Fragender einnehmen, während die Befragten verbal Informationen zu den gestellten Fragen geben können (Lamnek 2010, S. 301 f.).

Die Konzeption der hier dargestellten qualitativen Teilstudie orientiert sich an den Grundsätzen des problemzentrierten Interviews. Die Basis für das Interview bildete ein Leitfaden, der sich aus den theoretischen Vorüberlegungen und dem Forschungsinteresse speiste. Prägend für die Durchführung qualitativer Interviews mit Patient\*innen ist es, „*das sympathische Verständnis für die spezielle Situation des Befragten zum Ausdruck zu bringen*“ (Lamnek 2010, S. 313) und damit eine Basis für die Entwicklung eines Vertrauensverhältnisses zum Befragten anzubieten. Obwohl eine „*Bedeutungsgleichheit der Fragen*“ (Lamnek 2010, S. 321) angestrebt wird, findet deren Reframing in den Sprachcodes der Befragten statt. Im Sinne einer „*aktiven Verständniserzeugung*“ (Lamnek 2010, S. 334) werden hierzu unterschiedliche Strategien eingesetzt, wie beispielsweise:

- Spiegelung des Gesagten in eigenen Worten, um implizite Interpretationen „*zu kontrollieren, zu modifizieren oder zu korrigieren*“ (Lamnek 2010, S. 334)
- Verständnisfragen räumen Missverständnisse zwischen beiden Interviewpartner\*innen aus. Durch eine Fragenreformulierung entsteht die Möglichkeit, sich (noch) näher an der Lebenswelt der Patient\*innen zu orientieren (Witzel 1985).

### **Leitfadenkonzeption**

Die qualitative Teilstudie fokussierte die subjektiven Erlebniswelten der ehemaligen Patient\*innen und bot die Möglichkeit, über die schriftliche Befragung hinaus, tiefergehende Erfahrungen zu erheben. Hierzu wurden folgende studienleitende Fragestellungen entwickelt:

- 1.) Wie haben die Patient\*innen die Akutsituation erlebt, die zur Zuweisung in das GeriNoVe führte?
- 2.) Welche Erfahrungen haben die Patient\*innen während ihres Aufenthalts in GeriNoVe mit der Versorgung gemacht und wie zufrieden waren sie damit?
- 3.) Welche Auswirkungen hat die GeriNoVe-Versorgung auf den Alltag der Patient\*innen?

Zur Beantwortung der postulierten zentralen Fragestellungen wurde ein Interviewleitfaden entwickelt, der einerseits die deduktive Untersuchung festgelegter Themen erlaubte, andererseits jedoch auch Raum für Narrationen ließ und den Patient\*innen die Möglichkeit gab, eigene neue Themen einzubringen oder Themenwechsel zu initiieren (Flick 2016) (Interviewleitfaden siehe Anhang).

Der Leitfaden wurde um einen Kurzfragebogen ergänzt, der wichtige, vorwiegend soziodemografische Indikatoren zur Sample-Beschreibung erfasste. Die Auslagerung dieser Fragen in einen Kurzfragebogen verhindert, dass durch den Einschub weiterer Fragen, der eigentliche Gesprächs- bzw. Problemaufbau unterbrochen und erschwert wird (Witzel 1985).

### **Pretest**

Ziel des Pretests war es unter anderem, den entwickelten Leitfaden (noch) besser an die Zielgruppe zu adaptieren (Schäfers et al. 2016), indem er hinsichtlich der Fragestellungen und deren Reihenfolge sowie mit Blick auf mögliche Unstimmigkeiten und Unverständlichkeiten zu überprüfen war.

In einem ersten Schritt wurde der Entwurf des Leitfadens mit Wissenschaftler\*innen des IGVP sowie der RWU diskutiert. Anschließend wurde er wieder mit der Pflegedienstleitung, der pflegerischen Leitung und den Geriater\*innen innerhalb des GeriNoVe getestet. Eine ausgeweitete Pretest-Phase mit der Zielpopulation wurde nicht vorgenommen, da die Reflexion der Fragen zwingend umfassende Kenntnisse der GeriNoVe-Versorgung voraussetzte. Um dennoch eine Einschätzung über die Passung des Leitfadens vornehmen zu können, wurden die ersten Interviews auch zur Ermittlung seiner Praktikabilität genutzt (Lamnek 2010). Die Einschätzungen zur Verständlichkeit der Fragen und zum Aufbau bzw. Ablauf des Interviews beruhten dabei vorrangig auf den Eindrücken der Interviewenden sowohl auf Basis gezielter Beobachtung nonverbaler als auch verbaler Äußerungen der Befragten. Dabei übernahm die interviewende Person die Verantwortung für die ggf.

Reformulierung von Fragen (Präzisierung, Veränderung der Wortwahl, Umstellung der grammatikalischen Struktur), bis erkennbar war, dass der angestrebte Sinn der Fragestellung von den Befragten erfasst werden konnte. Beobachtungen wurden dabei stichwortartig notiert und wirksame Veränderungen festgehalten. Entlang dieser Notizen wurden einige wenige Formulierungen angepasst. Abschließend wurde der überarbeitete Leitfaden noch mit Pflegeprofessor\*innen mit hohem pflegepraktischem Erfahrungswissen diskutiert.

### Sample

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).

Tabelle 8: Ein- und Ausschlusskriterien der qualitativen Patient\*innenbefragung

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
freiwillige Einwilligung	starke kognitive Beeinträchtigungen
erste GeriNoVe-Versorgung vor zwei bis vier Monaten	akute gesundheitliche Verschlechterung



ausreichende Deutschkenntnisse	ambulante Versorgung im GeriNoVe (Aufenthalt < 1 Tag)
	aktueller Aufenthalt im Krankenhaus oder einer Rehabilitationsklinik
	palliative Versorgungssituation

Bei Personen ohne gesetzliche Betreuung erfolgte eine direkte Kontaktaufnahme. Menschen mit Demenz sollten nicht prinzipiell von der qualitativen Studie ausgeschlossen werden. Im Rahmen des Aufklärungsgesprächs fand ein erster Abwägungsprozess der Pflegefachperson, des\*r Patient\*in sowie gegebenenfalls der gesetzlichen Betreuungsperson entlang der drei Kriterien – Entscheidungsfähigkeit, Verständnis sowie rationale Verarbeitung relevanter Informationen (Motel-Klingebiel et al. 2019) – statt. Sofern eine Person unter Betreuung stand, wurde ein zweistufiges Verfahren angewandt: Zunächst wurde bei der gesetzlichen Betreuungsperson angerufen, die eine Einschätzung über die Teilnahmefähigkeit und -bereitschaft vornahm. Zudem konnte hier bereits eine Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien erfolgen. Sofern es die Kriterien zuließen, erfolgte ein Anruf bei der\*dem Proband\*in und es wurde nochmals direkt über das Interview aufgeklärt sowie die Teilnahmebereitschaft erfragt.

In der Rekrutierungsphase zeigte sich dann, dass die Ausschlusskriterien häufig zur Anwendung kamen. Meist waren es kognitive Einschränkungen, ein schlechter gesundheitlicher Zustand oder aber das Versterben der\*des GeriNoVe-Patient\*in, die zur Nicht-Teilnahme am Interview führten.

Insgesamt wurden elf Patient\*innen ausgewählt, an einem Interview teilzunehmen.

Tabelle 9: 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 handelte es sich um sieben Frauen und vier Männer, die einmalig im GeriNoVe versorgt wurden. Das Durchschnittsalter lag bei 85,8 Jahren, wobei die jüngsten Personen 80 Jahre alt waren und die älteste Person 93 Jahre alt. Vier der Patient\*innen hatten den Pflegegrad 3, drei Personen keinen Pflegegrad, zwei Personen den Pflegegrad 2 und

jeweils eine Person den Pflegegrad 1 bzw. 4. Ein\*e Patient\*in lebte in einer betreuten Wohneinrichtung, alle anderen befragten Personen hingegen in der eigenen Häuslichkeit.

Bei sechs Personen ist das Wohnumfeld zum Zeitpunkt der Befragung als dörflich oder kleinstädtisch zu bezeichnen und bei den restlichen fünf als städtisch. Bei den meisten Patient\*innen kam es durch akute Probleme in der pflegerischen Versorgung zur Aufnahme ins GeriNoVe (n=9) und in zwei „Fällen“ war dies überwiegend sozial bedingt.

Zwei Interviews fanden in Anwesenheit einer gesetzlichen Betreuungsperson, weitere vier in Anwesenheit des\*der Ehepartner\*in und/oder Tochter statt. Fünf Interviews wurden mit den befragten Personen allein durchgeführt.

### **Datenerhebung**

Die Durchführung der Interviews erfolgte bei fünf Proband\*innen nach Absprache jeweils in ihrer häuslichen Umgebung statt. Der Beginn der Covid-19-Pandemie hat die Befragungsphase dann zunächst aufgrund der Beschränkungen sozialer Kontakte sowie des erhöhten Erkrankungsrisikos der zu Befragenden unterbrochen. Die anschließenden sechs Interviews wurden daraufhin telefonisch realisiert.

### **Datenaufbereitung und -auswertung**

Die Transkription der Interviews erfolgte gemäß dem einfachen Transkriptionssystem nach Dresing und Pehl (2015). Alle Interviews wurden unter Verwendung der Software f4transkript Pro-Version v5.70.2 transkribiert.

Die Datenauswertung erfolgte mittels Framework Analysis. Bei der Framework Analysis handelt es sich um eine in Deutschland (noch) vergleichsweise wenig bekannte Methode der qualitativen Forschung, die aus der empirischen Politikforschung stammend, zunehmend auch in der Gesundheits- und Pflegeforschung Anwendung findet (Gale et al. 2013; Ward et al. 2013). Nicht zu verwechseln ist die Framework Analysis, als Methode der Datenorganisation und -auswertung, mit der gleichnamigen Rahmenanalyse Goffmanns, die der soziologischen Untersuchung von Organisationsprinzipien dient (Schnell 2018). Im Gegensatz zu anderen qualitativen Methoden ist die Framework Analysis stärker prozessstrukturierend und zielt, neben den allgemeinen qualitativen Gütekriterien (Flick 2019, 2016), auch auf eine hohe Objektivierung, Transparenz und damit Nachvollziehbarkeit der Auswertung ab (Dunger und Schnell 2018). Bei der Anwendung der Framework Analysis wurde zur Dokumentation der durchgeführten Auswertungsschritte auf das computergestützte Programm „MAXQDA Analytics Pro 18“ der Firma MAXQDA - VERBI Software GmbH zurückgegriffen.

Ausgewertet wurde entlang eines prozesshaften, standardisierten Vorgehens:

#### **1. Familiarization (Einarbeitung/ Vertraut machen)**

In dieser ersten Phase machen sich die Forschenden mit dem gesamten Datenmaterial vertraut, das zur Verfügung steht. Hierzu zählen u. a. sowohl die Interviewtranskripte, Feldnotizen, die von jedem\*r Interviewer\*in unmittelbar im Anschluss an die Interviews erstellt wurden, als auch Projektanträge. Diese Phase dient dazu, ein Bewusstsein über auftauchende Themen und Ideen zu entwickeln und sich diese zu notieren. Je nach Umfang des qualitativen Datenmaterials muss gegebenenfalls eine Selektion des vertiefend zu betrachtenden Materials vorgenommen werden (Srivastava und Thomson 2009; Ritchie und Spencer 1994).

#### **2. Identifying a thematic framework (Identifikation eines thematischen Rahmens)**

Die während des ersten Schritts verfassten Notizen zu immer wieder auftretenden Themen werden nunmehr gesammelt und Schlüsselthemen identifiziert. Diese können sowohl a priori über die eigentlichen Forschungsziele und aus der Theorie, aber auch aus den Interviews selbst hervorgehen (Ritchie und Spencer 1994). Den Schlüsselthemen werden in einem

nächsten Schritt Unterthemen bzw. Ausprägungen zugeordnet, wobei sich hier bereits ein intensiver Austausch mehrerer Forschender empfiehlt.

### 3. *Indexing* (Indexieren)

Die erste Ausarbeitung des Frameworks wird nunmehr an die Transkripte und Forschungsnotizen angelegt. Durch die weiterführende Auseinandersetzung mit dem Datenmaterial werden einerseits die notierten Schlüssel- und Unterthemen verfeinert und weiter ausgearbeitet; andererseits werden die Transkripte entsprechend des Frameworks codiert (bzw. indexiert), so dass den identifizierten Themen Originalzitate zugeordnet werden können.

### 4. *Charting* (strukturierte Darstellung)

Nachdem die Transkripte codiert wurden, erfolgt nun die Erstellung des endgültigen Frameworks. Hierzu werden tabellarische Zusammenfassungen erstellt, die sich u. a. aus dem Framework sowie a priori Forschungsfragen ergeben können (Ritchie und Spencer 1994). Die Tabellen können – je nach Fragestellung – sowohl thematisch als auch fallbezogen erstellt werden.

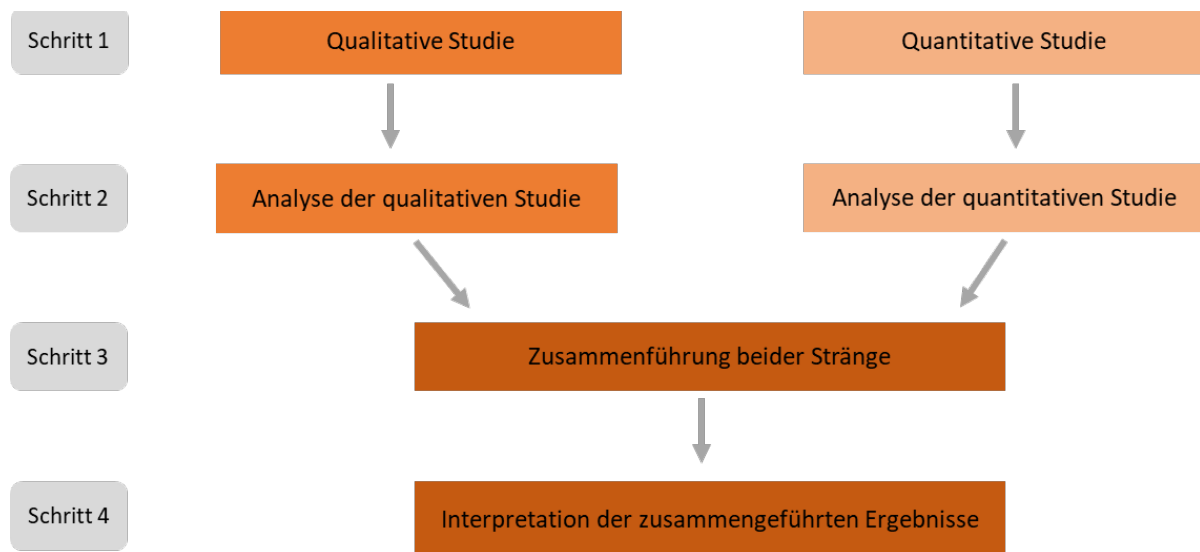
### 5. *Mapping and interpretation* (Zuordnen und Interpretieren)

In dieser letzten, fünften Phase erfolgt schließlich eine thematische (Gruppen-)Analyse des gesamten Datenmaterials. Das Vorgehen orientiert sich dabei an folgenden Arbeitsschritten: Vergleichen (inter-/ intraindividuell, zwischen Gruppen oder Themen), Typologien bilden, im Datenmaterial oder theoriegestützt Erklärungen für Hypothesen und Vergleiche erarbeiten (Ritchie und Spencer 1994).

## **Zusammenführung der Daten aus den Patient\*innenbefragungen**

Die schriftliche Patient\*innenbefragung drei Monate nach Entlassung aus dem GeriNoVe und die qualitative Interviewstudie weisen sowohl eine inhaltliche als auch eine zeitliche zu einander Nähe auf. Aus diesem Grund wurden beide Teilstudien in einem konvergenten Mixed Methods Design zusammengeführt betrachtet. In diesem Design erfolgt parallel, unabhängig und gleichrangig die Erhebung qualitativer sowie quantitativer Daten zu einem Themenfeld. Die Datenerhebung ist dabei unabhängig vom jeweils anderen Studienstrang. Nach der Datenerhebung werden zunächst beide Datensätze separat ausgewertet. In einem dritten Schritt erfolgt die Zusammenführung der jeweiligen Ergebnisse hinsichtlich Unterschieden und Gemeinsamkeiten der Befunde sowie ihre Interpretation (Creswell und Clark Plano 2017).

Abbildung 5: Darstellung des konvergenten Mixed Methods Designs im Rahmen der Patient\*innenbefragung



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Creswell und Plano Clark 2017

## b) Perspektive der Mitarbeitenden

Eine weitere relevante Perspektive ist diejenige der Mitarbeitenden. Dies gilt insbesondere auch deshalb, weil mit GeriNoVe auch eine neue Organisationsform der Versorgung erprobt wurde im Sinne einer nurse-led-unit. Von daher wurden die Beschäftigten zweimalig in interdisziplinär zusammengesetzten Fokusgruppen befragt. Zudem fanden gegen Ende des Projektzeitraums Expert\*inneninterviews mit ihnen statt.

### Fokusgruppensitzungen

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

Fokusgruppen gelten als beliebte qualitative Datenerhebungsmethode, deren Ursprünge etwa 70 Jahre zurückreichen (Przyborski und Riegler 2020). Charakteristisch für Fokusgruppenverfahren ist, dass sie auf einer Vielzahl unterschiedlicher Theoriegebilde und Forschungspraxen basieren können (Przyborski und Riegler 2020), was bedeutet: „*There is no single right way to do focus groups*“ (Morgan und Bottorff 2010, S. 579). Bei einer Fokusgruppe steht in Abgrenzung zur Gruppendiskussion der Diskussionsverlauf im Hintergrund, vielmehr ist der Inhalt, der innerhalb einer zielgerichteten Moderation zu einem festgelegten Thema im Austausch der Teilnehmenden konstruiert wird, von Interesse (Bär et al. 2020). Ziel dieses Erhebungsverfahrens ist weniger die Interpretation als vielmehr die Zusammenfassung und Konzentration der Inhalte. Eine zwingende Vertrautheit der teilnehmenden Personen ist dabei nicht erforderlich (ebd.). Zudem ermöglicht die Methode der Fokusgruppen, dass neben der Erkennung individueller Perspektiven auch gruppenbezogene Meinungen und Einstellungen resp. Orientierungsmuster identifiziert werden können (Lamnek 2010). Fokusgruppen eignen sich dabei u. a. insbesondere für Evaluationen, da sie der „*Überprüfung von Konzepten und ihrer Akzeptanz sowie [zur] Feststellung von Effekten eines Projekts*“ (Bär et al. 2020) dienen können.

Ziel dieses empirischen Arbeitsschrittes war es, die neue Aufgabenverteilung zwischen Medizin und Pflege vor dem Hintergrund zu diskutieren, dass Pflege in GeriNoVe die Leitdisziplin bildete. Infolgedessen sollten bestimmte Aufgaben, wie die Durchführung von Assessmentverfahren, die in der Regelversorgung häufig bislang von Ärzt\*innen verantwortet

werden, im GeriNoVe jedoch auch von akademischen resp. hoch erfahrenen examinierten Pflegefachpersonen realisiert und hinsichtlich der Aufgabenübertragbarkeit näher betrachtet werden. Ferner sollten Stärken, Schwächen sowie Ergänzungs- und Verbesserungsbedarfe auf Basis der praktischen Erfahrungen mit der neuen Versorgungsform aus Perspektive der Mitarbeitenden eruiert werden. Die Teilnahme an einer Fokusgruppe erfolgte freiwillig, wobei sie auf die Arbeitszeit der Beschäftigten angerechnet wurde.

### **Leitfadenkonzeption**

Der Leitfaden für die Fokusgruppen folgte einem Spannungsbogen, der mit einem hinführenden Stimulus begann, sich dann den zentralen Fragestellungen widmete und mit einem Abschluss endete (Lüthje 2015).

Die ersten Fokusgruppen im Herbst 2020 widmeten sich in der Einstiegsfrage den Beweggründen zur Mitarbeit der Pflegefachpersonen und Ärzt\*innen in dem Modellprojekt. Zum einen wurde die professionelle Rolle der Pflege im GeriNoVe von den Teilnehmenden reflektiert. Ausgehend von einer Selbstdefinition des pflegerischen Rollenverständnisses folgten zum anderen Vergleiche zur Rolle der Pflege im GeriNoVe mit ihrer Funktion in der Regelversorgung. Im Anschluss daran wurde das ärztliche Rollenverständnis im GeriNoVe diskutiert, da auch dies durch die pflegerische Leitungsrolle neu zu akzentuieren war. Anknüpfend an die Rollenbeschreibungen und das jeweilige Verständnis wurde ein weiteres Augenmerk auf die Aufgabenteilung der beiden Professionen im Versorgungsalltag gelegt.

Danach ging es um die Frage, ob und ggf. welche weiteren Aufgaben es gäbe, welche die Pflege konzeptionell von den ärztlichen Mitarbeitenden übernehmen könnte bzw. vice versa. Ferner wurde eruiert, für welche Aufgaben die ärztliche Präsenz im GeriNoVe unabdingbar ist. Darüber hinaus umfasste der zweite Themenblock eine Stärken-Schwächen-Analyse des GeriNoVe-Betriebs aus Sicht der Mitarbeitenden. Während aus den Schwächen mögliche Verbesserungs- und Ergänzungsbedarfe abgeleitet werden sollten, schloss sich an die Beschreibung der Stärken die Frage an, welchen Mehrwert das GeriNoVe für geriatrische Patient\*innen im derzeitigen Gesundheitssystem bietet.

Die zweite Fokusgruppe mit den Mitarbeitenden folgte der Zielsetzung, die langfristige Akzeptanz und Beurteilung des neuen Versorgungsangebots sowie entsprechende Entwicklungen zu eruieren. Hierfür wurden die drei wesentlichen Prozess-Schritte eines GeriNoVe-Aufenthalts – die Zuweisung, die Versorgung sowie die Entlassung – näher betrachtet. Dabei wurden alle Prozessschritte zunächst im Hinblick auf Stärken und Schwächen von den Beschäftigten analysiert. Daran anschließend wurden Entwicklungen im Projektzeitraum erörtert. Mit Blick auf die Aufnahme von Patient\*innen in das GeriNoVe ging es zudem um die Zusammenarbeit mit den Zuweisenden sowie die Zuweisungskriterien und bei der Versorgung im GeriNoVe um die Versorgungsqualität sowie die Rahmenbedingungen. Hinsichtlich der Entlassung aus dem GeriNoVe standen die Zusammenarbeit mit den Patient\*innen und Angehörigen im Rahmen des Entlassmanagements im Mittelpunkt des Interesses sowie die Kooperation mit nachversorgenden Diensten und Einrichtungen.

Ergänzt wurden die Fokusgruppen um einen Kurzfragebogen, in dem wesentliche soziodemografische Daten und Angaben zum beruflichen Hintergrund der Befragten anonymisiert erhoben wurden, um das Sample der Teilnehmenden beschreiben zu können.

### **Pretest**

Die Testung und Anpassung der Leitfäden für die Fokusgruppen fand innerhalb des, mit der Evaluation befassten, Forschungsinstituts (IGVP) an der RWU statt unter Beteiligung von Mitarbeitenden, die in anderen Forschungsprojekten beschäftigt waren. Dabei wurden sowohl die Verständlichkeit der Fragen als auch der inhaltliche Aufbau des Leitfadens sowie der Spannungsbogen erprobt.

Zudem wurde ein Pretest mit jenen Mitarbeitenden des GeriNoVe durchgeführt, die keine Teilnehmenden der Fokusgruppen waren.

### Sample

Die Zusammensetzung von Fokusgruppenteilnehmenden ist nicht trivial, sie stellt vielmehr ein konstitutives Moment der Methodologie dar (Przyborski und Riegler 2020). Grundsätzlich waren alle pflegerischen und ärztlichen Mitarbeitenden sowie die Mitarbeitenden des Case Managements dazu eingeladen, an den Fokusgruppen teilzunehmen. Ausgeschlossen von einer Teilnahme waren jedoch Personen mit Leitungsfunktionen, da dies möglicherweise die Art und Weise des Diskussionsverlaufs beeinflusst hätte (Tausch und Menold 2015).

Bei der erstmaligen Durchführung der Fokusgruppen am 03.12.2020 nahmen insgesamt zehn Beschäftigte des GeriNoVe teil. Eine Person nahm an beiden Fokusgruppen teil, da sie als einzige die ärztliche Berufsgruppe repräsentierte und diese anderenfalls nicht in beiden Fokusgruppen vertreten gewesen wäre. Somit bestanden die erste Fokusgruppe aus sechs Personen und die zweite Fokusgruppe aus fünf Personen, darunter acht Frauen und zwei Männer. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer\*innen lag bei 51 Jahren ( $sd=10$ ), wobei der\*die jüngste Teilnehmer\*in 27 Jahre und der\*die älteste Teilnehmer\*in 62 Jahre alt war. Bezüglich des höchsten erworbenen Berufsabschlusses in der Pflege zeigt sich folgende Verteilung: Die meisten Teilnehmer\*innen sind examinierte Pflegefachkräfte ( $n=6$ ). Jeweils eine Person verfügt über einen pflegespezifischen akademischen Abschluss, eine Pflegehelfer\*innen-Ausbildung (zzgl. einer einjährigen Ausbildung in der Altenpflegehilfe) oder einen Berufsabschluss in der Heilerziehungspflege. Darüber hinaus verfügen die meisten Pflegenden ( $n=7$ ) über Weiterbildungsabschlüsse. Hier werden insgesamt 17 Abschlüsse genannt, die sich u.a. auf die Themenfelder Geriatrie, Pflegeleitung, Praxisanleitung sowie auf spezifische pflegerische Handlungsfelder beziehen (Hygiene, Wundmanagement, Aromapflege usw.).

Die Berufserfahrung der Mitarbeiter\*innen liegt bei durchschnittlich 28 Jahren ( $sd=12$ ). Die geringste Berufserfahrung umfasst fünf Jahre, die längste liegt bei 43 Jahren. Ausschließlich auf den geriatrischen Bereich bezogen, liegt die Berufserfahrung der Teilnehmer\*innen bei durchschnittlich 15 Jahren ( $sd=11$ ). Zwei Jahre sind dabei die geringste, 30 Jahre die längste Berufserfahrung.

Tabelle 10: 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 Pflegehelfer*innen-Ausbildung: 1 Person Medizinstudium: 1 Person
Durchschnittliche Berufserfahrung insgesamt	28 Jahre
Durchschnittliche Berufserfahrung im geriatrischen Bereich	15 Jahre

Bei der zweiten Durchführung der Fokusgruppen am 20.07.2021 nahmen insgesamt elf Mitarbeiter\*innen des GeriNoVe teil. Die erste Fokusgruppe bestand aus sechs, die zweite Fokusgruppe aus fünf Teilnehmer\*innen, davon acht Frauen und drei Männer. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer\*innen lag bei 50 Jahren ( $sd=10$ ), wobei der\*die jüngste Teilnehmer\*in 27 Jahre und der\*die älteste Teilnehmer\*in 63 Jahre alt waren. Bezüglich des höchsten erworbenen Berufsabschlusses zeigt sich folgende Verteilung: Die meisten Teilnehmer\*innen sind erneut examinierte Pflegefachkräfte ( $n=6$ ). Jeweils einmalig vertreten sind das ärztliche Personal und die akademisch ausgebildete Pflege. Darüber hinaus nahmen zwei Pflegehilfskräfte sowie ein\*e Sozialarbeiter\*in teil.

Die meisten Teilnehmenden ( $n=8$ ) verfügen über Weiterbildungsabschlüsse. Dazu gehören sowohl Bildungsmaßnahmen im Bereich der Geriatrie als auch in unterschiedlichen pflegerischen Handlungsfeldern (z. B. Hygiene, Palliative Pflege, Pflegeleitung, Beratung).

Die Berufserfahrung der Mitarbeiter\*innen liegt bei durchschnittlich 27 Jahren ( $sd=11$ ). Die geringste Berufserfahrung umfasst acht Jahre; die längste liegt bei 45 Jahren. Ausschließlich auf den geriatrischen Bereich bezogen, liegt die Berufserfahrung der Befragten durchschnittlich bei 13 Jahren ( $sd=10$ ). Drei Jahre sind dabei die geringste, 29 Jahre die längste Berufserfahrung.

Tabelle 11: 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

Neun der Teilnehmer\*innen der zweiten Fokusgruppe nahmen bereits an der ersten Fokusgruppe im Dezember 2020 teil.

### **Datenerhebung**

Die Einladung der Mitarbeitenden erfolgte über ein im Stationszimmer ausgehängtes Plakat und den Versand des Informationsschreibens und der Datenschutzerklärung. Interessierte Pflegefachpersonen konnten sich daraufhin bei der Pflegedienstleitung melden. Moderiert wurden die Fokusgruppen jeweils von zwei Mitarbeitenden der RWU. Zudem war ein\*e zusätzliche\*r Mitarbeitende der RWU vor Ort, um ein begleitendes Protokoll anzufertigen. Aufgrund der pandemiebedingten Hygieneregeln wurde die Gruppengröße je Fokusgruppe auf sechs bis acht Teilnehmende begrenzt.

## **Datenaufbereitung und -auswertung**

Die Transkription der Gesprächsinhalte aus den Fokusgruppen erfolgte gemäß dem einfachen Transkriptionssystem nach Dresing und Pehl (2015). Die Auswertung erfolgte nach den Regeln der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016). Die Analyse erfolgte computergestützt mit der Software „MAXQDA Analytics Pro 18“ der Firma MAXQDA - VERBI Software GmbH.

## **Expert\*inneninterviews**

Expert\*inneninterviews stellen eine Form leitfadengestützter Interviews dar, um Fachpersonen beziehungsweise Expert\*innen zu einem bestimmten Thema zu befragen. Das gewonnene Expert\*innenwissen kann dabei sowohl gedanklich und sprachlich leicht zugängliches, strukturelles Fachwissen als auch Praxis- und Handlungswissen umfassen (Döring und Bortz 2016). Ergänzend zu den Fokusgruppen wurden daher mit acht Beschäftigten des GeriNoVe Expert\*inneninterviews geführt. Ziel dieser Interviews war es, die gesamte Laufzeit des Modellprojektes im Hinblick auf Stärken und Schwächen sowie wesentliche Entwicklungen zu reflektieren. Folglich wurden vorrangig diejenigen Mitarbeitenden zur Teilnahme eingeladen, die über die gesamte Betriebszeit hinweg im GeriNoVe tätig waren.

## **Leitfadenkonzeption**

Zur Beantwortung der zentralen Fragestellungen wurde ein Interviewleitfaden entwickelt, der einerseits die deduktive Untersuchung a priori festgelegter Themen erlaubte, andererseits jedoch auch Raum für Narrationen ließ und den Befragten die Möglichkeit gab, eigene (neue) Themen anzubringen oder Themenwechsel zu initiieren (Flick 2016).

Der Leitfaden orientiert sich an der zentralen Frage, wie die Mitarbeitenden das GeriNoVe hinsichtlich Stärken und Schwächen beurteilen. Ferner sollten zentrale Entwicklungen im Projektverlauf beschrieben werden. Dabei wurden zunächst die drei wesentlichen Abschnitte eines GeriNoVe-Aufenthalts, d. h. Zuweisung, Versorgung und Entlassung der Patient\*innen näher betrachtet. Abschließend ging es um die Attraktivität des GeriNoVe als Arbeitssetting.

Zusätzlich zum Interview erhielten die Teilnehmenden einen Kurzfragebogen, in dem wesentliche soziodemografische und Angaben zur beruflichen Expertise anonymisiert erhoben wurden, um das Sample der Teilnehmenden beschreiben zu können.

## **Pretest**

Die Testung und Anpassung des Leitfadens fand innerhalb des, mit der Evaluation befassten, Forschungsinstituts (IGVP) an der RWU statt unter Beteiligung von Mitarbeitenden, die in anderen Forschungsprojekten beschäftigt waren. Dabei wurden sowohl die Verständlichkeit der Fragen als auch der inhaltliche Aufbau des Leitfadens sowie der Spannungsbogen erprobt.

## **Sample**

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.

Es konnten insgesamt acht Beschäftigte für die Expert\*inneninterviews im Januar 2022 gewonnen werden. Sechs der Teilnehmenden hatten bereits an einer ersten Fokusgruppe im Dezember 2020 und sieben Personen an einer zweiten Fokusgruppe im Juli 2021 teilgenommen.



Tabelle 12: 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

Bei den Expert\*innen handelt es sich um sieben Frauen und einen Mann. 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 einmal vertreten sind Berufsangehörige aus der Medizin bzw. Geriatrie sowie der Sozialen Arbeit bzw. Sozialpädagogik.

Die meisten Teilnehmer\*innen (n=5) verfügen über Weiterbildungsabschlüsse. Dazu gehören sowohl Fortbildungen im Bereich der Geriatrie, Neurologie, Palliativmedizin, Ernährung als auch in unterschiedlichen pflegerischen Handlungsfeldern (z. B. Gerontopsychiatrie). Weiterbildungen wurden zudem im Hinblick auf Leitungsfunktionen in der Pflege, das Qualitäts-, Dienstleistungs- und Netzwerkmanagement sowie die Transaktionsanalyse in Anspruch genommen. Darüber hinaus haben einige Teilnehmer\*innen Weiterbildungen in der systemischen Beratung-, Supervision- und dem Coaching abgeschlossen oder sind als Berufspädagog\*innen bzw. Lehrer\*in für Pflgeberufe qualifiziert.

Die Berufserfahrung der Mitarbeiter\*innen liegt bei durchschnittlich 28,44 Jahren (sd=13,1). Die geringste Berufserfahrung umfasst acht Jahre, die längste liegt bei 45 Jahren. Ausschließlich auf den geriatrischen Bereich bezogen liegt die Berufserfahrung der Teilnehmer\*innen durchschnittlich bei 8,81 Jahren (sd=6,7). Zwei Jahre sind dabei die geringste und 19 Jahre die längste Berufserfahrung.

### **Datenerhebung**

Die Interviews erfolgten als Einzelbefragungen, die von einem\*r Mitarbeiter\*in der RWU durchgeführt wurden. Aufgrund der mit der Covid-19-Pandemie einhergehenden Abstands- und Hygieneregeln mussten die Gespräche telefonisch erfolgen und wurden mit Hilfe eines Aufnahmegeräts aufgezeichnet.

### **Datenaufbereitung und -auswertung**

Die Transkription der Interviews erfolgte entlang des einfachen Transkriptionssystems nach Dresing und Pehl (2015). Alle Interviews wurden unter Verwendung der Software f4transkript Pro-Version v5.70.2, transkribiert.

Die Interviews wurden anschließend nach den Regeln der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016) ausgewertet. Die Analyse erfolgte computergestützt mit der Software „MAXQDA Analytics Pro 18“ der Firma MAXQDA - VERBI Software GmbH.

### **c) Perspektive der zuweisenden Haus- und Fachärzt\*innen**

Die Befragung der zuweisenden Haus- und Fachärzt\*innen erfolgte in einem zweistufigen Verfahren: Zunächst erhielten sie einen schriftlichen Fragebogen. Zur Validierung und Vertiefung der so gewonnenen Erkenntnisse wurden in einem zweiten Schritt qualitative Interviews mit einigen dieser Haus- und Fachärzt\*innen geführt.

#### **Quantitative schriftliche Befragung**

*(SEP: Bedeutung des GeriNoVe für die hausärztliche Versorgung, Akzeptanz des Versorgungsangebots, fachliche Beurteilung des GeriNoVe)*

Die schriftliche Befragung der zuweisenden Haus- und Fachärzt\*innen zielte auf die Beurteilung der Akzeptanz und die Einschätzung des neuen Versorgungsangebots sowie wahrgenommene Auswirkungen der GeriNoVe-Versorgung auf die anschließende Versorgung der Patient\*innen ab. Zudem sollten Informationsflüsse von GeriNoVe in die Regelversorgung bzw. die anschließende Versorgung untersucht werden (z. B. pflegerischer und ärztlicher Entlassbrief, bilaterale Telefonkontakte).

#### **Fragebogenkonzeption**

Der papierbasierte Informationsweg per Post oder per Fax scheint bei zuweisenden Ärzt\*innen der bevorzugte Kontaktzugang zu sein (z. B. Herzklinik Ulm 2014). Schriftliche Befragungen in Papierform sind hinsichtlich des Rücklaufes als erfolgsversprechender zu bewerten, als ein online-basiertes Vorgehen (Marx et al. 2016). Deshalb wurde für diese Befragung eine papierbasierte Erhebung realisiert. Das entwickelte Befragungsinstrument orientierte sich in weiten Teilen an gängigen Zuweisendenbefragungen. Es ist gegliedert in fünf Abschnitte: Drei Abschnitte widmeten sich dem Behandlungsverlauf (1. Zuweisung, 2. Versorgung, 3. Entlassung), das vierte Kapitel befragte zu GeriNoVe allgemein und im letzten Abschnitt wurden soziodemographische Daten erhoben. Um die Anonymität ausreichend sicherzustellen, wurden Antwortoptionen möglichst kategorisiert angelegt. Das Befragungsinstrument bestand dabei sowohl aus offenen als auch geschlossenen Fragen. Die Fragestellungen wurden sowohl theorie- als auch kontextbezogen selbst entwickelt bzw. adaptiert.

#### **Pretest**

Der Pretest erfolgte in einem ersten Schritt innerhalb des Forschungsinstituts und anschließend mit mehreren Personen des pflegerischen und medizinischen Personals des GeriNoVe. Änderungsvorschläge und Anmerkungen wurden ins Forschendenteam zurückgeführt, dort diskutiert und entsprechend eingearbeitet. Zudem wurden sowohl das Informationsschreiben als auch der Fragebogen selbst dem Datenschutzbeauftragten der RWU vorgelegt und von ihm genehmigt.

#### **Sample**

In die Befragung eingeschlossen wurden alle Fach- und Hausärzt\*innen, die bis einschließlich März 2021 Patient\*innen ins GeriNoVe überwiesen hatten. Laut Dokumentation des GeriNoVe handelte es sich dabei um insgesamt 123 Mediziner\*innen.

Tabelle 13: Charakteristika der schriftlich befragten zuweisenden niedergelassenen Haus-/und Fachärzt\*innen (n=34)

Merkmalsausprägung	Merkmalsausprägung
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 %

An der quantitativen schriftlichen Befragung nahmen 34 Haus- und Fachärzt\*innen teil, wodurch die Rücklaufquote rund 28 % beträgt. Die meisten der befragten Haus- und Fachärzt\*innen verfügen über 11 bis 20 (n=11; 32,4 %) beziehungsweise 21 bis 30 Jahre (n=11; 32,4 %) Berufserfahrung. Weitere 23,5 % (n=8) haben weniger als zehn Jahre Berufserfahrung; vier der Befragten verfügen hingegen über eine 31- bis 40- jährige Berufserfahrung (11,8 %).

In mehr als jedem zweiten Fall (n=19; 55,9 %) betreiben die Haus- und Fachärzt\*innen ihre Praxis im städtischen Raum und weitere 38,2 % (n=13) geben an, dass sie in einem Dorf oder einer Kleinstadt tätig sind. Mehr als zwei Drittel der Befragten (n=23; 67,6 %) vertreten die Fachrichtung Allgemeinmedizin und ein Fünftel (n=7; 20,6 %) die Innere Medizin.

Den Anteil ihrer Patient\*innen im Alter von 70 Jahren und mehr schätzen die befragten Haus- und Fachärzt\*innen auf durchschnittlich 43,06 % (sd=14,98) ein. Das Minimum liegt bei 20 % geschätzter Patient\*innen über 70 Jahre; das Maximum beträgt hingegen 75 %.

### Datenerhebung

Um eine größtmögliche Anonymität der Erhebung sicherzustellen, erfolgte die Versendung des Fragebogens an die zuweisenden Haus- und Fachärzte durch das GeriNoVe. Zu den Versandunterlagen gehörten neben einem Informationsschreiben mit Datenschutzerklärung und dem eigentlichen Befragungsinstrument ein bereits frankierter und an die RWU adressierter Rücksendeumschlag. Daneben enthielten die Unterlagen einen weiteren beschrifteten Rücksendeumschlag und ein Einwilligungsschreiben mit Datenschutzerklärung, mit dem sich interessierte Haus- und Fachärzt\*innen zur Teilnahme an einem Expert\*inneninterview im Rahmen der Projektevaluation bereit erklären konnten.

### Datenaufbereitung und -auswertung

Die zurückgesandten und ausgefüllten Fragebögen wurden von den Mitarbeitenden der RWU als Datensatz aufbereitet und mit Hilfe der Software IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0, deskriptiv ausgewertet.

## Qualitative Interviews

*(SEP: Bedeutung des GeriNoVe für die hausärztliche Versorgung, Akzeptanz des Versorgungsangebots, fachliche Beurteilung des GeriNoVe)*

Die qualitativen Interviews mit den zuweisenden Haus- und Fachärzt\*innen dienten der Vertiefung und Validierung der Ergebnisse der vorangegangenen quantitativen Befragung. Expert\*inneninterviews stellen eine Form leitfadengestützter Interviews dar, um Fachpersonen beziehungsweise Expert\*innen zu einem bestimmten Thema zu befragen. Das gewonnene Expert\*innenwissen kann dabei sowohl gedanklich und sprachlich leicht zugängliches, strukturelles Fachwissen als auch Praxis- und Handlungswissen umfassen (Döring und Bortz 2016).

### Leitfadenkonzeption

Zur Beantwortung der zentralen Fragestellungen wurde ein Interviewleitfaden entwickelt, der einerseits die deduktive Untersuchung a priori festgelegter Themen erlaubte, andererseits jedoch auch Raum für Narrationen ließ und den Zuweisenden die Möglichkeit gab, eigene neue Themen anzubringen oder Themenwechsel zu initiieren (Flick 2016). Die Konstruktion des Interviewleitfadens erfolgte auf Basis der Ergebnisse der quantitativen, schriftlichen Befragung der zuweisenden Haus und Fachärzt\*innen. Dabei kristallisierten sich drei Themenbereiche heraus, die im Rahmen der Interviews vertieft und validiert werden sollten (Art und Inhalt der Kommunikation zwischen GeriNoVe und den zuweisenden Haus- und Fachärzt\*innen inkl. des interdisziplinären Entlassbriefs, Potenziale des GeriNoVe sowie seine Bedeutung im Rahmen der geriatrischen Versorgung).

### Pretest

Der Interviewleitfaden wurde hinsichtlich seiner Verständlichkeit, Praktikabilität sowie inneren Logik sowohl innerhalb des eigenen Forschungsinstituts als auch mit pflegerischem und ärztlichem Personal des GeriNoVe vorab getestet und entsprechend angepasst.

### Sample

Die Interviews wurden mit Fach- und Hausärzt\*innen geführt, die bis einschließlich März 2021 ein- oder mehrmals Patient\*innen in das GeriNoVe überwiesen hatten (Grundgesamtheit: n=123) und im Rahmen der schriftlichen Befragung in die Interviewteilnahme einwilligen konnten. Davon machten zunächst 11 der 34 an der schriftlichen Erhebung Teilnehmenden gebrauch, wobei schlussendlich sieben Interviews realisiert werden konnten. In vier Fällen kam, trotz genereller Bereitschaft, aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen der Proband\*innen kein Interview zustande.

Tabelle 14: Charakteristika der interviewten zuweisenden Haus-/und Fachärzt\*innen (n=7)

Merkmal	Merkmalsausprägung
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 %
-----------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------

Bei den Befragten handelt es sich um fünf Männer sowie zwei Frauen mit insgesamt langjähriger beruflicher Erfahrung. Sie umfasst bei jeweils zwei Befragten zwischen 29 und 30 bzw. 16 Jahre. Weitere drei Ärzt\*innen verfügen über 7 bis 8 Jahre an Berufserfahrung.

Vier Praxen befinden sich in einer Stadt und drei im ländlichen Raum, wobei alle allgemeinmedizinisch ausgerichtet sind. Den Anteil ihrer Patient\*innen über 70 Jahre schätzen die Haus- und Fachärzt\*innen auf durchschnittlich 32,8 % ein. Sechs der Befragten geben einen Anteil zwischen 25- 30 % an, wobei das Minimum bei 25 % geschätzten Patient\*innen über 70 Jahre liegt und das Maximum 60 % beträgt.

### Datenerhebung

Aufgrund der im Juli 2021 weiterhin bestehenden pandemischen Lage, erfolgten die Interviews nach Rücksprache mit den Proband\*innen in telefonischer Form. Mit Einverständnis der Befragten wurden die Interviews mit Hilfe eines Aufnahmeegeräts aufgezeichnet.

### Datenaufbereitung und -auswertung

Die Transkription der Interviews erfolgte anhand des einfachen Transkriptionssystems nach Dresing und Pehl (2015). Alle Interviews wurden unter Verwendung der Software f4transkript Pro-Version v5.70.2 transkribiert. Die Interviews wurden anschließend nach den Regeln der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016) ausgewertet. Die Analyse erfolgte computergestützt mit der Software „MAXQDA Analytics Pro 18“ der Firma MAXQDA - VERBI Software GmbH.

## d) Sekundärdatenanalysen

### Analyse der Pflegedokumentation

*(PEP: Pflegerische Assessments, erbrachte Leistungen, Verweildauer)*

Als primäre Endpunkte dienten hierbei die Auswertungen der pflegerischen Assessments hinsichtlich der Identifikation geriatrischer Patient\*innen sowie die während des Aufenthalts routinemäßig erhobenen, weiteren pflegerischen Assessmentsscores (z. B. Veränderungen im Barthel-Index im Vergleich von Aufnahme und Entlassung). Auch vom GeriNoVe erbrachte Leistungen sowie die durchschnittliche Verweildauer und die Auslastung des GeriNoVe sollten untersucht werden.

### Datenvalidierung und -aufbereitung

Die Daten der Pflegedokumentation wurden in Form einer Exceldatei exportiert und anonym an die RWU übermittelt. An die Datenübermittlung schloss sich die Validierung der Daten an. Die Exceldatei wurde von den Mitarbeitenden des GeriNoVe durch Definition der Werte gemäß Codehandbuch aufbereitet. Der Datensatz wurde zudem auf Vollständigkeit sowie mögliche Inkonsistenzen überprüft (Neubauer et al. 2017, 139 f.).

### Beschreibung des Datensatzes

Die Pflegedokumentation umfasst die Daten vom 592 Patient\*innen. Der Datensatz beinhaltet zum einen personenbezogene Angaben wie Alter, Geschlecht oder das Vorliegen eines Schwerbehindertenstatus. Zum anderen sind zentrale Informationen zum GeriNoVe

Aufenthalt der Patient\*innen enthalten (u. a. Zuweisung, Versorgungsdauer sowie Gründe ihrer Verlängerung, Entlassung, Beratungsanlässe und -inhalte usw.)

Einen weiteren wesentlichen Bestandteil der Pflegedokumentation bilden folgende Assessments:

- Geriatrie-Check: Identifikation geriatrischer Patient\*innen, gegliedert in drei Bereiche (objektiv vorhandene Kriterien, frailty des/ der Patient\*in und präorbider Status, Optionen für weiteres Vorgehen), aus den ersten beiden Bereichen geht die Wahrscheinlichkeit hervor, ob es sich um eine\*n geriatrische\*n Patienten\*in handelt (BWKG 2021)
- Barthel-Index: Überprüfung der Alltagskompetenz (Röhrig 2021)
- Mini-Mental Status Test: Überprüfung der Kognition (Röhrig 2021)
- Geriatrische Depressionsskala: Überprüfung der Emotionslage (Röhrig 2021)
- Timed „Up and Go“: Überprüfung der Mobilität (Röhrig 2021)
- Esslinger Transferskala: Erhebung der Selbständigkeit beim sicheren Transfer vom Bett in den Rollstuhl und umgekehrt (Schuler und Oster 2008)
- Uhrentest: Überprüfung der Kognition (Röhrig 2021)
- LACHS-Screening: Multidimensionales Screening (Röhrig 2021)

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:

- Geriatriecheck
- Barthel-Index
- LACHS-Screening

Nicht standardmäßig bei allen Patient\*innen, sondern nur bei Auffälligkeiten durchgeführt wurden:

- MMSE
- GDS
- TUG
- Esslinger Transferskala
- Uhrentest

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

Teil 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 et al. (2018) noch sieben zusätzliche Diagnosen ergänzt, die als menschliche Reaktionen auf Gesundheitsprobleme erkennbar und behandelbar sind.

## **Datenauswertung**

Die Auswertung der Daten erfolgte überwiegend deskriptiv mit Lage- und Streuungsmaßen sowie Häufigkeitsverteilungen. Lagen bei den Assessments Daten zur Situation bei Aufnahme und Entlassung vor, so fanden inferenzstatistische Testverfahren Anwendung. Bei metrisch skalierten Variablen kam der t-Test für abhängige Stichproben (ungerichtet, Signifikanzniveau: 5 %) zum Einsatz. Bei ordinal skalierten Variablen wurde der Wilcoxon-Test (ungerichtet, Signifikanzniveau: 5 %) genutzt.

### 3. Ergebnisse der Evaluation

#### a) Ergebnisse des EQ-5D-5L bei Entlassung (t0)

Die meisten Patient\*innen haben bei der Entlassung aus dem GeriNoVe leichte (23,8 %) oder mäßige (24,5 %) Probleme herumzugehen. Weitere 20,4 % haben große Probleme, herumzugehen und 14,7 % sind diesbezüglich unauffällig. Zudem sind 13,4 % der Proband\*innen nicht in der Lage, herumzugehen:

Tabelle 15: EQ-5D-5L (t0): Gesundheitszustand bzgl. Beweglichkeit/ Mobilität

Gesundheitszustand bzgl. Beweglichkeit/ Mobilität	Absolute Angaben	Prozentualer Anteil
Ich habe keine Probleme, herumzugehen.	n=57	14,7 %
Ich habe leichte Probleme, herumzugehen.	n=92	23,8 %
Ich habe mäßige Probleme, herumzugehen.	n=95	24,5 %
Ich habe große Probleme, herumzugehen.	n=79	20,4 %
Ich bin nicht in der Lage, herumzugehen.	n=52	13,4 %
Fehlend	n=12	3,1 %
<b>Gesamt</b>	<b>n=387</b>	<b>100 %</b>

Etwas mehr als die Hälfte der Patient\*innen (53,0 %) haben bei ihrer Entlassung aus dem GeriNoVe leichte bis mäßige Probleme, sich zu waschen oder anzuziehen, 14,5 % weisen in diesem Kontext große Probleme auf wohingegen etwa ein Fünftel (19,9 %) keine Schwierigkeiten hat, sich zu waschen oder anzuziehen:

Tabelle 16: EQ-5D-5L (t0): Gesundheitszustand bzgl. für sich selbst sorgen

Gesundheitszustand bzgl. für sich selbst sorgen	Absolute Angaben	Prozentualer Anteil
Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.	n=77	19,9 %
Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.	n=101	26,1 %
Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.	n=104	26,9 %

<b>Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.</b>	n=56	14,5 %
<b>Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.</b>	n=38	9,8 %
<b>Fehlend</b>	n=11	2,8 %
<b>Gesamt</b>	n=387	100 %

Etwa ein Viertel (24,0 %) der Patient\*innen hat bei der Entlassung aus dem GeriNoVe mäßige Probleme, ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen, weitere 19,4 % weisen dabei leichte und fast ebenso viele (19,6 %) große Probleme auf. In mehr als jedem zehnten „Fall“ (12,4 %) können Alltagsaktivitäten nicht selbständig ausgeführt werden:

Tabelle 17: EQ-5D-5L (t0): Gesundheitszustand bzgl. alltäglicher Tätigkeiten

<b>Gesundheitszustand bzgl. alltäglicher Tätigkeiten</b>	<b>Absolute Angaben</b>	<b>Prozentualer Anteil</b>
<b>Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.</b>	n=48	12,4 %
<b>Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.</b>	n=75	19,4 %
<b>Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.</b>	n=93	24,0 %
<b>Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.</b>	n=76	19,6 %
<b>Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.</b>	n=83	21,4 %
<b>Fehlend</b>	n=12	3,1 %
<b>Gesamt</b>	n=387	100 %

Die meisten Patient\*innen haben entweder mäßige (29,5 %) Schmerzen/ Beschwerden oder sind schmerz- bzw. beschwerdefrei (29,8 %). Weitere 20,4 % haben leichte Schmerzen/ Beschwerden und 13,4 % geben an, unter großen Schmerzen/ Beschwerden zu leiden:

Tabelle 18: EQ-5D-5L (t0): Gesundheitszustand bzgl. Schmerzen/ körperliche Beschwerden

<b>Gesundheitszustand bzgl. Schmerzen/ körperliche Beschwerden</b>	<b>Absolute Angaben</b>	<b>Prozentualer Anteil</b>
<b>Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden.</b>	n=112	29,8 %
<b>Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden.</b>	n=79	20,4 %



<b>Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden.</b>	n=114	29,5 %
<b>Ich habe große Schmerzen oder Beschwerden.</b>	n=52	13,4 %
<b>Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden.</b>	n=16	4,1 %
<b>Fehlend</b>	n=14	3,7 %
<b>Gesamt</b>	n=387	100 %

Mehr als die Hälfte (54,4 %) der Patient\*innen sind nicht ängstlich oder deprimiert. Ein wenig ängstlich oder deprimiert sind 21,5 % und auf weitere 13,5 % trifft dies in mäßigen Ausmaß zu:

Tabelle 19: EQ-5D-5L (t0): Gesundheitszustand bzgl. Angst/ Niedergeschlagenheit

<b>Gesundheitszustand bzgl. Angst/ Niedergeschlagenheit</b>	<b>Absolute Angaben</b>	<b>Prozentualer Anteil</b>
<b>Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert.</b>	n=210	54,4 %
<b>Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert.</b>	n=83	21,5 %
<b>Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert.</b>	n=52	13,5 %
<b>Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert.</b>	n=19	4,9 %
<b>Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert.</b>	n=10	2,6 %
<b>Fehlend</b>	n=13	3,4 %
<b>Gesamt</b>	n=387	100 %

Ihren aktuellen Gesundheitszustand als Skalenwert beurteilen die Patient\*innen (n=213) bei Entlassung durchschnittlich mit 55,51 (sd=19,819), wobei das Minimum bei 0 und das Maximum bei 100 liegt.

Zusammenfassend verweisen diese Ergebnisse zunächst darauf, dass ein Großteil der Betroffenen erwartungsgemäß auch nach einem GeriNoVe Aufenthalt auf v. a. instrumentelle Hilfe und Unterstützung im Alltag angewiesen ist, wobei körperliche Beschwerden/ Schmerzen sowie Angst und Niedergeschlagenheit eine untergeordnete Rolle spielen.

## **b) Ergebnisse der schriftlichen Patient\*innenbefragung drei Monate nach GeriNoVe-Entlassung (t1)**

## Sample

An der t1-Befragung haben 228 Patient\*innen teilgenommen, indem sie einen auswertbaren Fragebogen zurücksandten. Bei insgesamt 543 verschickten Fragebögen entspricht dies einer Rücklaufquote von 42 %.

Nahezu zwei Drittel der befragten Personen sind weiblich (n=138; 60,5 %) und zu 85,5 % (n=195) in Deutschland geboren. Darüber hinaus handelt es sich mehrheitlich um hochaltrige Menschen, denn die meisten (n=66; 28,9 %) sind zwischen 85 und 89 Jahre alt. Ein jeweils etwa gleich großer Anteil entfällt auf die Gruppe der 80- bis 84- Jährigen (n=53; 23,2 %) sowie die 90- bis 95- Jährigen (n=54; 23,7 %). Lediglich 10,1 % (n=23) der Antwortenden befindet sich in einem Alter zwischen 75 und 79 Jahren.

Drei Monate nach ihrem GeriNoVe Aufenthalt lebt jede zweite Person im städtischen Raum (n=114; 50 %) und die weit überwiegende Mehrheit entweder allein (n=90; 39,5 %) oder mit einem/r (Ehe-)Partner\*in (n=66; 28,9 %) zusammen. Die meisten Befragten bewohnen überdies entweder eine Eigentumswohnung oder ein Eigenheim (n=101; 44,3 %) und weitere 28,1 % (n=64) leben inzwischen in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe.

Im Hinblick auf den höchsten erreichten Schulabschluss geben 70,2 % (n=160) einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss an, 11,4 % (n=26) besitzen die mittlere Reife und lediglich 7,9 % (n=18) verfügen über eine allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife. Die Hälfte der Befragten hat eine Berufsausbildung abgeschlossen (n=114; 50,0 %), wohingegen 12,3 % (n=18) keinen Beruf erlernt haben.

Darüber hinaus ist festzustellen, dass es sich bei den Antwortenden, drei Monate nach GeriNoVe Aufenthalt, in vier von fünf „Fällen“ (81,6 %) um Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI handelt. Dabei ist der Pflegegrad 3 am häufigsten vertreten (n=82; 36,0 %), gefolgt von Pflegegrad 4 (n=60; 26,3 %). Knapp ein Fünftel der Befragten (n=44; 19,3 %) hat den Pflegegrad 2.

## Zuweisung ins GeriNoVe

Die weit überwiegende Mehrheit der Patient\*innen (84,2 %) zeigt sich rückblickend, drei Monate nach GeriNoVe Aufenthalt, mit ihrer damaligen Aufnahme in das neue Versorgungsmodell sehr bzw. eher zufrieden:

Tabelle 20: Bewertung der Aufnahme ins GeriNoVe

Zustimmung zu folgender Aussage		Voll und ganz	Eher	Eher nicht	Überhaupt nicht	Fehlend	Gesamt
Die Aufnahme in das GeriNoVe verlief zügig und reibungslos	absolut	n=192	n=26	n=1	n=0	n=9	n=228
	prozentual	84,2 %	11,4 %	0,4 %	0 %	3,9 %	100 %

## Versorgung im GeriNoVe

Bei den Befragten handelt es sich zudem fast ausschließlich um Personen (94,3 % n=215), die zumindest 12 Wochen nach ihrer Behandlung im GeriNoVe bislang nur einmal dort waren.

