

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)



Konsortialführung:	BARMER
Förderkennzeichen:	01NVF17029
Akronym:	RubiN
Projekttitel:	Regional ununterbrochen betreut im Netz
Autoren:	Sonja Laag
Förderzeitraum:	1. Juli 2018 – 30. Juni 2022

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	2
II.	Abbildungsverzeichnis.....	3
III.	Tabellenverzeichnis.....	3
1.	Zusammenfassung.....	4
2.	Beteiligte Projektpartner.....	5
3.	Projektziele.....	7
4.	Projektdurchführung.....	9
4.1.	Kurzbeschreibung der neuen Versorgungsform.....	9
4.2.	Vorbereitung des RubiN-Projektes.....	12
4.3.	Umsetzung des RubiN-Projektes.....	17
4.4.	Änderungen am Arbeitsplan.....	23
4.5.	Rechtsgrundlage.....	24
5.	Methodik.....	24
6.	Projektergebnisse.....	41
7.	Diskussion der Projektergebnisse.....	85
8.	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	91
9.	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen.....	96
10.	Literaturverzeichnis.....	98
11.	Anhang.....	99
12.	Anlagen.....	99

I. Abkürzungsverzeichnis

ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens
ÄN	Ärztennetze (synonym mit Praxisnetz)
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BI	Barthel-Index
BL	Baseline
BMC	Bundesverband Managed Care
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag Ärzte
CCA	Complete Case Analyse
CCM	Care- und Case Management
CM	Care- und Case Manager und Case Manager (identisch Versorgungskordinator)
DGCC	Deutsche Gesellschaft für Care- und Case Management
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EvalB	Evaluationsbericht
FAS	Full Analysis Set
FU	Follow Up
GKV-VSG	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (2015)
GOÄ	Gebührenordnung Ärzte
IADL	Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens
IF	Innovationsfonds
IG	Interventionsgruppe
IN	Interventionsnetz
KG	Kontrollgruppe
KN	Kontrollnetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MFA	Medizinische Fachangestellte
MBO-Ä	Musterberufsordnung Ärzte
MVZ	Medizinische Versorgungszentren
SAPV	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch
TSVG	Terminservicestellengesetz
t0	Zeitpunkt der BL-Befragung
t1	Zeitpunkt der FU-12-Befragung
t2	Zeitpunkt der FU-21-Befragung
TP	Teilpakete (=Arbeitspakete der Evaluationsinstitute)

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die vier Evaluationsteilprojekte in RubiN	8
Abbildung 2: Die fünf Interventionsnetze mit vier Case Managerinnen (3,8 CM) und die drei Kontrollnetze	10
Abbildung 3: Ablauf eines Care- und Case Managements	11
Abbildung 4: Übersicht Versorgungslandschaft der Interventionsregionen	13
Abbildung 5: Übersicht Schulungszeitplan GeriNet e.V. in den Interventionsregionen	14
Abbildung 6: Übersicht Schulungsinhalte GeriNurse Curriculum	15
Abbildung 7: (Foto GeriNet e.V.): Aufnahme Praxisschulung	16
Abbildung 8: Clinical Pathway in RubiN (s. Fallbeispiele in Anhang 5/5a)	16
Abbildung 9: (Foto: GeriNet e.V.) 9: Videobasierte Supervision der CM durch GeriNet e.V. .	17
Abbildung 10: Flowchart des Studiendesigns	25
Abbildung 11: TP1_Consort-Diagramm	44
Abbildung 12: Vorschlag rechtlicher Implementierungspfad CCM im SGB V	81
Abbildung 13: PICTOR-Schaubild – Versorgungslandschaft Patientin	87
Abbildung 14: Brief einer RubiN-Patientin	90

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beteiligte Konsortialpartner	5
Tabelle 2: Beteiligte Kooperationspartner	6
Tabelle 3: Mikroprozessmanagement an der Schnittstelle Hausarztpraxis/CM/Praxisnetz ...	19
Tabelle 4: Schweregradeinstufung nach ANGELINA-Selbstauskunftsbogen	20
Tabelle 5: Wichtigste Änderungen am Arbeitsplan	24
Tabelle 6: Auflistung der Fragebogeninstrumente zur Primärdatenerhebung	28
Tabelle 7: Inhalte der RubiN-Ausschreibung	41
Tabelle 8: TP1_Verteilung der in die Studie eingeschlossenen Studienpopulation auf die ÄN	45
Tabelle 9: TP1_Soziodemografische Daten und Daten zum BI nach Gruppenzugehörigkeit zu Baseline	46
Tabelle 10: TP1_Schematische Zusammenfassung der Ergebnisse der Multilevelanalysen (gemischte Modelle) für den primären und die sekundären Outcomes	62
Tabelle 11: Merkmale der Patientinnen und Patienten, die an der qualitativen Befragung teilgenommen haben	67

1. Zusammenfassung

In RubiN - Regional ununterbrochen betreut im Netz - wurde der Nutzen einer Patientenlotsentätigkeit (Care- und Case Management) für geriatrische Patienten und Patientinnen untersucht, das durch Praxisnetze erbracht wurde. Die zentrale Fragestellung lautete, ob ein multiprofessionelles, sektorenübergreifendes und assessmentgestütztes Care- und Case Management (CCM) die Identifikation, die Versorgungssituation und die Selbstständigkeit geriatrischer Patientinnen und Patienten für die Bewältigung des Alltags verbessert, damit diese so lange wie möglich in ihrer Häuslichkeit verbleiben können. Diese Frage stellt sich insbesondere vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und einer adäquaten Versorgung. Im Routinebetrieb der Hausarztpraxen ist oftmals nicht genug Zeit, um auf die sozialen Kontextfaktoren der älteren Menschen einzugehen, die zu einem Erhalt der Selbstständigkeit beitragen. Um die Versorgungsmöglichkeiten der einzelnen Praxen zu erweitern, wurde das CCM durch Care- und Case Managerinnen (CM) erbracht, die bei Praxisnetzen angestellt waren.

Praxisnetze gibt es seit den 1990er Jahren und können seit 2012 durch ihre Kassenärztlichen Vereinigungen zum Nachweis von Managementstandards akkreditiert und finanziell gefördert werden. Obwohl Vernetzung zur Überwindung der fragmentierten Versorgungsstrukturen politisch seit Jahrzehnten gefordert wird, sind selbst professionelle Praxisnetze bis heute keine regulären Leistungserbringer im Sinne des SGB V, um Versorgungsaufgaben wie z.B. die Erbringung eines Care- und Case Managements, anbieten zu können. Um diesen Weg rechtlich weiter zu ebnet, wurde in RubiN eine Rechtsexpertise zur Formulierung rechtlicher Anforderungen erstellt.

Bevor in fünf regionalen Praxisnetzen die CM tätig wurden, erhielten diese eine vorbereitende Schulung durch das GeriNet e.V.. In drei weiteren Praxisnetzen wurden zur Kontrolle nur Assessments erhoben, aber kein CCM angeboten. Die Implementierung des CCM-Versorgungskonzeptes wurde qualitativ und quantitativ in vier Teilarbeitspaketen evaluiert, hierzu gehörten patientenrelevante Outcomes, Wirtschaftlichkeit, Umsetzung der Maßnahme sowie Akzeptanz der beteiligten Patienten- und Leistungserbringerschaft.

Die Ergebnisse der Untersuchung sind vielschichtig. Schon während des frühen Projektverlaufs zeigte sich eine große Akzeptanz und Wertschätzung der Patienten und Patientinnen und auch der Angehörigen gegenüber des CCM und den Care- und Case Managerinnen. Auch die beteiligten Praxen empfanden das CCM als sehr positiv. Die CM erlebten ihre Tätigkeit als erfüllend und übten diese sehr gerne aus. Eine Verbesserung der Selbstständigkeit für die Bewältigung der täglichen Aktivitäten konnte mit dem eingesetzten Messinstrument des Barthel-Index nicht nachgewiesen werden, ebenso auch keine ökonomische Überlegenheit der Intervention. Bei diesen beiden Ergebnissen sind Einschränkungen durch die Rahmenbedingungen zwingend zu beachten. Die Umsetzung des CCM durch Praxisnetze wird von der Evaluation insgesamt empfohlen.

Durch die Rechtsexpertise wird das CCM rechtlich konkretisiert und für die Implementierung in die Regelversorgung als eine vom Arzt, von der Ärztin zu verordnende Leistung analog einer Heilmittelverordnung vorgeschlagen. Hierfür wird ein Rechtspfad im Leistungs- und Leistungserbringungsrecht formuliert und vorgeschlagen. Die Details der CCM-Leistungen, die vertraglich zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern zu verhandeln wären, könnten auf Basis der vielen Lotsen-Innovationsfondsprojekte ausformuliert werden. Im Kapitel 8 des Ergebnisberichtes wird auf Grundlage der RubiN-Erkenntnisse ein Vorschlag hinsichtlich des Leistungsumfanges, Leistungsinhalts, Qualifikationsvoraussetzungen und Vergütung unterbreitet. Vernetzte Strukturen werden seit vielen Jahren für die Erbringung einer schnittstellenarmen Versorgung gefordert. Praxisnetze können ein regionales Care- und Case Management sehr gut umsetzen.

2. Beteiligte Projektpartner

Konsortialpartner	Verantwortliche Ansprechpartner
Konsortialführung	
BARMER Ersatzkasse	Sonja Laag (Projektleitung)
Krankenkasse	
AOK Nordwest	Lars Steinhaus (Ansprechpartner)
Kaufmännische Krankenkasse	Maximilian Günther (Ansprechpartner)
Techniker Krankenkasse	Florian von Stern (Ansprechpartner)
Evaluationsinstitut	
Universitätsmedizin Greifswald - Institut für Community Medicine	Prof. Dr. Neeltje van den Berg Dipl. – Ing. Simone Gloystein (MSc Public Health) Heiko Krause (Medizinischer Dokumentar)
inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH	Univ.-Prof. Dr. Volker Amelung Dr. Matthias Arnold (Senior Gesundheitsökonom) Felix Freigang (Wiss. Mitarb.) Ann-Kathrin Klähn (Wiss. Mitarb.)
Institut für Allgemeinmedizin / Institute of General Practice Johann Wolfgang Goethe-Universität	Dr. phil. Fabian Engler M.A. (Wissenschaftlicher Mitarbeiter)
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein - Institut für Allgemeinmedizin	Prof. Dr. Katja Götz
Interventionsgruppe Praxientze	
plexXon Management (GmbH)	Dr. Andreas Rühle
Herzogtum-Lauenburg GmbH (PNHL)	Markus Knöfler
Gesundheitsregion Siegerland GbR (GRS)	Anja Herder-Peyrounette
Ärztendorf Lippe GmbH	Constanze Liebe
Leipziger Gesundheitsnetz Manag. GmbH	Dr. med. Jürgen Flohr
Kontrollgruppe Praxisnetze	
genial Lingen	Wolfgang Hentrich
Gesundheitsnetz Köln-Süd (GKS)	Dr. med. Christian Flügel-Bleienheuft
Medizin und Mehr eG (MuM)	Dr. med. Jürgen Beckmann
Schulungsnetz	
GeriNet	Lysann Kasprick

Tabelle 1: Beteiligte Konsortialpartner

Kooperationspartner:
Kompetenz-Centrum-Geriatrie beim MDK Nord Hammerbrookstraße 5 20097 Hamburg
Bundesverband Geriatrie e.V. Reinickendorfer Str. 61 13347 Berlin
Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. Seumestraße 8 10245 Berlin
St. Marien-Hospital Köln Kuniberts kloster 11-13 50668 Köln
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein Bismarckallee 1-6 23795 Bad Segeberg
Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen Berliner Allee 22 30175 Hannover
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe Robert-Schimrigk-Str. 4-6 44141 Dortmund
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen Schützenhöhe 12 01099 Dresden
Sächsische Ärztekammer Schützenhöhe 16 01099 Dresden
Ärztekammer Schles.-Holstein Bismarckallee 8-12 23795 Bad Segeberg
Ärztekammer Nordrhein Tersteegenstraße 9 40474 Düsseldorf
Ärztekammer Westfalen-Lippe Gartenstraße 210-214 48147 Münster
IKK classic Tannenstraße 4b 01099 Dresden
BKK Landesverband Nordwest Hatzper Str. 36 45149 Essen

Tabelle 2: Beteiligte Kooperationspartner

3. Projektziele

Hintergrund

Ältere Patienten und Patientinnen haben oft mehrere chronische und akute Erkrankungen, die sie in ihrer Bewältigung des Alltags und Selbstversorgungskompetenz beeinträchtigen. Soll die Selbstständigkeit in der häuslichen Umgebung gewahrt bleiben, müssen soziale Kontextfaktoren wie z.B. das familiäre Umfeld, Wohnsituation oder finanzielle Ressourcen in der hausärztlichen Versorgung berücksichtigt werden. Die Termindichte und der Zeitmangel in Arztpraxen erschweren häufig eine systematisch-umfassende und sektorenübergreifend koordinierte Versorgung geriatrischer Patienten und Patientinnen. Diese aber spielen für den Erhalt der bestmöglichen Selbstständigkeit und Autonomie eine wesentliche Rolle. Insbesondere auch mit Blick auf den demographischen Wandel wird eine adäquate Versorgungsorganisation für eine älter werdende Gesellschaft immer dringlicher. Nicht nur ältere Menschen benötigen in dem hochfragmentierten und arztzentriert-organisiert Gesundheitssystem eine Versorgungskoordination, sondern viele Menschen mit komplexen Versorgungsbedarfen, die durch Erkrankungen und Funktionseinschränkungen hervorgehen.

Unter einer Vielfalt von Begriffen wie Patienten- oder Gesundheitscoach, Patientenberater oder -begleiter, Case Manager, Netzwerkmanager oder Lotsen versammeln sich Care- und Case Management-Erbringer. Seit mehr als 30 Jahren wird in vielen Projekten oder auch Verträgen zur Integrierten Versorgung nach § 140a SGB V (Besondere Versorgung) CCM erbracht, immer nur sporadisch, da sie meistens fördertechnisch begrenzt sind. Den Übergang in eine regelhaft über die Kranken- oder auch Pflegekassen finanzierte Leistung hat das CCM bis heute nicht geschafft, obgleich die Notwendigkeit einer Versorgungskoordination versorgungspolitisch anhaltend betont wird. Das prominenteste CCM-Projekt in Deutschland war die AGnES [18], die Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention aus dem Jahre 2004. Zu einer Etablierung trotz positiver Evaluationsergebnisse kam es nicht, es legte als „reduzierte“ Form lediglich die Basis für eine erweiterte Delegation in der hausärztlichen Praxis. CCM geriet damals in die versorgungspolitische Diskussion zwischen „Delegation“ und „Substitution“. Eine Klärung des Leistungs- und Qualifikationsprofil des CCM als auch des Leistungserbringungsprofils im Sinne des SGB V gibt es bislang nicht für CCM. Wo medizinische, pflegerische, therapeutische und soziale Sachverhalte „bedient“ werden, stellt sich seit Jahrzehnten die Frage der Finanzierung über das SGB V.

Neben der großen Herausforderung einer notwendigen Versorgungskoordination besteht seit ebenfalls mehr als 30 Jahren die große Herausforderung einer notwendigen besseren Vernetzung der Leistungserbringer, um die allseits bekannten und beschriebenen Sektoren zu überwinden. Seit den 1990er Jahren gibt es in Deutschland Praxisnetze, die genau dieses wollten und wollen. Seit 2012 können sich Praxisnetze zum Nachweis von Standards in Organisation und Management sowie Darlegung eines regionalen Bezugs und der Vernetzung zwischen Haus- und Facharztpraxen von ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) dafür akkreditieren lassen (§87 b Abs. 4 SGB V). Seit dem GKV-VSG 2015 müssen KVen für akkreditierte Praxisnetze gesonderte Vergütungsregeln treffen (§ 87 b Abs. 2 SGB V). Bis heute sind auch professionell gemanagte Praxisnetze keine regulären Leistungserbringer im Sinne des SGB V wie z.B. Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Das bedeutet nach wie vor, dass Praxisnetze keine regelhaften Versorgungsaufgaben übernehmen können, da sie nicht als Regelversorgungsanbieter mit den Krankenkassen abrechnungsberechtigt sind. Dem politischen Verlangen nach Vernetzung steht damit seit Jahren eine ungeklärte Rechtsrealität entgegen. Hauptgrund dafür ist – und darauf geht die Rechtsexpertise ein – dass Praxisnetze als Leistungsanbieter in Konkurrenz zu Arztpraxen treten können. Wie Praxisnetzvernetzung sinnvoll gestaltet werden kann, wird in der Rechtsexpertise dargelegt.

Ziele

Ziel des RubiN-Projektes war es zu untersuchen, ob ein multiprofessionelles, sektorenübergreifendes und assessmentgestütztes Care- und Case die Identifikation, die Versorgungssituation und die Selbstständigkeit geriatrischer Patientinnen und Patienten verbessert, damit diese so lange wie möglich in ihrer eigenen Häuslichkeit verbleiben können. Diese Fragestellung wurde auf drei Ebenen untersucht, auf Ebene der Leistungsempfänger (=Patientinnen und Patienten bzw. An- und Zugehörige), Ebene der Leistungserbringer (CM) und Ebene der Praxisnetze. Die Untersuchung erfolgte mittels verschiedener Methoden und Evaluationsendpunkte. Damit sollten wichtige Informationen in Hinblick auf die Übertragung des Versorgungskonzepts (CCM) in die Regelversorgung gewonnen werden. Die Evaluation unterteilte sich in vier Teilpakete:

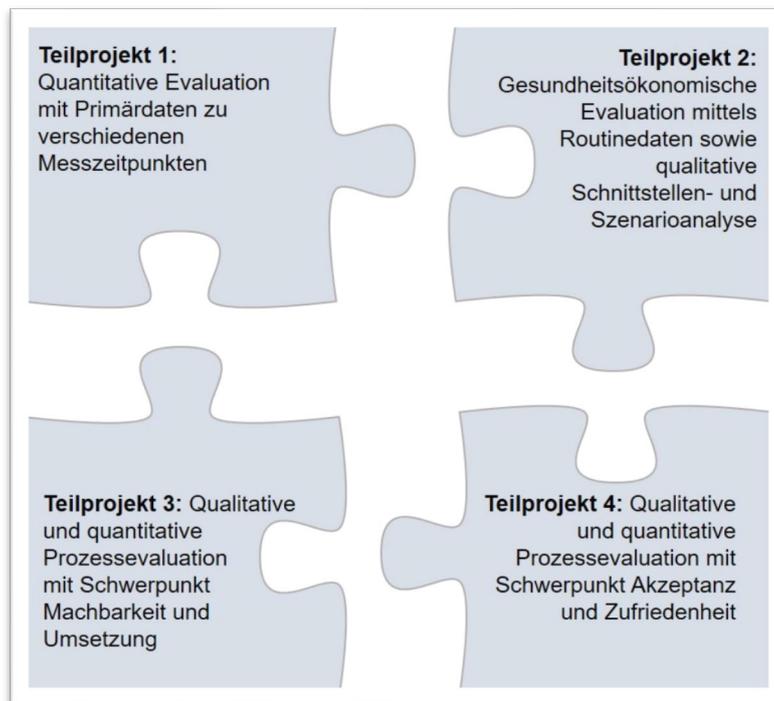


Abbildung 1: Die vier Evaluationsteilprojekte in RubiN

TP1: Barthel-Index zur Erfassung des Gesundheitszustands (Selbstständigkeit)

Die Wirksamkeit des CCM auf den Gesundheitszustand der Teilnehmer und Teilnehmerinnen wurde anhand geriatrischer Assessments erfasst. Für die Erfassung des Gesundheitszustands wurde dabei als Primärouitcome der Barthel-Index (BI) festgelegt. In Form eines Fragebogens wird hierbei der Umfang der Selbstständigkeit der Patienten und Patientinnen bezüglich der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ADL) festgelegt. Dazu gehören zehn Items (Essen, Aufsetzen, Umsetzen, sich waschen, Toilettenbenutzung, Baden/Duschen, Aufstehen und Gehen, Treppensteigen, An- und Auskleiden, Stuhlkontinenz, Harnkontinenz). Für die Items werden Punkte vergeben (min. 0 und max. 100 Punkte) und ein Score gebildet (je höher, desto selbstständiger ist der Patient in den ADL).

Sekundäre Endpunkte waren zudem Lebensqualität, instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens, Kognition, Mobilität, Ernährungsstatus, wahrgenommene Belastung von pflegenden Angehörigen. Sie wurden über entsprechende Assessmentbögen erfasst.

TP 2: Gesundheitsökonomische Evaluation und Schnittstellenanalyse

Die gesundheitsökonomische Evaluation sollte die Wirtschaftlichkeit im Sinne einer Kosten-Nutzenanalyse des CCM darlegen. Hierfür wurden von acht Krankenkassen die Routineabrechnungsdaten (Sekundärdaten) ausgewertet. Neben einzelnen Kostenanalysen zu den Hauptleistungsbereichen erfolgte auch eine Zusammenführung der erhobenen Kostendaten mit der nutzenbezogenen primären Outcome-Variable (=dem Barthel Index).

Weiterhin erfolgte eine Schnittstellenanalyse über Telefoninterviews mit Leistungserbringern aus den Kontrollnetzen sowie anhand eines Online-Surveys mit Vertretern und Vertreterinnen aus Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen eine Darstellung möglicher Szenarien darüber, ob und wie CCM regelhaft implementiert werden kann.

TP 3: Machbarkeit und Umsetzung des CCM

Die Prozessevaluation mit Schwerpunkt Machbarkeit und Umsetzung des geriatrischen CCM durch bei Praxisnetzen angestellte CM sowie die Passfähigkeit des Schulungskonzeptes und die Akzeptanz des CCM bei diesen wurde anhand von Ärztebefragungen, Fokusgruppen (CM und Ärzte) und Patientenbefragungen untersucht. Die Befragung erfolgte z.T. in Zusammenarbeit zwischen den Evaluatoren des TP 3 und TP 4.

TP 4: Akzeptanz des CCM von Patienten und Patientinnen deren An- und Zugehörigen, CM und Ärzte und Ärztinnen

Entwicklung und psychometrische Überprüfung der Erhebungsinstrumente, welche die Akzeptanz des CCM aus Sicht der Patienten und Patientinnen, An- und Zugehörige als auch CM misst. Zudem wurden mit Patienten und Patientinnen, An- und Zugehörigen als auch CM wie auch Ärzten/Ärztinnen und Praxispersonal Interviews und Fokusgruppen zur Akzeptanz und Zufriedenheit mit dem CCM durchgeführt.

Rechtsexpertise

Die Entwicklung des RubiN-Projektes beruhte auf jahrelangen Vorerfahrungen vieler Konsortialpartner mit Projekten und Selektivverträgen, in denen zeitlich befristet immer wieder Care- und Case Management umgesetzt wurde, ohne dass diese dazu geführt hätten, CCM als Regelversorgungsleistung rechtlich verankern zu können. Um diesen Weg zu ebnen, wurde in RubiN eine Rechtsexpertise erstellt, damit die notwendigen rechtlichen Anforderungen an den Gesetzgeber formuliert werden konnten. Ein zentraler Vorschlag aus der Rechtsexpertise ist die Implementierung des CCM im SGB V in einem analogen Procedere der Heilmittelversorgung.

4. Projektdurchführung

4.1. Kurzbeschreibung der neuen Versorgungsform

In den fünf Regionen Herzogtum-Lauenburg, Ammerland, Lippe-Detmold, Siegen, Leipzig - wurden 3,8 CM bei Praxisnetzen angestellt (Abb. 2). Letztere sind nach § 87b SGB V von ihren Kassenärztlichen Vereinigungen (KV)en zertifiziert. Die CM waren Angehörige aus Gesundheitsberufen, überwiegend Pflegefachpersonen, drei Medizinische Fachangestellte (MFA) und zwei Therapeuten. Die CM wurden vor ihrem Einsatz vom GeriNet e.V. für Erbringung eines geriatrischen Care- und Case Managements geschult. Drei weitere 87-b

zertifizierte Praxisnetze in den Regionen Lingen, Bünde und Köln stellten die Kontrollnetze (KN) als Kontrollgruppe (KN) dar (Abb. 2). In der Intervention- als auch in der Kontrollgruppe wurden die gleichen geriatrischen Assessments zu t0, t1 (12 Monate), t2 (21 Monate) erhoben, allerdings wurde in den Kontrollnetzen kein CCM angeboten, um die Wirkung des CCM erkennen zu können.

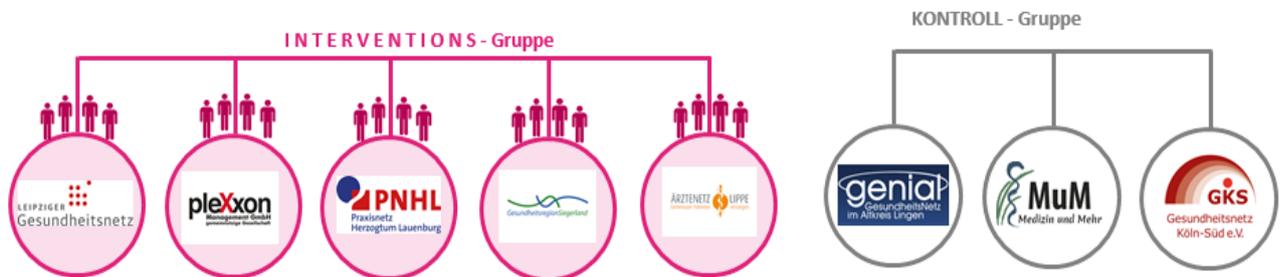


Abbildung 2: Die fünf Interventionsnetze mit vier Case Managerinnen (3,8 CM) und die drei Kontrollnetze

Veranlasst wurde ein CCM von der Hausarztpraxis. Sahn Hausarztpraxen, die Mitglied des Praxisnetzes waren, einen komplexen Versorgungsbedarf bei Patienten und Patientinnen ab 70 Jahren, führten sie ein Screening nach dem ANGLINA-Bogen (Anhang 1) durch. Bei diesem handelte es sich um einen Selbstauskunftsbogen, mit dem folgende sieben Domänen abgefragt wurden: „Wohnen/Hilfebedarf“, „Medikation“, „Mobilität“, „Sinne“, „Krankenhaus“, „Kognition“ und „Stimmung“. Mit einem ANGELINA-Score von ≥ 2 aus mindestens zwei unterschiedlichen Domänen erfüllten die Patienten und Patientinnen ein Einschlusskriterium für die Inanspruchnahme eines CCM. Hierfür kontaktierte die Hausarztpraxis die Netzgeschäftsstelle, um einen Hausbesuch durch eine CM zu veranlassen. Zuhause führte die CM das geriatrische Basisassessment durch, das aus Messinstrumenten (=unterschiedliche Assessmentbögen, Tab. 6) bestand, die die verschiedenen Aspekte der Geriatrie und die patientenrelevanten Endpunkte abdeckten und das gleichzeitig auch als BL-Befragung zu t0 diente sowie überwiegend auch zu t1 und t2 (Tab. 6). Der ANGELINA-Selbstauskunftsbogen war im Rahmen eines in Leipzig durchgeführten Modellprojektes (GeriVita) entwickelt und dort als geriatrisches Screeninginstrument eingesetzt worden.

Auf Grundlage des geriatrischen Basisassessments erstellten die CM einen Versorgungsplan für die Patienten und Patientinnen, der mit diesen und gegebenenfalls mit Angehörigen als auch den Hausarztpraxen abgesprochen wurde, um dann angezeigte Versorgungsmaßnahmen umzusetzen. Die CM waren in der Lage, fallbezogene Verläufe zu monitoren, zu bewerten und zu beurteilen, ob der Versorgungsplan ggf. korrigiert bzw. angepasst werden sollte.

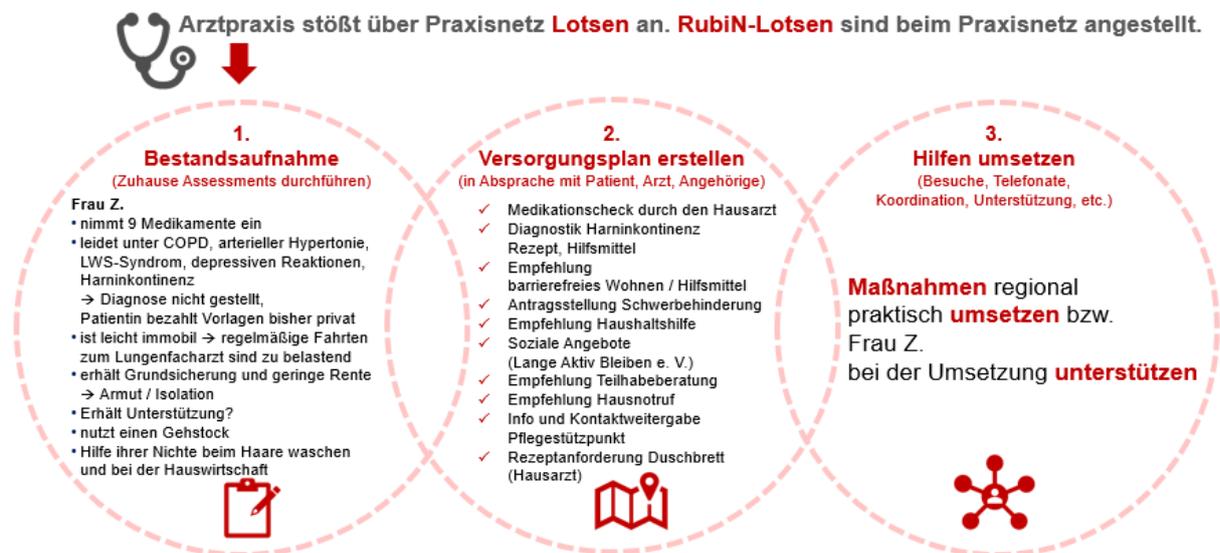


Abbildung 3: Ablauf eines Care- und Case Managements

Die CM arbeiteten eng mit der Hausärztin oder dem Hausarzt zusammen und koordinierten die Versorgung der geriatrischen Patientinnen und Patienten und kollaborierten eng mit allen anderen Gesundheitsprofessionen in dem jeweiligen Ärztenetz. Die CM organisierte die professions-, sektoren- und sozialgesetzbuchübergreifende Versorgung der Patienten und Patientinnen vor Ort. Zur Dokumentation des durch das CM erbrachten Leistungsspektrums kam ein Erfassungsbogen in Form des Kontaktprotokolls zum Einsatz (Anhang 2 und Anhang 3 als erweitertes Kontaktprotokoll).

Mit einem Care Management wird das gesundheits- und sozialpflegerische Hilfesystem in einer Stadt oder Region bezeichnet. Die beteiligten Dienste, Ämter und Einrichtungen sollten zusammenarbeiten und über die jeweiligen Angebote Bescheid wissen. Wichtig für Patienten und Patientinnen, Angehörige und Pflegebedürftige ist die Verzahnung und Abstimmung zwischen medizinisch-(teil)stationärem Behandlungs- und ambulant-häuslichem Pflegesystem. Für die Umsetzung des Case Managements mussten die CM in RubiN in die Analyse sowie auch den Aufbau und der Pflege der regionalen Netzwerkstrukturen für eine Patientenversorgung gehen. Dafür wurde das RubiN-Projekt in den Regionen bei Landrat, Gemeindevertretern (Seniorenbeauftragte / Soziales & Gesundheit), Pflegekonferenzen, Arbeitskreise Gesundheitsförderung, Behindertenbeiräten, Senioren-Union, Seniorenstützpunkten, Pflegestützpunkten und Pflegediensten, Krankenhäusern und ihren Sozialdiensten, Sportvereinen, Ergo/Physiotherapeuten, Ernährungsberatern, Selbsthilfegruppen sowie Sanitätshäusern & Apotheken vorgestellt und bekannt gemacht. Der Aufbau von Vertrauen in der Zusammenarbeit zwischen den Case Managern und den genannten Einrichtungen im Sinne einer ganzheitlichen Patientenbetreuung war für RubiN sehr wichtig. Dies betraf auch die Zusammenarbeit mit Mitarbeitenden des Medizinischen Dienstes.

In den Kontrollnetzen führten die Hausarztpraxen das Identifizieren (Screening) der geriatrischen Patientinnen und Patienten mithilfe des ANGELINA-Bogens durch. Die teilnehmenden Patientinnen und Patienten wurden zu Studienbeginn (BL) und nach 12 Monaten (FU12) nach den gleichen geriatrischen Assessments wie die Teilnehmenden in der

Interventionsgruppe durch für diese - ebenfalls vom GeriNet e.V. geschulte Praxismitarbeiterinnen - in die Studie eingeschlossen. Nach der BL-Befragung erhielten die Patientinnen und Patienten der KG in den Kontrollnetzen die übliche Regelversorgung („care as usual“).

Die Zuordnung der einzelnen acht Praxisnetze in die IG bzw. KG erfolgte nach pragmatischen Aspekten. Für eine randomisierte Zuteilung der Praxisnetze war die Anzahl der Regionen zu klein und die Netze waren zu unterschiedlich. Berücksichtigt wurde aber, dass sowohl in der IG als auch in der KG jeweils eine städtische Region neben den ansonsten eher ländlichen Regionen enthalten war.

4.2. Vorbereitung des RubiN-Projektes

Netzregionen informieren

Im vierten Quartal des Jahres 2018 fand die aktive regionale Vorbereitung statt. Hierzu fanden Kick Off-Veranstaltungen in den acht Netzregionen statt, zu denen die Netzwerkkoordinatorin in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Praxisnetzgeschäftsführungen und ihren Projektleitungen sowie dem GeriNet e.V. die Ärzte und Ärztinnen der Praxisnetze eingeladen hatte. In diesen regionalen Kick Offs wurde das RubiN-Projekt vorgestellt als auch die ersten Arbeitsabläufe besprochen und Unterarbeitsgruppen für die Klärung vor allem mikroprozessualer Fragen gebildet.