Die Versorgungsqualität im GeriNoVe wird dabei von den meisten Patient\*innen als sehr gut (66,2 %) und von weiteren 23,7 % (n=54) als gut beurteilt:

Tabelle 21: Beurteilung der Versorgungsqualität im GeriNoVe

Beurteilung der	Absolute Angaben	Prozentualer Anteil
<b>Sehr gut</b>	n= 151	66,2 %
<b>Gut</b>	n= 54	23,7 %
<b>Befriedigend</b>	n= 15	6,6 %
<b>Ausreichend</b>	n= 1	0,4 %
<b>Mangelhaft</b>	n= 3	1,3 %
<b>Ungenügend</b>	n= 1	0,4 %
<b>Fehlend</b>	n= 3	1,3 %
<b>Gesamt</b>	n= 228	100 %

Ein Großteil der Patient\*innen stimmt voll und ganz (70,6 %) der Aussage zu, dass die Versorgung im GeriNoVe wenig belastend ist und 18,0 % teilen diese Einschätzung zumindest eher.

Ein ähnliches Bild zeigt sich bzgl. des subjektiv empfundenen Erfolges der Behandlung im neuen Versorgungsmodell, denn 71,1 % der Befragten erachten diesen als erzielt und 14,5 % beurteilen die Versorgung rückblickend als eher erfolgreich.

Im Hinblick auf das Personal des GeriNoVe hat der Großteil der Patient\*innen (74,6 %) voll und ganz den Eindruck, dass die Mitarbeitenden fachlich sehr kompetent sind und ein fast gleichgroßer Anteil (71,1 %) stimmt der Aussage voll und ganz zu, der zufolge das Personal alles so erklärte, dass es für sie verständlich war. Rund zwei von drei Befragten fühlten sich zudem angemessen informiert während ihres GeriNoVe Aufenthaltes (62,3 %) und für ein weiteres Fünftel (21,9 %) traf dies zumindest eher zu. Die Befunde belegen ferner, dass nur wenige Patient\*innen den Eindruck haben, widersprüchliche Auskünfte vom Personal erhalten zu haben (7,5 % bzw. 3,9 %):

Tabelle 22: Bewertung von Belastung, Erfolg und Personal des GeriNoVe

Zustimmung zu folgenden Aussagen		Voll und ganz	Eher	Eher nicht	Überhaupt nicht	Fehlend	Gesamt
Ich habe die Versorgung im GeriNoVe als wenig belastend empfunden	num.	n=161	n=41	n=6	n=2	n=18	n=228
	proz.	70,6 %	18 %	2,6 %	0,9 %	7,9 %	100 %
Die Versorgung im GeriNoVe war aus meiner Sicht ein Erfolg	num.	n=162	n=33	n=13	n=5	n=15	n=228
	proz.	71,1 %	14,5 %	5,7 %	2,2 %	6,6 %	100 %
Das Personal hat mir alles so erklärt, dass ich es auch verstehen konnte	num.	n=162	n=39	n=8	n=3	n=16	n=228
	proz.	71,1 %	17,1 %	3,5 %	1,3 %	7 %	100 %

Ich fühlte mich angemessen über alles informiert	num.	n=142	n=50	n=11	n=6	n=19	n=228
	proz.	62,3 %	21,9 %	4,8 %	2,6 %	8,3 %	100 %
Ich hatte den Eindruck, dass das Personal fachlich sehr kompetent ist	num.	n=170	n=39	n=4	n=4	n=11	n=228
	proz.	74,6 %	17,1 %	1,8 %	1,8 %	4,8 %	100 %
Das Personal in GeriNoVe gab mir widersprüchliche Auskünfte	num.	n=17	n=9	n=32	n=134	n=35	n=228
	proz.	7,5 %	3,9 %	14 %	58,8 %	15,4 %	100 %

### Entlassung aus dem GeriNoVe

Über die Hälfte der Patient\*innen (59,6 %) stimmt dem Eindruck völlig zu, dass sie zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem GeriNoVe wussten, wie es mit ihrer pflegerischen Versorgung weitergeht und auf etwa ein Viertel der Befragten trifft dies eher zu (24,1 %):

Tabelle 23: Informiertheit der Patient\*innen zum Zeitpunkt der Entlassung aus GeriNoVe

"Ich wusste zum Zeitpunkt meiner Entlassung aus dem GeriNoVe, wie es danach mit meiner pflegerischen Versorgung weitergeht."	Absolute Angaben	Prozentualer Anteil
<b>Stimme völlig zu</b>	n=136	59,6 %
<b>Stimme eher zu</b>	n=55	24,1 %
<b>Stimme eher nicht zu</b>	n=14	6,1 %
<b>Stimme gar nicht zu</b>	n=11	4,8 %
<b>Fehlend</b>	n=12	5,3 %
<b>Gesamt</b>	n=228	100 %

Aus rückblickender Sicht der Patient\*innen kam es durch ihren GeriNoVe Aufenthalt in 46,5% der „Fälle“ (n=106) zu einer Neu- bzw. Reorganisation der pflegerischen und/ oder sozialen Versorgung, wobei die geplante Anschlussversorgung zu 48,7 % (n=111) vollständig und bei knapp einem Fünftel der Patient\*innen (19,7 %; n=45) zumindest teilweise umgesetzt werden konnte. Ferner wird deutlich, dass 37,7 % (n=86) der Befragten voll und ganz der Aussage zustimmen, GeriNoVe habe ihre Versorgungssituation stabilisiert und 22,4 % diesen Eindruck eher teilen (n=51).

Gleichzeitig ist festzustellen, dass es den Proband\*innen offensichtlich schwer fällt, differenziert zu beurteilen, welche Personen und Leistungen im Rahmen des neuen Versorgungsarrangements neu oder wieder hinzukamen bzw. weggefallen sind, denn diese Fragen weisen eine vergleichsweise hohe Rate fehlender Antworten auf. Unabhängig davon geben 12,7 % (n=29) der Befragten an, nunmehr durch eine 24-Std.-Betreuungskraft unterstützt zu werden und bei weiteren 6,6 % (n=15) wurde eine Haushaltshilfe neu an der Versorgung beteiligt. Bei rund jedem\*r fünften Patient\*in (20,6 %; n=47) kam es nach dem

GeriNoVe Aufenthalt zu einer Übersiedelung in eine Einrichtung der stationären Langzeitpflege und 18,4 % (n=42) nahmen zunächst Kurzzeitpflege in Anspruch. Ferner wurden 18,9 % (n=43) der Befragten nach eigenen Aussagen neu mit Hilfsmitteln versorgt und bei 26 Personen (11,4 %) kam es zur Beteiligung eines ambulanten Dienstes an der Versorgung im Nachgang zur Behandlung im GeriNoVe.

### Unterstützungspotenziale im Alltag und Veränderungen in zentralen Lebensbereichen

Der Großteil der Patient\*innen (80,7 %) kann immer mit Unterstützung rechnen, wenn es darum geht, zu einem Arztbesuch gebracht werden zu müssen, falls dies notwendig ist. Deutlich geringer fällt das selbst empfundene Unterstützungspotenzial hingegen bei evtl. anfallenden Bedarfen im Alltag aus, denn lediglich 57,0 % der Befragten geben an, in jedem Fall Unterstützung zu haben, wenn sie bspw. selbst kein Essen zubereiten könnten oder Hilfe bei alltäglichen Aufgaben benötigen würden (56,6 %). Die Hälfte der Befragten (50,4 %) hat immer einen\*e Ansprechpartner\*in, dem\*der sie sich anvertrauen oder mit ihm\*ihr persönliche Probleme besprechen kann. Darüber hinaus steht 47,8 % der Antwortenden immer jemand zur Seite, der gute Ratschläge in schwierigen Situationen gibt und für 44,3 % gilt dies auch für das Verständnis ihrer Probleme seitens einer anderen Person:

Tabelle 24: Unterstützungspotenziale der Patient\*innen bei Hilfebedarf im Alltag

Wie häufig steht Ihnen folgende Unterstützung durch andere Menschen zur Verfügung?		Nie	Manchmal	Meist	Immer	Fehlend	Gesamt
Jemand, der Sie zum Arzt fährt, wenn es nötig ist	num.	n=7	n=19	n=24	n=134	n=44	n=228
	proz.	3,1 %	8,3 %	10,5 %	80,7 %	19,3 %	100 %
Jemand, der Ihnen Essen zubereitet, wenn Sie dazu nicht in der Lage sind	num.	n=9	n=18	n=23	n=130	n=48	n=228
	proz.	3,9 %	7,9 %	10,1 %	57 %	21,1 %	100 %
Jemand, der Ihnen bei alltäglichen Arbeiten hilft, wenn Sie krank sind	num.	n=7	n=18	n=29	n=129	n=45	n=228
	proz.	3,1 %	7,9 %	12,7 %	56,6 %	19,7 %	100 %
Jemand, der Ihnen in schwierigen Situationen gute Ratschläge gibt	num.	n=5	n=17	n=50	n=109	n=47	n=228
	proz.	2,2 %	7,5 %	21,9 %	47,8 %	20,6 %	100 %
Jemand, dem Sie sich anvertrauen oder mit dem Sie über persönliche Probleme	num.	n=4	n=22	n=42	n=115	n=45	n=228
	proz.	1,8 %	9,6 %	18,4 %	50,4 %	19,7 %	100 %

sprechen können							
Jemand, der Ihre Probleme versteht	num.	n=3	n=18	n=58	n=101	n=48	n=228
	proz.	1,3 %	7,9 %	25,4 %	44,3 %	21 %	100 %

Mit einer weiteren Frage wurden die Patient\*innen gebeten, erstens einzuschätzen, inwieweit sich Veränderungen in zentralen Lebensbereichen seit ihrer, drei Monate zurück liegenden, Entlassung aus dem GeriNoVe ergeben haben sowie zweitens die Beteiligung des neuen Versorgungsmodells an den Veränderungen zu beurteilen.

Dabei zeigt sich zunächst, dass durchschnittlich rund jeweils ein Viertel der Befragten (25,2 %) keine Veränderungseinschätzung in den im Fragebogen benannten Lebensbereichen vorgenommen haben oder vornehmen konnten. Angesichts des (zumeist) hohen Lebensalters der ehemaligen Patient\*innen sowie der häufig existierenden Multimorbidität kann zudem ein im Zeitverlauf tendenziell eher steigender Unterstützungsbedarf vermutet werden. Darüber hinaus handelte es sich bei ihrem GeriNoVe Aufenthalt um eine kurzfristige Intervention in einer akuten, primär sozialpflegerischen Notfallsituation und daher nicht um eine länger andauernde Rehabilitationsmaßnahme. Gleichwohl liefern die Befunde wertvolle Hinweise auf individuelle Entwicklungen seit der jeweils 12 Wochen zurückliegenden Entlassung aus der neuen Versorgungseinheit. Dabei zeigt das Ranking eingetretener (d. h. deutlicher bzw. leichter) Verbesserungen in einzelnen Lebensbereichen allein mit Blick auf die Grundgesamtheit der Befragten zusammenfassend folgendes Bild:

Die selbst empfundenen positiven Modifikationen betreffen am häufigsten den allgemeinen Gesundheitszustand (30,7 %) sowie die Lebensqualität (28,9 %) und Selbständigkeit im Alltag (27,2 %); gefolgt vom Sicherheitsgefühl (22,3 %), Umgang mit psychischen Belastungen (18,4 %), Mobilität (14,0 %), sozialen Kontakten (12,8 %) und der selbständigen Bewältigung krankheitsbedingter Anforderungen (8,7 %). Demgegenüber erlebt rund die Hälfte der Befragten (50,9 %) drei Monate nach Entlassung aus dem GeriNoVe keinerlei Veränderungen hinsichtlich des letztgenannten Items. Ein fast gleichgroßer Anteil (48,7 %) bewertet auch die sozialen Kontakte als unverändert; gefolgt vom Umgang mit psychischen Belastungen (42,5 %). Gleiches gilt für jeweils etwa ein Drittel des Samples hinsichtlich des Sicherheitsgefühls (37,3 %), der Selbständigkeit im Alltag (35,1 %) und der Lebensqualität (30,7 %).

Weiterhin ist zu konstatieren, dass jeweils weniger als ein Fünftel der alten Frauen und Männer, Verschlechterungen in den erfragten Lebensbereichen erleben (i. S. von leichter und deutlicher Verschlechterung). Einzige Ausnahmen bilden hierbei der allgemeine Gesundheitszustand und die Mobilität, denn hier wird eine Verschlechterungsquote von 24,6 % bzw. 21,1 % ersichtlich:

Tabelle 25: Veränderungen in zentralen Lebensbereichen innerhalb von drei Monaten nach Entlassung aus dem GeriNoVe

Veränderungen seit der Entlassung		Keine Änderung	Deutlich verbessert	Etwas verbessert	Etwas verschlechtert	Deutlich verschlechtert	Fehlend	Gesamt
Selbständigkeit im Alltag	num.	n=80	n=19	n=43	n=16	n=23	n=47	n=228
	proz.	35,1 %	8,3 %	18,9 %	7 %	10,1 %	20,6 %	100 %
	num.	n=70	n=27	n=39	n=22	n=16	n=54	n=228

<b>Lebensqualität</b>	proz.	30,7 %	11,8 %	17,1 %	9,6 %	7 %	23,7 %	100 %
<b>Soziale Kontakte</b>	num.	n=111	n=12	n=17	n=16	n=9	n=63	n=228
	proz.	48,7 %	5,3 %	7,5 %	7 %	3,9 %	27,6 %	100 %
<b>Mobilität</b>	num.	n=89	n=10	n=22	n=18	n=30	n=59	n=228
	proz.	39 %	4,4 %	9,6 %	7,9 %	13,2 %	25,9 %	100 %
<b>Selbstständige Bewältigung krankheitsbedingter Anforderungen</b>	num.	n=116	n=9	n=11	n=9	n=19	n=64	n=228
	proz.	50,9 %	3,9 %	4,8 %	3,9 %	8,3 %	28,1 %	100 %
<b>Sicherheitsgefühl</b>	num.	n=85	n=19	n=32	n=21	n=12	n=59	n=228
	proz.	37,3 %	8,3 %	14 %	9,2 %	5,3 %	25,9 %	100 %
<b>Umgang mit psychischen Belastungen</b>	num.	n=97	n=9	n=33	n=19	n=10	n=60	n=228
	proz.	42,5 %	3,9 %	14,5 %	8,3 %	4,4 %	26,3 %	100 %
<b>Allgemeiner Gesundheitszustand</b>	num.	n=56	n=20	n=50	n=30	n=26	n=60	n=228
	proz.	24,6 %	8,8 %	21,9 %	13,2 %	11,4 %	26,3 %	100 %

Die weiterführenden Ergebnisse verweisen auf Schwierigkeiten der Befragten, drei Monate nach Entlassung, zu beurteilen, inwieweit der GeriNoVe Aufenthalt explizit zu den o. g. Veränderungen beigetragen hat, denn durchschnittlich 47,8 % machen hierzu keine Angaben.

Unabhängig davon hat GeriNoVe in fast jedem dritten „Fall“ (30,3 %) einen Beitrag zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes geleistet und bei einem Viertel des Samples (25,9 %) die Lebensqualität sowie bei 20,2 % die Selbständigkeit im Alltag verbessert. Bei allen anderen Items liegt der Anteil derjenigen, die entsprechende Verbesserungen dem GeriNoVe zuschreiben, bei jeweils unter 20,0 %. Zugleich wird aber auch deutlich, dass die Proband\*innen Verschlechterungen ihres sozialen, funktionalen sowie allgemeinen Zustandes nicht mit der Behandlung in der neuen Versorgungseinheit assoziieren:

Tabelle 26: Bewertung des Beitrags von GeriNoVe zu Veränderungen in zentralen Lebensbereichen innerhalb von drei Monaten nach der Entlassung

<b>Beitrag von GeriNoVe</b>		<b>Zur Verbesserung beigetragen</b>	<b>Keinen Beitrag geleistet</b>	<b>Zur Verschlechterung beigetragen</b>	<b>Fehlend</b>	<b>Gesamt</b>
	num.	n=46	n=78	n=2	n=102	n=228

<b>Selbständigkeit im Alltag</b>	proz.	20,2 %	34,2 %	0,9 %	44,7 %	100 %
<b>Lebensqualität</b>	num.	n=59	n=64	n=1	n=104	n=228
	proz.	25,9 %	28,1 %	0,4 %	45,6 %	100 %
<b>Soziale Kontakte</b>	num.	n=20	n=91	n=1	n=116	n=228
	proz.	8,8 %	39,9 %	0,4 %	50,1 %	100 %
<b>Mobilität</b>	num.	n=31	n=90	n=1	n=106	n=228
	proz.	13,6 %	39,5 %	0,4 %	46,5 %	100 %
<b>Selbstständige Bewältigung krankheitsbedingter Anforderungen</b>	num.	n=15	n=91	n=1	n=121	n=228
	proz.	6,6 %	39,9 %	0,4 %	53,1 %	100 %
<b>Sicherheitsgefühl</b>	num.	n=40	n=78	n=1	n=109	n=228
	proz.	17,5 %	34,2 %	0,4 %	47,8 %	100 %
<b>Umgang mit psychischen Belastungen</b>	num.	n=36	n=74	n=3	n=115	n=228
	proz.	15,8 %	32,5 %	1,3 %	50,4 %	100 %
<b>Allgemeiner Gesundheitszustand</b>	num.	n=69	n=56	n=3	n=100	n=228
	proz.	30,3 %	24,6 %	1,3 %	43,9 %	100 %

### Allgemeiner Gesundheitszustand

Die Antworten auf die Frage nach der individuellen Beurteilung des allgemeinen Gesundheitszustandes verdeutlichen erneut die insgesamt hohe biopsychosoziale Belastung der hochbetagten Befragten auch 3 Monate nach ihrer Entlassung aus dem GeriNoVe: So beschreibt lediglich knapp ein Viertel (23,2 %) von ihnen den diesbezüglichen Status als sehr gut bzw. gut. Die größte Gruppe (36,4 %) bilden Personen, die ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen als weniger gut beurteilen und 29,4 % empfinden in als schlecht:

Tabelle 27: Individuelle Beurteilung des allgemeinen Gesundheitszustandes

Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	num.	proz.
<b>Ausgezeichnet</b>	n=0	0 %
<b>Sehr gut</b>	n=1	0,4 %
<b>Gut</b>	n=52	22,8 %
<b>Weniger gut</b>	n=83	36,4 %



<b>Schlecht</b>	n=67	29,4 %
<b>Fehlend</b>	n=25	10,1 %
<b>Gesamt</b>	n=228	100 %

### Einschätzung des Gesundheitszustandes nach EQ-5D-DL

Um die Gesundheitssituation der Proband\*innen differenzierter beschreiben zu können, kam, wie bereits zum Zeitpunkt der Entlassung aus GeriNoVe (t0), auch in der t1-Befragung der EQ-5D-5L zur Anwendung. Dieses Instrument erlaubt eine vergleichsweise schnelle und einfache Einschätzung der subjektiven Gesundheit entlang von fünf Dimensionen, die insbesondere für die Bewältigung des Lebens im (hohen) Alter relevant erscheinen (Beweglichkeit und Mobilität, Selbstversorgung, Alltagsaktivitäten, Schmerzen und körperliche Beschwerden sowie Angstzustände und Niedergeschlagenheit). Auch diese Ergebnisse belegen einen mehrheitlich stark belasteten Gesundheitszustand bzw. hohen Unterstützungsbedarf der Befragten auch drei Monate nach ihrem GeriNoVe Aufenthalt, denn mehr als ein Drittel von ihnen (34,2 %) hat bspw. große, grundlegende Probleme in der Beweglichkeit/ Mobilität im Sinne der Fähigkeit, herumzugehen und weitere 19,7 % sind hierzu nicht (mehr) in der Lage. Für mehr als ein Viertel des Samples (29,4 %) ist die Durchführung alltäglicher Tätigkeiten hoch problematisch und für 41,7 % sogar unmöglich. Ähnliches zeigt sich mit Blick auf die Selbstsorge, da gut ein Drittel der Befragten (34,2 %) nicht in der Lage ist, sich selbst zu waschen oder anzuziehen und knapp ein Viertel (24,1 %) dies gar nicht kann:

Tabelle 28: EQ-5D-5L (t1): Gesundheitszustand bzgl. Beweglichkeit/ Mobilität, für sich selbst zu sorgen und alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

Dimension des Gesundheitszustandes		Keine Probleme	Leichte Probleme	Mäßige Probleme	Große Probleme	Nicht in der Lage	Fehlend	Gesamt
Beweglichkeit/ Mobilität (d. h. herumzugehen)	num.	n=6	n=24	n=57	n=78	n=45	n=18	n=228
	proz.	2,6 %	10,5 %	25,0 %	34,2 %	19,7 %	7,9 %	100 %
Für sich selbst sorgen (d. h. sich selbst zu waschen oder anzuziehen)	num.	n=15	n=23	n=42	n=55	n=78	n=15	n=228
	proz.	6,6 %	10,1 %	18,4 %	24,1 %	34,2 %	6,6 %	100 %
Alltäglichen Tätigkeiten nachgehen	num.	n=7	n=16	n=28	n=67	n=95	n=15	n=228
	proz.	3,1 %	7 %	12,3 %	29,4 %	41,7 %	6,6 %	100 %

Allerdings haben 28,5 % der Proband\*innen keine bzw. nur leichte Schmerzen oder körperliche Beschwerden und bei 38,2 % fallen diese mäßig aus:

Tabelle 29: EQ-5D-5L (t1): Gesundheitszustand bzgl. Schmerzen/ körperlicher Beschwerden

Dimension des	Keine	Leichte	Mäßige	Starke	Extreme	Fehlend	Gesamt
---------------	-------	---------	--------	--------	---------	---------	--------

<b>Gesundheitszustandes</b>								
Schmerzen/ körperliche Beschwerden	num.	n=25	n=40	n=87	n=45	n=13	n=18	n=228
	proz.	11,0 %	17,5 %	38,2 %	19,7 %	5,7 %	7,9 %	100 %

Darüber hinaus gibt fast ein Fünftel der Befragten (23,2 %) an, nicht ängstlich oder deprimiert zu sein und für weitere 18,4 % trifft dies nach eigener Einschätzung nur in geringem Ausmaß zu:

Tabelle 30: EQ-5D-5L (t1): Gesundheitszustand bzgl. Angst/ Niedergeschlagenheit

<b>Dimension des Gesundheitszustandes</b>		<b>Nicht</b>	<b>Ein wenig</b>	<b>Mäßig</b>	<b>Sehr</b>	<b>Extrem</b>	<b>Fehlend</b>	<b>Gesamt</b>
Vorhandensein von Angst/ Niedergeschlagenheit	num.	n=53	n=42	n=68	n=35	n=8	n=22	n=228
	proz.	23,2 %	18,4 %	29,8 %	15,4 %	3,5 %	9,7 %	100 %

In einer der abschließenden Fragen wurden die ehemaligen Patient\*innen gebeten, ihre Gesundheit zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens auf einer Skala von 100 (bester Wert) bis 0 (schlechtester Wert) anzukreuzen und zudem den entsprechenden Zahlenwert anzugeben. Ersteres haben 149 Befragte gemacht und 193 sind der Bitte nach Angabe eines numerischen Wertes gefolgt.

In beiden Fällen wird die aktuelle gesundheitliche Situation tendenziell als eher beeinträchtigt charakterisiert, denn der mittlere, angegebene Skalenwert beträgt 40,91, wobei das Minimum bei 5 und das Maximum bei 90 liegen. Der von den Befragten selbst eingetragene numerische Wert beträgt durchschnittlich nur 39,74; weist jedoch einen höheren Maximal- sowie einen niedrigeren Minimalwert auf:

Tabelle 31: Einschätzung des Gesundheitszustandes zum Zeitpunkt der Fragenbogenbearbeitung

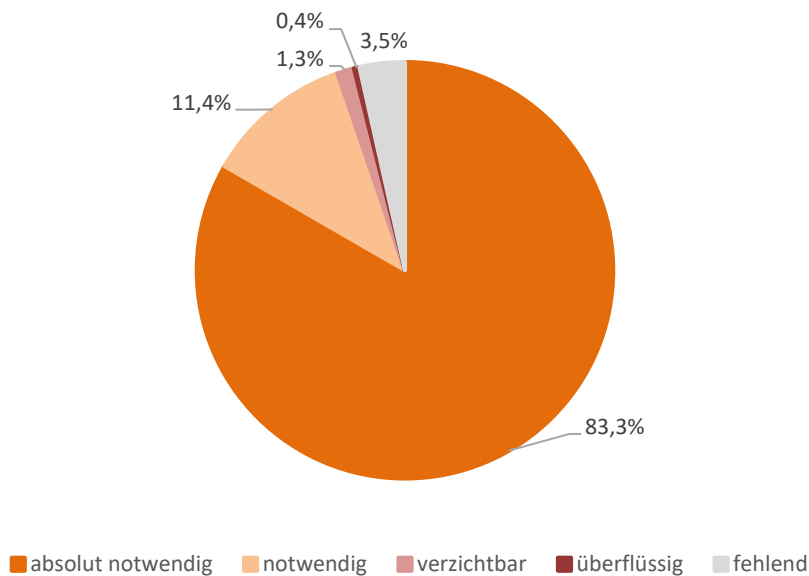
	<b>n</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>Sd</b>
<b>Heutiger Gesundheitszustand (Skalenwert)</b>	149	5	90	40,91	19,140
<b>Heutiger Gesundheitszustand (numerisch)</b>	193	0	100	39,74	20,351

### GerinoVe als Versorgungskonzept

Die weit überwiegende Mehrheit aller Befragten, d. h. 190 von 228 Personen (83,3 %), erachtet das Modellprojekt für absolut notwendig und weitere 11,4 % für mindestens notwendig:

Abbildung 6: Beurteilung der Notwendigkeit der neuen Versorgungsform (n=228)

Notwendigkeit der Versorgungsform GeriNoVe



In ähnlich positive Richtung weisen demzufolge auch die Befunde zu entsprechend weiterführenden Fragen, denn sie zeigen, dass mehr als zwei Drittel (76,8 %) der ehemaligen Patient\*innen voll und ganz der Aussage zustimmen, dass man im GeriNoVe gut aufgehoben ist. Des Weiteren würden 82,5 % von ihnen das neue geriatrische Notfallversorgungszentrum weiterempfehlen und ein fast gleichgroßer Anteil (84,2 %) würde es im Bedarfsfall erneut aufsuchen:

Tabelle 32: Beurteilung des neuen Versorgungsmodells anhand ausgewählter Aspekte

Zustimmung zu folgenden Aussagen		Voll und ganz	Eher	Eher nicht	Überhaupt nicht	Fehlend	Gesamt
Im GeriNoVe ist man als Patient*in gut aufgehoben	num.	n=175	n=29	n=5	n=2	n=17	n=228
	proz.	76,8 %	12,7 %	2,2 %	0,9 %	7,5 %	100 %
Ich würde meinen Freund*innen auf jeden Fall das GeriNoVe empfehlen, wenn sie ähnliche Hilfe benötigen würden, wie ich damals	num.	n=188	n=22	n=7	n=3	n=8	n=228
	proz.	82,5 %	9,6 %	3,1 %	1,3 %	3,5 %	100 %
Ich würde bei Bedarf das GeriNoVe wie-der aufsuchen	num.	n=192	n=18	n=5	n=5	n=8	n=228
	proz.	84,2 %	7,9 %	2,2 %	2,2 %	3,5 %	100 %

### **c) Ergebnisse der schriftliche Patient\*innenbefragung zwölf Monate nach GeriNoVe-Entlassung (t2)**

#### **Sample**

Voraussetzung für eine Teilnahme an der t2-Befragung war die informierte Einwilligung während des GeriNoVe-Aufenthalts. Zudem musste die Versorgung im GeriNoVe während des ersten Laufjahres erfolgt sein. Die Begrenzung der Stichprobe auf das erste Betriebsjahr ist auf die Projektlaufzeit zurückzuführen.

Es wurden 191 Fragebogen zu t2 verschickt, wovon 69 ausgefüllte und auswertbare Fragebogen zurückgesandt wurden, was einer Rücklaufquote von 36 % entspricht.

Die Mehrzahl der Befragten (33,3 %) gibt an, allein zu leben. Etwa ein Viertel (26,1 %) lebt mit einem\*r (Ehe-)Partner\*in zusammen. Weitere 10,1 % leben gemeinsam mit nicht näher bezeichneten Personen.

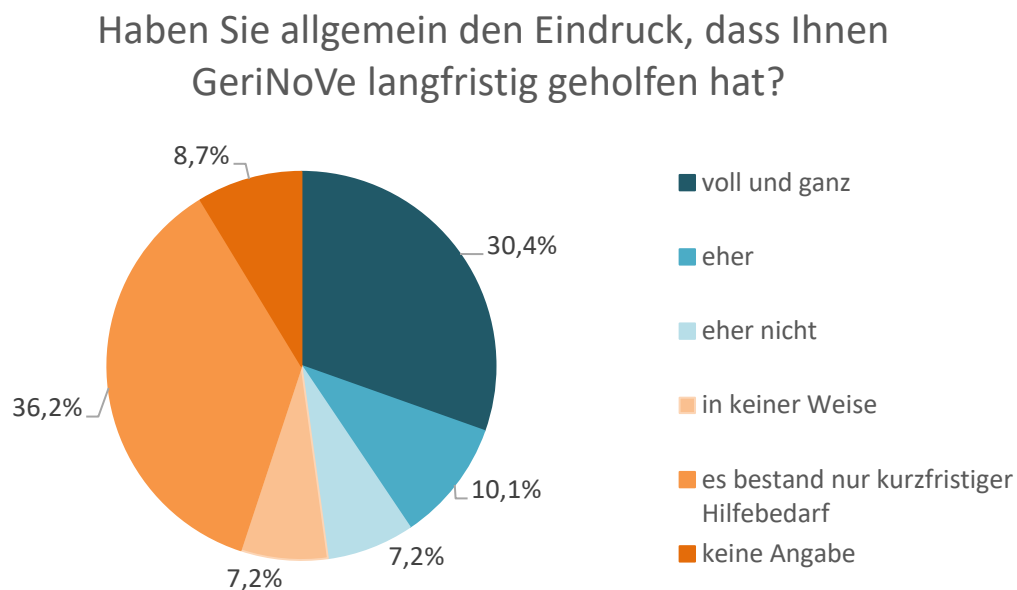
51 der 69 Personen, die an der t2-Befragung teilgenommen haben, beantworteten auch den t1-Fragebogen. Zu diesem Personenkreis liegen teils soziodemografische Angaben vor: 20 Männer (39,2 %) und 28 Frauen (54,9 %) haben beide Fragebögen bearbeitet und zurückgesandt. 15 Personen (29,4 %) zählen dabei zur Altersgruppe der 85- bis 89- Jährigen, und 13 (25,5 %) sind zwischen 80 und 84 Jahre alt. Jeweils 11 Personen (21,6 %) sind 90 Jahre und älter oder zwischen 70 und 79 Jahre alt. Die meisten Personen (62,7 %) geben einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss, 10 weitere (19,6 %) die Mittlere Reife sowie 6 Personen (11,8 %) das Abitur als höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss an.

#### **Versorgung im GeriNoVe**

Auf die Frage, wie häufig die befragten Personen bisher Patient\*innen im GeriNoVe waren, berichten vier Personen (5,8 %) 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 genannt: Keine Aufnahme ins Krankenhaus möglich, ein 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:

Abbildung 7: Haben Sie allgemein den Eindruck, dass Ihnen GeriNoVe langfristig geholfen hat? (n=69)



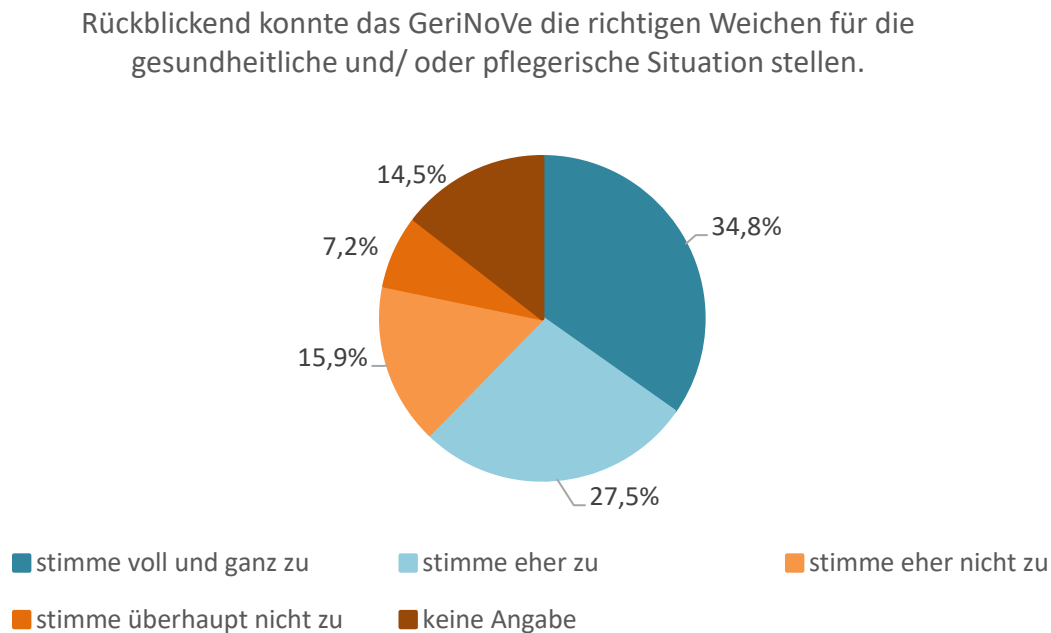
Quelle: eigene Darstellung

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 weitgehen durch einen Rollator 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.

Die Mehrzahl der Befragten (63,8 %) beschreibt die Versorgung im GeriNoVe rückblickend als vollen Erfolg und für 13 % trifft dies eher zu. Lediglich 10,3 % der Antwortenden erachten ihre dort erfolgte Behandlung für erfolglos.

Dass GeriNoVe rückblickend die richtigen Weichen für die gesundheitliche und/ oder pflegerische Situation stellen konnte, berichtet hingegen gut ein Drittel (34,8 %) der Befragten und weitere 27,5 % stimmen dieser Aussage eher zu. Insgesamt 23,1 % der Patient\*innen sind gegenteiliger Meinung:

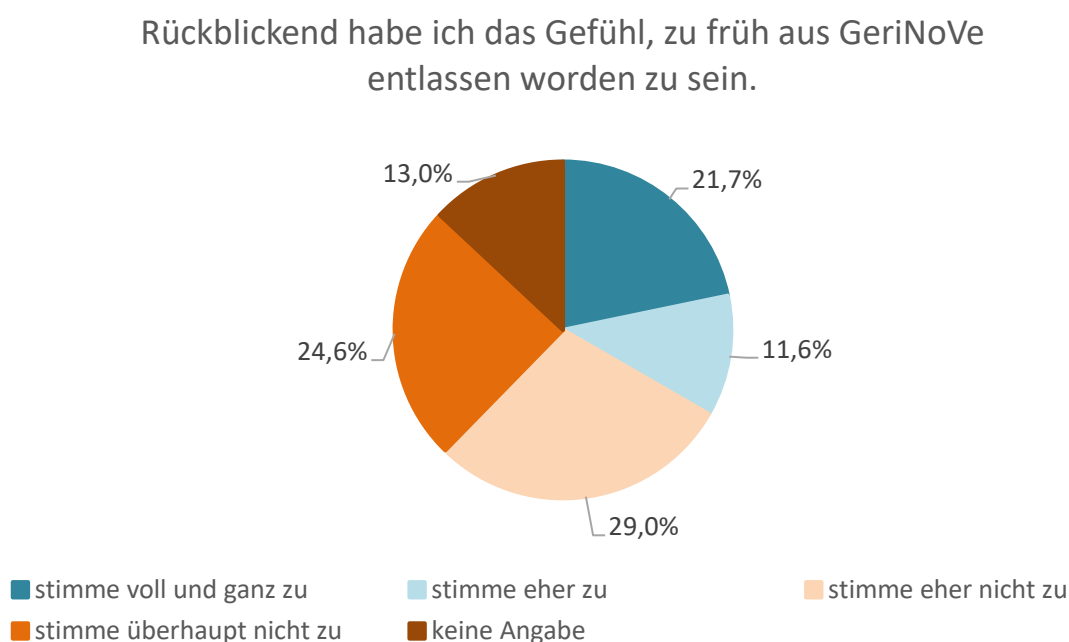
Abbildung 8: Rückblickend konnte das GeriNoVe die richtigen Weichen für die gesundheitliche und/ oder pflegerische Situation stellen (n=69)



Quelle: eigene Darstellung

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, denn immerhin ein Fünftel (21,7 %) der Befragten hat rückblickend voll und ganz das Gefühl, zu früh entlassen worden zu sein und weitere 11,6 % stimmen dieser Einschätzung eher zu:

Abbildung 9: Rückblickend habe ich das Gefühl, zu früh aus GeriNoVe entlassen worden zu sein (n=69)



Quelle: eigene Darstellung

Darüber hinaus hätte sich etwa ein Viertel (24,6 %) der Befragtengruppe 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 einem längeren Aufenthalt im neuen Versorgungsmodell als auch das Bedürfnis nach einer engeren Verzahnung des GeriNoVe mit 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.

Ferner stimmen wiederum 24,6 % der ehemaligen Patient\*innen dem Wunsch nach einer weiteren nachsorgenden Begleitung und Unterstützung durch GeriNoVe voll und ganz zu und weitere 15,9 % hätten sich dies eher gewünscht. Im Gegensatz dazu sieht insgesamt der größere Anteil der Befragten (43,6 %) hier kaum (23,3 %) bzw. gar keinen Bedarf (20,3 %).

### **Pflegerische Versorgung**

Im weiteren Verlauf des Fragebogens wurde erhoben, welche pflegerische Unterstützung die alten Frauen und Männer 12 Monate nach im ersten GeriNoVe Aufenthalt in Anspruch nehmen und wie sie die Stabilität ihrer aktuellen Versorgungssituation einschätzen.

An erster Stelle der unterstützenden Instanzen rangieren dabei ambulante Pflegedienste (37,7 %) sowie Angehörige/ Nachbar\*innen/ Freund\*innen (36,2 %). Ein jeweils gleichgroßer Anteil (26,1 %) der Befragten wird entweder durch eine im Haushalt lebende Betreuungsperson unterstützt (sog. 24-Std. Betreuung) oder lebt inzwischen in einem Alten-/ Pflegeheim. Lediglich ein Fünftel (20,3 %) gibt an, organisierte Nachbarschafts- oder eine Haushaltshilfe in Anspruch zu nehmen und nochmals deutlich weniger (8,7 %) nutzen teilstationäre Angebote der Tages-/ Nachpflege (8,7 %).

Ferner wird deutlich, dass mehr als ein Viertel (26,1 %) der Proband\*innen ihre aktuelle Versorgungssituation als voll und ganz stabil erlebt und fast die Hälfte (49,3 %) sie als eher stabil bewerten.

Die Antworten auf die offen gestellten Fragen nach den größten pflegerischen und/ oder gesundheitlichen Herausforderungen in den letzten 12 Monaten fallen umfangreich sowie vielschichtig aus und betreffen die ehemaligen Patient\*innen des GeriNoVe selbst; in einigen Fällen jedoch auch Angehörige, die teilweise ja an der Bearbeitung des Fragebogens beteiligt waren oder sie stellvertretend vorgenommen haben.

Die häufigsten Nennungen (n=33) können der Subkategorie gesundheitliche Beeinträchtigungen/ Beschwerden zugeordnet werden. Hierzu zählen neben akuten Krankheitsereignissen (wie Frakturen) v. a. chronische Schmerzen, Schlafstörungen und/ oder dauerhaften Erkrankungen (u. a. Diabetes mellitus, Arthrose, Querschnittslähmung, Demenz, Morbus Parkinson) sowie damit einhergehende Symptome (z. B. Gangunsicherheiten, Gleichgewichtsstörungen).

Danach folgen Angaben, die auf Herausforderungen bei der pflegerischen/ gesundheitlichen Versorgung hindeuten (n=13). Dies betrifft zum einen Selbstständigkeitsverluste im Zuge zunehmender Pflegeabhängigkeit, beginnende und/ oder fortschreitende demenzielle Veränderungen inkl. entsprechender Alltagsprobleme; zum anderen Schwierigkeiten bei der adäquaten medikamentösen Behandlung sowie beim Finden einer geeigneten Betreuung. In diesem Kontext charakterisieren sechs Antwortende die Suche nach einem stationären

Pflegeplatz, einem ambulanten Dienst sowie den Umzug in eine stationäre Einrichtung als größte Herausforderungen des letzten Jahres. Weitere sechs Äußerungen beziehen sich auf die häusliche Pflegesituation und fokussieren in erster Linie die Belastungen pflegender Angehöriger. Sie sind teils selbst im höheren Lebensalter und versorgen eine\*n Partner\*in oder aber mehrere pflegeabhängige Personen (Eltern/ Schwiegereltern) gleichzeitig. Laut den Berichten führt dies nicht selten zu großen Überforderungen; insbesondere auch dann, wenn demenzielle Veränderungen der zu Unterstützenden zum Tragen kommen.

Ein weiterer Schwerpunkt der Berichte betrifft Mobilitätsprobleme der Befragten (n=10), wie z. B. Gleichgewichtsprobleme, Gangunsicherheiten, das Angewiesensein auf einen Rollstuhl inkl. des Umgang damit oder mit anderen Mobilitätshilfen bis hin zu fortschreitenden Einbußen in der Motorik und/ oder Mobilität.

Neun genannte Herausforderungen stehen darüber hinaus in unmittelbarem Zusammenhang mit der Corona-Pandemie und fokussieren u. a. die eingeschränkten sozialen Kontakt-, Freizeit- und Besuchsmöglichkeiten in stationären Langzeiteinrichtungen sowie Ängste vor einer Infektion mit dem Virus. Zusätzlich zum Tod einer nahestehenden Person sind diese Aspekte wiederum mitverantwortlich für genannte negative, herausfordernde Veränderungen des sozialen Umfeldes (n=3).

Schließlich entfallen vier Äußerungen explizit auf psychische Herausforderungen, die mit einer stetigen Verschlechterung der eigenen Gesundheit und einer als unzufrieden erlebten Diskrepanz zwischen „Wollen“ und „Können“ in Verbindung gebracht werden. Weiterhin entstehen psychische Belastungen im Rahmen des Zeitmanagements in der pflegerischen Versorgung, der individuellen Alltagsbewältigung und demenzieller Veränderungen.

An wen haben sich die Befragten nun im Fall von gesundheitlichen/ pflegerischen Herausforderung in den letzten 12 Monaten gewandt, um diese zu bewältigen?

In erster Linie handelt es sich dabei um Angehörige, Nachbar\*innen und Freund\*innen (62,3 %). An zweiter Stelle folgen Ärzt\*innen (44,9 %) sowie ambulante Pflegedienste (43,5 %). Lediglich gut ein Viertel der Befragten (26,1 %) hat sich an die Kranken- oder Pflegeversicherung gewandt und 20,3 % haben Unterstützung bei einer im Haushalt lebenden Betreuungsperson gesucht. Als andere Ansprechpersonen werden von den Befragten das Fachpersonal eines Pflegeheims, der\*die eigene Partner\*in, der/ die Hausärzt\*in, ein Palliativteam sowie Mitarbeitende einer Demenz-WG selbst benannt.

Weiterhin verdeutlichen die Befunde der t2-Befragung, dass die Hälfte der Befragten (50,7 %) in den letzten 12 Monaten keine stationäre Krankenhausbehandlung in Anspruch genommen haben und fast ein Viertel von ihnen (24,6 %) eine solche Versorgung einmalig hinter sich gebracht haben. Auch ambulante Krankenhausbehandlungen fanden mehrheitlich nicht statt (62,3 %), wobei 14,5 % der Befragten einen und weitere 11,6 % ein Jahr nach ihrem ersten GeriNoVe Aufenthalt zwei ambulante Versorgungen im Krankenhaus aufweisen.

Zum Zeitpunkt der Befragung bezogen 61 der 69 Beteiligten Leistungen nach SGB XI. Demnach lag bei 40,3 % von ihnen der Pflegegrad 3 vor; gefolgt von 23,2 % mit Pflegegrad 4 und 17,4 % mit Pflegegrad 2 sowie 7,2 % mit dem höchsten Ausmaß an Pflegeabhängigkeit (Pflegegrad 5).

Vor diesem Hintergrund wird die individuelle Gesundheit erwartungsgemäß mehrheitlich als beeinträchtigt bewertet:

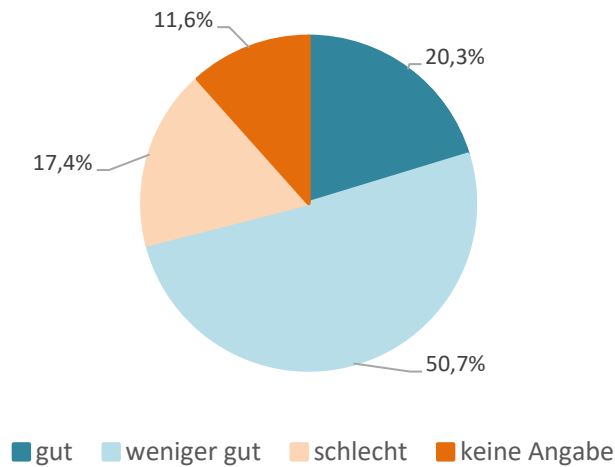
### **Allgemeine Gesundheit und Unterstützungspotenziale im Alltag**

So bewertet die Hälfte der Befragten (50,7 %) ihren allgemeinen Gesundheitszustand als weniger gut und weitere 17,4 % als schlecht. Nur ein Fünftel (20,3 %) der Antworten entfallen in diesem Zusammen auf die Bewertung „gut“ und keine Person nutzt die Kategorie „sehr gut“ oder „ausgezeichnet“:



Abbildung 10: Gesundheitszustand im Allgemeinen (n=69)

### Gesundheitszustand im Allgemeinen



Quelle: eigene Darstellung

Mit Blick auf persönliche Unterstützungspotenziale im Alltag zeigt sich, dass 37,7 % der Befragten immer jemand zur Verfügung steht, wenn es um Ratschläge in schwierigen Situationen geht, bei weiteren 18,1 % ist dies zumeist der Fall und bei 17,4 % manchmal.

Zwei von fünf Antwortenden (40,6 %) berichten von der jederzeit bestehenden Möglichkeit, sich einer anderen Person anvertrauen zu können oder mit ihr persönliche Probleme zu besprechen. Für knapp ein Viertel (24,6 %) gilt dies meistens; wohingegen 13,0 % nur manchmal auf eine solche Unterstützung zurückgreifen können.

Eine weitere Facette emotionalen Supports besteht in dem Umstand, dass individuelle Probleme von anderen verstanden werden. Dies trifft, nach eigenen Angaben, für etwa mehr als ein Drittel (34,8 %) der Proband\*innen immer zu; 26,1 % können überwiegend mit einer solchen Unterstützung rechnen und wiederum 13,0 % nur gelegentlich.

Demgegenüber fallen die Möglichkeiten der Befragten, instrumentelle Unterstützungsleistungen zu erhalten insgesamt deutlich größer, denn jeweils mehr als zwei Fünfteln steht immer Jemand zur Verfügung, der sie bei Bedarf zu einer ärztlichen Praxis fährt (46,4 %), Essen zubereitet, wenn sie dazu selbst nicht in der Lage ist (42,0 %) sowie im eigenen Krankheitsfall bei der Alltagsbewältigung hilft (43,5 %). Bei durchschnittlich 12,6 % der ehemaligen GeriNoVe Patient\*innen sind die o. g. Unterstützungen meistens verfügbar und für jeweils 13,0 % gilt dies bei Fahrten zu Ärzt\*innen sowie für Hilfe bei alltäglichen Aufgaben lediglich manchmal. 14,5 % können hingegen mit keinerlei Unterstützung rechnen, wenn sie selbst nicht in der Lage sind, Essen zuzubereiten.

#### Einschätzung des Gesundheitszustandes nach EQ-5D-5L

Zusammenfassend zeigen die individuellen Einschätzungen in den Gesundheitskategorien dieses Instruments zunächst, dass die Patient\*innen überwiegend große Probleme (Median=4) in folgenden Bereichen berichten:

- Beweglichkeit/ Mobilität (Fähigkeit, herumgehen zu können)
- Für sich selbst sorgen (sich selbst waschen und anziehen)
- Alltägliche Tätigkeiten (z. B. Hausarbeit, Familien-/ Freizeitaktivitäten)

Größtenteils mäßige Einbußen (Median=3) existieren mit Blick auf:

- Schmerzen/ körperliche Beschwerden
- Angst/ Niedergeschlagenheit

Im Detail zeigt sich, dass 30,4 % der Befragten große Probleme haben, herumzugehen und weitere 23,2 % sind im mäßigen Ausmaß davon betroffen; wohingegen 18,8 % nicht in der Lage sind, herumzugehen. Ein deutlich größerer Anteil (34,8 %) kann sich nicht selbst waschen oder anzuziehen und 18,8 % bereitet diese Form der Selbstpflege große sowie 17,4 % mäßige Schwierigkeiten. Noch stärker fallen die Einbußen bei der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten aus, den diesen kann von mehr als einem Fünftel (42,0 %) der alten Frauen und Männer nicht (mehr) nachgegangen werden (bspw. Hausarbeit, Familien-/ Freizeitaktivitäten) und für mehr als ein Drittel (37,7 %) ist dies problematisch (20,3 % haben große und 17,4 % mäßige Probleme). Im Gegensatz dazu haben berichten „nur“ 15,9 % der Antwortenden von großen Schmerzen bzw. körperlichen Beschwerden. Rund ein Fünftel (23,2 %) verspürt diese in leichtem und ein weiteres Drittel (34,8 %) in mäßigem Ausmaß. Ein ähnliches Bild zeigt sich mit Blick auf das Item „Angst/ Niedergeschlagenheit, denn, trotz ihrer durchschnittlich hohen Pflegeabhängigkeit (s. oben), geben 16,1 % der Proband\*innen fühlen sich nicht ängstlich oder deprimiert und 17,4 % bezeichnen sich als nur ein wenig von diesen Gefühlen betroffen. Gleichwohl geben insgesamt 42,0 % an mäßig (27,5 %) oder sehr deprimiert bzw. ängstlich zu sein (14,5 %).

Mit der abschließenden Frage wurden die ehemaligen Patient\*innen auch im Rahmen der t2-Befragung gebeten, ihre Gesundheit zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens auf einer Skala von 100 (bester Wert) bis 0 (schlechtester Wert) anzukreuzen und zudem den entsprechenden Zahlenwert anzugeben. In beiden Fällen wird die aktuelle gesundheitliche Situation erneut tendenziell als eher beeinträchtigt charakterisiert, denn der mittlere, angegebene Skalenwert beträgt 43,0 (sd=24,4) und der Mittelwert der numerischen Eintragungen 42,6 (sd=22).

#### d) Ergebnisse des inferenzstatistischen Vergleichs des EQ-5D-5L

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 signifikanten Verbesserungen, 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 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.

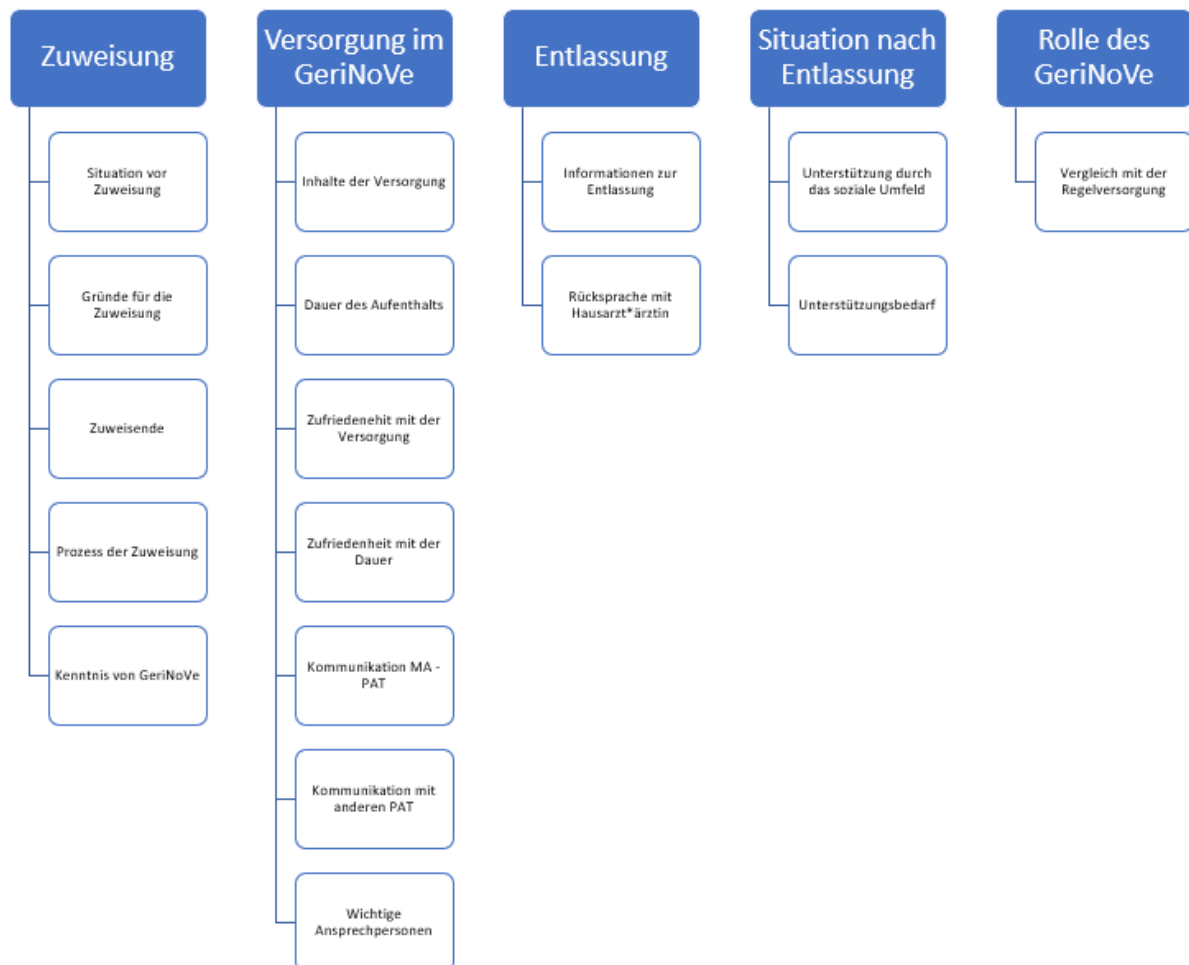
### e) Ergebnisse der qualitativen Patient\*innenbefragung

Insgesamt nahmen 11 Patient\*innen, neben der schriftlichen Befragung, an einem Interview teil. Bei den Interviewten 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 waren und die älteste 93 Jahre alt. Die Mehrheit der Befragten ( $n=8$ ) war zum Zeitpunkt der Interviewführung pflegeabhängig im Sinne des SGB XI (jeweils eine Person mit Pflegegrad 1 bzw. 4, vier Personen mit Pflegegrad 3 und zwei Personen mit Pflegegrad 2). Bis auf eine Ausnahme (i. S. des Betreuten Wohnens) lebten alle Befragten in der eigenen Häuslichkeit, wobei sich diese in fünf „Fällen“ in einer Stadt sowie bei sechs Personen in einem Dorf bzw. einer Kleinstadt befand. Zwei Interviews fanden in Anwesenheit einer gesetzlichen Betreuungsperson, weitere vier im Beisein des\*der Ehepartner\*in und/oder einer Tochter statt. Die Durchführung der Interviews erfolgte bei fünf Proband\*innen nach Absprache jeweils in ihrer häuslichen Umgebung. Der Beginn der Covid-19-Pandemie hat die Befragungsphase dann zunächst aufgrund der Beschränkungen sozialer Kontakte sowie

des erhöhten Erkrankungsrisikos der zu Befragenden unterbrochen. Die anschließenden sechs Interviews wurden daraufhin telefonisch realisiert.

Nachfolgend werden zunächst zentrale, einzelfallbezogene Ergebnisse aus den Interviews dargestellt entlang des Versorgungsprozesses der Patient\*innen im GeriNoVe, d. h. mit Blick auf Zuweisung, Versorgung, Entlassung sowie die Rolle des Modellprojektes im Rahmen der individuellen Versorgung. Die Interviews wurden entlang des folgenden Kategoriensystems ausgewertet:

Abbildung 11: Kategoriensystem zur Auswertung der qualitativen Patient\*innenbefragung



### **Herr A.**

Der Patient ist zum Zeitpunkt des Interviews 80 Jahre alt, pflegeabhängig im Sinn von Pflegegrad 3 nach SGB XI und lebt in einer Stadt (Verdichtungsraum) in einem der drei Landkreise des Einzugsgebietes von GeriNoVe. Die Befragung fand im Beisein seiner Ehefrau statt, die zugleich seine gesetzliche Betreuungsperson ist. Primäre Ursache für seine Pflegeabhängigkeit sind die Folgen es vor drei Jahren erlittenen Apoplex, der medizinisch als austerapiert gilt. Seither wird Herr A. von seiner Ehefrau gepflegt, die 14-tägig Unterstützung erhält durch eine Person, die im Haushalt hilft.

### **Zuweisung ins GeriNoVe**

Vor seiner Aufnahme in das Modellprojekt wurde Herr A. zunächst zweimalig aufgrund von Schwindel und schlechtem Allgemeinzustand in Verbindung mit einer Magen-Darm-Infektion einer Krankenhausnotaufnahme zugewiesen. Bei einer erneuten Vorstellung in dieser Versorgungsinstanz wurde er dann von dort aus dem GeriNoVe zugewiesen, wobei er und

seine Frau in der Notaufnahme erstmalig von der neuen Versorgungseinheit Kenntnis erlangten (T1, Z. 8 ff.).

### **Versorgung im GeriNoVe**

Die Versorgung im GeriNoVe beschreibt Herr A. rückblickend als „*vorzüglich*“ und „*optimal*“ (T1, Z. 103), wobei er sie im Vergleich zu einer Versorgung im Krankenhaus als weniger hektisch erlebte. Ferner hebt er hervor, dass die Mitarbeiter\*innen des GeriNoVe mehr Zeit für die einzelnen Patient\*innen hätten als dies im akutstationären Bereich der Fall sein (T1, Z. 103 ff.). Insofern waren Pflegende während seines GeriNoVe Aufenthaltes die für ihn wichtigsten Ansprechpersonen (T1, Z. 195 ff.).

Im Zuge seines Aufenthaltes im Modellprojekt unterhielt Herr A. kaum Kontakt zu anderen Patient\*innen und nahm nicht nur die Mahlzeiten auf seinem Zimmer ein, sondern verbrachte auch die meiste Zeit des Tages dort. Zugleich berichtet er davon, dass immer wieder Pflegende in seinem Zimmer vorbeigeschaut und ein Gespräch mit ihm geführt hätten (T1, Z. 118 ff.). Die Kommunikation mit anderen Patient\*innen wurde aus Sicht von Herrn A. dadurch erschwert, dass diese entweder kaum oder sehr undeutlich sprachen, so dass er auf entsprechende Kontakte verzichtete. Eine Ausnahme bildete eine\*r Patient\*in, bei der\*dem sich herausstellte, dass er\*sie und Herr A. einen teilweise gemeinsamen Bekannt\*innenkreis besitzen, über den sich dann ausgetauscht wurde (T1, Z. 238 ff.).

Weiterhin beschreibt Herr A., dass sich eines Nachts eine\*r andere\*r Patient\*in in sein Zimmer verirrt hätte, dieses aber nach kurzer Zeit wieder verließ. Dies hat er jedoch weniger als störend empfunden, sondern als quasi immanenten Bestandteil der neuen Versorgungsform betrachtet (T1, Z. 165 ff.).

### **Entlassung aus dem GeriNoVe**

Die Aufenthaltsdauer des Herrn A. im GeriNoVe sowie der Zeitpunkt und die Begleitumstände seiner Entlassung werden im Interview insbesondere von seiner, ihn pflegenden, Ehefrau kritisiert (T1, Z. 129 ff.). Demnach hätte sie sich eine Aufenthaltsverlängerung um ein bis zwei Tage gewünscht, u. a. um die häusliche Anschlusspflege besser organisieren zu können, weil sich bspw. die Beschaffung eines Pflegebettes schwierig gestaltete. Darüber hinaus empfand die pflegende Ehefrau den Zustand des Herrn A. zum Zeitpunkt der Entlassung als zu schlecht, um in die häusliche Versorgung übergehen zu können und hätte sich zudem mehr Unterstützung in Bezug auf ihre Situation gewünscht (T1, Z. 129 ff.).

### **Aktuelle Versorgungssituation**

Herr A. konnte nach seinen GeriNoVe Aufenthalt in die eigene Häuslichkeit zurückkehren, wo er jetzt einmal pro Woche durch einen ambulanten Pflegedienst, beim Duschen unterstützt wird. Diese Maßnahme wurde durch das GeriNoVe organisiert (T1, Z. 251 ff.). Zudem trieb GeriNoVe die Bereitstellung eines Pflegebettes voran, welches die pflegende Ehefrau bereits beantragt hatte (T1, Z. 256). Sie hat dann auch selbständig dafür gesorgt, dass verordnete physio- und ergotherapeutische Maßnahmen für Herrn A. in der eigenen Häuslichkeit, d. h. aufsuchend, realisiert werden (T1, Z. 260 ff.). Darüber hinaus brachte die Ehefrau des Herrn A. im Anschluss an seine Behandlung im GeriNoVe Flyer des Modellprojektes in die hausärztliche Praxis, wobei zumindest der\*die betreffende Hausarzt\*ärztin bereits von GeriNoVe gehört hatte (T1, Z. 285 ff.).

### **Rolle des GeriNoVe**

Herr A. konstatiert spürbare Unterschiede zwischen einer Versorgung im GeriNoVe und einer akutstationären Behandlung, denn „*es war so ein ganz angenehmes Klima*“ (T1, Z. 207) und es herrschte kein „*Krankenhaus-Drill*“ (T1, Z. 107). Ferner hat er das Gefühl, dass die Versorgung im GeriNoVe weniger hektisch verlief als im Krankenhaus und die Pflegenden im Modellprojekt mehr Zeit für die einzelnen Patient\*innen hatten (T1, Z. 114). Zugleich betont er die, aus seiner Sicht wichtige und notwendige, Rolle des GeriNoVe als „*Zwischenstation*“

(T1, Z. 215) für Personen, die sich zu Hause nicht mehr selbst versorgen können (T1, Z. 217 f.) und befürwortet daher eine Weiterführung des Modellprojektes (T1, Z. 217).

Abschließend vermutet Herr A., dass eine Versorgung im GeriNoVe kostengünstiger sei als ein stationärer Krankenhausaufenthalt; bemerkt dabei aber zugleich die, aus seiner Sicht gute, Personalausstattung im GeriNoVe (T1, Z. 220), welche die Kosten einer solchen Versorgung nicht automatisch günstiger erscheinen lassen.

### **Herr B.**

Dieser Patient ist zum Zeitpunkt des Interviews ebenfalls 80 Jahre alt, pflegeabhängig im Sinn von Pflegegrad 3 nach SGB XI und lebt in der eigenen Häuslichkeit, die sich allerdings in einem Dorf bzw. kleinen Stadt in einem der drei Landkreise des Einzugsgebietes von GeriNoVe befindet. Die Befragung fand wiederum im Beisein seiner Ehefrau statt, die zugleich seine gesetzliche Betreuungsperson ist und bislang seine pflegerische Versorgung allein realisierte.

### **Zuweisung ins GeriNoVe**

Herr B. geriet in eine (soziale) Notfallsituation, weil seine, bis dato ihn allein pflegende, Ehefrau sich einer akutstationären Krankenhausbehandlung unterziehen musste (T2, Z. 34 ff.). Die Zuweisung ins GeriNoVe erfolgte in diesem Fall auf Initiative eines Sohnes des Herrn B., der über lokale Printmedien von dem Modellprojekt erfahren hatte, Kontakt mit den Mitarbeitenden des Modellprojektes aufnahm und mit Hilfe des\*der Hausärzt\*in dann die Aufnahme des Vaters ins GeriNoVe ermöglichen konnte (T2, Z. 17 ff.).

### **Versorgung im GeriNoVe**

Herr B. äußert im Interview keinerlei Unzufriedenheiten mit seiner Versorgung im GeriNoVe und hebt den freundlichen Umgang der Mitarbeitenden mit den Patient\*innen hervor. Als besonders positiv erinnert er die Mobilisation der Patient\*innen im GeriNoVe sowie die Tatsache, in Begleitung von Pflegenden, auch im Rollstuhl sitzend, herum gekommen zu sein (T1, Z. 120 ff.). Weiterhin berichtet Herr B. von einem insgesamt guten sowie lebendigen Kontakt zu anderen Patient\*innen (T2, Z.180 ff.). Einzige Ausnahme bildete ein Patient, der in sein Zimmer verlegt wurde, jedoch kaum in der Lage war, mit Mitmenschen zu kommunizieren, was Herrn B. irritiert hat (T2, Z. 160).

### **Entlassung aus dem GeriNoVe**

Herr B. befand sich insgesamt fünf Tage im GeriNoVe, wobei seine, ihn pflegende Ehefrau vorab aus dem Krankenhaus entlassen wurde und sich noch ein paar Tage (allein) zu Hause erholen konnte (T2, Z. 206 ff.). Unabhängig davon beschreibt Herr B. seine Entlassung aus GeriNoVe als sehr positiv, denn es waren alle Mitarbeiter\*innen gekommen, um sich von ihm zu verabschieden. Diese Verabschiedung wird dabei als nicht selbstverständlich erlebt (T2, Z. 190 ff.). Bei der Entlassung aus dem GeriNoVe werden die Angehörigen darüber informiert, dass bei Bedarf eine Wiedereinweisung möglich ist (T2, Z. 130 ff.).

### **Rolle des GeriNoVe**

Die Versorgung im GeriNoVe wird als unterschiedlich zu einer regulären Versorgung im Krankenhaus beschrieben, denn es war „[a]nders wie ein Krankenhaus vom persönlichen her einfach“ (T2, Z. 329). Der Unterschied wird dabei vor allem am freundlichen und netten Personal im GeriNoVe festgemacht (T2, Z. 319 ff.).

Seitens der Angehörigen wird eine Weiterführung des GeriNoVe zur Überbrückung von Notsituationen empfohlen, denn „wenn man in Not ist, wäre das ideal. Also ich täte das befürworten, sofort“ (T2, Z. 655).

## **Frau C.**

Frau C. ist zum Zeitpunkt der Befragung 88 Jahre alt, lebt in der eigenen Häuslichkeit in einem Dorf bzw. in einer kleineren Stadt in einem der drei ausgewählten Landkreise. Das Interview fand mit ihr allein statt. Bereits vor dem Aufenthalt im GeriNoVe hat die Patientin mit gesundheitlichen Problemen zu kämpfen und nutzt einen Rollator sowie ein Pflegebett (T3, Z.33 f.). Unterstützung bei der Versorgung mit Essen erhält sie von einem ihrer Kinder (T3, Z. 58 ff.). Frau C. ist ebenfalls pflegeabhängig im Sinne des Pflegegrades 3 und nutzt Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes.

### **Zuweisung ins GeriNoVe**

Die Patientin war zu Hause gestürzt und der von einer Nachbarin gerufene Rettungsdienst brachte sie zunächst in eine Krankenhausnotaufnahme. Nach verschiedenen Untersuchungen wird sie dann von der Notaufnahme dem GeriNoVe zugewiesen (T3, Z.4 ff., Z.21 ff.).

### **Versorgung im GeriNoVe**

Frau C. hat sich in dem Modellprojekt sehr wohl gefühlt und beschreibt die dortige Versorgung rückblickend als „*einmalig*“ (T3, Z. 84) gut. Positiv hervorgehoben wird, dass im GeriNoVe auf die Patient\*innen Acht gegeben werde und sie Unterstützung bei der Mobilisation erhielten (T3, Z. 130 ff.). Darüber hinaus war die Patientin auch mit der pflegerischen Versorgung sehr zufrieden (T3, Z. 136 ff.) und hat die Tagesgestaltung inklusive der Möglichkeit, sich mit anderen Menschen im GeriNoVe zu unterhalten oder fernzusehen ebenfalls positiv erlebt (T3, Z. 144).

Die Mitarbeitenden des GeriNoVe werden als sehr freundlich (T3, Z. 142) sowie fachlich kompetent (T3, Z. 220) und gewissenhaft (T3, Z. 226) beschrieben. Als Ansprechpersonen werden das Servicepersonal (T3, Z. 209 f.) sowie die Pflegefachkräfte genannt (T3, Z. 220). Auch das ärztliche Personal, das jeden Morgen kam, stand für Fragen zur Verfügung (T3, Z. 156).

Demgegenüber erlebte sie den Umgang mit den anderen Patient\*innen teilweise als schwierig, „*[d]enn die alten Leute sind schrullig*“ (T3, Z. 158). Frau C. bevorzugt eher eine ruhige Atmosphäre, so dass die, durch andere zu Pflegenden verursachten, Geräusche sie nach eigenem Empfinden nervös machten (T3, Z. 196 ff.).

Frau C. wurde vier Tage im GeriNoVe versorgt (T3, Z. 321).

### **Entlassung aus dem GeriNoVe**

In Kontext ihrer Entlassung berichtet die Patientin davon, dass der sie betreuende Pflegedienst vorab von GeriNoVe informiert wurde, so dass ihre ambulante pflegerische Versorgung nahtlos weitergeführt werden konnte (T3, Z. 260 ff.). Über ihren Aufenthalt im Modellprojekt hat Frau C. dann jedoch nicht weiter mit den Angestellten des Pflegedienstes gesprochen (T3, Z. 292 ff.).

Der\*die Hausarzt\*ärztin hatte von der zeitweiligen Versorgung der Patientin im GeriNoVe Aufenthalt der Patientin Kenntnis und tauschte sich darüber mit einem der Kinder von Frau C. aus. Die Patientin selbst war dazu nicht in der Lage, da sie nach eigenen Angaben nur schwer per Telefon kommunizieren kann. Im Nachgang der Entlassung aus GeriNoVe stellte der\*die Hausarzt\*ärztin dann noch ein notwendiges Rezept aus (T3, Z. 270 ff.).

### **Rolle des GeriNoVe**

Die Versorgung im GeriNoVe wird im Vergleich zu der Versorgung in Krankenhäusern als „*einmalig*“ (T3, Z. 84) beschrieben. Denn „*so bedient bin ich noch nie geworden in einem Krankenhaus*“ (T3, Z. 140).

## **Herr D.**

Der Patient ist zum Zeitpunkt des Interviews 82 Jahre alt, pflegeabhängig (Pflegegrad 4) und lebt in der eigenen Häuslichkeit in einer Stadt im Bodenseekreis, Landkreis Ravensburg oder Sigmaringen. Als pflegende Angehörige fungiert die Ehefrau, die ebenso wie eine Tochter des Herrn D. beim Interview anwesend war. Darüber hinaus ist ein ambulanter Pflegedienst in die pflegerische Versorgung eingebunden.

### **Zuweisung ins GeriNoVe**

Herr D. geriet in eine Notlage, weil seine, ihn pflegende, Ehefrau unvermittelt für ein paar Tage zu einer plötzlich schwer erkrankten Tochter musste (T4, Z. 13 ff.). Vom Pflegedienst kam die Empfehlung, sich für die Sicherstellung der Versorgung des Patienten mit dem GeriNoVe in Verbindung zu setzen (T4, Z. 34 ff.), wobei die Angehörigen bereits durch informelle Gespräche von der Existenz des Modells wussten und positive Erfahrungsberichte gehört hatten (T3, Z. 308). Sie riefen zunächst selbst im GeriNoVe an; die Zuweisung erfolgte dann durch die hausärztliche Praxis des Herrn D. (T4, Z. 40 ff.).

### **Versorgung im GeriNoVe**

Herr D. selbst hatte keine spezifischen Erwartungen an die Versorgung im GeriNoVe, sondern ließ, nach eigenen Angaben, alles auf sich zukommen in der „*Hoffnung, dass alles klappt*“ (T4, Z. 74). Die Angehörigen hingegen machten sich etwas Sorgen darüber, wie der GeriNoVe Aufenthalt verlaufen würde (T4, Z. 60).

Sowohl Herr D. als auch seine Angehörigen waren dann mit der Versorgung recht zufrieden (T4, Z. 79 f.). Als besonders positiv wurden die Mobilisation des Patienten erlebt (T4, Z. 106 ff.) sowie der Aufnahmeprozess inkl. der durchgeführten Assessments in verschiedenen Bereichen (bspw. zu Kognition und Mobilität) (T4, Z. 110 ff.).

Die Mitarbeitenden des GeriNoVe werden als sehr freundlich und hilfsbereit beschrieben (T4, Z. 173 ff.).

Herr D. verbrachte fünf Tage im GeriNoVe. Seine Verweildauer wurde so geplant, dass sich die pflegende Ehefrau vor und nach dem Besuch bei der schwer erkrankten Tochter vorbereiten bzw. erholen konnte (T4, Z. 23 ff.).

### **Entlassung aus dem GeriNoVe**

Ein persönliches Abschlussgespräch im GeriNoVe gab es nach Erinnerung des Patienten nicht (T4, Z. 127). Allerdings empfanden die Angehörigen den nachsorgenden Anruf einer Mitarbeiterin des GeriNoVe sehr positiv: „*was ich ganz toll fand, jetzt gerade wo sie, wo die Frau bei mir angerufen hat und nachgefragt hat und so*“ (T4, Z.366). Grundsätzlich erlebten die Angehörigen auch die, auf die individuellen Bedürfnisse des Herrn D. ausgerichteten, Empfehlungen zu seiner weiteren Versorgung als hilfreich.

Zur Entlastung der pflegenden Angehörigen wurde seitens des GeriNoVe die Inanspruchnahme von Tagespflege empfohlen (T4, Z. 189 f.) sowie ein stärkerer Einbezug des Pflegedienstes, was die pflegenden Angehörigen jedoch ablehnten (T4, Z. 310 ff.). Demgegenüber wurde die Empfehlung des GeriNoVe, einen Hausnotruf zu installieren, umgesetzt (T4, Z. 314 ff.).

Mit dem\*der Hausarzt\*ärztin hielten die Angehörigen nach der Entlassung des Patienten Rücksprache (T4, Z.337) und auch mit dem Pflegedienst wurde kurz über den Verlauf des Aufenthalts im GeriNoVe gesprochen (T4, Z. 352 ff.).

Zudem erhielten die Angehörigen die Information, dass Herr D. bei Bedarfe erneut im GeriNoVe versorgt werden könnte (T4, Z. 366 ff.).



## **Rolle des GeriNoVe**

Laut einer der beim Interview anwesenden Angehörigen unterscheidet sich Erscheinungsbild des Modellprojektes prinzipiell nicht von demjenigen eines Krankenhauses: *„Also ich fand eben von der Aufnahme her und vom Flair kann man jetzt nicht sagen, es ist ja schon auch so krankenhausesmäßig ist es ja schon auch aufgebaut“* (T4, Z. 237). Gleichzeitig wird jedoch angemerkt, dass das GeriNoVe freundlicher wirke (T4, Z. 237) und beim Ankommen *„eine Wohlfühlatmosphäre“* vorherrsche (T4, Z. 242). Die Mitarbeiterin am Empfang hat die Angehörigen freundlich begrüßt, was sie in einem Krankenhaus so nicht erlebten (T4, Z. 242).

Das GeriNoVe wird als wichtig erachtet (T4, Z. 282ff.) und eine weitere Unterstützung des Projekts befürwortet (T4, Z. 412). Die Angehörigen vermuten, dass es mehrere Personen in ähnlichen Notsituationen gibt und wünsche sich den Fortbestand des Modells des GeriNoVe, um den Mangel an entsprechenden Versorgungsmöglichkeiten zu verbessern (T4, Z. 420 ff.).

## **Frau E.**

Die nicht im Sinne des SBXI pflegebedürftige Patientin lebt zum Zeitpunkt des Interviews in einer Einrichtung des Betreuten Wohnens in einer dörflichen bzw. kleinstädtischen Umgebung im Einzugsgebiet des GeriNoVe und ist 89 Jahre alt. Während des Gespräches sind keine weiteren Personen anwesend.

## **Zuweisung ins GeriNoVe**

Frau E. stürzte bei einem Ausflug mit Bekannten, zog sich Verletzungen zu und wurde zunächst ambulant in einer Notaufnahme am Ausflugsort versorgt. Nach der Entlassung wurde sie in der Notaufnahme des Krankenhauses vorstellig, das damals noch am GeriNoVe angegliedert war. Von dort aus erfolgte dann die Zuweisung ins GeriNoVe (T5, Z. 9 ff.).

## **Versorgung im GeriNoVe**

Auch Frau E. berichtet in der Rückschau von einer insgesamt hohen Zufriedenheit mit ihrer Versorgung im GeriNoVe, denn *„[e]s war einfach sehr fein. Ich fand es sogar lustig und interessant“* (T5, Z. 62).

Die Mitarbeitenden beschreibt sie als nett (T5, Z. 19) und die pflegerische Versorgung als positiv (T5, Z. 166 f.), wobei sie insbesondere den Umgang der Pflegefachpersonen mit den Patient\*innen sowie das fachliche Pflegeverständnis hervorhebt (T5, Z. 166 f.). Gleiches konstatiert sie hinsichtlich der Servicekräfte (T5, Z. 169 ff.). Das ärztliche Personal war aus Sicht der Patientin wenig präsent, was sie jedoch nicht als problematisch empfand (T5, Z. 62).

Der Umgang mit anderen Patient\*innen wird als unkompliziert beschrieben, obgleich es immer mal wieder zu Diskussionen kam, bspw. wenn sich ein\*e Patient\*in im Zimmer geirrt hatte oder im Doppelzimmer die nächtliche Beleuchtung von den beiden Betroffenen unterschiedlich erlebt wurde (T5, Z. 66ff.).

Als durchaus unangenehm hat Frau E. jedoch die Aufklärung über die maximal geplante Aufenthaltsdauer von fünf Tagen durch eine leitende Mitarbeiterin in Erinnerung, denn diese beschreibt sie als *„gebieterisch“* (T5, Z. 47) und erlebte es wie *„eine Stahlwand [...] oder eine Mauer“* (T5, Z. 47).

## **Entlassung aus dem GeriNoVe**

Infolgedessen beschreibt die Patientin ihre Entlassung aus dem GeriNoVe als wenig zufriedenstellend und verbindet damit einige negative Aspekte. So werden die Mitarbeitenden des Sozialdienstes zwar als nett, aber wenig kompetent beschrieben und hätten wenig Initiative gezeigt (T5, Z. 50). Die Beschaffung eines Pflegebettes für die häusliche Anschlussversorgung konnte durch den Sozialdienst im Rahmen des Aufenthaltes von Frau E. nicht umgesetzt werden (T5, Z. 47). Insofern wird die Entlassung mit *„fehlende[r] Fürsorge“* in

Verbindung gebracht (T5, Z. 187) und mit Blick auf das fehlende Pflegebett als „*sie haben mich nicht geordnet rausgeschmissen*“ (T5, Z. 183) beschrieben.

### **Rolle des GeriNoVe**

Einerseits beurteilt die Befragte die Rolle des GeriNoVe im Versorgungssystem kritisch, da es ihrer Meinung nach drum gehe, alte Menschen, die auf den Stationen im Krankenhaus stören, zu isolieren. Das eigentliche Problem werde dadurch jedoch nicht gelöst. Vielmehr ginge es auch um die Frage, wie man alte Menschen human behandeln könne (T5, Z. 110 f).

Andererseits erlebte Frau E. die Versorgung im Modellprojekt positiver als im Krankenhaus, denn „*[a]bgesehen von der, von dem was Routine ist abgesehen, war alles anders als im Krankenhaus*“ (T5, Z. 169). Demzufolge waren die Patient\*innen bspw. nicht daran gebunden, sich im eigenen Zimmer aufzuhalten, sondern konnten sich frei im GeriNoVe bewegen und wurden von den Mitarbeiterenden ernst genommen (T5, Z. 169 ff.).

### **Herr F.**

Dieser ehemalige Patient ist zum Zeitpunkt des Interviews, welches im Beisein seiner Ehefrau stattfand, 87 Jahre alt, pflegebedürftig in Form von Pflegegrad 2 und lebt in der eigenen Häuslichkeit in einem eher ländlich geprägten Raum.

### **Zuweisung ins GeriNoVe**

Herr F. wurde nach einem Sturz zunächst ambulant im Krankenhaus versorgt und wieder nach Hause entlassen. Da er jedoch nicht gehen konnte, informierte die Ehefrau den\*die Hausarzt\*ärztin, welche\*r wiederum die Zuweisung zum GeriNoVe mittels Krankentransport veranlasste. Herr F. und seine Frau erfuhren erstmalig in der hausärztlichen Praxis von der Existenz des Modellprojektes (T6, Z. 5 ff.).

### **Versorgung im GeriNoVe**

In der Rückschau erinnert der Patient sowohl positive als auch negative Aspekte seiner GeriNoVe Versorgung. Dabei hat er insbesondere die „*Nachtschwestern*“ und das Case Management in guter Erinnerung (T6, Z. 23), wobei die Mitarbeiterin des Case Managements wie folgt beschrieben wird: „*die war sehr kompetent und besorgt (...) Und hat dann immer wieder auch bei mir dann gefragt und getan, also die war sehr, ja einfühlsam und hat das sehr gut gemacht*“ (T6, Z. 39). Auch das medizinische Personal erlebte er als zugänglich, was eine insgesamt gute Kommunikation ermöglichte (T6, Z. 29). „*Der Rest vom Personal war zu 50 Prozent gut, zu 50 Prozent können Sie es vergessen*“ (T6, Z. 23). In diesem Zusammenhang berichtet Herr F. von einer teils hektischen Arbeitssituation des Personals sowie einem teils strengen Umgangston mancher Mitarbeiter\*innen mit den Patient\*innen, was, seiner Ansicht nach, dazu führte, dass diese weniger Hilfe in Anspruch nahmen (T6, Z. 25). Darüber hinaus entsprach für ihn (als Diabetiker) das Essen v. a. am Nachmittag nicht seinen Bedürfnissen (T6, Z. 59).

Bei einem gemeinsamen Frühstück mit anderen Patient\*innen im Aufenthaltsraum empfand Herr F. die Situation als „*sehr kalt*“ (T6, Z. 29) und erlebte zudem eine andere Person als irritierend, woraufhin er die Mahlzeiten zukünftig immer allein auf seinem Zimmer einnahm (T6, Z. 29) sowie sich während seines GeriNoVe Aufenthalts größtenteils zurückzog.

Die allgemein angestrebte maximale Verweildauer von fünf Tagen erachtet Herr F. als teilweise zu kurz, wobei er selbst sieben Tage im GeriNoVe verbrachte (T6, Z. 45).

### **Entlassung aus dem GeriNoVe**

Im Zusammenhang mit seiner Entlassung berichten Herr F. und seine Ehefrau davon, dass ihnen seitens des GeriNoVe die Anschaffung eines Rollators über ein Sanitätshaus empfohlen wurde, den die Ehefrau dann eigenständig besorgte (T6, Z. 45 ff.).

## **Rolle des GeriNoVe**

Aus Sicht der Ehefrau fehlt es im deutschen Gesundheitssystem an einer Versorgung, wie sie das GeriNoVe ermöglicht: *„es fehlt praktisch eine Notversorgung“* (T6, Z. 15). Dementsprechend *„war [es] super jetzt mit der GeriNoVe“* (T6, Z. 15). Gleichzeitig wird jedoch angemerkt, dass sich GeriNoVe noch in einem wahrnehmbaren Entwicklungsprozess befand zum Zeitpunkt des Aufenthaltes von Herrn F. (T6, Z. 41) und sein weiterer Ausbau empfohlen (T6, Z. 67). Abschließend äußert der ehemalige Patient die Hoffnung auf einen Fortbestand des Modellprojektes, jedoch mit besser geschultem Personal (T6, Z. 84 ff.).

## **Frau G.**

Das Interview mit Frau G. (93 Jahre alt, Pflegegrad 2, in eigener Häuslichkeit in städtischer Umgebung lebend) fand in Anwesenheit ihrer Tochter statt. Zu Hause verfügt die Befragte über einen Hausnotruf (T7, Z. 108 ff.) und wird mit Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes versorgt (T7, Z. 125 ff.).

## **Zuweisung ins GeriNoVe**

Ausgangspunkt für den Aufenthalt der Patientin im GeriNoVe war zunächst ein Sturz im häuslichen Umfeld, der mit einem Knochenbruch in der Hand einherging. Mittels ihres Hausnotrufes kam sie dann mit dem Rettungsdienst zur Untersuchung in ein Krankenhaus. Hier wurde bereits eine Verlegung ins GeriNoVe angeregt, welche Frau G. jedoch zunächst ablehnte und stattdessen zu einem ihrer Kinder nach Hause entlassen wurde. Nach zwei Tagen zeigte sich die Patientin mit einem Aufenthalt im GeriNoVe einverstanden, der dann durch die hausärztliche Praxis realisiert wurde. Kenntnis von GeriNoVe erhielten Frau G. und ihre Angehörigen im Krankenhaus (T7, Z. 2 ff.).

## **Versorgung im GeriNoVe**

Frau G. und ihre Tochter zeigen sich im Interview rückblickend mit der Versorgung im GeriNoVe sehr zufrieden (T7, Z. 35), betonen das *„sehr freundliche Personal“* (T7, Z. 38) und beziehen diese Einschätzung sowohl auf die Mitarbeitenden in der Pflege als auch in der Medizin (T7, Z. 43). Die wichtigsten Ansprechpersonen während des GeriNoVe Aufenthalts waren für Frau G. die Pflegefachpersonen (T7, Z. 77 f.). Im Rahmen der pflegerischen Versorgung wird das Zu-Bett-Bringen von ihr als sehr positiv erinnert (T7, Z. 59 ff.).

Die Angehörige erlebte insbesondere die patient\*innenorientierte Versorgung im GeriNoVe positiv, denn *„[w]as halt auch im GeriNoVe noch gut war, dass sie praktisch die Frau A. und die Ärztin, also du hast den Eindruck gehabt, dass sie sich also speziell sehr um die Patienten, oder auch meine Mutter auch, gekümmert haben. Die sind dann mit ihr auch Mal zum Röntgen gegangen und also, es war halt so beinahe bisschen eine exklusive Betreuung“* (T7, Z. 102).

Vermisst wurde allerdings ein eigenes Telefon auf dem Zimmer, denn es war nur möglich, vom Büro der Mitarbeitenden aus Telefonate zu führen (T7, Z. 139 ff.). Da der Aufenthalt im GeriNoVe während der Corona-Pandemie stattfand, gab es keinen Kontakt zu anderen Patient\*innen sowie keine Beschäftigungsangebote während des Tages und auch das Essen nahm die Patientin gezwungener Maßen auf dem Zimmer ein (T7, Z. 83 ff.).

## **Entlassung aus dem GeriNoVe**

Im Rahmen der Entlassung fanden zwei Beratungsgespräche mit dem Sozialdienst hinsichtlich der nachfolgenden pflegerischen Versorgung statt. Die Angehörige äußert sich dazu folgendermaßen: *„Sind halt so Anregungen gekommen, wie das weitergeht, man hat also Gespräche geführt unten und das war dann eigentlich schon gut, dass die Unterstützung, dass man da, dass man da darüber geredet hat, was, wie es jetzt weitergeht“* (T7, Z. 116).

Seitens des Sozialdienstes wurde zum einen angeregt, dass Frau G. manuelle Therapie in Anspruch nehmen sollte und die Ausstellung eines entsprechenden Rezeptes durch die hausärztliche Praxis organisiert (T7, Z. 105 ff.). Zum anderen empfahl der Sozialdienst die Anstellung einer sogenannten 24-h-Betreuungskraft, worüber die Angehörigen bereits nachgedacht hatten. Inzwischen konnte diese Form der Unterstützung realisiert werden. Bis zum Arbeitsbeginn der sogenannten 24-h-Kraft wurde die Versorgung durch den ambulanten Pflegedienst ausgeweitet (T7, Z. 116 ff.); anschließend dann auf ärztlich verordnete Maßnahmen der Behandlungspflege reduziert (T7, Z. 130 ff.). Frau G. tauschte sich mit ihrem\*ihrer Hausarzt\*ärztin (T7, Z. 121ff.) sowie auch mit dem ambulanten Pflegedienst über den Aufenthalt im GeriNoVe aus (T7, Z. 134 ff.). Letzterem war das Modellprojekt bereits bekannt inkl. positiver Erfahrungen damit (T7, Z. 137).

### **Rolle des GeriNoVe**

Im Vergleich zu einer akutstationären Versorgung beschreiben Frau G. und ihre Tochter das GeriNoVe als „*viel persönlicher*“ (T7, Z. 92) sowie einzelfall- (T7, Z. 92) und patient\*innenorientierter (T7, Z. 102 ff.). Im Krankenhaus hingegen sei man „*eine unter vielen*“ (T7, Z. 92).

### **Frau H.**

Das Interview mit Frau H. (92 Jahre alt, Pflegegrad 3, in eigener Häuslichkeit sowie in einer Stadt lebend) fand allein mit ihr statt.

### **Zuweisung ins GeriNoVe**

Frau H. geriet durch einen Unfall im häuslichen Umfeld in eine Notsituation, da sie dadurch über die Notaufnahme zunächst einige Tage in akutstationäre Behandlung kam; zum Zeitpunkt ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus ihre Kinder jedoch die häusliche Pflegeversorgung noch nicht abschließend organisieren konnten. Daher wurde sie vom Krankenhaus aus dem GeriNoVe zugewiesen (T8, Z. 3 ff.).

### **Versorgung im GeriNoVe**

Frau H. erwartete vom GeriNoVe eine angemessene pflegerische und medizinische Versorgung (T8, Z. 9 f.) und konstatiert retrospektiv: „*ich habe mich dort wohlgefühlt*“ (T8, Z.14). Sie war im Zimmer allein untergebracht und empfand die Mitarbeitenden als sehr freundlich. Zudem bestanden in der Kommunikation mit den Mitarbeiter\*innen keine sprachlichen Barrieren, was Frau H. an anderen Stellen des Versorgungssystems bereits anders sowie eher negativ erlebte (T8, Z. 12).

Ihre Versorgung im GeriNoVe beschreibt sie als ihrem damaligen Zustand angemessen und betont dabei die pflegerische Versorgung in der Nacht, denn es war auch nachts möglich, eine Begleitung beim Toilettengang zu bekommen (T8, Z. 16 ff.): „*das habe ich als sehr wohltuend empfunden, dass ich meine Nacht, auch meine Nachthilfe, also ich brauchte keine Windeln, ich bin noch (nicht) inkontinent (lacht), aber ich muss halt auf das Klo und dann ist eben jemand gekommen und hat mich in Rollstuhl gesetzt und hat mich hingefahren und hat mich auch wieder ins Bett gebracht. Das habe ich also als menschenwürdiger empfunden*“ (T8, Z. 34).

Wichtigste Ansprechpersonen im GeriNoVe waren für sie die Pflegefachpersonen und auch das ärztliche Personal, welches als „*sehr angenehm*“ (T8, Z. 20) bezeichnet wird; jedoch weniger präsent bei den Patient\*innen war (T8, Z. 19 f.).

### **Entlassung aus dem GeriNoVe**

Aus Sicht von Frau H. war eine Beratung oder Unterstützung bei der nachfolgenden Versorgung zum Zeitpunkt ihrer Entlassung nicht notwendig, da ihre Kinder sich bereits um

eine sogenannte 24-h-Betreuungskraft bemüht hatten (T8, Z. 31 f.) und ein ambulanter Pflegedienst zur Unterstützung der morgendlichen Pflege hinzugezogen wurde (T8, Z. 45 ff.).

### **Rolle des GeriNoVe**

Die Interviewte sieht in GeriNoVe vorrangig eine Versorgungsoption in Notfallsituationen (T8, Z. 39 ff.). Im Unterschied zum Krankenhaus führt man im Modellprojekt jedoch weniger Untersuchungen durch, die allerdings von Patient\*innen häufig auch als „*lästig empfunden*“ würden (T8, Z. 22). Ein weiterer Vorteil gegenüber einem akutstationären Aufenthalt besteht für Frau H. zufolge in der räumlichen Überschaubarkeit der neuen Versorgungseinheit: „*Das Haus ist nicht so groß und von meinem Zimmer bis in den Speisesaal, war das also, war das keine [...] Wanderung und keine Reise*“ (T8, Z. 24; T8, Z. 21 ff.).

### **Frau I.**

Auch mit dieser Patientin wurde das Interview ohne Anwesenheit Dritter geführt. Es handelte sich dabei um eine 90-jährige, nicht pflegebedürftige, in eigener Häuslichkeit lebende Frau, deren Wohnung sich in einer Stadt befindet und die über eine Hausnotrufeinrichtung verfügt.

### **Zuweisung ins GeriNoVe**

Frau I. berichtet von einem in der Vergangenheit erlittenen Schlaganfall sowie einer Augenerkrankung (grauer Star) (T9, Z. 87); lebte jedoch vor ihrem GeriNoVe Aufenthalt allein in ihrer Wohnung (T9, Z. 12). Bei ihr wurde die Notfallsituation ebenfalls durch einen Sturz ausgelöst, der sich vor der Haustür ereignete. Ein\*e Nachbar\*in hatte ihr dann zunächst in die Wohnung geholfen. Im Laufe des Abends wurden die sturzbedingten Beschwerden dann so stark, dass Frau I. via Hausnotruf Hilfe anforderte (T9, Z. 8). Daraufhin wurde sie vom Rettungsdienst in eine Klinik gebracht, in der ihr rechter Fuß geröntgt, eine vierfache Fraktur diagnostiziert und ihre Überweisung ins GeriNoVe organisiert wurde (T9, Z. 4). Insofern kam die Patientin erst am späteren Abend im GeriNoVe an (T9, Z. 14).

### **Versorgung im GeriNoVe**

Der Empfang in der neuen Versorgungseinheit ist für Frau I. jedoch in durchweg positiver Erinnerung geblieben, denn „*dann kam die Frau, die wo das scheinbar leitet, ich weiß es nicht, also, aber die war auch ganz nett (I: Ja) und bringt mir da einen wunderbar gerichteten Teller mit, mit Essen. Also mit Brot. Also wissen Sie, so richtig bunt, wunderbar*“ (T9, Z. 14). Weiterhin beschreibt sie in dem Gespräch, dass sie durchgehend Unterstützung durch das Personal erfahren habe, u. a. beim Toilettengang, Waschen, Routineuntersuchungen sowie der Mobilitätsförderung durch die Nutzung eines Rollators (T9, Z. 16). Zudem berichtet die ehemalige Patientin, dass ihr Gedächtnis von einer\*m Mitarbeitenden mit verschiedenen Aufgaben getestet und ihr kognitives Leistungsniveau daraufhin für gut befunden wurde (T9, Z. 20).

Auch Frau I. betont die Freundlichkeit der Mitarbeitenden (T9, Z. 16 ff., 30 ff.) sowie die Art und Weise der pflegerischen Versorgung mehrfach und resümiert diesbezüglich: „*Und also, wir waren da schon sehr lustig beieinander, das muss ich sagen*“ (T9, Z. 16). Wichtige Ansprechpartnerin für sie war u. a. auch eine Mitarbeitende des Sozialdienstes (T9, Z. 59 ff.). Mit Blick auf die Unterbringung bzw. das Zimmer, das sie nutzte, konstatiert Frau I.: „*Sauber, also alles. Also es war einfach perfekt*“ (T9, Z. 16).

Der Umgang mit den anderen Patient\*innen wird rückblickend von der Probandin jedoch als wenig kommunikativ, aber nicht belastend, reflektiert „*[...] reden habe ich mit niemand können, weil die Leute da das einfach nicht machen. Aber das ist ja wurscht, das brauche ich ja nicht*“ (T9, Z. 16).

Im gesamten Gesprächsverlauf äußert sich Frau I. weitüberwiegend positiv zu ihrer fünftägigen Versorgung im GeriNoVe (T9, Z. 20, 32 ff., 55) und wünscht sich, dass die Einrichtung erhalten bleibt.

### **Entlassung aus dem GeriNoVe**

Im Rahmen des Entlassungsprozesses, kam es laut Frau I., zwischen Mitarbeitenden aus der Pflege, dem Sozialdienst und einem ihrer Kinder zur Erörterung der anschließenden Versorgungsoptionen (T9, Z. 20, 63).

Die Patientin selbst wäre gern noch etwas länger im Modellprojekt geblieben: *„Und wenn ich da vielleicht noch eine Woche länger hätte bleiben können, das hätte mir vielleicht ganz gut getan. Aber ich war schon dankbar für die fünf Tage“* (T9, Z. 65).

Frau I. wurde von einem ihrer Kinder aus dem GeriNoVe abgeholt und für eine Impfung direkt in die hausärztliche Praxis gebracht (T9, Z. 32), in welcher die gemeinsame Reflexion ihres GeriNoVe Aufenthaltes dann in Rahmen eines späteren, separaten Termins stattfand (T9, Z. 32).

Zuhause musste Frau I. dann zunächst einen speziellen Schuh am verletzten Fuß tragen, konnte sich jedoch wieder selbst versorgen. Nach Beendigung dieser Maßnahme war der Fuß nach eigenem Bekunden dann wieder in einem guten Zustand (T9, Z. 69).

### **Rolle des GeriNoVe**

Frau I. äußert im Interview mehrfach die Meinung, dass das GeriNoVe als Einrichtung erhalten bleiben sollte: *„Und dass, und dass eben da, wie soll ich sagen, dass man das erhalten will (I: Ja). Und da soll man sich halt auch ein bisschen so hinkriegen, dass, dass man das weitermacht und so“* (T9, Z. 20).

Begründet wird dies in erster Linie mit negativen Erfahrungen der Probandin in Einrichtungen der Regelversorgung (T9, Z. 32).

### **Frau J.**

Diese Patientin kam in einer, mit Frau I. vergleichbaren Notfallsituation ins GeriNoVe, ist ebenfalls nicht pflegebedürftig und lebt in der eigenen Häuslichkeit. Frau J. ist jedoch erst 82 Jahre alt, wohnt in einem eher ländlich geprägten Umfeld und wurde in Anwesenheit ihres Ehemanns interviewt.

### **Zuweisung ins GeriNoVe**

Gleichwohl war auch Frau J. zu Hause gestürzt und wurde zunächst in die Notaufnahme einer Klinik gebracht. Dort konnte festgestellt werden, dass sowohl das linke Wadenbein als auch der Knöchel gebrochen waren. Die hausärztliche Praxis hat dann die Aufnahme ins GeriNoVe organisiert (T10, Z. 5), wobei die Patientin das Modellprojekt zuvor nicht kannte (T10, Z. 7).

### **Versorgung im GeriNoVe**

Mit der Versorgung und dem Personal im GeriNoVe zeigt sich Frau J. im Rückblick sehr zufrieden: *„das Personal war supergut“* (T10, Z. 11) und benennt als Ansprechpersonen auch Mitarbeitende des Sozialdienstes (T10, Z. 17).

Die Patientin konnte während ihres GeriNoVe Aufenthaltes ein Zweibettzimmer für sich allein (T10, Z. 7) nutzen und mit dem Rollstuhl selbständig zu Mahlzeiten in den Aufenthaltsraum fahren, wie sie betont (T10, Z. 13).

Die Verweildauer im GeriNoVe betrug in diesem Fall sieben Tagen (T10, Z. 17).

## Entlassung aus dem GeriNoVe

Über die weitere pflegerischer Versorgung nach ihrer Entlassung tauschte sich Frau J. mit dem Sozialdienst im GeriNoVe aus (T10, Z. 17). Dieser konnte bereits im Vorfeld einen ambulanten Pflegedienst beauftragen (T10, Z. 17) für zumindest eine wöchentliche Unterstützung bei der Morgentoilette über einen Zeitraum von zunächst vier Wochen, wobei diese Maßnahme um weitere zwei Wochen verlängert und ihre Frequenz um zwei wöchentliche Besuche erhöht werden konnten (T10, Z. 35). Weitere Unterstützung wurde von dem Sohn der Frau J. organisiert: „[...] *mein Sohn hat mir ja nachher gleich Sitzerrhöhung für das Klo (I: mhm) besorgt und einen Haltegriff und natürlich der Hausnotruf (I: Ja). Und äh ja und Essen auf Rädern*“ (T10, Z. 19). Alle o. g. Dienstleistungen standen direkt am Tag der Entlassung aus dem GeriNoVe zur Verfügung (T10, Z. 21). Darüber hinaus wurden die Türschwellen im Haus der vormaligen Patientin des GeriNoVe von einem Kinde mit Brettern versehen, so dass ein problemloses Befahren mit dem Rollstuhl möglich ist (T10, Z. 43).

Des Weiteren berichtet die Probandin davon, auch aus ihrem sozialen Umfeld (Kind und Nachbar\*innen) aktuell viel Unterstützung zu erfahren bspw. beim Einkaufen, bei Arztterminen oder der Pflege des Gartens. Der ambulante Pflegedienst hätte derzeit keine Kapazitäten, um Frau J. im Haushalt zu unterstützen, weshalb ein\*e weitere\*r Angehörige\*r hierbei hilft (T10, Z. 27). Mit ihrem\*r Hausärztin will sie sich demnächst über ihren GeriNoVe Aufenthalt austauschen (T10, Z. 95).

## Rolle des GeriNoVe

Frau J. zeigt sich glücklich darüber, dass die Versorgung im GeriNoVe möglich war und bezieht dies auch auf ihren Sohn. Gleichwohl stellt ihre häusliche (Versorgungs-)Situation sie selbst und ihre Angehörigen vor Herausforderungen bzw. wurde anfangs als beschwerlich erlebt: „*also wie gesagt, das von der Geri, das war mehr wie in Ordnung und das, ich war ja total glücklich. Mein Sohn hat gesagt, ich bin, er ist so froh, dass ich da gut versorgt war, die erste Woche, gell (I: mhm). Aber daheim war es halt nachher, ja Gott. Aber es ist, ich werde, es wird alles jetzt gemeistert, ja*“ (T10, Z. 101).

## Frau K.

Hierbei handelt es sich um eine 81-jährige Frau, die leicht pflegebedürftig ist (Pflegegrad 1) in einer eher ländlichen Umgebung in der eigenen Häuslichkeit lebt und allein befragt wurde.

## Zuweisung ins GeriNoVe

Auch Frau K. war zunächst daheim gestürzt und hatte sich den Arm gebrochen. Danach kam sie ins Krankenhaus, wo zwei Operationen stattfanden (T11, Z. 11). Nach ihrer Entlassung aus der Klinik hatte sie jedoch mit starken Schmerzen im Arm zu kämpfen, so dass eines ihrer Kinder sich nachts um sie kümmerte (T11, Z. 15 ff.); sich dann jedoch telefonisch direkt beim GeriNoVe nach einer möglichen Aufnahme der Mutter erkundigte. Die Einweisung in das GeriNoVe konnte am nächsten Tag erfolgen, wobei Frau K. selbst die neue Versorgungseinheit bis dahin nicht kannte (T11, Z. 19 ff.).

## Versorgung im GeriNoVe

Frau K. zeigt sich, wie mehrere andere Interviewte auch, sehr zufrieden mit ihrer Versorgung im GeriNoVe (T11, Z. 31 ff.): „*Also ich war total zufrieden. Netter konnte eigentlich kein Mensch sein*“ (T11, Z. 31). Hier wird neben der Freundlichkeit des Personals (T11, Z. 33) erneut der nachsorgende Anruf aus dem Sozialdienst des GeriNoVe explizit erwähnt: „*Das war also wirklich richtig nett und ich fand das auch ganz reizend, dass die sich erkundigt haben, wie es mir geht und also*“ (T11, Z. 41). Eine wichtige Ansprechpartnerin war für Frau K. eine Pflegefachperson, welche sie vor allem abends versorgte als sie zur Toilette musste (T11, Z. 43). Weiterhin wird die angenehme, nette, private und hotelartige Atmosphäre des GeriNoVe

beschrieben, welche sich von einem Krankenhaus sowie der anschließend in Anspruch genommenen Kurzzeitpflege unterscheidet (T11, Z. 48, 80).

Frau K. wurde über einen Zeitraum von neun Tagen im GeriNoVe versorgt (T11, Z. 51 f.).

### **Entlassung aus dem GeriNoVe**

Die Patientin wurde zunächst nicht nach Hause entlassen, sondern nutzte anschließend eine Kurzzeitpflege für die Dauer von zehn Tagen (T11, Z. 27).

Zum Zeitpunkt des Interviews lebte Frau K. wieder daheim und kann ihren Haushalt nach eigenen Angaben selbständig bewältigen, wobei sie Unterstützung vom Ehemann und ihren Kindern erfährt (T11, Z. 60). Da sie noch immer Schmerzen verspürt; nimmt sie Maßnahmen der Physiotherapie sowie Lymphdrainage in Anspruch (T11, Z. 54).

Ein Gespräch mit dem\*r Hausarzt\*ärztin über den GeriNoVe Aufenthalt war bereits erfolgt. Zudem wurde im Zeitraum zwischen Zuweisung ins GeriNoVe und Interviewführung ein Antrag auf Leistungen nach SGB XI gestellt, der mit dem Pflegegrad 1 beschieden wurde (T11, Z. 66).

### **Rolle des GeriNoVe**

Frau K. betont, dass es für sie ein sehr großer Vorteil (T11, Z. 99) gewesen sei, GeriNoVe entdeckt zu haben und beschreibt die Notwendigkeit des Versorgungsmodells an ihrem eigenen Beispiel mit folgenden Worten: *„Dass es die überhaupt gibt. Wissen Sie, wenn ich als Operierter aus dem Krankenhaus entlassen werde und bin aber nicht gesund, was mach ich dann?“* (T11, Z. 99).

Vor diesem Hintergrund hebt sie die, aus ihrer Sicht, zentrale Bedeutung des Modellprojektes an der Schnittstelle zwischen Krankenhausbehandlung und häuslicher Versorgung hervor auch mit Blick auf die Vermeidung eines Umzugs in die stationäre Langzeitpflege sowie andere, kaum vorhandene, Optionen einer als adäquat erlebten Weiterversorgung: *„[...] wenn man eben aus dem Krankenhaus entlassen wird, das ist natürlich klar, die haben ihre Operationen erledigt und damit war gut. Dann hat man da eigentlich auch nichts mehr zu suchen. Aber WOHIN bitte schön? Und da war GeriNoVe eigentlich DIE Einrichtung“* (T11, Z. 103).

Ihr Ehemann betont hingegen, dass auf das Modellprojekt noch stärker aufmerksam gemacht werden müsse, damit mehr Menschen das Angebot kennen und in Anspruch nehmen könnten. Er plädiert diesbezüglich dafür, direkt im Krankenhaus über die Möglichkeit einer Versorgung im GeriNoVe zu informieren (T11, Z. 106 ff.).

## **Einzelfallübergreifende Ergebnisse der qualitativen Patient\*innenbefragung**

### **Zuweisung zum GeriNoVe**

Als Gründe für ihren Aufenthalt im GeriNoVe benennen die Interviewten zum einen akute pflegerische Bedarfe im Kontext eines Sturzes mit teils einhergehender Fraktur (T3, Z. 4 ff.; T5, Z. 9 ff.; T6, Z. 5 ff.; T7, Z. 2 ff.; T9, Z. 4 ff.; T10, Z. 5), eines häuslichen Unfalls (T8, Z. 3 ff.), eines schlechten gesundheitlichen Allgemeinzustandes bzw. körperlicher Schwächung im Rahmen eines Infektes (T1, Z. 8 ff.) sowie im Anschluss an eine Operation (T11, Z. 15 ff.). In zwei „Fällen“ war die häusliche Pflegeversorgung durch den plötzlichen Ausfall der (informellen) Pflegeperson akut gefährdet und konnte anderweitig nicht gesichert werden (T2, Z. 34 ff., T4, Z. 13 ff.).

Die Zuweisung ins GeriNoVe erfolgte in der Regel über die Hausärzt\*innen der Betroffenen (T2, Z. 17 ff.; T4, Z. 40 ff.; T6, Z. 5 ff.; T7, Z. 2 ff.; T10, Z. 5) sowie Krankenhausnotaufnahmen (T1, Z. 8 ff., T3, Z. 21 ff.; T5, Z. 9 ff.; T9, Z. 14) beziehungsweise ein Krankenhaus (T8, Z. 3 ff.). Zudem haben in zwei Fällen Angehörige die Initiative ergriffen und mit Hilfe der Hausarztpraxen die Aufnahme ins GeriNoVe in die Wege geleitet (T2, Z. 17 ff., T4, Z. 40 ff.).



Informationen zur Existenz des neuen Versorgungsangebotes erhielten die Patient\*innen bzw. ihre Angehörigen entweder in der Krankenhausnotfallaufnahme (T1, Z. 8 ff.; T7, Z. 2 ff), von einem ambulanten Pflegedienst (T4, Z. 34 ff.), dem\*der Hausarzt\*in (T6, Z. 5 ff.; T10, Z. 7) oder aber über regionale Printmedien (T2, Z. 17 ff.) sowie durch informelle Begegnungen/ Gespräche bspw. auf dem örtlichen Wochenmarkt (T4, Z. 308).

Vor ihrer Aufnahme ins GeriNoVe wurden die Interviewten überwiegend durch Angehörige pflegerisch versorgt (T1, Z. 8 ff.; T2, Z. 34 ff.; T3, Z. 58 ff.; T4, Z. 13 ff.) sowie zusätzlich oder ausschließlich durch einen ambulanten Pflegedienst (T3, Z. 260 ff.; T4 Z. 34 ff.; T7, Z. 2 ff.). Ein\*e Patient\*in wurde zudem durch eine Haushaltshilfe unterstützt (T1, Z. 8 ff.).

### **Versorgung im GeriNoVe**

Ein Teil der Patient\*innen hatte konkrete Erwartungen an das GeriNoVe. Hierzu zählten der Wunsch nach angemessener Versorgung (T2, Z. 120 ff.; T8, Z. 9 f.) sowie danach, dass alles so wie erhofft während des Aufenthaltes funktionieren würde (T4, Z. 74). Zudem hatte ein\*e Patient\*in die Erwartung, im GeriNoVe krank sein zu dürfen und mit Pflege, einem Bett und Medikamenten versorgt zu werden (T5, Z. 15 ff.).

Weit überwiegend zeigen sich die Interviewten mit der im GeriNoVe erlebten Versorgung zufrieden. Dies wird zum einen mit dem als sehr freundlich und „locker“ erlebten Personal begründet (T1, Z. 222; T2, Z. 120 ff.; T3, Z. 142; T4, Z. 173 ff.; T5, Z.19; T7, Z. 38; T8, Z. 12; T9, Z. 16; T10, Z. 11; T11, Z. 33). Der Umgang der Mitarbeitenden des GeriNoVe mit den Patient\*innen wird sehr positiv beschrieben. Das Personal wird insgesamt als freundlich, nett (T1, Z. 222; T2, Z. 120 ff.; T3, Z. 142; T4, Z. 173 ff.; T5, Z.19; T7, Z. 38; T. 8, Z. 12; T9, Z. 16; T10, Z. 11; T11, Z. 33) und fachlich kompetent bezeichnet (T3, Z. 220) sowie zudem als, bei Bedarf, jederzeit ansprechbar. Zum anderen wird die Versorgungszufriedenheit mit der als bedürfnisorientiert und aktivierend empfundenen Pflege assoziiert (T3, Z. 136 ff.; T5, Z. 19). In diesem Zusammenhang werden u. a. sowohl die Mobilisation (T2, Z. 120 ff.; T3, Z. 130 ff.; T4, Z. 106 ff.) als auch die pflegerische Versorgung in der Nacht (T8, Z. 16 ff.) positiv hervorgehoben. Darüber hinaus trugen die Tagesstrukturierung während des Aufenthalts (T3, Z. 144) sowie die Räumlichkeiten des GeriNoVe zur Zufriedenheit der Patient\*innen bei (T9, Z. 16; T10, Z. 7; T11, Z. 48, 80).

Analog zu den Befunden der schriftlichen Befragungen, beziehen sich die, in den Interviews geäußerten, Unzufriedenheiten in erster Linie auf die als zu gering empfundene Aufenthaltsdauer im GeriNoVe (T1, Z. 129 ff.) sowie die damit verbundene Situation zum Zeitpunkt der Entlassung (T1, Z. 129 ff.; T5, Z. 33). Vereinzelt werden das Essen im GeriNoVe (T6, Z. 27) sowie die Freundlichkeit und Kompetenz einzelner Mitarbeiter\*innen kritisiert (T5, Z. 47 ff., Z. 92; T6, Z. 23).

Der Umgang der Patient\*innen untereinander wird rückblickend durchaus unterschiedlich beschrieben, denn auf der einen Seite berichten die Befragten davon, sich gut mit anderen Patient\*innen unterhalten zu haben während des GeriNoVe Aufenthaltes (T1, Z. 238 ff.; T2, Z. 180 ff.), wobei auch irritierend wirkende Verhaltensweisen (demenziell veränderter) Patient\*innen akzeptiert wurden (T1, Z. 165 ff.). Auf der anderen Seite kam es auch zur Kontaktvermeidung gegenüber diesen Personen (T1, Z. 118 ff.; T3, Z. 158; T6, Z. 29).

Als Gründe dafür werden irritierend wirkende Verhaltensweisen (T2, Z. 160; T6, Z. 29), geringe Kommunikationsfähigkeiten (T1, Z. 129 ff.) sowie zu laute Geräusche und Gespräche (T3, Z. 196 ff.) genannt. Zudem war während der Corona-Pandemie aufgrund von Hygiene- und Abstandsregeln nicht immer Kontakt zu anderen Patient\*innen möglich (T7, Z. 83 ff.).

Die wichtigsten Ansprechpersonen sind für die meisten Patient\*innen die Pflegefachpersonen (T1, Z. 195 ff.; T2, Z. 267 ff.; T3, Z. 220; T7, Z. 77 f.; T8, Z. 20; T11, Z. 43). Aber auch die Ärzt\*innen im GeriNoVe (T2, Z. 267 ff.; T3, Z. 156; T8, Z. 20) sowie das Servicepersonal (T3, Z. 209 f.) werden teilweise als bedeutsame Ansprechpersonen wahrgenommen. Zwei

Patient\*innen nennen Mitarbeitende des Sozialdiensts als wichtigste Ansprechperson (T9, Z. 59 ff.; T10, Z. 17).

Ein\*e Angehörige\*r hebt die bei der Aufnahme durchgeführten Assessments in verschiedenen Bereichen positiv hervor (T4, Z. 110 ff.) und ein\*e Patient\*in verweist in diesem Kontext auf Tests zur Überprüfung der kognitiven Fähigkeiten (T9, Z. 20).

### **Entlassung aus dem GeriNoVe**

Ein ebenfalls heterogenes Meinungsbild ergibt sich mit Blick auf die Entlassung aus dem GeriNoVe: Die Spannbreite reicht hier von überaus positiven Erinnerungen, weil sich bspw. alle anwesenden Mitarbeitenden zu einem Abschiedsgruß versammelt hatten (T2, Z. 190 ff.) bis hin zu einer als „Rauswurf“ erlebten Entlassung (T5 Z. 183 ff.), weil u. a. als notwendig erachtete Hilfsmittel für die häusliche Versorgung fehlten (T5, Z. 50) oder aber der eigene gesundheitliche Zustand bei Entlassung als schlecht erlebt wurde (T1, Z. 129 ff.).

Im Gegensatz dazu werden die persönlichen Beratungsgespräche im Rahmen der Entlassung (T7, Z. 116) sowie die nachsorgenden telefonischen Nachfragen des GeriNoVe als positive Elemente beschrieben (T4, Z. 366).

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 (T1, Z. 251 ff.; T10, Z. 17; T11, Z. 27): Hausnotruf, Tages-/ Kurzzeitpflege, sogenannter 24-h-Kraft, professionelle ambulante Pflege, fristgerechte Beschaffung eines Pflegebettes oder eines Rollators) sowie von Empfehlungen zur Implementierung weiterer Hilfen (Tagespflege, sogenannter 24-h-Kraft, ambulanten Pflegedienst) (T4, Z. 189 f.; T7, Z. 116 ff.). Dabei spielen Angehörige eine nicht zu unterschätzende Rolle, weil sie teilweise in die Umsetzung der Neuerungen involviert waren (T7, Z. 116 ff.); diese jedoch in Einzelfällen auch ablehnten (T4, Z. 310 ff.). Zudem wird berichtet, dass der Sozialdienst des GeriNoVe den Pflegedienst, der schon vor der Zuweisung ins GeriNoVe in diesem Fall tätig war, über die Entlassung des\*r Patienten\*in informierte (T3, Z. 260 ff.), die Beschaffung eines Pflegebetts vorantrieb (T1, Z. 256) oder die hausärztliche Verordnung einer neuen Therapie organisierte (T7, Z. 105 ff.).