Die Kick Offs in den Praxisnetzen fanden statt:

19.09. 2018	Siegen
26.09. 2018	Lauenburg, Teil 1
10.10.2018	Leipzig
24.10. 2018	Ammerland
07.11. 2018	Lippe
14.11. 2018	Lauenburg, Teil 2
20.11. 2018	Lingen
21.11. 2018	Köln
23.11. 2018	Bünde

Für die Umsetzung des RubiN-Projektes in den Interventionsregionen war zu beachten, dass die regionalen Versorgungsvoraussetzungen unterschiedlich sind, alleine schon durch die Verfüg- und Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten (Ärzte, Pflege, Therapeuten, soziale Dienste) (Abb. 4). Die bestehenden regionalen Versorgungsangebote wurden von den CM elektronisch als Dienstleistungskatalog in einer regionalen Überblicksdatenbank in den Praxisnetzen erfasst und gepflegt. Der Überblick über Hilfsangebote wurde im laufenden Projekt in die Behandlungs- und Versorgungsverläufe aufgenommen und führte zu einer gezielteren Hilfe- und Versorgungsplanung für alle am Prozess Beteiligten. Regionale Versorgungslücken konnten dabei im Laufe des Projektes identifiziert und z.T. geschlossen werden. Dazu gehörte beispielsweise ein quartiersnahes Sportangebot für die älteren Patienten und Patientinnen. An- und Zugehörige konnten somit auch in der Wahrnehmung dieser Angebote motiviert und unterstützt werden.

In der Vorbereitungsphase als auch in späteren Phasen wurden die Kooperationspartner nach Bedarf beratend als auch austauschend einbezogen. Für Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen waren die Projekterfahrungen mit Blick auf die zukünftige

Akronym: RubiN

Förderkennzeichen: 01NVF17029

Versorgungsgestaltung von Bedeutung. Engen Austausch hinsichtlich geriatrischer Fragen gab es mit den kooperierenden Fachgesellschaften.

Regionale Voraussetzungen?

...sind überall anders....

	HLA	PLX	LIP	SIE	LPZ
Land / Stadt	Land / Stadt	Land	Land	Land	Stadt/Land
Städte / Gemeinden	5 Stadt 2 Gemein	8	16	8	10 Stadtbezirke; 63 Ortsteile
Einwohner	190.000	123.000	350.000	241.000	850.000
Netzpraxen	83	56	73	52	75
Netzärzte / davon Hausärzte	160 54	82 51	109 62	74 22	98 41
Geriatr	8 im Netz	keinen	1 im KH (in Zusammenarbeit mit Netz)	3 im Netz	3 im Netz
Krankenhäuser (KH)	7 KH 1 Reha	3 KH 2 Reha	1 KH 1 Reha	5 Akut 3 Reha	11 2
Pflege stationär Heime	48	19	60	30	49
Pflege ambulante Dienste	33	29	50	49	136
Etc.					

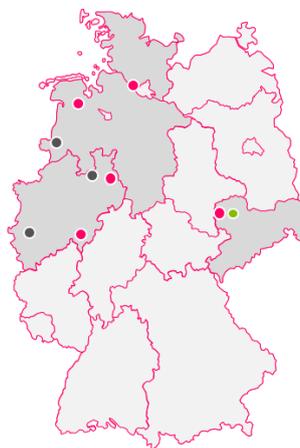


Abbildung 4: Übersicht Versorgungslandschaft der Interventionsregionen

Schulung durch das GeriNet e.V.

Im vierten Quartal fand parallel zur Bekanntmachung in den Regionen die fachliche Vorbereitung der CM durch die Schulung des GeriNet e.V. statt, um die CM vor ihrem RubiN-Einsatz zur „GeriNurse“ zu schulen. Das GeriNet e.V. bereitete die CM in allen Interventionsnetzen auf ihre Aufgabe vor und begleitete die CM auch während ihres Einsatzes in der Intervention. Das Schulungskonzept war zuvor in Leipzig entwickelt und pilotiert worden (Anhang 4).

Im Vorbereitungsquartal wurde zunächst ein Zeitplan erstellt, um alle fünf Interventionsnetze gleichermaßen schulen zu können. Geschult wurden die CM als auch die Projektleitungen in den Praxisnetzen, um für ein durchgängiges Verständnis der Versorgungsaufgabe zu sorgen. Die Schulungen wurden vom GeriNet e.V. gemeinsam mit der Netzwerkkoordinatorin vor Ort in den Regionen durchgeführt. Personalausfälle (v.a. Krankheit, nicht bestandene Prüfung, Schwangerschaft oder Jobwechsel) erforderten drei Nachrücker Schulungstermine für elf Personen. Schulungen zur Umsetzung der geriatrischen Assessments wurden vom GeriNet e.V. und der Netzwerkkoordinatorin auch in den Kontrollnetzen für die dort tätigen Medizinischen Fachangestellten durchgeführt, da die Handhabung und die Dokumentation der umfangreichen geriatrischen Assessments eine besondere Herausforderung darstellte und auch organisatorisch in den Praxisalltag integriert werden musste.

Termine Vorgehen

 GeriNet Leipzig	Siegen	Lippe	Ammerland	Lauenburg	Leipzig	Nachschulung
Online Schulung	01.10.18 – 05.10.18	08.10.18 – 13.10.18	22.10.18 – 26.10.18	29.10.18 – 02.11.18	05.11.18 – 09.11.18	02.01.19 – 06.01.19
Praktische Schulung	08.10.19 – 12.10.19	15.10.18 – 19.10.18	29.10.18 – 02.11.18	05.11.18 – 09.11.18	12.11.18 – 16.11.18	07.01.19 – 11.01.19
Prüfung Theoretisch	12.10.18	19.10.18	02.11.18	09.11.18	16.11.18	11.01.19
Prüfung Praktisch	27.11.18	26.02.19	12.02.19	07.12.18	05.03.19 – 14.03.19	April 2019
Nachschulung_2: April 2019 – für Nachrücker						

25.03.2019

Kasprick et al.

Vorstellung DLR

www.gerinet-leipzig.de

Abbildung 5: Übersicht Schulungszeitplan GeriNet e.V. in den Interventionsregionen

Gerinet e.V. war Schulungspartnerin des Projekts und hat die Qualifizierung der im Rahmen der Intervention eingesetzten Gesundheitsfachkräfte übernommen. Grundlage für die Qualifizierung bildete das modulare GeriNurse-Curriculum (Kasprick, L. unveröffentlichtes Dokument). Es lehnt sich an das Fortbildungscurriculum „Case Management in der ambulanten Medizin“ der Bundesärztekammer an [1]. Das Curriculum der Bundesärztekammer wiederum greift Elemente aus dem „Schulungskonzept agneszwei“ auf, das im Rahmen der Initiative „Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg“ entwickelte wurde (<https://www.yumpu.com/de/document/view/23364593/-schulungskonzept-agnes-zwei>).

Das GeriNurse-Curriculum versteht sich als Weiterbildungsprogramm für Angehörige von Gesundheitsfachberufen. Die Lernziele umfassen dabei die spezielle Fallbegleitung von „Risikopatienten ab dem 65. Lebensjahr“ (Casemanagement) „unter Berücksichtigung der regionalen und länderspezifischen Versorgungsstrukturen“ (Caremanagement). „Das Fachcurriculum stellt die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit in den Mittelpunkt und ermöglicht den Absolventen, die Komplexität der älteren multimorbiden Patienten bis hin zum hochaltrigen Risikopatienten im ambulanten Setting zu begleiten.“

Es wurden 10 Handlungsfelder definiert, für die im Rahmen des Curriculums Fachkompetenzen, Fertigkeiten und Sozialkompetenzen vermittelt werden sollen:

Akronym: RubiN

Förderkennzeichen: 01NVF17029

1. Gesundheits- und Projektmanagement
2. Risikoerkennung – Erstellung clinical pathways
3. Casemanagement
4. Risikomanagement, Abrechnungsverfahren, Controlling
5. Caremanagement - Regionales Quartiersmanagement
6. Public Health – Gremienarbeit
7. Evidence-based Medicine, Nursing - Wissenschaftliches Arbeiten
8. Versorgungsmodelle entwickeln
9. Qualitätsmanagement
10. Supervision, Coaching, kollegiale Beratung, Fallbesprechung

In RubiN wurde – folgend den limitierenden Projektrahmenbedingungen – eine gekürzte Fassung des Curriculums geschult. Die Schulung fand in Präsenz und Online statt und sah eine Prüfung vor. Das angepasste Curriculum, das bei der Qualifizierung im RubiN-Projekt zur Anwendung kam, konzentrierte sich auf die Handlungsfelder 1-6.

Gerinurse Curriculum Gesundheits-/ Risikomanagement 4.0



1. Gesundheits-/ Projektmanagement 5 h
 2. Risikoerkennung – Erstellung clinical pathways 10h
 3. Casemanagement 15 h
 4. Risikomanagement/ Abrechnungsverfahren/ Controlling 5 h
 5. Caremanagement - Regionales Quartiersmanagement/ Public Health/ Gremienarbeit 5 h
- ➡ Hospitation 5 h/ Hausaufgaben 40 h – Onlinekurs
- ➡ Prüfung 2 h Gerinurse 1,5 Stunden schriftlich 30 min
Prüfungsgespräch

25.03.2019

Kasprick et al.

Vorstellung DLR

www.gerinet-leipzig.de

Abbildung 6: Übersicht Schulungsinhalte Gerinurse Curriculum

Praxisschulung vor Ort 40 h



Abbildung 7: (Foto GeriNet e.V.): Aufnahme Praxisschulung

Casemanagement

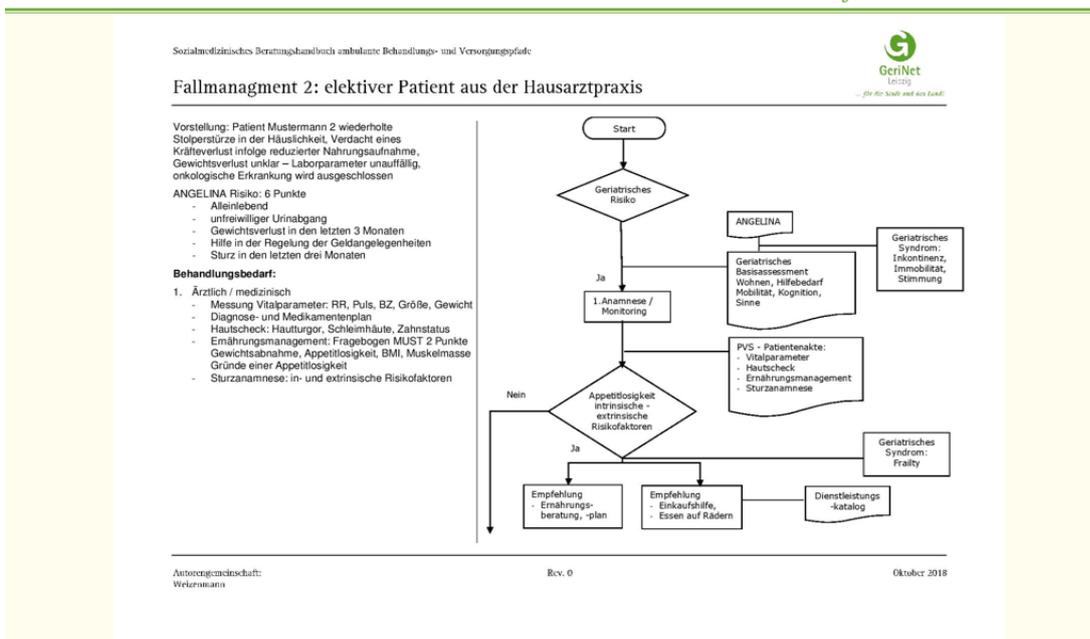


Abbildung 8: Clinical Pathway in RubiN (s. Fallbeispiele in Anhang 5/5a)

Akronym: RubiN

Förderkennzeichen: 01NVF17029

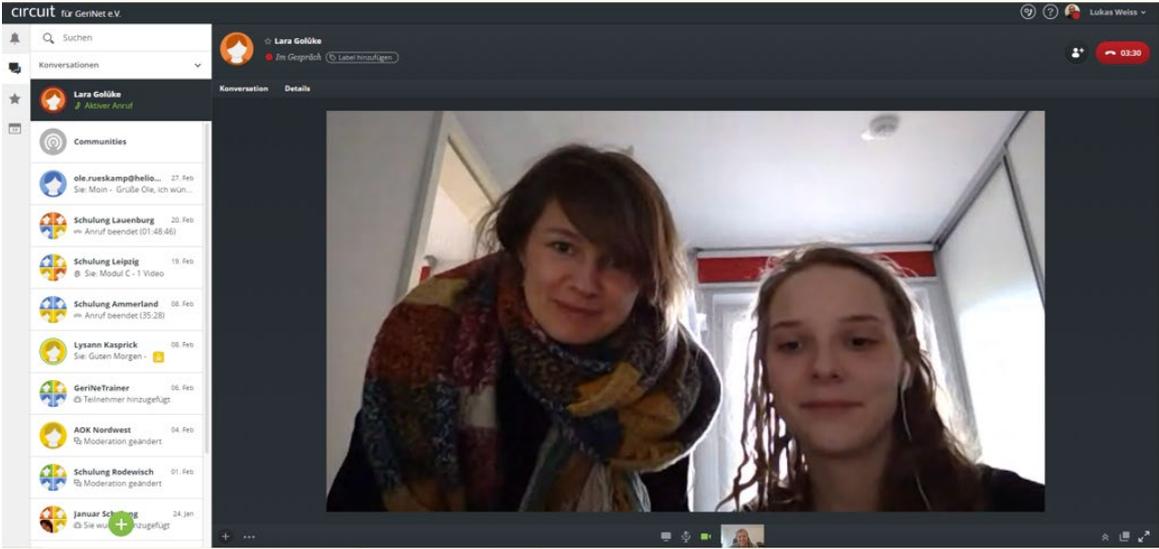
Die CM wurden somit vorbereitet, die Versorgungsbedarfe der geriatrischen Patientinnen und Patienten zu erkennen, eine Versorgungsplanung zu erstellen als auch die Maßnahmenumsetzung unter Berücksichtigung der Gesetzgebung einzuordnen, zu evaluieren und bei Erfordernis anzupassen und dieses adäquat zu dokumentieren. Auch wurde in der Region ein regionales geriatricspezifisches Netzwerk gestaltet. Zu den qualitätssichernden Arbeiten gehörten die Erstellung von Checklisten (Anhang 16), die in allen Netzen zur Festlegung von Arbeitsstandards genutzt wurden. Darüber hinaus gehörte dazu der kontinuierliche Dialog mit den RubiN-Kollegen aus anderen Netzen und die durch das GeriNet e.V. begleitende Supervision per Videokonferenz als auch über die digitale Plattform Circuit sowie der Austausch durch die gemeinsame Cloud (Asana) und auch durch persönliche Besuche in besonders heiklen Fällen.

Im Verlaufe des Projektes zeigte sich in den Interventionsregionen, dass es für ältere Menschen an niedrigschwelligen Bewegungsangeboten fehlt, obwohl die Bewahrung der Mobilität eine zentrale Ressource für den Erhalt der Selbständigkeit ist. Im Rahmen einer Wochenendschulung am Studienort Leipzig erhielten die CM durch das GeriNet e.V. eine Fortbildung zum *GerineTrainer*, die analog eines Übungsleiterscheines ist. Durch diese Vertiefung sollten die CM noch besser darauf vorbereitet werden, in den Regionen den Aufbau von Bewegungsangeboten zu forcieren.

Supervision ein Einblick

 GeriNet Leipzig
... für die Stadt und das Land!

- Erklärungen und Supervision via Videosprechstunden



25.03.2019 | Kasprick et al. | Vorstellung DLR | www.gerinet-leipzig.de

Abbildung 9: (Foto: GeriNet e.V.) 9: Videobasierte Supervision der CM durch GeriNet e.V.

4.3. Umsetzung des RubiN-Projektes

Die CM waren nach der Vorbereitung dazu in der Lage, die Versorgungsbedarfe der geriatrischen Patientinnen und Patienten in die soziale Gesetzgebung einzuordnen und in der Region ein regionales geriatricspezifisches Netzwerk zu gestalten, d. h., sie konnten

entsprechende Kommunikations- und Kollaborationsstrukturen aufbauen. So konnten sie zum Teil auch Versorgungslücken erkennen und ggf. über Fallbesprechungen und „Runde Tisch“-Konferenzen die Versorgungssituation von Patientinnen und Patienten beeinflussen.

Der Patienteneinschluss fand auf Ebene der Arztpraxen statt. Durch die unmittelbare Abhängigkeit der „Versorgungsleistung Case Management“ von der Zuweisung aus der einzelnen Arztpraxis, musste in den Praxen der Netzärztinnen und Netzärzten intensiv mit den CM sowie dem Netzbüro (Projektleitung / Geschäftsführung) zusammengearbeitet werden. Die teilnehmenden Arztpraxen sind Mitglieder des jeweiligen Arztnetzes, allerdings betriebswirtschaftlich betrachtet eigenständige Unternehmen sowie professionssoziologisch „Freiberufler“. Das Praxisnetzmanagement hat keine disziplinarischen Durchgriffsrechte in die Organisation der einzelnen Arztpraxis hinein. Die Vergütung für die Versorgungsleistungen in RubiN – sprich das Case Management – erhielt das Arztnetz, um die CM und deren Versorgungsleistungen zu vergüten, nicht aber um notwendige Arbeiten einzelner Ärzte und Ärztinnen zu vergüten. Zur erfolgreichen Umsetzung des Projektes mussten deshalb vor allem auch die Mikroprozesse zwischen den handelnden Personen und Ebenen sehr gut vorbereitet werden.

Geriatrische Patienten und Patientinnen sind aufgrund ihrer komplexen Herausforderungen (Kognition, Mobilität, soziale Situation, etc.) ein herausfordernder und zeitaufwendiger Patient, Patientin in der Arztpraxis. Die Patientenaufklärung und Einschreibung mit allen Formalitäten (Erläuterung des Projektes mit den dafür erforderlichen Einverständnis-, Datenschutz-, und Datensicherheits-Erklärungen) kosteten Zeit, die bei einer „normalen“ Behandlung nicht anfallen würden. Die Erfahrung zeigte, dass die Projektteilnahme am besten vom Arzt initiiert werden musste, da zwischen ihm und dem Patienten, der Patientin das Vertrauensverhältnis besteht und insbesondere ältere Patienten und Patientinnen dem Arzt eher Folge leisten, wenn er ihnen persönlich etwas empfiehlt. Im Praxisalltag entstanden somit neue Mikroarbeitsprozesse, die im laufenden Praxisbetrieb zwischen MFA/Arzt und CM zeitlich-organisatorisch eingeübt und verstetigt werden mussten. Vorrangig gehörten dazu:

ANGELINA – Prozess RubiN-Einschreibung

Nr.	Vorab festzulegende Prozesse bei Konzeption / im laufenden Projektbetrieb zu erproben und zu evaluieren
1	Wann wird welchem Patienten in der Praxis der ANGELINA-Bogen zur Selbsteinschätzung ausgehändigt und wer macht das? (immer nur eine bestimmte MFA oder mehrere? Der Arzt?)
2	Welche Informationen müssen dem Patienten dazu von wem mitgegeben werden? Wer leitet den Patienten wo in der Praxis an und wie wird mit Rückfragen umgegangen?
3	Wie erfolgt die Rückgabe in der Praxis? Muss der Patient den Bogen am Tresen abgeben? Sammelt die MFA den Bogen im Wartezimmer ein?
4	Wer wertet den ANGELINA-Bogen aus? MFA oder der Arzt?
5	Wie findet die Meldung an die Netzzentrale zur Anforderung eines CM statt? Werden die ANGELINA-Bögen an die Netzzentrale übermittelt (Fax, persönlich, Post, Scan)
6	Wo werden die ANGELINA-Bögen aufbewahrt? (Macht die Praxis z.B. Kopie und Original geht ans Netz? Wo werden die Originale aufbewahrt?)

7	Wie wird der Datenschutz gewährleistet?
8	Wo werden die RubiN-Einschreibungsunterlagen (Patienteninformation-, Teilnahme- und Einverständniserklärung sowie Datenschutzerläuterungen) vor dem Gebrauch aufbewahrt, damit sie griffbereit sind? (Beim Arzt im Sprechzimmer? Bei der MFA an der Rezeption? Wie ist die Bevorratung sichergestellt? (Druck und Vertrieb in der Praxis bzw. vom Netz an die Netzpraxen?)
9	Wo findet nach ANGELINA das Informations- und Aufklärungsgespräch zur Projektteilnahme statt? Wer führt es durch? Macht das der Arzt oder die MFA?
10	Wo werden die umfangreichen Assessmentbögen gedruckt und bereit gehalten?
11	Welche Informationen müssen dem Patienten in der Arztpraxis dazu gegeben werden? (das Assessment, das aus umfangreichen Befragungen besteht, wird in der Häuslichkeit des Patienten durchgeführt)
12	Wie findet die Meldung aus der Praxis an das Netzbüro über die erfolgte Einschreibung statt? (Übersendung Unterlagen im Original oder Kopie? Elektronische Übermittlung?)
13	Transfer der Einschreibeunterlagen und ANGELINA-Ergebnisse an das Netzbüro bzw. zum Case Manager
14	Wer nimmt in der Arztpraxis die Rückmeldung der Case-Manager über das Assessment entgegen?
15	Wann findet das persönliche Gespräch zwischen CM und mit dem Arzt/MFA über die Assessmentergebnisse, die Absprache des Versorgungsplans und die zu ergreifenden Maßnahmen statt?
16	Was muss der Arzt selbst initiieren/umsetzen (z.B. Medikamentenumstellung, Verordnung Hilfsmittel oder Häusliche Krankenpflege, Reha, etc.), welche Angaben müssen nur vermerkt werden (wie z.B. CM hat Pflegegrad beantragt oder kümmert sich um Hausnotruf). In welchen Fällen ist Beratungsbedarf mit Patienten und ggf. An- und Zugehörigen angezeigt (z.B. Patient nimmt Medikamente nicht? Patient lehnt Maßnahmen ab (will z.B. keinen Pflegedienst oder keinen Rollator etc.). In welchen Fällen muss/will der Arzt selbst einen Termin mit einem anderen Arzt ausmachen und vorbesprechen (z.B. bei Medikamenten > Medikament gegen Inkontinenz führt zu Schwindel)? Erfolgen die Rückkopplungsgespräche im laufenden Praxisbetrieb oder als fester Termin (z.B. immer mittwochs?)

Tabelle 3: Mikroprozessmanagement an der Schnittstelle Hausarztpraxis/CM/Praxisnetz

Anhand des ANGELINA-Selbstauskunftsbogens wurden die Patienten und Patientinnen je nach erreichter Punktzahl eine Schweregrad zugewiesen.

Schweregradeinstufung zum Zeitpunkt der Rekrutierung (ANGELINA)			
	leichter Schweregrad	mittlerer Schweregrad	schwerer Schweregrad
Höhe des Scores (ANGELINA)	= 2	= 3	≥ 4
Schweregrad	1	2	3
Stärke des ausgeprägten Risikos	leicht	mäßig	erheblich
Interpretation des ausgeprägten Risikos	kurzzeitige geringe Einschränkungen/ Funktionsstörungen	anhaltende geringe Einschränkungen/ Funktionsstörungen	fortschreitende Einschränkungen/ Funktionsstörungen

Tabelle 4: Schweregradeinstufung nach ANGELINA-Selbstauskunftsbogen

Nachfolgende Fallbeispiele aus dem Projekt sollen in gekürzter und reduzierter Form einen Eindruck der Fallkonstellationen geben. Die Fälle und die Fallbearbeitung aller acht Studiennetze wurden in den netzeigenen Dokumentationssystemen dokumentiert als auch in die Studiendatenbank der Universität Greifswald CentraXX direkt eingegeben beziehungsweise per Datenexport in diese übertragen.

Fallbeispiel *Leicht*

Grundsituation:

Patientin weiblich, 86 Jahre, verheiratet
Mietwohnung, lebt im Erdgeschoss mit drei Eingangsstufen
Einen Sohn, schwieriges Verhältnis zu Schwiegertochter
Gute Ernährungszustand,
eingeschränkter Allgemeinzustand

Assessment:

Angelina 2 Punkte: Hilfebedarf im Haushalt, mehr als fünf Medikamente, Stimmung traurig, Barthel 95, IADL 5/8, GDS 11, MNST 26, Mobilität 15 Sekunden= geringe Einschränkung
Überforderung mit Pflege des Ehemannes

Diagnosen:

Spinalkanalstenose
Osteoporose
Spondylose, chronische Schmerzen, Sturzneigung
Bluthochdruck

Medikation:

Schmerztherapie, Magenschutz, blutdrucksenkende Mittel

Maßnahmen:

Empfehlung Physiotherapie
Überweisung Schmerztherapie zur Neueinstellung
Empfehlung Reha in einer geriatrischen Tagesklinik zur Mobilisation
Entlastung und neue Kontakte im Beisein des Ehemannes
Empfehlung Aussprache mit der Schwiegertochter, Familienberatung?
Einschaltung eines Pflegedienstes für den Ehemann zur Entlastung
Pflegegrad Antrag
Warteliste Betreutes Wohnen
Nutzung niedrigschwellige Betreuungsangebote

Akronym: RubiN
Förderkennzeichen: 01NVF17029

Fallbeispiel *Mittel*

Grundsituation:

Patientin weiblich, 74 Jahre, alleinstehend, zwei Töchter, gutes Verhältnis
gutes soziales Umfeld, mehrere Angehörige in der Nachbarschaft, beste Freundin während des
Hausbesuches zu Besuch
Mietwohnung, erster Stock, steile Treppe
eingeschränkte Mobilität

Diagnosen:

Verdacht auf Altersdepression
Bluthochdruck
Adipositas
Gonarthrose beidseits
Zustand nach TIA
Hörbeeinträchtigung

Medikation:

Antihypertensiva
Lipidsenker
Antikonvulsiva
Schmerzmittel nach Bedarf

Assessments:

Angelina 3 Punkte: alleinlebend, altersdepressiv, >fünf Medikamente, eingeschränktes Hörvermögen.
GDS 10, MMST 27, Barthel 90/100, IADL 6/8, Mobilität 13 Sekunden, leichte Einschränkung, SoS 20

Maßnahmen:

Behandlungspflege: Medikamentencheck einmal in der Woche
Empfehlung Psychotherapie
Überweisung Neurologie und HNO
Verordnung Antidepressivum klären
Rehabilitationsangebote empfohlen
Selbsthilfegruppe Altersdepression, eventuell Tagesklinik?
Beratung Wohngruppen für Senioren
Freizeitangebote für Senioren, ehrenamtliche Angebote
Ernährungsberatung, Diabetes Prävention!

Fallbeispiel *Schwer*

Grundsituation:

Ehepaar Herr und Frau H.
wohnt in eigener Häuslichkeit in ländlich geprägter Struktur
Frau H. (Angelina-Score = 9)
nimmt mehr als 5 Medikamente ein
leidet unter Inkontinenz und ist zudem immobil
benötigt Unterstützung im Haushalt und beim Einkaufen
Ist kognitiv erheblich eingeschränkt
(leichte Demenz)
Schlechter Ernährungszustand

Herr H. (Angelina-Score = 4)

ist stark sehbehindert
Schlechter Ernährungszustand
benötigt Unterstützung im Haushalt und beim Einkaufen

Akronym: RubiN

Förderkennzeichen: 01NVF17029

Unterstützung bei der Pflege seiner Frau zwingend notwendig!

Angehörige oder Vertrauenspersonen befinden sich nicht in unmittelbarer Nähe!

Hilfsmittel:

Frau H.

Gehstock, Rollator und Rollstuhl, Inkontinenzprodukte, Sehhilfe

Herr H.

Sehhilfe

Maßnahmen:

Empfehlung, Unterstützung → Beantragung Pflegegrad!

Beratung zu ehrenamtlichen Hilfen

Beratung zum barrierefreien Wohnen

Beratung zum Hilfsmittelbedarf → Inkontinenz

Beratung Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung → Weiterleitung Betreuungsverein

Medikationscheck für Frau H.

Geriatrische Klinik

Ernährungsberatung

Empfehlung ambulanter Pflegedienst + Pflegegrad

Empfehlung - Beratung durch das Demenznetz / Pflegestützpunkt

Empfehlung eines Hausnotrufes

Empfehlung für Mahlzeitendienst / Haushaltshilfen

Ausstattung der Wohnung mit Nachtlichtern (Sturzprophylaxe)

Netzwerkkoordination

Die Praxisnetze wurden durch die Netzwerkkoordinatorin gemanagt. Dies war insbesondere für die Interventionsregionen wichtig, um einen vergleichbaren Stand der Projektumsetzung zu gewährleisten. Neben einem agilen und nahezu täglich fließenden Austausch der Projektakteure wurden regelhafte Kommunikationsstrukturen und Instrumente entwickelt. Hierzu gehörten:

Cloud Station

Um die Abstimmung zwischen der Netzwerk-Koordinatorin und den Regionen zu erleichtern, wurde für alle Beteiligten ein Zugriff auf einen gemeinsamen Server realisiert, auf dem alle zum Projekt gehörenden Informationen hinterlegt sind. Die Informationen waren in einer festgelegten Ordnerstruktur abgebildet:

- Care- und Case Management
- Formulare alle Region
- Materialien aus den Regionen
- Öffentlichkeitsarbeit
- Dokumentationssoftware
- Evaluation
- Rechtsbegleitung
- Formalien DLR
- Protokolle

Asana

Das Projektmanagement in der Netzwerkkoordination vollzog sich mithilfe der webbasierten Software Asana. Dort konnten alle Projektteilnehmer sich gegenseitig Aufgaben zuordnen und in der Software ablegen, ohne den anderen während einer laufenden Arbeit stören zu müssen.

So konnte beispielsweise abends um 23:00 Uhr die Korrektur eines Dokumentes einer Person zugeordnet und bis zu einem bestimmten Termin beauftragt werden.

Telefonkonferenzen

Jeden Dienstag um 12:30 Uhr fand eine Telefonkonferenz statt, die von der Netzwerkkoordinatorin organisiert wurde. Teilnehmende an diesen Telefonkonferenzen waren regelhaft alle Geschäftsführer und Projektleiter der Regionen. Andere Personen konnten bei Bedarf beliebig zur Teilnahme eingeladen werden.

Persönliche Termine

Persönliche Treffen des gesamten Konsortiums inklusive Kooperationspartner gab es mit einem Kick Off im Januar 2019 und einem Neujahrsempfang im Januar 2020. Darüber hinaus tauschten sich die Netze und ihre CM insbesondere im ersten Jahr über Quartalstreffen aus. Persönliche Abstimmungstreffen gab es auch zwischen den Geschäftsführern der Praxisnetze, der Netzwerkkoordination und der Konsortialführung.

Erstellte Medien

Für die Bekanntmachung des Projektes als auch für die Umsetzung wurden unterschiedliche Medien erstellt (s. Anhänge 6-16).

4.4. Änderungen am Arbeitsplan

Zu den wichtigsten Änderungen am Arbeitsplan gehörten die in der Tabelle 5 aufgeführten.

Änderungsbescheid	Inhalt	Grund
20.02.2019	Wechsel Leipziger Gesundheitsnetz aus der Kontrollgruppe in die Interventionsgruppe	Änderung zu einem Stichprobenverhältnis von 3 (Interventionsgruppe): 1 (Kontrollgruppe)
10.03.2020	Verlängerung des Rekrutierungszeitraums der drei Kontrollnetze um drei Monate	verzögerter Start aufgrund Mittelentsperrungsverfahren sowie COVID-19-Pandemie (Schutzbestimmungen und Kontaktverbote)
29.06.2020	Umstellung Präsenzbefragungen der Evaluation und Fokusgruppen auf telefonisch / digital	COVID-19-Pandemie (Schutzbestimmungen und Kontaktverbote)
29.06.2020	Betreuung der Patienten von persönlich z.T. auf telefonisch, Mail	COVID-19-Pandemie (Schutzbestimmungen und Kontaktverbote)
13.10.2021	Reduktion der Fallzahl in den Kontrollnetzen von n=1.200 auf n=1.071	COVID-19-Pandemie (Schutzbestimmungen und Kontaktverbote)
20.07.2021	Streichung der geplanten Befragungen von Ärzten mittels standardisierter Fragebögen und dafür Durchführung einer Auswertung durch die Datentriangulation mit Teilprojekt 3 und 4; Hinzunahme von szenariogestützten und qualitativen Befragungen bei relevanten	Durch die Evaluationsteilprojekte 3 und 4 fanden ebenfalls Ärztebefragungen statt, so dass es sinnvoller erschien, neue Aspekte über eine neue Methode mit in die Evaluation aufzunehmen.

	Kooperations-partnern, um Transfer- und Verstetigungsszenarien von Care und Case Management zu identifizieren.	
--	--	--

Tabelle 5: Wichtigste Änderungen am Arbeitsplan

4.5. Rechtsgrundlage

Die neue Versorgungsform wurde auf Grundlage eines Selektivvertrages nach § 140a SGB V erbracht. Grundsätzlich bedeutet diese Rechtsgrundlage, dass nur Versicherte in die Versorgung eingeschrieben werden dürfen, deren Krankenkassen sich an dem Projekt beteiligen. Dieses Problem besteht seit Einführung des Selektivvertrages in 2004. Der Sinn des § 140a bestand darin, dass Krankenkassen sich im Versorgungswettbewerb unterscheiden. In der praktischen Versorgungsumsetzung führt diese Rechtsgrundlage in Arztpraxen, Pflegeheimen und anderen Settings wiederholt zu Problemen, da Versorgungsabläufe für einzelne Versicherte nicht umgestellt werden und eine derartige Selektion oftmals von Leistungserbringern auch als unethisch betrachtet wird. Wie bei vielen Verträgen ergab und ergibt sich auch im Rahmen des Innovationsfonds daraus das Problem, dass die für die Evaluation erforderliche Fallzahl oftmals nicht erreicht werden kann. Aus diesem Grund wurde eine Erweiterung der Einschreibemöglichkeiten nach § 630a BGB beim Förderer beantragt und genehmigt. Danach konnten Versicherte unabhängig des Krankenkassenstatus eingeschrieben werden. Dafür wurden alle Teilnehmer aufgeklärt und musste eine Teilnahme- und Datenschutzerklärung unterschreiben. Für die Umsetzung der Studie wurden die Ethikvoten von den Ärztekammern Westfalen-Lippe, Sachsen, Nordrhein, Schleswig-Holstein, Niedersachsen als auch der beteiligten Universitäten Greifswald, Frankfurt und Lübeck eingeholt.

5. Methodik

Das Design des RubiN-Projektes entspricht dem einer prospektiv kontrollierten Interventionsstudie (siehe Abbildung 10). Die Implementierung des geriatrischen Versorgungskonzeptes wurde auf drei Ebenen mit verschiedenen Methoden und Evaluationsendpunkten untersucht: 1. Ebene: Leistungsempfänger (Patienten und Patientinnen / An- und Zugehörige), 2. Ebene: Leistungserbringende (CM), 3. Ebene: Ärztenetze. Damit sollten wichtige Informationen in Hinblick auf die Übertragung des Versorgungskonzeptes (CCM) in die Regelversorgung gewonnen werden.

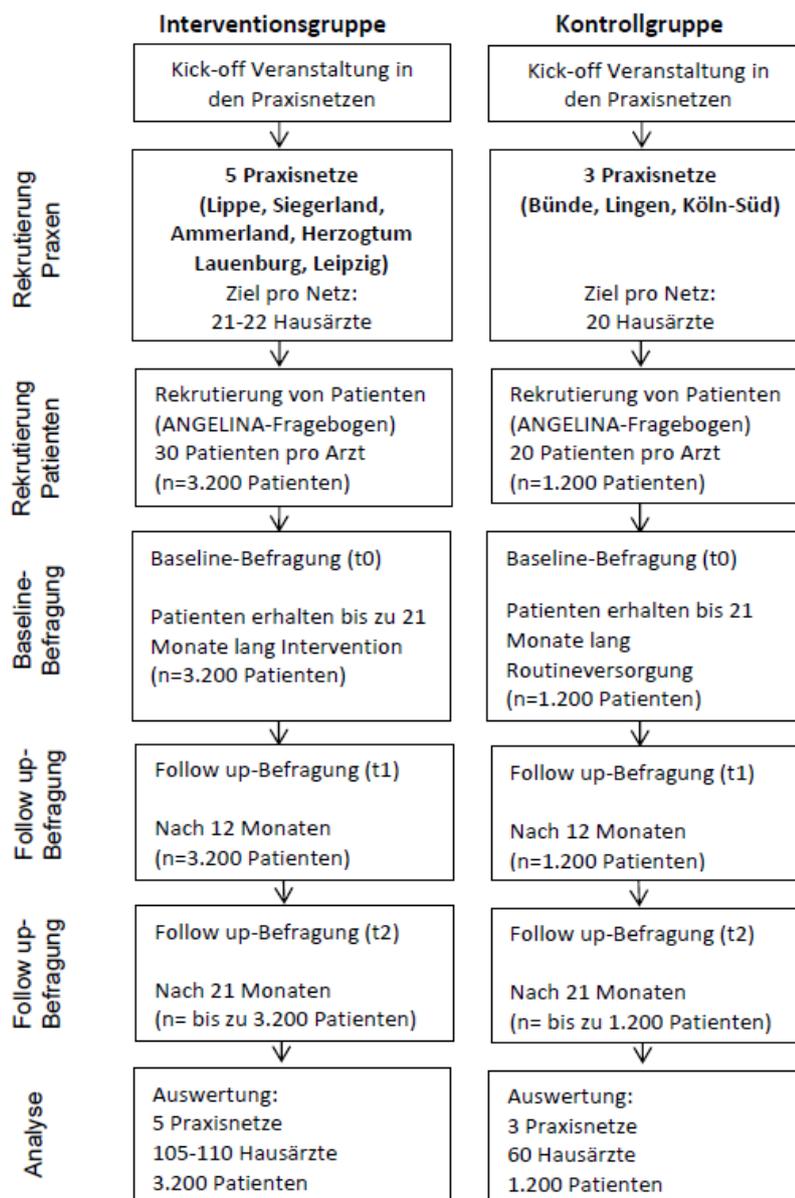


Abbildung 10: Flowchart des Studiendesigns

Die **Zielpopulation** waren **geriatrische** Menschen.

Einschlusskriterien waren:

- gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten, die ≥ 70 Jahre alt sind
- müssen mindestens zwei Punkte aus mindestens zwei unterschiedlichen Themenkomplexen im geriatrischen Screening per ANGELINA-Fragebogen (Anhang 1) erreicht haben
- ausreichende deutsche Sprachkenntnisse besitzen
- für Patientinnen und Patienten, die in der Gesundheitsversorgung betreut werden und/oder einen Einwilligungsvorbehalt haben, muss die Betreuerin oder der Betreuer die Einwilligungserklärung mitunterschreiben

Ausschlusskriterien waren:

- Patientinnen und Patienten, die zum Rekrutierungszeitpunkt in stationären Pflegeeinrichtungen lebten
- Patientinnen und Patienten mit einer terminalen Erkrankung in der letzten Lebensphase und/oder Inanspruchnahme einer spezialisierten palliativen Versorgung (SAPV, Hospiz)
- Patientinnen und Patienten mit einer bipolaren Störung oder anderen schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankungen

Das Projekt RubiN wurde in einem versorgungsnahen Setting durchgeführt. Die **Rekrutierung** der Patientinnen und Patienten erfolgte konsekutiv durch die Ärztinnen und Ärzte der beteiligten ÄN der IG und KG. Es war davon auszugehen, dass innerhalb der einzelnen Arztpraxen eine reduzierte Varianz in Bezug auf die Patienteneigenschaften und Arbeitsabläufe bestand, innerhalb der ÄN jedoch nicht. Aus diesem Grund war es notwendig, die Fallzahlschätzung für den primären Endpunkt auf Grundlage einer Clusterrandomisierung vorzunehmen.

Die **Fallzahlschätzung** erfolgte für den primären Endpunkt (BI) des Projektes RubiN. Es wurden folgende Parameterannahmen getroffen:

- Fehler 1. Art (α): 5%
- Fehler 2. Art (β): 15% (\cong Power von 85%)
- Effektstärke (d): 0,3
- Verhältnis Intervention/Kontrolle: 3/1
- Intraclusterkorrelationskoeffizient: 0,15
- Drop-out Rate: 33%

Bei den getroffenen Parameterannahmen wurde für das Verhältnis der IG zur KG ein Verhältnis von 3 zu 1 vereinbart. In die Fallzahlberechnung wurde miteinbezogen, dass die Ärztenetze der Interventionsgruppe mehr Patienten und Patientinnen rekrutieren können als Ärztenetze der Kontrollgruppe. Die Kontrollnetzte haben nämlich einerseits einen erheblichen Aufwand mit der Rekrutierung und Datenerhebung zu zwei Zeitpunkten, andererseits sind jedoch die finanziellen Anreize vergleichsweise mit den Interventionsnetzen gering, sodass hier von einer schwächeren Rekrutierungsstärke ausgegangen werden musste.

Zum Nachweis eines angenommenen Effektes von $d=0,3$, bei einem Teilnehmer-Verhältnis von 3:1 zwischen der IG und der KG, einer Power=0,85 und $\alpha=0,05$ wurden mindestens 534 Teilnehmerinnen und Teilnehmer benötigt (davon 400 in der IG und 134 in der KG).

Je ÄN wurden schätzungsweise 21 bis 22 Arztpraxen beteiligt, die durchschnittlich jeweils ca. 30 Studienteilnehmerinnen bzw. -teilnehmer rekrutiert haben. Bei einem angenommenen Intraclusterkorrelationskoeffizienten von 0,15 war ein „Designeffekt“ von 5,5 in der Fallzahlplanung zu berücksichtigen. Hierdurch erhöhte sich die notwendige Stichprobengröße auf 2.937.

Bei einer angenommenen Dropout-Rate von 33% sollten mindestens 4.384 ($2.937/0,67=4.384$) Teilnehmerinnen und Teilnehmer, aufgerundet 4.400, eingeschlossen werden. Insgesamt konnten für die Studie RubiN 4.489 Teilnehmerinnen und Teilnehmer rekrutiert werden. Davon haben die fünf IN 3.418 Teilnehmerinnen und Teilnehmer und die drei KN 1.071 Teilnehmerinnen und Teilnehmer einschreiben können (Verhältnis 3,2:1, gerundet 3:1).

In zwei IN und in den KN erfolgte die Datendokumentation zu den patientenrelevanten Erhebungsinstrumenten (Assessments) zu allen Erhebungszeitpunkten direkt auf der Basis eines IT-gestützten Datendokumentationssystems (webbasiert). Drei IN erfassten jeweils die Daten über eine praxiseigene Software (PalliDoc) und übermittelten dann per Datenexport (xml-Format) die Daten zur Übertragung in die Studiendatenbank RubiN.

Zur studienkonformen Erhebung und Dokumentation absolvierten die Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeiter im Vorfeld eine Einweisung in die Datenerhebung und in die Dateneingabe in die Studiendatenbank RubiN in CentraXX (CXX-Version: 3.18.1.18; Kairos GmbH). In den KN wurden die Assessments durch die teilnehmenden Praxen ebenfalls unter Beachtung von Struktur- und Beobachtergleichheit erhoben. Ein einheitlicher Qualifizierungs- und Erfahrungsstand der an der Erhebung beteiligten Personen wurde sichergestellt und mit geeigneten Maßnahmen überprüft (Anwendungserprobungen).

Das Evaluationskonsortium evaluierte in vier Teilpaketen (TP) qualitativ und quantitativ:

- TP1: (Quantitative Evaluation mit Primärdaten – federführend Universitätsmedizin Greifswald)
- TP2: (Gesundheitsökonomische Evaluation – federführend inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH in Berlin)
- TP3: (Prozessevaluation Machbarkeit und Umsetzung mit Schwerpunkt auf die Unterschiede zwischen den Praxisnetzen – federführend Goethe-Universität Frankfurt am Main)
- TP4: (Prozessevaluation Schwerpunkt Akzeptanz und Zufriedenheit – federführend Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck)

Methoden TP1

TP1: Quantitative Evaluation mit Primärdaten

Die Primärdatenerhebung für die quantitative Evaluation in TP1 erfolgte durch Assessments. Assessments sind in der Geriatrie integraler Bestandteil der Diagnostik und der Erhebung der Bedarfe von Patientinnen und Patienten. Diese Bedarfe beinhalten körperliche, geistige, funktionale und soziale Aspekte, die in der Versorgung von geriatrischen Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden müssen. In der Evaluation fanden damit jene Instrumente (siehe Tabelle 6) Einsatz, die auch in der Diagnostik und Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten genutzt werden.

Outcome	Messinstrument/ Operationalisierung	Erhebungs- zeitpunkt
(A) Ebene der Patienten		
(1) primär		
Alltagsaktivitäten	Barthel-Index (ADL)	BL; FU12; FU21
(2) sekundär		
Gesundheitssituation in Bezug auf geriatrische Aspekte	ANGELINA Screening	BL; FU12
Bewältigung täglich notwendiger Verrichtungen im Haushalt	Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL)	BL; FU12
Mobilität	Timed "Up and Go", Mobilitätstest	BL; FU12
Kognitive Einschätzung	DemTect	BL; FU12
Lebensqualität	WHOQOL-OLD/ WHOQOL-BREF	BL; FU12
Mangelernährung	Minimal Nutritional Assessment, MNA-Elderly	BL; FU12
Soziodemographische Variablen (Alter, Geschlecht, familiärer Hintergrund, weitere relevante soziodemographische Daten)	Eigenentwicklung	BL; FU12; FU21
Stürze	Sturzprotokoll	Interim (wenn erfolgt)

Dokumentation der erbrachten Beratungs- bzw. Koordinierungsleistungen durch die CM im Rahmen der Intervention (nur IG)	Kontakt- (Leistungs-) Protokoll	Interim (wenn erfolgt)
(B) Ebene der An- und Zugehörigen		
Reduktion der Belastung	Häusliche Pflegeskala	BL; FU12
Soziodemographische Variablen (Alter, Geschlecht, familiärer Hintergrund, weitere relevante soziodemographische Daten)	Eigenentwicklung	BL; FU12

Tabelle 6: Auflistung der Fragebogeninstrumente zur Primärdatenerhebung

BL = Baseline; FU12 = Follow-Up nach 12 Monaten; FU21 = Follow-Up nach 21 Monaten

Im Verlauf des RubiN-Projektes wurden zu drei Zeitpunkten Daten erhoben. Die BL-Erhebung bestand inhaltlich aus dem gleichen geriatrischen Assessment wie die FU12-Erhebung. Aufgrund der unterschiedlichen Rekrutierungszeitpunkte war es für die Patientinnen und Patienten, die bis zum 31.03.2019 (± 4 Wochen) eingeschrieben wurden (nur IG), möglich, zu einem weiteren Erhebungszeitpunkt (FU21) innerhalb der Projektlaufzeit den BI (Primäroutcome) erneut zu erheben.

Die Charakteristika der Arztpraxen und der Patientinnen und Patienten zu BL (t0) wurden per deskriptiver Statistik analysiert, wobei für kontinuierliche und normalverteilte Variablen der Mittelwert mit Standardabweichung und für kategoriale Variablen absolute Häufigkeiten und Prozentsätze angegeben wurden, um den Erfolg der Cluster-Verteilung einzuschätzen. Die primäre Analyse folgte dem Intention-to-treat-Prinzip und beruht auf den Daten aller eingeschlossenen Patientinnen und Patienten in der IG vs. KG, d. h. die Ergebnisse aus den fünf IN werden 12 Monate (t1) nach dem BL-Assessment (t0) mit den Ergebnissen der drei KN verglichen. Bei den quantitativen Parametern erfolgte die Auswertung – sofern die statistischen Voraussetzungen erfüllt waren – mit multivariaten Modellen und Multilevel-Analysen, um für Unterschiede zwischen den Leistungserbringern und zwischen den ÄN (z.B. unterschiedliche Zusammensetzung aus Haus- und Fachärzten, Größe der ÄN) adjustieren zu können. Die statistischen Analysen erfolgten auf der einen Seite mit der Statistiksoftware JMP (Softwareprodukt der Firma SAS) und auf der anderen Seite wurden die gemischten Modelle mit der Statistiksoftware SAS Enterprise Guide® (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA) berechnet.

Bei der Methode der Gemischten Modelle handelt es sich um eine Mehrebenenmodell-Analyse. Sie findet Anwendung in der Auswertung „geschachtelter“ Daten (weisen eine hierarchische Struktur auf), wie eben auch bei längsschnittlich erhobenen Daten [2,3]. Die wesentlichen Vorteile von Mehrebenenanalysen bestehen in der adäquaten Berücksichtigung der Abhängigkeiten in den Daten, in der Möglichkeit der Betrachtung von Einflussvariablen auf verschiedenen Ebenen (Mikro- und Makroebenen) und in einer guten Flexibilität und in weniger strengen Voraussetzungen als bei anderen statistischen Verfahren [4]. Im Rahmen des RubiN-Projektes wurden bestimmte Items (Fragebogeninhalte) für jeden Patienten/Patientin, sofern möglich, mehrfach erfasst zu zeitlich aufeinanderfolgenden Erhebungszeitpunkten (BL (t0), FU12 (t1) und FU21 (t2)). Bei der statistischen Auswertung war zu berücksichtigen, dass alle Items, welche zum gleichen Subjekt (Patientinnen oder Patienten) erhoben werden, eine Abhängigkeitsstruktur aufweisen.

Die primäre Analyse wurde für den primären Endpunkt (den BI) auf der Basis der Messzeitpunkte t0 und t1 durchgeführt.

Zur Bildung der linearen gemischten Modelle wurden jeweils die zu untersuchenden Endpunkte (primär und sekundär) (Tabelle 6) als abhängige Variablen für die Zeitpunkte zu t0 und zu t1 und die zu BL erhobenen patientenspezifischen Variablen, wie Altersgruppe, Geschlecht, Berufsabschluss, Wohnort, Häusliche Gemeinschaft, Soziale Unterstützung, Finanzielle Situation und Ärztenetzzugehörigkeit, als unabhängige Variablen in die Modelle

aufgenommen. Zur Feststellung des Interventionseffektes wurde in den Modellen der Interaktionsterm „Gruppe*Zeit“ im Gruppenvergleich ermittelt und auf Signifikanz getestet.

Für die Analysen zu den primären bzw. sekundären Endpunkten wurden die Daten jeweils nach der Methode der vollständigen Daten (CCA) ausgewertet. Das heißt, Patienten und Patientinnen mit fehlenden Werten hinsichtlich der zu analysierenden Endpunkte wurden jeweils ausgeschlossen. Die Belastbarkeit dieser Vorgehensweise wurde im Vorwege überprüft, indem unter Nutzung der Methode der multiplen Imputation getestet wurde. Die Untersuchung der Struktur der fehlenden Daten und ein Vergleich zwischen den Datensätzen mit und ohne Imputation führte dazu, dass auf eine Imputation verzichtet und der Methode der vollständigen Daten (CCA) der Vorzug gegeben wurde.

Zu den a priori primären Fragestellungen wurden zusätzlich zwei Subanalysen durchgeführt. Sie wurden aus den Ergebnissen der a priori Fragestellungen generiert und dienten der Erlangung weiterer Erkenntnisgewinne. Dabei ging es einerseits um die Untersuchung des Interventionseffektes auf die Entwicklung des primären Endpunktes, des Barthel-Index für ein ausgewähltes Interventionsnetz (siehe 3.1.5.1.1 im Evaluationsbericht) und andererseits um die Untersuchung des Interventionseffektes auf die Entwicklung des primären Endpunktes, des Barthel-Index für Patientinnen und Patienten mit maximalem BI-Score zu t0 (siehe 3.1.5.1.2 im Evaluationsbericht).

Alle Tests und Analysen wurden mit einem zweiseitigen Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ durchgeführt. Die Daten wurden pseudonymisiert ausgewertet.

Methoden TP2

TP 2: Gesundheitsökonomische Evaluation, Schnittstellenanalyse und Analyse der Transfer- und Verstetigungsszenarien

Im Rahmen der Evaluation des Innovationsfondsprojektes RubiN erfolgte eine gesundheitsökonomische Evaluation. Diese umfasste auch eine Analyse der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Auswirkungen auf die Qualität der ambulanten Versorgung, die anhand ambulant-sensitiver Krankenhauseinweisungen beurteilt wurde.

Evaluation der Leistungsanspruchnahme

Die Analyse der Inanspruchnahme von Leistungen und assoziierten Kosten erfolgte auf Grundlage von Routinedaten (Krankenkassenabrechnungsdaten) der beteiligten Krankenkassen. Die Kosten folgender Leistungen wurden in die Kostenanalyse einbezogen: Ambulante Behandlungen, stationäre Aufenthalte, ambulante Behandlungen im Krankenhaus, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Pflegeleistungen, häusliche Krankenpflege, Krankentransport, Rehabilitation (soweit von der Krankenkasse getragen) und Zahnarztbehandlungen.

Dafür wurden für alle Teilnehmenden die Routinedaten vor und während der Intervention verwendet. Die Gesundheitskosten wurden von den teilnehmenden Krankenkassen aufbereitet und lagen quartalsweise ein Quartal vor Patienteneinschluss, also dem vierten Quartal 2018, bis einschließlich dem Quartal des Interventionsendes, also dem vierten Quartal 2020 vor.

Da der Interventionsstart für die einzelnen Teilnehmenden nicht zeitgleich erfolgte, wurde der individuelle Interventionszeitraum ab individuellem Patienteneinschluss plus 12 Monate definiert. Als BL (t0) wurde das Quartal direkt vor Interventionsbeginn definiert. Für die Kostenvergleiche wurden somit BL-Kosten bzw. t0-Kosten als die im Quartal vor Interventionsbeginn anfallenden Kosten berechnet. Die Kosten nach Intervention wurden als die Kosten des Quartals 12 Monate nach Patienteneinschluss (Kosten FU12, t1) festgelegt.

Bei den stationären Daten war das Aufnahmedatum ausschlaggebend: Wenn dieses innerhalb des Beobachtungsquartals lag, dann wurden die Kosten in die Analyse eingeschlossen, selbst wenn das Entlassdatum außerhalb des Quartals lag. Bei Arzneimittel- und Hilfsmitteldaten war das Abgabedatum, bei Heilmitteln der Behandlungsbeginn, beim Krankentransport der Transportbeginn, bei häuslicher Krankenpflege, Pflegeleistungen und Rehabilitation der Leistungsbeginn ausschlaggebend.

Kosteneffektivitätsanalyse

Um Aussagen über die Kosten-Nutzen-Relation des Versorgungskonzeptes RubiN treffen zu können, erfolgte ergänzend eine Zusammenführung der erhobenen Kostendaten mit der nutzenbezogenen primären Outcome-Variable. Der primäre Endpunkt des Projekts ist der Grad der Ausführung von Alltagsaktivitäten der Patienten und Patientinnen operationalisiert anhand des BI. Die Sekundärdaten (Routinedaten der Krankenkassen) wurden patientenbezogen und pseudonymisiert mit den erhobenen Primärdaten (Alltagstätigkeit anhand des BI) aus TP1 durch eine unabhängige Treuhandstelle verknüpft (Linkage). Durch die Zusammenführung der Primär- und Sekundärdaten unter Berücksichtigung der Interventionskosten konnte eine Kosteneffektivitätsanalyse durchgeführt werden. Weitere Informationen zur Verfügbarkeit und Verknüpfung der Daten sind Kapitel 3.2.1. des Evaluationsberichts zu entnehmen; eine detaillierte Aufstellung der Interventionskostenberechnung ist Tabelle 59 des Evaluationsberichts zu entnehmen.

Die Kosteneffektivität (CER – Cost-Effectiveness Ratio) für die KG wurde folgendermaßen berechnet:

$$CER_{\text{Kontrollnetze}} = \frac{\text{Differenz der durchschnittlichen Gesamtkosten der KG}}{\text{Durchschnittlicher zusätzlicher Barthel – Index – Score der KG}}$$

Die Kosteneffektivität (CER – Cost-Effectiveness Ratio) für die IG wurde folgendermaßen berechnet:

$$CER_{\text{Intervention}} = \frac{\text{Differenz der durchschnittlichen Gesamtkosten der IG}}{\text{Durchschnittlicher zusätzlicher Barthel – Index – Score der IG}}$$

Das inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Verhältnis (ICER – Incremental Cost-Effectiveness Ratio) wurde folgendermaßen berechnet:

$$ICER_{\text{RubiN}} = \frac{(\text{Differenz der durchschnittlichen Gesamtkosten der IG}) - (\text{Differenz der durchschnittlichen Gesamtkosten der KG})}{(\text{Durchschnittlicher zusätzlicher Barthel – Index – Score der IG}) - (\text{Durchschnittlicher zusätzlicher Barthel – Index – Score der KG})}$$

Um die Unsicherheit der Kosten und Effektschätzer zu beurteilen, wurde als Sensitivitätsanalyse ein Bootstrapping-Verfahren simuliert und in der Kosteneffektivitätsebene (Cost Effectiveness Plane) dargestellt. Darüber hinaus wurde die Unsicherheit der einzelnen Kostenkomponenten in univariaten Sensitivitätsanalysen überprüft und graphisch in einem Tornado-Diagramm dargestellt. Ziel der univariaten Sensitivitätsanalysen war es, die Robustheit des ICER gegenüber Veränderungen in den einzelnen Kostenkomponenten zu überprüfen. Für alle Sensitivitätsanalysen wurde die Unsicherheit der Punktschätzer innerhalb der Spannweite des 95% Konfidenzintervalls variiert. Für die Interventionskosten konnte kein Konfidenzintervall bestimmt werden, weshalb eine generische Variation von +/-30% der mittleren Interventionskosten gewählt wurde.

Analyse der vermeidbaren Krankenhauseinweisungen

Des Weiteren wurde untersucht, ob sich die Anzahl der vermeidbaren Krankenhauseinweisungen (ambulatory care sensitive conditions, ACSC [9]) in den fünf

Interventionsnetzen von den drei Kontrollnetzen voneinander unterscheidet. In die Analyse einbezogen werden folgende ACSC-Diagnostikgruppen in Anlehnung an die WHO [9]:

- Ischämische Herzerkrankungen (ICD-10: I20-I25)
- Herzinsuffizienz (ICD-10: I50)
- Bronchitis und COPD (ICD-10: J40-J47)
- Diabetes mellitus (ICD-10: E10-E14)
- Hypertonie (ICD-10: I10-I15)
- Mangelernährung und Ernährungsdefizite (ICD-10: E40-E46)
- Zahnerkrankungen (ICD-10: K08)
- Harnwegserkrankungen (ICD-10: N30-N39)

Analysiert wurden die Häufigkeit dieser ACSC-Diagnostikgruppen in den Interventions- und Kontrollnetzen sowie die damit verbundenen stationären Kosten.

Umgang mit fehlenden Daten

Als Hauptanalysen wurden die Daten mit der Complete Case Analysis-Methode (CCA) ausgewertet (Patienten/Patientinnen mit fehlenden Werten wurden ausgeschlossen). Zusätzlich wurde die Auswirkung fehlender Werte mit einem Imputationsverfahren getestet. Dieser zweite Datensatz wird im Folgenden als Full Analysis Set (FAS) bezeichnet. Die FAS soll die Auswirkungen potentieller Verzerrungen durch fehlende Werte aufzeigen, indem sie systematisch alle Patienten/Patientinnen nach Einschluss in die Studie einbezieht, und so die Ergebnisse aller Teilnehmer berücksichtigt.

CCA

Bei der CCA wurden alle Patienten/Patientinnen mit in die Analyse eingeschlossen, für die sowohl Primärdaten (BI) zu beiden Zeitpunkten (BL und t1) als auch Sekundärdaten (Kosten) vorlagen. Patienten/Patientinnen mit fehlenden Daten wurden aus der Analyse ausgeschlossen.

FAS

Beim FAS wurden fehlende Daten zum Teil imputiert, das heißt, fehlende Daten wurden in der Datenmatrix durch ein Imputationsverfahren vervollständigt. Um fehlende Werte bei Patienten/Patientinnen für Kosten- und Effektdaten zu imputieren, wurde eine Multiple Imputation durch verkettete Gleichungen (multiple imputation by chained equations – MICE) unter Verwendung von Predictive Mean Matching (PMM) verwendet. Unter der Voraussetzung zufällig verteilter fehlender Werte (Missing at Random MAR) erzeugt diese Multiple Imputation robuste Schätzer. Sollten die Effektschätzer Abweichungen zwischen FAS und CCA zeigen, sind nicht-zufällig verteilte fehlende Werte naheliegend. Dies kann andeuten, dass es systematische Gründe für die fehlenden Informationen gibt.

Definition und Umgang mit Loss-to-Follow-up (FAS)

Patienten und Patientinnen, die inaktiv gesetzt wurden (Loss-to-follow-up Patienten) haben entweder ihre Einwilligung in die Studie nicht offiziell widerrufen (keine Bereitschaft), sind umgezogen, in ein Pflegeheim oder palliative Einrichtung eingewiesen worden oder sind verstorben. Für diese Patienten und Patientinnen wurde ein angepasstes Vorgehen gewählt: Patienten und Patientinnen mit fehlender Bereitschaft wurden komplett ausgeschlossen, da davon auszugehen ist, dass diese ihren Teilnahmewiderruf vergessen haben. Bei Patienten, die vor t1 (FU12) verstorben sind und somit keine Daten zum BI vorliegen, wurde der BI auf 0 gesetzt und die Kosten aus dem Quartal vor dem Versterben für die Kostenanalyse benutzt. Bei Patienten und Patientinnen, die nach t1 verstarben, bei denen aber kein BI erhoben wurde, wurde der BI imputiert. Auch bei allen anderen Patienten und Patientinnen mit einem Inaktivsetzungsgrund wurde der BI imputiert und die Kosten aus dem vierten Quartal nach Interventionsstart genutzt.

Weitere Analysen

Quartalsweise Kosten im zeitlichen Verlauf

Um die Veränderung der Kosten innerhalb des Interventionszeitraums zu verstehen, wurden zusätzlich die Kosten quartalsweise angeschaut. Hierdurch kann u.a. eingeschätzt werden, ob durch die Festlegung der t1-Messung auf ein Quartal nach 12 Monaten nach Einschluss die Interventionsauswirkungen adäquat abgebildet werden konnten oder ob hierdurch eine mögliche Über- oder Unterschätzung bei starken Veränderungen im Zeitverlauf entstehen konnten. Das Quartal vor Interventionsstart (BL) wurde jeweils mit dem ersten, zweiten, dritten und vierten Quartal nach Interventionsstart verglichen und graphisch in Boxplots aufgearbeitet.

Kostenanalyse mit Extremkostenausschluss

Um den Einfluss von Kostenausreißern auf die Ergebnisse der Kostenanalysen auszuschließen, wurden Extremkosten über dem 95. Perzentil innerhalb der einzelnen Kostenkategorien in einem weiteren Schritt ausgeschlossen.

Kostenanalyse auf Netzebene

Um herauszufinden, ob es einen Unterschied zwischen den Netzen bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen gibt, wurde eine Kostenanalyse auf Netzebene durchgeführt.

Einflussfaktoren auf die Gesamtkosten – Multiple lineare Regression

Um die Auswirkungen anderer erklärender Faktoren neben der Gruppenzugehörigkeit zu analysieren, wurde eine multiple lineare Regression durchgeführt. Die multiple Regression ermöglicht es, den Einfluss potenzieller Einflussfaktoren auf die Gesamtkosten zu t1 zu ermitteln. Das Basismodell beinhaltete als unabhängige Variablen (potenzielle Einflussfaktoren) die Gesamtkosten zu t0 und die Dummy-Variable für die Gruppenzugehörigkeit (KG=0 and IG=1). Das Modell wurde in zwei Schritten um das Geschlecht und das Alter erweitert.

Schnittstellenanalyse und Analyse der Transfer- und Verstetigungsszenarien

Im Zuge der qualitativen Untersuchung der Versorgungsschnittstellen auf Ebene der Kontrollnetze erfolgte zunächst ein strukturiertes Literaturreview zu sozialgesetzbuch- und sektorenübergreifenden Lücken, Doppelungen, Fehlanreizen und Gelingensfaktoren. Die Literatursuche erfolgte sowohl über einschlägige Datenbanken wie PubMed, LIVIVO und Beck-Online als auch über Google Scholar sowie mittels forward und backward citation searches in identifizierten Quellen. Auf Grundlage dieser Vorarbeiten wurden aktorsgruppenspezifische Interviewleitfäden erstellt, welche für die Befragung involvierter ärztlicher und nichtärztlicher Leistungserbringender bzw. Akteure der Kontrollnetze zu bestehenden Versorgungsbarrieren und -fehlansätzen zum Einsatz kamen. Die Interviewleitfäden wurden zuvor mit Projektakteurinnen und -akteuren pilotiert und entsprechend der Anmerkungen adaptiert (Anlage 1). Pro Netz sollten je die Geschäftsführer (n=3), drei niedergelassene Haus- oder Fachärzte und zwei MFAs befragt werden. Ziel war es, auf Basis der hierdurch gewonnenen Informationen Schnittstellenprobleme in der Versorgung in den Kontrollnetzen zu identifizieren und zu klassifizieren. Darüber hinaus sollten innovative Lösungsansätze zur Verbesserung von Kooperations- und Koordinationsproblemen in der geriatrischen Netzversorgung festgestellt werden. Zwischen Juni und September 2020 konnten insgesamt 14 qualitative, leitfadengestützte Telefoninterviews mit ärztlichen und nicht-ärztlichen Akteurinnen und Akteuren aus dem niedergelassenen und stationären Bereich (niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte (HA); niedergelassene sowie stationär tätige Fachärztinnen und Fachärzte (FA); Medizinische Fachangestellte (MFA) niedergelassener Haus- und Facharztpraxen) sowie den Geschäftsführungen (GF) der Kontrollnetze geführt werden. Eine genaue Beschreibung der Stichprobe ist dem Evaluationsbericht zu entnehmen.