Fast die Hälfte der Patient\*innen und/ oder deren Angehörige hielt Rücksprache mit dem\*r Hausarzt\*ärztin über den GeriNoVe-Aufenthalt (T3, Z. 270 ff.; T4, Z. 337; T7, Z. 121 ff.; T9, Z. 32; T11, Z. 66) und in einem Fall brachte eine Angehörige Informationsflyer des GeriNoVe in die Praxis (T1, Z. 285 ff.). Ähnliches gilt für bereits in die Pflege eingebundene ambulante Dienste, denn auch mit diesen fand ein Austausch zum GeriNoVe Aufenthalt statt (T4, Z. 352 ff.; T7, Z. 134 ff.).

Im Hinblick auf die Aufenthaltsdauer im GeriNoVe wird teilweise darauf verwiesen, dass diese als zu kurz empfunden wurde (T1, Z. 129 ff.; T6, Z. 45).

### **Rolle des GeriNoVe**

Für sechs der 11 Befragten unterscheidet sich die Versorgung im GeriNoVe deutlich positiv von der akut stationären Regelversorgung (T1, Z. 107 ff.; T2, Z. 329; T5, Z. 169 ff.; T7, Z. 92; T8, Z. 21 ff.; T9, Z. 32), da das Personal als freundlicher erlebt wird (T2, Z. 219 ff.), mehr Zeit hat für die zu Versorgenden (T1, Z. 114), die Pflege daher stärker auf die individuellen Bedürfnisse ausgerichtet ist (T7, Z. 92), die Patient\*innen sich frei bewegen können und ernst genommen werden (T5, Z. 169 ff.). Eine Person merkt an, dass sich das Erscheinungsbild des GeriNoVe zwar nicht wesentlich von dem eines Krankenhauses unterscheidet, jedoch die Atmosphäre freundlicher ist (T4, Z. 237 ff.). Positiv hervorgehoben wird zudem, dass im GeriNoVe weniger als lästig empfundene Untersuchungen stattfinden und die einrichtungsinternen Wege kurz sind (T8, Z. 21 ff.).

Von daher wird die Weiterführung des Modellprojektes in fünf Interviews explizit empfohlen (T1, Z. 220; T2, Z. 655; T4, Z. 412; T6, Z. 84 ff.; T9, Z. 20), da es u. a. geeignet scheint, individuelle

pflegerische Notsituationen zu überbrücken (T1, Z. 215; T2, Z. 655; T8, Z. 39 ff.). Zudem wird berichtet, dass durch die Versorgung im GeriNoVe ein Aufenthalt in einem Pflegeheim verhindert werden konnte (T11, Z. 103).

Kritischeren Äußerungen zufolge werden alte Menschen im GeriNoVe aufgenommen, damit sie im Krankenhaus nicht stören (T5, Z. 110 f.); war spürbar, dass sich die neue Versorgungsform noch im Aufbau befand (T6, Z. 41) und sollte der regionale Bekanntheitsgrad der neuen Versorgungsform gesteigert werden (T11, Z. 106 ff.).

### **Zusammenschau der Ergebnisse der Patient\*innenbefragungen**

In einer vergleichenden Zusammenschau der Ergebnisse aus den zwei schriftlichen Befragungen der Patient\*innen sowie den 11 Interviews lässt sich zunächst ein vergleichsweise hohes Interesse daran erkennen sowie konstatieren, dass die Aufnahme ins GeriNoVe in einer sozialpflegerischen Notfallsituation der Betroffenen erfolgte und überwiegend zügig sowie reibungslos verlief. Darüber hinaus besteht hinsichtlich des Aufenthaltes im Modellprojekt sowie der dort erlebten Versorgung eine relativ hohe, allgemeine Zufriedenheit. In diesem Zusammenhang kommt der fachlichen Kompetenz und Freundlichkeit des Personals ein besonderer Stellenwert zu. Gleiches gilt für personelle und zeitliche Ressourcen, die, zumindest aus Sicht der Patient\*innen, in der Regel eine individuelle, bedarfs- sowie bedürfnisorientierte Versorgung ermöglichen. Rückblickend wird die Versorgung von den meisten Befragten als hilfreich bezeichnet insbesondere bei der Überbrückung ihrer Notfallsituation, aber auch hinsichtlich ihrer Mobilisation, Beratung und der Organisation der nachfolgenden Versorgung. Unabhängig davon, dass das Modellprojekt erwartungsgemäß keinen Beitrag zum Abbau fehlender pflegeprofessioneller Versorgungsengpässe in der Kurzzeit-, stationären Langzeit- sowie ambulanten Pflege leisten konnte, hat es den Patient\*innen zur Folge dennoch überwiegend die richtigen Weichen für die weiterführende (pflegerische) Unterstützung gestellt. Gleichwohl ist festzustellen, dass sich viele der zumeist hochbetagten, multimorbiden und stark pflegeabhängigen Patient\*innen auch nach ihrem GeriNoVe Aufenthalt weiterhin in einer stark belasteten (gesundheitlichen) Lebenssituation befinden mit teils prekären Unterstützungspotenzialen im Alltag. Teilweise beschreiben die Befunde entsprechende Belastungen ebenso für Angehörigen der alten Frauen und Männer.

Die größten Bewertungsunterschiede belegen die Befunde hinsichtlich der Verweildauer im GeriNoVe bzw. der Entlassung daraus. So haben einige Patient\*innen den Eindruck, zu früh aus dem GeriNoVe entlassen worden zu sein und erlebten ihre Entlassung im Einzelfall gar als „Rauswurf“. Des Weiteren hätten sich manche Patient\*innen im Rahmen des Entlassmanagements mehr Unterstützung für sich selbst, aber auch für ihre Angehörigen gewünscht. Andere berichten hingegen von einer persönlichen Verabschiedung und heben vor allem die persönlichen Beratungsgespräche und nachsorgenden Anrufe des GeriNoVe positiv hervor. Letztendlich wussten die Befragten in der Regel jedoch, wie sich ihre anschließende Versorgung gestalten sollte, wobei diese in den meisten Fällen (vollumfänglich oder zumindest teilweise) realisiert werden konnte. Dies umfasste dann nicht selten auch Änderungen im bisherigen Unterstützungsarrangement bzw. neu organisierte personelle, instrumentelle und/ oder institutionalisierte Hilfen.

Aus Sicht vieler ehemaliger Patient\*innen unterscheidet sich GeriNoVe in mehrfacher Hinsicht von einer akut stationären Regelversorgung: Laut den Befragungsergebnissen ist das Personal im Modellprojekt freundlicher und hat v. a. mehr Zeit für die zu Pflegenden. Überdies wird die Atmosphäre als freundlicher beschrieben inkl. kürzerer Wege für Patient\*innen sowie einer Tagesstrukturierung und Mobilisation der Patient\*innen.

Betrachtet man die einzelnen Dimensionen des EQ-5D-5L, so werden signifikante Unterschiede der Werte je Dimension zwischen t0 und t1 sowie t2 erkennbar. Beim aktuellen

Gesundheitszustand zeigt sich sowohl beim Skalenwert als auch beim numerischen Wert ein signifikanter Unterschied zwischen den Erhebungszeitpunkten t0 und t1.

Insgesamt wird GeriNoVe als Versorgungskonzept von den meisten Patient\*innen als notwendig erachtet und seine Weiterführung befürwortet.

## f) Ergebnisse der qualitativen Mitarbeitendenbefragungen

### Erste Fokusgruppen (Dezember 2020)

Am 03.12.2020 fanden erstmalig zwei hintereinander folgende Fokusgruppensitzungen mit Mitarbeitenden des GeriNoVe statt, bei denen ein identischer Gesprächsleitfaden zum Einsatz kam. Diese Zweiteilung geht auf methodische Vorüberlegungen zurück, denen zur Folge solche Befragungsgruppen nicht zu groß sein sollen. Auf diese Weise konnten in die erste Gruppe sechs und in die zweite fünf Mitarbeitende einbezogen werden. Da eine Person an beiden Gesprächen teilnahm, weil sie als einzige die ärztliche Berufsgruppe repräsentierte, umfasst die Grundgesamtheit insgesamt 10 Mitarbeitende. Hierbei handelt es sich um acht Frauen und zwei Männer mit einem Durchschnittsalter von 51 Jahren ( $sd=10$ ), wobei der\*die jüngste Teilnehmer\*in 27 Jahre und der\*die älteste Teilnehmer\*in 62 Jahre alt war. Bezüglich des höchsten erworbenen Berufsabschlusses in der Pflege zeigt sich folgende Verteilung: Die meisten Teilnehmer\*innen sind examinierte Pflegefachkräfte ( $n=6$ ). Jeweils eine Person hat ein pflegespezifisches Studium, eine Pflegehilfswissenschaften Ausbildung (zzgl. einer einjährigen Ausbildung in der Altenpflegehilfe) oder eine Berufsqualifizierung in der Heilerziehungspflege absolviert. Darüber hinaus verfügen die meisten Pflegenden ( $n=7$ ) über Weiterbildungsabschlüsse. Hier werden insgesamt 17 Abschlüsse genannt, die sich u.a. auf die Themenfelder Geriatrie, Pflegeleitung, Praxisanleitung sowie auf spezifische pflegerische Handlungsfelder beziehen (Hygiene, Wundmanagement, Aromapflege usw.).

Die Berufserfahrung der Mitarbeiter\*innen liegt bei durchschnittlich 28 Jahren ( $sd=12$ ). Die geringste Berufserfahrung umfasst fünf Jahre; die längste 43 Jahre. Ausschließlich auf den geriatrischen Bereich bezogen, blicken die Teilnehmer\*innen auf durchschnittlich 15 Jahre an beruflicher Erfahrung zurück ( $sd=11$ ). Zwei Jahre sind dabei die geringste-, 30 Jahre die längste Berufserfahrung.

### **Professionelle Rollen und Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team der nurse-led-unit GeriNoVe**

GeriNoVe ist als pflegeleitete Versorgungseinheit angelegt; ein Konzept, das international als nurse-led-unit bezeichnet sowie im Ausland vielerorts realisiert wird; in Deutschland jedoch noch selten ist. Folglich erfordert es hierzulande eine Neuausrichtung des pflegeberuflichen Selbstverständnisses, welches wiederum die intra- und interprofessionelle Kooperation beeinflusst bzw. modifiziert im Vergleich zur Regelversorgung mit klassischen Berufsrollenverteilungen.

In diesem Zusammenhang belegen die Ergebnisse der ersten beiden Fokusgruppen zunächst einige Schwierigkeiten bei der Implementierung einer neuen Rolle der Pflege: „(...) das ist schon eine Herausforderung, diese historische Rolle, die einfach die Pflegekraft bisher hatte, zu verlassen und das zu leben, was das GeriNoVe-Konzept eigentlich vorgibt. Das sind nicht nur die akademischen Pflegekräfte, das sind für mich auch für die anderen, aber das ist schon eine gewisse Herausforderung“ (P3, T1, Z. 11). Dabei wird selbstkritisch auch reflektiert, dass sich Berufsangehörige aus der Pflege bei Anwesenheit von ärztlichem Personal diesem quasi automatisch unterordnen würden (P3, T1, Z. 98), wobei hierbei mehrfach rechtliche Rahmenbedingungen angeführt werden, welche die o. g. Neuausrichtung der Pflege in Deutschland erschweren. Dies gilt nach Auffassung der Pflegenden prinzipiell für die Übernahme bzw. auch Delegation von Aufgaben, die hierzulande nach wie vor Ärzt\*innen vorbehalten sind (P3, T1, Z. 156; P5, T1, Z. 101). Die Implementierung der neuen Rolle der Pflege erscheint den Pflegenden nicht nur intern, sondern auch nach außen schwierig,

beispielsweise im Kontakt mit den Hausärzt\*innen, mit denen GeriNoVe zusammenarbeitet (P3, T1, Z. 125). Diese\*r Teilnehmende fordert daher, *„dass die Pflege MEHR entscheiden sollte, FREIER werden sollte in ihren Entscheidungen“* (P3, T1, Z. 11).

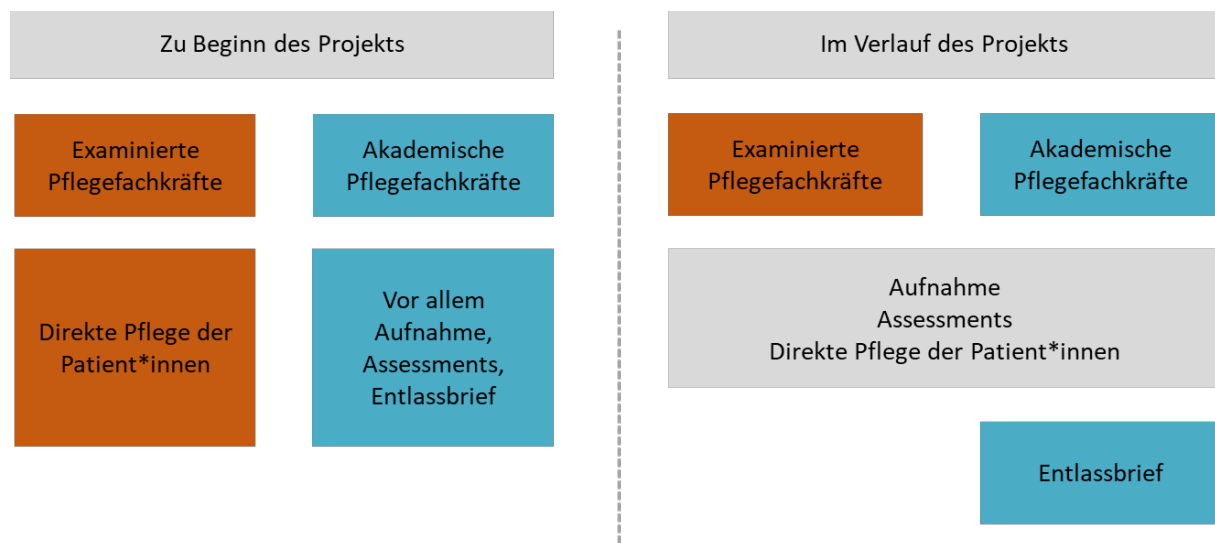
Unabhängig davon werden die Rahmenbedingungen der pflegerischen Arbeit im GeriNoVe (auch im Vergleich zur Regelversorgung) positiv erlebt. Demzufolge ist die Pflege im GeriNoVe ressourcenorientiert (P8, T2, Z. 23) und verfügt über ein angemessenes Zeitbudget (P5, T1, Z. 13; P7, T2, Z. 22; P10, T2, Z. 24): *„[i]ch habe Zeit [...] in der Pflege, also letztendlich mir die Zeit zu nehmen, die ich brauche“* (P7, T2, Z. 22), welches wiederum die Betreuung der Patient\*innen entlang ihrer individuellen Bedarfe sowie Bedürfnisse ermöglicht (P5, T1, Z. 13); selbst bei voller Auslastung der modellhaften Versorgungseinheit (P8, T2, Z. 23). Im Vergleich zur Regelversorgung empfinden Pflegende zudem eine diesbezüglich geringe psychophysische Belastung im Rahmen ihrer GeriNoVe Tätigkeit (P8, T2, Z. 23).

Ein\*e Teilnehmer\*in erachtet die akademischen Pflegefachkräfte als einen wesentlichen Unterschied zur Regelversorgung (P1, T1, Z. 10). Innerhalb des GeriNoVe werden jedoch verschiedene Positionen im Hinblick auf die Differenzierung zwischen akademischen und examinierten Pflegefachkräften eingenommen. So wird einerseits die Ansicht vertreten, dass sich akademische und examinierte Pflege nicht streng voneinander trennen lassen (P9, T2, Z. 187; P10, T2, Z. 41). Andere Teilnehmer\*innen hingegen berichten von einer Differenzierung zwischen examinierten und akademischen Pflegefachpersonen zu Beginn des Projekts (P5, T1, Z. 15; P8, T2, Z. 35). 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 (P8, T2, Z. 35).

Inzwischen werden die Assessments von allen Pflegefachkräften durchgeführt (P10, T2, Z. 39). Seit der Wiedereröffnung des GeriNoVe nach der pandemiebedingten Schließung sind die akademischen Pflegefachkräfte zudem vermehrt auch in der direkten Pflege tätig (P8, T2, Z. 37). Ein Unterschied stellt aber weiterhin das Verfassen von Entlassbriefen dar, welches von den akademischen Pflegefachpersonen übernommen wird (P8, T2, Z. 35; P10, T2, Z. 39).

Kritisiert wird bei der Unterscheidung zwischen examinierten und akademischen Pflegefachkräfte die Gefahr einer mangelnden Wertschätzung und Anerkennung examinierter Pflegefachkräfte (P5, T1, Z. 15; P5, T1, Z. 21). Mehrere Teilnehmer\*innen sehen seit der Wiedereröffnung des GeriNoVe nach der pandemiebedingten Schließung einen Personalmangel in der Pflege (P3, T1, Z. 145; P4, T1, Z. 146; P5, T1, Z. 13; P8, T2, Z. 35), der dazu führe dazu, dass die Pflegefachpersonen weniger mit den Patient\*innen arbeiten können (P4, T1, Z. 173) und akademische Pflegekräfte vermehrt in der direkten Pflege sind (P8, T2, Z. 37). So berichtet ein\*e Teilnehmer\*in: *„Naja, wir können nicht mehr so das alles umsetzen, mit dem wir gestartet sind. Wir haben die Beschäftigung nicht mehr, wir müssen schauen, am Anfang haben wir noch viel Lauf- und Gehtraining gemacht und Treppensteigen, das ist alles momentan oftmals nicht möglich“* (P4, T1, Z. 173).

Abbildung 12: Differenzierung der Aufgaben von examinierten und akademischen Pflegefachpersonen



Quelle: eigene Darstellung

Im Vergleich zur Tätigkeit in einem Krankenhaus spricht ein\*e Teilnehmer\*in von einer anderen Einstellung der dortigen Pflege, denn „(...) für sowas hat man keinen Sinn im Krankenhaus, Mobilisation. Und das ist eben in der GeriNoVe, man strebt an, die Patienten zu mobilisieren“ (P10, T2, Z. 24). Die Rolle der Pflege im Vergleich zum Regelsystem wird auch dahingehend als anders erachtet, als dass im GeriNoVe nicht immer ärztliche Mitarbeitende (nachts und an Wochenenden) verfügbar sind und die Pflege nachschauend tätig sein muss. Denn „da ist die Zusammenarbeit mit der Pflege nachschauend. Was ist ab 16 Uhr? Was ist ab Freitagnachmittag? Wir müssen zwei Tage überbrücken, natürlich schon eine Sonderrolle, die im Regelbetrieb im Krankenhaus so nicht ist“ (P11, T2, Z. 68).

Das ärztliche Personal fungiert im GeriNoVe als „Supervisor“ (P1, T1, Z. 83) und nimmt im Vergleich zur Regelversorgung eine andere Rolle ein (P1, T1, Z. 83). Das ärztliche Personal im GeriNoVe verantwortet die medizinische Versorgung (P1, T1, Z. 83) und ist vor allem medizinisch-administrativ tätig (P11, T2, Z. 68) sowie wichtiger Ansprechpartner für die Pflegekräfte (P10, T2, Z. 59). Die Anwesenheit eines\*r Arztes\*Ärztin wird als Beitrag zu Steigerung der medizinischen Versorgungsqualität im GeriNoVe betrachtet (P1, T1, Z. 97) und bietet den Vorteil, dass ein einrichtungsinterner Arzt\*Ärztin mehr Informationen über die Patient\*innen besitzt (P1, T1, Z. 97; P5, T1, Z. 89).

Die Meinungen darüber, inwieweit ärztliches Personal im GeriNoVe notwendig ist, gehen jedoch auseinander: Einerseits wird die Anwesenheit eines\*r Arztes\*Ärztin in den meisten Situationen als notwendig (P3, T1, Z. 98) und sinnvoll (P1, T1, Z. 97) erachtet. Zudem wird sie als angenehm (P2, T1, Z. 87) und entlastend (P4, T1, Z. 140) beziehungsweise die Abwesenheit des\*r Arztes\*Ärztin als überfordernd (P6, T1, Z. 141) empfunden. Außerdem ist es „halt die Sicherheit, dass ich einfach auch von ärztlicher Seite her die Sicherheit habe“ (P9, T2, Z. 64). Eine wichtige Rolle spielt der\*die Arzt\*Ärztin zum einen bei den Aufnahmen (P1, T1, Z. 111; P2, T1, Z. 128; P4, T1, Z. 114), denn wenn diese von den Zuweisenden nicht gut vorbereitet sind, muss vom ärztlichen Personal im GeriNoVe zunächst eine akut medizinische Indikation ausgeschlossen werden (P1, T1, Z. 111). Denn „[e]s kommt ganz darauf an, wenn das alles geklärt ist oder halt alle gut eingestellt sind (...)“ (P4, T1, Z. 134). Bei einer eindeutigen sozialen Indikation hingegen bedarf es nicht der Einschätzung eines\*r Arztes\*Ärztin hinsichtlich des Aufnahmegrunds (P1, T1, Z. 111). Ferner wird ärztliches Personal bei einer Verschlechterung des Zustands der Patient\*innen als wichtig (P6, T1, Z. 132) und im Zusammenhang mit

geplanten Verlegungen als relevant erachtet (P7, T2, Z. 67). Zudem ist der\*die Arzt\*Ärztin für den Medikamentenbedarfsplan zuständig (P10, T2, Z. 63), muss ärztliche Anordnungen schriftlich festhalten (P10, T2, Z. 59) und Entscheidungen auf medizinischer Ebene treffen (P4, T1, Z. 158). Akute Behandlungen durch einen\*e Arzt\*Ärztin spielen im GeriNoVe hingegen eine untergeordnete Rolle (P11, T2, Z. 68).

Andererseits wird die Notwendigkeit ärztlichen Personals nachts (P7, T2, Z. 97) und am Wochenende (P7, T2, Z. 97; P10, T2, Z. 93) als nicht zwingend notwendig erachtet; v. a. dann, wenn die Einweisung gut vorbereitet ist (P10, T2, Z. 97). Gleichzeitig wird jedoch auch von vereinzelt Schwierigkeiten berichtet, wenn bspw. am Wochenende eine Rücksprache mit Ärzt\*innen nicht möglich war (P5, T1, Z. 89). Für Akutverlegungen (P11, T2, Z. 68) oder Verlegungen am Wochenende (P10, T2, Z. 66) bedarf es nicht zwingend ärztlichen Personals im GeriNoVe und direkte Kontakte auf ärztlicher Ebene mit anderen Einrichtungen sind nur selten notwendig (P11, T2, Z. 68). Ein\*e Teilnehmer\*in merkt ferner an, dass es zu keiner Zeit eine längere Abwesenheit des ärztlichen Personals im GeriNoVe gegeben hat (P3, T1, Z. 98).

In den beiden Diskussionsrunden werden verschiedene Modelle erörtert als Alternative zu einer medizinischen Präsenz im GeriNoVe. Demnach könnte der ärztliche Teil durch Hausarzt\*innen (P2, T1, Z. 87; P4, T1, Z. 99), Notärzt\*innen (P1, T1, Z. 88; P2, T1, Z. 87; P4, T1, Z. 99) oder KV-Ärzt\*innen (P1, T1, Z. 88; P4, T1, Z. 99) ausgeglichen werden. So muss „*[f]ür ärztlich administrative Tätigkeiten oder Probleme, finde ich, (...) dann auch ein Rückruf an den Hausarzt dann ausreichen, weil das kann auch einen halben Tag warten*“ (P1, T1, Z. 105). Sollte es aber um medizinische Behandlungsentscheidungen gehen, sei das Hausarztmodell überfordert (P1, T1, Z. 105). Die Teilnehmer\*innen merken zugleich an, dass die Zusammenarbeit mit den Hausarzt\*innen (P3, T1, Z. 104; P5, T1, Z. 89) und Notaufnahmen (P5, T1, Z. 89) schwierig ist. Einige Teilnehmer\*innen stufen die Anbindung eines Projekts wie GeriNoVe an ein Akutkrankenhaus als sinnvoll ein (P3, T1, Z. 147; P4, T1, Z. 148; P5, T1, Z. 137). Eine Person schlägt eine Zentralstelle vor, falls ein\*e Arzt\*Ärztin im GeriNoVe selbst nicht verfügbar ist (P3, T1, Z. 104). Ein\*e Teilnehmer\*in erachtet die Möglichkeit der telefonischen Rücksprache mit einem\*r Arzt\*Ärztin in bestimmten Situationen als entlastend (P5, T1, Z. 139).

Das Case-Management ist „*der zentrale Lotse (..) zwischen den Versorgungsstrukturen, in denen wir uns befinden, und im Grunde ja dann auch der Taktgeber*“ (P1, T1, Z. 65), also „*die zentrale Figur im Projekt*“ (P1, T1, Z. 65) und der „*Koordinator*“ (P1, T1, Z. 70). Das Case Management zeichnet das GeriNoVe aus (P10, T2, Z. 51) und verfügt über viel Expertise beispielsweise hinsichtlich gesetzlicher Versorgungsgrundlagen (P2, T1, Z. 54). Gerade der Bereich der Nachsorge ist dabei wesentlich durch das Case Management bestimmt (P1, T1, Z. 65; P4, T1, Z. 67). „*[D]as Case Management versucht [dabei] wirklich, mit den Informationen auch das Bestmögliche herauszuholen*“ (P5, T1, Z. 52), erkennt aber auch gleichzeitig Grenzen des Machbaren (P5, T1, Z. 52).

Der Unterschied zwischen pflegeausgebildeten und sozialarbeiterisch ausgebildeten Mitarbeiter\*innen im Case Management ist für die meisten Befragten in der Praxis nicht wahrnehmbar beziehungsweise erkenntlich (P1, T1, Z. 78; P4, T1, Z. 76; P5, T1, Z. 77). Der Versuch, die Aufgabenfelder eines pflegerischen und sozialen Case Managements Pflege voneinander zu trennen, erwies sich als sehr schwierig (P1, T1, Z. 78; P3, T1, Z. 79). Vor allem für die Sozialarbeiter\*innen war es herausfordernd, die eigenen Aufgabenfelder zu definieren (P3, T1, Z. 79).<sup>1</sup> Im Konzept des GeriNoVe wird das Case Management, durch pflegeausgebildete Personen erbracht, und Sozialarbeit unterschiedlich definiert (P3, T1, Z.

---

<sup>1</sup> Anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass zu Beginn des Projekts das Case Management sowohl von pflegeausgebildeten als auch sozialarbeiterisch ausgebildeten Mitarbeiter\*innen durchgeführt wurde. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung wurde das Case Management ausschließlich von pflegeausgebildeten Mitarbeiter\*innen durchgeführt.

79). In der Regelversorgung des Gesundheitswesens hingegen findet keine Differenzierung im Case Management zwischen Pflege und Sozialarbeit statt (P1, T1, Z. 78).

Von mehreren Teilnehmer\*innen wird hervorgehoben, dass es wichtig ist, dass die Case Manager\*innen Erfahrungen in der Pflege haben (P3, T1, Z. 79; P4, T1, Z. 80; P5, T1, Z. 77). So meint ein\*e Teilnehmer\*in: *„Ich persönlich finde zwingend notwendig, schon dass jemand auch ein bisschen Ahnung hat von Pflege, weil hier geht es wirklich, es geht eigentlich/ es sind pflegerische Notfälle“* (P4, T1, Z. 80).

Eine Person vertritt die Ansicht, dass Sozialarbeiter\*innen im Case Management nicht zwingend notwendig sind. Stattdessen könnte man bei juristischen Fragen auf die Rechtsabteilung des Trägers zurückgreifen (P3, T1, Z. 79). Ein\*e andere\*r Teilnehmer\*in hingegen ist der Meinung, dass Sozialarbeiter\*innen im Case Management wichtig sind (P2, T1, Z. 74).

Neben der Zusammenarbeit der Case Manager\*innen mit der Pflege (P8, T2, Z. 49; P10, T2, Z. 53) erscheint auch der Austausch des Case Managements mit den Angehörigen als sehr wichtig (P8, T2, Z. 49/P10, T2, Z. 51).

Neben den vorrangig im GeriNoVe präsenten Professionen (Pflege, Arzt\*Ärztin, Case Management) werden noch weitere Berufsgruppen thematisiert, die entweder im GeriNoVe bereits tätig waren oder deren Beteiligung in Zukunft wünschenswert wäre: Mehrere Teilnehmende wünschen sich Personal, das die Patient\*innen aktiviert und Beschäftigungen für sie anbietet (P6, T1, Z. 165; P10, T2, Z. 156). Zwei Teilnehmer\*innen sprechen in diesem Zusammenhang von *„Betreuungsassistenten“* (P8, T2, Z. 150; P9, T2, Z. 152). Vor der pandemiebedingten Schließung wurden Servicekräfte in die multidimensionale Aktivierung eingebunden (P11, T2, Z. 169). Zukünftig könnten solche Mitarbeitenden gezielt geschult werden (P7, T2, Z. 155; P11, T2, Z. 169). So wäre es wünschenswert, *„diese[n] Bereich eben, diese Servicekraft plus irgendwie, wie es bei uns ausgeübt wurde, wäre ganz wichtig für das GeriNoVe-Projekt. Ob als eigenständige Berufsgruppe oder Zusatzqualifizierung, wie auch immer“* (P11, T2, Z. 169). Ein\*e Teilnehmer\*in verweist in diesem Zusammenhang auf aktuelle Studien und *„dass eine, eine entsprechende multidimensionale Aktivierung, Stichwort MAX-Therapie, ja das, das gängige Konzept von der Tagespflege ist. Und ja auch gerade im Demenzbereich so wirksam ist wie eine medikamentöse Therapie“* (P11, T2, Z. 169).

Als weitere Profession wird die Physiotherapie diskutiert, wobei sich auch hier die Meinungen hinsichtlich der Notwendigkeit unterscheiden. Einerseits wird eine stärkere Einbindung von Physiotherapie gewünscht und als sinnvoll erachtet (P2, T1, Z. 168; P3, T1, Z. 164; P7, T2, Z. 172; P10, T2, Z. 173). Die vermehrte Einbindung von Physiotherapie wird dabei mit einer Steigerung der Professionalität der Behandlung assoziiert (P10, T2, Z. 175). Andererseits wird die Meinung vertreten, dass Physiotherapie in den meisten Fällen nicht notwendig ist und die meisten Tätigkeiten in diesem Bereich vom Pflegepersonal erbracht werden können, wenn dieses ausreichend vorhanden ist (P11, T2, Z. 176). Die Pflege konnte vor der Corona-Pandemie bereits gute Erfolge in diesem Bereich erzielen, daher wäre eine konsiliarische Anbindung von Physiotherapie ausreichend (P11, T2, Z. 176).

Zudem wird für den medizinischen Bereich eine stärkere (geronto-)psychiatrische Beteiligung gewünscht (P1, T1, Z. 168).

Auch der Einbezug von Auszubildenden der Pflege wird diskutiert. Dabei wird zum einen ein stärkeres Angebot für Auszubildende gewünscht (P9, T2, Z. 159) und zum anderen von Schwierigkeiten bei der Anwesenheit von Auszubildenden der Pflege berichtet (P7, T2, Z. 160).

Die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team wird als positiv und vorteilhaft erachtet (P3, T1, Z. 46; P4, T1, Z. 31; P7, T2, Z. 29; P9, T2, Z. 185) und zudem als weniger hektisch und mühsam im Vergleich zur Regelversorgung erlebt (P3, T1, Z. 46). Durch die Beteiligung verschiedener Professionen können verschiedene Erfahrungswerte einbezogen werden (P4, T1, Z. 31; P10, T2, Z. 30). Der Informationsaustausch im multiprofessionellen Team wird als



positiv beschrieben (P3, T1, Z. 46; P4, T1, Z. 53; P6, T1, Z. 58) und kurze Wege der Kommunikation (P3, T1, Z. 46) sowie direkte Kommunikation (P3, T1, Z. 48) als gewinnbringend geschätzt. Auch von der Regelversorgung unterscheidet sich die Kommunikation im Team, denn *„[d]er Informationsaustausch ist sonst in der Regelversorgung einfach so NICHT DA“* (P3, T1, Z. 30). Durch den Austausch im Team können außerdem Informationen aus anderen Gesprächen weitergegeben (P6, T1, Z. 68). Und verschiedene Meinungen im Team gehört werden (P4, T1, Z. 57). Des Weiteren können die unterschiedlichen Mitglieder im multiprofessionellen Team voneinander lernen (P2, T1, Z. 56; P10, T2, Z. 28) und gegenseitige Unterstützung erfahren (P7, T2, Z. 29; P8, T2, Z. 47). Dabei haben die Mitarbeiter\*innen individuelle Schwerpunkte, die sie einbringen können (P8, T2, Z. 35). Im Team werden außerdem verschiedene Lösungswege erarbeitet (P3, T1, Z. 64) und dann versucht, bestmögliche zu realisieren (P4, T1, Z. 35).

Ein Medium der Zusammenarbeit im Team sind Fallbesprechungen. Die Ansichten dazu fallen im Team jedoch unterschiedlich aus. Zum einen werden die Fallbesprechungen als sinnvoll erachtet (P6, T1, Z. 29) und als Alleinstellungsmerkmal des Modellprojektes beschrieben, denn *„[w]as ich im GeriNoVe so anders empfinde, das ist das multiprofessionelle Team, dass man sich zusammensetzt, dass man Fallbesprechungen macht, dass man das bestmögliche für den Patienten sucht. Das kenne ich von der Regelversorgung in Heimen zum Beispiel oder so nicht“* (P4, T1, Z. 28). Zum anderen werden die Fallbesprechungen aber auch als nicht sinnvoll und effektiv eingeschätzt (P11, T2, Z. 137). So berichtet ein\*e Teilnehmer\*in: *„Natürlich, also der, der Vorteil war, dass man eben dann diese Fallbesprechung schriftlich explizit fixiert hatte, effektiv war es nicht, wir haben ja keine andere Handlungskonsequenz daraus gezogen.“* (P11, T2, Z. 135). Auch war der Zeitpunkt für die Fallbesprechungen nie definiert und die Fallbesprechungen selbst zeitlich aufwendig (P11, T2, Z. 135). Die Fallbesprechungen sind seit der Wiedereröffnung des GeriNoVe nach der pandemiebedingten Schließung eingeschränkt und begrenzen sich auf die Übergabe (P10, T2, Z. 127; P10, T2, Z. 129). Einerseits wird vermutet, dass die Fallbesprechungen aufgrund eines Wechsels in der pflegerischen Leitung nicht mehr stattfinden (P8, T2, Z. 133). Andererseits wird davon ausgegangen, dass die Fallbesprechungen aufgrund des Personalmangels und des fehlenden Nutzens eingestellt wurden (P11, T2, Z. 132).

Mit Blick auf die Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege zeigen die Befragungsergebnisse, dass sich die Pflege dem ärztlichen Personal teilweise unterordnet (P3, T1, Z. 98). Außerdem ist *„die Zusammenarbeit mit der Pflege nachschauend“* (P11, T2, Z. 68) und *„aus medizinischer Sicht ist da die pflegerische Einschätzung eigentlich nicht relevant“* (P1, T1, Z. 107). Das ärztliche Personal stellt wichtige Ansprechpersonen für die Mitarbeiter\*innen der Pflege dar (P10, T2, Z. 59) und vermittelt dem Pflegepersonal ein Gefühl von Sicherheit (P9, T2, Z. 64). Die Aufgabenverteilung zwischen Arzt\*Ärztin und Pflege ist teilweise durch rechtliche Vorgaben bestimmt (P4, T1, Z. 160; P5, T1, Z. 160; P6, T1, Z. 160). Denn *„[w]enn jemand unruhig ist, darf ich auch nicht einfach einen Bedarf geben, ich DARF es einfach nicht“* (P5, T1, Z. 161). Um die anderen Berufsgruppen neben dem ärztlichen Personal selbständiger arbeiten zu lassen, gab es den Versuch, *„[d]ass wir so eine Art medizinischen Handlungsleitfaden haben, anhand dem man über einen Algorithmus abfragen kann, ist das jetzt ein medizinischer Fall oder nicht“* (P1, T1, Z. 115).

Die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Case Management wird als eng beschrieben (P7, T2, Z. 52). So finden ein guter Austausch und Rücksprachen zwischen den beiden Professionen statt (P8, T2, Z. 49; P10, T2, Z. 53). Auch wurden zu Beginn des Projekts die Aufnahmen der Patient\*innen von Mitarbeiter\*innen des Case Managements und der Pflege gemeinsam durchgeführt, was als gewinnbringend erachtet wurde (P8, T2, Z. 54).

### **Rahmenbedingungen**

Die Rahmenbedingungen hinsichtlich der Größe des GeriNoVe mit 18 Betten wird als passend charakterisiert und ist auch bei der Umsetzung des vorgesehenen Personalschlüssels gut

leistbar (P3, T1, Z. 117; P5, T1, Z. 179; P8, T2, Z. 23). Die im Konzept vorgesehene Verweildauer der Patient\*innen von fünf Tagen wird als Richtwert zwar als angemessen empfunden (P2, T1, Z. 232), aber gleichzeitig aufgrund der praktischen Erfahrungswerte auch als zu eng bemessen eingeschätzt (P3, T1, Z. 225). Gerade bei Einweisungen am Wochenende ist der Zeitrahmen knapp. Denn an den Wochenenden ist der GeriNoVe-Betrieb dahingehend eingeschränkt, als dass kein Case Management verfügbar ist (P3, T1, Z. 236). Als realistischer wird ein Zeitrahmen von sechs Tagen oder „*sechs bis acht [Tagen]*“ (P3, T1, Z. 234) erachtet. Druck zur Einhaltung der vorgegebenen Tage entsteht durch die Mitarbeiter\*innen selbst, denn „*wenn wir das irgendwie nicht schaffen, dann ist es mit der Umsetzung in die Praxis dann auch schwieriger, wenn dann wirklich das Finanzielle kommt, weil ja wird ja auch hier mal ein Thema sein*“ (P4, T1, Z. 42). Hinsichtlich der Kosten wird angemerkt, dass im Projekt kein hoher Kostendruck besteht, was wiederum als angenehm empfunden wird (P4, T1, Z. 42).

Als vorteilhaft wird zudem im Hinblick auf die Rahmenbedingungen die Anbindung des Modellprojektes an ein Akutkrankenhaus erachtet (P3, T1, Z. 147). So war das ehemals angegliederte Krankenhaus gerade für die ärztliche Versorgung gewinnbringend (P4, T1, Z. 136; P5, T1, Z. 137).

### Zuweisungen

Zugewiesen werden können pflegerische Notfälle, jedoch keine akutmedizinischen Notfälle, wobei das Abweisen medizinischer Notfälle für die Mitarbeitenden dem Befragungsergebnissen zur Folge ein Lernprozess war (P1, T1, Z. 117; P3, T1, Z. 103), denn „*wir haben am Anfang öfter mal medizinisch schwierige Personen gehabt, bei denen man eigentlich bei der Aufnahme schon hätte merken können, das ist eigentlich ein medizinisches Problem, kein pflegerisches Problem. Das ist auch/ Da sind wir inzwischen auch etwas sensibilisiert und lernen immer weiter daran, aufzupassen, dass eben nicht jemand kommt, der wirklich ein medizinisches Problem hat, wo schon die Pflege im Vordergrund steht*“ (P1, T1, Z. 117). Ein\*e Teilnehmer\*in berichtet, dass es „*manchmal auch schwierig herauszuhören ist, ist es auch wirklich ein Notfall. Oder ist es jetzt nur Parken des Angehörigen*“ (P10, T2, Z. 125). Die Zuweisung zum GeriNoVe wird von den Mitarbeiter\*innen in manchen Fällen als ein „*Loswerden*“ aus den anderen Einrichtung empfunden (P5, T1, Z. 121; P9, T2, Z. 85) oder seitens der Angehörigen als Lösung betrachtet, um in den Urlaub gehen zu können (P6, T1, Z. 231; P8, T2, Z. 123).

Es wird bemängelt, dass bei den Zuweisungen notwendige Unterlagen fehlen (P9, T2, Z. 89) oder auch Informationen von den zuweisenden Instanzen bewusst zurückgehalten werden, um eine Zuweisung zu erreichen (P5, T1, Z. 119). So werden „*viele Patienten einfach nicht so angekündigt, wie sie nachher wirklich bei uns auf der Station ankommen*“ (P7, T2, Z. 82). Auch bei Zuweisungen aus Notaufnahmen wird die dortige Abklärung eines akutmedizinischen Versorgungsbedarfes der Patient\*innen teilweise als unzureichend beschrieben wird (P7, T2, Z. 84).

Im Hinblick auf die Zuweisenden selbst wird es als wichtig erachtet, dass Zuweisungen nur von professioneller Seite erfolgen können (P1, T1, Z. 123; P3, T1, Z. 125; P4, T1, Z. 124; P4, T1, Z. 124). Als berechtigte Zuweiser\*innen werden im Rahmen der Fokusgruppen folgende Personen und Einrichtungen genannt:

- Sozialstationen/ ambulante Pflegedienste (P9, T2, Z. 101; P10, T2, Z. 102)
- Notaufnahmen/ Krankenhäuser (P9, T2, Z. 103; P10, T2, Z. 100)
- Hausärzt\*innen (P10, T2, Z. 100)
- Einrichtungen der Tagespflege (P8, T2, Z. 116; P9, T2, Z. 115)

Hinsichtlich der Zuweisung durch ambulante Pflegedienste wird eine geringe Quote angemerkt (P3, T1, Z. 182). Als mögliche Gründe werden sowohl der hohe Aufwand für die Pflegedienste bei einer Zuweisung genannt (P1, T1, Z. 191; P3, T1, Z. 192) als auch der Umstand, dass Pflegedienste es nicht gewohnt sind, in pflegerischen Notfällen die

Patient\*innen einer Versorgungsform zuweisen zu können (P3, T1, Z. 186). So mussten *„die bisher auch irgendwie eine Lösung finden (...) und wahrscheinlich im familiären Bereich oder im sonstigen Dienstleistungs- und Managementbereich, etwas suchen, wo sie diese Zeit überbrücken können“* (P3, T1, Z. 186). Anstatt direkt zuzuweisen, weisen die ambulanten Pflegedienste daher Patient\*innen eher über Krankenhausnotaufnahmen zu (P3, T1, Z. 190; P4, T1, Z. 189).

Stationäre Pflegeeinrichtungen dürfen nicht in das GeriNoVe zuweisen (P9, T2, Z. 110; P10, T2, Z. 111). Teilweise nehmen auch die Angehörigen selbst Kontakt zum GeriNoVe auf (P10, T2, Z. 120). Eine mögliche Erweiterung der Zuweisungen auf Angehörige wird aber kritisch gesehen (P3, T1, Z. 125), denn *„ich meine auch Angehörige, die mit aller Gewalt versuchen, einfach jemanden hier unterzubringen, obwohl diese Richtlinien nicht gegeben sind“* (P3, T1, Z. 125).

Zuweisungen sind nicht nur unter der Woche möglich, sondern auch am Wochenende. Jedoch sind die Mitarbeiter\*innen *„personell (...) halt manchmal wirklich am unteren Limit, dass wir niemand aufnehmen können“* (P5, T1, Z. 144).

Ein\*e Teilnehmer\*in empfiehlt, die Zuweisungen besser zu strukturieren, die berechtigten Zuweiser\*innen zu schulen sowie die vorab erfolgende, medizinische Abklärung zu verbessern (P7, T2, Z. 94; P7, T2, Z. 96; P7, T2, Z. 98).

### **Stärken und Mehrwert des GeriNoVe**

Hinsichtlich der Rahmenbedingungen des GeriNoVe (P1, T1, Z. 205; P3, T1, Z. 177) werden die Größe sowie angemessene zeitliche Versorgungsressource (P3, T1, Z. 206; P5, T1, Z. 204) als Stärken hervorgehoben. Auch die Personalsituation zu Beginn des Projekts wird als Stärke beschrieben (P7, T2, Z. 296). Außerdem werden die Mitarbeiter\*innen in die Dienstplanung einbezogen (P8, T2, Z. 347) und während ihrer Dienstzeiten nicht überlastet (P8, T2, Z. 351). Hierzu meint ein\*e Teilnehmer\*in: *„Aber trotzdem, also unsere Dienste so gestaltet, dass wir doch nicht so überbelastet sind. Ich habe auch ziemlich viel Überstunden, aber ich komme so gerne, weil ich bin körperlich nicht belastet. Also ich komme nach Hause, ich kann weiter noch was machen. Wenn man noch diese Erfolge sieht und dieses ganze Gefühl. Ich komme einfach zufrieden nach Hause. Nicht so bedrückt, ach 100 Leute, also übertrieben, 100 Leute sind gestorben oder oh, ich habe nicht fertig gemacht und sowas. Nein, also man kommt so zufrieden und wenn sowas möglich wäre in Zukunft weitergestalten, wie GeriNoVe, wie Personal mit all dem, das ist doch ein Traum“* (P8, T2, Z. 351).

Im Hinblick auf die Leistungen, die im GeriNoVe erbracht werden, wird positiv herausgestellt, dass schnelle Lösungen und Entlastung in einer akuten Notlage geboten werden (P1, T1, Z. 205; P2, T1, Z. 199; P3, T1, Z. 202). Gleichzeitig wird für die Anschlussversorgung nach langfristigen und nachhaltigen Lösungen gesucht (P2, T1, Z. 201; P4, T1, Z. 200) und mehrere Lösungsmöglichkeiten werden aufgezeigt (P3, T1, Z. 202). Zudem findet Unterstützung bei der Umsetzung der Lösungsmöglichkeiten statt (P3, T1, Z. 202). Die Anschlussversorgung wird dabei als *„gut (...), persönlich, individuell, auf den Menschen abgestimmt“* (P9, T2, Z. 291) beschrieben. In diesem Zusammenhang wird betont, dass die Patient\*innen ganzheitlich betrachtet werden (P9, T2, Z. 298; P10, T2, Z. 290).

Auch die Beratungsleistungen, die im GeriNoVe erbracht werden, sind in den Augen der Mitarbeiter\*innen eine Stärke (P4, T1, Z. 202; P8, T2, Z. 292; P9, T2, Z. 293). In die Beratungen werden die Angehörigen eingebunden und erlangen dadurch neues Wissen und neue Lösungsmöglichkeiten (P6, T1, Z. 207).

Hinsichtlich der Zusammenarbeit werden das kleine sowie multiprofessionelle Team (P1, T1, Z. 205) und das Miteinander im Team (P9, T2, Z. 185) positiv hervorgehoben. Zum Projektbeginn galt auch die Motivation der Mitarbeitenden als eine Stärke (P9, T2, Z. 298). Demnach ist das Projekt GeriNoVe hinsichtlich der Zusammensetzung und Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team einzigartig im deutschen Gesundheitssystem (P1, T1, Z. 205),

denn „die kombinierte Präsenz eben der qualitativ hochwertigen, aktivierenden Pflege, die sich ja in den Ergebnissen von unseren Assessments ja widerspiegelt, ganz klar, in Verbindung eben mit der SCHLAGKRAFT Case Management/ Sozialdienst, ist natürlich ein ungeheurer Mehrwert, den es so bislang in keiner Struktur gibt“ (P1, T1, Z. 205).

Für folgende Personen oder Institutionen stellt das GeriNoVe aus Sicht der Mitarbeitenden einen Mehrwert dar:

- Hausärzt\*innen (P1, T1, Z. 221; P3, T1, Z. 218; P10, T2, Z. 311)
- Andere Einrichtungen (P2, T1, Z. 217)
- Notaufnahmen (P10, T2, Z. 311)
- Mitarbeiter\*innen (P3, T1, Z. 216)
- Patient\*innen (P4, T1, Z. 215; P5, T1, Z. 215; P6, T1, Z. 215)
- Angehörige (P4, T1, Z. 215; P5, T1, Z. 215; P6, T1, Z. 215; P9, T2, Z. 312; P10, T2, Z. 313)
- 24-Stunden-Betreuungskräfte (P9, T2, Z. 314).

Dabei erzielt GeriNoVe Zufriedenheit bei Patient\*innen und Angehörigen (P3, T1, Z. 210; P4, T1, Z. 209) und kann zudem für den Pflegeberuf selbst einen Mehrwert darstellen, denn die Gestaltung der Pflege im GeriNoVe kann zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs beitragen (P7, T2, Z. 318). Außerdem wird der Pflegeberuf durch die neue Rolle der Pflege mit Leitungs- und Entscheidungsfunktion gestärkt (P7, T2, Z. 296).

### **Schwächen und Verbesserungsbedarf des GeriNoVe**

Als eine Schwäche wird der Personalmangel genannt, vor allem nach der Fluktuation aufgrund der pandemiebedingten Schließung des GeriNoVe (P3, T1, Z. 177; P4, T1, Z. 173; P5, T1, Z. 174). So „können [wir] nicht mehr so das alles umsetzen, mit dem wir gestartet sind. Wir haben die Beschäftigung nicht mehr, wir müssen schauen, am Anfang haben wir noch viel Lauf- und Gehtraining gemacht und Treppensteigen, das ist alles momentan oftmals nicht möglich“ (P4, T1, Z. 173).

In Hinblick auf die Zusammenarbeit im Team wird kritisiert, dass zu Beginn des Projekts ein professionelles Teambuilding gefehlt hat, das „Zusammenwachsen“ des Teams anfangs schwierig war (P7, T2, Z. 181; P7, T2, Z. 183) und es an Leitlinien mangelte (P7, T2, Z. 202). Ferner war es am Anfang des Projekts schwer, die jeweils eigene Rolle im Team zu finden und zu definieren sowie sich von anderen Professionen abzugrenzen (P7, T2, Z. 183). So beschreibt ein\*e Teilnehmer\*in: „Also aus meiner Perspektive hat das Team unheimlich lange gebraucht, um wirklich miteinander zu arbeiten beziehungsweise auch die Professionen. Also ich fand das am Anfang, als ich dazukommen bin, unheimlich chaotisch. Jeder tat sich, also so habe ich es empfunden, jeder tat sich so ein bisschen schwer, zu gucken, wo gehöre ich denn überhaupt hin. Wo ist meine Rolle in diesen Professionen“ (P7, T2, Z. 183). Hinsichtlich der Zusammenarbeit im Team wird zudem kritisiert, dass es an der Kommunikation von Informationen an alle Teammitglieder mangelt (P8, T2, Z. 200; P9, T2, Z. 201) und es im Team an Raum für Kritik und Reflexion fehlt (P7, T1, Z. 193; P10, T2, Z. 190). Weitere kritische Äußerungen betreffen einen fehlenden Zusammenhalt im Team (P8, T2, Z. 224), nur gering wahrnehmbare Leistungsrollen (P8, T2, Z. 218) sowie die Energie und das Engagement im Team (P8, T2, Z. 222). Aufgrund der Kündigungen von Mitarbeiter\*innen entsteht das Gefühl, „einfach alleine gelassen“ zu werden. (P9, T2, Z. 223). Manchmal fehlt es den Befragten zur Folge auch an einer gegenseitig wertschätzenden sowie respektvollen Haltung, denn „[m]anchmal fehlt da auch ein bisschen der Respekt auch“ (P9, T2, Z. 213).

Eine Situation, die als schwierig erlebt wird, ist die alleinige Anwesenheit einer Pflegefachperson in der Nacht (P9, T2, Z. 227). So „ist [es] aus meiner Perspektive in der Nacht unverantwortlich mit diesem Patienten in diesem Setting zu arbeiten“ (P7, T2, Z. 228). Das alleinige, nächtliche Arbeiten wird mit großer Verantwortung und einem Gefühl des „Allein-Gelassen-Werdens“ assoziiert (P9, T2, Z. 229). Zudem wird kritisiert, dass es an einer

eindeutigen Abklärung im Hinblick auf den patient\*innenseitigen Wunsch nach Durchführung möglicher Reanimationen fehlt (P9, T2, Z. 229).

Als eine weitere Schwäche wird der als gering empfundene Bekanntheitsgrad des Modellprojektes thematisiert, denn „*[w]ir sind jetzt neu, wir sind unbekannt*“ (P9, T2, Z. 260). Erschwerend kommt aus Sicht einiger Befragten die Schließung des ehemals angegliederten Krankenhauses hinzu, unter der die Bekanntheit des GeriNoVe gelitten hat, (P9, T2, Z. 260), denn viele Bürger\*innen würden davon ausgehen, dass mit der Schließung des ehemals angegliederten Krankenhauses auch das GeriNoVe geschlossen wurde (P9, T2, Z. 271).

Hinsichtlich der Zuweisungen wird kritisiert, dass dieser Prozess für Pflegedienste zu aufwendig ist (P1, T1, Z. 191; P3, T1, Z. 192) und ein noch stärkerer Ausbau der Beziehungen des Modellprojektes zu anderen Einrichtungen empfohlen (P3, T1, Z. 196).

Eine möglicherweise Beendigung des Projekts nach Auslaufen des Förderzeitraumes wird als Enttäuschung betrachtet, denn „*[m]ir ist einfach diese ganze Idee so zu schade. (...) und wir haben so viele Leute geholfen*“ (P8, T2, Z. 275) und auch eine fehlende, längerfristige Perspektive für die Mitarbeiterenden aufgrund der begrenzten Projektlaufzeit wird kritisch bewertet (P10, T2, Z. 274).

### **Zweite Fokusgruppen (Juli 2021)**

Am 20.07.2021 fanden dann erneut zwei Fokusgruppen statt, an denen zusammen elf Mitarbeiter\*innen des GeriNoVe teilnahmen. Die erste Fokusgruppe bestand aus sechs, die zweite aus fünf Teilnehmer\*innen, davon acht Frauen sowie drei Männer. Das Durchschnittsalter der Befragten lag bei 50 Jahren (sd=10), wobei der\*die jüngste 27 Jahre und der\*die älteste 63 Jahre alt waren. Bezüglich des höchsten erworbenen Berufsabschlusses zeigt sich folgende Verteilung: Die meisten Teilnehmer\*innen waren erneut examinierte Pflegefachkräfte (n=6). Jeweils einmalig vertreten waren das ärztliche Personal und die akademisch ausgebildete Pflege. Darüber hinaus nahmen zwei Pflegehilfskräfte sowie ein\*e Sozialarbeiter\*in teil.

Die meisten Befragten (n=8) verfügen über Weiterbildungsabschlüsse. Dazu gehören sowohl Bildungsmaßnahmen im Bereich der Geriatrie als auch in unterschiedlichen pflegerischen Handlungsfeldern (z. B. Hygiene, Palliative Pflege, Pflegeleitung, Beratung).

Die Berufserfahrung der Mitarbeiter\*innen liegt bei durchschnittlich 27 Jahren (sd=11). Die geringste Berufserfahrung umfasst acht Jahre; die längste 45 Jahre. Ausschließlich auf den geriatrischen Bereich bezogen, liegt die Berufserfahrung der Befragten durchschnittlich bei 13 Jahren (sd=10). Drei Jahre sind dabei die geringste, 29 Jahre die längste diesbezügliche Erfahrung.

Neun der Teilnehmer\*innen der zweiten Fokusgruppen hatten bereits an einer der ersten Fokusgruppen im Dezember 2020 teilgenommen.

### **Zuweisung**

Laut der Befragungsergebnisse verläuft die Zusammenarbeit mit Zuweiser\*innen insgesamt recht gut; wobei jedoch teilweise auch von unkooperativen Verhaltensweisen der zuweisenden Einrichtungen berichtet wird (P10, T4, Z. 6).

Zuweisungen zum GeriNoVe erfolgen aus Sicht der Mitarbeitenden vor allem durch die Notaufnahmen (P4, T3, Z. 22), deren Arbeit in diesem Zusammenhang als teilweise gut (P7, T4, Z. 19; P8, T4, Z. 5; P9, T4, Z. 18; P10, T4, Z. 4) beurteilt wird beispielsweise, wenn alle notwendigen Unterlagen gut vorbereitet wurden (P9, T4, Z. 18).

Teilweise gestaltet sich die Kooperation mit Notaufnahmen aber auch schwierig (P7, T4, Z. 19; P9, T4, Z. 18), wenn sie z.B. eine Zuweisung von Patient\*innen ins GeriNoVe trotz bestehender

akut medizinischer Behandlungsbedarfen anstreben (P2, T3, Z. 56; P9, T4, Z. 18). Weiterhin wird der Auffassung Ausdruck verliehen, dass die Patient\*innen in den Notaufnahmen trotz starker Beeinträchtigungen nur syndrombezogen untersucht werden. Zum Ausschluss medizinischer Indikationen wäre jedoch weitere Diagnostik notwendig, die im GeriNoVe nicht durchgeführt werden kann (P4, T3, Z. 17). Manche Patient\*innen werden von Notaufnahmen bereits vor der dortigen Untersuchung im GeriNoVe angekündigt und die Ankündigung dann bei Vorlage der Untersuchungsergebnisse wieder zurückgenommen (P6, T4, Z. 62). Denn „[...] was mir halt auch öfters passiert ist, dass der Arzt dann in der Notaufnahme den noch gar nicht richtig angeschaut hat und gleich entscheidet, ja daheim geht es nicht mehr, ab ins GeriNoVe, gleich einmal anfragen“ (P6, T4, Z. 62). Falsche Zuweisungen aus der Notaufnahme erfolgen zum Teil auch aufgrund von Sprachbarrieren seitens der dort tätigen Ärzt\*innen, wobei dieses Phänomen nach Einschätzung einer\*s Mitarbeitenden zunimmt (P3, T3, Z. 18): „Dass in der Notaufnahme sehr viele Ärzte arbeiten, die keine Muttersprachler sind, die aber auch die, einfach die Sprache ganz schlecht beherrschen und dass es da dann schon oft auch schon Kommunikationsschwierigkeiten gibt. Das nimmt irgendwie auch ein bisschen, doch das nimmt zu. Nicht ein bisschen, es nimmt zu“ (P3, T3, Z. 18). Bei Zuweisungen aus der Notaufnahme wird eine stärkere Abklärung möglicher akut-medizinischer Indikationen gewünscht, um Verlegungen der Patient\*innen, die dem GeriNoVe trotz medizinischer Indikation zugewiesen werden, zu vermeiden (P2, T3, Z. 56).