Um einen zusätzlichen Erkenntnisgewinn für die Evaluation von RubiN zu erzielen, wurden zudem unterschiedliche Transfer- und Verstetigungsszenarien von CCM aus Sicht von

Vertretern regionaler, den beteiligten Ärztenetzen zugeordneten KV und ÄK analysiert. Hierfür wurde ein mehrstufiges, szenariobasiertes Befragungsformat entwickelt. Ausgangspunkt bildeten unterschiedliche Themencluster, welche durch sog. Deskriptoren, also konkret beschreibende Elemente, zu realistischen Transfer- und Verstetigungsszenarien verdichtet wurden und zunächst mittels eines eigens programmierten Online-Surveys abgefragt wurden (Anlage 2). Die Themencluster wurden auf Grundlage der bisherigen Projekterkenntnisse von RubiN sowie einschlägiger Literatur gebildet. Die Themencluster beinhalteten im Wesentlichen die Aspekte (a) künftiger Stellenwert von CCM in der Gesundheitsversorgung, (b) Ausgestaltung von CCM im Hinblick auf Regelungskompetenzen (u. a. Delegation bzw. Substitution), (c) Qualifikation der CM (Ausgangs- und Zusatzqualifikation), Umsetzung von CCM, (d) gesetzliche Verankerung von CCM, (e) organisationale Ansiedelung von CCM sowie die (f) Voraussetzungen der Leistungsanspruchnahme. Der Online-Survey wurde an fünf Vertreter beteiligter KV und sieben Vertreter beteiligter ÄK geschickt (n=12). Insgesamt nahmen acht der zwölf angefragten Akteurinnen und Akteure der KV und ÄK am Online-Survey teil. Die initiale Kontaktaufnahme für den Online-Survey erfolgte durch die Konsortialführung des Projektes (BARMER). In einem nächsten Schritt wurden basierend auf den Ergebnissen des Online-Surveys leitfadensbasierte, telefonische Follow-Up-Interviews mit einigen der zuvor befragten Akteurinnen und Akteure der regionalen KV und der ÄK durchgeführt, um die Entscheidungen für oder gegen bestimmte Szenarien zu vertiefen bzw. Begründungen zu kontextualisieren (Anlage 3). Dabei handelte es sich um ein self-activation sample mit keiner ex ante festgelegten Zielstichprobengröße. Insgesamt konnte mit drei Vertreterinnen und Vertretern ein Follow-Up-Interview geführt werden ($n_{KV}=2$; $n_{ÄK}=1$). Die Interviews dauerten zwischen 27 Minuten und 38 Minuten. Der Leitfaden wurde auf Grundlage der jeweiligen Survey-Ergebnisse adaptiert.

Die qualitativ erhobenen Daten aus den telefonischen Einzelinterviews im Zuge der Schnittstellenanalyse sowie des szenariogestützten Verfahrens wurden verbatim transkribiert und nach vorher festgelegten Kriterien inhaltsanalytisch unter Einsatz des qualitativen Datenanalyseprogramms MAXQDA ausgewertet [5]. Das Analyseverfahren erfolgte auf Basis der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [6], die wie folgt gegliedert ist: Zunächst wurde die (1) spezifische Auswertungsperspektive unter Berücksichtigung der Forschungsfragen und des Erkenntnisinteresses festgelegt. In einem weiteren Schritt (2) wurde das Datenmaterial entsprechend fixiert, die Analyseeinheit bestimmt und ein ex ante Kategoriensystem gebildet. Das Kategoriensystem baute maßgeblich auf den in den theoretischen Vorüberlegungen konzipierten Untersuchungsvariablen sowie den Hypothesen auf. Darauf folgte die (3) Extraktion bzw. Erzeugung eines thematisch geordneten Informationskonglomerats: Das ex ante gebildete Kategoriensystem leitete diesen Verfahrensschritt zwar an, blieb zugleich jedoch offen für Anpassungen. Dementsprechend konnten die Dimensionen existierender Kategorien verändert und neue Kategorien konstruiert werden, wenn sich bestimmte Sachverhalte aus dem Datenmaterial nicht auf das bestehende Kategoriensystem anwenden ließen. Schließlich wurden (4) die Daten hinsichtlich ihres Informationsgehalts aufbereitet, bedeutungsgleiche Informationen zusammengefasst und fallübergreifend ausgewertet. Abschließend wurde im Rahmen der Datentriangulation mit TP3 eruiert, ob und welche Komponenten des Versorgungskonzeptes RubiN einen Betrag leisten können, die identifizierten Schnittstellenprobleme zu lösen. Hierfür wurden die in TP3 angelegten Codierleitfäden nach inhaltsgleichen Codierungen untersucht und in einem konsensbasierten Verfahren Überschneidungen im codierten Material identifiziert sowie gemeinsam hinsichtlich der Fragestellung interpretiert.

Die Auswertung der quantitativ erhobenen Daten des Online-Surveys erfolgte mit dem statistischen Analyseprogramm R®, Version 3.6.2 und 4.0.2. Ausgangspunkt bildeten deskriptive Verfahren, die einen ersten Überblick über die vorliegenden Daten vermittelten. In Abhängigkeit vom Skalenniveau (kategorial oder metrisch) der Variablen, wurden absolute und relative Häufigkeiten berechnet und grafisch dargestellt.

TP 3: Prozessevaluation Machbarkeit und Umsetzung mit Schwerpunkt auf die Unterschiede zwischen den Praxisnetzen

Methoden TP3

Die Prozessevaluation in TP3 zur Machbarkeit und Umsetzung bestand aus vier Teilen und erfolgte im Mixed Methods-Design:

- Teil A: Qualitative Befragung von Patientinnen und Patienten der IG und KG, wobei in der IG im Sinne einer Verlaufserhebung zwei Befragungen stattfanden (vor Start und ca. 1 Jahr nach Start der Intervention, Anlagen 4 und 5)
- Teil B: Qualitativer Expertenworkshop mit den neu qualifizierten CM (Anlagen 6 und 7)
- Teil C: Quantitative Fragebogenerhebung der ärztlichen Mitglieder in den Ärztenetzen (Anlagen 8 und 9)
- Teil D: (Gruppen-)Befragung von Versorgenden in den IN und KN (multiprofessionelles Setting) (Anlage 17)

Teil A: Qualitative Befragung von Patientinnen und Patienten der IG und der KG

Für die qualitative Untersuchung von Versorgungsverläufen und der besonderen Rolle der CM aus Patientensicht im Hinblick auf die fallbezogene Versorgungskoordination wurden mit Studienteilnehmenden zu Beginn und gegen Ende der Intervention leitfadengestützte Interviews geführt.

Rekrutierung und Sampling

Jedes Ärztenetz übermittelte eine Liste der ersten 15 eingeschlossenen Patienten und Patientinnen an das evaluierende Zentrum in Frankfurt am Main. Anhand dieser Liste fand in zufallsgenerierter Reihenfolge eine Kontaktaufnahme mit den Patientinnen und Patienten statt und in der Reihenfolge der Zustimmung wurde mit sechs Patientinnen und Patienten ein Interviewtermin vereinbart. Ziel war es pro Ärztenetz 4-6 Personen zu interviewen.

Datenerhebung und Dokumentation

Für die Erstbefragung wurden die Gesprächspartnerinnen und -Partner in ihrer Häuslichkeit aufgesucht und eine besondere Interviewmethode, die Pictor Technique, angewandt. Die Pictor Technique ist eine qualitative Interviewmethode, die im Zusammenhang mit Studien zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen entwickelt wurde und bei der das im Rahmen eines Interviews stattfindende Gespräch ergänzt wird um eine Visualisierungstechnik [7,8].

Für die Zweitbefragung wurde pandemiebedingt, d. h. aufgrund von Kontaktverboten und Dienstreiseeinschränkungen, auf persönliche Interviews mit Hausbesuchen verzichtet und stattdessen auf leitfadengestützte Telefoninterviews zurückgegriffen. Die Umstellung von persönlichen Interviews auf Telefoninterviews machte den Verzicht auf die in der Erstbefragung eingesetzte Visualisierungsmethode und damit eine Anpassung des Frageleitfadens notwendig.

Datenauswertung

Die im Rahmen der Befragung generierten Daten umfassten sowohl die im Interview erstellten Bilder, als auch die Texte des audio-aufgezeichneten, verbatim transkribierten Interviews. Die Interviewtranskripte wurden mit Hilfe eines an die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse [9] angelehnten Verfahrens aufbereitet und ausgewertet. Für die Bildinterpretation wurde ein adaptiertes vierstufiges Interpretationsschema von Norman Denzin [10] verwendet.

Um qualitative Daten für eine Vergleichsmöglichkeit zwischen IG und KG hinsichtlich Versorgungsprozessen und der darin geleisteten interprofessionellen Zusammenarbeit zu generieren wurden auch Patientinnen und Patienten der KN befragt.

Rekrutierung und Sampling

Die Rekrutierung und Auswahl der befragten Patientinnen und Patienten fand analog zur Befragung der IG statt. Zunächst wurden die Personen der IG rekrutiert und befragt und anschließend die Teilnehmenden der KG.

Datenerhebung

Hier kam in einem ÄN die in den IN angewandte Methode der Pictor-Interviews zum Einsatz. Die Befragungen in den beiden anderen KN erfolgten nach der Umstellung auf Telefoninterviews und folgte dieser Erhebungsmethode unter Verwendung des angepassten Frageleitfadens.

Datenauswertung

Die Interviewtranskripte (und Schaubilder) wurden in den Datensatz der Erst- und Zweitbefragung von Patientinnen und Patienten der IG übernommen und waren Gegenstand der beschriebenen Inhaltsanalysen. Da mit Teilnehmenden der KG kein Zweitinterview geführt wurde, konnte auf der Ebene der KG keine Verlaufsorientierung eingenommen werden. Gleichwohl diente der fallbezogene Vergleich zwischen „Versorgungslandschaften“ aus IN und KN zur Fundierung von anhand der IG-Interviews herausgearbeiteten Veränderungen durch die Intervention.

Teil B: Qualitativer Expertenworkshop mit den neu qualifizierten CM

Die Befragung der CM hinsichtlich Machbarkeit und Umsetzung der Intervention wurde in Form von fünf videokonferenzgestützten Expertenworkshops durchgeführt. Die Workshops zielten darauf ab, grundlegende Informationen zur jeweiligen Umsetzung der Intervention in den Modellregionen aus Sicht der neuqualifizierten CM zu gewinnen und für die Evaluation das erfahrungsbasierte und im Rahmen des CCM gewonnene Prozess- und Betriebswissen der Teilnehmenden geltend zu machen.

Rekrutierung und Sampling

Ziel in diesem Evaluationsabschnitt war es, alle neuqualifizierten CM zu erreichen.

Datenerhebung und Dokumentation

Die Befragung der neuqualifizierten Gesundheitsfachkräfte hinsichtlich Machbarkeit und Umsetzung der Intervention wurde in Form von 5 videokonferenzgestützten Expertenworkshops durchgeführt. Die Workshops zielten trotzdem in der Art von Experteninterviews darauf ab, grundlegende Informationen zur jeweiligen Umsetzung der Intervention in den Modellregionen aus Sicht der neuqualifizierten CM zu gewinnen und für die Evaluation das erfahrungsbasierte und im Rahmen des CCM gewonnene Prozess- und Betriebswissen [11] der Teilnehmenden geltend zu machen. In Absprache mit den anderen TP und nach einer Methodendiskussion insbesondere mit TP2 und TP4 wurde für die Workshops ein erweitertes videokonferenzgestütztes Online-Format konzipiert und mit Unterstützung der jeweiligen Projektkoordination in den ÄN umgesetzt [12,13].

An den Workshops nahmen jeweils die CCM-Teams der einzelnen IN teil, so dass nahezu alle neuqualifizierten CM Teil der Befragung waren. Unter Anwendung von Interviewmethoden, die an der Pictor Technique angelehnt waren, wurde in den Workshops die Umsetzung des in den Praxisnetzen geleisteten CCM behandelt. Sowohl die fallbezogene Betreuungsarbeit als auch der Aufbau von regionalen Versorgungsstrukturen (beides in Bezug auf die Zusammenarbeit mit anderen Versorgern) war Gegenstand der Workshopsitzungen.

Es fand eine umfassende Ergebnisdokumentation der Workshops statt. Dafür erstellten die Teilnehmenden zur Visualisierung der von ihnen durchgeführten Fallbesprechungen teilstandardisierte Fallbilder (1.). Jede Gruppe erarbeitete eine Versorgernetz-Karte (2.). Die

Bearbeitung der Fragen zur CCM-Schulung erfolgte schriftlich in Stillarbeit (3.). Darüber hinaus wurden die Workshops in ihren Verläufen von je zwei Mitgliedern des Studienteams protokolliert und die Protokollinhalte im Anschluss miteinander abgeglichen und vervollständigt (4.).

Datenauswertung

Für die Auswertung wurden Schaubilder (Versorgernetz-Karten) und Protokollinhalte in einem „thematischen Vergleich“ [14] auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede hin untersucht. Zusätzlich wurde das Antwortmaterial auf die in den Workshop gestellte „Schulungsfrage“ mithilfe einer thematischen Analyse [15] betrachtet. Dafür wurde ein Codesystem erstellt und thematischen Kategorien unter Anwendung der Creative Coding-Funktion von MAXQDA 2018 entwickelt.

Teil C: Quantitative Fragebogenerhebung der ärztlichen Mitglieder in den Ärztenetzen

Bei dieser Befragung sollte erfasst werden, welche (möglichen) Auswirkungen das CCM aus Sicht von Haus- und Fachärztinnen bzw. -ärzten auf ihre Betreuungs- und Versorgungsleistungen hat und welche Tätigkeiten im Rahmen eines CM delegiert werden können.

Rekrutierung und Sampling

Ziel war es, alle ärztlichen Mitglieder der beteiligten ÄN zu befragen. Die Rekrutierung, d. h. die Versendung der Fragebogenlinks fand über die Koordinationsstellen der jeweiligen ÄN statt. Lediglich in einem ÄN der KG funktionierte diese Form der Verteilung des Befragungslinks nicht, so dass hier Papierfragebögen zur Verfügung gestellt wurden, die von der Koordinationsstelle des ÄN an die Teilnehmenden versendet wurden.

Datenerhebung und Dokumentation

Die Befragung der Haus- und Fachärztinnen bzw. -ärzte der beteiligten ÄN mithilfe eines standardisierten Fragebogens zielte vor allem auf quantitative Aspekte der Prozessevaluation. Es wurde ein selbstentwickelter Fragebogen verwendet. Aufbauend auf eine Literaturrecherche sowie anhand der Inhalte der CCM-Schulung im RubiN-Projekt wurden für die hausärztliche Betreuung geriatrischer Patientinnen und Patienten relevante Versorgungsaspekte extrahiert. In einer Freitextabfrage wurden die Teilnehmenden zudem nach den Vorteilen (für Patientinnen und Patienten), den Erleichterungen (für die Praxen) und den Schwierigkeiten im Zusammenhang mit einem geriatrischen CM befragt

Die Teilnehmenden der IG wurden in einem gesonderten Fragenkomplex nach Aspekten der Zusammenarbeit mit den CM befragt. Die Befragung richtete sich an alle ärztlichen Mitglieder der beteiligten ÄN, sowohl der IG als auch der KG.

Datenauswertung

Die Auswertung der Antworten auf die Auswahl- bzw. Skalenfragen erfolgte deskriptiv mittels IBM SPSS Statistics 25. Die Häufigkeiten der gewählten Antwortmöglichkeiten wurden dabei gruppiert nach IG und KG dargestellt. Die Ergebnisse der Freitextfragen wurden unter Zuhilfenahme von MS Excel 2016 und der Datenanalysesoftware MAXQDA 2018 inhaltsanalytisch unter Verwendungen von qualitativen sowie quantitativen Elementen ausgewertet. Zunächst erfolgte durch schlagwortbasiertes Codieren die Entwicklung von qualitativen Kategorien. Diese erfuhren dann in einem zweiten Schritt eine Häufigkeitsauszählung hinsichtlich der umfassten Codes bzw. Subkategorien [6].

Teil D: (Gruppen-)Befragung von Versorgenden in den IN und KN (multiprofessionelles Setting)

Für diesen Befragungsteil bezogen sich die relevanten Fragestellungen auf z.B. das Ausmaß der Interventionsimplementierung, umsetzungsfördernde und umsetzungshemmende

Faktoren, Veränderungen von (interprofessionellen) Versorgungsstrukturen, Schulung und Qualifikation der CM.

Rekrutierung und Sampling:

Die Rekrutierung der Teilnehmenden für die Befragung im multiprofessionellen Setting erfolgte über die Projektkoordinatoren und Projektkoordinatorinnen der jeweiligen ÄN. Die Zusammensetzung der Teilnehmenden sollte möglichst heterogen sein und jeweils aus Ärzten und Ärztinnen, MFA und CM bestehen. Für TP3 bestand die Zielgruppe aus teilnehmenden Personen aus den ÄN, die sich an RubiN beteiligt haben und den Kontrollnetzen zugeordnet waren.

Datenerhebung und Dokumentation:

In Zusammenarbeit mit TP 4 wurde ein gemeinsamer Frageleitfaden für Fokusgruppeninterviews erstellt. Diese sollten im multiprofessionellen Setting, das heißt unter Beteiligung von CM und am Projekt mitwirkender Praxisteams (Ärztinnen und Ärzte sowie MFA) der IN stattfinden. Der Frageleitfaden umfasste Fragen zu den beiden von TP3 und TP4 bearbeiteten Schwerpunktbereichen der Prozessevaluation. Die multiprofessionellen Fokusgruppeninterviews in den IN wurden federführend von TP4 durchgeführt (vergleiche Evaluationsbericht Abschnitt 0).

In TP3 fand die Befragung der KN statt. Ein Frageleitfaden für multiprofessionelle Fokusgruppeninterviews mit Beteiligten der KN wurde in Zusammenarbeit mit TP 4 und TP2 erstellt. Basierend auf diesem Leitfaden wurde ein Fokusgruppeninterview in einem KN sowie Einzelinterviews mit Praxismitarbeitende geführt. Die Interviews wurden audio-aufgezeichnet und anschließend transkribiert.

Datenauswertung

Für die Auswertung wurde zusätzlich auf Interviewdaten mit Versorgenden der Kontrollnetze zurückgegriffen, die im Rahmen der von TP2 geleisteten qualitativen Schnittstellenanalyse (siehe Evaluationsbericht Abschnitt 2.3.2).

Für die Analyse der multiprofessionellen Fokusgruppeninterviews im Hinblick auf Machbarkeit und Umsetzung der Intervention wurde zunächst ein Codierleitfaden mit Haupt- und Unterkategorien entwickelt. Die Kategorien bildeten zunächst die relevanten Fragestellungen, ab. Anschließend wurden die transkribierten Interviews codiert und das Kategoriensystem bearbeitet und erweitert. Die erweiterte Auswertung einzelner Kategorien (Feinanalyse) konzentrierte sich wieder auf relevante Aspekte der Prozessevaluation. Die Ergebnisdarstellung erfolgte in Form einer empirischen Fundierung der kritischen Prozessbeschreibung von Implementierung und Umsetzung der Intervention in den ÄN.

TP 4: Prozessevaluation Schwerpunkt Akzeptanz und Zufriedenheit

Die Prozessevaluation in TP4 bestand aus zwei methodischen Teilen. Zum einen erfolgte die Entwicklung und psychometrische Überprüfung von drei verschiedenen Erhebungsinstrumenten auf Basis von Vorerfahrungen, Studienlage und einer qualitativen Vorstudie. Die psychometrische Überprüfung der entwickelten Erhebungsinstrumente erfolgte aufgrund der Fallzahlgrößen für die Gruppe der Patienten und Patientinnen sowie der Angehörigen. Zum anderen erfolgte die Durchführung von Interviews und Fokusgruppen in den Netzen. Dabei wurden Patienten und Patientinnen und Angehörige in Einzelinterviews zu ihrer Versorgungssituation befragt. Die Fokusgruppen waren interprofessionell zusammengesetzt, bestehend aus Ärzten und Ärztinnen, CM und MFA.

Entwicklung und psychometrische Betrachtung der Fragebögen zur Akzeptanz und Zufriedenheit aus Patienten- und Angehörigenperspektive und deren Analyse

Datengrundlage der psychometrischen Überprüfung

Perspektive: Patienten und Patientinnen

Die Rekrutierung erfolgte durch die fünf teilnehmenden IN im Zeitraum von Mai 2020 bis August 2020. Die Projektkoordinatoren und Projektkoordinatorinnen aller IN erhielten per Post je 100 Fragebögen für die Patienten und Patientinnen. Die Patienten und Patientinnen sollten konsekutiv durch die CM eingeschlossen werden. Die Aushändigung der Fragebögen erfolgte während der Hausbesuche durch die CM. Zusätzlich zum Fragebogen erhielt jeder Patient und jede Patientin einen vorfrankierten Rückumschlag, sodass der Fragebogen kostenlos nach Lübeck zur Studienzentrale geschickt werden konnte. Als Einschlusskriterium wurde eine geistige Gesundheit vorausgesetzt. Falls die Patienten und Patientinnen selbst nicht mehr in der Lage waren den Fragebogen auszufüllen, durfte ein Angehöriger diese Aufgabe für Sie übernehmen. Von 500 versandten Fragebögen wurden 302 ausgefüllt zurückgesandt. Dies entsprach einer Rücklaufquote von 60%. Weitere detaillierte Ausführungen hinsichtlich der Entwicklung des Fragebogens können aus dem Evaluationsbericht (Abschnitt 3.4.1.2) entnommen werden.

Perspektive: Angehörige

Die Befragung erfolgte im Zeitraum von Mai 2020 bis August 2020. Die CM verteilten konsekutiv die Fragebögen an die Angehörigen bei Hausbesuchen. Hierzu erhielten im Vorfeld die Projektkoordinatoren und Projektkoordinatorinnen der fünf IN je 50 Fragebögen. Zusätzlich zum Fragebogen erhielt jede/r Angehörige/r einen vorfrankierten Rückumschlag, sodass der Fragebogen kostenlos nach Lübeck zur Studienzentrale geschickt werden konnte. An der Befragung nahmen 137 Angehörige teil. Dies entsprach einer Rücklaufquote von 55%. Weitere detaillierte Ausführungen hinsichtlich der Entwicklung des Fragebogens können aus dem Evaluationsbericht (Abschnitt 3.4.1.3) entnommen werden.

Datenanalyse

Für die Analysen wurde das Statistikprogramm SPSS 27.0 (SPSS Inc., IBM) verwendet. Im ersten Schritt erfolgte eine deskriptive Auswertung der soziodemographischen Variablen, für stetige Variablen wurden der Mittelwert und die Standardabweichung und für kategoriale Daten wurden die Häufigkeit und der prozentuale Anteil angegeben. Für die einzelnen Items des Fragebogens wurden die Itemkennwerte ermittelt. Neben der Verteilung der Antworthäufigkeiten wurden der Mittelwert, die Standardabweichung sowie die Kurtosis und Schiefe berechnet. Eine explorative Faktorenanalyse mit Hauptkomponentenextraktion wurde durchgeführt, um die Dimensionalität der Items zu prüfen. Die Zahl der Komponenten wurde durch Eigenwert > 1 determiniert. Die Komponenten wurden einer Varimax Rotation unterzogen. Des Weiteren wurde das Kaiser-Meyer-Olkin Kriterium (KMO) zur Stichprobeneignung und der Bartlett-Test auf Sphärizität geprüft. Alle Items, die eine Faktorenladung $> 0,5$ aufwiesen, wurden dem jeweiligen Faktor zugeordnet. Die interne Konsistenz wurde durch das Cronbach's α ermittelt. Dabei stehen Werte $> 0,8$ für eine gute, $> 0,6$ für eine akzeptable und $> 0,4$ für eine schlechte interne Konsistenz.

Qualitative Datenerhebung und -analyse

Vor dem Hintergrund der Frage, wie zufrieden Patienten und Patientinnen, Angehörige sowie Leistungserbringer mit der Versorgung in solch einem Versorgungsmodell wie RubiN sind, kann qualitative Forschung einen wichtigen Beitrag leisten, um die subjektive Sichtweise der Beteiligten genauer zu erfassen. Das primäre Forschungsinteresse galt dabei explizit der Erfassung der Erfahrungen, Meinungen und Perspektiven der drei verschiedenen Gruppen.

Rekrutierung und Sampling

Die interviewten Patienten und Patientinnen sowie die Angehörigen dieser Patienten und Patientinnen sollten dabei mindestens ein Jahr lang in RubiN eingeschrieben sein. Detaillierte Ausführungen erfolgen hierzu im Evaluationsbericht unter den Abschnitten 3.4.2.1 sowie

3.4.2.2. Die Rekrutierung der Fokusgruppenteilnehmenden zielte darauf ab, ca. fünf Personen pro Fokusgruppe einzuschließen sowie in jedem IN zwei Fokusgruppen durchzuführen, um ein möglichst breites Spektrum an Erfahrungen und Meinungen zu erhalten. Detaillierte Ausführungen hierzu erfolgen im Evaluationsbericht unter dem Abschnitt 3.4.2.3. Die Interviews und die Fokusgruppen wurden mittels eines teilstandardisierten Interviewleitfadens durchgeführt. Die Interviewleitfäden wurden in einem interdisziplinären Team in Lübeck sowie mit den Beteiligten aus TP3 und TP4 entwickelt.

Datenerhebung

Die Interviews mit den Patienten und Patientinnen sowie den Angehörigen fanden aufgrund der Sars-CoV-2 Pandemie und damit zusammenhängend dem für Mitarbeitende des UKSH, Campus Lübeck geltenden Dienstreiseverbots von März bis Juli 2020 telefonisch statt. Die kurze Aufhebung des Dienstreiseverbots im August und September 2020 führte dazu, dass die Fokusgruppen alle in Präsenz in den jeweiligen Netzen durch uns durchgeführt werden konnten. Die Interviews und Fokusgruppen wurden digital aufgezeichnet und anschließend orthographisch transkribiert.

Datenauswertung

Zur Auswertung wurde die qualitative Inhaltsanalyse verwendet [3]. Die Auswertung selbst erfolgte softwaregestützt durch das Analyseprogramm ATLAS.ti, Version 8.4. Diese Software unterstützt bei der Verwaltung, Gruppierung, Zuordnung und visueller Darstellung der Transkripte wie auch der Textbausteine und einzelnen Kategorien (Scientific Software Development GmbH, 2020). Bei der Auswertung der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine zusammenfassende Inhaltsanalyse mit der Erstellung eines Kategoriensystems nach deduktiv-induktivem Vorgehen.

Eine detaillierte Beschreibung der qualitativen Datenerhebung und -analyse erfolgt im Evaluationsbericht unter dem Abschnitt 2.3.4.2.

Die neu entwickelten Erhebungsinstrumente zur Akzeptanz und Zufriedenheit aus Patienten und Patientinnen- und Angehörigenperspektive sowie aus CM-Perspektive finden sich in den Anhängen 23-25.

Sowohl die Leitfäden für die Einzelinterviews mit Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen als auch die Leitfäden der Fokusgruppen mit den Leistungserbringern finden sich in den Anhängen 26-30.

Rechtsexpertise

Hintergrund

RubiN baute auf mehrjährigen Vorerfahrungen der Praxisnetze auf. Praxisnetze gibt es seit den 1990er Jahren. Die Grundidee war und ist, eine vernetzte Struktur wirtschaftlich selbstständiger Praxen zu schaffen, um die Kooperation zwischen den Ärzten und Ärztinnen sowie den Praxen zu intensivieren und die Qualität und Effizienz der Versorgung zu verbessern. Die intensivierte fachliche Zusammenarbeit ist dabei nicht nur auf Haus- und Fachärzte bzw. -innen sowie Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen beschränkt. Auch eine Zusammenarbeit mit Krankenhäusern und weiteren stationären Einrichtungen soll helfen, die lokale Versorgung über Schnittstellen hinweg zu optimieren [16].

Die Ärztenetze haben inzwischen eine „bewegte“ Geschichte hinter sich, wurden sie Mitte der 1990er Jahre versorgungspolitisch als neue Königsdisziplin der Vernetzung gesehen, folgte Anfang der Nullerjahre eine Systemernüchterung vor allem aufgrund fehlender Managementfähigkeit. Die Idee der Überlegenheit einer vernetzten Versorgung im Gegensatz zu einer unvernetzten ist versorgungspolitisch anhaltend präsent. Die professionellsten Ärztenetze, Praxisnetze und Gesundheitsnetze schlossen sich mit dem Virchow-Bund

zusammen, um Ihre Interessen und Kompetenzen in einer gemeinsamen Netzagentur zu bündeln und sich auf Bundesebene besser zu positionieren. Dazu gründeten 15 Netze im Juli 2011 die Agentur deutscher Arztnetze e.V. (AdA). Im Jahr 2022 benannte sich die AdA um in "AdA - Bundesverband der Arzt-, Praxis- und Gesundheitsnetze e.V." [17]. Seit 2012 können Praxisnetze durch ihre Kassenärztlichen Vereinigungen zum Nachweis von Managementstandards nach §87b SGB V akkreditiert und finanziell gefördert werden. Obwohl Vernetzung zur Überwindung der fragmentierten Versorgungsstrukturen politisch anhaltend seit Jahrzehnten gefordert wird, sind selbst professionelle Praxisnetze bis heute keine regulären Leistungserbringer im Sinne des SGB V. Praxisnetze „überleben“ finanziell durch Mitgliedsbeiträge als auch Projekte und Selektivverträge.

Ziel

Die Anstellung eines CM ist für eine einzelne Praxis zu teuer und ein CM wäre auch nicht ausgelastet, so dass die Anstellung der CM bei einem Praxisnetz sinnvoll ist. Die RubiN-Netze verfügten über Vorerfahrungen in der Versorgungscoordination. Weder ist das CCM bislang eine Regelleistung, noch sind Praxisnetze reguläre Leistungserbringer wie es z.B. ein MVZ ist. In RubiN wurde eine Rechtsexpertise erstellt, um beide Aspekte hinsichtlich einer strukturellen Verankerung zu untersuchen. Wie kann ein CCM Regelleistung werden und kann dieses durch Praxisnetze erbracht werden und wie muss dafür die rechtliche Ausgestaltung erfolgen.

Methodik

Die Daten, die im Rahmen der Rechtsexpertise genutzt wurden, entstammen dem Innovationsfondsprojekt RubiN. Die einzelnen Fragestellungen wurden durch Evaluationsdaten aus dem TP 1 unterfüttert. In der Interventionsgruppe dieser Studie, bestehend aus fünf nach § 87b SGB V zertifizierten Interventionsnetzen, wurde als Intervention ein assessmentbasiertes Care- und Casemanagement umgesetzt. Die Umsetzung des Care- und Casemanagements wurde umfassend dokumentiert, d.h. für jeden Patientenkontakt wurde ein Leistungsdokument mit den erbrachten Beratungs- und Koordinierungsleistungen seitens der Care- und Casemanager angelegt. Für die Analyse der Tätigkeiten der Care- und CasemanagerInnen in Bezug auf die rechtliche Situation wurde die Dokumentation der Patientenkontakte der CM für ein Netzwerk des RubiN Projektes ausgewertet. Dabei wurden insbesondere die Tätigkeiten mit rechtsberatendem Bezug detailliert analysiert, mit der aktuellen rechtlichen Situation in Deutschland abgeglichen und bewertet. Ergänzend zu den Auswertungen der Leistungen wurden leitfadengestützte Experteninterviews als offene, semistrukturierte Befragungen mit den ProjektmanagerInnen der Interventionsnetze geführt. Die Ergebnisse der Leistungsauswertungen wurden mit diesen Interviews vertieft und erläutert. Die Ergebnisse der Dokumentationsauswertungen und der Experteninterviews wurden mit den rechtlichen Anforderungen verglichen. Die so gefundenen rechtlichen Grenzen wurden interpretiert und es wurden versorgungs- sowie rechtswissenschaftliche Schlussfolgerungen gezogen.

Rechtswissenschaftlich wurde die Fachliteratur und die Rechtsprechung ausgewertet. Mittels der juristischen Auslegungsmethoden, mit denen der Inhalt einer Norm untersucht wird, wurden die Inhalte der einschlägigen Rechtsvorschriften ermittelt. Hierfür stehen verschiedene Methoden zur Verfügung, angewendet wurde die angesichts Art. 103 Abs. 2 GG strafrechtlich bedeutendste Auslegungsmethode nach dem Wortlaut der Norm, aber auch die systematische Auslegung, die historische und die teleologische Auslegung. Zudem wurde die juristische Methodik der Vertragsgestaltung (kautelarjuristische, gestaltende Arbeitsweise im Gegensatz zur dezisionsjuristischen, entscheidenden Arbeitsweise) genutzt. Bei dieser handelt es sich anders als im richterlichen Konditionalprogramm um ein Zweckprogramm, welches sich durch den stetigen Wechsel von Erkenntnisverfahren und Informationsbeschaffung sowie der Konfliktvorhersage und Konfliktvermeidung auszeichnet und u.a. durch

betriebswirtschaftliche Rahmenbedingungen begrenzt wird. Des Weiteren wurde die Technik der Legistik als die Lehre von der formalen Gestaltung von Rechtsvorschriften angewandt.

Die Rubin-Expertise wurde ausgeschrieben. Gegenstand der Ausschreibung war die Behandlung folgender Komplexe:

Teil	Themenbereich
A	Grundsatzfragen der Tätigkeiten in und von Praxisnetzen (Akteure, Weisungsrechte, vertragliche und gesetzliche Haftung, haftungsrechtliche Anforderungen an den Delegar und Delegationsempfänger, haftungsrechtliche Ausgestaltung der vertraglichen Beziehungen)
B	Zu beachtende Vorgaben bei teamorientierter und sektorenübergreifender Zusammenarbeit (Arbeitsweisen im Netz, Ausarbeitung rechtlicher Vorgaben)
C	Passende Rechtsform Netz (aus haftungsrechtlicher Sicht Überprüfung der Rechtsform Verein, Genossenschaft, Kapitalgesellschaft), Entwicklung Vorschläge für die Praxis
D	Vorschläge zur rechtlichen Ausgestaltung der Zusammenarbeit
E	Darlegung rechtliche Änderungs- und Entwicklungsbedarfe

Tabelle 7: Inhalte der RubiN-Ausschreibung

6. Projektergebnisse

Kernergebnisse

Bevor auf die vielschichtigen und multiperspektivischen Ergebnisse der einzelnen Evaluationspakete und der Rechtsexpertise eingegangen wird, erfolgt an dieser Stelle zwecks Orientierung eine kurze übergeordnete Darstellung.

Große Akzeptanz bei Patienten und Patientinnen

Aus Sicht der Patienten und Patientinnen als auch der An- und Zugehörigen als unmittelbare „Innovationsempfänger“, war RubiN sehr erfolgreich. Schon sehr früh nach Projektstart zeigte sich in allen Interventionsregionen eine sehr gute Akzeptanz und Inanspruchnahme bei den älteren Menschen und auch bei ihren An- und Zugehörigen. Den CM wurde von der Patientenseite sehr viel Wertschätzung entgegengebracht (Abb. 14). Sie ist nicht anekdotisch, sondern spiegelt sich auch in der Evaluation wider. Die CM geben Sicherheit, um Selbstbestimmung und Handlungsfähigkeit zu bewahren. Hierbei geht es im Bedarfsfalle um konkrete Hilfe wie der Beschaffung eines Duschstuhls, es geht aber auch vor allem darum, jemanden im Fall der Fälle ansprechen zu können, jemanden im Hintergrund zu haben. Das Patientensein im höheren und hohen Alter wird nicht als fester Zustand aufgefasst, sondern eher als ein diffuser, oft mit erheblichen Unsicherheiten verbundener Veränderungsprozess.

In diesem können häufig eine Vielzahl von und eine Vielfalt an gesundheitlicher und anderer Probleme zusammenkommen, für die unterschiedliche, spezifische und individuelle Lösungen gefunden werden müssen, von Patienten und Patientinnen als auch ihren An- und Zugehörigen. „Geriatrisch“ zu sein ist keine einheitliche Kategorie, sondern ein heterogenes Feld. Dieser Versorgungsherausforderung konnte das RubiN-CCM sehr gut begegnen.

Keine messbare Verbesserung des Gesundheitszustands

Die Erfassung des Gesundheitszustands, sprich das Selbstständigkeitsvermögen konnte anhand des Barthel-Index keine signifikante Verbesserung zeigen. Hierfür gibt es unterschiedliche Interpretationen. Unter anderem war die Interventionsgruppe älter als die Kontrollgruppe und generell lag der BI-Score bei Studieneintritt schon auf einem hohen Niveau. Der Barthel-Index als Messinstrument könnte für einige Patienten und Patientinnen nicht das richtige Instrument gewesen sein, da es zu wenig sensitiv auf die Interventionseffekte reagiert. Weiterhin ist die Versorgung in den Interventions- als auch Kontrollnetzen aufgrund der 87b-Zertifizierung schon grundsätzlich besser organisiert als ohne Vernetzung.

Wirtschaftlichkeit bleibt unbeantwortet

Die gesundheitsökonomischen Ergebnisse zeigen, dass das RubiN-CCM mit Mehrkosten einhergeht, ohne einen zusätzlichen medizinischen Nutzen zu generieren. Die Mehrkosten überwiegen potenzielle Einsparungen. Bei der Bewertung müssen die Besonderheit der Studienpopulation und das Ziel der Intervention berücksichtigt werden. Bei dem eingeschlossenen Sample handelt es sich um Personen über 70 Jahre mit hohen Gesundheitskosten, welche mit dem Alter ansteigen. Das Ziel des CCM ist der Ausgleich einer Unter- und Fehlversorgung. Die Intervention sollte durch eine höhere Inanspruchnahme primärer Versorgungsleistungen führen, wie sie in der IG im Zeitverlauf signifikant bei Heil- und Hilfsmitteln, häuslicher Krankenpflege und Pflegeleistungen zu beobachten war, während es Hinweise auf ein Sinken stationärer Kosten gab. Da die Kontrollnetze auch ein hohes Niveau an koordinierter Versorgung anbieten, fallen die Umverteilungen geringer aus als in anderen CCM-Interventionen. Systematische CCM-Effekte sind weiterhin erst nach einem längeren Zeitraum als dem in RubiN erkennbar und die initialen Set-UP-Kosten für eine Intervention fallen bei längerer Projektlaufzeit weniger ins Gewicht.

Große Akzeptanz bei allen Leistungserbringenden (CM, Praxen, Praxisnetze)

Das RubiN-CCM konnte als Versorgungskonzept gut umgesetzt werden. Das Schulungskonzept bereitete die CM gut vor und die erlernten Inhalte ließen sich übertragen. Von ebenso so hoher Bedeutung zeigte sich aber auch das Lernen in der Praxis anhand der Fälle. Hier waren die Teamstrukturen von Vorteil, innerhalb derer sich die CM untereinander und mit dem Schulungsteam selbstständig austauschen konnten. Als positiv erwies sich für die Umsetzung des CCM auch die Anbindung an die Arztpraxen. Multiprofessionalität und eine hohe Flexibilität innerhalb der CCM-Teams führten dazu, Patienten und Patientinnen auf Basis eines teambasierten und kollaborativen Vorgehens eine gute und umfassende Versorgung anbieten zu können. Auch Kassenärztliche Vereinigungen und Ärztekammern messen dem CCM zukünftig eine große Bedeutung zu, um Patienten und Patientinnen eine Orientierung im Gesundheitssystem zu geben. Inhaltlich wird das Leistungsspektrum eines CCM von Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen vorrangig in einer Koordinationsfunktion mit anteiligen, sozialgesetzbuchübergreifenden Beratungsleistungen gesehen und nicht als Erbringung medizinischer Leistungen. Diese Sichtweise deckt sich mit den Ergebnissen der Rechtsexpertise zur Beschaffenheit und des Charakters von CCM.

Rechtsexpertise: CCM könnte analog einer Heilmittelverordnung verordnet werden

In der Rechtsexpertise wurde herausgearbeitet, dass CCM keine delegierte ärztliche Leistung ist und somit die Delegationsvereinbarung (Anlage 8 des BMV-Ä) nicht auf CCM anwendbar ist. Die CCM-Beratungsinhalte (medizinisch, pflegerisch, therapeutisch, sozial, sonstige) sind überwiegend nicht-medizinisch gewesen.

Eine Verankerung des CCM wird als ärztlich zu verordnende Maßnahme vorgeschlagen und rechtlich ausformuliert. Rechtsmodelltechnisch könnte die Verordnung eines CCM analog einer Heilmittelerbringung im SGB V angelegt werden. Ohne eine solche konkrete Verankerung im Leistungserbringungsrecht bleibt CCM ein Rahmenrecht ohne durchsetzbare subjektive Rechtsposition.

Die Umsetzung des CCM durch Praxisnetze macht aus einer Paarbeziehung zwischen Arzt(praxis) und Patient eine Dreiecksbeziehung. Das CCM unterliegt nicht dem Behandlungsvertrag gem. § 630 a BGB, sondern dem Dienstvertragsrecht gem. § 611 BGB. Arbeitgeber von CM und Anbieter von CCM sollten Betriebs- und Berufshaftpflichtversicherungen für alle Beteiligten abschließen. Untersucht wurden Haftungsfragen bei Falschberatung (z.B. Erstellung unwirksamer Patientenverfügungen), verfristete Widersprüche und mögliche Schäden bei Hausbesuchen (z.B. Zerstörung einer teuren Ming-Vase). Musterverträge werden mit der Rechtsexpertise vorlegt.

Praxisnetze sind bislang Organisationsgemeinschaften selbstständiger Leistungserbringer und als solche keine Leistungserbringer mit Versorgungsauftrag. Mit dem TSVG wurde anerkannten Praxisnetzen nach §87b SGB V ermöglicht, Medizinische Versorgungszentren zu gründen und damit als Leistungserbringer aufzutreten. Die Gründung eigener MVZs geht an der Intention der klassischen Praxisnetze vorbei, jedoch hat der Gesetzgeber hiermit eine erste Tür für Praxisnetze als Leistungserbringer geöffnet. Durch die Möglichkeit der MVZ-Gründung und auch durch die Möglichkeit der Übernahme nicht-ärztlicher Leistungserbringung wie z.B. das Anbieten eines CCM, findet eine partielle Entwicklung von der Organisationsentwicklung hin zum Werden eines Leistungserbringers statt. Dadurch können die einzelnen Praxen des Praxisnetzes und das Praxisnetz mittel- bis langfristig in eine Konkurrenzsituation um Ressourcen (Gesundheitspersonal) und Versorgungsleistungen (z.B. Hausbesuche) geraten. Die Herausforderung ist, regional die richtigen Synergieeffekte zu sehen und ein Nebeneinander der Vergesellschaftung der gemeinsamen Berufsausübung als auch des Einzelwirkens zu gestalten.

Evaluationsergebnisse im Einzelnen

Ergebnisse TP 1: Quantitative Evaluation mit Primärdaten

Teil A: Beschreibung der Studienpopulation

Für die Studie RubiN wurden insgesamt 4.489 Patientinnen und Patienten rekrutiert. Davon wurden für die fünf IN (= IG) 3.418 Patientinnen und Patienten und für die drei KN (= KG) 1.071 Patientinnen und Patienten eingeschrieben. Wie aus dem Consort-Diagramm zu entnehmen ist (siehe Abbildung 12), reduzierte sich die Teilnehmerzahl zu Baseline auf 4.036 Patientinnen und Patienten (IG=3.106 / KG=930). Für das Follow-Up nach 12 Monaten durchliefen 3.518 Patienten und Patientinnen die erneute Assesmenterhebung (IG=2.782 / KG=736), an das Follow-Up nach 21 Monaten (nur in der IG) waren noch 1.230 Patienten und Patientinnen beteiligt.

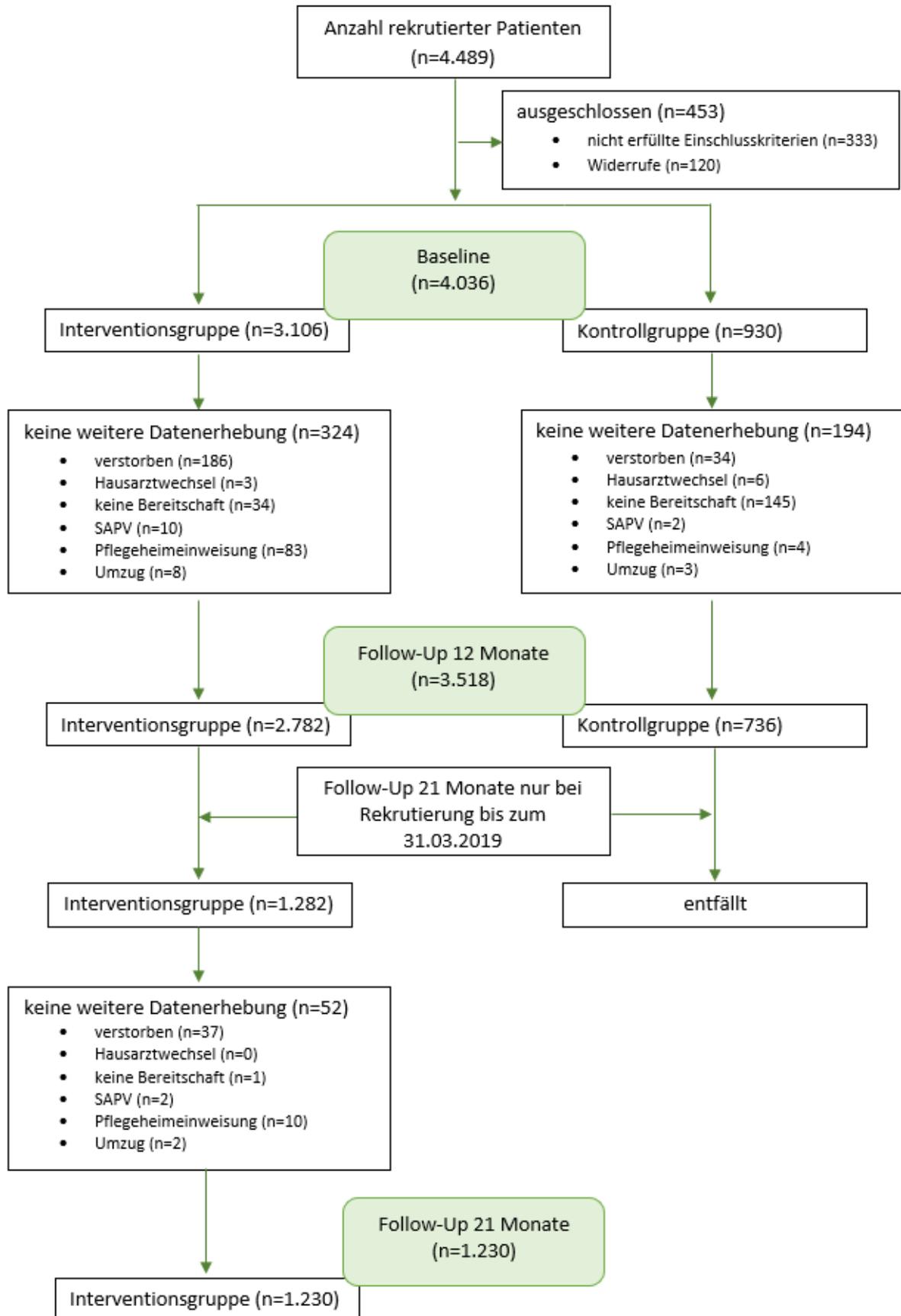


Abbildung 11: TP1_Consort-Diagramm

In Tabelle 8 ist die Verteilung der Patientinnen und Patienten zu Baseline auf die Gruppen (IG und KG) und auf die einzelnen ÄN (IN1 bis IN5 und KN1 bis KN3) dargestellt.

Variablen	Gesamt								
Gesamt: n	4.036								
(%)	(100)								
IG KG	3.106					930			
(%)	(76,96);(100)					(23,04);(100)			
IN1-IN5 KN1-KN3	633	622	534	657	660	377	252	301	
(%)	(20,38)	(20,03)	(17,19)	(21,15)	(21,25)	(40,54)	(27,1)	(32,37)	

Tabelle 8: TP1_Verteilung der in die Studie eingeschlossenen Studienpopulation auf die ÄN

a. Soziodemografische Daten zu t0:

In der Studienpopulation sind mehr Frauen (64%) als Männer (36%) vertreten (Tab. 9). Die Verteilung der 4.036 Patientinnen und Patienten nach Geschlecht zeigte sich als dahingehend einheitlich, dass sowohl in der IG (36% männlich) als auch in der KG (37% männlich) die gleiche Verteilung wie in der gesamten Studienpopulation hinsichtlich des Geschlechts zu verzeichnen ist. Auch die einzelnen ÄN, also die IN und KN, zeigen eine sehr ähnliche Verteilung des Geschlechts (Minimum 32% männlich, Mittelwert 36% männlich, Maximum 39% männlich).

Die Verteilung des Alters zeigte sich ebenso homogen. Der Mittelwert betrug in der gesamten Studienpopulation 81,6 Jahre und nach Geschlecht betrachtet ergab sich mit 81,5 Jahren bei den Männern und mit 81,7 Jahren bei den Frauen das gleiche Bild. Aus Tabelle X3 geht hervor, dass es zwischen der IG und der KG ($p < ,0001$) und zwischen den IN1, IN2, IN3 und IN5 und der KG hinsichtlich des Mittelwertes des Alters signifikante Unterschiede gab.

Die Betrachtung der Verteilung in zwei Altersgruppen, nämlich in die Gruppe der „70-79“ und in die Gruppe der „≥80“ zeigte für die gesamte Studienpopulation, dass der Gruppe der Älteren 64 % der Patienten und Patientinnen zu Studienbeginn angehörten. Diese Verteilung ergab sich auch für die IG (66% in der Gruppe „≥80“) und die einzelnen IN. In der KG, bzw. in den KN1 und KN3 zeigte sich eine andere Verteilung für die beiden Altersgruppen. Hier sind die Patienten und Patientinnen weniger in der älteren Altersgruppe (58%) vertreten und nur das KN2 zeigt mit 66% den gleichen Anteil wie die IN in der Altersgruppe von „≥80“.

Für die Kategorien „niedrig“ und „höher“ bei den Schulabschlüssen und den Berufsabschlüssen zeigt sich eine übereinstimmende Verteilung zwischen der IG und KG (Schulabschluss: $p = 0,8320$; Berufsabschluss: $p = 0,9780$). Sowohl bei den Schul- als auch bei den Berufsabschlüssen beläuft sich der Anteil in der Kategorie „niedrig“ auf ca. 75%. Schaut man auf Netzebene, also auf die IN und KN, dann liegen besonders im IN3 und im KN2 andere Verteilungen vor. Im IN3 ist sowohl für den Schul- als auch für den Berufsabschluss der Patientinnen und Patienten eine Gleichverteilung (jeweils ca. 50%) auf die beiden Kategorien „niedrig“ und „höher“ vorhanden. Im KN2 haben gleichviele Patientinnen und Patienten (jeweils 50%) einen höheren bzw. niedrigen Schulabschluss und mit 65% einen um 10% geringeren Anteil in der Kategorie Berufsabschluss „niedrig“ als die KG und IG.

Weitere Aspekte, wie z.B. „Wohnort“, „Häusliche Gemeinschaft“, „Soziale Unterstützung“ und „Finanzielle Situation“ sind dem Evaluationsbericht zu entnehmen.

Tabelle 9: TP1_Soziodemografische Daten und Daten zum BI nach Gruppenzugehörigkeit zu Baseline

Variable	Gesamt (N=4036)	IG (N=3106)	IN1 (N=633)	IN2 (N=622)	IN3 (N=534)	IN4 (N=657)	IN5 (N=660)	KG (N=930)	KN1 (N=377)	KN2 (N=252)	KN3 (N=301)
Alter											
Alter (Jahre)											
M	81,6	81,9	81,9	82,4	81,9	81,2	82,1	80,8	80,1	81,8	80,5
SD	5,8	5,8	5,7	5,9	5,7	5,6	6,0	5,7	5,6	5,6	5,7
p (Test jeweils vs. KG)	-	< 0.0001* ¹	< 0.0001* ¹	< 0.0001* ¹	0.0003* ¹	0.1370 ²	< 0.0001* ¹	-	-	-	-
Altersgruppen											
70-79 (%)	36	34	31	32	34	40	34	41	46	34	42
≥80 (%)	64	66	69	68	66	60	66	59	54	66	58
p (Test jeweils vs. KG)	-	< 0.0001* ²	< 0.0001* ²	< 0.0001* ²	0.0055* ²	0.4660 ²	0.0031* ²	-	-	-	-
Geschlecht											
weiblich (%)	64	64	63	66	63	68	61	63	62	63	63
männlich (%)	36	36	37	34	37	32	39	37	38	37	37
p (Test jeweils vs. KG)	-	0.4603 ²	0.9405 ²	0.2505 ²	0.8248 ²	0.0466* ²	0.5328 ²	-	-	-	-
Bildung											
Schulbildung											
niedrig (%)	74	74	83	62	48	79	84	73	80	50	81
höher (%)	26	26	17	38	52	21	16	27	20	50	19
p (Test jeweils vs. KG)	-	0.8320 ²	< 0.0001* ²	< 0.0001* ²	< 0.0001* ²	0.0077* ²	< 0.0001* ²	-	-	-	-
Berufsbildung											
niedrig (%)	76	76	88	70	50	83	82	76	80	65	80
höher (%)	24	24	12	30	50	17	18	24	20	35	20
p (Test jeweils vs. KG)	-	0.9780 ²	< 0.0001* ²	< 0.0224* ²	< 0.0001* ²	0.0009* ²	0.0051* ²	-	-	-	-
Lebenssituation											
Wohnort											
ländlich (%)	41	43	77	79	2	22	41	34	47	2	41
städtisch (%)	59	57	23	21	98	78	59	66	53	98	59
p (Test jeweils vs. KG)	-	< 0.0001* ²	0.0072* ²	-	-	-	-				
Häusliche Gemeinschaft											
alleinlebend (%)	41	42	42	45	45	46	32	38	30	51	37
nicht alleinlebend (%)	59	58	58	55	55	54	68	62	70	49	63
p (Test jeweils vs. KG)	-	0.0243* ²	0.1034 ²	0.0076* ²	0.0047* ²	0.0005* ²	0.0259* ²	-	-	-	-
Soziale Unterstützung											
vorhanden (%)	86	90	87	85	90	94	92	77	89	62	72
nicht vorhanden (%)	14	10	13	15	10	6	8	23	11	38	28
p (Test jeweils vs. KG)	-	< 0.0001* ²	-	-	-	-					
Finanzielle Situation											
ausreichend (%)	81	80	77	74	85	82	80	83	82	81	85
nicht ausreichend (%)	19	20	23	26	15	18	20	17	18	19	15
p (Test jeweils vs. KG)	-	0.0692 ²	< 0.0083* ²	< 0.0004* ²	0.3354 ²	0.7718 ²	0.3159 ²	-	-	-	-
Barthel-Index (ADL) zu Baseline (t0)											
ADL-Total-Score											
M	87,5	86,2	81,5	86,7	90,3	90,1	83,0	92,2	90,9	92,2	93,9
SD	18,2	18,7	18,9	19,3	16,2	14,5	21,7	15,7	18,5	15,1	11,4
p (Test jeweils vs. KG)	-	< 0.0001* ¹	< 0.0001* ¹	< 0.0001* ¹	0.0381* ¹	0.0090* ¹	< 0.0001* ¹	-	-	-	-

Anmerkungen: N=Anzahl Probanden; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; p-Wert (Unterschiede zwischen IG und KG und zwischen IN1 bis IN5 und KG); ¹ two-sided pooled t-Test, ² Chi²-Test, * p < 0.05

b. Geriatrische Gesundheitssituation zu t0:

Zur Einschätzung der Gesundheitssituation werden der Score des geriatrischen Screeninginstrumentes ANGELINA, die danach ausgeführte Schweregradeinteilung und der Score aus dem BI herangezogen.

Der ANGELINA-Score, als Ergebnis des geriatrischen Screenings, zeigt bei der Betrachtung der gesamten Studienpopulation für den Score 2 bis 8 eine gute Gleichverteilung mit jeweils ca. 14%, nur der Score 9 (= schlechtestes erreichbares Ergebnis im Screening) ist mit 4% wenig

vertreten. Schaut man auf die Verteilung innerhalb der IG bzw. KG, so zeigt sich, dass in der IG am häufigsten der Score 7 mit 17% und in der KG am häufigsten der Score 3 mit 21% erreicht wurde. Dieses Bild zeigt sich auch für die Betrachtung der einzelnen IN und KN.

Die aufgrund der ANGELINA-Scores ermittelte Schweregradeinteilung, die für die Scores 2 („leicht“ (Ang.≤2)) und 3 („mittel“ (Ang.=3)) sehr „empfindlich“ (eng) festgelegt wurde, erfolgte für die Scores von 4 bis 9 sehr „grob“ und zusammenfassend zu Schweregrad „schwer“ (Ang.≥4). Das führte dazu, dass in der Studienpopulation 73% der Patientinnen und Patienten dem Schweregrad „schwer“ zugeordnet wurden. Nach Gruppen betrachtet, gehörten 77% der Patientinnen und Patienten in der IG und 61% der Patientinnen und Patienten in der KG dem Schweregrad „schwer“ an. Für die Schweregrade „leicht“ bzw. „mittel“ ergab sich eine Gleichverteilung in den Gruppen (IG: 11% bzw. 12% und KG: 18% bzw. 21%). Die Verteilungen in den einzelnen IN und KN zeigen ebenfalls einheitliche Anteile für die einzelnen Schweregrade.

Der BI-Score (Primäroutcome dieser Studie), der ebenfalls zu Beginn der Studie erhoben wurde, wurde mit voller Punktzahl, also mit 100 Punkten, von 44% der gesamten Studienpopulation erreicht. Innerhalb der Gruppen erreichten 39% in der IG und 64% in der KG die maximale Punktzahl, ein Bild, welches sich auch auf Netzebene entsprechend zeigte.

Auf der Basis der deskriptiven Auswertungen konnte in Bezug auf die Soziodemografie der zu BL eingeschlossenen Patientinnen und Patienten nur bedingt Strukturgleichheit zwischen der IG und KG für Geschlecht, Schul- und Berufsbildung und finanzielle Situation und zwischen den IN und der KG festgestellt werden. Hinsichtlich der geriatrischen Gesundheitssituation ergaben sich Abweichungen zwischen der IG und KG und den IN und KN. Es zeigte sich sehr deutlich, dass die KG im Vergleich zur IG aufgrund der erreichten ANGELINA-Scores und der entsprechenden Schweregradeinteilungen hinsichtlich der geriatrischen Gesundheitssituation „besser ausgestattet“ in die Studie startete. Auch die Verteilung der BI-Scores spiegelt diesen Fakt für die KG im Vergleich zur IG wider (Tab. 10).

Teil B: Beschreibung der Screeningergebnisse - Schweregradeinteilung der Patientinnen und Patienten auf der Basis des ANGELINA-Instrumentes

Zur Identifizierung der geriatrischen Patientinnen und Patienten für eine mögliche Teilnahme an der Studie RubiN wurde in den beteiligten Hausarztpraxen ein im Rahmen eines in Leipzig durchgeführten Modellprojektes (GeriVita) entwickeltes geriatrisches Screeninginstrument eingesetzt. Dieser Selbstauskunftsfragebogen „ANGELINA“ (Anhang 1) fragt folgende sieben Domänen ab: „Wohnen/Hilfebedarf“, „Medikation“, „Mobilität“, „Sinne“, „Krankenhaus“, „Kognition“ und „Stimmung“. Mit einem ANGELINA-Score von ≥2 aus mindestens zwei unterschiedlichen Domänen erfüllten die Patienten und Patientinnen dahingehend ein Einschlusskriterium für die Studienteilnahme. Die Verteilung der erreichten Scores für die Studienpopulation nach Gruppenzugehörigkeit zeigt, dass die höheren Scores 6 bis 9 (=Ausdruck für einen schlechteren geriatrischen Gesundheitszustand) in der IG häufiger bei Studieneintritt erreicht wurde als in der KG.

Anhand der erreichten ANGELINA-Score-Ergebnisse erfolgte die Eingruppierung der geriatrischen Patientinnen und Patienten nach Schweregrad (Tab. 4). Für 77% der Patientinnen und Patienten in der IG und für 61% in der KG ergab sich die Einstufung in den höchsten Schweregrad 3 („schwer“) anhand der erreichten Scores im geriatrischen Screeninginstrument ANGELINA.

Schweregradeinstufung zum Zeitpunkt der Rekrutierung (ANGELINA)			
	leichter Schweregrad	mittlerer Schweregrad	schwerer Schweregrad
Höhe des Scores (ANGELINA)	= 2	= 3	≥ 4
Schweregrad	1	2	3
Stärke des ausgeprägten Risikos	leicht	mäßig	erheblich
Interpretation des ausgeprägten Risikos	kurzzeitige geringe Einschränkungen/ Funktionsstörungen	anhaltende geringe Einschränkungen/ Funktionsstörungen	fortschreitende Einschränkungen/ Funktionsstörungen

Tabelle 4: TP1_Schweregradeinstufung nach ANGELINA-Score

Teil C: Dokumentation der durch die CM erbrachten Leistungen

Zur Erfassung der durch die CM erbrachten Leistungen wurden bei jedem Kontakt entsprechende Dokumente eingesetzt, die im Projektverlauf angepasst wurden (zunächst Kontaktprotokoll, dann Leistungsnachweis). Für den Interventionszeitraum wurden insgesamt 34.940 Dokumente zu den CCM-Aktivitäten angelegt. Im Durchschnitt wurden pro Patient 11,4 Dokumente ausgefüllt (min. 1 Dokument, max. 105 Dokumente, am häufigsten 6 Dokumente). Erst mit Einführung des Leistungsnachweises konnten zusätzlich zum Kontaktprotokoll weitere Informationen zur Leistungserbringung strukturiert erhoben werden. In einem Interventionsnetz ist dieser Erfassungstransfer besonders gut gelungen, so dass eine sehr gute Dokumentationsqualität vorliegt. Danach betrug die Beratungsdauer im Durchschnitt 31,7 min (jenseits des initialen Hausbesuchs), die gefahrene Strecke 2,9 km.

Die Beratungsinhalte konnten kategorisiert angegeben werden nach „Medizinisch“, „Pflegerisch“, „Therapeutisch“ und „Sozial“ (Mehrfachantworten waren möglich). Am häufigsten wurden zu sozialen (93%) und medizinischen (92%) Aspekten Beratungs- und Koordinierungsleistungen durch die CM erbracht und dokumentiert, aber auch zu therapeutischen (23%) und pflegerischen (20%) Inhalten gab es Beratungsbedarf.

Die CM konnten getrennt nach Sozialgesetzbüchern detailliert angeben, welche dort jeweils angesiedelten Themen im Fokus der Beratung der Patientinnen und Patienten standen. Die Beratung bzw. eine Aufklärung erfolgte hinsichtlich Leistungen der Grundsicherung (SGB II), der Krankenversicherung (SGB V), der Rentenversicherung (SGB VI), der Unfallversicherung (SGB VII), der Rehabilitation (SGB IX), der Pflegeversicherung (SGB XI), des Widerspruchsverfahrens (SGB X) und der Sozialhilfe (SGB XII). Es wurde weiterhin informiert zu der Thematik Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung, zu Ehrenamtsnetzen, zu Bewegungsangeboten, zu Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen, Selbsthilfegruppen und zu anderen Themen. Innerhalb des Themenbereiches Krankenversicherung (SGB V) wurde beraten bzw. koordiniert vor allem bezüglich Hilfsmittel (16%), Ambulanter Pflegedienst (Medizinische Behandlungspflege) (4%), Physiotherapie (4%) und Hauswirtschaftliche Tätigkeiten (2,5%) und Haushaltshilfe (2,6%). Die am häufigsten dokumentierten Aspekte des Themenbereiches Pflegeversicherung (SGB XI) bezogen sich auf den Pflegegrad (18%), den Hausnotruf (6,5%), den Ambulanten Pflegedienst (Grundpflege) (4,6%), die Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistung (3%) und die Tagespflege (1,5%). Besonders häufig wurden Beratungs- und Koordinierungsleistungen auch hinsichtlich der Patientenverfügung (13%) und der Vorsorgevollmacht (16%) erbracht. Informationsbedarf seitens der Patientinnen und Patienten und auch der Angehörigen bestand darüber hinaus auch zu Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen, zur Sozialen Aktivierung, zu haushaltsnahen Dienstleistungen und zum Mittagstisch. Auch in der Weiterleitung zu fachärztlichen Netzwerkpartnern wurden die Patientinnen und Patienten unterstützt.

Es stand also ein breit gefächertes Beratungs- und Koordinierungsbedarf im Vordergrund des CCM im Rahmen der Intervention, den es galt, zu planen und umzusetzen. Mit diesen Anstrengungen wurde individuell auf die Bedarfe und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und der Angehörigen eingegangen und es hat sich gezeigt, wie komplex und vielschichtig häusliche Versorgungsfälle sind.

Teil D: Untersuchung des Interventionseffektes auf die Entwicklung des primären Endpunktes, des Barthel-Index

Der primäre Endpunkt der Ergebnisanalyse beinhaltet im Rahmen des TP1 die Untersuchung des Interventionseffektes auf die Entwicklung des BI-Scores von BL (t0) zu FU12 (t1). Beim BI handelt es sich um einen Fragebogen (Fremdeinschätzung), der Tätigkeiten, die zu den alltäglichen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten gehören, wie z.B. Essen, Ankleiden, Körperpflege und die Toilettenbenutzung erfasst. Mit dem im Rahmen dieses Projektes eingesetzten BI (entspricht der Kurzfassung des Hamburger Manuals) wird also der Umfang der Selbständigkeit der Patientinnen und Patienten bezüglich der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ADL) ermittelt. Es werden folgende 10 Items abgefragt:

- Essen
- Aufsetzen und Umsetzen
- Sich waschen
- Toilettenbenutzung
- Baden/Duschen
- Aufstehen und Gehen
- Treppensteigen
- An- und Auskleiden
- Stuhlkontinenz
- Harnkontinenz

Zu jeder Item-Abfrage werden die jeweiligen Punktwerte (0 – max. 15 Punkte) erfasst und zu einem Score aufsummiert. Maximal können 100 Punkte und minimal 0 Punkte erreicht werden. Ein höherer Score steht für eine größere Unabhängigkeit.

Zur Analyse des Interventionseffektes (Einsatz des CCM in der IG gegenüber „care as usual“ in der KG) auf die Entwicklung des BI-Scores als primären Endpunkt des RubiN-Projektes wurde die Methode der linearen gemischten Modelle eingesetzt. Diese Methode eignet sich besonders für die Analyse von Daten mit wiederholten Beobachtungen für gleiche Individuen (Longitudinaldaten) und es lassen sich nicht nur Populationseffekte, sondern auch individuenspezifische Effekte modellieren.