Zuweisungen durch ambulante Pflegedienste erfolgen deutlich seltener (P4, T3, Z. 22), denn ein Pflegedienst weist oft nicht selbst zu, sondern nutzt dazu den\*die Hausarzt\*ärztin (P3, T3, Z. 25) oder eine Krankenhausnotaufnahme (P3, T3, Z. 44). Bei der Zuweisung durch einen Pflegedienst wird einerseits betont, dass dieser die Patient\*innen und ihre Notsituation gut einschätzen kann (P2, T3, Z. 23; P3, T3, Z. 25) und auch Rückfragen seitens des GeriNoVe möglich sind (P2, T3, Z. 23). Denn „[d]a finde ich kann man immer sehr detailliert nachfragen, wie hat sich die Situation denn entwickelt, wie hat sie sich verändert“ (P2, T3, Z. 23). So kann der Pflegedienst gerade im anamnestischen Bereich einen großen Beitrag leisten (P4, T3, Z. 24). Andererseits wird angemerkt, dass Pflegedienste unter den Zuweiser\*innen die geringste fachliche Qualifikation besitzen für die Einschätzung einer möglichen akutmedizinischen Indikation, so dass GeriNoVe vor der Aufnahme dieser Patient\*innen häufig noch mit der entsprechenden hausärztlichen Praxis Kontakt aufnehmen muss (P4, T3, Z. 24).

Wenn Patient\*innen über Hausarzt\*innen in das Modellprojekt überwiesen werden, wird dies als grundsätzlich vorteilhaft erachtet, da diese Mediziner\*innen den Verlauf des Gesundheitszustandes sowie die aktuelle Versorgungssituation der hochbetagten Menschen in der Regel gut kennen (P6, T4, Z. 26): „[...] der Hausarzt hat ja eigentlich auch im Prinzip einen Verlauf (P3: Ja), wie sein Patient ist und sieht die Vorher/, äh die Häuslichkeit und sieht dann auch, wenn sich der Zustand von einem Patienten verschlechtert, ob die Angehörigen überfordert sind mit der Situation und dann kommt es dann meistens zur Einweisung“ (P6, T4, Z. 26). Außerdem sind mit den Ärzt\*innen teilweise auch gute Rücksprachen möglich (P8, T4, Z. 3).

Kritisch reflektiert wird jedoch bei der Zuweisung durch Hausarzt\*innen der Umstand, dass diese über geringere diagnostische Möglichkeiten verfügen als Notaufnahmen und die hausärztlichen Informationen, die das GeriNoVe im Rahmen der Zuweisung erhält, weniger objektiviert (P4, T3, Z. 24) sind. Zudem sehen die Hausarzt\*innen ihre Patient\*innen vor der Zuweisung zum GeriNoVe nicht immer selbst; vielmehr beruhen ihre Informationen häufig auf Auskünften der Angehörigen, was für jeden zweiten Fall einer hausärztlichen Zuweisung ins GeriNoVe vermutet wird (P4, T3, Z. 27).

Ein\*e Mitarbeiter\*in vermutet zudem, dass aufgrund des hohen formalen Aufwands, Hausarzt\*innen den formalen Aufwand für eine Zuweisung als zu hoch empfinden könnten und daher nicht so häufig vom Modellprojekt Gebrauch machen (P11, T4, Z. 26).

Darüber hinaus berichten die Befragten davon, dass die zuweisenden Einrichtungen im Projektverlauf sicherer geworden sind hinsichtlich der Frage, welche Patient\*innen im GeriNoVe versorgt werden können und welche nicht: *„Ich denke aber auch die Zuweiser sind inzwischen auch sicherer, was gehört zu uns oder was, was, die haben inzwischen einfach auch gelernt für was sind wir zuständig. Das waren am Anfang schon auch viele, viele Diskussionen, denke ich“* (P3, T3, Z. 40). Inzwischen sind die Einrichtungen in der Regel gut vertraut mit dem Zuweisungsprozess und wissen, welche Unterlagen dafür notwendig sind (P5, T3, Z. 2).

Eine weitere Beobachtung der Befragten betrifft die im GeriNoVe versorgten Patient\*innen, die seit Eröffnung des Modellprojektes in einem immer schlechteren allgemeinen bzw. gesundheitlichen Zustand ankommen (P5, T3, Z. 57). In diesem Kontext wird vermutet, dass einige der Zuweisenden die Situation der Patient\*innen beschönigen (P10, T4, Z. 43), denn in manchen Fällen erscheinen die Patient\*innen im GeriNoVe in einem schlechteren gesundheitlichen Zustand als bei ihrer Ankündigung von den Zuweiser\*innen beschrieben (P7, T4, Z. 44): *„[...] die Kommunikation von der Notaufnahme manchmal auch nicht so da ist, dass man, dass man Patienten oft anders ankündigt, wie sie dann tatsächlich bei uns dann (..) erscheinen, genau“* (P6, T3, Z. 14). Manche Ärzt\*innen halten laut den Mitarbeitenden auch Informationen zurück, um eine Zuweisung der von ihnen behandelten Patient\*innen zu erwirken (P6, T3, Z. 14; P7, T3, Z. 47). Bei inadäquaten Zuweisungen sind dann jedoch Verlegungen notwendig, was sich wiederum negativ auf die Situation der Patient\*innen auswirkt (P9, T4, Z. 18).

Darüber hinaus wird der Eindruck beschreiben, dass die Überweisung von Patient\*innen auch zur eigenen Entlastung der Zuweisenden genutzt wird (P3, T3, Z. 61; P8, T4, Z. 37). Hier wird von Versuchen berichtet Patient\*innen dem GeriNoVe zuzuweisen, obwohl allen bewusst ist, sie nicht zum Versorgungsprofil des Modellprojektes passen (P3, T3, Z. 61; P5, T3, Z. 43).

Manche Zuweiser\*innen legen zudem selbständig fest, dass die Patient\*innen dem Profil des GeriNoVe entsprechen und dort aufzunehmen sind (P5, T3, Z. 46; P6, T3, Z. 62). Eine zuweisende Stelle drohte gar mit einer Beschwerde, wenn der\*die Patient\*in nicht aufgenommen werden würde (P9, T4, Z. 48).

Ferner werden die Patient\*innen teilweise nicht gefragt, ob sie im GeriNoVe versorgt werden wollen bzw. nicht im Vorfeld über das Konzept der neuen Versorgungseinheit informiert (P5, T3, Z. 66: *„Ja, das gar nicht gefragt wird, ob die überhaupt zu uns wollen. Oder die sagen, ja da gehen Sie mal hin, da ist alles ganz toll, da wird sich um Sie gekümmert. Und die Leute kommen so und sagen, was ist jetzt das hier eigentlich genau“* (P5, T3, Z. 66).

Die Zuweisungskriterien werden von den Mitarbeitenden grundsätzlich als gut erachtet (P2, T3, Z. 34; P10, T4, Z. 38), weil sie dazu beitragen eine Lücke im Versorgungssystem zu schließen (P8, T4, Z. 35) und helfen zu entscheiden, wer im GeriNoVe aufgenommen bzw. nicht aufgenommen werden kann (P8, T4, Z. 37; P11, T4, Z. 41). Zur Überprüfung der Aufnahmekriterien existiert eine Checkliste, welche die Kriterien genau beschreibt (P9, T4, Z. 34).

Teilweise kommt es auch zu Anfragen für Patient\*innen, die alle Aufnahmekriterien bis auf das Alter erfüllen (P5, T3, Z. 36.), so dass vorgeschlagen wird, dieses Kriterium zu lockern (P5, T3, Z. 36.). Zudem diskutieren die Mitarbeitenden immer wieder die Frage, wie viele demenziell veränderte Menschen zeitgleich im GeriNoVe versorgt werden können v.a. mit Blick auf die nächtliche Betreuung, die von einer Pflegefachperson realisiert wird (P3, T3, Z. 28).

Im Hinblick auf die Umsetzung der Kriterien in der Praxis wird angemerkt, dass die Angaben zu den Aufnahmekriterien nicht immer dem tatsächlichen Zustand der Patient\*innen entsprechen (P7, T4, Z. 44; P8, T4, Z. 66; P10, T4, Z. 38; P11, T4, Z. 84). Teilweise nimmt das Überprüfen der Kriterien viel Zeit in Anspruch (P2, T3, Z. 34). So kann die Abklärung mittels

Telefonaten bis zu einem halben Tag dauern, um ausreichend Informationen für eine Beurteilung der Aufnahmekriterien zu erhalten (P2, T3, Z. 34).

Die Aufnahme von Patient\*innen, die eindeutig den Aufnahmekriterien des GeriNoVe entsprechen, erfolgt durch die Entscheidung einzelner Mitarbeitender (P2, T3, Z. 31). *„Jetzt Patienten, die eigentlich klar was für uns sind, das entscheidet dann meistens, (..) das wird dann meistens von Einzelpersonen dann entschieden, aber das passt dann ja im Normalfall. Also wenn es dann wirklich klar ist“* (P2, T3, Z. 31). Ist jedoch unklar, ob die Patient\*innen den Aufnahmekriterien entsprechen, wird der Fall im Team besprochen (P2, T3, Z. 31).

In der Umsetzung gibt es vor allem Schwierigkeiten beim Ausschlusskriterium der akutmedizinischen Indikation (P2, T3, Z. 34). So überlagern sich sozialpflegerische und medizinische Aspekte teilweise (P11, T4, Z. 41). *„Es ist halt auch das Problem, dass es sich auch immer mehr vermischt, sozialpflegerisch und medizinisch. Oft ist es ja bei alten Leuten, das hat sich jetzt auch herauskristallisiert, auf der einen Seite ist es das Sozialpflegerische, aber auch das Medizinische, das Multimorbide, was eigentlich auch (..) einfach abgeklärt gehört“* (P11, T4, Z. 41). Hier ist es dann wichtig, dass ein\*e Arzt\*Ärzt\*in an der Aufnahme beteiligt ist (P11, T4, Z. 41).

Innerhalb des GeriNoVe ist der Zuweisungsprozess, nach Einschätzung der Befragten, im Projektverlauf routinierter und schneller geworden (P5, T3, Z. 8). Die Fälle können außerdem im Laufe der Zeit besser eingeschätzt werden, denn *„[j]e mehr Fälle man halt hat, desto besser kann man es auch einschätzen“* (P5, T3, Z. 39). Zudem entsteht mehr Sicherheit bei der Beurteilung von Anfragen und Fragen im Aufnahmeprozess können gezielter gestellt werden (P5, T3, Z. 39).

Sowohl für die Zuweisenden als auch die Mitarbeitenden im GeriNoVe ist der Zuweisungsprozess jedoch auch anstrengend (P11, T4, Z. 26): *„und das ist manchmal so kompliziert vom Bürokratismus her, wir brauchen das einfach“* (P11, T4, Z. 26). Für die Zuweisung werden viele Formulare benötigt, die neben der Versorgung des Notfalls ausgefüllt werden müssen (P11, T4, Z. 28), da fehlende Dokumente eine Aufnahme des\*der Patient\*in unmöglich machen (P10, T4, Z. 22). Zu Beginn des Projekts konnten fehlende Dokumente teilweise mit Hilfe des angegliederten Krankenhauses erstellt werden (z. B. Medikamentenbedarfsplan) (P10, T4, Z. 30). Die Zuweisenden verhalten sich teilweise abweisend, wenn es um das Ausfüllen der Formulare und den Informationsaustausch für die Zuweisung geht (P10, T4, Z. 6). *„Vor allem, wenn es darum geht, was sie an Formularen ausfüllen müssen, die wir ihnen vorab zuschicken. Und die müssten sie uns ja, also wieder zurückfaxen und das funktioniert nicht immer gut und nicht immer reibungslos“* (P10, T4, Z. 6). Die Unterlagen für die Zuweisung wurden im Projektverlauf immer wieder verändert und angepasst (P5, T3, Z. 67).

Darüber hinaus sind bei der Aufnahme von zu Pflegenden immer auch die aktuell verfügbaren personellen Kapazitäten des GeriNoVe zu berücksichtigen (P8, T4, Z. 164; P10, T4, Z. 167).

Schwierigkeiten treten bei Fällen auf, bei denen nicht eindeutig feststeht, dass eine akutmedizinische Indikation ausgeschlossen werden kann (P2, T3, Z. 11). Gerade im Rahmen eines telefonischen Gesprächs ist es schwierig, mögliche medizinische Probleme abzuklären (P2, T3, Z. 11). In der Nacht sind Aufnahmen erschwert, da zum einen die Aufnahmekriterien nur eingeschränkt überprüft werden können; zum anderen keine Rücksprache mit dem Team des möglich ist. In diesen Situationen wird bei Unsicherheit auf die nächste Frühschicht verwiesen, welche dann die Aufnahme prüft (P2, T3, Z. 54). Am Wochenende gestalten sich Aufnahmen dann schwierig, wenn benötigte Unterlagen fehlen und die Bereitschaftsärzt\*innen nur schwer erreichbar sind (P7, T4, Z. 25).

Inzwischen erachten die Befragten das Personal für die Aufnahmen insgesamt als gut geschult, auch im Hinblick auf Corona-Tests und Regelungen zu Corona-Impfungen (P9, T4, Z. 18). Die Mitarbeiter\*innen am Empfang analysieren im Rahmen der Zuweisung, ob die Anfragen dem



Profil des GeriNoVe entsprechen (P3, T3, Z. 6; P8, T4, Z. 3) und sowohl die Informationen des Empfangs als auch der Pflege werden an das Case-Management weitergeleitet (P8, T4, Z. 17), so dass dieses bereits vor einem Erstkontakt mit bspw. Angehörigen über die notwendigen Informationen verfügt (P8, T4, Z. 17).

### Versorgung im GeriNoVe

Die an den beiden Fokusgruppen betonen mehrfach eine im Zeitverlauf veränderte Versorgungspraxis, die vorrangig auf den sich wandelnden Patient\*innen- und Bedarfsstrukturen basieren, denn *„[...] es kommen schon extremere Fälle wie am Anfang. Dieses, [...] die Ehefrau geht ins Krankenhaus und da ist jetzt ein Notfall, also die bricht sich heute das Bein im Garten bei der Gartenarbeit, geht ins Krankenhaus, der Ehemann kommt zu uns. Das kommt immer seltener vor [...]. Es ist schon so, dass es eher, (...) eher in eine soziale Richtung geht. Aber es scheint ja auch notwendig zu sein, weil (...) auch das ist Not“* (P3, T3, Z. 96). Während zu Beginn des Projekts beispielsweise Personen zugewiesen wurden, wenn die informelle Pflegeperson ausgefallen war, sind es zwischenzeitlich mehr Menschen, die sich in einer sozialen Extremsituation befinden (P3, T3, Z. 96; P4, T3, Z. 89; P5, T3, Z. 78). Dabei geht es beispielsweise um Patient\*innen, die sehr verwahrlost (P3, T3, Z. 90 ff.; P4, T3, Z. 89) oder wohnungslos (P5, T3, Z. 78) sind. Auch Personen, die im häuslichen Umfeld Gewalt erfahren, werden vermehrt dem GeriNoVe zugewiesen (P3, T3, Z. 90 ff.).

Neben sozialen „Notfällen“ steigt auch der Anteil an Patient\*innen mit psychiatrischen Erkrankungen im GeriNoVe (P3, T3, Z. 75; P5, T3, Z. 74). Zudem gibt es vermehrt Patient\*innen, die eine gesetzliche Betreuung benötigen (P4, T3, Z. 93) und erst entlassen werden können, wenn die gesetzliche Betreuung bestellt ist, da Einrichtungen der Anschlussversorgung die Betroffenen erst dann aufnehmen (P3, T3, Z. 96).

Die Zusammenarbeit im interdisziplinären Team im GeriNoVe wird als eng und gut funktionierend beschrieben (P8, T4, Z. 307). Durch die Interdisziplinarität des Teams erfahren die Patient\*innen eine ganzheitliche Versorgung durch Pflege, Medizin und Soziale Arbeit (P11, T4, Z. 110), denn *„[d]as finde ich hier auch, also einfach pflegerisch, medizinisch, Sozialarbeiter. Dass wir alle so Hand in Hand eigentlich das Optimale herausholt für die Leute, ja“* (P11, T4, Z. 110). Die unterschiedlichen Professionen im Team haben dabei verschiedene Blickwinkel *„[u]nd das ist natürlich sehr wertvoll, dass wir so verschiedene Blickwinkel (P11: Ja) auf diese Situationen haben. Also ein pflegerischer Blick ist ein ganz anderer, wie ein sozialarbeiterischer und ich finde das sehr ergänzend“* (P8, T4, Z. 112).

Darüber hinaus wird konstatiert, dass sich auch die inter- sowie intraprofessionelle Kommunikation im Projektverlauf verändert hat (P3, T3, Z. 117) und optimiert wurde (P2, T3, Z. 69). Dazu berichtet ein\*e Teilnehmer\*in: *„Ich finde die Kommunikation läuft gut für die Versorgung der Patienten. Also innerhalb vom Team. Es fällt etwas auf, ein fluktuierender Verlauf oder bei dem einen ist der Patient verhält der sich so, beim nächsten verhält er sich anders. Das finde ich wird immer viel besprochen. Das findet auch oft außerhalb der Übergaben statt so zwischen den Pflegekräften, so ein Austausch“* (P2, T3, Z. 69).

Diese Kommunikation im Team sowie die Übergaben werden als wichtig erachtet (P3, T3, Z. 71; P8, T4, Z. 116), denn *„ein ganz wichtiger Punkt ist auch die Kommunikation von den verschiedenen Professionen. Dass einfach alle dabei sind bei der Übergabe. Dass man fragen kann, wie erlebt ihr das in der Pflege, ich habe das im Gespräch so und so erlebt, ist mein Eindruck da richtig oder wie habt ihr ihn, ihr seht ihn öfters“* (P3, T3, Z. 71). Die im GeriNoVe stattfindenden Fallbesprechungen werden positiv bewertet (P10, T4, Z. 111), damit alle Mitarbeiter\*innen das gleiche Ziel verfolgen (P3, T3, Z. 71). Die Mitarbeiter\*innen können sich in den Besprechungen zu unterschiedlichen Wahrnehmungen der Patient\*innen austauschen (P8, T4, Z. 116) und dadurch Entscheidungen, die im Team getroffen werden, von allen mitgetragen werden (P5, T3, Z. 118). *„Also gerade, dass man als Team hinstehen kann und sagen kann, wir haben das zusammen so besprochen“* (P5, T3, Z. 118).

Aus ihrer Perspektive haben die Mitarbeitenden ausreichend Zeit für die Durchführung der Pflege (P2, T3, Z. 69; P5, T3, Z. 70), auch wenn GeriNoVe voll belegt ist (P2, T3, Z. 69). Im Vergleich zu anderen Tätigkeitsfeldern beziehungsweise Einrichtungen der Pflege werden die zeitlichen Ressourcen im GeriNoVe als besser charakterisiert: *„Wo wir dann einfach nicht immer ganz entspannt arbeiten können, aber so im Verhältnis zu anderen Arbeitsbedingungen doch Zeit haben, die Versorgung so zu machen, wie wir es für notwendig halten“* (P2, T3, Z. 69). Bei voller Belegung hat eine Pflegefachperson maximal fünf Patient\*innen mit unterschiedlichem Unterstützungsbedarf zu betreuen (P2, T3, Z. 69). Gleichzeitig wird die personelle Situation teilweise jedoch als grenzwertig erlebt und darauf verwiesen, dass zu Beginn des Projekts mehr Personal vorhanden war (P10, T4, Z. 171; P11, T4, Z. 153).

Grundsätzlich bestehen, so die Befragten, im GeriNoVe mehr Mobilisationsmöglichkeiten als in anderen Pflegeeinrichtungen (P5, T3, Z. 70). Durch die Mobilisation können bei den Patient\*innen große Fortschritte erzielt werden (P5, T3, Z. 70): *„Also ich sehe auch gerade den größten Punkt bei der Mobilisierung. Dass man da dann den meisten Fortschritt sieht (P2: mhm). Also was man hier, ich finde hier sieht man erst mal, was man durch Zeit auch voranbringen kann beim Patienten“* (P5, T3, Z. 70). Diese Fortschritte werden dann auch für Angehörige sichtbar (P3, T3, Z. 71).

Die Arbeitsweise in der Pflege hat sich im Projektverlauf insgesamt kaum geändert, wobei die wachsenden Erfahrungswerte zu einem anderen Blick auf die zu Pflegenden führen und zu einer schnelleren sowie besseren Einschätzung ihrer Bedarfe beitragen (P2, T3, Z. 101).

Im Vergleich zur Betreuung der Patient\*innen durch das Case Management in einem Krankenhaus wird festgestellt, dass dort oft ein suboptimales Entlassmanagement erfolgt und die Patient\*innen nach der Entlassung zu Hause nicht zurechtkommen (P3, T3, Z. 98).

Im Zuge der Corona- Pandemie entstehen zusätzliche Aufgaben für die Pflegefachkräfte wie die Durchführung von Tests (P10, T4, Z. 187ff.) oder die Isolation der Patient\*innen (P10, T4, Z. 202). Zudem hat sich in dieser Zeit die Aufenthaltsdauer der zu Pflegenden teilweise dadurch verlängert, dass das Case Management während der Isolation der Patient\*innen nicht mit ihnen sprechen konnte (P8, T4, Z. 205).

Ferner wird angemerkt, dass die Rahmenbedingungen des Modellprojektes nicht mit denjenigen einer Einrichtung der stationären Langzeitpflege zu verwechseln sind (P5, T3, Z. 70), denn *„[...] wir haben letztes Mal, ist halt auch immer wieder die Diskussion, dass das ja eigentlich kein Pflegeheim widerspiegelt, was wir machen. Weil sie sagen, och wenn das so schön ist in einer Pflegeeinrichtung, dann gehe ich doch in ein Pflegeheim und da ist es ja dann quasi gar nicht so“* (P5, T3, Z. 70). Darüber hinaus verweisen einige Befragte auf die derzeit nur sehr bedingte Kompatibilität des Modells ist mit den bestehenden Strukturen des deutschen Gesundheitswesens (P8, T8, Z. 106), so dass bspw. keine Transportscheine für Patient\*innen ausgestellt werden können (P8, T8, Z. 106). Zugleich wird betont, dass im GeriNoVe Personen versorgt werden können, die ansonsten wenig Alternative im System vorfinden zur Deckung ihrer spezifischen Bedarfe (P8, T4, Z. 124): *„[w]ir kümmern uns um Menschen, die sonst in diesem Versorgungsnetz einfach hilflos sind, weil sie erstens nicht wissen, welche Hilfen es überhaupt gibt. Zweitens, diese Hilfen oft für sie überhaupt nicht erreichbar sind, sprich es einfach zu wenig Kurzzeitpflegeplätze gibt, zu wenig Einrichtungen, wo man spontan jemanden hinüberweisen kann“* (P8, T4, Z. 124).

Im Zuge dessen nimmt der Anteil von Patient\*innen mit einem gerontopsychiatrischen Behandlungsbedarf, nach Beobachtung der Mitarbeitenden, im GeriNoVe zu (P4, T3, Z. 83): *„[...] was uns ja auffällt, dass eben der Bereich einfach zunimmt, der behandlungsbedürftige gerontopsychiatrische Bereich“* (P4, T3, Z. 83). Für eine bessere Versorgung dieses Personenkreises wird eine feste Zusammenarbeit mit einer psychiatrischen Einrichtung gewünscht (P3, T3, Z. 73; P4, T3, Z. 85 ff.). Die aktuelle Zusammenarbeit mit einer psychiatrischen Klinik wird als wenig erfolgreich beschrieben, da sie Aufnahmen von Patient\*innen aus dem GeriNoVe tendenziell eher ablehnt (P4, T3, Z. 83 ff.). Auch sind bei

Bedarf zeitnahe Verlegungen nicht möglich (P4, T3, Z. 85 ff.): *„Und da würde uns tatsächlich eine zügigere Anbindung schon auch wünschen. Mir persönlich kommt das so vor, wenn wir Patienten verlegen möchten, dann ist das eigentlich erst mal nie gewollt. Es ist unpassend. Man muss sich, irgendwie ja, man muss irgendwie, so ein bisschen den Bückling machen“* (P4, T3, Z. 83). Um eine Aufnahme zu erreichen, muss das ärztliche Personal den Fall in der psychiatrischen Klinik als dringend ankündigen (P10, T4, Z. 87), denn nach Erfahrungen der Befragten ist dies erfolversprechender als entsprechende Bemühungen der pflegerisch Tätigen des GeriNoVe (P11, T4, Z. 86). Dennoch werden Ablehnungen seitens der psychiatrischen Klinik selbst in Notsituationen berichtet (P10, T4, Z. 92): *„Ich habe es vorhin gemeint, bloß notfallmäßig, also mir ist es selber schon so gegangen, wo eine Patientin komplett ausgerastet ist und das war, die war gar nicht führbar. Und in der psychiatrischen Klinik x die sagen nur, wir haben keinen Platz“* (P10, T4, Z. 92).

Eine bereits mit einer Ambulanz bestehende Kooperation funktioniert nicht zur Zufriedenheit, denn teilweise ist dort niemand erreichbar und auch die Weitergabe von Informationen ist in manchen Fällen schwierig (P4, T3, Z. 85 ff.). Insofern vorgeschlagen, eine\*n Psychiater\*in im GeriNoVe mit einem begrenzten Stellenumfang fest anzustellen (P10, T4, Z. 145); nicht zuletzt auch deshalb, weil für die Bestellung einer gesetzlichen Betreuung ein psychiatrisches Gutachten nötig ist (P3, T3, Z. 73; P4, T3, Z. 93).

Hinsichtlich der Zusammenarbeit mit anderen Professionen wird zudem eine stärkere physiotherapeutische Einbindung gewünscht (P2, T3, Z. 103). Die Pflege übernimmt zwar die Mobilisation der Patient\*innen im Alltag; bei manchen Patient\*innen wäre jedoch eine professionelle Mobilisation durch Physiotherapeut\*innen hilfreich (P2, T3, Z. 103; P11, T4, Z. 139). *„Also ich fände, glaube ich, eine physiotherapeutische Begleitung (P5: Ja) noch ganz gut. Natürlich übernehmen wir die Mobilisation der Patienten im Alltag, das macht auch das meiste aus. Aber man hat halt immer wieder Patienten, die zwar mobilisiert werden, aber wo ich mir denke, wenn man da jetzt nochmal professionell an den Bewegungsabläufen arbeiten würde, letztendlich physiotherapeutisch“* (P2, T3, Z. 103). Ferner kommt die Idee auf, dass die Pflegefachkräfte durch Physiotherapeut\*innen angeleitet werden könnten (P2, T3, Z. 103; P6, T3, Z. 104), da es ihnen nach eigenem Bekunden teilweise an Wissen fehlt zur Mobilisation bei bestimmten Mobilitätsbeeinträchtigungen (P2, T3, Z. 103). Die Einbindung von Physiotherapie würde daher sowohl den Pflegefachkräften als auch den Patient\*innen mehr Sicherheit geben (P6, T3, Z. 104). Bisher existieren die Schwierigkeiten bei der Einbindung physiotherapeutischer Maßnahmen vor allem hinsichtlich ihrer Verordnung sowie Abrechnung im Rahmen der GeriNoVe Versorgung (P11, T4, Z. 139 ff.).

Mit Blick auf die Kooperation mit Behörden wird angemerkt, dass die dortigen Bearbeitungszeiten teilweise sehr lang ausfallen und dadurch die Handlungsfähigkeit der Mitarbeiter\*innen des GeriNoVe einschränken: *„Schwierig wird es, wenn wir auf andere Institutionen angewiesen sind. Zum Beispiel, wenn wir mit Ämtern zusammenschaffen müssen, mit Behörden, dann sind wir echt oft in einer Pattsituation und dann sind wir handlungsunfähig“* (P8, T4, Z. 127). Sind die Bearbeitungszeiten beispielsweise bei der Beantragung einer gesetzlichen Betreuung sehr lang, kann der\*die Patient\*in nicht aus dem GeriNoVe entlassen werden, bevor die Betreuung bestellt wurde, auch wenn der sozialpflegerische Notfall vorüber ist (P8, T4, Z. 127). In diesem Zusammenhang wird daher vorgeschlagen, sich mit den entsprechenden Behörden über ein gemeinsames, schnelleres Vorgehen auszutauschen (P8, T4, Z. 127).

### **Entlassung aus dem GeriNoVe**

Nach eigenen Angaben sind die Mitarbeitenden des GeriNoVe bei der Umsetzung des Entlasstermins konsequenter geworden (P2, T3, Z. 114; P5, T3, Z. 137) und kommunizieren die mögliche Verweildauer direkt bei der Aufnahme gegenüber den zu Pflegenden und/ oder ihren Angehörigen (P5, T3, Z. 137): *„Also ich finde, wie man ja schon gesagt hat, dass man konsequenter ist. Dass man wirklich sagt, also auch von Anfang an gleich mal sagt, das sind*

*fünf bis sieben Tage“ (P5, T3, Z. 137). Anfangs haben manche Angehörige die Entlassung der Patient\*innen herausgezögert oder Patient\*innen haben bei der Entlassung nicht kooperiert (P2, T3, Z. 114). So berichtet ein\*e Mitarbeiter\*in: „Sie müssten eigentlich entlassen werden, aber dann hat der Patient nicht so kooperiert oder die Angehörigen nicht kooperiert. Und dann hat sich das immer gerne mal in die Länge gezogen. Und ich finde, da sind wir mittlerweile deutlich standhafter (P5: Ja) und sagen so, nein es ist kein Patient mehr für uns“ (P2, T3, Z. 114). Auch verzögern manche Angehörige den Entlasstermin, indem sie für Absprachen nicht erreichbar sind (P5, T3, Z. 137). Entlassungen aus dem GeriNoVe werden inzwischen jedoch auch dann umgesetzt, wenn die vom GeriNoVe organisierte Anschlussversorgung von Patient\*innen und/ Angehörigen abgelehnt wird (P6, T3, Z. 139).*

Die Mitarbeitenden tauschen im Rahmen des Entlassmanagements ihre jeweiligen Informationen aus, die sie von den Patient\*innen und/ oder deren Angehörigen erhalten haben (P3, T3, Z. 115). Diese Kommunikation im Entlassprozess hat sich verändert und gibt den beteiligten Akteur\*innen Sicherheit (P3, T3, Z. 117). Gleichzeitig wird angemerkt, dass an der Entlassung in manchen Fällen sehr viele Mitarbeitende des GeriNoVe beteiligt sind, was wiederum zu Schwierigkeiten führen kann (P11, T4, Z. 221).

Die Dokumentation, die im Rahmen der Entlassung erfolgt, hat sich im Projektzeitraum gleichfalls weiterentwickelt (P7, T4, Z. 321) und wird als gut funktionierend beurteilt (P8, T4, Z. 324; P9, T4, Z. 320). So hält beispielsweise das Case Management die erledigten Schritte in darin fest, damit alle Beteiligten wissen, an welchen Aspekten sie weiterarbeiten können (P8, T4, Z. 213).

Das Case Management geht bei seiner Tätigkeit von den Informationen im Aufnahmebogen sowie den Assessmentergebnissen direkt in die Planung der Anschlussversorgung der zu Pflegenden über (P8, T4, Z. 283): *„Also, bei uns ist es ja so, wir steigen ein mit einem Assessment und gucken, wie ist der Ist-Zustand. Und der letzte Satz vom Aufnahmebogen ist eigentlich, wie stellen Sie sich vor, wie es in Zukunft weitergeht. Und wir gehen dann quasi nahtlos von der Aufnahme in die Entlassung über. Und gucken dann einfach, wie eine Anschlussversorgung aussehen könnte“* (P8, T4, Z. 283), wobei eine langfristige Anschlussversorgung angestrebt wird (P10, T4, Z. 284).

Die Mitarbeitenden des Case Managements sprechen, ihren Angaben zur Folge, vor der Entlassung mit den Patient\*innen und/ oder Angehörigen und erläutern das weitere Vorgehen. Dadurch sind die Patient\*innen und Angehörigen über alle Aspekte der Entlassung informiert. Denn *„[e]infach nochmal alles durchzusprechen, also das finde ich, macht die Patienten auch zufriedener und dann gehen die auch mit einem guten Gefühl dann hier heraus. Und einfach auch, dass alles abgeklärt ist“* (P5, T3, Z. 108). Im Hinblick auf die Anleitung von pflegenden Angehörigen berät das Case Management dahingehend, dass die Anleitung möglichst im häuslichen Umfeld durch einen Pflegedienst erfolgen sollte, um die Durchführung der Pflege im tatsächlichen Pflegesetting zu üben (P3, T3, Z. 121).

Das Case Management tätigt seinerseits nachsorgende Anrufe bei den Patient\*innen nach der Entlassung und steht bei Bedarf für Verbesserungen der Anschlussversorgung (P8, T4, Z. 331) sowie bei Fragen oder Problemen in der Anschlussversorgung auch nach der Entlassung des\*der Patient\*in zur Verfügung (P3, T3, Z. 110; P5, T3, Z. 111), denn *„[w]enn selbst daheim nochmal ein Problem ist, dürfen sie auch nochmal anrufen und fragen. Und das machen die auch und sind da auch sehr dankbar darüber“* (P5, T3, Z. 111).

Der Entlassbrief des GeriNoVe wird als gut (P2, T3, Z. 109; P10, T4, Z. 214) und einzigartig (P10, T4, Z. 214) beschrieben. So berichtet ein\*e Mitarbeiter\*in: *„Also dadurch, dass ich im Pflegeheim so lange geschafft habe, habe ich ja oft mit Aufnahmen zu tun gehabt. Solche Briefe, hatten wir nie. Also, muss ich wirklich sagen, toll“* (P10, T4, Z. 214). Gleichzeitig wird angemerkt, dass das Schreiben der Entlassbriefe mit einem hohen zeitlichen Aufwand verbunden ist (P9, T4, Z. 217). Der Entlassbrief wurde im Projektverlauf ebenfalls optimiert und umfasst einen pflegerischen, medizinischen und sozialarbeiterischen Teil (P9, T4, Z. 212).

Ein Fokus des Entlassbriefs liegt auf der Pflege, die ihren Teil sehr ausführlich beschreibt (P2, T3, Z. 109). Ausgangspunkt des pflegerischen Teils des Entlassbriefs ist das Screening nach LACHS (P4, T3, Z. 124), d. h. Kommunikation, Kognition, Beweglichkeit und Mobilität sowie auch Pflege und Selbstversorgung (P2, T3, Z. 123). Ausgehend von diesem Screening werden Pflegediagnosen beschrieben (P4, T3, Z. 124; P9/T5, Z. 212) und pflegfachliche Beobachtungen beschrieben (P4, T3, Z. 124): *„[d]as ist das eine, basierend auf dem Lachs-Screening. Das andere natürlich dann unsere Beobachtungen während des GeriNoVe-Aufenthaltes. Also, was geht über das Screening heraus. Was haben wir im Kontakt im Stationsalltag pflegerisch festgestellt an Pflegediagnosen“* (P4, T3, Z. 124).

Bei der Übersiedelung von Patient\*innen in ein Pflegeheim kann der Entlassbrief des GeriNoVe direkt für die dortige Pflegeplanung genutzt werden (P9, T4, Z. 212).

Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen wird von den Befragten als *„ein gutes Miteinander“* (P3, T3, Z. 135) beschrieben. *„Also, da gibt es eigentlich so gut wie immer Gespräche, außer, außer der Patient ist einfach so selbstständig, dass man das mit ihm selber bespricht und da ist es natürlich, dass der einfach gut aufgeklärt wird und gut in seine Häuslichkeit zurückverlegt wird“* (P3, T3, Z. 135). Gespräche mit Angehörigen finden folglich in fast allen Fällen statt. Ausnahmen sind jene Patient\*innen, die in der Lage sind, all ihre Angelegenheiten selbständig zu regeln (P3, T3, Z. 135). Die Gespräche mit den Angehörigen finden größtenteils durch das Case Management statt (P9, T4, Z. 263), das eine intensive Beratung anbietet (P11, T4, Z. 282), aber auch die Pflegefachkräfte stehen für die Beratung von Angehörigen zur Verfügung (P9, T4, Z. 263) beispielsweise zu Themen wie Demenz oder Sturzprävention (P9, T4, Z. 263) oder auch Inkontinenz (P7, T4, Z. 335). Hierfür wurden seitens der Pflegekräfte entsprechende Materialien für die Beratung entwickelt (P9, T4, Z. 263) und sie berichten davon, auch ihre Beobachtungen, wie beispielsweise geeignete Ansätze zur Tagesstrukturierung an die Angehörigen weiterzugeben (P10, T4, Z. 329).

Die meisten Angehörigen sind nach Einschätzung der Mitarbeitenden mit der Beratung sehr zufrieden. So berichtet ein\*e Mitarbeiter\*in: *„Ich habe eigentlich das Gefühl, durch die intensive Beratung über den Sozialdienst, dass sich eigentlich der überwiegende Teil von den Angehörigen sehr gut aufgehoben gefühlt, wenn möglich werden ja auch die Patienten mit einbezogen“* (P11, T4, Z. 282).

Zudem wird berichtet, dass Einrichtungen im Umfeld des GeriNoVe gern Patient\*innen in die Anschlussversorgung aufnehmen, da die Fälle seitens des GeriNoVe gut für die Aufnahme in der Einrichtung in der Anschlussversorgung vorbereitet sind, *„[...] also manche sagen schon, ach ja, wenn der von Ihnen kommt, den nehme ich gerne, da ist alles geregelt. Das empfinden viele ganz, ganz angenehm“* (P3, T3, Z. 133). Teilweise gibt es auch Einrichtungen, die bereits freie Plätze an das GeriNoVe melden (P3, T3, Z. 133).

Allerdings fehlt es in der Anschlussversorgung den Befragten zur Folge insgesamt an freien Plätzen (P3, T3, Z. 133) in der Kurzzeitpflege (P4, T3, Z. 126; P8, T4, Z. 129) aber auch in der Langzeitpflege (P4, T3, Z. 126). So berichtet ein\*e Teilnehmer\*in: *„Also ich habe letzte Woche einen Kurzzeitpflegeplatz gesucht und habe 53 Pflegeheime angerufen. Und habe dann immer noch keinen gehabt. Also das sind Sachen, die sind unglaublich zeitaufwändig und spiegeln unser Gesamtsystem wider, unsere Versorgungssituation“* (P8, T4, Z. 129). Aufgrund fehlender Plätze in der Anschlussversorgung können Patient\*innen teilweise nicht termingerecht aus dem GeriNoVe entlassen werden (P4, T3, Z. 126) und die Handlungsfähigkeit der Mitarbeitenden des GeriNoVe wird eingeschränkt (P8, T4, Z. 129). Zudem können Patient\*innen nicht immer in die präferierte Einrichtung entlassen werden, wenn es dort keine Kapazitäten vorhanden sind (P5, T3, Z. 131).

Abschließend wird auch die Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten als *„sehr, sehr gutes Zusammenarbeiten“* charakterisiert (P3, T3, Z. 133), wobei auch hier Versorgungengpässe konstatiert werden, die dazu führen, dass die Dienste keine neuen Klient\*innen aufnehmen (P3, T3, Z. 127; P4, T3, Z. 126).

## Ergebnisse der Expert\*inneninterviews

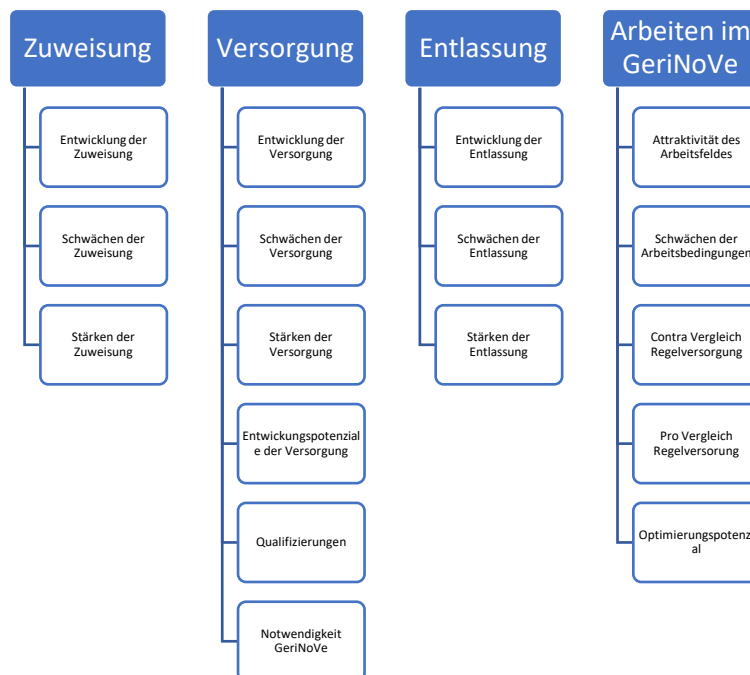
Für die Expert\*inneninterviews wurden Mitarbeitende der Pflege, des Case-Managements sowie Ärzt\*innen rekrutiert. In diese Befragung wurden zudem Personen in Leitungspositionen einbezogen. Ausgeschlossen wurde das Personal im Betreuungs-, Verwaltungs- und Hauswirtschaftsdienst sowie Mitarbeitende, die nicht während des gesamten Projektzeitraums im GeriNoVe beschäftigt waren. Es konnten insgesamt acht Beschäftigte für die Expert\*inneninterviews im Januar 2022 gewonnen werden. Sechs der Teilnehmenden hatten bereits an einer der ersten Fokusgruppe im Dezember 2020 und sieben Personen an einer der zweiten Fokusgruppe im Juli 2021 teilgenommen.

Bei den Expert\*innen handelt es sich um sieben Frauen und einen Mann. 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 einmal vertreten sind Berufsangehörige aus der Medizin bzw. Geriatrie sowie der Sozialen Arbeit bzw. Sozialpädagogik.

Die meisten Teilnehmer\*innen ( $n=5$ ) verfügen über Weiterbildungsabschlüsse. Dazu gehören sowohl Fortbildungen im Bereich der Geriatrie, Neurologie, Palliativmedizin, Ernährung als auch in unterschiedlichen pflegerischen Handlungsfeldern (z. B. Gerontopsychiatrie). Weiterbildungen wurden zudem im Hinblick auf Leitungsfunktionen in der Pflege, das Qualitäts-, Dienstleistungs- und Netzwerkmanagement sowie die Transaktionsanalyse in Anspruch genommen. Darüber hinaus haben einige Teilnehmer\*innen Weiterbildungen in der systemischen Beratung-, Supervision- und dem Coaching abgeschlossen oder sind als Berufspädagog\*innen bzw. Lehrer\*in für Pflegeberufe qualifiziert.

Die Berufserfahrung der Mitarbeiter\*innen liegt bei durchschnittlich 28,44 Jahren ( $sd=13,1$ ). Die geringste Berufserfahrung umfasst acht Jahre, die längste liegt bei 45 Jahren. Ausschließlich auf den geriatrischen Bereich bezogen liegt die Berufserfahrung der Teilnehmer\*innen durchschnittlich bei 8,81 Jahren ( $sd=6,7$ ). Zwei Jahre sind dabei die geringste und 19 Jahre die längste Berufserfahrung.

Abbildung 13: Kategoriensystem zur Auswertung der Expert\*inneninterviews mit Mitarbeitenden



## Zuweisung

Im Kontext der Aufnahme von Patient\*innen ins GeriNoVe stellen die Expert\*innen eine positive Weiterentwicklung des Prozesses fest, der zufolge das Personal nun sicherer im Umgang mit Zuweisenden und der Aufnahme von Personen aus der Zielgruppe des Modellprojektes ist, nachdem es zuvor einige Fehlzuweisungen gab (T1, Z. 11 ff.; T2, Z. 5 ff.; T4, Z. 96 ff.). Inzwischen gäbe es eine klare Struktur (T1, Z. 23 ff.), so dass das GeriNoVe-Team bei der Zuweisung deutlich besser entscheiden, welche Patient\*innen aufgenommen werden können. Dies war am Anfang des Projekts teilweise mit viel Unsicherheit verbunden (T2, Z. 5 ff.).

Viele Patient\*innen werden über die Notaufnahmen der Krankenhäuser zugewiesen (T3, Z. 29 ff.; T6, Z. 114 ff.), die dem GeriNoVe dann Bedarfspläne und Medikamentenpläne zufaxen. Patient\*innen werden aber auch über Anfragen von Angehörigen durch Hausärzt\*innen zugewiesen, deren Beteiligung an der Zuweisung jedoch im Projektverlauf rückläufig erlebt wird (T6, Z. 114 ff.). Zu Beginn des Projekts war die Zuweisung zudem insgesamt noch aufwändiger, da GeriNoVe den verschiedenen Zuweisenden zunächst vorgestellt werden musste (T3, Z. 29 ff.).

Eine Fachkraft beschreibt, dass sich das Klientel dahingehend verändert hat, dass viele Personen in einem unterversorgten Zustand ankommen, was zu Beginn des Projekts nicht so stark der Fall war (T6, Z. 5 ff.). Diese\*r Expert\*in zeigt sich darüber erschüttert, dass einige Patient\*innen in einem teilweise schlechten Zustand aus Notaufnahmen bzw. Kliniken eingewiesen werden (T6, Z. 11 ff.). Diese Veränderung sei vor allem seit der Corona-Pandemie zu beobachten: „Die sind hungrig, ja? Die sind eingenässt, nicht gewaschen. Ich habe schon auch gehört von Angehörigen, dass nicht einmal eine Glocke am Bett war und das sind ja Zustände, die sich natürlich durch Corona wirklich massiv verschlechtert haben“ (T6, Z. 17 ff.). Auch ein\*e andere\*r Mitarbeitende des GeriNoVe hat das Gefühl, dass sich das Klientel verändert habe: "Naja, ich denke tatsächlich, dass eben mehr medizinische Fälle zugewiesen sind. Also der, der Aufwand medizinisch ist aus meiner Sicht eigentlich höher geworden, obwohl wir eigentlich stringenter versucht haben, den Aufnahmeprozess zu steuern im Sinne unseres potentiellen GeriNoVe-Klientel" (T8, Z. 30 ff.).

Als eine Stärke der Zuweisung wird die Beratung am Telefon hervorgehoben, d. h. wenn Patient\*innen bspw. nicht aufgenommen werden können, berät das Case Management trotzdem zu alternativen Möglichkeiten (T1, Z. 41 ff.).

Zudem wird darauf verwiesen, dass die Zuweisenden, wie bspw. Notaufnahmen, Krankenhäuser oder Ärzt\*innen, mittlerweile die Voraussetzungen für eine Aufnahme ins GeriNoVe gut kennen und dementsprechend schnell die benötigten Formulare ausfüllen können (T5, Z. 5 ff.; T8, Z. 8 ff.). *„Und natürlich dann auch telefonisch auf dem kurzen Dienstweg uns indirekt schon zuweisen, das ist sicherlich etwas, was gewachsen ist über die Zeit“* (T8, Z. 8 ff.). Außerdem wissen die Zuweisenden, dass das Case Management die anschließende Versorgung wie bspw. stationäre Langzeit- oder Kurzzeitpflege organisiert (T4, Z. 17 ff.).

Es wird häufig von Unklarheiten und Unsicherheiten der Zuweisenden darüber berichtet, welches Klientel im GeriNoVe versorgt werden kann (T4, Z. 5 ff.). Schwächen sieht eine Fachkraft darin, dass einige Zuweisende die Zuweisungskriterien noch immer nicht korrekt anwenden und teilweise verärgert sind, wenn das GeriNoVe gewisse Patient\*innen nicht aufnehmen kann (T1, Z. 35 ff.). Auch ein\*e weitere\*r Mitarbeitende\*r erzählt, dass die Kriterien für die Zuweisung nicht immer ganz klar seien und es im GeriNoVe mehr medizinische Diagnostikmöglichkeiten geben müsste, was wiederum einen enormen Aufwand darstellen würde (T8, Z. 17 ff.). Dass einige Zuweisende die Aufnahmekriterien bzw. das GeriNoVe-Konzept nicht verstehen, könnte laut Mitarbeiter\*in durch den Namen des GeriNoVe impliziert sein, da dieser als eine Art der medizinischen Notfallversorgung verstanden werden könne (T3, Z. 18 ff.). Auch gab es teilweise Missverständnisse, weil Zuweisende dachten, GeriNoVe sei eine Kurzzeitpflegeeinrichtung (T4, Z. 5 ff.).

Als weitere Schwäche wird die teils geringe Bekanntheit des GeriNoVe bei potenziellen Zuweisenden benannt, denn trotz regelmäßiger Rundbriefe kennen v. a. zuweisende Hausärzt\*innen das GeriNoVe noch immer nicht und werden teilweise von Angehörigen auf die Einrichtung aufmerksam gemacht (T5, Z. 12 ff.). Eine Fachkraft erörtert, dass nach der coronabedingten Schließung des GeriNoVe weniger Anfragen von Zuweisenden erfolgten als zuvor. Somit musste sich das GeriNoVe erneut vorstellen und das Konzept wieder ins Bewusstsein rufen (T4, Z. 45 ff.).

Die befragte Fachkraft findet, dass im Zuweisungsprozess sehr hohe Hürden bezüglich der Aufnahme von Patient\*innen bestehen, da viele Leistungen und Zusatzen von den Zuweisenden erwartet werden. So müssen dem GeriNoVe Arztbriefe und weitere Dokumente im Vorfeld vorliegen, was für die Zuweisenden wiederum ein logistischer Aufwand ist (T2, Z. 19 ff.).

Es kommt zudem vor, dass einige Hausärzt\*innen bei der Zuweisung unzuverlässig sind (T3, Z. 15 ff.). Hier müsse das GeriNoVe-Personal mehr Druck machen, um die notwendigen Unterlagen wie Medikamentenpläne zu bekommen, wenn die Patient\*innen aufgenommen werden sollen (T3, Z. 37 ff.). Darüber hinaus wird berichtet, dass Hausärzt\*innen telefonisch sehr schwer zu erreichen sind (T5, Z. 22 ff.).

Es wird beschrieben, dass Patient\*innen aus Notaufnahmen in einem unversorgten Zustand ankommen:

*„Die Patienten, die kommen in die Notaufnahme im Nachthemd so quasi. Haben natürlich nichts dabei, leben ja teilweise alleine, haben keine Angehörigen, da kommt auch niemand in die Wohnung dann so spontan rein, um da irgendetwas rauszuholen und das dauert dann seine Zeit bis man dann alles geregelt hat“* (T5, Z. 22 ff.). Ein\*e weitere Expert\*in beschreibt einen sehr hohen Aufwand bei der Zuweisung, wenn bei Patient\*innen keine Angehörigen bekannt sind (T7, Z. 17 ff.).



Es wird vorgeschlagen, den Zuweisungsprozess bezüglich benötigter Unterlagen einfacher zu gestalten, da im GeriNoVe nicht immer ein\*e ärztliche\*r Ansprechpartner\*in Dokumente wie bspw. Medikamentenpläne überprüfen kann (T2, Z. 27 ff.).

## Versorgung

Eine Fachkraft ist der Ansicht, dass die pflegerische Versorgung dauerhaft gut ist (T1, Z. 94 ff.) und eine weitere beschreibt, dass die pflegerische Versorgung bereits von Beginn an auf einem hohen Niveau gestartet ist und noch immer ist (T2, Z. 45 ff.). Ein\*e Mitarbeitende\*r berichtet, dass das GeriNoVe-Team sehr motiviert und mit viel Engagement gestartet ist. Durch die coronabedingte Schließung gab es Personalverluste. Auch die Expert\*innengruppen sowie interne Besprechungen fielen weg, weshalb das Personal nach der Neueröffnung wieder neu starten musste (T4, Z. 68 ff.). Die Fachkraft wünscht sich zudem, dass GeriNoVe weiterhin bestehen bleibt, weil sich die Struktur trotz Hürden gut entwickelt habe (T4, Z. 147 ff.).

Die Versorgung habe sich v. a. durch den Entfall der Krankenhaus-Anbindung des Modellprojektes verändert. Wenn sich der Zustand von Patient\*innen verschlechtert hat, konnten diese direkt in die Notaufnahme gebracht werden und es gab nachts eine ärztliche Anbindung durch Bereitschaftsärzt\*innen. Diese Möglichkeiten bestehen nun nicht mehr (T3, Z. 57 ff.). Durch den Wegfall des kooperierenden, benachbarten Krankenhauses sind außerdem die diagnostischen Möglichkeiten sehr eingeschränkt. Insbesondere der Zugang zu Laborbefunden ist mühsam (T8, Z. 41 ff.). Seit dem Wegfall des ehemals benachbarten Krankenhauses ist es ferner nicht mehr möglich, durch die dort angesiedelte externe Physiotherapiepraxis unterstützt zu werden, da Therapieeinheiten nun als Hausbesuche abgerechnet werden müssten (T5, Z. 107 ff.).

Die familiäre und pflegerische Betreuung durch Angehörige scheint in der Corona-Pandemie zurückgegangen zu sein und damit wurde auch das sozialmedizinische Milieu komplizierter als zu Beginn des Projekts (T8, Z. 50 ff.). Insbesondere psychische Belastungen bei Patient\*innen und Angehörigen werden vermehrt beobachtet (T8, Z. 63 ff.):

*„Klar, wenn [...] wir einen Patienten aufnehmen, der eigentlich relativ unterversorgt ist zuhause, existiert, eigentlich nicht mehr großartig aufgestanden ist und dann gestürzt ist und über die Notaufnahme zu uns kommt und schon alleine, dass die regelmäßige Flüssigkeitszufuhr und eine Nahrungsaufnahme, ein geregelter Tagesablauf und jemand, der Sicherheit gibt beim Aufstehen oder beim Gehen und da passieren immer diese Pseudo-Wunder, dass die anscheinend plötzlich wieder gehen können“ (T5, Z. 90 ff.).*

Es wird erwähnt, dass die Patient\*innen in kurzer Zeit große Fortschritte machen, insbesondere in ihrer Mobilität und Selbstständigkeit, welche gezielt und mit ausreichend zeitlichen Ressourcen durch das GeriNoVe-Team aufgebaut wurde (T1, Z. 98 ff.). Die personelle Besetzung sei im Verhältnis zur Regelversorgung perfekt und bietet mehr Zeit und Möglichkeiten für eine umfassende Versorgung und Beschäftigung der Patient\*innen (T2, Z. 54 ff.; T5, Z. 90 ff.).

Als weitere Stärke sowie entlastend für die Pflege werden zusätzliche Betreuungskräfte beschrieben (T1, Z. 185 ff.).

Es sei schön zu sehen, wie zufrieden die Patient\*innen und deren Angehörige mit der Versorgung im GeriNoVe sind, so dass einige gar nicht mehr nach Hause möchten (T3, Z. 155 ff.). Schwächen in der Versorgung werden in einer fehlenden Physiotherapie (T1, Z. 108 ff.) sowie der weggefallenen direkten Anbindung einer Krankenhausnotaufnahme gesehen (T3, Z. 72 ff.).

Darüber hinaus wird davon berichtet, dass auch das Modellprojekt mit Personalmangel zu kämpfen hat, was sich nach eigenem Empfinden der Expert\*innen negativ auf die Work-Life-Balance auswirkt (T6, Z. 48 ff.). Darüber hinaus stellen die vergleichsweise zahlreichen,

demenziell veränderten Patient\*innen eine Herausforderung dar, weshalb insbesondere die Tagesstruktur, Servicedienstleistungen und Alltagsbegleitungen gezielt ausgebaut werden sollten (T3, Z. 182 ff.). Des Weiteren wird eine psychiatrische Betreuung der Patient\*innen für die Versorgung als wichtig erachtet, da viele Patient\*innen mit Depressionen aufgenommen werden. Hinzukommen benötigte Gutachten für die Betreuungsbeantragung (T1, Z. 173 ff.). Die bisherige Anbindung über einen Konsildienst mit einer psychiatrischen Klinik bzw. gerontopsychiatrischen Ambulanz sei durch die zeitliche Verzögerung immer mit Aufwand verbunden gewesen (T8, Z. 70 ff.).

Im Hinblick auf Qualifizierungsbedarfe des Personals erscheinen insbesondere das Thema Wundversorgung und einheitliche Leitlinien in der Arbeit bedeutsam: *„Wundversorgung ist da einfach ein sehr großes und komplexes Thema und das ist dann einfach auch ein Nachteil, wenn man viele Pflegekräfte aus verschiedenen Generationen und verschiedenen Bereichen haben, jeder macht es dann doch ein bisschen anders und da ist das immer gut, wenn man dann eigentlich so eine Leitlinie hat“* (T2, Z. 86 ff.). Überdies sei es für den Sozialdienst im GeriNoVe von Vorteil, wenn die dort Tätigen über Erfahrungen in der Pflege verfügen (T1, Z. 260 ff.). Als weitere sinnvolle Qualifizierungsthemen werden zudem Kinästhetik und Grundlagen nach Bobath sowie rückenfreundliches Arbeiten und Demenz genannt (T2, Z. 71 ff.). zu Projektbeginn war geplant, dass das Personal bspw. geriatrisch weitergebildet wird, dieses Angebot musste jedoch pandemiebedingt entfallen (T5, Z. 142 ff.).

Zur Notwendigkeit eines Versorgungsmodell wie GeriNoVe wird erörtert: *„Letztendlich ist es von daher absolut sinnvoll [...] weil die Not ist da von den Angehörigen, von den Patienten. Und auch von den Kliniken, die oft was machen sie mit den Patienten, mit schlechtem Gewissen Nachhause, ist eigentlich auch keine Option und wir sehen ja, was hier dann auch noch machbar ist“* (T3, Z. 123 ff.).

Eine andere der befragten Mitarbeitenden verweist aufgrund der anhaltenden pflegerischen Bedarfe älterer Menschen wie folgt auf die Notwendigkeit des GeriNoVe: *„[...] dass es an sich notwendig ist, solche Einrichtungen zu haben. Wie wichtig die eigentlich sind. Und ich glaube, das konnten wir trotz alledem schon darstellen, dass ein Bedarf da ist.“* (T5, Z. 337 ff.). Ein Versorgungsmodell wie GeriNoVe wäre den Befragten zufolge wichtig und solche Projekte sollten bundesweit ausgedehnt werden, da immer mehr Personen bereits im jungen Alter entsprechende Unterstützung benötigen (T6, Z. 197 ff.).

Zudem der Bedarf eines solchen Versorgungsangebotes auch aus Perspektive der Patient\*innen und ihrer Angehöriger erläutert: *„Also ich habe bis jetzt noch kein einziges Mal erlebt bei einem Nachsorgeanruf, dass jemand gesagt hat, nein das war vertane Zeit. Sondern die Menschen sind schon einfach froh, dass es uns gibt und ganz viele sagen auch, ja und was wird jetzt sein, wenn es uns nicht mehr gibt, was machen wir dann, wenn so Situationen kommen. Also das ist echt ein Problem.“* (T7, Z. 143 ff.). Der im GeriNoVe versorgte Personenkreis würde ohne das Modell demnach nicht angemessen versorgt werden können (T7, Z. 256 ff.).

## Entlassung

Die Entwicklung des Entlassprozesses wird von den Expert\*innen unterschiedlich beschrieben: Demnach hat er sich zum einen während der Projektlaufzeit positiv weiterentwickelt, v. a. bezüglich des interdisziplinären Entlassbriefs (T1, Z. 290 ff.). Darüber hinaus habe das Pflegeteam laut einer befragten Fachkraft mehr Sicherheit bei der Entlassung von Patient\*innen gewonnen, da nun oftmals schnell ersichtlich ist, welche Form der Nachsorge für die jeweilige Person passend ist (T2, Z. 132 ff.). Zum anderen hat die Corona-Pandemie u.a. dazu geführt, dass ungeimpfte Patient\*innen nur sehr schwer einen Pflegeheimplatz bekommen (T7, Z. 204 ff.). Ferner kam es in Folge der Pandemiesituation vermehrt zu Überforderungen der (pflegenden) Angehörigen oder auch psychischen Erkrankungen (T6, Z. 175 ff.). Eine weitere Problematik besteht im häufigen Fehlen von Vorsorgevollmachten der Patient\*innen (T1, Z. 361 ff.). Im Zuge der Entlassung werden zudem

oftmals Hilfsmittelbestellungen, die Organisation weiterer, unterstützender Dienstleistungen (bspw. Hausnotruf, Essen auf Rädern usw.) sowie die Beantragung von Leistungen nach SGB XI notwendig.

Als Stärke der Entlassung wird der detaillierte Entlassbrief betrachtet, da dieser interdisziplinär aufgebaut ist und Informationen zur Beratung sowie den geriatrischen Assessments beinhaltet (T1, Z. 296-306). Nach Einschätzung der Expert\*innen stößt dieses Dokument vielfach auch auf positive Resonanz bei Einrichtungen, welche in die anschließende Versorgung der Patient\*innen involviert sind (T7, Z. 165 ff.) und stärkt das Vertrauen in die fachlichen Kompetenzen des GeriNoVe (T1, Z. 339 ff.; T5, Z. 194 ff.): *„Und einfach diese anderen Stellen auch Vertrauen in uns haben. Die wissen, wenn von uns ein Patient kommt, der ist gut versorgt, der bringt die Sachen mit, die er bringen muss, wir geben eine ehrliche Überleitung, wir beschönigen nichts“* (T7, Z. 86 ff.).

Vor allem Pflegeheime nehmen demnach gern Patient\*innen des GeriNoVe auf, da die Übersiedlung dahin gut organisiert ist (Vollmachten, Patientenverfügung etc.) und meist problemlos funktioniert (T1, Z. 339 ff.; T5, Z. 194 ff.). Als Beispiele werden die vorbereiteten Medikamente, der Entlassbrief und ein ausführlicher Überleitungsbogen genannt, welche die Aufnahme in eine stationären Pflegeeinrichtung erleichtern (T7, Z. 172 ff.).

Abschließend betonen die Befragten, dass die Chancen auf eine adäquate Weiterversorgung für die Patient\*innen im derzeitigen Gesundheitssystem sehr unterschiedlich verteilt und durch teils deutliche Versorgungsengpässe in der ambulanten, langzeitstationären sowie Kurzzeitpflege determiniert sind, was wiederum auch von den Fachkräften als belastend erlebt wird: *„Und das ist natürlich auch etwas, was es extrem erschwert. Wenn man das Gefühl hat, man wüsste eigentlich, was eine gute Lösung auch wäre für die Menschen, aber es gibt einfach das Angebot nicht“* (T7, Z. 216 ff.).

Optimierungspotenzial wird in einer engeren Kooperation mit nachsorgenden Einrichtungen gesehen: *„Also, wenn wir was jetzt Kurzzeitpflegeplätze, Pflegeheimplätze angeht irgendwie so einen, so eine Art Kontingent hätte für GeriNoVe, das wäre für uns natürlich ideal“* (T8, Z. 99 ff.).

### **Attraktivität des GeriNoVe als Arbeitsumfeld**

Das GeriNoVe als Arbeitsumfeld wird von mehreren Expert\*innen als vergleichsweise attraktiv beschrieben (T1, Z. 437 ff.; T2, Z. 154 ff.; T3, Z. 145 ff.; T5, Z. 76, 227, 236, 287, 301; T7, Z. 136 ff.). *„Also, ich komme ja selber aus der Pflege. Ich habe jahrelang eine Sozialstation geleitet. Und habe genau das vermisst. Draußen, dass wenn halt ein Notfall ist, was macht man mit diesen Leuten? Das war immer ein Riesenproblem. Und das ist schon toll. Und durch das habe ich natürlich auch schon viel Einblick. Für mich ist das ein schöner Arbeitsplatz. Ein absolut attraktiver Arbeitsplatz“* (T1, Z. 437 ff.).

Zusammenfassend werden folgende Gründe für die Attraktivität des GeriNoVe als Arbeitsumfeld genannt:

- abwechslungsreiche und interessante Arbeit (T2, Z. 158 ff.; T5, Z. 76, 227, 236, 287, 301).
- gute personelle Besetzung und zeitliche Ressourcen (T2, Z. 158 ff.; T5, Z. 76; T7, Z. 136ff.).
- enge Zusammenarbeit in einem überschaubaren interdisziplinären Team mit kurzen Kommunikationswegen (T1, Z. 468 ff., 491 ff.; T3, Z. 287 ff.; T4, Z. 347ff.; T8, Z. 115 ff., 136 ff.).
- erfüllendes Gefühl, den Erfolg eigener Arbeit zu sehen (T1, Z. 506 ff.; T3, Z. 287 ff.; T5, Z. 76, 227).
- flexible Arbeitszeiten (T4, Z. 347 ff.).

Darüber hinaus trägt offensichtlich auch die, im Vergleich zu Regelversorgung, veränderte Rolle der Pflege zur höheren Arbeitszufriedenheit bei (T5, Z. 76, 227, 236, 287, 301) sowie die gesamtgesellschaftliche Dimension der neuen Versorgungseinheit: *„Im Gesamten bin ich jetzt trotz alledem sehr zufrieden. Also eigentlich ist eine Zufriedenheit, dass es, dass wir so etwas machen konnten. Wir haben ganz viele Einblicke gewonnen über gesellschaftliche Umstände, Zustände und wie es mit alten Menschen im Prinzip aussieht, welche Bedarfe eigentlich da wären. Und ich glaube, da konnten wir auch einiges beitragen“* (T5, Z. 322 ff.).

Der Vergleich zur akutstationären Versorgung wird dabei wie folgt beschrieben: *„Die Menschen, die zu uns kommen sind in einer Notsituation und dann muss ganz vieles geklärt werden. Und das sehen wir auch immer wieder so im Vergleich mit dem Sozialdienst vom Krankenhaus, dass die Menschen bei uns einfach eine andere Zufriedenheit entwickeln, weil wir uns zu ihnen hinsetzen, mit ihnen die Situation klären, sie fragen, die Angehörigen anhören. Das können die im Krankenhaus gar nicht, weil die haben sowas von andere Rahmenbedingungen wie wir. Und das macht aber auch eine große Unzufriedenheit und Hilflosigkeit bei den Patienten oft“* (T7, Z. 128 ff.).

Die zeitlichen Ressourcen sowie die Tatsache, dass das Personal, nach eigenem Empfinden, etwas bewirken und für Menschen eine Perspektive schaffen kann, machen die Arbeit im GeriNoVe attraktiv. Positives Feedback erfahren die Mitarbeitenden auch im Rahmen der nachsorgenden Anrufe bei Patient\*innen und/ oder ihren Angehörigen (T7, Z. 136 ff.).

Eine weitere motivierende Größe für die Mitarbeitenden ist nach Ansicht der Expert\*innen der Modellcharakter des Projektes bzw. die Tatsache, an etwas Neuem sowie Innovativem aktiv beteiligt zu sein und daran mitwirken zu können (T8, Z. 115 ff., 136 ff.).

Mit Blick auf ökonomische Effekte des GeriNoVe wird den Kostenträgern eine langfristige Betrachtung empfohlen: *„Das wäre natürlich für die, für die zukünftige Versorgung ein absoluter/ und ist auch für die Kostenträger im Prinzip ein absoluter Vorteil. Sie müssten halt in die Vorleistung gehen und das bezahlen. Damit der Mensch, der dann hier durchgelaufen ist, wieder fitter ist und wieder selbstständiger sein kann. Und womöglich auch noch länger Zuhause leben kann. Was für die Gesellschaft ja auch günstiger ist“* (T1, Z. 514 ff.).

Beeinträchtigungen erfährt die Attraktivität des GeriNoVe auf Seiten der Beschäftigten vor allen durch die Ungewissheit über den Fortbestand der neuen Versorgungseinheit über den Förderzeitraum hinaus. Dies hat nach Einschätzung der Expert\*innen im fortschreitenden Projektverlauf Kündigungen des Personals erhöht (T1, Z. 226-228; T4, Z. 135 ff.; T7, Z. 191 ff.) und die personellen Ressourcen gemindert (T3, Z. 237 ff.). Infolgedessen werden Arbeitsverdichtungen für die verbliebene Pflegefachkräfte beschreiben (T4, Z. 135 ff.), so dass das pflegerische Team mittlerweile durch Leiharbeitskräfte unterstützt werden muss. Darüber hinaus wird die ursprünglich gute Personalausstattung auch mit Blick auf den Modellcharakter der neuen Versorgungseinheit sowie ihre spezifische Finanzierung kritisch reflektiert: *„Wenn man jetzt allerdings wieder in das klassische System zurückgeht, wir werden ja gerade von Projektgeldern finanziert. Wenn ich jetzt dieses Personal bezahlen müsste und, und dieses Geld einnehmen müsste über Pflegesätze, die niemals nie so hoch sein werden, dass man diese Rahmenbedingungen jetzt gerade so weiterbestehen könnte, dann weiß ich nicht wieder, was passiert, sage ich jetzt mal. Weil dann müsste eigentlich ein längerer Durchlauf oder halt eine höhere Patientenzahl für das vorhandene Personal, ja müsste man durchziehen. Und dann verändern sich wieder die Arbeitsbedingungen“* (T5, Z. 240 ff.). Unabhängig davon wird dem Modell im Vergleich zur Regelversorgung ein spürbarer Erfolg bescheinigt: *„Dass man irgendwie sagt, du verhinderst da damit Pflegeheim oder irgendwie so für deinen Patienten. Du kannst ihn eben wieder zurück ins häusliche Umfeld bringen. Was ja auch ganz oft bei uns, bei uns geschehen ist. Also das war ja ein sehr großer Erfolg unter dem Strich“* (T8, Z. 201 ff.).

Äußerungen der Expert\*innen zum Optimierungspotenzial des GeriNoVe umfassen u.a. den Wunsch nach einer Begleitung des Nachtdienstes durch Security-Personal, welches durch die Schließung des vormals angegliederten Krankenhauses teilweise reduziert wurde und zu

Verunsicherungen der nachts tätigen Pflegekräfte im GeriNoVe führt (T8, Z. 159 ff.). Weiterhin wird eine erneute Anbindung der Versorgungseinheit an ein Krankenhaus für sinnvoll erachtet: *„Ja, also meine Idealvorstellung ist eigentlich jetzt unabhängig vom Standort eigentlich schon krankenhaushnah angebunden vom Standort. Und dann halt einer fixen Abteilung wieder als Sektion, wenn man so will, gibt es halt Sektion GeriNoVe, wo du dann halt auch Support hast, ärztlich, von mir aus auch Pflege-Pool und so weiter von, von dem Akuthaus“* (T8, Z. 207 ff.).

Die Gründe dafür liegen in erster Linie im Wunsch nach einer engeren Kooperation mit einer akutstationären Einrichtung und dem dort vorhandenen medizinischen Ressourcen: *„[...] wenn wir einen, einen fixen Partner, also so wie es der Klinikverbund X gewesen ist, sozusagen als Basis hätten, dass wir halt auch auf einen Ärzte-Pool zurückgreifen könnten und dann eben ein, ein fixes halt auch erst mal personelles und damit verbundenes zeitliches Kontingent an Ärzten hätten. Das müsste aus meiner Sicht jetzt nicht ein Geriater sein, sondern auch ein Allgemeinmediziner, der auch auf dem psychiatrischen Gebiet eben sich auskennt“* (T8, Z. 176 ff.).

### **g) Ergebnisse der schriftlichen Befragung zuweisender Haus-/ Fachärzt\*innen**

In die Befragung eingeschlossen wurden alle Fach- und Hausärzt\*innen, die bis einschließlich März 2021 Patient\*innen ins GeriNoVe überwiesen hatten. Laut Dokumentation des GeriNoVe handelte es sich dabei um insgesamt 123 Mediziner\*innen.

An der quantitativen schriftlichen Befragung nahmen 34 Haus- und Fachärzt\*innen teil, wodurch die Rücklaufquote rund 28,0 % beträgt. Jeweils 11 der befragten Haus- und Fachärzt\*innen verfügen über 11 bis 20 bzw. 21 bis 30 Jahre Berufserfahrung (32,4 %). Weitere 8 haben weniger als zehn Jahre Berufserfahrung (23,5 %); vier der Befragten verfügen hingegen über eine 31- bis 40- jährige Berufserfahrung (11,8 %).

In mehr als jedem zweiten Fall (n=19) betreiben die Haus- und Fachärzt\*innen ihre Praxis im städtischen Raum (55,9 %) und weitere 38,2 % (n=13) geben an, dass sie in einem Dorf oder einer Kleinstadt tätig sind. Mehr als zwei Drittel der Befragten (n=23) vertreten die Fachrichtung Allgemeinmedizin (67,6 %) und ein Fünftel (n=7) die Innere Medizin (20,6 %).

Den Anteil ihrer Patient\*innen im Alter von 70 Jahren und mehr schätzen die befragten Haus- und Fachärzt\*innen auf durchschnittlich 43,06 % (sd=14,98) ein. Das Minimum liegt bei 20 % geschätzter Patient\*innen über 70 Jahre; das Maximum beträgt hingegen 75 %.

#### **Zuweisung ins GeriNoVe**

Als zentrale Quellen für Informationen zur Existenz und Zielsetzungen des Modellprojektes erweisen sich für die Befragten die ihnen zugesandten Flyer sowie allgemeine Pressemitteilungen (je n=14). An zweiter Stelle folgen Empfehlungen aus dem Kolleg\*innenkreis sowie sonstige Informationsquelle (je n=7). Hierzu zählen bspw. Angehörige der GeriNoVe Patient\*innen, eine Fortbildungsveranstaltung in einem regionalen Krankenhaus sowie eine Veranstaltung zur Eröffnung des Modellprojektes, aber auch Krankenkassenmitarbeitende sowie elektronische Medien. Den dritten Rang nehmen ambulante Pflegedienste ein (n=5), gefolgt von einer Informationsveranstaltung der, das GeriNoVe tragenden, Klinik (n=4) und Patient\*innen (n=3) sowie das Internet (n=2):

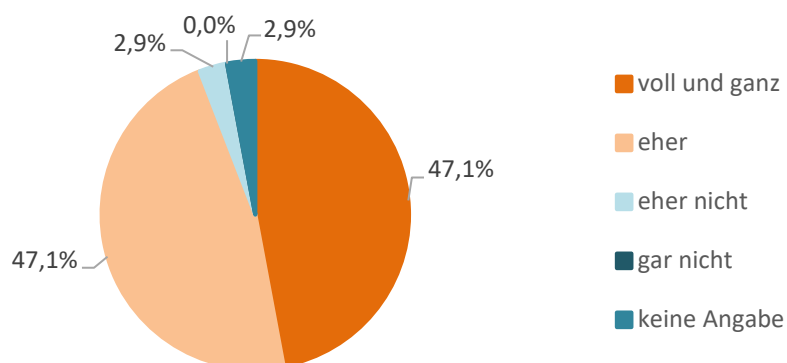
Tabelle 33: Informationsquellen der zuweisenden Haus- und Fachärzt\*innen hinsichtlich GeriNoVe (n=34)

Informationsquelle	num.	proz.
Ambulanter Pflegedienst	n=5	14,7 %
Empfehlung eines/r Kollegen*in	n=7	20,6 %
Presse	n=14	41,2 %
Informationsveranstaltung des MCB	n=4	11,8 %
Zugesandter Flyer	n=14	41,2 %
Internet	n=2	5,9 %
Information durch Patient*innen	n=3	8,8 %
Sonstiges	n=7	20,6 %

Den meisten zuweisenden Haus- und Fachärzt\*innen ist voll und ganz (n=16) oder eher (n=16) bekannt, welche Patient\*innen sie dem GeriNoVe zuweisen können. Nur eine befragte Person gibt an, dass ihr dies eher unbekannt ist:

Abbildung 14: Kenntnisgrad der Haus- und Fachärzt\*innen über Bedingungen einer Zuweisung von Patient\*innen ins GeriNoVe (n=34)

#### Kenntnis über Zuweisungsbedingungen



Quelle: eigene Darstellung

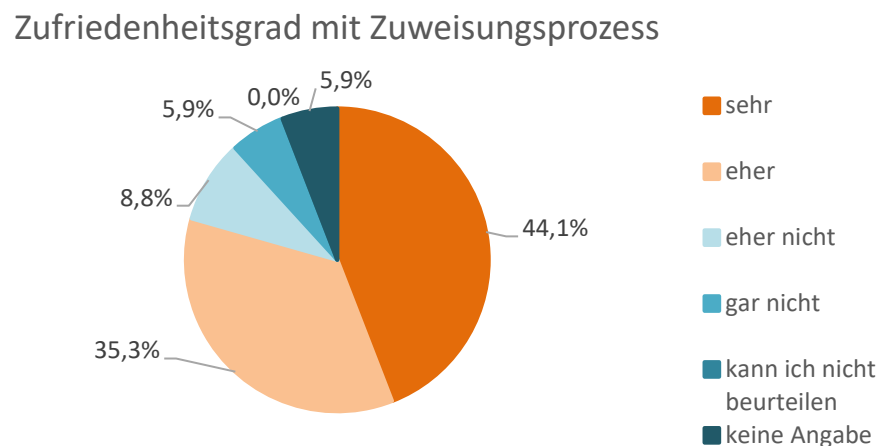
Bezüglich der Zufriedenheit mit zentralen, allgemeinen Aspekten des Modellprojektes lässt sich zunächst feststellen, dass die zuweisenden Haus- und Fachärzt\*innen mit der telefonischen Erreichbarkeit des GeriNoVe größtenteils sehr (n=16) oder eher zufrieden (n=14) sind sowie auch mit dem formalen ärztlichen Aufwand im Rahmen der Zuweisung von Patient\*innen in die neue Versorgungseinheit (n=12 sehr und n=17 eher zufrieden). Gleichfalls hohe Zufriedenheitswerte lassen sich für die vom GeriNoVe zur Verfügung gestellten

Informationen (n=16 sehr und weitere n=13 eher zufrieden) und die Wartezeit der Patient\*innen bis zur Aufnahme nachweisen (sehr zufrieden: n=18; eher zufrieden: n=13).

17 der 34 antwortenden Ärzt\*innen können hingegen die Nachvollziehbarkeit der Gründe für eine nicht erfolgte Aufnahme ihrer Patient\*innen ins GeriNoVe nicht beurteilen. Für vier Personen sind diese Gründe jedoch sehr gut und für weitere neun eher nachvollziehbar.

Mit dem Prozess der Zuweisung von Patient\*innen in die neue Versorgungseinheit insgesamt zeigen sich 15 Befragte sehr und 12 Personen eher zufrieden:

Abbildung 15: Zufriedenheitsgrad der zuweisenden Haus- und Fachärzt\*innen mit dem Zuweisungsprozess (n=34)



Quelle: eigene Darstellung

### Versorgung im GeriNoVe

Die Mehrheit der Befragungsteilnehmenden (insgesamt n=30) stimmt der Aussage zu „Die akute sozialpflegerische Notsituation meiner Patient\*innen konnte durch die Versorgung im GeriNoVe bewältigt werden“ (22 voll und ganz sowie 8 eher). Ein weitgehend ähnlicher Befund ergibt sich mit Blick auf die Erwartungen der Ärzt\*innen an die GeriNoVe Versorgung, denn in 22 Fällen wurden diese voll und ganz und in sechs Fällen eher erfüllt.

Obgleich es sich bei der neuen Versorgungseinheit um eine nurse-led-unit handelt, erachten die meisten Haus-/ Fachärzt\*innen die Präsenz einer\*s Berufskolleg\*in dabei für unabdingbar, denn 14 stimmen dieser Auffassung voll und ganz sowie weitere 13 eher zu.

Nahezu alle Befragten (n=32) sind grundsätzlich der Ansicht, dass GeriNoVe einen Mehrwert für die Versorgung alter Menschen bietet, wobei 24 von ihnen dieser Aussage vollumfänglich und acht eher zustimmen. In der darauffolgenden, offenen Frage wurden die Ärzt\*innen gebeten, diesen Benefit differenzierter zu beschreiben, wobei die zahlreichen Angaben wie folgt systematisch zusammengefasst werden können:

Das GeriNoVe ist niederschwellig verfügbar und bietet eine kurzfristige Überbrückung in einer Notsituation, wodurch Versorgungsengpässe bewältigt werden. Es wird eine Lücke zwischen akutstationärer Krankenhausbehandlung, dem Pflegeheim sowie dem Zuhause der Patient\*innen geschlossen. Dabei werden die Patient\*innen im GeriNoVe besser gepflegt und haben eine bessere Chance, nach der Versorgung wieder nach Hause entlassen zu werden. Außerdem werden Schäden durch eine unnötige Krankenhausbehandlung vermieden und Krankenhauseinweisungen mit einer sozialen Indikation reduziert. Darüber hinaus kann das

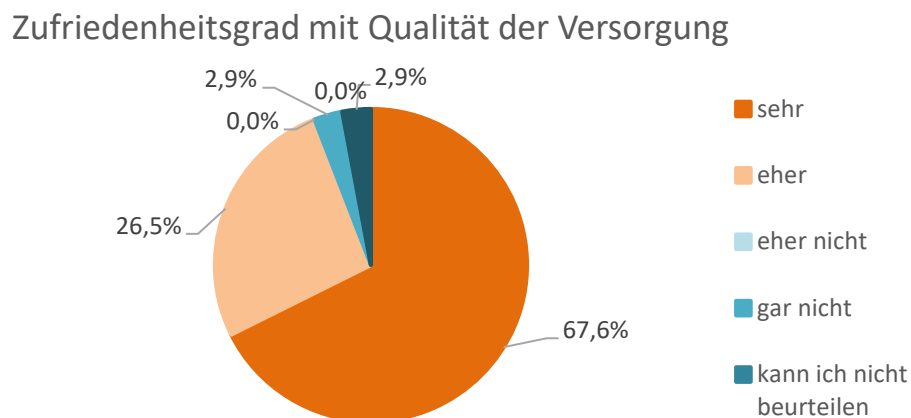
Modellprojekt zur Entlastung von Angehörigen bzw. des sozialen Umfeldes und der Hausärzt\*innen der Patient\*innen beitragen und die Möglichkeit einer kurzfristigen Zuweisung, vor allem am Freitagnachmittag, wird als sehr hilfreich erachtet sowie zudem als unkompliziert beschreiben.

Das GeriNoVe wird von den Haus- und Fachärzt\*innen auch mit einer niederschweligen, pflegerischen Rehabilitationsmöglichkeit verglichen für Patient\*innen, die sich selbst nicht versorgen können.

Hinsichtlich der Versorgung wird hervorgehoben, dass das Personal des GeriNoVe auf die die spezifischen Bedarfe und Bedürfnisse geriatrischer Patient\*innen eingestellt ist und sie daher angemessen, menschenwürdig, sensibel sowie ganzheitlich versorgt.

Infolgedessen sind nahezu alle befragten zuweisenden Haus- und Fachärzt\*innen mit der Qualität der Versorgung im GeriNoVe überaus zufrieden:

Abbildung 16: Zufriedenheitsgrad der zuweisenden Haus- und Fachärzt\*innen mit Qualität der Versorgung (n=34)



Quelle: eigene Darstellung

### Entlassung aus dem GeriNoVe

Die meisten der befragten Haus- und Fachärzt\*innen stimmen der Aussage, dass die durch das GeriNoVe organisierte Anschlussversorgung für die Patient\*innen passend ist, voll und ganz (n=16) oder eher (n=15) zu. Dass der Aufenthalt im GeriNoVe zu einer Stabilisierung der Versorgungssituation der Patient\*innen beigetragen hat, dem stimmen mehr als zwei Drittel (n=23) vollumfänglich zu und ein weiteres Fünftel (n=7) ist der Ansicht, dass diese Aussage eher stimmt. Zudem erleben fast alle Ärzt\*innen die Möglichkeit einer Zuweisung von Patient\*innen in sozialpflegerischen Notfallsituationen als Entlastung ihrer eigenen Tätigkeit (n= 24 voll und ganz sowie n=7 tendenziell eher) und die meisten von ihnen erachten den interdisziplinären Entlassbrief des GeriNoVe als (voll und ganz (n=19) bzw. eher (n=12)) hilfreich für die hausärztliche Versorgung.

Im weiteren Verlauf des Fragebogens ging es um die Bewertung spezifischer Einzelaspekte des Entlassbriefes durch die befragten, niedergelassenen Haus-/ Fachärzt\*innen. Die Ergebnisse lassen zusammenfassend zunächst eine insgesamt hohe Zufriedenheit mit allen erfragten Elementen des Entlassschreibens erkennen. Mit Abstand am zufriedensten zeigen sich die Befragten dabei mit den (sozial-)pflegerischen Empfehlungen zur weiteren Versorgung der



Patient\*innen. Demgegenüber besteht der geringste Zufriedenheitsgrad gegenüber weiteren Therapieempfehlungen im Entlassbrief sowie Änderungen der Medikamentenverordnung:

Tabelle 34: Zufriedenheitsgrad mit einzelnen Aspekten des Entlassbriefs

Zufriedenheitsgrad mit Aspekten des Entlassbriefs		Sehr	Eher	Eher nicht	Gar nicht	Trifft nicht zu	Keine Angabe	Gesamt
<b>Zeitpunkt des Eintreffens</b>	num.	n=16	n=16	n=0	n=0	n=1	n=1	n=34
	proz.	47,1 %	47,1 %	0 %	0 %	2,9 %	2,9 %	100 %
<b>Ausführlichkeit</b>	num.	n=16	n=15	n=1	n=0	n=1	n=1	n=34
	proz.	47,1 %	44,1 %	2,9 %	0,0 %	2,9 %	2,9 %	100 %
<b>Interdisziplinarität</b>	num.	n=14	n=17	n=0	n=0	n=1	n=2	n=34
	proz.	41,2 %	50,0 %	0,0 %	0,0 %	2,9 %	5,9 %	100 %
<b>Hilfsmittel-empfehlungen</b>	num.	n=14	n=17	n=0	n=0	n=2	n=1	n=34
	proz.	41,2 %	50,0 %	0,0 %	0,0 %	5,9 %	2,9 %	100 %
<b>(Sozial-)pflegerische Versorgungsempfehlungen</b>	num.	n=18	n=14	n=0	n=0	n=1	n=1	n=34
	proz.	52,9 %	41,2 %	0,0 %	0,0 %	2,9 %	2,9 %	100 %
<b>Änderung der Medikamentenverordnung</b>	num.	n=12	n=15	n=4	n=0	n=2	n=1	n=34
	proz.	35,3 %	44,1 %	11,8 %	0,0 %	5,9 %	2,9 %	100 %
<b>Weitere Therapieempfehlungen</b>	num.	n=10	n=20	n=1	n=0	n=2	n=1	n=34
	proz.	29,4 %	58,8 %	2,9 %	0,0 %	5,9 %	2,9 %	100 %
<b>Inhaltliche Qualität insgesamt</b>	num.	n=15	n=17	n=0	n=0	n=1	n=1	n=34
	proz.	44,1 %	50,0 %	0,0 %	0,0 %	2,9 %	2,9 %	100 %

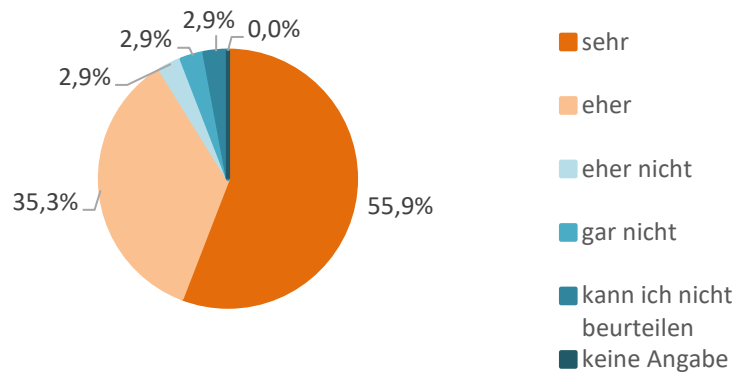
In einer anschließenden, offenen Frage bestand die Möglichkeit, ergänzende Kommentare zum Entlassbrief zu formulieren, die sich wie folgt darstellen:

Es wird betont, dass sowohl die Länge des Briefes passend als auch seine Inhalte zufriedenstellend und aussagekräftig sind, wobei hier u. a. die mitgesandte Dokumentation der geriatrischen Basis-Assessments eine wesentliche Rolle zu spielen scheinen. Zudem wird empfohlen, dass GeriNoVe sich an der weiteren Versorgung der Patient\*innen beteiligt, indem es bei der Realisierung der (sozial-)pflegerischen Anschlussbehandlung aktiv unterstützt und diese nicht nur empfiehlt.

Mit dem Management der Entlassung ihrer Patient\*innen aus dem GeriNoVe sind mehr als die Hälfte der Ärzt\*innen sehr (n=19) und weitere 12 eher zufrieden:

Abbildung 17: Zufriedenheitsgrad der zuweisenden Haus- und Fachärzt\*innen mit dem Entlassmanagement (n=34)

### Zufriedenheitsgrad mit Entlassmanagement insgesamt



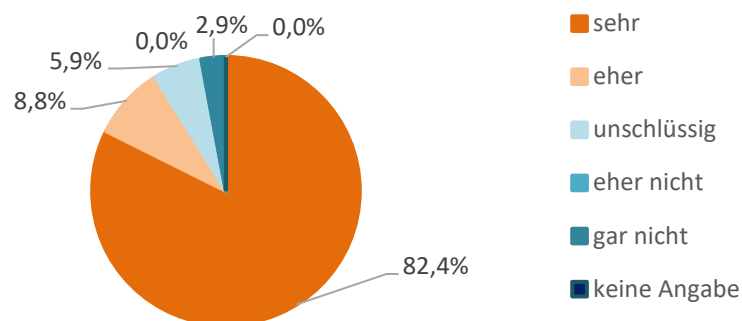
Quelle: eigene Darstellung

### GeriNoVe als Versorgungskonzept

Die meisten der zuweisenden Haus- und Fachärzt\*innen scheint das Konzept des Modellprojektes zu überzeugen, denn 28 von 34 würden mit großer Wahrscheinlichkeit bei Bedarf erneut Patient\*innen ins GeriNoVe überweisen:

Abbildung 18: Wahrscheinlichkeit der erneuten Zuweisung von Patient\*innen (n=34)

### Wahrscheinlichkeit der erneuten Zuweisung von Patient\*innen



Quelle: eigene Darstellung

Weiterführend wurden die Befragten gebeten, das Potenzial des neuen Modellprojektes entlang ausgewählter Versorgungsaspekte einzuschätzen. Die höchsten Zustimmungswerte der vorgegebenen Aussagen erzielten dabei die Annahmen, dass GeriNoVe geeignet ist, Drehtüreffekte in der akutstationären Krankenhausversorgung zu vermeiden sowie die pflegerische Anschlussversorgung bedarfsgerecht zu organisieren (jeweils vollumfängliche Zustimmung im Umfang von n=24). Mehr als zwei Drittel der Antwortenden (n=23) gehen voll und ganz davon aus, dass durch das Modellprojekt unnötige Krankenseinweisungen reduziert werden können (n=23) und fast ebenso viele stimmen der Aussage voll und ganz zu, dass durch GeriNoVe im sozialpflegerischen Notfall Versorgungskosten im Vergleich zu einer

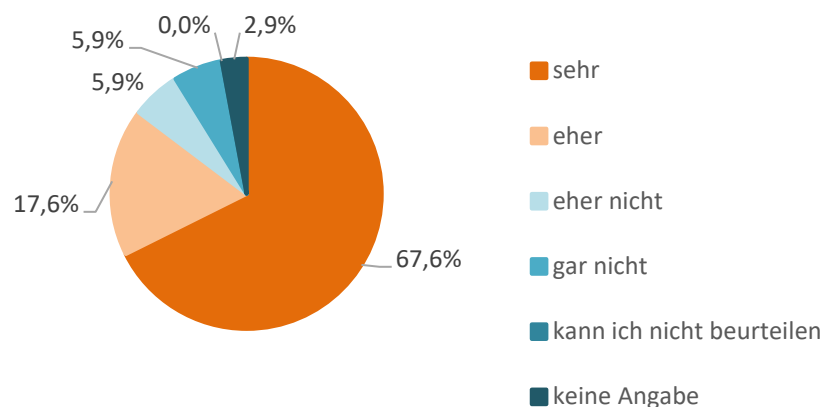
Krankenhausbehandlung gesenkt werden können (n=22). 21 der 34 teilnehmenden niedergelassenen Mediziner\*innen halten es zudem für möglich, dass GeriNoVe das Potenzial besitzt, durch sektorenübergreifendes Arbeiten Versorgungsabbrüche der geriatrischen Patient\*innen zu vermeiden und stimmen auch dieser Aussage uneingeschränkt zu. Als deutlich geringer werden hingegen die Möglichkeiten eingeschätzt, durch das Modellprojekt Rehabilitationsbedarfe der behandelten alten Frauen und Männer aufzuzeigen: 12 Personen betrachten dies als vollumfänglich sowie weitere 15 als eher gegeben und für sechs Befragte ist dies eher nicht der Fall.

Die Frage danach, welche weiteren, ggf. bislang ungedeckten Bedarfe der geriatrischen Versorgung das GeriNoVe ergänzend adressieren sollte, war freitextlich zu beantworten. In diesem Kontext wird erstens vorgeschlagen, die Altersbegrenzung für eine Behandlung im GeriNoVe aufzuheben und es auch für jüngere Personen zu öffnen, da diese ebenfalls in eine sozialpflegerische Notfallsituation geraten könnten und bspw. im Fall von demenziellen Veränderungen, mit Ausnahme des Lebensalters, häufig dem Profil geriatrischer Patient\*innen entsprechen. Zweitens wird dafür plädiert, die Verweildauer im GeriNoVe zu verlängern bspw. auf 14 Tage, weil es u. a. an Kurzzeitpflegeplätzen in der Region fehle. Hierbei könnte es sich dann auch um eine Überbrückungspflege bei akuter Pflegebedürftigkeit handeln, bis ein Pflegeplatz gefunden ist. Drittens schließlich sollten die Zeiten für Zuweisungen von Patient\*innen auf das Wochenende sowie die Nacht ausgeweitet werden im Sinne einer 24-stündigen Erreichbarkeit der Versorgungseinheit.

Unabhängig von den o. g. Vorschlägen zur Verbesserung des Versorgungsangebotes im GeriNoVe, sind 23 der Befragten mit seinen Leistungen insgesamt sehr und weitere sechs Personen eher zufrieden:

Abbildung 19: Zufriedenheitsgrad der zuweisenden Haus- und Fachärzt\*innen mit Leistungen des GeriNoVe insgesamt (n=34)

#### Zufriedenheitsgrad mit Leistungen des GeriNoVe insgesamt



Quelle: eigene Darstellung

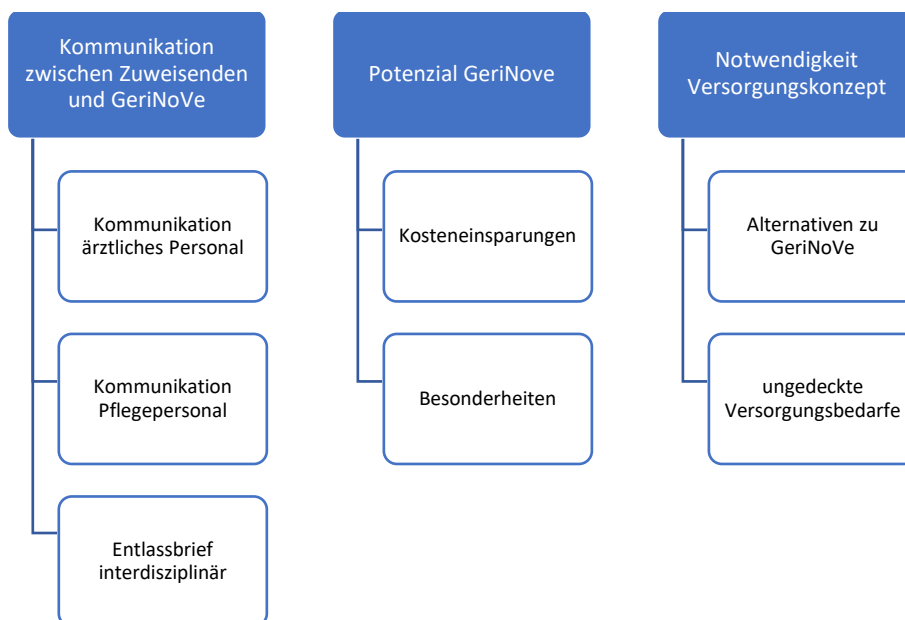
#### h) Ergebnisse der qualitativen Interviews mit zuweisenden Haus-/ Fachärzt\*innen

Die Interviews wurden mit Fach- und Hausärzt\*innen geführt, die bis einschließlich März 2021 ein- oder mehrmals Patient\*innen in das GeriNoVe überwiesen hatten (Grundgesamtheit: n=123) und im Rahmen der schriftlichen Befragung in die Interviewteilnahme einwilligen konnten. Davon machten zunächst 11 der 34 an der schriftlichen Erhebung Teilnehmenden

gebrauch, wobei schlussendlich sieben Interviews realisiert werden konnten. In vier Fällen kam, trotz genereller Bereitschaft, aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen der Proband\*innen kein Interview zustande.

Bei den Befragten handelt es sich um fünf Männer sowie zwei Frauen mit insgesamt langjähriger beruflicher Erfahrung. Sie umfasst bei jeweils zwei Befragten zwischen 29 und 30 bzw. 16 Jahre. Weitere drei Ärzt\*innen verfügen über 7 bis 8 Jahre an Berufserfahrung. Vier Praxen befinden sich in einer Stadt und drei im ländlichen Raum, wobei alle allgemeinmedizinisch ausgerichtet sind. Den Anteil ihrer Patient\*innen über 70 Jahre schätzen die Haus- und Fachärzt\*innen auf durchschnittlich 32,8 % ein. Sechs der Befragten geben einen Anteil zwischen 25 und 30 % an, wobei das Minimum bei 25 % geschätzten Patient\*innen über 70 Jahre liegt und das Maximum 60 % beträgt.

Abbildung 20: Kategoriensystem zur Auswertung der qualitativen Befragung der Ärzt\*innen (n=7)



### Kommunikation zwischen den zuweisenden Haus-/ Fachärzt\*innen und dem GeriNoVe

Die Kommunikation zwischen Zuweisenden und dem GeriNoVe wird insgesamt als positiv beurteilt. Ein\*e Befragte\*r gibt diesbezüglich an, dass die Kommunikation nett sei und es eine Erleichterung wäre, dass GeriNoVe bereit ist, Patient\*innen schnell aufzunehmen. Bei anderen Einrichtungen gäbe es vier Wochen Wartezeit (T1, Z. 9). Für eine\*n anderen Arzt\*Ärztin ist wichtig, dass es „*einfach einen kompetenten Ansprechpartner*“ (T6, Z. 40) gibt, der\*die den Sachverhalt versteht. Wer genau diese Ansprechperson letztlich ist, sei dann nachrangig (T6, Z. 40).

Die Kommunikation mit dem ärztlichen Personal findet einer Aussage zufolge v. a. bei der Abklärung statt, welche Diagnostik, Therapie bzw. Behandlung das GeriNoVe übernehmen kann und welche nicht (T1, Z. 5 ff.). Eine weitere Person hält die direkte Kommunikation mit ärztlichen Ansprechpartner\*innen im GeriNoVe dann für sinnvoll, wenn es sich um komplexere Fälle handelt, in denen sich die Übergabe an das Pflegepersonal eher schwierig gestaltet (T3, Z. 14). Dies betrifft insbesondere medizinische und psychische sowie palliative Fragestellungen. In einem anderen Fall wird mit dem ärztlichen Personal v. a. über die Einweisung von Patient\*innen gesprochen (T5, Z. 6 ff.), wobei auch hier insbesondere spezifische, medizinische Aspekte wie bspw. Krebserkrankungen genannt werden.

Allerdings benötigen nicht alle Befragten zwingend eine ärztliche Ansprechperson im GeriNoVe (T2, Z. 7 f.; T6, Z. 46). So wird in mehreren Interviews berichtet, dass alle wesentlichen Punkte mit dem Pflegepersonal besprochen und geklärt werden konnten (T4, Z. 9 ff.), weil dieses u. a. kompetent (T3, Z. 16 ff.) sowie gut geschult sei und es sich um eine überschaubare Gruppe handle. Von daher könnten auch die Medikation und Therapiemöglichkeiten in einem guten Austausch auf Augenhöhe diskutiert werden (T1, Z. 11 ff.). Ferner wird betont, dass mit den Pflegefachpersonen insbesondere die pflegerische Versorgung (T2, Z. 10) sowie spezifisch pflegerrelevante Themen wie Hautpflege, künstlicher Darmausgang oder Urinableitung (T6, Z. 52) gut besprochen werden können. Darüber hinaus werden Gespräche mit den Pflegenden v. a. mit Blick auf die Verweildauer im GeriNoVe, die Organisation der Anschlussversorgung und soziale Themen für wichtig erachtet (T5, Z. 8; T7, Z. 18 ff.).

### **Interdisziplinärer Entlassbrief**

Ähnlich, wie bereits aus den Befunden der quantitativen Befragung der zuweisenden, niedergelassenen Ärzt\*innen ersichtlich wurde, charakterisieren auch mehrere Interviewte den Entlassbrief als Benefit für die hausärztliche Versorgung. Demzufolge enthält er wichtige, hilfreiche, interdisziplinäre, fachliche und v. a. umfangreiche Informationen über Patient\*innen und ihre Behandlung bzw. deren Verlauf inkl. sozialarbeiterischer Ergänzungen. Dies wiederum hilft einzelnen Befragten, die Situation der Patient\*innen besser zu verstehen (T1, Z. 16 ff.). In zwei Fällen besteht der Mehrwert des Entlassbriefs in den geriatrischen Assessments, die durchgeführt und deren Ergebnisse dort dokumentiert sind (B2, T2, Z. 14; T6, Z. 66). Weitere positive Bewertungen des Dokumentes beziehen sich auf seine Ausführlichkeit, die sehr gut erkennen lässt, welche Maßnahmen während des GeriNoVe Aufenthaltes verwirklicht wurden. Hierbei wird insbesondere die Mobilisation, der psychische Zustand, die Schmerztherapie, Alltagsbewältigung und die anschließende Sozialversorgung genannt. Entlassbriefe von Krankenhäusern seien auf medizinische Diagnosen fokussiert und würden auf diese Aspekte weniger eingehen (T5, Z. 11 ff.).

Demgegenüber lässt der Vergleich zwischen dem Entlassbrief aus dem GeriNoVe und entsprechenden Dokumenten aus Krankenhäusern jedoch in 2 der 7 Interviews keine Unterschiede erkennen: *„diese Briefe fand ich jetzt nicht überdurchschnittlich im Vergleich zum normalen Entlassbrief aus dem Krankenhaus.“* (B3, T3, Z. 26; T7, Z. 26). Zusätzlich dazu, erachtet ein\*e Befragte\*r Entlassbriefe per se für unwichtig (T4, Z. 16).

### **Potenziale des GeriNoVe**

Vertiefend zur schriftlichen Befragung, wurde in den Interviews darum gebeten, falls zutreffend, mögliche Potenziale des GeriNoVe näher zu beschreiben, die geeignet sind, die Versorgungssituation älterer Menschen im deutschen Gesundheitssystem zu verbessern.

Den Äußerungen folgend, bietet das Modellprojekt vorrangig eine schnelle und angemessene Versorgung in einer Notsituation (T1, Z. 20 ff.; T3, Z. 28), *„[w]eil es etwas ist, eine Hilfe ist, die zeitnah erfolgen kann“* (T3, Z. 28). Darüber hinaus scheint GeriNoVe geeignet, eine Lücke in der Versorgung seiner Zielgruppe zu schließen (T2, Z. 16 ff.; T5, Z.22; T7, Z. 30 ff.), denn *„[d]as ist ja letztendlich eine Sache die, die braucht man immer wieder. Zwar nicht ständig, aber wenn der Fall auftritt, dann ist es ganz schwierig, wenn man nicht so eine Institution zur Verfügung hat. Also ich finde es unglaublich entlastend, weil man da wirklich diese Lücke geschlossen hat“* (T5, Z. 22). Des Weiteren wird die große Bedeutung des Projektes für jene Patient\*innen betont, die kurzfristig erhebliche Versorgungsprobleme haben sowie in einer Entlastung von Krankenhäusern gesehen, da es zu einer Reduzierung der Einweisungen dorthin kommen kann oder in einer Überbrückung bis zur Übersiedelung in eine Einrichtung der stationären Langzeitpflege (T2, Z. 16 ff.). Für eine andere befragte Person besitzt das GeriNoVe überdies eine wichtige Koordinationsfunktion (T6, Z. 82).

Bis auf zwei Ausnahmen, sind die Befragten der Ansicht, dass GeriNoVe Kosten zu einer Kostenreduzierung im Gesundheitswesen beitragen kann (T1, Z. 26; T2, Z. 22; T3, Z. 30; T5, Z. 24 ff.; T7, Z. 36 ff.) und begründen dies in erster Linie damit, dass, ihrer Einschätzung nach, eine Großteil der Patient\*innen ohne das Modellprojekt im Krankenhaus stationär versorgt worden wäre (T2, Z. 22; T3, Z. 30; T5, Z. 24 ff.; T7, Z. 36 ff.): „*ist dann halt tatsächlich schlussendlich eine stationäre Versorgung im Krankenhaus, was extrem teuer ist (I: Ja). Also das macht ja überhaupt keinen Sinn, das (I: GeriNoVe) jetzt irgendwie finanziell eintrocknen zu lassen (I: Ja). Dann wird es halt woanders ausgegeben das Geld.*“ (T5, Z. 38). Zwei der Befragten äußern sich hingegen nicht zur gesundheitsökonomischen Dimension des GeriNoVe und geben an, diese nicht beurteilen bzw. überblicken zu können (T4, Z. 32 ff.; T6, Z. 86).

### **Alternativen zu GeriNoVe**

Die abschließende Interviewfrage lautete: „Stellen Sie sich vor es ist bereits Anfang Oktober diesen Jahres. Die Finanzierung für das Modellprojekt GeriNoVe ist ausgelaufen. Der\*die Patient\*in, den\*die Sie bereits einmal dem GeriNoVe zugewiesen haben, befindet sich wieder der gleichen sozial-pflegerischen Notsituation. Welche Alternativen sehen Sie zu einer Einweisung ins GeriNoVe?“

Die Antworten auf diese Frage verweisen zum einen auf deutliche Versorgungsengpässe und -lücken für die Zielgruppe des GeriNoVe (in der Region) mit teils gravierenden Folgen: „*Stationäre Behandlung im Krankenhaus oder die Angehörigen haben Glück und kriegen einen Kurzzeitpflegeplatz (I: mhm). Man kriegt ja da sonst keine, wo sollten sie ihn sonst hinbringen, gell?*“ (T5, Z. 28 ff.), wobei ein stationärer Krankenhausaufenthalt laut von dieser/m Befragten sehr ist (T5, Z. 38); zugleich aber in zwei weiteren Gesprächen als einzig mögliche Alternative dargestellt wird (T3, Z. 34; T4, Z. 18 ff.; T5, Z. 28 ff.). Zum anderen wird jedoch auch darauf verwiesen, dass ein Krankenhausaufenthalt einer Fehlversorgung gleichkäme (T1, Z. 28 ff.), da hier die Bedarfe der Patient\*innen nicht adäquat gedeckt werden können und eine solche Versorgung dann unverhältnismäßig kostspielig ausfällt (T6, Z. 94). Für die Hälfte der Befragten stellt die Kurzzeitpflege eine mögliche Alternative zur Versorgung im GeriNoVe dar (T2, Z. 22; T4, Z. 18 ff.; T5, Z. 28 ff.; T7, Z. 42 ff.), wobei erneut der Hinweis auf einen Mangel an entsprechenden Kapazitäten erfolgt (T7, Z. 42 ff.). An der stationären Langzeitpflege als alternative Versorgungsoption wird kritisiert, dass hier durchgängige medizinische Behandlungsmöglichkeiten fehlen (T5, Z. 64).

Schlussendlich problematisieren einige der Interviewten, den Umstand, dass durch eine nicht angemessene bzw. Fehlversorgung der GeriNoVe Zielgruppe (bspw. im Krankenhaus) auch ihre anschließende Versorgung gefährdet sein könnte, weil diese im Rahmen eines akutstationären Aufenthaltes oftmals nicht hinreichend abgeklärt wird (T2, Z. 24; T3, Z. 38).

### **i) Ergebnisse der Analyse der GeriNoVe Pflegedokumentation**

Diese evaluierende Auswertung 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 gliedert 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 (BWKG 2021)
- Barthel-Index: Überprüfung der Alltagskompetenz

- 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 zudem 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).

### Personenbezogene Angaben

Etwa zwei Drittel der Patient\*innen sind weiblich (64,7 %). Das Durchschnittsalter liegt bei 84,54 (sd=6,815) Jahren, wobei der/ die jüngste Patient\*in 54-; der/ die älteste 104 Jahre alt ist. Zudem sind die meisten Patient\*innen verwitwet (34,0 %) oder verheiratet (31,1 %).

Tabelle 35: Personenbezogene Angaben der Patient\*innen (n=592)

Familienstand	num.	proz.
Ledig	n=49	8,3 %
Verwitwet	n=201	34,0 %
Verheiratet	n=184	31,1 %
Geschieden/ getrennt lebend	n=25	4,2 %
Mit Partner*in lebend	n=8	1,4 %

<b>Unbekannt/ fehlend</b>	n=125	21,2 %
<b>Gesamt</b>	n= 592	100 %

Bei der Mehrheit der im GeriNoVe versorgten Personen handelt es sich um Pflegebedürftige in Sinne des SGB XI, denn fast ein Viertel weisen eine Pflegeabhängigkeit in Form des Pflegegrades 3 auf und weitere 15,4 % den Pflegegrad 2:

Tabelle 36: Grad der Pflegeabhängigkeit der Patient\*innen nach SGB XI (n=592)

<b>Pflegegrad</b>	<b>num.</b>	<b>proz.</b>
<b>Kein Pflegegrad, kein Antrag gestellt</b>	n=43	7,3 %
<b>Kein Pflegegrad, Erstantrag gestellt</b>	n=82	13,9 %
<b>Kein Pflegegrad, Antrag abgelehnt</b>	n=3	0,5 %
<b>Kein Pflegegrad, Antrag erneut gestellt</b>	n=7	1,2 %
<b>Pflegegrad 1</b>	n=12	2,0 %
<b>Pflegegrad 2</b>	n=91	15,4 %
<b>Pflegegrad 3</b>	n=142	24,0 %
<b>Pflegegrad 4</b>	n=64	10,8 %
<b>Pflegegrad 5</b>	n=10	1,7 %
<b>Höherstufung des jeweiligen Pflegegrads beantragt</b>	n=124	21,0 %
<b>Schnelleinstufung</b>	n=1	0,2 %
<b>Fehlend</b>	n=3	0,5 %
<b>Gesamt</b>	n=592	100 %

Darüber hinaus handelt es sich zu 19,6 % um Menschen mit einer Schwerbehinderung sowie zu 5,1 % um Personen mit einer gesetzlichen Betreuung. Vor diesem Hintergrund verfügt die überwiegende Mehrheit von ihnen über eine Vorsorgevollmacht (72,0 %) und 60,3 % auch über eine Patient\*innenverfügung. Mit Blick auf das Phänomen der Polypharmazie im hohen Lebensalter zeigt sich, dass die GeriNoVe Patient\*innen durchschnittlich 5,95 (sd=4,261) Medikamente einnehmen, wobei das Maximum bei 19 Medikamenten liegt.

### **Zuweisung**

Die Zuweisung der Patient\*innen erfolgte mehrheitlich entweder durch die hausärztliche Praxis (45,6 %) oder die Notaufnahme eines Krankenhauses (48,1 %) und fanden überwiegend wochentags statt.



Tabelle 37: Zuweisende Versorgungsinstanzen (n=592)

Woher kommt Patient*in direkt	num.	proz.
Hausarzt*ärztin & niedergelassene*r Arzt*Ärztin	n=270	45,6 %
Pflegedienst	n=23	3,9 %
Rettungsdienst	n=14	2,4 %
Krankenhausnotaufnahmen	n=285	48,1 %
<b>Gesamt</b>	<b>n=592</b>	<b>100 %</b>

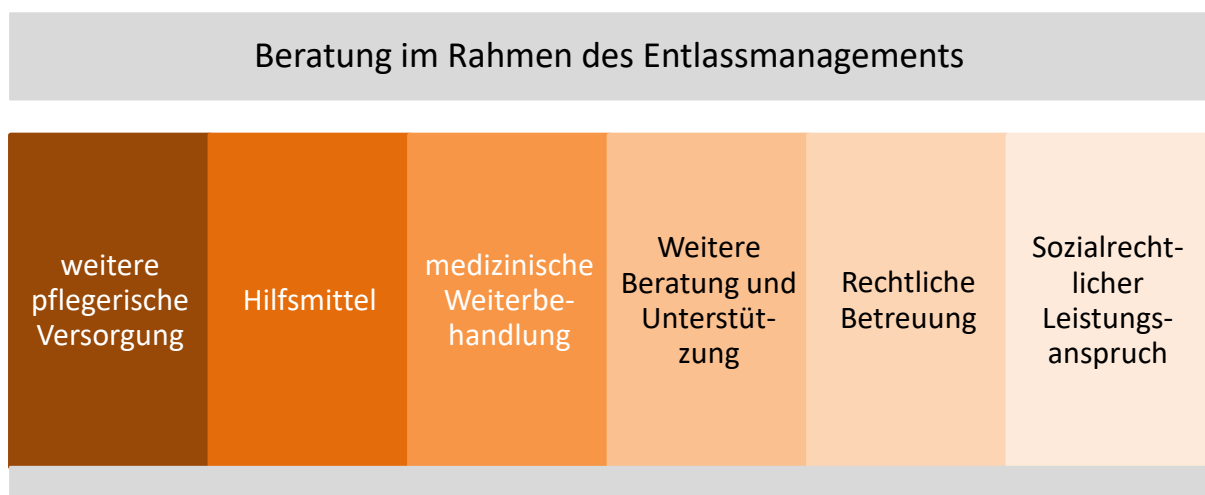
### Versorgung

Den Daten der Pflegedokumentation zur Folge hielten sich die Patient\*innen durchschnittlich 6,48 Tagen (sd=3) im GeriNoVe auf. Die kürzeste Verweildauer eines\*r Patient\*in liegt bei einem Tag, die längste Aufenthaltsdauer hingegen bei 32 Tagen. Für 219 der im GeriNoVe Versorgten liegen Angaben zu den Gründen eines längeren Aufenthaltes vor. Demnach handelt es sich dabei vorrangig um fehlende Plätze in der Kurzzeit- sowie stationären Langzeitpflege.

### Entlassung

Für die Beratung im Rahmen des Entlassmanagements lassen sich sechs Schwerpunkte identifizieren:

Abbildung 21: Themen der Beratung im Rahmen des Entlassmanagements



Quelle: eigene Darstellung

Hinsichtlich der Gestaltung des nachfolgenden pflegerischen Versorgungssettings werden in den Beratungsgesprächen verschiedene Optionen aufgezeigt. So geht es dabei sowohl um Möglichkeiten der Kurzzeit- als auch der stationären Langzeitpflege als auch um Möglichkeiten der pflegerischen Versorgung in der eigenen Häuslichkeit mit Hilfe professioneller (z. B. ambulanter Pflegedienst) sowie informeller Hilfen (z. B. 24h-Kraft, Nachbarschaftshilfe, hauswirtschaftliche Hilfe).

Bei der Beratung zur (medizinischen) Weiterbehandlung stehen vor allem physiotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten im Vordergrund sowie Maßnahmen zur Abklärung einer demenziellen Erkrankung oder Behandlung von Depression oder Suchterkrankungen. Darüber hinaus spielen Fragen zur Versorgung nach SGB XI im Rahmen der Beratungen eine erwartungsgemäß große Rolle.

### Kontaktaufnahmen im Zuge der Versorgung bzw. Entlassung

Die dazu in der Pflegedokumentation hinterlegten Daten lassen erkennen, dass in diesem Kontext Angehörigen eine große Bedeutung zukommt, denn in 71,8 % hatte das GeriNoVe Kontakt zu ihnen. Ferner erfolgte bei mehr als der Hälfte der Patient\*innen (55,6 %) eine Kontaktaufnahme zu nachsorgenden Einrichtungen (ambulante Dienste, Heime usw.) seitens des GeriNoVe.