Das Modell beinhaltet als abhängige Variable den BI-Score (Summe über die 10 Items mit Min=0 und Max=100) zu den Zeitpunkten t0 und t1. Als unabhängige Variablen wurden folgende individuenspezifische Variablen in das Modell aufgenommen:

- Gruppenzugehörigkeit (IG und KG)
- Altersgruppe (≥ 80 vs. 70-79)
- Geschlecht (männlich vs. weiblich)
- Berufsabschluss (höher vs. niedrig)
- Wohnort (Land vs. Stadt)
- Häusliche Gemeinschaft (alleinlebend vs. nicht alleinlebend)
- Soziale Unterstützung (vorhanden vs. nicht vorhanden)
- Finanzielle Situation (ausreichend vs. nicht ausreichend)

Die Analyse wurde in SAS-Enterprise Guide programmiert und berechnet. Sie zeigt, dass sich der mittlere BI-Score der Patientinnen und Patienten um 2,9567 Punkte ($p < ,0001$; KI[-3,8356;-2,0777]) in der KG zu t1 gegenüber t0 signifikant verringert hat. Die Betrachtung der IG ergibt, dass sie signifikant einen geringeren mittleren BI-Score (-3,5610 Punkte ($p < ,0001$;

KI[-4,9624;-2,1596])) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass die Zugehörigkeit der Patientinnen oder Patienten zur Altersgruppe „≥80“, das Nichtalleinleben in der Häuslichkeit und das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich BI-Score-erniedrigend und ein höherer beruflicher Abschluss, das städtische Leben und eine ausreichende finanzielle Situation sich BI-Score-erhöhend auswirken. Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit 0,6243 ($p=0,2190$; KI[-0,3713;1,6200]) und bedeutet eine nicht signifikante Erhöhung des mittleren BI-Scores der IG gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1.

Teil E: Untersuchung des Interventionseffektes auf die Entwicklung diverser sekundärer Endpunkte

(1) Lebensqualität (WHOQOL_BREF und WHOQOL_OLD)

a. WHOQOL_BREF

Das Modell für den WHOQOL_BREF beinhaltete jeweils als abhängige Variable den Globalwert und die vier Domänenwerte zu den Zeitpunkten t0 und t1. Als unabhängige Variablen wurden folgende individuen-spezifische Variablen in das Modell aufgenommen:

- Gruppenzugehörigkeit (IG und KG)
- Altersgruppe (≥80 vs. 70-79)
- Geschlecht (männlich vs. weiblich)
- Berufsabschluss (höher vs. niedrig)
- Wohnort (Land vs. Stadt)
- Häusliche Gemeinschaft (alleinlebend vs. nicht alleinlebend)
- Soziale Unterstützung (vorhanden vs. nicht vorhanden)
- Finanzielle Situation (ausreichend vs. nicht ausreichend)

Die Analyse wurde in SAS-Enterprise Guide programmiert und sowohl für den Globalwert als auch für die einzelnen Domänen berechnet. Sie zeigt im Gruppenvergleich jeweils folgende Ergebnisse:

1. Globalwert:

Der mittlere Globalwert der Patientinnen und Patienten hat sich um 0,9348 Punkte ($p=0,1304$; KI[-0,2768;2,1463]) in der KG zu t1 gegenüber t0 nicht signifikant erhöht. Die Betrachtung der IG ergibt, dass sie signifikant einen geringeren mittleren Globalwert (-7,8215 Punkte ($p=<,0001$; KI[-9,5798;-6,0632])) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich Globalwert-erniedrigend und ein höherer beruflicher Abschluss, das städtische Wohnen und eine ausreichende finanzielle Situation sich Globalwert-erhöhend auswirken. Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit -1,7096 ($p=0,0244$; KI[-3,1980;-0,2212]) und bedeutet eine signifikante Verringerung des mittleren Globalwertes der IG gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1.

2. Domäne(1)“Physische Lebensqualität“:

Der mittlere Domänenwert(1) der Patientinnen und Patienten hat sich um 0,1526 Punkte ($p=0,7662$; KI[-0,8536;1,1588]) in der KG zu t1 gegenüber t0 nicht signifikant erhöht. Die Betrachtung der IG ergibt, dass sie signifikant einen geringeren mittleren Domänenwert(1) (-7,4385 Punkte ($p=<,0001$; KI[-9,1893;-5,6877])) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass das Vorhandensein sozialer

Unterstützung und ein höheres Alter (≥ 80) sich Domänenwert(1)-erniedrigend und das männliche Geschlecht, ein höherer beruflicher Abschluss, das städtische Wohnen und eine ausreichende finanzielle Situation sich Domänenwert(1)-erhöhend auswirken. Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit $-0,7936$ ($p=0,2091$; KI $[-2,0324;0,4452]$) und bedeutet eine nicht signifikante Verringerung des mittleren Domänenwertes(1) der IG gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1.

3. Domäne(2) „Psychische Lebensqualität“:

Der mittlere Domänenwert(2) der Patientinnen und Patienten hat sich um $0,3388$ Punkte ($p=0,4690$; KI $[-0,5787;1,2562]$) in der KG zu t1 gegenüber t0 nicht signifikant erhöht. Die Betrachtung der IG ergibt, dass sie signifikant einen geringeren mittleren Domänenwert(2) ($-5,8121$ Punkte ($p<,0001$; KI $[-7,2334;-4,3908]$)) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass das Vorhandensein sozialer Unterstützung und ein höheres Alter (≥ 80) sich Domänenwert(2)-erniedrigend und das männliche Geschlecht, ein höherer beruflicher Abschluss, das städtische Wohnen und eine ausreichende finanzielle Situation sich Domänenwert(2)-erhöhend auswirken. Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit $-0,7356$ ($p=0,2032$; KI $[-1,8688;0,3977]$) und bedeutet eine nicht signifikante Verringerung des mittleren Domänenwertes(2) der IG gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1.

4. Domäne(3) „Soziale Beziehungen“:

Der mittlere Domänenwert(3) der Patientinnen und Patienten hat sich um $1,1194$ Punkte ($p=0,0792$; KI $[-0,1308;2,3697]$) in der KG zu t1 gegenüber t0 nicht signifikant erhöht. Die Betrachtung der IG ergibt, dass sie signifikant einen geringeren mittleren Domänenwert(3) ($-5,9837$ Punkte ($p<,0001$; KI $[-7,5647;-4,4027]$)) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass die Zugehörigkeit zum männlichen Geschlecht sich Domänenwert(3)-erniedrigend und eine ausreichende finanzielle Situation sich Domänenwert(3)-erhöhend auswirken. Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit $-1,9718$ ($p=0,0136$; KI $[-3,5370;-0,4067]$) und bedeutet eine signifikante Verringerung des mittleren Domänenwertes(3) der IG gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1.

5. Domäne(4) „Umwelt“:

Der mittlere Domänenwert(4) der Patientinnen und Patienten hat sich um $1,8398$ Punkte ($p<,0001$; KI $[0,9782;2,7015]$) in der KG zu t1 gegenüber t0 signifikant erhöht. Die Betrachtung der IG ergibt, dass sie signifikant einen geringeren mittleren Domänenwert(4) ($-6,5628$ Punkte ($p<,0001$; KI $[-7,8087;-5,3170]$)) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass die Zugehörigkeit zur höheren Altersgruppe (≥ 80) und das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich Domänenwert(4)-erniedrigend und ein höherer beruflicher Abschluss und eine ausreichende finanzielle Situation sich Domänenwert(4)-erhöhend auswirken. Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit $-1,4565$ Punkte ($p=0,0073$; KI $[-2,5206;-0,3924]$) und bedeutet eine signifikante Verringerung des mittleren Domänenwertes(4) der IG gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1.

b. WHOQOL_OLD:

Das Modell für den WHOQOL_OLD beinhaltet jeweils als abhängige Variable den Gesamtwert und die sechs Facetten-Werte zu den Zeitpunkten t0 und t1. Als unabhängige Variablen wurden folgende individualspezifische Variablen in das Modell aufgenommen:

- Gruppenzugehörigkeit (IG und KG)
- Altersgruppe (≥ 80 vs. 70-79)
- Geschlecht (männlich vs. weiblich)
- Berufsabschluss (höher vs. niedrig)
- Wohnort (Land vs. Stadt)
- Häusliche Gemeinschaft (alleinlebend vs. nicht alleinlebend)
- Soziale Unterstützung (vorhanden vs. nicht vorhanden)
- Finanzielle Situation (ausreichend vs. nicht ausreichend)

Die Analyse wurde in SAS-Enterprise Guide programmiert und sowohl für den Gesamtwert als auch für die einzelnen sechs Facetten berechnet. Sie zeigt im Gruppenvergleich jeweils folgende Ergebnisse:

1. Gesamtwert:

Der mittlere Gesamtwert der Patientinnen und Patienten hat sich um 1,3486 Punkte ($p=0,0005$; KI[0,5920;2,1052]) in der KG zu t1 gegenüber t0 signifikant erhöht. Die Betrachtung der IG ergibt, dass sie signifikant einen geringeren mittleren Gesamtwert (-7,2006 Punkte ($p<,0001$; KI[-8,3678;-6,0333])) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass ein höheres Alter und das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich Gesamtwert-erniedrigend und ein höherer beruflicher Abschluss, das städtische Wohnen und eine ausreichende finanzielle Situation sich Gesamtwert-erhöhend auswirken. Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit -1,3416 ($p=0,0052$; KI[-2,2826;-0,4005]) und bedeutet eine signifikante Verringerung des mittleren Gesamtwertes der IG gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1.

2. Facette(1) „Sinnesfunktion“:

Der mittlere Facettenwert(1) der Patientinnen und Patienten hat sich um 1,9558 Punkte ($p=0,0038$; KI[0,6317;3,2799]) in der KG zu t1 gegenüber t0 signifikant erhöht. Die Betrachtung der IG ergibt, dass sie signifikant einen geringeren mittleren Facettenwert(1) (-6,3478 Punkte ($p<,0001$; KI[-8,3302;-4,3655])) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass ein höheres Alter, die Zugehörigkeit zum männlichen Geschlecht und das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich Facettenwert(1)-erniedrigend und ein höherer beruflicher Abschluss, das städtische Wohnen und eine ausreichende finanzielle Situation sich Facettenwert(1)-erhöhend auswirken. Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit -2,8131 ($p=0,0008$; KI[-4,4616;-1,1646]) und bedeutet eine signifikante Verringerung des mittleren Facettenwertes(1) der IG gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1.

3. Facette(2) „Autonomie“:

Der mittlere Facettenwert(2) der Patientinnen und Patienten hat sich um 3,1185 Punkte ($p < .0001$; KI[1,7629;4,4741]) in der KG zu t1 gegenüber t0 signifikant erhöht. Die Betrachtung der IG ergibt, dass sie signifikant einen geringeren mittleren Facettenwert(2) (-8,1203 Punkte ($p < .0001$; KI[-9,8870;-6,3536])) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass ein höheres Alter, das Nichtalleinleben in der häuslichen Gemeinschaft und das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich Facettenwert(2)-erniedrigend und ein höherer beruflicher Abschluss, das städtische Wohnen und eine ausreichende finanzielle Situation sich Facettenwert(2)-erhöhend auswirken. Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit -3,2574 ($p = 0,0002$; KI[-4,9447;-1,5701]) und bedeutet eine signifikante Verringerung des mittleren Facettenwertes(2) der IG gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1.

4. Facette(3) „Aktivitäten in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft“:

Der mittlere Facettenwert(3) der Patientinnen und Patienten hat sich um 1,2308 Punkte ($p = 0,0156$; KI[0,2338;2,2278]) in der KG zu t1 gegenüber t0 signifikant erhöht. Die Betrachtung der IG ergibt, dass sie signifikant einen geringeren mittleren Facettenwert(3) (-6,0031 Punkte ($p < .0001$; KI[-7,4060;-4,6001])) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass ein höheres Alter und das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich Facettenwert(3)-erniedrigend und ein höherer beruflicher Abschluss, das städtische Wohnen und eine ausreichende finanzielle Situation sich Facettenwert(3)-erhöhend auswirken. Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit -0,9967 ($p = 0,1155$; KI[-2,2382;0,2448]) und bedeutet eine nicht signifikante Verringerung des mittleren Facettenwertes(3) der IG gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1.

5. Facette(4) „Soziale Partizipation (Teilhabe)“:

Der mittlere Facettenwert(3) der Patientinnen und Patienten hat sich um 1,3293 Punkte ($p = 0,0285$; KI[-2,5186;-0,1399]) in der KG zu t1 gegenüber t0 signifikant verringert. Die Betrachtung der IG ergibt, dass sie signifikant einen geringeren mittleren Facettenwert(3) (-12,8112 Punkte ($p < .0001$; KI[-14,5620;-11,0604])) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass ein höheres Alter und das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich Facettenwert(3)-erniedrigend und ein höherer beruflicher Abschluss, das städtische Wohnen und eine ausreichende finanzielle Situation sich Facettenwert(3)-erhöhend auswirken. Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit 3,6057 ($p < .0001$; KI[2,1255;5,0858]) und bedeutet eine signifikante Erhöhung des mittleren Facettenwertes(3) der IG gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1.

6. Facette(5) „Ängste und Befürchtungen vor Tod und Sterben“:

Der mittlere Facettenwert(5) der Patientinnen und Patienten hat sich um 0,9246 Punkte ($p = 0,2613$; KI[-0,6892;2,5385]) in der KG zu t1 gegenüber t0 nicht signifikant erhöht. Die Betrachtung der IG ergibt, dass sie signifikant einen geringeren mittleren Facettenwert(5) (-3,5965 Punkte ($p = 0,0010$; KI[-5,7444;-1,4486])) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen

Variablen (signifikant) geben an, dass ein höheres Alter und die Zugehörigkeit zum männlichen Geschlecht sich Facettenwert(5)-erhöhend auswirken. Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit $-1,9698$ ($p=0,0551$; KI $[-3,9830;0,04331]$) und bedeutet eine nicht signifikante Verringerung des mittleren Facettenwertes(5) der IG gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1.

7. Facette(6) „Intimität“:

Der mittlere Facettenwert(6) der Patientinnen und Patienten hat sich um 2,6087 Punkte ($p<.0001$; KI $[1,3454;3,8720]$) in der KG zu t1 gegenüber t0 signifikant erhöht. Die Betrachtung der IG ergibt, dass sie signifikant einen geringeren mittleren Facettenwert(6) ($-6,0119$ Punkte ($p<.0001$; KI $[-7,8069;-4,2169]$)) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass ein höheres Alter sich Facettenwert(6)-erniedrigend und ein höherer Berufsabschluss, das städtische Wohnen, das Nichtalleinleben in der häuslichen Gemeinschaft, das Vorhandensein sozialer Unterstützung und eine ausreichende finanzielle Situation sich Facettenwert(6)-erhöhend auswirken. Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit $-2,9065$ ($p=0,0003$; KI $[-4,4773;-1,3358]$) und bedeutet eine signifikante Verringerung des mittleren Facettenwertes(6) der IG gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1.

(2) Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL):

Der IADL-Fragebogen erfragte Alltagskompetenzen der Patientinnen und Patienten im RubiN-Projekt in Selbstauskunft zu t0 und t1. Dieser Fragebogen erhob folgende 8 Items:

- Telefon
- Einkaufen
- Kochen
- Haushalt
- Wäsche
- Transportmittel
- Medikamente
- Geldhaushalt

Zu jeder Item-Abfrage werden die jeweiligen Punktwerte (0 oder 1 Punkt) erfasst und zu einem Score aufsummiert. Maximal können 8 Punkte und minimal 0 Punkte erreicht werden. Ein höherer Score steht für eine größere Unabhängigkeit hinsichtlich der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens.

Zur Analyse des Interventionseffektes (Einsatz des CCM in der IG gegenüber „care as usual“ in der KG) auf die Entwicklung der Unabhängigkeit bezüglich der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens als einen sekundären Endpunkt des RubiN-Projektes wurde die Methode der linearen gemischten Modelle eingesetzt.

Das Modell für den IADL beinhaltet als abhängige Variable den IADL-Score der Patientinnen und Patienten zu den Zeitpunkten t0 und t1. Als unabhängige Variablen wurden folgende individuen-spezifische Variablen in das Modell aufgenommen:

- Gruppenzugehörigkeit (IG und KG)
- Altersgruppe (≥ 80 vs. 70-79)
- Geschlecht (männlich vs. weiblich)
- Berufsabschluss (höher vs. niedrig)
- Wohnort (Land vs. Stadt)

- Häusliche Gemeinschaft (alleinlebend vs. nicht alleinlebend)
- Soziale Unterstützung (vorhanden vs. nicht vorhanden)
- Finanzielle Situation (ausreichend vs. nicht ausreichend)

Die Analyse wurde in SAS-Enterprise Guide programmiert und berechnet und zeigt, dass sich der mittlere IADL-Score der Patientinnen und Patienten um 0,2838 Punkte ($p < ,0001$; KI[-0,3930;-0,1746]) in der KG zu t1 gegenüber t0 signifikant verringert hat. Die Betrachtung der IG ergibt, dass sie signifikant einen geringeren mittleren IADL-Score (-0,5736 Punkte ($p < ,0001$; KI[-0,7643;-0,3828])) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass die Zugehörigkeit der Patientinnen oder Patienten zur Altersgruppe „ ≥ 80 “, das männliche Geschlecht, das Nichtalleinleben in der Häuslichkeit und das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich IADL-Score-erniedrigend und ein höherer beruflicher Abschluss, das städtische Leben und eine ausreichende finanzielle Situation sich IADL-Score-erhöhend auswirken. Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit -0,04787 ($p = 0,4457$; KI[-0,1709;0,07520]) und bedeutet eine nicht signifikante Verringerung des mittleren IADL-Scores der IG gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1.

(3) Kognition (DemTect):

Mit dem DemTect wurde ein Fragebogeninstrument eingesetzt innerhalb des geriatrischen Assessments für das Projekt RubiN, welches leichte kognitive Beeinträchtigungen und demenzielle Störungen bei den Patientinnen und Patienten ermitteln kann. Er umfasst fünf Aufgabenstellungen, die leicht zu erheben sind und einen großen Bereich kognitiver Fähigkeiten abdecken.

Zur Analyse des Interventionseffektes (Einsatz des CCM in der IG gegenüber „care as usual“ in der KG) auf die Entwicklung der kognitiven Leistungsfähigkeit als einen sekundären Endpunkt des RubiN-Projektes wurde die Methode der linearen gemischten Modelle eingesetzt.

Das Modell für den DemTect beinhaltet als abhängige Variable den DemTect-Score der Patientinnen und Patienten zu den Zeitpunkten t0 und t1. Als unabhängige Variablen wurden folgende individuenspezifische Variablen in das Modell aufgenommen:

- Gruppenzugehörigkeit (IG und KG)
- Altersgruppe (≥ 80 vs. 70-79)
- Geschlecht (männlich vs. weiblich)
- Berufsabschluss (höher vs. niedrig)
- Wohnort (Land vs. Stadt)
- Häusliche Gemeinschaft (alleinlebend vs. nicht alleinlebend)
- Soziale Unterstützung (vorhanden vs. nicht vorhanden)
- Finanzielle Situation (ausreichend vs. nicht ausreichend)

Die Analyse wurde in SAS-Enterprise Guide programmiert und berechnet und zeigt, dass sich der mittlere DemTect-Score der Patientinnen und Patienten um 0,03837 Punkte ($p = 0,7682$; KI[-0,2169;0,2937]) in der KG zu t1 gegenüber t0 nicht signifikant erhöht hat. Die Betrachtung der IG ergibt, dass sie signifikant einen höheren mittleren DemTect-Score (0,4272 Punkte ($p = 0,0166$; KI[0,07773;0,7766])) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass die Zugehörigkeit der Patientinnen oder Patienten zur Altersgruppe „ ≥ 80 “, das männliche Geschlecht und das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich DemTect-Score-erniedrigend und ein höherer beruflicher Abschluss und eine ausreichende finanzielle Situation sich DemTect-Score-

erhöhend auswirken. Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit 0,2107 ($p=0,1604$; KI[-0,08353;0,5049]) und bedeutet eine nicht signifikante Erhöhung des mittleren DemTect-Scores der IG gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1.

(4) Mobilität (TUG):

Zur Beurteilung der Mobilität (Beweglichkeit und Körpergleichgewicht) der Patientinnen und Patienten wurde für das Projekt RubiN der TUG (Timed „Up and Go“-Test) [28] eingesetzt. Dieser einfach auszuführende Test erfordert die aktive Teilnahme der Patientinnen und Patienten, ist ohne Fremdhilfe auszuführen und wird durch eine Zeitmessung in Sekunden bewertet. Zur Interpretation der Ergebnisse der Zeitmessung für die Patientinnen und Patienten, die den TUG durchführen konnten, wurden die erreichten Zeiten in drei weitere Kategorien eingeordnet.

1. Zeit unter 20 Sekunden:

- keine (unter 10 Sekunden) oder geringe Mobilitätseinschränkungen liegen vor, jedoch in der Regel ohne funktionelle Auswirkungen

2. Zeit zwischen 20 und 29 Sekunden:

- funktionell relevante Mobilitätseinschränkungen liegen vor (Graubereich)

3. Zeit über 30 Sekunden:

- ausgeprägte Mobilitätseinschränkungen liegen vor, die in der Regel eine intensive Hilfestellung durch andere Personen und eine adäquate Hilfsmittelversorgung erfordern
Zur Analyse des Interventionseffektes (Einsatz des CCM in der IG gegenüber „care as usual“ in der KG) auf die Entwicklung der Mobilität als einen sekundären Endpunkt des RubiN-Projektes wurde die Methode der linearen gemischten Modelle eingesetzt.

Das Modell beinhaltet für den TUG als abhängige Variable die drei Eingruppierungen in die TUG-Kategorien (1. Zeit unter 20 Sekunden; 2. Zeit zwischen 20 und 29 Sekunden und 3. Zeit über 30 Sekunden) der Patientinnen und Patienten zu den Zeitpunkten t0 und t1. Als unabhängige Variablen wurden folgende individuen-spezifische Variablen in das Modell aufgenommen:

- Gruppenzugehörigkeit (IG und KG)
- Altersgruppe (≥ 80 vs. 70-79)
- Geschlecht (männlich vs. weiblich)
- Berufsabschluss (höher vs. niedrig)
- Wohnort (Land vs. Stadt)
- Häusliche Gemeinschaft (alleinlebend vs. nicht alleinlebend)
- Soziale Unterstützung (vorhanden vs. nicht vorhanden)
- Finanzielle Situation (ausreichend vs. nicht ausreichend)

Die Analyse wurde in SAS-Enterprise Guide programmiert und berechnet und zeigt, dass sich der mittlere Wert zur Eingruppierung in die TUG-Mobilitätskategorien der Patientinnen und Patienten um 0,009501 Punkte ($p=0,6781$; KI[-0,03538;0,05438]) in der KG zu t1 gegenüber t0 nicht signifikant erhöht hat. Die Betrachtung der IG ergibt, dass sie signifikant einen höheren mittleren Wert zur Eingruppierung in die TUG-Mobilitätskategorien (0,09258 Punkte ($p=0,0069$; KI[0,02538;0,1598])) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass die Zugehörigkeit der Patientinnen oder Patienten zur Altersgruppe „ ≥ 80 “ und das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich hinsichtlich der Eingruppierung in die TUG-Mobilitätskategorien erhöhend und ein höherer beruflicher Abschluss und eine ausreichende finanzielle Situation sich hinsichtlich der Eingruppierung in die TUG-Kategorien erniedrigend auswirken. Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann

abgelesen werden mit 0,06302 ($p=0,0128$; $KI[0,01342;0,1126]$) und bedeutet eine signifikante Erhöhung des mittleren Wertes zur Eingruppierung in die TUG-Mobilitätskategorien der IG gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1.

(5) Ernährungsstatus (MNA):

Zur Einschätzung des Ernährungszustandes der geriatrischen Patientinnen und Patienten wurde innerhalb des RubiN-Projektes der MNA eingesetzt. Die Handhabung dieses Instrumentes ist sehr unkompliziert und es kann zielsicher festgestellt werden, ob bei der jeweiligen Patientin bzw. bei dem jeweiligen Patienten das Risiko einer Mangelernährung vorliegt bzw. eine Unterernährung bereits eingetreten ist. Der MNA ist zweistufig aufgebaut. Die erste Stufe umfasst die Voranamnese und die zweite Stufe, die Anamnese. Zur Analyse des Interventionseffektes (Einsatz des CCM in der IG gegenüber „care as usual“ in der KG) auf die Entwicklung des Ernährungszustandes (Ergebnis der Voranamnese) als einen sekundären Endpunkt des RubiN-Projektes wurde die Methode der linearen gemischten Modelle eingesetzt.

Das Modell beinhaltete für den MNA als abhängige Variable den MNA-Score der Voranamnese der Patientinnen und Patienten zu den Zeitpunkten t0 und t1. Als unabhängige Variablen wurden folgende individuen-spezifische Variablen in das Modell aufgenommen:

- Gruppenzugehörigkeit (IG und KG)
- Altersgruppe (≥ 80 vs. 70-79)
- Geschlecht (männlich vs. weiblich)
- Berufsabschluss (höher vs. niedrig)
- Wohnort (Land vs. Stadt)
- Häusliche Gemeinschaft (alleinlebend vs. nicht alleinlebend)
- Soziale Unterstützung (vorhanden vs. nicht vorhanden)
- Finanzielle Situation (ausreichend vs. nicht ausreichend)

Die Analyse wurde in SAS-Enterprise Guide programmiert und berechnet und zeigt, dass sich der mittlere MNA-Score der Patientinnen und Patienten um 0,09633 Punkte ($p=0,2202$; $KI[-0,05769;0,2504]$) in der KG zu t1 gegenüber t0 nicht signifikant erhöht hat. Die Betrachtung der IG ergibt, dass sie signifikant einen niedrigeren mittleren MNA-Score (-0,4040 Punkte ($p<.0001$; $KI[-0,5792;-0,2288]$)) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass die Zugehörigkeit der Patientinnen oder Patienten zur Altersgruppe „ ≥ 80 “, das Nichtalleinleben in der Häuslichkeit und das Vorhandensein sozialer Unterstützung sich MNA-Score-erniedrigend und das männliche Geschlecht und eine ausreichende finanzielle Situation sich MNA-Score-erhöhend auswirken. Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit 0,1093 ($p=0,2267$; $KI[-0,06795;0,2866]$) und bedeutet eine nicht signifikante Erhöhung des mittleren MNA-Scores der IG gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1.

(6) Wahrgenommene Belastung von pflegenden Angehörigen (HPS)

Bei der Berechnung des Interventionseffektes auf die Entwicklung der wahrgenommenen Pflegebelastung auf der Seite der Angehörigen geht es um die Frage, ob sich das pflege- und betreuungsbedingte Belastungsempfinden bei den Angehörigen durch die Intervention im Zeitraum von t0 bis t1 verändert hat. Der im Rahmen des RubiN-Projektes eingesetzte Fragebogen „Häusliche Pflegeskala“ (HPS) ist ein standardisiertes Untersuchungsinstrument, welches die Höhe der subjektiv empfundenen Belastung von

Angehörigen durch die Pflege einer nahestehenden Person im häuslichen Kontext misst. Zur Analyse des Interventionseffektes (Einsatz des CCM in der IG gegenüber „care as usual“ in der KG) auf die Entwicklung der wahrgenommenen Pflegebelastung auf der Seite der Angehörigen als einen sekundären Endpunkt des RubiN-Projektes wurde die Methode der linearen gemischten Modelle eingesetzt.

Das Modell für die HPS beinhaltete als abhängige Variable die HPS-Scores für die Angehörigen der Patientinnen und Patienten zu den Zeitpunkten t0 und t1. Als unabhängige Variablen wurden folgende angehörigenspezifische Variablen in das Modell aufgenommen:

- Gruppenzugehörigkeit (IG und KG)
- Altersgruppe (≤ 39 vs. $40-59$; ≥ 60)
- Geschlecht (männlich vs. weiblich)
- Berufsabschluss (höher vs. niedrig)
- Erwerbstätigkeit (erwerbstätig/in Ausbildung vs. nicht erwerbstätig)
- Mobilität (Pat. weitgehend mobil vs. Pat. immobil)
- Pflege (Pat. gepflegt vs. Pat. nicht gepflegt)

Die Analyse wurde in SAS-Enterprise Guide programmiert und berechnet und zeigt, dass sich der mittlere HPS-Score der Angehörigen um 4,6250 Punkte ($p=0,0226$; KI[-8,5915;-0,6585]) in der KG zu t1 gegenüber t0 signifikant verringert hat. Die Betrachtung der IG ergibt, dass sie nicht signifikant einen niedrigeren mittleren HPS-Score (-1,5617 Punkte ($p=0,6366$; KI[-8,0813;4,9580])) zu t0 als die KG aufweist. Die Ergebnisse für die unabhängigen Variablen (signifikant) geben an, dass sich das Erwerbstätigsein bzw. das In-Ausbildung-Sein der Angehörigen HPS-Score-erniedrigend und die Erbringung von Pflegeleistungen gegenüber den Patienten und Patientinnen sich HPS-Score-erhöhend auswirkt. Der Interventionseffekt (Gruppe*time) kann abgelesen werden mit 5,2942 ($p=0,0166$; KI[0,9771;9,6114]) und bedeutet eine signifikante Erhöhung des mittleren HPS-Scores der IG gegenüber der KG zum Erhebungszeitpunkt t1.

Teil F: Zusammenfassung der Ergebnisse der quantitativen Evaluation der Primärdaten

In der Zusammenschau der Ergebnisse der Evaluation der quantitativen Primärdaten im Rahmen des TP1 ist festzustellen, dass sich nicht explizit ein positiver Interventionseffekt gezeigt hat. Die IG, die im Unterschied zur KG (care as usual) durch ein umfassendes CCM während des Interventionszeitraumes (12 Monate) im RubiN-Projekt begleitet wurde, konnte hinsichtlich der gemessenen Outcomes sich nahezu ausnahmslos nicht signifikant von der KG absetzen.

Die deskriptiven Auswertungen zeigten vor allem, dass die Studienpopulation in der IG älter als in der KG war. In der IG gehörten 66% der Patientinnen und Patienten der Altersgruppe ≥ 80 Jahre an, in der KG betrug der Anteil 59%. Das Ergebnis des geriatrischen Screenings (ANGELINA-Fragebogen) ergab, dass 77% der Patientinnen und Patienten der IG und 61% der Patientinnen und Patienten der KG dem höchsten Schweregrad „schwer“ zugewiesen wurden bei Studieneintritt. Auch die Bestimmung des BI-Scores zeigte zu t0, dass in der KG der Mittelwert des BI-Scores um ca. 5 Punkte über dem in der IG lag, das heißt, dass in der KG die Selbständigkeit der Patientinnen und Patienten bezüglich der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ höher war als in der IG zu Studienbeginn. Der Anteil der Patientinnen und Patienten, der den maximalen BI-Score von 100 Punkten zu t0 erzielte, lag in der KG bei 64% und in der IG bei 39%.

Die Ergebnisse der Analysen mit den gemischten Modellen, die innerhalb des TP1 zu den einzelnen Outcomes durchgeführt wurden, sind hier noch einmal zusammengefasst und in Tabelle 10 schematisch dargestellt:

a. Interventionseffekte

Für den mittleren BI-Score, den primären Endpunkt, hat sich für die IG gegenüber der KG ein um 0,6243 Punkte nicht signifikant erhöhter mittlerer Scorewert ($p=0,2190$; KI[-0,3713;1,6200]) zu t1 als Interventionseffekt gezeigt.

Der Interventionseffekt für den mittleren IADL-Score zu t1 zeigt, dass die IG gegenüber der KG einen um 0,04787 Punkte nicht signifikant geringeren mittleren IADL-Score ($p=0,4457$; KI[-0,1709;0,07520]) hat.

Bezüglich der Lebensqualität zeigt die Betrachtung des Interventionseffektes zu t1, dass für den WHOQOL_BREF die mittleren Scores der IG gegenüber der KG im „Globalwert“ (-1,7096 Punkte; ($p=0,0244$; KI[-3,1980;-0,2212])) und in den Domänen „Soziale Beziehungen“ (-1,9718 Punkte; ($p=0,0136$; KI[-3,5370;-0,4067])) und „Umwelt“ (-1,4565 Punkte; ($p=0,0073$; KI[-2,5206;-0,3924])) signifikant geringer sind. Das ergab sich ebenfalls, allerdings nicht signifikant, für die Domänen „Physische Lebensqualität“ (-0,7936 Punkte; ($p=0,2091$; KI[-2,0324;0,4452])) und „Psychische Lebensqualität“ (-0,7356 Punkte; ($p=0,2032$; KI[-1,8688;0,3977])). Zur Analyse des Interventionseffektes auf die Lebensqualität wurde auch der WHOQOL_OLD mit seinem „Gesamtwert“ und den sechs Facetten betrachtet. Hier ergaben sich zu t1 signifikant geringere mittlere Scorewerte für die IG gegenüber der KG im „Gesamtwert“ (-1,3416 Punkte; ($p=0,0052$; KI[-2,2826;-0,4005])) und in den Facetten „Sinnesfunktion“ (-2,8131 Punkte; ($p=0,0008$; KI[-4,4616;-1,1646])), „Autonomie“ (-3,2574 Punkte; ($p=0,0002$; KI[-4,9447;-1,5701])) und „Intimität“ (-2,9065 Punkte; ($p=0,0003$; KI[-4,4773;-1,3358])). In den Facetten „Aktivitäten“ und „Tod und Sterben“ traten ebenfalls für die IG im Vergleich zur KG zum Zeitpunkt t1 geringere mittlere Scorewerte auf, jedoch nicht signifikant (-0,9967 Punkte; ($p=0,1155$; KI[-2,2382;0,2448]) bzw. (-1,9698 Punkte; ($p=0,0551$; KI[-3,9830;0,04331])). Mit der Facette „Soziale Partizipation“ konnte ein positiver signifikanter Interventionseffekt gezeigt werden. Der mittlere Scorewert hat sich für die IG zum Zeitpunkt t1 gegenüber der KG signifikant um 3,6057 Punkte ($p<.0001$; KI[2,1255;5,0858]) erhöht.