### Entlassziele

Im Hinblick auf die Entlassziele zeigen sich verschiedene Szenarien hinsichtlich des nachversorgenden Versorgungssettings in der Pflegedokumentation:

Abbildung 22: Optionen zur Versorgung im Anschluss an den GeriNoVe Aufenthalt



Quelle: eigene Darstellung

Unabhängig von diesen, als sinnvoll erachteten, individuellen Bedarfen der anschließenden Versorgung, hat auch GeriNoVe mit den allseits bekannten Versorgungsengpässen zu kämpfen, denn durchschnittlich musste bspw. ein ambulanter Pflegedienst im Zuge der Organisation der Weiterversorgung der Patient\*inne 0,21 Mal (sd=1,325) Mal kontaktiert werden, wobei das Maximum 23 Kontaktversuche seitens des GeriNoVe waren. Bei

Einrichtungen der Kurzzeitpflege waren hingegen im Mittel 3,17 Kontakte notwendig (sd=8,357) Mal mit einem Höchstwert von 60 Anrufen.

## Ergebnisse der Assessments

### Geriatricheck

Etwas mehr als die Hälfte (52,4 %) der Patient\*innen erfüllen das Kriterium des Alters im Rahmen des Geriatrichecks nicht. Zudem ist bei den meisten Patient\*innen (n=355; 60,0 %) keine Demenz bekannt.

Die durchschnittliche Summe des ersten Teils des Geriatrichecks liegt bei 1,31 (sd=0,866). Das Minimum liegt bei 0, das Maximum bei 3. Die Wahrscheinlichkeit, dass es sich um eine/n geriatricheck\*n Patient\*in handelt (Summenwert  $\geq 1$ ), ist bei 80,1 % der Patient\*innen (n=474) gegeben.

Die meisten Patient\*innen (80,9 %) sind in ihrer Mobilität sowie in ihrer Selbständigkeit (78,5 %) beeinträchtigt sowie etwa zur Hälfte im Bereich der Kognition (45,1 %). Laut der Pflegedokumentation haben gut ein Viertel der zu Pflegenden im GeriNoVe psychische Probleme (27,5 %). Ferner wurden 43,1 % der Patient\*innen in den letzten zwölf Monaten zwei oder mehrmals im Krankenhaus behandelt.

Die durchschnittliche Summe des zweiten Teils des Geriatrichecks liegt bei 2,74 (sd=1,353). Das Minimum liegt bei 0, das Maximum bei 5. Die Wahrscheinlichkeit, dass es sich um eine\*n geriatricheck\*n Patient\*in handelt (Summenwert  $\geq 2$ ), ist bei 85,1 % der Patient\*innen (n=504) gegeben.

Tabelle 38: Ergebnisse des Geriatrichecks Teil B

Geriatricheck Teil B	Ja		Nein		Keine Angabe	
	num.	proz.	num.	proz.	num.	proz.
<b>Mobilität</b>	n=479	80,9 %	n=53	9,0 %	n=60	10,1 %
<b>Selbständigkeit</b>	n=465	78,5 %	n=74	12,5 %	n=53	9,0 %
<b>Kognition</b>	n=267	45,1 %	n=262	44,3 %	n=63	10,6 %
<b>Psyche</b>	n=163	27,5 %	n=366	61,8 %	n=63	10,6 %
<b>Krankenhausaufenthalte (<math>\geq 2</math> Krankenhausaufenthalte in den letzten 12 Monaten)</b>	n=255	43,1 %	n=261	44,1 %	n=76	12,8 %

### Barthel- Index

Bei der Aufnahme liegt der Barthel-Index durchschnittlich bei 48,28 Punkten (sd=21,458). Das Minimum beträgt 0; das Maximum hingegen 100 Punkten. Bei der Entlassung liegt der Barthel-Index durchschnittlich bei 60,17 Punkten (sd=27,108).

Vergleicht man die Werte des Barthel-Index bei Aufnahme (mean=48,28; sd=21,458) und Entlassung (mean=60,17; sd=27,108) (t-Test für abhängige Stichproben, ungerichtet,

Signifikanzniveau=0,05) zeigt sich ein p-Wert von  $p < 0,001$ ;  $t(591) = -13,869$ ;  $d = 0,57$ ;  $\text{power} = 1$ . Somit kann konstatiert werden, dass sich die Mittelwerte des Barthel-Index von Aufnahme und Entlassung signifikant unterscheiden.

### LACHS-Screening

Der Summenwert dieses Screenings liegt durchschnittlich bei 7,12 (sd= 2,348) mit einem Minimum von 0 und einem Maximum von 13.

Tabelle 39: Ergebnisse des Lachs-Screenings

LACHS	Normal		Pathologisch		Keine/ fehlende Angabe	
	num.	proz.	num.	proz.	num.	proz.
Sehen	n=442	74,7 %	n=135	22,8 %	n=15	2,5 %
Hören	n=292	49,3 %	n= 285	48,1 %	n=15	2,6 %
Arme	n=449	75,8%	n=128	21,6 %	n=15	2,6 %
Beine	n=274	46,3%	n=307	51,9 %	n=11	1,8 %
Urinkontinenz	n=254	42,9 %	n=326	55,1 %	n=12	2,0 %
Stuhkontinenz	n=465	78,5 %	n=115	19,4 %	n=12	2,0 %
Ernährung	n=487	82,3 %	n=92	15,5 %	n=13	2,2 %
Kognition	n=195	32,9 %	n=380	64,2 %	n=17	2,8 %
Aktivität	n=82	13,9 %	n=498	84,1 %	n=12	2,0 %
Depression	n=365	61,7 %	n=207	35,0 %	n=20	3,3 %
Unterstützung	n=299	50,5 %	n=276	46,6 %	n=17	2,8 %
Krankenhaus- aufenthalte	n=247	41,7 %	n=327	55,2 %	n=18	3,0 %
Stürze	n=164	27,7 %	n=412	69,6 %	n=16	2,7 %
Medikamente	n=219	37,0 %	n=360	60,8 %	n=13	2,2 %
Schmerzen	n=230	38,9 %	n=344	58,1 %	n=18	3,0 %

### MMSE (Mini-Mental Status Test)

Bei 207 Patient\*innen wurde ein Mini-Mental Status Test durchgeführt, der zusammenfassend zu folgenden Ergebnissen führte und zeigt, dass die meisten Patient\*innen, bei denen dieser Test erfolgte, eine leichte oder mittelschwere Demenz vom Typ Alzheimer haben:

Tabelle 40: Ergebnisse des MMSE (n=592)

MMSE	num.	proz.
------	------	-------

<b>Keine Demenz (27-30 Punkte)</b>	n=56	9,4 %
<b>Leichte Alzheimer-Demenz (20-26 Punkte)</b>	n=72	12,1 %
<b>Mittelschwere Alzheimer-Demenz (10-19 Punkte)</b>	n=68	11,6 %
<b>Schwere Alzheimer-Demenz (&lt; 10 Punkte)</b>	n=10	1,7 %
<b>Fehlend/ nicht durchgeführt</b>	n=396	66,9 %
<b>Gesamt</b>	n=592	100 %

### GDS (Geriatrische Depressionsskala)

Die Geriatrische Depressionsskala wurde bei 106 Patient\*innen erhoben. Von diesen Patient\*innen haben die meisten eine leichte bis mäßige Depression (7,9 %) oder sind unauffällig (6,1 %). Lediglich 4,1 % der Patient\*innen sind als schwer depressiv einzustufen:

Tabelle 41: Ergebnisse der Geriatrischen Depressionsskala (n=592)

<b>GDS</b>	<b>num.</b>	<b>proz.</b>
<b>Unauffällig (0-5 Punkte)</b>	n=36	6,1 %
<b>Leichte bis mäßige Depression (5-10 Punkte)</b>	n=46	7,9 %
<b>Schwere Depression (10-15 Punkte)</b>	n=24	4,1 %
<b>Fehlend/ nicht durchgeführt</b>	n=486	82,1 %
<b>Gesamt</b>	n=592	100 %

### TUG (Timed „Up and Go“)

Für 244 Personen 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 Personen liegen Werte zum TUG zum Zeitpunkt der Entlassung aus GeriNoVe 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 (35,1%) und Hilfestufe 2 (31,8 %) zuzuordnen. Der Median bei der Aufnahme liegt bei 2. Bei der Entlassung sind hingegen über die Hälfte der Patient\*innen (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 ( $p < 0,01$ ;  $Z = -15,941$ ;  $r = 0,7$ ,  $n = 527$ ).

Tabelle 42: Ergebnisse der Esslinger Transferskala bei Aufnahme und Entlassung (n=592)

Esslinger Transferskala	Bei Aufnahme		Bei Entlassung	
	num.	proz.	num.	proz.
<b>Hilfestufe 0</b> <i>(keine personelle Hilfe erforderlich)</i>	n=97	16,4 %	n=303	51,2 %
<b>Hilfestufe 1</b> <i>(spontane, ungeschulte Laienhilfe ist ausreichend)</i>	n=208	35,1 %	n=149	23,5 %
<b>Hilfestufe 2</b> <i>(geschulte Laienhilfe ist erforderlich und ausreichend)</i>	n=188	31,8 %	n=52	8,8 %
<b>Hilfestufe 3</b> <i>(ein Helfer professionellen Standards ist erforderlich)</i>	n=72	12,2 %	n=24	4,1 %
<b>Hilfestufe 4</b> <i>(ein professioneller Helfer ist nicht ausreichend)</i>	n=21	3,5 %	n=9	1,5 %
<b>Fehlend/ keine Angabe</b>	n=6	1,0 %	n=65	11,0 %
<b>Gesamt</b>	n=592	100 %	n=592	100 %

### Uhrentest

Bei den meisten Patient\*innen, bei denen der Uhrentest durchgeführt wurde, liegen mittelgradige (6,8 %) oder schwere (5,9 %) visuell-räumliche Orientierungsprobleme vor, wobei die überwiegende Mehrheit der Patient\*innen nicht damit konfrontiert wurden, weil sie keine diesbezüglichen Auffälligkeiten zeigten.

Tabelle 43: Ergebnisse des Uhrentests (n=592)

Uhrentest	num.	proz.
<b>Perfekt, keine Anzeichen für eine Demenz vorhanden (1)</b>	n=14	2,4 %

<b>Leichte visuell-räumliche Fehler</b>	n=20	3,4 %
<b>Fehlerhafte Uhrzeit trotz richtiger Uhr</b>	n=30	5,1 %
<b>Mittelgradige visuell-räumliche Orientierungsprobleme</b>	n=40	6,8 %
<b>Schwere visuell-räumliche Orientierungsprobleme</b>	n=35	5,9 %
<b>Keine Uhr dargestellt (6)</b>	n=18	3,0 %
<b>Fehlend/ keine Angabe</b>	n=435	73,5 %
<b>Gesamt</b>	n= 592	100 %

### (Pflegerische) Versorgungssituation

#### **Wohnsituation vor und nach GeriNoVe Aufenthalt**

Die meisten Patient\*innen (22,8 %) wohnen vor der Aufnahme in das GeriNoVe in einem Einpersonenhaushalt und erhalten familiäre und professionelle Hilfe, gefolgt von Personen, die in einem Mehrpersonenhaushalt leben und entsprechende Hilfe erhalten (17,6 %). Weitere 16,6 % der Patient\*innen wohnen in einem Einpersonenhaushalt und erhalten ausschließlich familiäre Hilfe; in Mehrpersonenhaushalten mit familiärer Unterstützung sind es 15,4 %. Nach dem GeriNoVe-Aufenthalt leben 26,4 % der ehemaligen Patient\*innen in einem Altenpflegeheim und 15,7 % in einem Einpersonenhaushalt mit familiärer und professioneller Hilfe.

#### **Hilfsmittel**

Am häufigsten nutzen die Patient\*innen einen Rollator mit Patentbremse (n=271) als Hilfsmittel und weitere 80 Personen haben einen Rollstuhl. Als Badehilfen nutzen die meisten Patient\*innen einen Duschhocker (n=89) oder einen akku-betriebenen Badewannenlifter (n=74). Im Bereich der Toilettenhilfen nutzen die meisten Patient\*innen eine Toilettensitzerhöhung (n=76) oder einen fahrbaren Toilettenstuhl (n=72). 98 Personen verfügen zudem über ein elektrisch verstellbares Pflegebett.

#### **Grundpflege**

Die meisten Patient\*innen sind bei der Aufnahme ins GeriNoVe selbständig (32,4 %) bei der Durchführung der Grundpflege. Weitere 19,4 % erhalten täglich familiäre und 18,1 % täglich professionelle Hilfe.

Nach ihrer Entlassung erhalten die meisten Patient\*innen (50,8 %) bei der Grundpflege täglich professionelle Hilfe:

Tabelle 44: Grundpflegerische Unterstützung bei Aufnahme und Entlassung (n=592)

<b>Grundpflege</b>	<b>bei Aufnahme</b>		<b>Bei Entlassung</b>	
	num.	proz.	num.	proz.
<b>selbständig</b>	n=192	32,4 %	n=48	8,1 %

<b>Familiale Hilfe wöchentlich</b>	n=19	3,2 %	n=6	1,0 %
<b>Familiale Hilfe täglich</b>	n=115	19,4 %	n=35	5,9 %
<b>Professionelle Hilfe wöchentlich</b>	n=69	11,7 %	n=38	6,4 %
<b>Professionelle Hilfe täglich</b>	n=107	18,1 %	n=301	50,8 %
<b>Familiale und professionelle Hilfe wöchentlich</b>	n=16	2,7 %	n=12	2,0 %
<b>Familiale und professionelle Hilfe täglich</b>	n=20	3,4 %	n=19	3,2 %
<b>Laienhilfe wöchentlich</b>	n=4	0,7%	n=1	0,2 %
<b>Laienhilfe täglich</b>	n=15	2,5 %	n=12	2,0 %
<b>Familiale und Laienhilfe</b>	n=0	0 %	n=0	0 %
<b>Familiale und Laienhilfe täglich</b>	n=0	0 %	n=2	0,3 %
<b>Professionelle und Laienhilfe wöchentlich</b>	n=0	0 %	n=0	0 %
<b>Professionelle und Laienhilfe täglich</b>	n=2	0,3 %	n=4	0,7 %
<b>Professionelle und familiäre und Laienhilfe wöchentlich</b>	n=1	0,2 %	n=0	0 %
<b>Professionelle und familiäre und Laienhilfe täglich</b>	n=3	0,5 %	n=3	0,5 %
<b>keine Angabe</b>	n=29	4,9 %	n=111	18,7 %
<b>Gesamt</b>	n=592	100 %	n=592	100 %

### Tagespflege

Bei der Aufnahme ins GeriNoVe nehmen die Patient\*innen größtenteils keine Tagespflege in Anspruch (90,7 %); zum Zeitpunkt der Entlassung sinkt dieser Anteil jedoch auf 58,3 %

### Hauswirtschaftliche Versorgung

Die hauswirtschaftliche Versorgung erfolgt bei der Aufnahme ins GeriNoVe bei den meisten Patient\*innen (38,9 %) mit familiärer Hilfe. 19,5 % (n=116) der Patient\*innen erhalten zudem Laienhilfe, weitere 13,2 % erledigen ihre hauswirtschaftliche Versorgung selbständig.



Bei der Entlassung erhalten die meisten Patient\*innen (38,0 %) professionelle Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung und 17,1 % familiäre Unterstützung:

Tabelle 45: Hauswirtschaftliche Unterstützung bei Aufnahme und Entlassung (n=529)

Hauswirtschaftliche Versorgung	bei Aufnahme		Bei Entlassung	
	num.	proz.	num.	proz.
<b>selbständig</b>	n=78	13,2 %	n=17	2,9 %
<b>Familiäre Hilfe</b>	n=230	38,9 %	n=101	17,1 %
<b>Professionelle Hilfe</b>	n=58	9,8 %	n=225	38,0 %
<b>Familiäre und professionelle</b>	n=33	5,6 %	n=27	4,6 %
<b>Laienhilfe</b>	n=116	19,6 %	n=69	11,7 %
<b>Familiäre und Laienhilfe</b>	n=35	5,9 %	n=23	3,9 %
<b>Professionelle und Laienhilfe</b>	n=11	1,9 %	n=9	1,5 %
<b>keine Angabe</b>	n=31	5,2 %	n=121	20,4 %
<b>Gesamt</b>	n=592	100 %	n=592	100 %

### Essensversorgung

Die Patient\*innen erhalten bei der Aufnahme im Hinblick auf die Essensversorgung größtenteils familiäre Hilfe (39,5%). Selbständig bei der Essensversorgung sind 24,2 % von ihnen und weitere 22,0 % nehmen Essen auf Rädern in Anspruch.

Bei der Entlassung erhält der Großteil der Patient\*innen bei der Essensversorgung entweder professionelle (31,9 %) oder familiäre (19,8 %) Unterstützung:

Tabelle 46: Unterstützung bei der Essensversorgung zum Zeitpunkt der Aufnahme sowie Entlassung

Essensversorgung	bei Aufnahme		Bei Entlassung	
	num.	proz.	num.	proz.
<b>selbständig</b>	n=143	24,2 %	n=43	7,3%
<b>Familiäre Hilfe</b>	n=234	39,5 %	n=117	19,8 %
<b>Essen auf Rädern</b>	n=130	22,0 %	n=101	17,1 %
<b>Familiäre und professionelle</b>	n=6	1,0 %	n=5	0,8 %
<b>Sondennahrung</b>	n=0	0 %	n=0	0 %

<b>Professionelle Hilfe</b>	n=8	1,4 %	n=189	31,9 %
<b>Laienhilfe</b>	n=41	6,9 %	n=21	3,5 %
<b>keine Angabe</b>	n=30	5,1 %	n=116	19,6 %
<b>Gesamt</b>	n=592	100 %	n=592	110 %

Im Rahmen der Pflegedokumentation wurden zudem jene NANDA-Diagnosen erhoben, die für eine Versorgungsform wie das GeriNoVe von Bedeutung sind. Nachfolgend wird die Prävalenz der Pflegediagnosen beschrieben. Bei häufig auftretenden Pflegediagnosen werden zusätzlich Pflegeinterventionen abgeleitet.

### Gesundheitsförderung

Die in der Klasse der Gesundheitsförderung erfassten Pflegediagnosen liegen nur bei einem geringen Teil der Patient\*innen vor. Am häufigsten wird dabei die Gefahr eines Frailty-Syndroms im Alter (6,9 %) diagnostiziert.

Tabelle 47: Pflegediagnosen im Bereich Gesundheitsförderung

		Nein	Ja	Fehlend	Gesamt
<b>Beschäftigungsdefizit</b>	Anzahl	571	15	6	592
	Prozent.	96,5 %	2,5 %	1,0 %	100 %
<b>Frailty-Syndroms im Alter, Gefahr eines</b>	Anzahl	545	41	6	592
	Prozent.	92,1 %	6,9 %	1,0 %	100 %
<b>Gesundheitsverhalten, Gefahrengeneigtes</b>	Anzahl	582	3	7	592
	Prozent.	98,3 %	0,5 %	1,2 %	100 %
<b>Gesundheitsmanagement, Unwirksames familiäres (in Tabelle ohne familiär?)</b>	Anzahl	585	1	6	592
	Prozent.	98,8 %	0,2	1,0 %	100 %
<b>Lebensstil, Bewegungsarmer</b>	Anzahl	584	2	6	592
	Prozent.	98,6 %	0,3 %	1,0 %	100 %

Die weiterführenden Angaben in der Pflegedokumentation belegen, dass bei fast einem Fünftel (18,4 %) der Patient\*innen die Gefahr einer Mangelernährung besteht sowie bei fast der Hälfte (46,8 %) ein Flüssigkeitsdefizit droht:

Tabelle 48: Pflegediagnosen im Bereich Ernährung

		Nein	Ja	Fehlend	Gesamt
<b>Adipositas</b>	Anzahl	552	32	8	592
	Prozent.	93,2 %	5,4 %	1,4 %	100 %
<b>Blutglukosespiegel, Gefahr eines instabilen</b>	Anzahl	521	65	6	592
	Prozent.	88 %	11 %	1,0 %	100 %
<b>Ernährung, Gefahr einer Mangel-</b>	Anzahl	477	109	6	592
	Prozent.	80,6 %	18,4 %	1,0 %	100 %
<b>Flüssigkeitsdefizits, Gefahr eines</b>	Anzahl	309	277	6	592
	Prozent.	52,2 %	46,8 %	1,0 %	100 %
<b>Schluckstörung</b>	Anzahl	566	19	7	592
	Prozent.	95,6 %	3,2 %	1,2 %	100 %
<b>Übergewichts, Gefahr eines</b>	Anzahl	585	1	6	592
	Prozent.	98,8 %	0,2 %	1,0 %	100 %

### Ausscheidung

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

Tabelle 49: Pflegediagnosen im Bereich Ausscheidung

		Nein	Ja	Fehlend	Gesamt
<b>Diarrhö</b>	Anzahl	580	6	6	592
	Prozent.	98 %	1 %	1,0 %	100 %
<b>Harnausscheidung, Beeinträchtigte</b>	Anzahl	555	31	6	592
	Prozent.	93,8 %	5,2 %	1,0 %	100 %
<b>Harninkontinenz, Drang-</b>	Anzahl	450	136	6	592
	Prozent.	76,0 %	23,0 %	1,0 %	100 %
<b>Harninkontinenz, Funktionelle</b>	Anzahl	447	139	6	592
	Prozent.	75,5 %	23,5 %	1,0 %	100 %
<b>Harninkontinenz, Stress-</b>	Anzahl	553	33	6	592
	Prozent.	93,4 %	5,6 %	1,0 %	100 %
<b>[Harninkontinenz, Totale]</b>	Anzahl	554	32	6	592
	Prozent.	93,6 %	5,4 %	1,0 %	100 %
<b>Harnverhalt</b>	Anzahl	581	5	6	592

	Prozent.	98,1 %	0,8 %	1,0 %	100 %
<b>Obstipation</b>	Anzahl	443	143	6	592
	Prozent.	74,8 %	24,2 %	1,0 %	100 %
<b>Stuhlinkontinenz</b>	Anzahl	491	95	6	592
	Prozent.	82,9 %	16 %	1,0 %	100 %

### Aktivität/ Ruhe

Die Pflegediagnosen beeinträchtigte Gehfähigkeit (68,8 %) sowie beeinträchtigte körperliche Mobilität (90,5 %) sind im Bereich Aktivität/ Ruhe bei den meisten Patient\*innen gegeben. Zudem ist die Transferfähigkeit bei 59,6 % der Patient\*innen beeinträchtigt.

### Selbstversorgung

Ein Selbstversorgungsdefizit liegt bei den meisten Patient\*innen für die Dimensionen „Essen und Trinken“ (72,8 %), „Sich-Kleiden“ (91,4 %), „Körperpflege“ (92,6 %) sowie Toilettenbenutzung (72,1 %) vor.

Auch eine beeinträchtigte Haushaltsführung ist im Bereich Aktivität/ Ruhe bei den meisten Patient\*innen gegeben (68,8 %).

### Wahrnehmung/ Kognition

Bei der Mehrheit der Patient\*innen (59,8 %) ist die Gedächtnisleistung beeinträchtigt. Bei weiteren 20,9 % ist zudem die verbale Kommunikation beeinträchtigt.

Tabelle 50: Pflegediagnosen im Bereich Wahrnehmung/ Kognition

		Nein	Ja	Fehlend	Gesamt
<b>[Denkprozesse, Gestörte]</b>	Anzahl	546	40	6	592
	Prozent.	92,2 %	6,8	1,0 %	100 %
<b>Gedächtnisleistung, Beeinträchtigte</b>	Anzahl	232	354	6	592
	Prozent.	39,2 %	59,8 %	1,0 %	100 %
<b>Kommunikation, Beeinträchtigte verbale</b>	Anzahl	463	124	5	592
	Prozent.	78,2 %	20,9 %	0,8 %	100 %
<b>Kontrolle, Geringe emotionale</b>	Anzahl	556	30	6	592
	Prozent.	93,9 %	5,1 %	1,0 %	100 %
<b>Neglect</b>	Anzahl	585	1	6	592
	Prozent.	98,8 %	0,2 %	1,0 %	100 %
<b>[Orientierungsstörung]</b>	Anzahl	501	85	6	592
	Prozent.	84,6 %	14,4	1,0 %	100 %
<b>Verwirrtheit, Akute</b>	Anzahl	556	29	7	592
	Prozent.	93,9 %	4,9 %	1,2 %	100 %
<b>Verwirrtheit, Chronische</b>	Anzahl	583	3	6	592

	Prozent.	98,5 %	0,5 %	1,0 %	100 %
<b>[Wahrnehmungsstörung, auditiv]</b>	Anzahl	330	256	6	592
	Prozent.	55,7 %	43,2 %	1,0 %	100 %
<b>[Wahrnehmungsstörung, visuell]</b>	Anzahl	426	160	6	592
	Prozent.	72 %	27 %	1,0 %	100 %

### Selbstwahrnehmung und Rollenbeziehungen

Die Pflegediagnose Hoffnungslosigkeit liegt bei lediglich bei 2,2 % der Patient\*innen vor, wohingegen bei 28,0 % die soziale Interaktion beeinträchtigt ist.

### Coping/ Stresstoleranz

Bei etwa einem Viertel der Patient\*innen (23,0 %) ist die Stimmungsregulation beeinträchtigt:

Tabelle 51: Pflegediagnosen im Bereich Coping/ Stresstoleranz

		Nein	Ja	Fehlend	Gesamt
<b>Aktivitätenplanung, Unwirksame</b>	Anzahl	584	2	6	592
	Prozent.	98,6 %	0,3 %	1,0 %	100 %
<b>Angst</b>	Anzahl	529	56	7	592
	Prozent.	89,4 %	9,5 %	1,2 %	100 %
<b>Kummer, Chronischer</b>	Anzahl	585	1	6	592
	Prozent.	98,8 %	0,2 %	1,0 %	100 %
<b>Machtlosigkeit</b>	Anzahl	575	11	6	592
	Prozent.	97,1 %	1,9 %	1,0 %	100 %
<b>Stimmungsregulation, Beeinträchtigte</b>	Anzahl	450	136	6	592
	Prozent.	76 %	23 %	1,0 %	100 %
<b>Stressüberlastung</b>	Anzahl	578	8	6	592
	Prozent.	97,6 %	1,4 %	1,0 %	100 %
<b>Trauer</b>	Anzahl	580	6	6	592
	Prozent.	98,0 %	1 %	1,0 %	100 %
<b>Trauerns, Gefahr eines erschweren</b>	Anzahl	579	7	6	592
	Prozent.	97,8 %	1,2 %	1,0 %	100 %

### Sicherheit/ Schutz

In Hinblick auf Sicherheit/ Schutz besteht bei einem Fünftel der Patient\*innen (21,3 %) die Gefahr eines Dekubitus. Zudem sind fast alle Patient\*innen (95,9 %) sturzgefährdet.

## Wohlbefinden

In der Klasse Wohlbefinden haben etwa ein Drittel der Patient\*innen (n= 33,1 %) die Pflegediagnose soziale Isolation und 51,0 % leiden an akuten sowie weitere 38,2 % an chronische Schmerzen.

Tabelle 52: Pflegediagnosen im Bereich Sicherheit/ Schutz sowie Wohlbefinden

		Nein	Ja	Fehlend	Gesamt
<b>Isolation, Soziale</b>	Anzahl	390	196	6	592
	Prozent.	65,9 %	33,1 %	1,0 %	100 %
<b>Schmerz, Akuter</b>	Anzahl	284	302	6	592
	Prozent.	48 %	51 %	1,0 %	100 %
<b>Schmerz, Chronischer</b>	Anzahl	360	226	6	592
	Prozent.	60,8 %	38,2 %	1,0 %	100 %
<b>Übelkeit</b>	Anzahl	584	2	6	592
	Prozent.	98,6 %	0,3 %	1,0 %	100 %
<b>Vereinsamungsgefahr</b>	Anzahl	584	2	6	592
	Prozent.	98,6 %	0,3 %	1,0 %	100 %

## j) Perspektivenübergreifende Auswertung der Evaluationsergebnisse

### Zuweisung ins GeriNoVe

Zentrale Gründe für die Aufnahme alter sowie hochbetagter Menschen ins GeriNoVe waren sowohl akut pflegerische als auch soziale Indikationen (z. B. Zustand nach Sturz, Selbstpflegedefizite im Rahmen von Infekten, Weg-/ Ausfall der familialen Pflegeperson). Patient\*innen und/ oder Angehörige hatten von dem neuen Versorgungsangebot über unterschiedliche Quellen erfahren, d. h. durch Krankenhausnotaufnahmen, Hausärzt\*innen sowie Pflegedienste aber auch durch die lokalen Printmedien sowie informelle Netzwerke (Freundes-, Bekanntenkreis, Nachbarschaft usw.).

Die meisten Patient\*innen erhielten bereits vor ihrem GeriNoVe- Aufenthalt professionelle und/ oder familiale Hilfe. So benötigten in dieser Gruppe 17 % der älteren Personen bspw. täglich pflegeprofessionelle Unterstützung bei Aktivitäten im Rahmen der sog. Grundpflege (Körperpflege, Anziehen usw.) und weitere 18 % wurden täglich durch Familienmitglieder unterstützt. Demgegenüber wies etwa ein Drittel der Patient\*innen bis zum Eintritt ins GeriNoVe zumindest im Rahmen der Grundpflege keinerlei Unterstützungsbedarf auf.

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 wurde der „Fall“ im Team besprochen und hier eine entsprechende Entscheidung gefällt.

Gleichwohl gestaltete 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 wurde betont, dass die vorgesehenen Formalia für eine adäquate Versorgung der Betroffenen notwendig seien.

Die zuweisenden Haus- und Fachärzt\*innen hingegen waren mit dem von ihnen zu leistenden formalen Aufwand größtenteils sehr bzw. eher zufrieden (35,5 % bzw. 50,0 %). Darüber hinaus zeigten sie sich auch mit der Wartezeit „ihrer“ Patient\*innen bis zur Aufnahme ins GeriNoVe mehrheitlich sehr bzw. eher zufrieden (52,9 % bzw. 38,2 %) und beurteilten den Zuweisungsprozess insgesamt überwiegend positiv (d. h. 44,0 % waren damit sehr und weitere 35,0 % eher zufrieden).

Ähnliches gilt für Patient\*innen selbst, denn mehr als vier Fünftel von ihnen (84,2 %) beurteilte die Aufnahme ins GeriNoVe voll und ganz als zügig sowie reibungslos.

Die Zuweisungen ins GeriNoVe erfolgten mehrheitlich durch niedergelassene Haus- und Fachärzt\*innen (45,6 %) sowie Notaufnahmen umliegender Krankenhäuser (48,1 %), wobei dieser Prozess aus Sicht der Mitarbeitenden des GeriNoVe gleichermaßen Schwächen und Stärken zeigte: Schwierigkeiten entstanden dann, wenn für die Zuweisung benötigte Unterlagen fehlten oder aber die Kommunikation mit den zuweisenden Ärzt\*innen als unzureichend erlebt wurde. In diesem Kontext kam es teilweise auch vor, dass akutmedizinische Indikationen nicht ausreichend abgeklärt waren bzw. Patient\*innen ohne akut medizinische Behandlungsbedarf angekündigt wurden; sich dies dann jedoch als unzutreffend erwies, so dass eine Verlegung ins Krankenhaus erfolgen musste. Darüber hinaus entsprach der tatsächliche, allgemeine Gesundheitszustand der Patient\*innen nach Meinung der GeriNoVe Beschäftigten nicht immer demjenigen, der bei Zuweisung angekündigt wurde.

Die Kommunikation zwischen GeriNoVe und den zuweisenden, niedergelassenen Mediziner\*innen wurde von diesen in der vertiefenden Interviewstudie insgesamt positiv beurteilt. Mit Blick auf den pflegegeleiteten Charakter der GeriNoVe ist festzustellen, dass für vier von sieben Befragten bei der Zuweisung von Patient\*innen keine Notwendigkeit bestand, explizit mit einem\*r Berufskolleg\*in des GeriNoVe in Kontakt zu treten bzw. die Kommunikation mit einer Pflegefachperson ausreichte. Ausnahmen bildeten hochkomplexe Versorgungsbedarfe sowie das Abklären von Medikation und akut medizinischen Problemen.

Das multiprofessionelle GeriNoVe Team wurde im Rahmen der Fokusgruppen 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 wurden. Allerdings regten 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 wurde 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 oder unmöglich machten.

## **Versorgung im GeriNoVe**

Im Nachgang zu ihrem GeriNoVe Aufenthalt beurteilten rund zwei Drittel der Patient\*innen (66,2 %) resp. ihre Angehörigen die dortige Versorgung als sehr gut und weitere 23,7 % als gut. Fast drei Viertel (74,6 %) der Befragten stimmten der Aussage voll und ganz zu, dass das GeriNoVe Personal fachlich kompetent war (weitere 17,1 % stimmten dieser Aussage eher zu). Erwartungsgemäß waren die Pflegefachkräfte die wichtigsten Ansprechpersonen für die Mehrheit der Patient\*innen. 12 Monate nach Entlassung aus dem neuen Versorgungsmodell hatten 30,4 % der dort Behandelten voll und ganz den allgemeinen Eindruck, dass ihnen GeriNoVe langfristig geholfen hat und für 10,1 % traf dies eher zu, wobei 36,2 % angaben, dass bei ihnen nur ein kurzfristiger Unterstützungsbedarf bestand. Als besonders hilfreich wurde

die Versorgung mit Blick auf die akute Notsituation i. S. einer Überbrückung derselben erlebt bzw. die Organisation einer adäquaten Anschlussversorgung (Lotsenfunktion des GeriNoVe) sowie auch die mobilitätsfördernden Pflegemaßnahmen. Darüber hinaus konnten aus Sicht von 34,8 % der Behandelten die richtigen „Weichen“ für ihre gesundheitliche und/ oder pflegerische Situation durch das GeriNoVe gestellt werden und auf gut ein weiteres Viertel (27,5 %) trifft dies zwar nicht voll und ganz; so doch aber eher zu. Insgesamt waren mehr als zwei Drittel (76,8 %) der Befragten rückblickend der Ansicht, dass man in GeriNoVe als Patient\*in gut aufgehoben ist, 84,2 % würden es bei entsprechendem Bedarf nochmals aufsuchen und 82,5 % es weiterempfehlen. Etwas kritischer fiel hingegen die subjektive Beurteilung der Verweildauer im GeriNoVe aus, denn ein Drittel (33,3 %) der Patient\*innen hatte retrospektiv das Gefühl, zu früh entlassen worden zu sein.

Die interdisziplinäre Teamzusammensetzung (Pflege, Medizin, Soziale Arbeit) und -arbeit im GeriNoVe wurde von den Beschäftigten einerseits als Stärke und gut funktionierend beschrieben, wobei hierbei eine kontinuierliche, berufsgruppenübergreifende Kommunikation sowie entsprechende Dienstübergaben als besonders wichtig galten. Auf diese Weise konnten unterschiedliche fachliche Perspektiven und Erfahrungen berücksichtigt sowie ausgetauscht werden, wodurch wechselseitige Lernprozesse entstanden im Sinne der Patient\*innen. Andererseits erlebten die Mitarbeitenden das Konzept der pflegegeleiteten Versorgung erwartungsgemäß zunächst als neuartig. Demnach orientierten sich die Pflegefachkräfte anfänglich zunächst am ärztlichen Personal und konnten aufgrund rechtlicher Bestimmungen einige Aufgaben nicht selbstständig durchführen (bspw. Medikamentenbedarfsplanung). Darüber hinaus vermuteten die Pflegenden eine fehlende Akzeptanz ihrer Rolle bei Hausärzt\*innen, die jedoch kaum eintrat (s. unten).

Die Befragungsergebnisse lassen ein heterogenes Meinungsbild erkennen hinsichtlich der generellen Notwendigkeit der Anwesenheit ärztlichen Personals in dem pflegegeleiteten Modellprojekt: So wurde ärztliches Personal von den Beschäftigten des GeriNoVe einerseits bei nicht gut vorbereiteten Zuweisungen oder fehlenden Medikamentenplänen für notwendig erachtet; nachts, an Wochenenden sowie bei Akutverlegungen von Patient\*innen hingegen als verzichtbar beschrieben. Die meisten Haus- und Fachärzt\*innen (79,4 %) stimmten demgegenüber der Aussage zu, dass ärztliche Expertise auf einer pflegegeleiteten Station wie dem GeriNoVe unabdingbar sei (41,2 % stimmten voll und ganz sowie 38,2 % eher zu).

Das Case Management hatte im GeriNoVe aus Sicht der Mitarbeitenden eine wichtige koordinierende Funktion, wobei eine Unterscheidung zwischen pflegerischem und sozialarbeiterischem Fallmanagement nicht immer möglich bzw. wahrnehmbar war. Von daher gab es eine enge Kooperation zwischen beiden Disziplinen, im Rahmen derer, zumindest zu Projektbeginn, die Aufnahme neuer Patient\*innen gemeinsam stattfanden.

Mit Blick auf die Rahmenbedingungen im Modellprojekt wurden die zeitlichen Ressourcen zur Versorgung der Patient\*innen als grundsätzlich ausreichend bewertet. Bei einer Vollauslastung der zur Verfügung stehenden Plätze bzw. bei Anwesenheit vieler Patient\*innen mit komplexen Versorgungsbedarfen erwiesen sie sich jedoch als knapp. In diesem Kontext wurde auch darauf verwiesen, dass GeriNoVe, wie nahezu alle Pflege-/ Gesundheitseinrichtungen in Deutschland, mit einem Fachkräftemangel zu kämpfen hatte. Infolgedessen gab es immer wieder Zeiten, in denen Stellen unbesetzt waren, wodurch sich die Arbeitsbelastung der vorhandenen Mitarbeiter\*innen erhöhte.

Gleichwohl zeigte sich die weit überwiegende Mehrheit (94,1 %) der zuweisenden Haus- und Fachärzt\*innen mit der Versorgungsqualität im GeriNoVe sehr (67,6 %) bzw. eher zufrieden (26,5 %). 70,6 % der Mediziner\*innen stimmten zudem voll umfänglich der Aussage zu, dass GeriNoVe einen Mehrwert für die Versorgung alter Menschen bietet (für weitere 23,5 % stimmt dies eher) und fast ebenso viele (64,7 %) waren der Ansicht, dass das Modellprojekt zur Bewältigung der akut sozialpflegerischen Notsituation der Patient\*innen beigetragen hat. Ferner beurteilten die Ärzt\*innen die Kommunikation mit dem GeriNoVe positiv und erlebten



das Pflegefachpersonal als kompetent, so dass eine ärztliche Ansprechperson in dem neuen Versorgungsmodell nicht immer als zwingend notwendig erachtet wurde.

Rückblickende Optimierungsvorschläge der Mitarbeitenden des GeriNoVe beziehen sich auf eine systematische, feste Kooperation mit einer psychiatrischen Klinik sowie mit Expert\*innen aus der Physiotherapie. Patient\*innen schlugen hingegen eine längere Aufenthaltsdauer, mehr Unterstützung für Angehörige sowie mehr Möglichkeiten der medizinischen Diagnostik als Verbesserungen vor.

### **Entlassung aus dem GeriNoVe**

Aus Sicht von 44,7 % der befragten Haus- und Fachärzt\*innen organisierte das GeriNoVe voll und ganz eine passende Anschlussversorgung für die Patient\*innen und weitere 44,1 % stimmten dieser Auffassung eher zu. Die Patient\*innen ihrerseits empfanden die persönlichen Beratungsgespräche und nachsorgenden telefonischen Nachfragen des GeriNoVe als positiv. In der ersten schriftlichen Patient\*innenbefragung drei Monat nach Entlassung, stimmten fast zwei Drittel der Befragten der Aussage völlig zu, dass sie zum Zeitpunkt der Entlassung wussten, wie es mit ihrer anschließenden Versorgung weitergehen sollte. Auch gut die Hälfte (55,9 %) der zuweisenden Haus- und Fachärzt\*innen zeigte sich mit dem Entlassmanagement sehr und 35,3 % eher zufrieden.

Die Beratung im Rahmen der Entlassung erfolgt vor allem durch das Case Management und bezog 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 wurden das Fallmanagement und der interdisziplinäre Entlassbrief von den Mitarbeitenden im Vergleich zur Regelversorgung als Alleinstellungsmerkmal des GeriNoVe charakterisiert.

Auch die zuweisenden Haus- und Fachärzt\*innen erachteten den interdisziplinären Entlassbrief als voll und ganz (55,9 %) bzw. eher hilfreich (35,3 %) für die weiterführende hausärztliche Versorgung. Für sie ist der GeriNoVe- Entlassbrief ebenfalls durch umfangreichere Informationen über die Patient\*innen und ihre Versorgung gekennzeichnet. Hervorgehoben wurden diesbezüglich v. a. die geriatrischen Assessments sowie die interdisziplinären Einschätzungen der Situation der Patient\*innen.

Die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Diensten im Rahmen des Entlassmanagements funktionierte laut den Mitarbeitenden überwiegend gut, wobei auch das GeriNoVe den grundsätzlichen Mangel an Kurz- und Langzeitpflegeplätzen in der Region nicht beheben konnte.

### **GeriNoVe als Versorgungskonzept**

Mehr als zwei Drittel (67,6 %) der zuweisenden Haus- und Fachärzt\*innen waren mit den Leistungen des GeriNoVe insgesamt sehr und weitere 17,6 % eher zufrieden.

Für die Mitarbeitenden bestanden die Stärken des GeriNoVe als Versorgungskonzept in einem multiprofessionellen Team sowie der engen Kommunikation über kurze Wege hinweg. Auch die pflegerischen Versorgungsmöglichkeiten im GeriNoVe wurden als Stärke betrachtet. So war eine fallorientierte und individuelle Versorgung der Patient\*innen möglich. Die zeitlichen Ressourcen für die Durchführung der Pflege erschienen in der Regel ausreichend, wodurch genügend Zeit blieb bspw. für Mobilisation und Zuwendung. Darüber hinaus wurde die Kapazität mit 18 Betten als vorteilhaft für die Versorgung der Zielgruppe und ihrer spezifischen Bedarfe beschrieben. Demgegenüber gestaltete sich, den Mitarbeitenden zufolge, der Zuweisungsprozess insbesondere für ambulante Dienste aufwendig, was der angestrebten Niederschwelligkeit des Modellprojektes entgegenstand. Weiterhin wünschten sie sich eine

größere Bekanntheit des GeriNoVe sowie teilweise besser vorbereitete Zuweisungen der Patient\*innen.

Sowohl die Patient\*innen als auch die zuweisenden Haus- und Fachärzt\*innen waren der Ansicht, dass das GeriNoVe Notsituationen überbrücken kann. Laut den Haus- und Fachärzt\*innen hat das GeriNoVe zudem das Potenzial, die Patient\*innen schnell und adäquat zu versorgen und durch sektorenübergreifendes Arbeiten Versorgungsdefizite und/ oder -abbrüche zu vermeiden. 61,8 % der befragten zuweisenden Haus- und Fachärzt\*innen stimmten dieser Aussage voll und ganz zu sowie weitere 38,2 % eher. Die Mehrheit (70,6 %) der Mediziner\*innen vertrat zudem die Meinung, dass GeriNoVe das Potenzial besitzt, Drehtüreffekte in der akutstationären Krankenhausversorgung zu vermeiden sowie vermeidbare Krankenhauseinweisungen zu reduzieren.

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. Die größten Unterschiede des GeriNoVe im Vergleich zu einer Krankenhausversorgung bestanden aus ihrer Sicht in der Freundlichkeit des Pflegepersonals, der Intensität sowie Individualität der pflegerischen Versorgung, der allgemeinen Atmosphäre sowie der Tatsache, dass hier weniger als lästig erlebte Untersuchungen stattfinden (mussten).

## **k) Limitationen**

### **Patient\*innenbefragungen**

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist erstens zu bedenken, dass es sich bei den Befragten mehrheitlich um hochaltrige, stark gesundheitlich belastete sowie pflegeabhängige Personen handelte. Vor diesem Hintergrund wurde von einer systematischen Erfassung der Gründe für eine Nicht-Beantwortung der Fragebögen abgesehen. Die eigeninitiativ, zumeist durch Angehörige, erfolgten Rückmeldungen dazu, verweisen jedoch auf einen sich verschlechternden psychophysischen Gesundheitszustand (inkl. kognitiver Fähigkeiten) oder das Versterben des/ der Patient\*in als wesentliche Gründe für eine nicht erfolgte Teilnahme an einer oder beiden schriftlichen Befragungen drei bzw. zwölf Monate nach Verlassen des GeriNoVe. So kam es bereits drei Monate nach Entlassung aus dem GeriNoVe (t1) zu einem todesbedingten Dop-out von 62 Personen.

Ähnliches wurde im Zuge der Vorbereitungen für die Interviews ersichtlich, denn hier zeigten sich folgende Motive, von einer Teilnahme Abstand zu nehmen bzw. nehmen zu müssen trotz einer zuvor übermittelten grundsätzlichen Teilnahmebereitschaft:

- Gesundheitszustand hatte sich derart verschlechtert, dass die Durchführung eines Interviews nicht mehr möglich war,
- Tod des/ der Patient\*in,
- Potenzielle Teilnehmer\*innen sind unter den angegebenen Kontaktdaten nicht (mehr) erreichbar,
- Intervieweinwilligung wurde ohne weitere Begründung zurückgezogen.

Ferner ist anzumerken, dass nur ein Teil der Patient\*innen die Fragebögen völlig selbständig ausgefüllt hat; bei mehreren Befragten haben andere Personen beim Ausfüllen des jeweiligen Fragebogens unterstützt oder ihn stellvertretend beantwortet. Demzufolge können die Antworten nicht in allen Fällen den Patient\*innen selbst zugeordnet werden, sondern auch Eindrücke Dritter widerspiegeln.

Zudem fällt der Anteil fehlender Antworten bei einigen wenigen Variablen vergleichsweise hoch aus. Da die Ergebnisse jedoch für die Auswertung inhaltlich relevant erscheinen, werden sie mit jeweiligem Verweis auf diese Einschränkungen dennoch berichtet.

### **Mitarbeitendenbefragungen**

Aufgrund von Personalwechsel ist es nicht gelungen, dass an allen drei Erhebungszeiten dieselben Mitarbeitenden an den Fokusgruppen beziehungsweise Expert\*inneninterviews beteiligt waren. Dennoch ist zu konstatieren, dass sechs Mitarbeitende an allen drei Befragungen teilnahmen. Bei den Fokusgruppen wurden Personen in Leitungsfunktionen aufgrund forschungsethischer Aspekte ausgeschlossen. Ihre Einschätzungen und Erfahrungen wurden im Rahmen der Expert\*inneninterviews erhoben.

### **Befragungen der zuweisenden Haus- Fachärzt\*innen**

Aus forschungspragmatischen Gründen konnten nur jene Haus- und Fachärzt\*innen berücksichtigt werden, die bis März 2021 GeriNoVe Patient\*innen zugewiesen hatten.

Insgesamt haben elf der zuweisenden Haus- und Fachärzt\*innen in ein Interview eingewilligt. Sieben dieser Ärzt\*innen haben tatsächlich an einem Interview teilgenommen. Einwilligungen wurden vor allem aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen widerrufen.

### **Sekundärdatenanalysen**

Die Ergebnisse der Routinedatenanalyse geben Auskunft über die Zielgruppe des GeriNoVe im konkreten Einzugsgebiet. Eine vergleichende Sekundärdatenanalyse, welche ursprünglich geplant war, konnte aufgrund zu weniger Patient\*innen der beteiligten BKKn, die im GeriNoVe versorgt wurden, nicht realisiert werden.

Im Hinblick auf die Analyse der Pflegedokumentation ist anzumerken, dass bei einzelnen Variablen viele fehlende Werte hinterlegt sind. Die Variablen wurden dennoch, unter Berücksichtigung der genannten Limitation, in die Auswertung miteinbezogen, weil sie evaluationsrelevant erschienen.

## **4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators**

Bei der Interpretation der Evaluationsergebnisse 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 in eine vorübergehende gänzliche Betriebsstilllegung des GeriNoVe mündete 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, die dann auch erfolgte.

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.

Die Evaluation des GeriNoVe erfolgte auf Basis eines mehrperspektivischen und – methodischen Forschungsdesigns, welches von klinischen sowie hypothesenprüfenden Verfahren zu unterscheiden ist.

Die Ergebnisse der umfassenden Evaluation des modellhaft erprobten Geriatriischen-Notfall-Versorgungszentrums (GeriNoVe) zeigen zusammenfassend inkl. Berücksichtigung der o.g. 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 sozial-pflegerischen 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 und/ oder 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 Genehmigungsverfahren sowie der Suche nach einem entsprechenden Kurzzeitpflegeplatz.

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 diese 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 vorzuhalten, 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 abheben. Entscheidend dafür ist unter anderem eine gute Integration eines solchen Versorgungsmodells in lokale Netzwerke des Pflege-/ Gesundheitswesens, wobei zu bedenken ist, dass die Existenz eines GeriNoVe per se 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 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 wurde 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 ermittelten 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, medizinische Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten bis hin zu schnellen Überweisungen von Patient\*innen in die akutstationäre 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.

## 5. Literaturverzeichnis

Bär, Gesine; Kasberg, Azize; Geers, Silke; Clar, Christine (2020): Fokusgruppen in der partizipativen Forschung. In: Susanne Hartung, Petra Wihofszky, Michael T. Wright (Hg.): Partizipative Forschung. Ein Forschungsansatz für Gesundheit und seine Methoden. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 207–231.

Baranzke, Heike; Güther, Helen; Luft, Lisa; Brandenburg, Hermann (2019): Ethik des Alterns. In: Karsten Hank, Frank Schulz-Nieswandt, Michael Wagner und Susanne Zank (Hg.): Altersforschung. Handbuch für Wissenschaft und Praxis. 1. Auflage. Baden-Baden: Nomos, S. 631–659.

Beutel, Manfred E.; Brähler, Elmar; Wiltink, Jörg; Michal, Matthias; Klein, Eva M.; Jünger, Claus et al. (2017): Emotional and tangible social support in a German population-based sample: Development and validation of the Brief Social Support Scale (BS6). In: PLoS one 12 (10), e0186516. DOI: 10.1371/journal.pone.0186516.

BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Deutscher Bundestag (2016): Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung. Online verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/120144/2a5de459ec4984cb2f83739785c908d6/7--altenbericht--bundestagsdrucksache-data.pdf>, zuletzt geprüft am 12.10.2021.

Bödecker, Florian (2015): Wie forschen mit Menschen mit Demenz? Probleme, Lösungen und offene Fragen. In: Armin Schneider, Michaela Köttig und Daniela Molnar (Hg.): Forschung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen - Konzepte - Perspektiven. Leverkusen: Verlag Barbara Budrich, S. 151–165.

Bozzaro, Claudia; Boldt, Joachim; Schweda, Mark (2018): Are older people a vulnerable group? Philosophical and bioethical perspectives on ageing and vulnerability. In: Bioethics 32 (4), S. 233–239.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e. V.; Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V.; Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V. (2004): Abgrenzungskriterien der Geriatrie - Version V1.3. Online verfügbar unter [http://www.geriatrie-drg.de/public/docs/Abgrenzungskriterien\\_Geriatrie\\_V13\\_16-03-04.pdf](http://www.geriatrie-drg.de/public/docs/Abgrenzungskriterien_Geriatrie_V13_16-03-04.pdf), zuletzt geprüft am 16.10.2019.

Bundesverband Geriatrie e. V. (2016): Weißbuch Geriatrie. Band I: Die Versorgung geriatrischer Patienten - Strukturen und Bedarf. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

Busse, Reinhard (2006): Methoden der Versorgungsforschung. In: Monika Hey, Ulrike Maschewsky-Schneider (Hg.): Kursbuch Versorgungsforschung. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 244–251.

BWKG – Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V. (2021): Identifikation des geriatrischen Patienten. Arbeitshilfe. Stuttgart. Online verfügbar unter [https://www.bwkg.de/aufgaben-services/publikationen/index.php?eID=tx\\_securedownloads&p=243&u=0&g=0&t=1671813716&hash=3ea26fafdec545ed37459e77899de7b6d0172928&file=/fileadmin/default/Dateien/Dokumente/Publikationen/BWKG\\_Arbeitshilfe\\_IdentifikationgerPatient\\_aktualisiert2021.pdf](https://www.bwkg.de/aufgaben-services/publikationen/index.php?eID=tx_securedownloads&p=243&u=0&g=0&t=1671813716&hash=3ea26fafdec545ed37459e77899de7b6d0172928&file=/fileadmin/default/Dateien/Dokumente/Publikationen/BWKG_Arbeitshilfe_IdentifikationgerPatient_aktualisiert2021.pdf), zuletzt geprüft am 18.01.2022

Cadogan, Mary P.; Phillips, Linda R.; Ziminski, Carolyn E. (2016): A Perfect Storm: Care Transitions for Vulnerable Older Adults Discharged Home From the Emergency Department Without a Hospital Admission. In: *The Gerontologist* 56 (2), S. 326–334. DOI: 10.1093/geront/gnu017.

Creswell, John W.; Clark Plano, Vicki L. (2017): *Designing and conducting mixed methods research*. 3. Aufl. Thousand Oaks: SAGE.

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (2016): *Ethikkodex Pflegeforschung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft*. Unter Mitarbeit von Renate Stemmer und Sabine Bartholomeyczik. Online verfügbar unter <https://dg-pflegewissenschaft.de/ethikkommission/ethikkodex/>, zuletzt geprüft am 09.07.2019.

Devriendt, Els; Brauwer, Isabelle de; Vandersaenen, Lies; Heeren, Pieter; Conroy, Simon; Boland, Benoit et al. (2017): Geriatric support in the emergency department: a national survey in Belgium. In: *BMC Geriatrics* 17 (1), S. 68.

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

Döring, Nicola; Bortz, Jürgen (2016): *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Berlin, Heidelberg: Springer.

Dresing, Thorsten; Pehl, Thorsten (2015): *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. 6. Auflage. Marburg.

Dunger, Christine; Schnell, Martin W. (2018): Was ist die Framework Analysis? In: Martin W. Schnell, Christian Schulz-Quach und Christine Dunger (Hg.): *30 Gedanken zum Tod. Die Methode der Framework Analysis*. Wiesbaden: Springer VS, S. 27–39.

Eckhardt, Rahel; Steinhagen-Thiessen, Elisabeth (2012): *Geriatric und geriatrische Rehabilitation*. In: Hans-Werner Wahl, Clemens Tesch-Römer und Jochen Philipp Ziegelmann (Hg.): *Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen*. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

Erhard, Daniela (2012): Die Einwilligungsfähigkeit des Patienten. In: *Lege artis*, S. 292–295.

Flick, Uwe (2016): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Hamburg: Rowohlt.

Flick, Uwe (2019): Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In: Nina Baur und Jörg Blasius (Hg.): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer, S. 473–487.

Gale, Nicola K.; Heath, Gemma; Cameron, Elaine; Rashid, Sabina; Redwood, Sabi (2013): Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. In: *BMC Medical Research Methodology* 13.

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

Görres, Stefan; Reif, Karl (2011): Neue Steuerungsaufgaben in der Pflege. In: Doris Schaeffer, Klaus Wingenfeld (Hg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim/München: Juventa, S. 581–598.

Griffiths, Peter; Edwards, Margaret; Forbes, Angus; Harris, Ruth (2005): Post-acute intermediate care in nursing-led units: a systematic review of effectiveness. In: *International Journal of Nursing Studies* (42), S. 107–116.

Griffiths, Peter; Wilson-Barnett, Jenifer; Richardson, Gerald; Spilsbury, Karen; Miller, Fiona; Harris, Ruth (2000): The effectiveness of intermediate care in a nursing-led in-patient unit. In: *International Journal of Nursing Studies* (37), S. 153–161.



Groening, Michael; Grossmann, Florian; Hilmer, Thomas; Singler, Katrin; Somasundaram, Rajan; Wilke, Petra (2017): Ältere Notfallpatienten: Blickschärfung notwendig. In: Deutsches Ärzteblatt 114 (11), A512-A515.

Gummer, Tobias (2015): Multiple Panels in der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, zuletzt geprüft am 03.02.2020.

Haigh, Carol; Williamson, Tracey; Caan, Woody; Hill, Gordon; Hogg, Christine; Iphofen, Ron et al. (2009): Research ethics - RCN guidance for nurses. Hg. v. Royal College of Nursing. London.

Hampson, Caroline; Morris, Karen (2018): Research into the experience of dementia: methodological and ethical challenges. In: Journal of Social Sciences and Humanities 1 (1), S. 15–19.

Herzlinik Ulm (2014): Die wesentlichen Ergebnisse der Zuweiserbefragung September/Oktober 2014. Online verfügbar unter <http://www.herzlinik-ulm.de/resources/Herzlinik-Qualitaet/Ergebnisse-Umfragen/ZU10Zuweiserumfrage2014.pdf>, zuletzt geprüft am 11.01.2021.

Kruse, Andreas (2017): Lebensphase hohes Alter: Verletzlichkeit und Reife. Berlin: Springer.

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

Lamnek, Siegfried (2010): Qualitative Sozialforschung. 5., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.

Lenzner, Timo; Neuert, Cornelia; Otto, Wanda (2015): Kognitives Pretesting. Hg. v. GESIS - Leibniz Institute for the Social Sciences. Mannheim (GESIS Survey Guidelines).

Lüthje, Corinna (2015): Die Gruppendiskussion in der Kommunikationswissenschaft. In: Stefanie Averbeck-Lietz und Michael Meyen (Hg.): Handbuch nicht standardisierte Methoden in der Kommunikationswissenschaft. Living Reference Work, continuously updated edition. Wiesbaden: Springer VS, S. 1–14.

Mackenzie, Catriona; Rogers, Wendy; Dodds, Susan (2014): Introduction: What Is Vulnerability and Why Does It Matter for Moral Theory? In: Catriona Mackenzie, Wendy Rogers und Susan Dodds (Hg.): Vulnerability. New Essays in Ethics and Feminist Philosophy. New York: Oxford University Press, S. 1–33.

Marx, Yvonne; Robra, Bernt-Peter; Herrmann, Markus (2016): Priorisierungskriterien bei Polypharmazie. Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Hausärzten. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 92 (6), S. 254–258.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2019): Die Selbständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit. Das neue Begutachtungsinstrument der sozialen Pflegeversicherung. Hg. v. MDS. Online verfügbar unter [https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/19-05-20\\_NBI\\_Pflegebeduerftigkeit\\_Fach-Info.pdf](https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/19-05-20_NBI_Pflegebeduerftigkeit_Fach-Info.pdf), zuletzt geprüft am 08.07.2019.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen; GKV-Spitzenverband (2018): Begutachtungsanleitung Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V. Vorsorge und Rehabilitation. Hg. v. MDS. Online verfügbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/rehabilitation/richtlinien\\_un\\_d\\_vereinbarungen/begutachtungs\\_richtlinie/2018-07-02\\_Begutachtungsanleitung\\_Vorsorge-Reha\\_korrigiert.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/richtlinien_un_d_vereinbarungen/begutachtungs_richtlinie/2018-07-02_Begutachtungsanleitung_Vorsorge-Reha_korrigiert.pdf), zuletzt geprüft am 14.10.2019.

Meyer, Gabriele (2021): Pflege macht den Unterschied?! In: Bernadette Klapper, Irina Cichon (Hg.): Neustart! Für die Zukunft unseres Gesundheitswesens. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 429-434.

Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren (2014): Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014. Online verfügbar unter [https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/Geriatriekonzept\\_2014.pdf](https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/Geriatriekonzept_2014.pdf), zuletzt geprüft am 10.12.2019.

Morgan, David; Bottorff, Joan L. (2010): Advancing Our Craft: Focus Group Methods and Practice. In: *Qualitative Health Research* 20 (5), S. 579–581.

Motel-Klingebiel, Andreas; Klaus, Daniela; Simonson, Julia (2019): Befragungen von älteren und alten Menschen. In: Nina Baur und Jörg Blasius (Hg.): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS, S. 935–942.

Neubauer, Sarah; Zeidler, Jan; Lange, Ansgar; Grad von der Schulenburg, Johann-Matthias (2017): Prozessorientierter Leitfaden für die Analyse und Nutzung von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung. Baden-Baden: Nomos.

Panke-Kochinke, Birgit (2012): Augenscheinlich fehlgeleitet. Evidenz und Empirie. Methodische Postulate für eine qualitative Versorgungsforschung. In: *Pflege & Gesellschaft* 17 (1), S. 5–20.

Porst, Rolf (2014): Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. Wiesbaden: Springer VS.

Pöschel, Klaus; Spannhorst, Stefan (2018): Versorgung von Demenzkranken als multiprofessionelle Aufgabe. Unterschätzte Dimension und nationale Herausforderung. In: *Pflegezeitschrift* 71 (9), S. 50–54.

Pöschel, Klaus; Spannhorst, Stefan; Lautenschläger, Manuela; Höhmann, Ulrike (2018): Komplexe Einweisungsgründe für Menschen mit Demenz in eine Gerontopsychiatrie. Ergebnisse einer explorativen Dokumentenanalyse in den Jahren 2015-2016. In: *Pflege & Gesellschaft* 23 (2), S. 144–159.

Prückner, S.; Martin, S.; Kleinberger, Th.; Madler, C.; Luiz, Th. (2011): Logistische Aspekte in der Notfallmedizin beim alten Menschen. In: *Notfall + Rettungsmedizin* 14 (3), S. 197–201.

Prückner, Stephan; Luiz, Thomas; Steinbach-Nordmann, Silke; Nehmer, Jürgen; Danner, Klaus; Madler, Christian (2008): Notfallmedizin - Medizin für eine alternde Gesellschaft. Beitrag zum Kontext von Notarzteinsätzen bei alten Menschen. In: *Der Anaesthesist* 57 (4), S. 391–396.

Przyborski, Aglaja; Riegler, Julia (2020): Gruppendiskussion und Fokusgruppe. In: Günter Mey und Katja Mruck (Hg.): *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: Springer, S. 1–17.

Ritchie, Jane; Spencer, Liz (1994): Qualitative data analysis for applied policy research. In: Alan Bryman und Robert G. Burgess (Hg.): *Analyzing qualitative data*. London, New York: Routledge, S. 173–195.

Röhrig, Gabriele (2021): Geriatriische Diagnostik. In: *Forum* 36 (3), S. 220–223. DOI: 10.1007/s12312-021-00928-x.

Rutschmann, Olivier T.; Chevalley, Thierry; Zumwald, Catherine; Luthy, Christophe; Vermeulen, Bernard; Sarasin, François P. (2005): Pitfalls in the emergency department triage of frail elderly patients without specific complaints. In: *Swiss medical weekly* 135 (9-10), S. 145–150.

Samaras, Nikolaos; Chevalley, Thierry; Samaras, Dimitrios; Gold, Gabriel (2010): Older patients in the emergency department: a review. In: *Annals of Emergency Medicine* 56 (3), S. 261–269.

Schäfers, Markus; Schachler, Viviane; Schneekloth, Ulrich; Wacker, Elisabeth; Zeiler, Ekaterina (2016): Pretest Befragung in Einrichtungen der Behindertenhilfe. Abschlussbericht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS). Online verfügbar unter

[https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb471-pretest-befragung-in-einrichtungen.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb471-pretest-befragung-in-einrichtungen.pdf?__blob=publicationFile&v=1), zuletzt geprüft am 12.12.2019.

Schnell, Martin W. (2018): Die Framework Analysis im Licht der Wissenschaftstheorie. In: Martin W. Schnell, Christian Schulz-Quach und Christine Dunger (Hg.): 30 Gedanken zum Tod. Die Methode der Framework Analysis. Wiesbaden: Springer VS, S. 11–26.

Schuler, Mathias; Oster, Peter (2008): Geriatrie von A bis Z: der Praxis-Leitfaden; mit 66 Tabellen. Stuttgart/ New York: Schattauer.

Schuster, Susanne (2019): Schnittstelle: Geriatrie Primär- und Notfallversorgung. In: Pflegezeitschrift 72 (10), S. 24–27.

Schuster, Susanne; Singler, Katrin; Dormann, Harald (o. J.): GeriQ (c) Quality Indicators for Geriatric Emergency Care - Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die Versorgung geriatrischer Notfallpatienten. Online verfügbar unter [https://dgina.de/downloads/geriq\\_final.pdf](https://dgina.de/downloads/geriq_final.pdf), zuletzt geprüft am 31.10.2019.

Schweda, Mark; Coors, Michael; Mitzkat, Anika; Pfaller, Larissa; Rügger, Heinz; Schmidhuber, Martina et al. (2018): Ethische Aspekte des Alter(n)s im Kontext von Medizin und Gesundheitsversorgung: Problemaufriss und Forschungsperspektiven. In: Ethik Med 30 (1), S. 5–20. DOI: 10.1007/s00481-017-0456-6.

Singler, Katrin; Dormann, Harald; Dodt, Christoph; Heppner, Hans-Jürgen; Püllen, Rupert et al. (2016): Der geriatrische Patient in der Notaufnahme. In: Notfall + Rettungsmedizin 19 (6), S. 496–499.

Singler, Katrin; Heppner, Hans Jürgen (2017): Akut- und Notfallversorgung geriatrischer Patienten. Alte Wege - neue Pfade. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 50 (8), S. 669–671.

Srivastava, Aashish; Thomson, S. Bruce (2009): Framework Analysis: A Qualitative Methodology für Applied Policy Research. In: JOAAG 4 (2).

Steffen, Petra; Ommen, Oliver; Pfaff, Holger (2008): Die "Entschuldigungstendenz" bei Krankenhauspatienten. Die Bedeutung der "Entschuldigungstendenz" bei der Interpretation der Ergebnisse von Patientenbefragungen. In: Gesundheitswesen 70 (8-9), S. 532–540.

Strömberg, Anna (2004): Von Pflegepersonen geleitete Herzinsuffizienzambulanzen: Die zehnjährigen Erfahrungen in Schweden. In: Pflege (17), S. 237–242.

Sundmacher, Leonie; Schüttig, Wiebke (2016): Krankenhausaufenthalte infolge ambulant-sensitiver Diagnosen in Deutschland. In: Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich und Jürgen Wasem (Hg.): Krankenhaus-Report 2016. Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus. Stuttgart: Schattauer.

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung. Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Online verfügbar [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2014/Kurzfassung2014.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Kurzfassung2014.pdf), zuletzt geprüft am 22.10.2019.

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2010): Sondergutachten 2009. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Band I. Baden-Baden: Nomos Verlag.

Swart, Enno; Gothe, Holger; Geyer, Siegfried; Jaunzeme, Jelena.; Maier, Birga; Grobe, Thomas; Ihle, Peter (2015): Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS): Leitlinien und Empfehlungen. In: Gesundheitswesen 77 (2), S. 120–126.

Tausch, Anja P.; Menold, Natalja (2015): Methodische Aspekte der Durchführung von Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung: welche Anforderungen ergeben sich aufgrund der besonderen Zielgruppen und Fragestellungen? GESIS Papers, 2015/12. Köln. Online verfügbar unter

[https://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis\\_reihen/gesis\\_papers/GESIS-Papers\\_2015-12.pdf](https://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/gesis_papers/GESIS-Papers_2015-12.pdf), zuletzt geprüft am 08.07.2019.

van Reenen, Mandy; Janssen, Bas (2015): EQ-5D-5L User Guide. Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument. EuroQol Research Foundation.

Ward, Deborah J.; Furber, Christine; Tierney, Stephanie; Swallow, Veronica (2013): Using Framework Analysis in nursing research: a worked example. In: Journal of Advanced Nursing 69 (11), S. 2423–2431.

Wenke-Zobler, Juliane; Brunner, Corinne; Schäfer-Keller, Petra; Reutlinger, Barbara; Geest, Sabina de; Schubert, Maria et al. (2017): Verbessert eine pflegegeleitete Versorgung die Selbstpflegefähigkeiten? Eine quasi-experimentelle Studie. In: Klinische Pflegeforschung (3), S. 48–60.

Witzel, Andreas (1985): Das problemzentrierte Interview. In: Gerd Jüttemann (Hg.): Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder. Weinheim: Beltz, S. 227–255.

## 6. Anhang

- Anhang 1: Inferenzstatistischer Vergleich

## 7. Anlagen

- Anlage 1: Schriftliche Patient\*innenbefragung t1
- Anlage 2: Schriftliche Patient\*innenbefragung t2
- Anlage 3: Interview-Leitfaden Patient\*inneninterviews
- Anlage 4: Leitfaden Fokusgruppe Pflegende t1
- Anlage 5: Leitfaden Fokusgruppe Pflegende t2
- Anlage 6: Leitfaden Expert\*inneninterviews mit Mitarbeitenden
- Anlage 7: Befragung zuweisender Ärzt\*innen
- Anlage 8: Interview-Leitfaden zuweisende Haus- und Fachärzt\*innen

Anmerkung: Die schriftliche Patient\*innenbefragung t0 bestand ausschließlich aus dem Instrument des EQ-5D-5L und ist folglich nicht Bestandteil der Anlagen.

## Anhang 1: Inferenzstatistischer Vergleich

Tabelle 1: Inferenzstatistischer Vergleich EQ-5D-5L

Gesundheitszustand bzgl. Beweglichkeit/ Mobilität	p-Wert	n	Z (standardisierte Teststatistik)
Inferenzstatistischer Vergleich zwischen t0 und t1	p<0,01	n=128	Z=5,531
Inferenzstatistischer Vergleich zwischen t0 und t2	p<0,01	n=35	Z=3,419
Inferenzstatistischer Vergleich zwischen t1 und t2	p=0,106	n=33	Z=1,615

Quelle: eigene Darstellung

Tabelle 2: Inferenzstatistischer Vergleich EQ-5D-5L: Für sich selbst sorgen

Gesundheitszustand bzgl. Für sich selbst sorgen	p-Wert	n	Z (standardisierte Teststatistik)
Inferenzstatistischer Vergleich zwischen t0 und t1	p<0,01	n=129	Z=6,170
Inferenzstatistischer Vergleich zwischen t0 und t2	p<0,01	n=36	Z=3,586
Inferenzstatistischer Vergleich zwischen t1 und t2	p=0,227	n=35	Z=1,209

Quelle: eigene Darstellung

Tabelle 3: Inferenzstatistischer Vergleich EQ-5D-5L: Alltägliche Tätigkeiten

Gesundheitszustand bzgl. Alltägliche Tätigkeiten	p-Wert	n	Z (standardisierte Teststatistik)
Inferenzstatistischer Vergleich zwischen t0 und t1	p< 0,01	n=128	Z=5,661
Inferenzstatistischer Vergleich zwischen t0 und t2	p=0,008	n=35	Z=2,644

<b>Inferenzstatistischer Vergleich zwischen t1 und t2</b>	p=1	n=35	Z=0
-----------------------------------------------------------	-----	------	-----

Quelle: eigene Darstellung

Tabelle 4: Inferenzstatistischer Vergleich EQ 5D-5L: Schmerzen/körperliche Beschwerden

<b>Gesundheitszustand bzgl. Schmerzen/ körperliche Beschwerden</b>	<b>p-Wert</b>	<b>n</b>	<b>Z (standardisierte Teststatistik)</b>
<b>Inferenzstatistischer Vergleich zwischen t0 und t1</b>	p<0,01	n=126	Z=3,325
<b>Inferenzstatistischer Vergleich zwischen t0 und t2</b>	p=0,009	n=36	Z=2,623
<b>Inferenzstatistischer Vergleich zwischen t1 und t2</b>	p=0,603	n=35	Z=0,519

Quelle: eigene Darstellung

Tabelle 5: Inferenzstatistischer Vergleich EQ 5D-5L: Angst/Niedergeschlagenheit

<b>Gesundheitszustand bzgl. Angst/ Niedergeschlagenheit</b>	<b>p-Wert</b>	<b>n</b>	<b>Z (standardisierte Teststatistik)</b>
<b>Inferenzstatistischer Vergleich zwischen t0 und t1</b>	P<0,01	n=128	Z=5,467
<b>Inferenzstatistischer Vergleich zwischen t0 und t2</b>	p=0,001	n=37	Z=3,264
<b>Inferenzstatistischer Vergleich zwischen t1 und t2</b>	p=0,592	n=35	Z=0,536

Quelle: eigene Darstellung

Tabelle 6: Inferenzstatistischer Vergleich EQ 5D-5L: Heutiger Gesundheitszustand

<b>Heutiger Gesundheitszustand</b>	<b>n</b>	<b>p</b>	<b>T</b>	<b>df</b>	<b>Mean1 (sd1)</b>	<b>Mean2 (sd2)</b>
<b>Inferenzstatistischer Vergleich Skalenwert zwischen t0 und t1</b>	n=61	p<0,01	T=2,890	60	mean=55,54 (sd=20,781)	mean=45,00 (sd=20,115)
<b>Inferenzstatistischer Vergleich Skalenwert zwischen t0 und t2</b>	n=19	p=0,218	T=1,276	18	mean=57,63 (sd=21,945)	mean=48,26 (sd=26,206)

<b>Inferenzstatistischer Vergleich Skalenwert zwischen t1 und t2</b>	n=20	p=0,856	T=0,184	19	mean=48,35 (sd=19,966)	mean=47,60 (sd=26,035)
<b>Inferenzstatistischer Vergleich numerischer Wert zwischen t0 und t1</b>	n=109	p<0,01	T=5,194	108	mean=56,22 (sd=18,958)	mean=43,45 (sd=20,038)
<b>Inferenzstatistischer Vergleich numerischer Wert zwischen t0 und t2</b>	n=31	p=0,179	T=1,375	30	mean=53,55 (sd=20,502)	mean=46,35 (sd=24,363)
<b>Inferenzstatistischer Vergleich numerischer Wert zwischen t1 und t2</b>	n=33	p=0,756	T=-0,313	32	mean=45,12 (sd=21,004)	mean=46,12 (sd=24,493)

Quelle: eigene Darstellung

## Anlage 1: Schriftliche Patient\*innenbefragung t1

Fragebogencode: \_\_\_\_\_

### Hinweis:

Sollten Sie mehrfach im GeriNoVe Patient\*in gewesen sein, beantworten Sie bitte alle nachfolgenden Fragen aus Perspektive Ihrer ersten GeriNoVe-Versorgung.

Bitte füllen Sie die Kästchen wie nachfolgend abgebildet aus ☒. Sofern nicht anders beschrieben, kreuzen Sie bitte jeweils eine Antwortmöglichkeit an.

## 1 Ihre erste GeriNoVe-Versorgung

### 1.1 Welche Stelle bzw. Person hat Sie an das GeriNoVe verwiesen?

- Ambulanter Pflegedienst
- Krankenhausnotaufnahme
- Ärztlicher Bereitschaftsdienst (am Wochenende oder nachts)
- Arzt/Ärztin (z. B. Hausarzt/-ärztin)
- Rettungsdienst (z. B. Einsatz über Notrufnummer 112)
- Anderer Zugangsweg: \_\_\_\_\_

### 1.2 Wie lange dauerte Ihr erster Aufenthalt im GeriNoVe?

- \_\_\_\_\_ Tage
- Ich verbrachte nur wenige Stunden im GeriNoVe

### 1.3 Wie bewerten Sie insgesamt die Qualität der Versorgung, die Sie im GeriNoVe erhalten haben?

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sehr gut                 | Gut                      | Befriedigend             | Ausreichend              | Mangelhaft               | Ungenügend               |

### 1.4 Wie häufig waren Sie bislang Patient\*in im GeriNoVe?

- 1 Mal
- 2 Mal
- 3 bis 5 Mal
- Mehr als 5 Mal



**1.5 Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?**

	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Die Aufnahme in das GeriNoVe verlief zügig und reibungslos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe die Versorgung im GeriNoVe als wenig belastend empfunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Versorgung im GeriNoVe war aus meiner Sicht ein Erfolg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Personal hat mir alles so erklärt, dass ich es auch verstehen konnte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühlte mich angemessen über alles informiert (z. B. den Tagesablauf, geplante Untersuchungen, Umgang mit Erkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte den Eindruck, dass das Personal fachlich sehr kompetent ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Personal in GeriNoVe gab mir widersprüchliche Auskünfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im GeriNoVe ist man als Patient*in gut aufgehoben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde meinen Freund*innen auf jeden Fall das GeriNoVe empfehlen, wenn sie ähnliche Hilfe benötigen würden, wie ich damals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde bei Bedarf das GeriNoVe wieder aufsuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**1.6 [Standardisiertes Instrument: Entschuldigungstendenz, siehe Steffen et al. 2008]**

**1.7 Was haben Sie an der GeriNoVe-Versorgung als besonders gut bzw. angenehm empfunden?**

---

---

---

**1.8 Was haben Sie an der GeriNoVe-Versorgung als besonders schlecht bzw. unangenehm empfunden?**

---

---

---

**1.9 Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie für das GeriNoVe?**

---

---

---

**1.10 GeriNoVe ist ein bundesweit einzigartiges, neues Modellprojekt. Wie würden Sie persönlich die Notwendigkeit der Versorgungsform GeriNoVe bewerten?**

- Absolut notwendig     Notwendig     Verzichtbar     Überflüssig

## 2 Entlassung aus dem GeriNoVe

**2.1 Inwieweit stimmen Sie der folgenden Aussage zu?**

*„Ich wusste zum Zeitpunkt meiner Entlassung aus dem GeriNoVe, wie es danach mit meiner pflegerischen Versorgung weitergeht.“*

- Stimme völlig zu     Stimme eher zu     Stimme eher nicht zu     Stimme gar nicht zu

**2.2 Wurde Ihre pflegerische und/oder soziale Versorgung durch das GeriNoVe in irgendeiner Weise neu- bzw. umorganisiert?**

Ja

Nein

*Falls ja, bitte weiter mit der nächsten Seite*

*Falls nein, bitte weiter ab Seite 5 mit der Frage 3.1*

**2.3 Welche Personen haben sich nach Ihrem GeriNoVe-Aufenthalt an Ihrer Versorgung neu beteiligt, wieder beteiligt oder haben aufgehört, sich daran zu beteiligen?**

	Neu beteiligt	Wieder beteiligt	Aufgehört, sich zu beteiligen
Partner*in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind(er)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Angehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachbar*innen/Freund*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24-Std.-Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haushaltshilfe (z. B. Reinigungskraft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2.4 Welche Dienste und Angebote sind nach Ihrem GeriNoVe-Aufenthalt an Ihrer Versorgung neu beteiligt, wieder beteiligt oder aber weggefallen?**

	Neu beteiligt	Wieder beteiligt	Weggefallen
Organisierte Nachbarschaftshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen auf Rädern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulanter Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tages-/Nachtpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alltagsbetreuung/-begleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vollstationäre Pflege (z. B. Pflegeheim)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsmittel (z. B. Rollator, Pflegebett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhinderungspflege (als vorübergehende Vertretung der eigentlichen Pflegeperson)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Technische Unterstützung (z. B. Hausnotruf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnumfeldverbesserungen (z. B. barrierefreies Badezimmer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2.5 Konnte die Anschlussversorgung auch so umgesetzt werden, wie es bei der Entlassung aus dem GeriNoVe besprochen war?**

- Ja, in vollem Umfang     Ja, teilweise     Nein, in keinster Weise

**2.6 Inwieweit hat GeriNoVe Ihre Versorgungssituation stabilisiert?**

- Voll und ganz  
 Eher  
 Eher nicht  
 Überhaupt nicht  
 GeriNoVe hat meine Versorgungssituation instabiler gemacht  
 Ich habe keine Hilfe zur Stabilisierung meiner Versorgungssituation benötigt

### **3 Gesundheit und Alltag**

**3.1 [Standardisiertes Instrument: Brief Social Support Scale (BS 6), siehe Beutel et al. 2012]**



### 3.3 Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

- Ausgezeichnet     Sehr gut     Gut     Weniger gut     Schlecht

### 3.4 [Standardisiertes Instrument: EQ-5D-5L, siehe van Reenen & Janssen 2015]

## 4 Persönliche Angaben

### 4.1 Welches Geschlecht haben Sie?

- Männlich                       Weiblich

### 4.2 Welcher Altersgruppe gehören Sie an?

- Unter 70 Jahre  
 70 – 74 Jahre  
 75 – 79 Jahre  
 80 – 84 Jahre  
 85 – 89 Jahre  
 90 – 95 Jahre  
 Über 95 Jahre

### 4.3 Wo wohnen Sie?

- Dorf oder Kleinstadt mit weniger als 20.000 Einwohner\*innen  
 Stadt mit 20.000 oder mehr Einwohner\*innen

### 4.4 Wer gehört aktuell zu Ihrem Haushalt (ausgenommen 24-Std.-Betreuung)?

- Ich lebe alleine  
 Ich lebe zusammen mit (Ehe-)Partner\*in  
 Ich lebe zusammen mit (Ehe-)Partner\*in und Kind(ern) oder Enkel\*innen  
 Ich lebe zusammen mit Kind(ern) oder Enkel\*innen  
 Ich lebe zusammen mit anderen, hier nicht genannten Personen

**4.5 In welcher Wohnform leben Sie momentan?**

- In einer Mietwohnung oder einem Mietshaus
- In Eigentumswohnung oder eigenem Haus
- Im Betreuten Wohnen
- In einer stationären Altenhilfeeinrichtung (Senior\*innenheim/Pflegeheim)
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**4.6 Sind Sie in Deutschland geboren?**

- Ja
- Nein

**4.7 Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?**

- Haupt-/Volksschulabschluss
- Mittlere Reife/Fachschulreife
- Abitur/Fachhochschulreife
- Anderer Schulabschluss: \_\_\_\_\_
- Keinen Schulabschluss

**4.8 Welchen höchsten beruflichen Abschluss haben Sie?**

- Ausbildungsabschluss/Lehre
- Hochschulabschluss
- Anderer Berufsabschluss: \_\_\_\_\_
- Keinen Berufsabschluss

**4.9 In welchen Pflegegrad sind Sie aktuell eingestuft?**

- Keinen
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Weiß ich nicht

#### 4.10 Wer unterstützt Sie beim Ausfüllen dieses Fragebogens?

- Ich fülle den Fragebogen alleine aus
- Ich fülle den Fragebogen gemeinsam mit einer anderen Person aus
- Eine andere Person füllt den Fragebogen stellvertretend für mich aus

**Möchten Sie uns abschließend noch etwas mitteilen?**

---

---

---

**Vielen herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!**



## Anlage 2: Schriftliche Patient\*innenbefragung t2

Fragebogencode: \_\_\_\_\_

### Hinweis:

Bitte füllen Sie die Kästchen wie nachfolgend abgebildet aus: ☒. Sofern nicht anders beschrieben, kreuzen Sie bitte jeweils eine Antwortmöglichkeit an.

Sollten Sie mehrfach im GeriNoVe Patient\*in gewesen sein, beantworten Sie bitte alle nachfolgenden Fragen aus Perspektive Ihrer ersten GeriNoVe-Versorgung, sofern nicht anders beschrieben.

## 1 GeriNoVe-Versorgung

### 1.1 Wie häufig waren Sie bisher als Patient\*in im GeriNoVe?

- 1 Mal     2 Mal     Mehr als 2 Mal

### 1.2 Falls Sie mehr als 1 Mal im GeriNoVe waren, was waren die Gründe für Ihre Wiederaufnahme(n)?

---

---

---

### 1.3 Haben Sie allgemein den Eindruck, dass Ihnen GeriNoVe langfristig geholfen hat?

- Voll und ganz
- Eher
- Eher nicht
- In keiner Weise
- Es bestand nur kurzfristiger Hilfebedarf

1.4 Falls Sie den Eindruck haben, dass Ihnen GeriNoVe langfristig geholfen hat, in welchen Bereichen war dies der Fall?

---



---



---



---

1.5 In welchen Bereichen hätten Sie sich mehr Unterstützung durch das GeriNoVe gewünscht?

---



---



---



---



---



---

1.6 Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Rückblickend würde ich die Versorgung in GeriNoVe als vollen Erfolg beschreiben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückblickend konnte das GeriNoVe die richtigen Weichen für meine gesundheitliche und/oder pflegerische Situation stellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückblickend habe ich das Gefühl, zu früh aus dem GeriNoVe entlassen worden zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hätte mir von GeriNoVe eine weitere <u>nachsorgende</u> Begleitung und Unterstützung gewünscht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2 Pflegerische Versorgung

### 2.1 Welche pflegerische Unterstützung nehmen Sie momentan in Anspruch? (Mehrfachnennungen möglich)

- Keine pflegerische Unterstützung notwendig
- Angehörige/Nachbar\*innen/Freund\*innen
- Mit im Haushalt lebende Betreuungsperson (sog. 24-Std.-Betreuung)
- Ambulanter Pflegedienst
- Teilstationäre Angebote der Tages-/Nachtpflege
- Organisierte Nachbarschaftshilfe/Haushaltshilfe
- Betreutes Wohnen
- Stationäre Altenhilfeeinrichtung (Senior\*innenheim/Pflegeheim)
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### 2.2 Wie stabil erleben Sie Ihre momentane pflegerische Versorgungssituation?

- Voll und ganz stabil
- Eher stabil
- Eher nicht stabil
- Überhaupt nicht stabil

### 2.3 Was waren für Sie die größten pflegerischen und/oder gesundheitlichen Herausforderungen in den letzten 12 Monaten?

---

---

---

---

---

**2.4 Falls Sie in den letzten 12 Monaten pflegerische und/oder gesundheitliche Herausforderungen zu bewältigen hatten, an wen haben Sie sich gewandt?**  
(Mehrfachnennungen möglich)

- Angehörige/Nachbar\*innen/Freund\*innen
- Ambulanter Pflegedienst
- GeriNoVe
- Mit im Haushalt lebende Betreuungsperson (sog. 24-Std.-Betreuung)
- Krankenhausnotaufnahme
- Arzt/Ärztin
- Kranken- oder Pflegeversicherung
- Pflegestützpunkt
- Sonstige Beratungsstellen
- Andere und zwar: \_\_\_\_\_

**2.5 Wie häufig waren Sie in den letzten 12 Monaten als Patient\*in stationär (mit Übernachtung) in einem Krankenhaus (ohne GeriNoVe)?**

- 0 Mal     1 Mal     2 Mal     3 bis 5 Mal     Mehr als 5 Mal

**2.6 Wie häufig waren Sie in den letzten 12 Monaten als Patient\*in ambulant (z. B. Versorgung ausschließlich in der Notaufnahme oder ambulante Operation) in einem Krankenhaus (ohne GeriNoVe)?**

- 0 Mal     1 Mal     2 Mal     3 bis 5 Mal     Mehr als 5 Mal

**2.7 In welchen Pflegegrad sind Sie aktuell eingestuft?**

- Keinen     1     2     3     4     5     Weiß ich nicht

### 3 Aktuelle Gesundheit

3.1 [Standardisiertes Instrument: Brief Social Support Scale (BS 6), siehe Beutel et al. 2012]

3.2 Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

- Ausgezeichnet    Sehr gut    Gut    Weniger gut    Schlecht

3.3 [Standardisiertes Instrument: EQ-5D-5L, siehe van Reenen & Janssen 2015]

### 4 Persönliche Angaben

4.1 Wer gehört aktuell zu Ihrem Haushalt?

- Ich lebe alleine  
 Ich lebe zusammen mit (Ehe-)Partner\*in  
 Ich lebe zusammen mit (Ehe-)Partner\*in und Kind(ern) oder Enkel\*in(nen)  
 Ich lebe zusammen mit Kind(ern) oder Enkel\*in(nen)  
 Ich lebe zusammen mit anderen, hier nicht genannten Personen

4.2 Wer hat Sie beim Ausfüllen dieses Fragebogens unterstützt?

- Ich habe den Fragebogen alleine ausgefüllt  
 Ich habe den Fragebogen gemeinsam mit einer anderen Person ausgefüllt  
 Eine andere Person hat den Fragebogen stellvertretend für mich ausgefüllt

**Möchten Sie uns abschließend noch etwas mitteilen?**

---

---

---

**Vielen herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!**

### **Anlage 3: Interviewleitfaden Patient\*inneninterviews**

Leitfrage	Themenbereiche
<p>Zu Beginn unseres Gespräches möchte ich Sie bitten, mir zu berichten, wie es zu Ihrer Zuweisung in das GeriNoVe kam.</p> <p>Ziel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gründe für Versorgung</li> <li>• Zugangswege</li> <li>• Ggf. Bekanntheit von GeriNoVe</li> <li>• Klassische Nutzer*innengruppen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was war der Grund/was waren Gründe, die dazu geführt haben, dass Sie in das GeriNoVe aufgenommen wurden? <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Beschreiben Sie mir bitte die damalige Problematik. (Selbstpflegefähigkeit, Mobilität, Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen, soziale Kontakte, Sicherheitsgefühl)</i></li> <li>• <i>Wie waren zu diesem Zeitpunkt Ihre Lebensumstände?</i></li> </ul> </li> <li>• Wie war dann Ihr Weg, wie sind Sie in das GeriNoVe gekommen? <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>An wen haben Sie sich gewandt, als sie das Problem/die Problematik bemerkt haben?</i></li> <li>• <i>An welche Personen oder Institutionen wurden Sie verwiesen bzw. mussten Sie sich wenden bis Sie schließlich in das GeriNoVe kamen?</i></li> <li>• <i>Wer hat Ihnen den Vorschlag gemacht, aufgrund dieser Problematik ins GeriNoVe zu gehen?</i></li> </ul> </li> <li>• Mit welchen persönlichen Erwartungen sind Sie in das GeriNoVe gegangen?</li> </ul>
<p>Nun geht es um Ihre Erfahrungen, die Sie während Ihres Aufenthalts in GeriNoVe mit der Versorgung gemacht haben.</p> <p>Ziel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Subjektives Erleben</li> <li>• Erfahrungen</li> <li>• Zufriedenheit</li> <li>• Vergleich zur Regelversorgung</li> <li>• Akzeptanz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn Sie auf Ihren Aufenthalt im GeriNoVe zurückblicken: Wie zufrieden sind Sie mit der GeriNoVe-Versorgung? <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Was hat Ihnen gut gefallen?</i></li> <li>• <i>Womit waren Sie unzufrieden?</i></li> <li>• <i>Was haben Sie an dem Versorgungsangebot von GeriNoVe vermisst?</i></li> </ul> </li> <li>• Welche Situation während Ihres GeriNoVe-Aufenthaltes ist Ihnen denn besonders im Gedächtnis geblieben?</li> <li>• Welche Berufsgruppe (Soziale Arbeit, Arzt, Pflege, Betreuung) war für Sie der wichtigste Ansprechpartner im GeriNoVe?</li> <li>• Wie haben Sie die Rolle der Pflege wahrgenommen? ggf. nach einem Beispiel fragen?</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GeriNoVe hat den Anspruch, etwas Neues, etwas Anderes als eine Krankenhausversorgung zu sein. <i>War das für Sie spürbar? Inwiefern ja, inwiefern nein?</i></li> </ul>
<p>Welche Auswirkungen hatte und hat die GeriNoVe-Versorgung auf Ihren Alltag?</p> <p>Ziel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perceived value of care</li> <li>• Auswirkungen von GeriNoVe</li> <li>• Veränderungen im Alltag</li> <li>• Schnittstellen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Veränderungen haben sich durch GeriNoVe in Ihrem Alltag ergeben? (Professionell/ auch alltagspraktisch) <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Können Sie mir das bitte anhand eines Beispiels Ihrer Wahl vertiefen? (Selbstpflegefähigkeit, Mobilität, Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen, soziale Kontakte, Sicherheitsgefühl)</i></li> </ul> </li> <li>• Inwiefern haben sich Ihre Erwartungen an den Aufenthalt in GeriNoVe erfüllt/ nicht erfüllt? <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Was hätten Sie im GeriNoVe noch gebraucht, um die Erwartungen zu erfüllen?</i></li> </ul> </li> <li>• Haben Sie mit Ihrem Hausarzt über Ihren Aufenthalt in GeriNoVe gesprochen? <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Falls ja: Was wurde thematisiert? Über was haben Sie gesprochen?</i></li> </ul> </li> <li>• Ggf.: Haben Sie mit Ihrem Pflegedienst über Ihren Aufenthalt in GeriNoVe gesprochen?</li> <li>• Wurde das, was pflegerisch im GeriNoVe angeregt wurde, mit Ihrem Pflegedienst kommuniziert? Durch wen? <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Falls ja: Was wurde thematisiert? Über was haben Sie gesprochen?</i></li> </ul> </li> </ul>
<p>Sie haben mir nun alle Fragen auf meiner Liste beantwortet. Ganz herzlichen Dank dafür. Gibt es von Ihrer Seite noch etwas, was Sie abschließend zu den gestellten Fragen oder zum Modellprojekt GeriNoVe noch ergänzen möchten?</p>	

Im Anschluss: Abfragen des Kurzfragebogens (s. u.)

**Noch ein Hinweis:**

In der nächsten Zeit werden Sie auch noch einen Fragebogen erhalten, der standardisiert an alle Patienten und Patientinnen 3 Monate nach dem GeriNoVe-Aufenthalt versendet wird.



## Kurzfragebogen nach der Interviewdurchführung

Interview-Nr.: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Anzahl bisheriger GeriNoVe-Aufenthalte: \_\_\_\_\_

Pflegegrad:  kein Pflegegrad  1  2  3  4  5  nicht bekannt

Wohnform:  Häuslichkeit  Betreutes Wohnen  Pflegeheim  \_\_\_\_\_

Wohnort:  Dorf/Kleinstadt  Stadt

Geschlecht:  weiblich  männlich

Aufnahmegrund: \_\_\_\_\_

Aufnahmeindikation:  soziale Indikation  pflegerische Indikation

Dritte anwesend:  nein  ja: \_\_\_\_\_

Postskript:

---

---

---

---

---

---

---

---

#### Anlage 4: Leitfaden Fokusgruppen Pflegende t1

Themenbereiche	Leitfragen		Zeit in Minuten
<p>Einstiegsfrage</p> <p>Ziel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivation zur Mitarbeit</li> <li>• Abbildung des professionellen Selbstverständnisses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was hat Sie bewogen sich im GeriNoVe zu bewerben?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Rolle hat dabei die Konzeption von GeriNoVe gespielt, sowohl inhaltlich als auch die (pflegerische) Organisationsform?</li> </ul>	20
<p>Evaluation der professionellen Rollen</p> <p>Ziel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abbildung des professionellen Selbstverständnisses</li> <li>• Beurteilung des neuen Versorgungsangebots aus professioneller/fachspezifischer Sicht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sie treffen zufällig eine ehemalige Kollegin, die bisher noch nichts von GeriNoVe gehört hat. Wie beschreiben Sie ihr die Rolle der Pflege im GeriNoVe?</li> <li>• Welche Rolle übernehmen der Arzt, die Ärztin in GeriNoVe?</li> <li>• Wie bewerten Sie die bestehende Aufgabenteilung zwischen Pflege und Medizin?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie würden Sie der ehemaligen Kollegin Unterschiede im Vergleich zur Regelversorgung beschreiben?</li> <li>• Wie beschreiben Sie ihr die Rolle des Case-Managements im GeriNoVe? Wie würden Sie der ehemaligen Kollegin Unterschiede im Vergleich zur Regelversorgung beschreiben?</li> <li>• Gibt es Aufgaben, die die Pflege konzeptionell vom Arzt übernehmen könnte? Welche sind dies?</li> <li>• Für welche Aufgaben ist die Anwesenheit eines Arztes/ einer Ärztin unabdingbar?</li> </ul>	40

<p>Evaluation des Versorgungskonzepts</p> <p>Ziel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beurteilung des neuen Versorgungsangebots aus professioneller/fachspezifischer Sicht</li> </ul>	<p>Nun geht es um die Beurteilung von GeriNoVe im Kontext des bestehenden Gesundheitssystems.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wo sehen Sie Schwächen bei GeriNoVe?</li> <li>• Wo sehen Sie Stärken von GeriNoVe?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche konzeptionellen Verbesserungs-/Ergänzungsbedarfe würden Sie aus den gerade genannten Schwächen ableiten?</li> <li>• Worin besteht aus Ihrer Sicht der Mehrwert des GeriNoVe für die Patient*innen?</li> </ul>	<p>30</p>
<p>Unsere Fragen sind nun beantwortet. Ganz herzlichen Dank dafür. Gibt es von Ihrer Seite noch etwas, was Sie gerne kurz ergänzen möchten?</p>			<p>Summe: 90</p>

## Begleitfragebogen

**Welches Geschlecht haben Sie?**

- Männlich       Weiblich       Divers

**Wie alt sind Sie?**

\_\_\_\_\_ Jahre

**Was ist Ihr höchster beruflicher Abschluss?**

- Arzt (ohne/mit Dr.)  
 Akademischer Abschluss in der Pflege (B.A./M.A./Dr.)  
 examinierte\*r Gesundheits- und Krankenpfleger\*in bzw. Altenpfleger\*in  
 Pflegehelfer\*in bzw. Altenpflegehelfer\*in  
 Sonstige pflegerische/ärztliche Ausbildung, und zwar: \_\_\_\_\_

**Verfügen Sie über Weiterbildungsabschlüsse?**

- Ja       Nein

**Falls Ja, welche:**

---

---

---

**Über wie viele Jahre Berufserfahrung in der Pflege bzw. im ärztlichen Bereich verfügen Sie?**

\_\_\_\_\_ Jahre

**Wie viele Jahre waren Sie davon speziell in der Geriatrie/geriatrischen Pflege/Altenpflege (ambulant und stationär) tätig?**

\_\_\_\_\_ Jahre

## **Anlage 5: Leitfaden Fokusgruppen Pflegende t2**

Themenbereiche	Leitfragen	Differenzierte Fragestellungen	Zeit in Minuten
<p>Zuweisung zum GeriNoVe</p> <p>Ziel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beurteilung der Zuweisung im Hinblick auf Stärken und Schwächen</li> <li>• Erörtern von Entwicklungsprozessen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn Sie an den Zuweisungsprozess ins GeriNoVe denken, worin sehen Sie Stärken?</li> <li>• Wenn Sie an den Zuweisungsprozess ins GeriNoVe denken, worin sehen Sie Schwächen?</li> <li>• Wo sehen Sie im Laufe des Projektzeitraums Entwicklungen im Hinblick auf die Zuweisung?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit den Zuweisern? (z. B. Informationsfluss, Kommunikation) (z.B. Hausärzte, Notaufnahmen, Pflegedienste)</li> <li>• Wie beurteilen Sie die Zuweisungskriterien für die Aufnahme ins GeriNoVe? Wie beurteilen Sie deren Umsetzung im Alltag?</li> <li>• Welche Veränderungen am Zuweisungsprozess wurden im Laufe des Projektzeitraums durch das GeriNoVe vorgenommen?</li> <li>• Wie könnte die Zuweisung zum GeriNoVe verbessert werden?</li> </ul>	30
<p>Versorgung im GeriNoVe</p> <p>Ziel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beurteilung der Versorgung im Hinblick auf Stärken und Schwächen</li> <li>• Erörtern von Entwicklungsprozessen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn Sie an die Versorgung der Patient*innen im GeriNoVe denken, worin sehen Sie Stärken?</li> <li>• Wenn Sie an die Versorgung der Patient*innen im GeriNoVe denken, worin sehen Sie Schwächen?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie beurteilen Sie die Versorgungsqualität für die Patient*innen im GeriNoVe insgesamt (im Vergleich mit der Regelversorgung)?</li> <li>• Wie beurteilen Sie die Arbeitsbedingungen im GeriNoVe für die direkte Arbeit mit den Patient*innen (im Vergleich mit der Regelversorgung)? (strukturell und inhaltlich)</li> </ul>	30

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wo sehen Sie im Laufe des Projektzeitraums Entwicklungen im Hinblick auf die Versorgung?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Veränderungen in der Versorgung wurden im Laufe des Projektzeitraums durch das GeriNoVe vorgenommen?</li> <li>• Wie könnte die Versorgung im GeriNoVe verbessert werden?</li> </ul>	
<p>Entlassung aus dem GeriNoVe</p> <p>Ziel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beurteilung der Entlassung im Hinblick auf Stärken und Schwächen</li> <li>• Erörtern von Entwicklungsprozessen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn Sie an den Entlassprozess aus dem GeriNoVe denken, worin sehen Sie Stärken?</li> <li>• Wenn Sie an den Entlassprozess aus dem GeriNoVe denken, worin sehen Sie Schwächen?</li> <li>• Wo sehen Sie im Laufe des Projektzeitraums Entwicklungen im Hinblick auf den Entlassprozess?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie beurteilen Sie den Entlassprozess aus dem GeriNoVe (im Vergleich zur Regelversorgung)?</li> <li>• Wie beurteilen Sie die Kommunikation und die Zusammenarbeit mit den Patient*innen und ggf. Angehörigen im Rahmen der Organisation der Anschlussversorgung?</li> <li>• Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen oder Diensten im Rahmen der Organisation der Anschlussversorgung?</li> <li>• Welche Veränderungen wurden im Laufe des Projektzeitraums durch das GeriNoVe bei der Entlassung vorgenommen?</li> <li>• Wie könnte die Entlassung aus dem GeriNoVe verbessert werden?</li> </ul>	30
<p>Unsere Fragen sind nun beantwortet. Ganz herzlichen Dank dafür. Gibt es von Ihrer Seite noch etwas, was Sie gerne ergänzen möchten?</p>			<p>Summe:90</p>

## Begleitfragebogen

### Welches Geschlecht haben Sie?

- Männlich       Weiblich       Divers

### Wie alt sind Sie?

\_\_\_\_\_ Jahre

### Was ist Ihr höchster beruflicher Abschluss?

- Arzt (ohne/mit Dr.)  
 Akademischer Abschluss in der Pflege (B.A./M.A./Dr.)  
 examinierte\*r Gesundheits- und Krankenpfleger\*in bzw. Altenpfleger\*in  
 Pflegehelfer\*in bzw. Altenpflegehelfer\*in  
 Sonstige pflegerische/ärztliche Ausbildung, und zwar: \_\_\_\_\_

### Verfügen Sie über Weiterbildungsabschlüsse?

- Ja       Nein

### Falls Ja, welche:

---

---

---

### Über wie viele Jahre Berufserfahrung in der Pflege bzw. im ärztlichen Bereich verfügen Sie?

\_\_\_\_\_ Jahre

### Wie viele Jahre waren Sie davon speziell in der Geriatrie/geriatrischen Pflege/Altenpflege (ambulant und stationär) tätig?

\_\_\_\_\_ Jahre

### Haben Sie bereits an der Fokusgruppe im Dezember 2020 teilgenommen?

- Ja       Nein



## **Anlage 6: Leitfaden Expert\*inneninterviews mit Mitarbeitenden**

Themenbereiche	Leitfragen	Differenzierte Fragestellungen	Zeit in Minuten
<p>Zuweisung zum GeriNoVe</p> <p>Ziel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erörtern von Entwicklungsprozessen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie hat sich der Zuweisungsprozess über den Projektzeitraum hin entwickelt?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was würden Sie abschließend als Stärke des Zuweisungsprozesses beschreiben?</li> <li>• Was würden Sie abschließend als Schwäche des Zuweisungsprozesses beschreiben?</li> </ul>	10
<p>Versorgung im GeriNoVe</p> <p>Ziel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erörtern von Entwicklungsprozessen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie hat sich die Versorgung des GeriNoVe über den Projektzeitraum hin entwickelt?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was würden Sie abschließend als Stärke der Versorgung im GeriNoVe beschreiben?</li> <li>• Was würden Sie abschließend als Schwäche der Zuweisung beschreiben?</li> </ul>	15

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche zusätzlichen Qualifizierungen sind für Ihre Berufsgruppe sinnvoll?</li> </ul>		
<p>Entlassung aus dem GeriNoVe</p> <p>Ziel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erörtern von Entwicklungsprozessen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie hat sich der Entlassprozess aus dem GeriNoVe über den Projektzeitraum hin entwickelt?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was würden Sie abschließend als Stärke des Entlassprozesses aus dem GeriNoVe beschreiben?</li> <li>• Was würden Sie abschließend als Schwäche des Entlassprozesses beschreiben?</li> </ul>	10
<p>Arbeiten im GeriNoVe</p> <p>Ziel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erörtern der Attraktivität des GeriNoVe als Arbeitsumfeld</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie beurteilen Sie als Mitarbeitende die Attraktivität des GeriNoVe als Arbeitsumfeld?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gibt es im Vergleich zur Arbeit in der Regelversorgung Aspekte, die die Arbeit im GeriNoVe attraktiver machen?</li> <li>• Gibt es im Vergleich zur Arbeit in der Regelversorgung Aspekte, die die Arbeit im</li> </ul>	10

		<p>GerinoVe weniger attraktiv machen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie könnte die Arbeit in einem interdisziplinären Setting wie dem GerinoVe für Mitarbeitende attraktiver gestaltet werden?</li> </ul>	
Begleitfragebogen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abfragen des standardisierten Begleitfragebogens</li> </ul>		
<p>Unsere Fragen sind nun beantwortet. Ganz herzlichen Dank dafür. Gibt es von Ihrer Seite noch etwas, das Sie gerne ergänzen möchten?</p>			<p>Summe: 45</p>

## Begleitfragebogen

### Welches Geschlecht haben Sie?

- Männlich       Weiblich       Divers

### Wie alt sind Sie?

\_\_\_\_\_ Jahre

### Was ist Ihr höchster beruflicher Abschluss?

- Arzt (ohne/mit Dr.)  
 Akademischer Abschluss in der Pflege (B.A./M.A./Dr.)  
 examinierte\*r Gesundheits- und Krankenpfleger\*in bzw. Altenpfleger\*in  
 Pflegehelfer\*in bzw. Altenpflegehelfer\*in  
 Sonstige pflegerische/ärztliche Ausbildung, und zwar: \_\_\_\_\_

### Verfügen Sie über Weiterbildungsabschlüsse?

- Ja       Nein

### Falls Ja, welche:

---

---

### Über wie viele Jahre Berufserfahrung in der Pflege bzw. im ärztlichen Bereich verfügen Sie?

\_\_\_\_\_ Jahre

### Wie viele Jahre waren Sie davon speziell in der Geriatrie/geriatriischen Pflege/Altenpflege (ambulant und stationär) tätig?

\_\_\_\_\_ Jahre

### Haben Sie an der Fokusgruppe im Dezember 2020 teilgenommen?

- Ja       Nein

### Haben Sie an der zweiten Fokusgruppe im Juli 2021 teilgenommen?

- Ja       Nein

## Anlage 7: Befragung zuweisender Ärzt\*innen

### Hinweis:

Bitte füllen Sie die Kästchen wie nachfolgend abgebildet aus ☒. Sofern nicht anders beschrieben, kreuzen Sie bitte jeweils eine Antwortmöglichkeit an.

## 1 GeriNoVe-Zuweisung

### 1.1 Wie bzw. durch wen wurden Sie auf das GeriNoVe aufmerksam? (Mehrfachantworten möglich)

- Ambulanter Pflegedienst
- Empfehlung eines\*r Kollegen\*in
- Presse
- Informationsveranstaltung des Medizin Campus Bodensee
- Zugesandter Flyer des Medizin Campus Bodensee
- Internet
- Information durch Patient\*in
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### 1.2 Inwieweit ist Ihnen bekannt, welche Patient\*innen Sie dem GeriNoVe zuweisen können?

- Voll und ganz       Eher       Eher nicht       Gar nicht

**1.3 Wie zufrieden sind Sie mit folgenden Aspekten der Zuweisung Ihrer Patient\*innen in das GeriNoVe?**

	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher nicht zufrieden	Gar nicht zufrieden	Kann ich nicht beurteilen
Telefonische Erreichbarkeit des GeriNoVe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein ärztlicher formaler Aufwand bei der Zuweisung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir aus GeriNoVe zur Verfügung gestellte Informationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wartezeit meiner Patient*innen bis zur Aufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachvollziehbarkeit der Gründe für eine Ablehnung meiner Patient*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**1.4 Wie zufrieden sind Sie mit dem Zuweisungsprozess ins GeriNoVe insgesamt?**

Sehr     Eher     Eher nicht     Gar nicht     Kann ich nicht beurteilen

## 2 GeriNoVe-Versorgung

### 2.1 Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen bezüglich der GeriNoVe-Versorgung Ihrer Patient\*innen zu?

	Voll und ganz	Eher	Eher nicht	Gar nicht	Kann ich nicht beurteilen
Die akute sozialpflegerische Notsituation meiner Patient*innen konnte durch die Versorgung im GeriNoVe bewältigt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die GeriNoVe-Versorgung entsprach meinen Erwartungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf einer pflegegeleiteten Versorgungsstation, wie dem GeriNoVe, ist ein*e Arzt*Ärztin unabdingbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das GeriNoVe bietet einen Mehrwert für die Versorgung alter Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2.2 Wenn Sie einen Mehrwert in GeriNoVe sehen, worin besteht dieser für Sie?

---

---

---

### 2.3 Wie zufrieden sind Sie mit der Qualität der Versorgung, die Ihre Patient\*innen im GeriNoVe erhalten haben?

Sehr    Eher    Eher nicht    Gar nicht    Kann ich nicht beurteilen



### 3 Entlassung

#### 3.1 Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

	Voll und ganz	Eher	Eher nicht	Gar nicht	Kann ich nicht beurteilen
Die durch das GeriNoVe organisierte Anschlussversorgung bewerte ich als passend für meine Patient*innen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Aufenthalt meiner Patient*innen im GeriNoVe hat zu einer Stabilisierung ihrer Versorgungssituation beigetragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Möglichkeit der Zuweisung sozialpflegerischer Notfälle in das GeriNoVe ist für meine Tätigkeit eine Entlastung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der interdisziplinäre Entlassbrief aus dem GeriNoVe ist für meine weitere ärztliche Versorgung sehr hilfreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3.2 Wie zufrieden sind Sie mit folgenden Aspekten des Entlassbriefes aus dem GeriNoVe?**

	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher nicht zufrieden	Gar nicht zufrieden	Trifft nicht zu
Zeitpunkt des Eintreffens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausführlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interdisziplinarität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsmittlempfehlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Sozial-)Pflegerische Versorgungsempfehlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Änderungen in der Medikamentenverordnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Therapieempfehlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhaltliche Qualität insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3.3 Möchten Sie den Entlassbrief ergänzend mit eigenen Worten kommentieren?**

---



---



---

**3.4 Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dem Entlassmanagement des GeriNoVe für Ihre Patient\*innen?**

- Sehr     Eher     Eher nicht     Gar nicht     Kann ich nicht beurteilen

## 4 GeriNoVe allgemein

4.1 Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie bei Bedarf Patient\*innen erneut dem GeriNoVe zuweisen?

Sehr       Eher       Unschlüssig       Eher nicht       Gar nicht

4.2 Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu: „GeriNoVe hat das Potenzial...

	Voll und ganz	Eher	Eher nicht	Gar nicht	Kann ich nicht beurteilen
... unnötige Krankenhauseinweisungen zu reduzieren.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... im sozialpflegerischen Notfall Versorgungskosten im Vergleich zu einer Krankenhausbehandlung zu reduzieren.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Drehtüreffekte in der akutstationären Krankenhausversorgung zu vermeiden.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Reha-Bedarfe aufzuzeigen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die pflegerische Anschlussversorgung bedarfsgerecht zu organisieren.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... durch sektorenübergreifendes Arbeiten Versorgungsabbrüche zu vermeiden.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.3 Das GeriNoVe befindet sich im Modellprojekt-Status. Welche weiteren, ggf. bislang ungedeckten Bedarfe der geriatrischen Versorgung sollte das GeriNoVe aus Ihrer Sicht ergänzend anbieten?

---



---



---

#### 4.4 Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit den Leistungen des GeriNoVe?

- Sehr    Eher    Eher nicht    Gar nicht    Kann ich nicht beurteilen

## 5 Berufliche Angaben

#### 5.1 Wie viele Jahre Berufserfahrung als Haus- bzw. Fachärzt\*in haben Sie?

- < 10 Jahre  
 11 – 20 Jahre  
 21 – 30 Jahre  
 31 – 40 Jahre  
 > 40 Jahre

#### 5.2 Wo haben Sie Ihren Praxissitz?

- Dorf oder Kleinstadt mit weniger als 20.000 Einwohnern\*innen  
 Stadt mit 20.000 oder mehr Einwohnern\*innen

#### 5.3 Was ist Ihre Fachrichtung?

- Allgemeinmedizin  
 Praktische\*r Arzt\*Ärztin  
 Innere Medizin  
 Chirurgie  
 Psychiatrie und Psychotherapie  
 Sonstiges

#### 5.4 Wie hoch schätzen Sie den prozentualen Anteil Ihrer Patient\*innen, die 70 Jahre und älter sind?

\_\_\_\_\_ %

**5.5 Möchten Sie uns abschließend noch etwas mitteilen?**

---

---

---

**Vielen herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!**

### Anlage 8: Interview-Leitfaden zuweisende Haus- und Fachärzt\*innen

Ziel	Themenbereiche	Differenzierte Fragestellung	Zeit
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kommunikation zwischen Haus-/ Facharzt*ärztin und GeriNoVe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unsere schriftliche Befragung hat gezeigt, dass es den zuweisenden Ärzt*innen wichtig ist, einen ärztlichen Ansprechpartner im GeriNoVe zu haben. Über welche Themen tauschen Sie sich mit dem ärztlichen Personal im GeriNoVe aus?</li> <li>Inwiefern kommunizieren Sie mit dem Pflegepersonal im GeriNoVe?</li> <li>Die schriftliche Befragung hat zudem ergeben, dass der interdisziplinäre Entlassbrief einen Mehrwert für die hausärztliche Versorgung darstellt. Worin liegt der Mehrwert für Sie?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Welche dieser Themen könnten Sie auch stellvertretend mit den Pflegefachkräften ohne direkten Arztkontakt besprechen?</li> <li>Über welche Themen sprechen Sie ausschließlich mit dem Pflegepersonal?</li> <li>Inwiefern unterscheidet sich der Entlassbrief des GeriNoVe von Entlassbriefen einer Versorgung im Krankenhaus?</li> </ul>	7
<ul style="list-style-type: none"> <li>Erörtern des Potentials von GeriNoVe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Welche Potenziale hat das GeriNoVe, um die Versorgungssituation älterer Menschen im deutschen Gesundheitssystem zu verbessern?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Was sind die Besonderheiten des GeriNoVe, die diese Potenziale entfalten können?</li> <li>Inwiefern würden Sie sagen, dass durch den Aufenthalt in GeriNoVe mittelfristig Kosten im Gesundheitswesen eingespart werden können?</li> </ul>	7

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erörtern der Notwendigkeit eines Versorgungskonzepts wie GeriNoVe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stellen Sie sich vor, es ist bereits Anfang Oktober diesen Jahres. Die Finanzierung für das Modellprojekt GeriNoVe ist ausgelaufen. Der*die Patient*in, den*die Sie bereits einmal dem GeriNoVe zugewiesen haben, befindet sich wieder in der gleichen sozial-pflegerischen Notsituation. Welche Alternativen sehen Sie zu einer Einweisung ins GeriNoVe?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Versorgungsbedarfe Ihrer Patient*innen werden bei der Versorgung in den alternativen Einrichtungen nicht angemessen abgedeckt?</li> </ul>	5
<p>Sie haben mir nun alle meine Fragen beantwortet. Ganz herzlichen Dank dafür. Gibt es von Ihrer Seite noch etwas, was Sie zu den gestellten Fragen oder zum Modellprojekt GeriNoVe allgemein noch ergänzen möchten?</p>			

## Begleitfragebogen

Interview-Nr.: \_\_\_\_\_

**1. Welchem Geschlecht ordnen Sie sich zu?**

Männlich  Weiblich  Divers

**2. Wie hoch schätzen Sie den prozentualen Anteil Ihrer Patient\*innen, die 70 Jahre und älter sind?**

ca. \_\_\_\_\_ %

**3. Welches ist das vorrangige Einzugsgebiet Ihrer Praxis?**

- Dorf oder Kleinstadt mit weniger als 20.000 Einwohnern\*innen  
 Stadt mit 20.000 oder Mehr Einwohnern\*innen

**4. Wie viele Jahre Berufserfahrung als niedergelassener Haus- bzw. Facharzt haben Sie?**

\_\_\_\_\_Jahr(e)

**5. Was ist Ihre Fachrichtung?**

- Allgemeinmedizin  
 Praktische\*r Arzt/ Ärztin  
 Innere Medizin  
 Psychiatrie und Psychotherapie  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Postskript:**

---

---

---