Ein ebenfalls positiver signifikanter Interventionseffekt zeigte sich im Gruppenvergleich zu t1 für den TUG (mobile Leistungsfähigkeit). Hierfür hat sich eine Erhöhung (bedeutet Verschlechterung) des mittleren Wertes zur Eingruppierung in die TUG-Mobilitätskategorien in der IG im Vergleich zur KG um 0,06302 Punkte ($p=0,0128$; KI[0,01342;0,1126]) als signifikant erwiesen.

Auch die Betrachtung des DemTect und des MNA zeigt positive Interventionseffekte, allerdings nicht signifikant. Beim DemTect kam es im Gruppenvergleich zu t1 für die IG gegenüber der KG zu einer nicht signifikanten mittleren Scoreerhöhung von 0,2107 Punkten ($p=0,1604$; KI[-0,08353;0,5049]) und beim MNA erhöhte sich nicht signifikant der mittlere MNA-Score der IG gegenüber der KG zu t1 um 0,1093 Punkte ($p=0,2267$; KI[-0,06795;0,2866]).

b. Einfluss der Determinanten

Die Betrachtung der einzelnen Determinanten, die auf die Scoreentwicklung des primären Outcomes und der sekundären Outcomes von t0 zu t1 wirkten, wie Geschlecht (weiblich vs. männlich), Altersgruppe (70-79 vs. ≥ 80), Berufsabschluss (niedrig vs. höher), Wohnort (ländlich vs. städtisch), häusliche Gemeinschaft (alleinlebend vs. nicht alleinlebend), soziale Unterstützung (nicht vorhanden vs. vorhanden) und finanzielle Situation (nicht ausreichend vs. ausreichend), ergab gegenüber der jeweiligen Referenz folgendes Bild (es werden nur signifikante Ergebnisse berichtet; Scoreerhöhung bedeutet Verbesserung, außer beim TUG):

- Die Zugehörigkeit zur höheren Altersgruppe „ ≥ 80 “ führte für die Facette „Tod und Sterben“ (2,0451 Punkte ($p=0,0296$; KI[0,2029;3,8873])) des Lebensqualitätsfragebogens WHOQOL_OLD und für den TUG (0,1598 Punkte ($p<.0001$; KI[0,1101; 0,2096])) zu einer

signifikant mittleren Scorewert-Erhöhung, ansonsten zeigten sich für die anderen Endpunkte, wie BI (-4,5515 Punkte ($p < .0001$; KI[-5,7157;-3,3873])), IADL (-0,7974 Punkte ($p < .0001$; KI[-0,9543;-0,6406])), WHOQOL_BREF (Domänen „physische“ (-3,3468 Punkte ($p < .0001$; KI[-4,9128;-1,7808])) und „psychische Lebensqualität“ (-1,6158 Punkte ($p = 0,0129$; KI[-2,8890;-0,3426])) und „Umwelt“ (-2,4311 Punkte ($p < .0001$; KI[-3,5022;-1,3600])), WHOQOL_OLD („Gesamtwert“ (-3,0271 Punkte ($p < .0001$; KI[-4,0745;-1,9797])), Facetten „Sinnesfunktionen“ (-8,4132 Punkte ($p < .0001$; KI[-10,1328;-6,6935])), „Autonomie“ (-5,1278 Punkte ($p < .0001$; KI[-6,6428;-3,6128])), „Aktivitäten“ (-1,3424 Punkte ($p = 0,0262$; KI[-2,5253;-0,1594])), „soziale Partizipation“ (-3,2227 Punkte ($p < .0001$; KI[-4,7296;-1,7158])) und „Intimität“ (-1,8362 Punkte ($p = 0,0211$; KI[-3,3962;-0,2763])), DemTect (-1,2830 Punkte ($p < .0001$; KI[-1,5621;-1,0039])) und MNA (-0,2181 Punkte ($p = 0,0009$; KI[-0,3469;-0,08929])), signifikante Verringerungen in den Scorewerten gegenüber der jüngeren Altersgruppe „70-79“.

- Das Vorliegen des männlichen Geschlechts führte gegenüber dem weiblichen Geschlecht in den Domänen der „physischen“ (2,0653 Punkte ($p = 0,0162$; KI[0,3828;3,7477])) und „psychischen Lebensqualität“ (2,6614 Punkte ($p = 0,0001$; KI[1,2948;4,0279])) (WHOQOL_BREF), in der Facette „Tod und Sterben“ (5,0933 Punkte ($p < .0001$; KI[3,1128;7,0739])) (WHOQOL_OLD) und im MNA (Ernährungsstatus) (0,2583 Punkte ($p = 0,0002$; KI[0,1213;0,3953])) signifikant zu höheren Scores. Die Scores des IADL (-0,5795 Punkte ($p < .0001$; KI[-0,7474;-0,4116])), der Domäne „soziale Beziehung“ (-2,1991 Punkte ($p = 0,0022$; KI[-3,6052;-0,7930])) (WHOQOL_BREF), der Facette „Sinnesfunktionen“ (-4,5543 Punkte ($p < .0001$; KI[-6,3986;-2,7099])) (WHOQOL_OLD) und des DemTect (-1,4559 Punkte ($p < .0001$; KI[-1,7635;-1,1484])) nahmen für das männliche Geschlecht gegenüber dem weiblichen Geschlecht signifikant ab.

- Ein höherer Berufsabschluss bewirkte für die Outcomes BI (2,3486 Punkte ($p = 0,0007$; KI[0,9959;3,7013])), IADL (0,4552 Punkte ($p < .0001$; KI[0,2734;0,6369])), WHOQOL_BREF („Globalwert“ (2,3734 Punkte ($p = 0,0078$; KI[0,6259;4,1208])) und Domänen „Physische“ (2,6318 Punkte ($p = 0,0043$; KI[0,8255;4,4380])) und „Psychische Lebensqualität“ (3,1361 Punkte ($p < .0001$; KI[1,6658;4,6064])) und „Umwelt“ (3,8986 Punkte ($p < .0001$; KI[2,6647;5,1326])), WHOQOL_OLD („Gesamtwert“ (3,1650 Punkte ($p < .0001$; KI[1,9578;4,3722])) und Facetten „Sinnesfunktionen“ (3,5080 Punkte ($p = 0,0005$; KI[1,5264;5,4896])), „Autonomie“ (5,5665 Punkte ($p < .0001$; KI[3,8216;7,3114])), „Aktivitäten“ (3,9902 Punkte ($p < .0001$; KI[2,6275;5,3529])), „Soziale Partizipation“ (2,3088 Punkte ($p = 0,0092$; KI[0,5719;4,0457])) und „Intimität“ (3,7443 Punkte ($p < .0001$; KI[1,9474;5,5412])) und DemTect (1,4057 Punkte ($p < .0001$; KI[1,0967;1,7147])) signifikant höhere Scorewerte gegenüber einem niedrigen Berufsabschluss, außer für den TUG. Hier kam es zu einer signifikanten Verringerung des mittleren Wertes zur Eingruppierung in die TUG-Mobilitätskategorien (Verbesserung) (-0,09200 Punkte ($p = 0,0014$; KI[-0,1484;-0,03557])) für Patienten und Patientinnen mit einem höheren Berufsabschluss gegenüber jenen mit einem geringeren Berufsabschluss.

- Gegenüber dem ländlichen Leben führte das städtische Leben zu höheren Scores für den BI (4,0550 Punkte ($p < .0001$; KI[2,8898;5,2201])), den IADL (0,4059 Punkte ($p < .0001$; KI[0,2489;0,5628])), den WHOQOL_BREF („Globalwert“ (1,9272 Punkte ($p = 0,0140$; KI[0,3904;3,4640])), „physische Lebensqualität“ (2,0616 Punkte ($p = 0,0110$; KI[0,4738;3,6495])) und „psychische Lebensqualität“ (1,7371 Punkte ($p = 0,0086$; KI[0,4421;3,0320])) und den WHOQOL_OLD („Gesamtwert“ (1,5957 Punkte ($p = 0,0033$; KI[0,5314;2,6599])), Facetten „Sinnesfunktionen“ (2,8452 Punkte ($p = 0,0014$; KI[1,0983;4,5921])), „Autonomie“ (2,2668 Punkte ($p = 0,0039$; KI[0,7275;3,8061])), „Aktivitäten“ (1,2245 Punkte ($p = 0,0458$; KI[0,02262;2,4265])), „soziale Partizipation“ (1,7171 Punkte ($p = 0,0280$; KI[0,1858;3,2484])) und „Intimität“ (1,8593 Punkte ($p = 0,0217$; KI[0,2716;3,4469]))).

- Das Nichtalleinleben in der häuslichen Gemeinschaft wirkte sich gegenüber dem Alleinleben beim BI (-3,5366 Punkte ($p < .0001$; KI[-4,7553;-2,3179])), dem IADL (-0,7300 Punkte ($p < .0001$; KI[-0,8934;-0,5666])), , dem WHOQOL_OLD (Domäne „Autonomie“ (-7,0091 Punkte ($p < .0001$; KI[-8,6133;-5,4048])) und dem MNA (-0,2202 Punkte ($p = 0,0014$; KI[-0,3550;-0,08545])) scorereduzierend aus. Nur hinsichtlich der Facette „Intimität“ (5,1093 Punkte ($p < .0001$; KI[3,4534;6,7651])) (WHOQOL_OLD) führte das Nichtalleinleben in der häuslichen Gemeinschaft zu einer Scoreerhöhung gegenüber Alleinlebenden.
- Das Vorhandensein sozialer Unterstützung zeigte gegenüber den Patientinnen und Patienten, die keine soziale Unterstützung angaben, eine Verschlechterung in den Scores des BI (-7,2232 Punkte ($p < .0001$; KI[-8,9103;-5,5362])), des IADL (-1,2567 Punkte ($p < .0001$; KI[-1,4854;-1,0279])), des WHOQOL_BREF („Globalwert“ (-5,5970 Punkte ($p < .0001$; KI[-7,7196;-3,4744])), Facetten „physische Lebensqualität“ (-7,9969 Punkte ($p < .0001$; KI[-10,2057;-5,7880])), „psychische Lebensqualität“ (-4,0705 Punkte ($p < .0001$; KI[-5,8593;-2,2816])) und „Umwelt“ (-2,3817 Punkte ($p = 0,0019$; KI[-3,8856;-0,8778])), des WHOQOL_OLD („Gesamtwert“ (-3,1827 Punkte ($p < .0001$; KI[-4,6709;-1,6946])), Facetten „Sinnesfunktionen“ (-7,6307 Punkte ($p < .0001$; KI[-10,0720;-5,1893])), „Autonomie“ (-4,5653 Punkte ($p < .0001$; KI[-6,7154;-2,4151])), „Aktivitäten“ (-2,5918 Punkte ($p = 0,0025$; KI[-4,2741;-0,9095])), „soziale Partizipation“ (-6,3606 Punkte ($p = 0,0025$; KI[-8,5008;-4,2203])), des DemTect (-0,6523 Punkte ($p = 0,0005$; KI[0,2795;1,0038])) und des MNA (-0,5285 Punkte ($p < .0001$; KI[-0,7140;-0,3429])). Nur hinsichtlich der Facette „Intimität“ (3,5423 Punkte ($p = 0,0017$; KI[1,3280;5,7567])) (WHOQOL_OLD) und des TUG führte das Vorhandensein sozialer Unterstützung zu einer Scoreerhöhung gegenüber den Patientinnen und Patienten, die angaben, keine soziale Unterstützung zu haben. Beim TUG kam es also zu einer signifikanten Erhöhung des mittleren Wertes zur Eingruppierung in die TUG-Mobilitätskategorien (Verschlechterung) (0,1450 Punkte ($p < .0001$; KI[0,07536;0,2147])) für Patienten und Patientinnen mit sozialer Unterstützung gegenüber jenen mit fehlender sozialer Unterstützung.
- Eine ausreichende finanzielle Situation führte für die Outcomes BI (4,8849 Punkte ($p < .0001$; KI[6,3214;3,4485])), IADL (0,6451 Punkte ($p < .0001$; KI[0,4523;0,8379])), WHOQOL_BREF („Globalwert“ (6,2712 Punkte ($p < .0001$; KI[4,3486;8,1938])), „Physische Lebensqualität“ (6,3300 Punkte ($p < .0001$; KI[4,3399;8,3200])), „Psychische Lebensqualität“ (5,8101 Punkte ($p < .0001$; KI[4,1855;7,4347])), „Soziale Beziehungen“ (3,9726 Punkte ($p < .0001$; KI[2,2720;5,6732])), „Umwelt“ (8,8494 Punkte ($p < .0001$; KI[7,4910;10,2078])), WHOQOL_OLD („Gesamtwert“ (5,9257 Punkte ($p < .0001$; KI[4,5952;7,2563])), „Sinnesfunktionen“ (4,3467 Punkte ($p < .0001$; KI[2,1633;6,5302])), „Autonomie“ (7,3870 Punkte ($p < .0001$; KI[5,4603;9,3138])), „Aktivitäten“ (7,2172 Punkte ($p < .0001$; KI[5,7137;8,7207])), „Soziale Partizipation“ (6,7740 Punkte ($p < .0001$; KI[4,8590;8,6891])), „Intimität“ (8,0716 Punkte ($p < .0001$; KI[6,0923;10,0509])), DemTect (0,6416 Punkte ($p = 0,0005$; KI[0,2795;1,0038])) und MNA (0,4326 Punkte ($p < .0001$; KI[0,2733;0,5919])) zur Scoreerhöhung gegenüber jenen Patienten und Patientinnen, die angaben, dass ihre finanzielle Situation nicht ausreichend sei. Für den TUG wirkte eine ausreichende finanzielle Situation signifikant Score-erniedrigend hinsichtlich des mittleren Wertes zur Eingruppierung in die TUG-Mobilitätskategorien (Verbesserung) (-0,1136 Punkte ($p = 0,0004$; KI[-0,1759;-0,05124])).

Variablen	KG zu t1 vs. t0		IG vs. KG zu t0		IG vs. KG zu t1 (Interventionseffekt)		Altersgruppe		Geschlecht		Berufsabschluss		Wohnort		Häusliche Gemeinschaft		Soziale Unterstützung		Finanzielle Situation	
	t0	t1	KG	IG	KG	IG	70-79	>=80	weibl.	männl.	niedrig	höher	ländlich	städtisch	alleinlebend	nicht alleinlebend	nicht vorhanden	vorhanden	nicht ausreichend	ausreichend
BI	0	↓	0	↓	0	↑ n.s.	0	↓	0	↑ n.s.	0	↑	0	↑	0	↓	0	↓	0	↑
IADL	0	↓	0	↓	0	↓ n.s.	0	↓	0	↓	0	↑	0	↑	0	↓	0	↓	0	↑
WHOQOL_BREF																				
Globalwert	0	↑ n.s.	0	↓	0	↓	0	↓ n.s.	0	↑ n.s.	0	↑	0	↑	0	↓ n.s.	0	↓	0	↑
phys. Lebensqualität	0	↑ n.s.	0	↓	0	↓ n.s.	0	↓	0	↑	0	↑	0	↑	0	↓ n.s.	0	↓	0	↑
psych. Lebensqualität	0	↑ n.s.	0	↓	0	↓ n.s.	0	↓	0	↑	0	↑	0	↑	0	↓ n.s.	0	↓	0	↑
soziale Beziehung	0	↑ n.s.	0	↓	0	↓	0	↓ n.s.	0	↓	0	↑ n.s.	0	↑ n.s.	0	↑ n.s.	0	↑ n.s.	0	↑
Umwelt	0	↑	0	↓	0	↓	0	↓	0	↑ n.s.	0	↑	0	↑ n.s.	0	↓ n.s.	0	↓	0	↑
WHOQOL_OLD																				
Gesamtwert	0	↑	0	↓	0	↓	0	↓	0	↓ n.s.	0	↑	0	↑	0	↓ n.s.	0	↓	0	↑
Sinnesfunktionen	0	↑	0	↓	0	↓	0	↓	0	↓	0	↑	0	↑	0	↓ n.s.	0	↓	0	↑
Autonomie	0	↑	0	↓	0	↓	0	↓	0	↓ n.s.	0	↑	0	↑	0	↓	0	↓	0	↑
Aktivitäten (V/G/Z)	0	↑	0	↓	0	↓ n.s.	0	↓	0	↑ n.s.	0	↑	0	↑	0	↓ n.s.	0	↓	0	↑
soziale Partizipation	0	↓	0	↓	0	↑	0	↓	0	↓ n.s.	0	↑	0	↑	0	↓ n.s.	0	↓	0	↑
Tod u. Sterben	0	↑ n.s.	0	↓	0	↓ n.s.	0	↑	0	↑	0	↑ n.s.	0	↓ n.s.	0	↓ n.s.	0	↓ n.s.	0	↑ n.s.
Intimität	0	↑	0	↓	0	↓	0	↓	0	↓ n.s.	0	↑	0	↑	0	↑	0	↑	0	↑
DemTect	0	↑ n.s.	0	↑	0	↑ n.s.	0	↓	0	↓	0	↑	0	↓ n.s.	0	↑ n.s.	0	↓	0	↑
TUG	0	↑ n.s.	0	↑	0	↑	0	↑	0	↑ n.s.	0	↓	0	↓ n.s.	0	↓ n.s.	0	↑	0	↓
MNA	0	↑ n.s.	0	↓	0	↑ n.s.	0	↓	0	↑	0	↑ n.s.	0	↑ n.s.	0	↓	0	↓	0	↑

0 = Referenzkategorie; ↓ = vermindert vs. Referenz (signifikant); ↑ = erhöht vs. Referenz (signifikant); n.s. = nicht signifikant

Tabelle 10: TP1_Schematische Zusammenfassung der Ergebnisse der Multilevelanalysen (gemischte Modelle) für den primären und die sekundären Outcomes

Ergebnisse TP 2: Gesundheitsökonomische Evaluation, Qualitative Schnittstellenanalyse und Analyse der Transfer- und Verstetigungsszenarien von CCM

Teil A: Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation

Die Analyse der Inanspruchnahme von Leistungen und assoziierten Kosten erfolgte auf Grundlage von Routinedaten (Krankenkassenabrechnungsdaten) aus acht Krankenkassen. Die Kosten folgender Leistungen wurden in die Kostenanalyse einbezogen: Ambulante Behandlungen, stationäre Aufenthalte, ambulante Behandlungen im Krankenhaus, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Pflegeleistungen, häusliche Krankenpflege, Krankentransport, Rehabilitation (soweit von der Krankenkasse getragen) und Zahnarztbehandlungen. Weitere Informationen zur Verfügbarkeit und Verknüpfung der Daten sind Kapitel 3.2.1. des Evaluationsberichts zu entnehmen.

Für die Kostenanalyse standen somit insgesamt Abrechnungsdaten von 2.797 Teilnehmenden zur Verfügung (nicht für alle in TP 1 analysierten Patienten und Patientinnen lagen korrespondierende Krankenkassendaten vor). Für die CCA wurden 2.291 Patienten und Patientinnen in die Analyse eingeschlossen, für die sowohl vollständige Primärdaten (BI) zu beiden Zeitpunkten als auch Sekundärdaten (Kosten) vorlagen. Von diesen Patientinnen und Patienten gehörten 1.832 Patientinnen und Patienten der IG und 459 Patientinnen und Patienten der KG an. Für die FAS wurden 2.688 Patientinnen und Patienten in die Analyse eingeschlossen, für die fehlende Daten zum Teil imputiert wurden. Von diesen Patientinnen und Patienten gehörten 2.161 Patientinnen und Patienten der IG und 527 Patientinnen und Patienten der KG an.

Die Differenz der jeweiligen Versorgungskosten wurde im BL-Zeitraum (Quartal vor Projekteinschluss) im Vergleich zum Zeitraum t1 (Quartal vor dem Zeitpunkt 12 Monate nach Studieneinschluss) berechnet (z. B. $\text{Gesamtkosten}_{t1-t0} = \text{Gesamtkosten}_{t1} - \text{Gesamtkosten}_{t0}$). Negative Werte stehen damit für einen Rückgang der Versorgungskosten, positive Werte von $\text{Gesamtkosten}_{t1-t0}$ für einen Anstieg der Versorgungskosten. Um den Unterschied der jeweiligen Veränderungen der Kostenarten zwischen IG und KG zu überprüfen, wurde ein nicht-parametrischer gebootstrapter t-Test mit 100.000 Iterationen verwendet.

Weder in der CCA noch in der FAS konnten statistisch signifikante Unterschiede der Differenz t1-t0 zwischen IG und KG für die Bereiche Ambulante Kosten, Stationäre Kosten, Ambulante Krankenhauskosten, Arzneimittelkosten, Krankentransportkosten, Rehabilitationskosten, Zahnarztkosten festgestellt werden. Bei den Heilmittelkosten zeigten sich leichte Unterschiede. In der CCA entstanden diese bei 755 Patientinnen und Patienten in der IG (41,21%) und 198 Patientinnen und Patienten in der KG (43,14%) zu mindestens einem Zeitpunkt. Die Quartalskosten nach 12 Monaten waren im Durchschnitt in beiden Gruppen höher als zur BL, allerdings war dieser Unterschied nur in der IG statistisch signifikant. Der Unterschied in der Differenz (t1-t0) zwischen IG und KG war statistisch signifikant. Heilmittelkosten in der FAS entstanden bei 877 Patientinnen und Patienten in der IG (40,58%) und 227 Patientinnen und Patienten in der KG (43,07%) zu mindestens einem Zeitpunkt. Die Quartalskosten nach 12 Monaten waren im Durchschnitt in beiden Gruppen höher als zur BL, allerdings war dieser Unterschied nur in der IG statistisch signifikant). Der Unterschied in der Differenz (t1-t0) zwischen IG und KG war statistisch signifikant.

Hilfsmittelkosten entstanden in der CCA bei 906 Patientinnen und Patienten in der IG (49,45%) und 213 Patientinnen und Patienten in der KG (46,41%) zu mindestens einem Zeitpunkt. Die Quartalskosten nach 12 Monaten waren im Durchschnitt in der IG höher und in der KG niedriger als zur BL, allerdings war dieser Unterschied nur in der IG statistisch signifikant. Der Unterschied in der Differenz (t1-t0) zwischen IG und KG war statistisch signifikant. In der FAS entstanden bei 1.130 Patientinnen und Patienten in der IG (52,29%) und 254 Patientinnen und Patienten in der KG (48,20%) zu mindestens einem Zeitpunkt. Die Quartalskosten nach 12

Monaten waren im Durchschnitt in der IG höher und in der KG niedriger als zur BL, allerdings war dieser Unterschied nur in der KG statistisch signifikant. Der Unterschied in der Differenz (t1-t0) zwischen IG und KG war nicht statistisch signifikant.

Kosten für häusliche Krankenpflege entstanden in der CCA bei 326 Patientinnen und Patienten in der IG (17,79%) und 54 Patientinnen und Patienten in der KG (11,76%) zu mindestens einem Zeitpunkt. Die Quartalskosten nach 12 Monaten waren im Durchschnitt in der IG höher und in der KG niedriger als zur BL, allerdings war dieser Unterschied nur in der IG statistisch signifikant. Der Unterschied in der Differenz (t1-t0) zwischen IG und KG war statistisch signifikant. In der FAS Kosten entstanden für häusliche Krankenpflege bei 448 Patientinnen und Patienten in der IG (20,73%) und 71 Patientinnen und Patienten in der KG (13,47%) zu mindestens einem Zeitpunkt. Die Quartalskosten nach 12 Monaten waren im Durchschnitt in der IG höher und in der KG niedriger als zur BL, allerdings war dieser Unterschied nur in der IG statistisch signifikant. Der Unterschied in der Differenz (t1-t0) zwischen IG und KG war statistisch signifikant.

Bei den Pflegeleistungskosten entstanden in der CCA bei 869 Patientinnen und Patienten in der IG (47,43%) und 141 Patientinnen und Patienten in der KG (30,72%) zu mindestens einem Zeitpunkt. Die Quartalskosten nach 12 Monaten waren im Durchschnitt in beiden Gruppen höher als zur BL, allerdings war dieser Unterschied nur in der IG statistisch signifikant. Der Unterschied in der Differenz (t1-t0) zwischen IG und KG war statistisch signifikant. In der FAS entstanden Pflegeleistungskosten bei 1.085 Patientinnen und Patienten in der IG (50,21%) und 181 Patientinnen und Patienten in der KG (34,25%) zu mindestens einem Zeitpunkt. Die Quartalskosten nach 12 Monaten waren im Durchschnitt in beiden Gruppen höher als zur BL, allerdings war dieser Unterschied nur in der IG statistisch signifikant. Der Unterschied in der Differenz (t1-t0) zwischen IG und KG war statistisch signifikant.

In der CCA sanken die durchschnittlichen Gesamtkosten in der KG, während sie in der IG anstiegen. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen war nicht statistisch signifikant. In der FAS stiegen die durchschnittlichen Gesamtkosten in beiden Gruppen, wobei der Anstieg in der IG statistisch signifikant war. Der Unterschied im Anstieg zwischen den beiden Gruppen war nicht statistisch signifikant.

Dies kann andeuten, dass der Loss-to-Follow-Up nicht komplett zufällig zwischen IG und KG war. Da es auch zu unterschiedlichen Ergebnissen bei den einzelnen Kostenkomponenten kommt, kann nicht vollständig von einem zufälligen Ausscheiden ausgegangen werden. Das kann jedoch auch durch die kleinen Fallzahlen in den Kostenkomponenten zustande kommen. Die Ergebnisse der multiplen Regression zeigen, dass höhere Gesamtkosten zu t0, die Gruppenzugehörigkeit zur IG, das männliche Geschlecht und in der FAS auch das höhere Alter einen Einfluss auf höhere Gesamtkosten zum Zeitpunkt t1 hatten. Die Veränderungen im BI zeigten sich in beiden Analysen als nicht signifikant im Gruppenunterschied. Die Unterschiede zwischen t1 und t0 und im Gruppenunterschied zeigten sich als klinisch nicht relevant.

Für die Kosteneffektivitätsanalyse wurde in der CCA die durchschnittliche Veränderung der Gesamtkosten zwischen t0 und t1 (Gesamtkosten_{t1-t0}) verwendet. Die Differenz Gesamtkosten_{t1-t0} der IG ohne Berücksichtigung der Interventionskosten betrug 425,22 € pro Person. Unter Berücksichtigung der Interventionskosten pro Person in Höhe von 113,59 €, erhöht sich dieser Wert auf 538,81 €. Zudem wurde für die Kosteneffektivitätsanalyse das Ergebnis der Hauptanalyse des primären Endpunktes des BI als Effektmaß herangezogen. Die Differenz des Gruppenmittelwertes der Veränderung des BI zwischen t0 und t1 betrug -0,6. Eine detaillierte Aufstellung der Interventionskostenberechnung ist Tabelle 59 des Evaluationsberichts zu entnehmen.

Die Kosteneffektivitäts-Verhältnisse (Cost-Effectiveness-Ratio; CER) wurden berechnet. Das Kosteneffektivitäts-Verhältnis für die IG nach zwölf Monaten betrug 206,44 € pro Punkt-Veränderung des BI. Es gibt die Veränderung der Kosten im Verhältnis zu einer Veränderung einer Einheit des betrachteten klinischen Effekts wieder. Zum Vergleich mit der KG wurde das

inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Verhältnis (ICER) berechnet. Das ICER für die Interventionsphase (558,90/ -0,60) betrug -931,50 € pro Punkt-Veränderung des BI.

In der FAS wurde für die Kosteneffektivitätsanalyse die durchschnittliche Veränderung der Gesamtkosten zwischen t_0 und t_1 ($\text{Gesamtkosten}_{t_1-t_0}$) verwendet. Die Differenz $\text{Gesamtkosten}_{t_1-t_0}$ der IG ohne Berücksichtigung der Interventionskosten betrug 649,95 € pro Person. Unter Berücksichtigung der Interventionskosten pro Person in Höhe von 113,59 €, erhöht sich dieser Wert auf 763,54 €. Zudem wurde für die Kosteneffektivitätsanalyse das Ergebnis der Hauptanalyse des primären Endpunktes des BI als Effektmaß herangezogen. Die Differenz des Gruppenmittelwertes der Veränderung des BI zwischen t_0 und t_1 betrug 0,92.

Die univariaten Sensitivitätsanalyse für jeden Kostenposten ergaben, dass die stationären Kosten sowohl in der CCA als auch der FAS den größten Einfluss auf das ICER hatten. Bei der Kosteneffektivitätsebene mit gebootstrappten Schätzungen zeigte sich in der IG ein negativer inkrementeller Effekt bei gleichzeitig höheren Kosten.

Für die Analyse der vermeidbaren Krankenhauseinweisungen wurden in Anlehnung an die WHO acht ACSC-Diagnostikgruppen einbezogen. Die Betrachtung der Differenz der ACSC-assoziierten stationären Kosten zeigte, dass in der CCA die Gesamtkosten der IG während der Interventionsphase (t_1-t_0) im Vergleich zur BL durchschnittlich stärker sanken als in der KG. In der FAS sanken die durchschnittlichen Gesamtkosten der IG ebenfalls, jedoch konnte in der KG ein Anstieg beobachtet werden. Diese Unterschiede waren allerdings in beiden Analysen nicht statistisch signifikant zwischen IG und KG.

Die quartalsweisen Kosten im Zeitverlauf zeigten sowohl in der IG als auch in der KG einen leichten Aufwärtstrend bei den Arzneimitteln und Heilmitteln. In den anderen Kostenkategorien konnten Schwankungen im zeitlichen Verlauf beobachtet werden bzw. war ein konstanter Verlauf zu beobachten. Auch bei den Gesamtkosten war kein klarer zeitlicher Trend zu erkennen. Es ist deshalb davon auszugehen, dass bei der Kostenanalyse keine anderen Ergebnisse zu sehen gewesen wären, wenn die Kosten eines Quartals später in die Analyse eingeflossen wären.

Bei Ausschluss der Kostenausreißer ergab sich sowohl in der CCA als auch der FAS ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen IG und KG in der Betrachtung der Gesamtkostendifferenzen zwischen t_0 und t_1 , wobei die Kosten in der IG höher waren.

Auf Netzebene zeigten sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen einzelnen IG-Netzen und der Gesamt-KG bei einzelnen Kostenkategorien. Diese Unterschiede waren hierbei fast ausschließlich auf höhere Kosten in dem jeweiligen IG-Netz im Vergleich zur KG zurückzuführen.

Teil B: Ergebnisse der qualitativen Schnittstellenanalyse

Die Ergebnisse der qualitativen Schnittstellenanalyse zeigen einerseits die vielfältigen Herausforderungen in der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten, mit denen Leistungserbringende konfrontiert sind: Dazu zählt die wahrnehmbare Verdichtung des geriatrischen Versorgungsbedarfs infolge einer alternden Bevölkerungsstruktur in den Regionen der Kontrollnetze, die gerade im ländlichen Raum durch einen steigenden Fachkräftemangel zu Verteilungsschwierigkeiten führt. Gleichzeitig erfordere insbesondere eine multimorbide bzw. komplex erkrankte Person eine erhöhte Betreuungsintensität. Andererseits wird aus den Ergebnissen ersichtlich, dass bereits länger bestehende und sich fortschreibende Schnittstellenprobleme diese Herausforderungen zusätzlich verschärfen; fehlende Zusammenarbeitsstandards, mangelnder Wille zur Kooperation sowie ökonomische und rechtliche Fehlanreize wurden von den Befragten u. a. als versorgungsrelevante Schnittstellenprobleme der Regelversorgung genannt. Die Governance-Strukturen der ÄN seien den Befragten zufolge jedoch insofern förderlich, als dass sie Möglichkeitsräume für eine Zusammenarbeitskultur eröffnen und zudem praktische Arbeitsentlastungen verschaffen. Aus Sicht der Befragten wäre ein CCM in jedem Fall wünschenswert, um Informationsflüsse zu

konsolidieren, Versorgungseffizienz zu steigern und somit letztlich auch den Patientinnen und Patienten zu mehr Selbstständigkeit und Autonomie zu verhelfen. Dafür müssten allerdings entsprechende Vergütungs- und Organisationsmodelle gefunden werden, die einen nachhaltigen Anreiz zum Einsatz von CCM böten.

Teil C: Ergebnisse der Analyse von Transfer- und Verstetigungsszenarien von CCM

Insgesamt nahmen acht von zwölf angefragten Akteurinnen und Akteuren der KV und ÄK am Online-Survey zur Analyse der Transfer- und Verstetigungsszenarien von CCM teil; mit drei Vertreterinnen und Vertretern konnte ein Follow-Up-Interview geführt werden. Die Ergebnisse der Analyse der Transfer- und Verstetigungsszenarien von CCM verdeutlichen, dass dem künftigen Beitrag von CCM zur Orientierung und Navigation von Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem – besonders aufseiten der befragten KV-Vertreterinnen und -Vertreter – ein großer Wert beigemessen wird. Aus Sicht der Teilnehmenden umfasst CCM eine vorrangige Koordinationsfunktion mit anteiligen, sozialgesetzbuchübergreifenden Beratungsleistungen; medizinische Versorgungsleistungen wurden von einem Großteil der Befragten nicht bzw. nur eingeschränkt als Aufgabe des CCM gesehen. Allerdings wurde deutlich, dass in Abhängigkeit zur CM-Qualifizierung und klaren Delegationsregelungen auch bestimmte medizinische Versorgungsleistungen erbracht werden könnten, da diese letztlich zu einer Entlastung der ärztlichen Leistungserbringenden beitragen. Hinsichtlich der Qualifikationen äußerten die Befragten eine Präferenz für eine grundständige Berufsausbildung gegenüber einer akademischen Grundausbildung. Eine akademische Ausbildung – beispielsweise zum „physician assistant“ – wäre jedoch im Sinne einer Weiterqualifizierungsmaßnahme grundsätzlich vorstellbar. Hinsichtlich der organisationalen Verankerungen kamen für einen Großteil der Befragten neben niedergelassenen Haus- und Facharztpraxen und Krankenhäusern auch nach Art. 87b SGB V zertifizierte ÄN und kommunale Träger infrage; eine Ansiedelung bei Kostenträgern und privaten Managementgesellschaften wurde hingegen seltener präferiert. Insgesamt verdeutlichen die Analyseergebnisse der Transfer- und Verstetigungsszenarien die unterschiedlichen Spannungsfelder der gesundheitspolitischen Regelungsbedarfe, welche die Voraussetzung für tragfähige und nachhaltige CCM-Governancestrukturen bilden.

Ergebnisse TP 3: Prozessevaluation – Schwerpunkt Machbarkeit und Umsetzung

Zunächst wird auf die Integration der Intervention in den ÄN eingegangen und der Prozess der Implementierung des CCM aus verschiedenen Blickrichtungen beleuchtet: Die Umsetzung der Intervention in den ÄN, die Versorgungsverläufe geriatrischer Patientinnen und Patienten und die Rolle des CCM sowie die Angemessenheit des verwendeten Qualifizierungskonzepts für die CM werden gesondert thematisiert, bevor in einem zusammenführenden Abschnitt Stärken und Schwächen des CCM Konzepts und dessen Umsetzung in den ÄN analysiert werden.

Ein zweiter Schwerpunkt der Ergebnisdarstellung widmet sich verschiedenen Aspekten der interprofessionellen Zusammenarbeit, wie sie im Rahmen der Implementierung der neuen Versorgungsstruktur und der Umsetzung des CCM beobachtet werden konnten. Dazu gehören an dieser Stelle ein qualitativer Vergleich von Versorgungserfahrungen von an der Studie teilnehmenden Patientinnen und Patienten der Kontroll- und IG, die Betrachtung der von den CCM-Teams geleisteten Vernetzungsarbeit in den Modellregionen, die Darstellung von Vorteilen und Schwierigkeiten einer koordinierten Versorgung aus Sicht beteiligter Ärztinnen und Ärzte sowie der – anhand von Interviews mit Versorgern der KN herausgearbeiteten – allgemeinen Besonderheiten von ÄN hinsichtlich (interprofessioneller) Zusammenarbeit.

Teil A: Ergebnisse zur qualitativen Befragung von Patientinnen und Patienten

Perspektive Patientinnen und Patienten

Um qualitative Daten zur Versorgungssituation der Studienteilnehmenden und zur Bedeutung, die Letztere dem CCM beimessen, zu erheben, wurden zu Beginn der Intervention 20 leitfadengestützte Interviews mit n=24 Patientinnen und Patienten sowie n=5 versorgenden Angehörigen in den IN geführt. Die Interviews dauerten im Durchschnitt 63 Minuten (Minimum=33, Maximum=107 Minuten), fanden bei den Befragten zu Hause statt und es wurde eine spezielle Interviewmethode, die Pictor Technique angewandt. Zusätzlich wurde mit einem standardisierten Fragebogen soziodemographische Daten von den teilnehmenden Patientinnen und Patienten abgefragt. Eine Zweitbefragung von n=20 Interviewteilnehmenden nach Ablauf von mindestens 12 Monaten erfolgte pandemiebedingt mittels leitfadengestützter Telefoninterviews. Zusätzlich wurden 11 Interviews mit Studienteilnehmenden aus den KN geführt. In Tabelle 11 befindet sich eine Übersicht der Merkmale der teilnehmenden Patientinnen und Patienten.

Merkmale der Patientinnen und Patienten		Interventionsnetze (n=24)	Kontrollnetze (n=11)
Geschlecht Anzahl (%)	Männlich	10 (41,7)	4 (36,4)
	Weiblich	14 (58,3)	7 (63,6)
Alter (Jahre)	MW (SD)	79,04 (3,67)	78,45 (2,79)
	Min - Max	71 - 85	74 - 83
	Fehlend	0	2
Ich lebe allein zu Hause	Ja	11 (45,8)	2 (18,2)
	Nein, mit (Ehe-)Partner	10 (41,7)	9 (81,8)
	Nein, mit Angehörigen	4 (16,7)	0
Pflegegrad	Keinen Pflegegrad	9 (37,5)	9 (81,8)
	Kein Pflegegrad, aber beantragt	5 (20,8)	0
	Pflegegrad 1	3 (12,5)	0
	Pflegegrad 2	3 (12,5)	0
	Pflegegrad 3	3 (12,5)	1 (9,1)
	Pflegegrad 4	1 (4,2)	
	Pflegegrad 5	0	
	Fehlend	0	1 (9,1)
Wohnort	Großstadt mit >100.000 EW	5 (20,8)	3 (27,3)
	Größere Kleinstadt mit 20.000-100.000 EW	3 (12,5)	6 (54,5)
	Ländliche Kleinstadt mit 5.000- 20.000 EW	4 (16,7)	2 (18,2)
	Dörfliche Siedlung <5.000 EW	12 (50,0)	0

Tabelle 11: Merkmale der Patientinnen und Patienten, die an der qualitativen Befragung teilgenommen haben

Das Patientin- und Patient-Sein im höheren und hohen Alter wird von den Studienteilnehmenden, mit denen gesprochen wurde, nicht als Zustand, sondern eher als ein diffuser, oft mit erheblichen Unsicherheiten verbundener Veränderungsprozess erlebt, in dem oft eine Vielzahl von und eine Vielfalt an gesundheitlicher und anderer Probleme zusammenkommen mit unterschiedlichsten Lösungsstrategien. Beides ist entscheidend dafür,

dass wir es nicht mit einer einheitlichen Kategorie – die geriatrische Patientin bzw. der geriatrische Patient – zu tun haben, sondern mit einem sehr heterogenen Feld. Das CCM, das im Rahmen von RubiN angeboten wird, scheint für die Arbeit in diesem Feld vorteilhaft positioniert. Aufgrund der Nähe zu Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten gleichermaßen scheinen die CM in den betrachteten Fällen meist in der Lage zu sein, die je individuelle Versorgungssituation mit den je spezifischen Problemen der Patientinnen und Patienten zu erfassen und „passgenaue“ Hilfestellungen zu entwickeln. Die CM wirkt dabei oft genug erfolgreich als Vermittler und Arrangeur sowohl im Bereich der medizinisch-pflegerischen Versorgung aber auch im Bereich des Wohnumfeldes, der haushaltsnahen Dienstleistungen und der sozialen Kontakte und kann so für die Patientinnen und Patienten und mit ihnen gemeinsam Strukturen schaffen, die oft als sehr verlässlich wahrgenommen werden und damit Sicherheit im Versorgungsalltag zu Hause herstellen.

Interprofessionalität, Vernetzung, Kollaboration von Seiten der Patientinnen und Patienten

Untersucht wurde die Zusammenarbeit, wie sie im Rahmen der Interventionsumsetzung in den einzelnen ÄN etabliert werden konnte. Um Unterschiede in den (interprofessionellen) Versorgungsstrukturen der ÄN darzustellen, wurden zu Beginn der Intervention mit einer speziellen Befragungstechnik (Pictor Technique) die „individuellen Versorgungslandschaften“ von Studienteilnehmenden erhoben. Zum Vergleich wurden auch in den KG Patientinnen und Patienten zu ihrer Versorgung und den an der Versorgung beteiligten Hilfenetzen befragt. In einem KN konnten n=4 Patienten und n=1 versorgendem Angehörigen ein Pictor-Interview geführt werden. Mit n=7 Studienteilnehmenden der 2 anderen KN wurden leitfadengestützte Telefoninterviews geführt. Diese waren ebenfalls dahingehend ausgelegt, die Versorgungssituation der Befragten, sowie die an der Versorgung beteiligten „Menschen, Dienste und andere Faktoren“ zu erfassen und die jeweiligen Unterstützungs- und Versorgerstrukturen der Studienteilnehmenden darzustellen.

Es zeigte sich, dass sich Unterschiede in den (interprofessionellen) Versorgungsstrukturen der ÄN nur bedingt mit Hilfe der Daten aus der Befragung der Patientinnen und Patienten (sowie der Angehörigen) darstellen lassen. Die einzelnen Fälle scheinen mit ihren spezifischen Problemlagen und Versorgungsarrangements in der Regel hierfür zu individuell und zu vielgestaltig zu sein, um einen sinnvollen Vergleich von Versorgungsstrukturen auf Ärztenetzebene zu ziehen. Das ÄN erscheint den befragten Patientinnen und Patienten nicht als nennenswerte Kategorie, wenn sie auf ihre Versorgung und die daran beteiligten Akteure blicken. Der Berührungspunkt zwischen Netz und Patientin bzw. Patient oder auch den versorgenden Angehörigen ist in KN und IN die Hausarztpraxis (seltener eine Facharztpraxis). In den Interventionsnetzen kommt als entsprechende Instanz das CCM bzw. die CM hinzu, das die Interviewteilnehmenden als persönliche und ebenfalls sehr individuelle Unterstützung wahrnehmen. Darüber hinaus wird beim Vergleich der Äußerungen von Patientinnen und Patienten und Angehörigen aus den IN mit denen der KN deutlich, dass diejenigen Gesprächspartnerinnen und -partner, die im Rahmen von RubiN in Kontakt mit einer CM stehen, stärker informiert wirken und in höherem Maße über Möglichkeiten und Zugänge zu spezifischen geriatrischen Versorgungsleistungen „Bescheid wissen“, als dies zumindest bei manchen Patientinnen und Patienten der KN der Fall ist. Was manchen Teilnehmenden der KG zu fehlen scheint, ist ein Ansprechpartner, den die Teilnehmenden der IG in Person der CM vorweisen können. Die Anbindung an das CCM vermittelt Letzteren die Sicherheit, zu wissen, an wen man sich wenden kann, wenn es nötig sein sollte. Bei vielen Teilnehmenden der IG scheinen durch das Vorliegen von (Informations-)Zugängen Zukunftserwartungen zu überwiegen, die von relativer Zuversicht geprägt sind.

Teil B: Ergebnisse zu qualitativen Expertenworkshops mit den neu qualifizierten CM

Passgenauigkeit Schulungskonzept (Qualifizierung)

GeriNet e.V. war Schulungspartner des Projekts und hat die Qualifizierung der im Rahmen der Intervention eingesetzten Gesundheitsfachkräfte übernommen. Grundlage für die Qualifizierung bildete das modulare GeriNurse-Curriculum. Es lehnt sich an das Fortbildungscurriculum „Case Management in der ambulanten Medizin“ der Bundesärztekammer an. Das Curriculum der Bundesärztekammer wiederum greift Elemente aus dem „Schulungskonzept agneszwei“ auf, das im Rahmen der Initiative „Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg“ entwickelte wurde. Das GeriNurse-Curriculum versteht sich als Weiterbildungsprogramm für Angehörige von Gesundheitsfachberufen. Die Lernziele umfassen dabei die spezielle Fallbegleitung von „Risikopatienten und Risikopatientinnen ab dem 65. Lebensjahr“ (Casemanagement) „unter Berücksichtigung der regionalen und länderspezifischen Versorgungsstrukturen“ (Caremanagement).

Es werden 10 Handlungsfelder definiert, für die im Rahmen des Curriculums Fachkompetenzen, Fertigkeiten und Sozialkompetenzen vermittelt werden sollen (s. S. 14 ff):

Das Qualifizierungsprogramm bestand für die angehenden CM aus einem Onlineteil (40 Stunden) und einer Praxisschulung in Präsenz (40 Stunden). Die Onlineschulung bestand aus der selbstständigen Bearbeitung einer Hausaufgabe, Videosprechstunden und Videotutorials (abrufbar über eine Blended-Learning-Plattform). Die Praxisschulung absolvierten die Teilnehmenden in Form eines einwöchigen Präsenz-Workshops, der in jedem Netz durchgeführt wurde. An die beiden Schulungsformate (online und in Präsenz) schloss sich die „erweiterte Ausbildung im praktischen Alltag“ an. Diese umfasste 1.) den begleiteten Praxiseinsatz mit Überprüfung des Einsatzes von Assessment, Beratung und Hilfeplanerstellung, 2.) die strukturierte Reflexion durch die Erstellung von Fallvorstellungen für die kollegiale Beratung; sowie 3.) das begleitende Coaching in Form von Einzel- und Gruppensupervision und Möglichkeit zur Fallbesprechung mit der Tutorin oder dem Tutor. Dafür waren insgesamt 250 Stunden für die CM im Projektverlauf vorgesehen.

Inhalte und Anpassungen Schulungskonzept

Zur Bearbeitung der Frage, welche Anpassungen des Schulungskonzeptes im Projektverlauf vorgenommen wurden und welche Funktionen sich bei seiner Umsetzung gut auf die Modellregionen übertragen ließen, werden im folgenden Informationen verwendet, die mittels zweier explorativer Experteninterviews und einem plausibilisierenden Expertengespräch mit den beiden für die Schulung verantwortlichen Personen gewonnen wurden.

Eine inhaltliche Anpassung, die bei der Übertragung des GeriNurse-Curriculums auf den RubiN-Kontext erfolgt sei, ist die starke Betonung des geriatrischen Assessments und hier besonders die standardisierte Erhebung von Lebensqualität.

Regionale Besonderheiten der jeweiligen ÄN fanden mithilfe einer Rechercheaufgabe, die die Erstellung des gemeinsamen sogenannten Dienstleistungskatalogs beinhaltete, im Schulungsprogramm einen strukturierten Niederschlag. Der in der ersten Schulungseinheit von den Teilnehmenden erstellte Dienstleistungskatalog sollte einen Überblick bieten, über die netzspezifische Versorgungsstruktur und das zukünftige Wirkungsfeld der Schulungsabsolventinnen und Absolventen. Mithilfe des Dienstleistungskatalogs konnte einerseits der in einem Netz vorhandene Wissenstand zu Angeboten und Dienstleistern reflektiert und ergänzt werden. Zum anderen konnte anhand des Dienstleistungskatalogs im Rahmen des Schulungsprogramms auf regionalspezifische Versorgungs- bzw. Angebotslücken, z. B. in manchen Netzen im Bereich der niedrigschweligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen, eingegangen werden.

Angemessenheit Schulungskonzept

Die Frage nach der Angemessenheit des Schulungsprogramms war Gegenstand der als Workshop ausgerichteten videoekonferenzgestützten Gruppeninterviews, welche mit qualifizierten Gesundheitsfachkräften der einzelnen IN geführt wurden. In dem dafür vorgesehenen Workshopteil sollten die Teilnehmenden vor dem Hintergrund der eigenen Erfahrungen Kompetenzanforderungen und Schulungsinhalte des CCM reflektieren. Dafür wurden die Teilnehmenden gebeten, sich (1.) in einem Gedankenexperiment vorzustellen, sie würden die Schulung für eine neue Generation von CM vorbereiten und (2.) in Stillarbeit dazu zwei Fragen zu beantworten. Die Fragen lauteten: „Was müsste in dieser Schulung aus Ihrer Sicht unbedingt behandelt werden? Was würden Sie einer neuen Generation von Care- und Casemanagern von Ihren Erfahrungen mitgeben wollen?“ Die Antworten wurden per Email an die Sitzungsleitung geschickt. Die Teilnehmenden erhielten daraufhin die Gelegenheit, das Thema mündlich zu diskutieren, ohne dass die versandten Antworten gezeigt und explizit zum Gegenstand des Austauschs innerhalb der Workshopgruppe gemacht worden wären.

Die Antworten, die auf beide Fragestellungen von den Teilnehmenden aller 5 Workshops eingesandt wurden, wurden in der Nachbereitung in einem Datensatz zusammengefasst und unter Anwendung einer thematischen Analyse und der Creative Coding-Funktion von MAXQDA 2018 ausgewertet. Die Antworten konnten in 5 thematische Hauptkategorien unterteilt werden:

1. Fachwissen CCM mit den Unterkategorien „Medizinisches Grundwissen“, „Grundlagen Casemanagement“ und „Gesundheitssystemwissen“ (u.a. gesetzliche Grundlagen).
2. Schlüsselqualifikationen (wie z. B. Durchhaltevermögen, Empathie) mit der bedeutenden Unterkategorie „Kommunikation“;
3. Hinweise aus der Praxis;
4. Allgemeine Voraussetzungen (z. B. Lernbereitschaft, Berufserfahrung);
5. Wie sollte die Qualifizierung aussehen. Letztere Kategorie umfasst weniger Lern- und Wissensinhalte aber Bemerkungen zur formalen Ausgestaltung der Schulung, wie sie aus Sicht der CM vorteilhaft und für die Intervention angemessen ist.

In den Reflexionen der Teilnehmenden CM stehen sich zunächst die beiden „gewichtigen“ Kategorien des CCM-Fachwissens und die der Schlüsselqualifikationen gegenüber. Bemerkenswert sind die als „Hinweise aus der Praxis“ kategorisierten Wissens Elemente, die die Bedeutung praktischer Erfahrungen und die Notwendigkeit einer gewissen Arbeitspraxis ansprechen.

Implementierung

Ergebnisse der vorangegangenen Darstellungen werden für die Bewertung der Implementierung zusammengeführt und förderliche und hemmende Faktoren bei der Umsetzung exploriert. Für deren Diskussion wird auf Ergebnisse der multiprofessionellen Fokusgruppeninterviews rekurriert.

Als förderlich zeigte sich die Implementierung der Intervention im Rahmen von zertifizierten ÄN. Diese fungierten als Projekt-Trägerorganisationen für die jeweiligen Modellregionen. Daraus resultierten bedeutsame Vorteile: (1.) Das jeweilige ÄN garantierte die regionale Verankerung der Intervention und erlaubte den Zugriff auf etablierte Strukturen. Hier sind insbesondere die beteiligten Haus- und Facharztpraxen selbst zu nennen. Sie konnten als Mitglieder der jeweiligen ÄN in die Projektumsetzung eingebunden werden und so konnte die Gewinnung von Studienteilnehmenden erreicht werden. (2.) Die ÄN steuerten mit den Geschäftsstellen und der damit verbundenen technischen Ausstattung, den Büroräumen, den Wissensbeständen etc. eine wichtige operative Ressource für die CCM-Umsetzung bei. (3.) ÄN fungierten weiterhin als Arbeitgeber der CM und ermöglichten damit deren formale

Unabhängigkeit von den (einzelnen) Arztpraxen. Die CM konnten gegenüber den Patientinnen und Patienten als im Auftrag von deren (Haus-) Ärztinnen handelnd auftreten. Dieser Umstand wirkte, trotz der formalen Unabhängigkeit der CM von den Arztpraxen und wegen des Vertrauensvorschlusses, den die CM von vielen Patientinnen und Patienten aus diesem Grund entgegengebracht bekamen, als förderlicher Faktor für die Umsetzung der Intervention.

Als Hemmnis zeigten sich Rahmenbedingungen der Projektförderung, wie die fallzahlabhängige Vergütung der CM. Damit gingen die In ein erhebliches finanzielles Risiko ein, da die Fixkosten für das Personal anfielen. Mit Studienstart musste für den erfolgreichen Projektablauf zu Beginn schnell eine hohe Anzahl Studienteilnehmender bereitstehen. Für die Evaluation der komplexen Intervention stellte dies eine Hürde für deren Umsetzung dar.

Interprofessionalität, Vernetzung, Kollaboration von Seiten der CM

Ergänzend zu den Interviews mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen wurde eine Befragung der CM durchgeführt. Diese erfolgte mittels 5 videokonferenzgestützter Workshops. Insgesamt nahmen an den 5 Sitzungen 23 CM teil, 4 bis 5 Teilnehmende pro Netz. Sowohl die patientenbezogene Betreuungsarbeit (Casemanagement) als auch die auf den Aufbau von regionalen Versorgungsstrukturen und die Zusammenarbeit mit anderen Versorgern bezogene Vernetzungsarbeit der CM (Caremanagement) wurde in den Workshopsitzungen zum Thema gemacht. Im Themenbereich Casemanagement wurden mit den Teilnehmenden Fallbesprechungen hinsichtlich der beteiligten Versorgungsakteure auf Grundlage der insgesamt 21 im Vorfeld der jeweiligen Sitzung von den CM erstellten Fallbildern durchgeführt (s. ausführlich im EvalB). Für die Bearbeitung des Schwerpunkts Caremanagement nahmen die Teilnehmenden eine Kartierung des vorliegenden Versorgernetzes vor.

Mit Blick auf die Ergebnisse der Expertenworkshops lässt sich zusammenfassend sagen, das (Multi-)Professionalität und hohe Flexibilität der CCM-Teams sowie deren institutionelle Anbindung in die Praxisnetze dazu führen kann, dass es den einzelnen CM gelingt, für „ihre“ Patientinnen und Patienten belastbare und je eigene Versorgungsnetze zu knüpfen und dabei die unterschiedlichen jeweils zur Verfügung stehenden und notwendigen Versorger und Ressourcen (private, wie öffentliche) über Sektorengrenzen hinweg zusammenzubringen. Die erfolgreiche Arbeit der CM beruht dabei oft auf dem engen kommunikativen Austausch mit Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzten, dem kontinuierlichen Einbezug des Umfeldes sowie einer regionalen Vernetzungstätigkeit, die die Besonderheiten der jeweiligen Kontexte berücksichtigt. Caremanagement und Casemanagement stehen dabei in einer wechselseitigen Beziehung und so hat die fallbezogene Versorgungskoordination in den einzelnen Modellregionen für viele geriatrische Patientinnen und Patienten tragfähige Versorgungsstrukturen entstehen lassen.

Teil C: Ergebnisse der quantitativen Fragebogenerhebung der ärztlichen Mitglieder in den Ärztenetzen

Um die Möglichkeiten und Grenzen, die für den Einsatz eines CCM in der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten aus Sicht von Ärztinnen und Ärzten in zertifizierten AN bestehen, zu erheben, wurde eine Fragebogenbefragung durchgeführt. Befragt wurden die ärztlichen Mitglieder der insgesamt acht an RubiN beteiligten AN. Die Teilnehmenden wurden gebeten die Versorgungssituation speziell ihrer geriatrischen Patientinnen und Patienten zu bewerten und Einschätzungen zu einem geriatrischen CCM abzugeben. Zusätzlich wurden Angaben zur Person und Praxis der befragten Haus- und Fachärztinnen bzw. -Ärzte erfasst. Die Befragung erfolgte mit einem selbstentwickelten Fragebogen, welcher größtenteils online über das Befragungstool SoSci Survey erstellt und verteilt wurde. Der Fragebogen beinhaltet 21 bzw. 22 Fragen. In der Version des Fragebogens, der in den IN

ausgeteilt wurde, befand sich eine zusätzliche Frage zur Bewertung der Zusammenarbeit mit den CM. Der Fragebogen wurde von $n = 111$ Ärztinnen und Ärzten der beteiligten ÄN ausgefüllt, davon waren $n = 76$ Mitglied eines IN und $n = 35$ eines KN. Bezogen auf die Mitgliederstärken der Netze ergibt das eine Rücklaufquote von ca. 15,4 % insgesamt und 14,62 % bzw. 16,5 % für IN und KN im Einzelnen.

Die Antworten auf die Frage nach Vorteilen des CCM zeigen, dass die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte mit dem CCM neben einer allgemeinen Verbesserung der Versorgung vor allem eine Steigerung des Wohlergehens und der Selbstständigkeit ihrer geriatrischen Patientinnen und Patienten verbinden. Dies gilt im größeren Ausmaß für die Teilnehmenden der IN, bei denen „Wohlergehen und Selbstständigkeit der Patienten und Patientinnen (Verbleib in der Häuslichkeit)“ die merkmalsreichste Auswertungskategorie darstellt. In der Mitbetreuung von geriatrischen Patientinnen und Patienten werden weiterhin die CM von vielen Ärztinnen und Ärzten als diejenigen gesehen, die einerseits „Informationen bereitstellen (für Patienten und Patientinnen)“ und andererseits „Informationen gewinnen und weitergeben (für Ärzte)“. Die befragten Ärztinnen und Ärzte weisen damit dem CCM eine für die Patientenversorgung wichtige Schnittstellenfunktion oder Mittlerrolle zu, die einerseits einen adäquaten Informationsfluss in beide Richtungen zu ermöglichen hilft, andererseits aber insbesondere für die Ärztinnen und Ärzte mehr beinhaltet als die einfache Weitergabe von Informationen, sondern für die Verbesserung der Versorgungssituation einen eigenständigen Beitrag zu leisten vermag, z. B. was die Bereiche der Früherkennung und Beurteilung des Wohnumfeldes angeht. Dies gilt auch hier in einem leicht stärkeren Ausmaß für die Teilnehmenden aus den IN.

Bei der Frage, welche Erleichterung ein geriatrisches Casemanagement, für die Arztpraxen bereithält, zeigt sich eine ungleiche Verteilung von Antworten aus den Interventions- und Kontrollnetzen. Ist in den Antworten beider Untersuchungsgruppen die 1. Hauptkategorie „Zielgerichtete Abläufe und Effiziente Arbeitsteilung (inkl. Unterstützung bei Beratungstätigkeiten)“ gleichermaßen stark vertreten, so gilt dies nicht für die 2. Hauptkategorie Sicherheit, Kontrolle und Informationsgewinnung. Hier wurden 29,87% der Erleichterungsnennungen aus den IN ($n=23$) zusammengefasst, aber nur 9,68% der Antworten aus einem KN ($n=3$). Dieses Verhältnis lässt sich dahingehend interpretieren, dass sich die eingesetzten CM im Lauf der Intervention aus Sicht von Ärztinnen und Ärzten möglicherweise tatsächlich in einem gewissen Ausmaß für ein Aufgabenspektrum profilieren konnten, das über eine einfache Arbeitsteilung durch Delegation von Tätigkeiten, wie z. B. Sozialberatungen und Schnittstellenkoordination, hinausweist. „Kontrolle der Versorgungs- und Therapiesituation“, „gute Hinweise für Rezeptierungen“ und „frühzeitige therapeutische Interventionsmöglichkeit“ sind Beispiele für von IN-Ärztinnen und -Ärzten in der Befragung angeführte Erleichterungen, die auf eine enge Verzahnung zwischen den diagnostischen und therapeutischen Tätigkeiten der Ärztinnen und Ärzte selbst und den Unterstützungsleistungen des geriatrischen Casemanagements hinweisen. Die unter dieser Kategorie vorgebrachten Erleichterungen scheinen demnach aus einer nicht nur unidirektionalen, interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Arztpraxen und CM zu resultieren und nicht aus einem einfachen Task-Shifting von der Arztpraxis auf die CM. Bei den Antworten auf die Frage nach Schwierigkeiten des Casemanagements bildet „keine“, mit 21 Nennungen aus den IN und 4 Nennungen aus den KN, die insgesamt stärkste Kategorie. 29,76% aller 84 Antwortenden gaben in ihrem Freitextfeld explizit an, dass sie keine Schwierigkeiten eines geriatrischen CM sehen.

Teil D: Ergebnisse zu qualitativen multiprofessionellen Fokusgruppenbefragungen der Versorgenden in den Ärztenetzen (AP3 mit Kontrollnetzen)

Vor dem Hintergrund, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung eine immer größere Rolle spielt, sollten diesbezüglich die Besonderheiten von ÄN herausgearbeitet werden. Hierfür sollte die Befragung von Versorgern

in den KN und hier insbesondere multiprofessionelle Fokusgruppeninterviews dienen, die im Herbst 2020 als Präsenzveranstaltung in den jeweiligen ÄN stattfinden sollte. Bei der Rekrutierung wurde das Studienteam von Mitarbeitenden der jeweiligen Geschäftsstellen unterstützt. Pandemiebedingt und aufgrund voranschreitender Kontaktbeschränkungen bzw. Vorsichtsmaßnahmen in den Netzen konnten nicht genügend Teilnehmende gewonnen werden und lediglich eins der geplanten Fokusgruppeninterviews mit insgesamt 5 Teilnehmenden stattfinden. Als Ersatz für die ausgefallenen Gruppeninterviews wurden mit 3 MFA der betreffenden KN leitfadengestützte Telefoninterviews geführt. Dafür wurde eine angepasste Variante des für die Fokusgruppeninterviews in Zusammenarbeit mit TP2 und TP4 entwickelten Frageleitfadens verwendet. Eines der Einzelinterviews konnte aufgrund einer bereits vorangegangenen Befragung im TP2 nicht gewertet werden. Zur Kompensation der ausgefallenen Interviews konnten nach Absprache im Evaluationskonsortiums die Transkripte von 14 Einzelinterviews (2 Haus- und 5 Fachärztinnen bzw. -ärzte, 7 MFA), die im Rahmen der Schnittstellenanalyse im TP2 zwischen Juni und September per Telefon geführt worden waren dem Materialkorpus hinzugefügt und ausgewertet werden. Dieses Verfahren erschien plausibel, nachdem im Evaluationskonsortium die Frageleitfäden der Befragungsreihen auf Übereinstimmungen überprüft worden waren und eine relevante Schnittmenge der Fragebereiche festgestellt wurde.

Die Herausarbeitung der „Besonderheit von Ärztenetzen“ erbrachte die thematische Unterteilung der Hauptkategorie ergab ein 6-gliedriges Kategoriensystem:

1. Zusammenarbeit und Austausch zwischen Praxen
2. Ermöglichung integrierter Versorgung (interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit)
3. Teilnahme an Verbundprojekten
4. Verallgemeinerung von Erfahrungen (z. B. Wissenstransfer durch Schulungen)
5. Effektive Patientenversorgung durch Ressourcenmanagement
6. Gemeinsame Interessensvertretung und regionales Versorgungsmanagement

ÄN stellen Strukturen bereit, die einerseits regional verankert sind, sich gleichzeitig praxisübergreifend darstellen und in denen unterschiedliche Formen der Zusammenarbeit erprobt werden. In Praxisnetzen sind damit geeignete Voraussetzungen für die Etablierung integrierter Versorgungsprozesse gegeben. Geeignete Strukturen müssen nicht „aus dem Nichts“ geschaffen werden. Das bedeutet nicht, dass in den betreffenden Netzen interprofessionelle Zusammenarbeit in hohem Maße stattfinden würde. Viele Interviewpartnerinnen und -Partner beklagen den unzureichenden Grad an interprofessioneller Zusammenarbeit in ihrem ÄN. Die herausgearbeiteten Besonderheiten von ÄN stellen zusammengenommen aber förderliche Voraussetzungen dar. In ÄN treffen Initiativen und Modellprojekte zur interprofessionellen Zusammenarbeit auf eingespielte Verfahren des Austausches, auf in der Zusammenarbeit zu einem gewissen Grad erfahrene Praxisteam und organisatorische Möglichkeiten zur Vernetzung und Zusammenarbeit.

TP 4: Prozessevaluation – Schwerpunkt Akzeptanz und Zufriedenheit

Die Prozessevaluation bestand aus zwei methodischen Teilen. Zum einen erfolgte die Entwicklung von drei verschiedenen Erhebungsinstrumenten auf Basis von Vorerfahrungen, Studienlage und einer qualitativen Vorstudie. Die psychometrische Überprüfung der entwickelten Erhebungsinstrumente erfolgte aufgrund der Fallzahlgrößen für die Gruppe der Patienten und Patientinnen sowie der Angehörigen. Detaillierte Ergebnisse zur „Psychometrischen Betrachtung der Fragebögen zur Akzeptanz und Zufriedenheit aus Patienten- und Angehörigenperspektive“ finden sich im Evaluationsbericht unter den Abschnitten 3.4.1.2 sowie 3.4.1.3. Zum anderen erfolgte die Durchführung von Interviews und Fokusgruppen in den Netzen. Vorab wurden CM interviewt, um mehr über die subjektiven Erfahrungen und die damit verbundenen Möglichkeiten im Rahmen solch eines

Versorgungsmodells tätig zu sein, zu ermitteln. Des Weiteren wurden Patienten und Patientinnen und Angehörige in Einzelinterviews zu ihrer Versorgungssituation befragt. Die Fokusgruppen waren interprofessionell zusammengesetzt, bestehend aus Ärzten und Ärztinnen, CM und MFA.

Vor dem Hintergrund der Frage, wie zufriedene Patienten und Patientinnen, Angehörige sowie Leistungserbringer mit der Versorgung in solch einem Versorgungsmodell wie RubiN sind, kann qualitative Forschung einen wichtigen Beitrag leisten, um die subjektive Sichtweise der Beteiligten genauer zu erfassen. Das primäre Forschungsinteresse galt dabei explizit der Erfassung der Erfahrungen, Meinungen und Perspektiven der drei verschiedenen Gruppen. Die Perspektive der CM wurde qualitativ durch Interviews erhoben. Die interviewten Patienten und Patientinnen sowie die Angehörigen dieser Patienten und Patientinnen sollten dabei mindestens ein Jahr lang in RubiN eingeschrieben sein. Die Interviews und die Fokusgruppen wurden mittels eines teilstandardisierten Interviewleitfadens durchgeführt. Die Interviewleitfäden wurden in einem interdisziplinären Team in Lübeck sowie mit den Beteiligten aus TP3 und TP4 entwickelt. Bei der Auswertung der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine zusammenfassende Inhaltsanalyse mit der Erstellung eines Kategoriensystems nach deduktiv-induktivem Vorgehen.

Perspektive der CM

Ein Großteil der CM äußerte, dass RubiN Raum gebe, um Patienten und Patientinnen möglichst ganzheitlich zu versorgen. Die Unterstützung des Patienten und der Patientinnen ist dabei das zentrale Element. CCM wurde als Möglichkeit angesehen, die Patienten und Patientinnen individualisiert zu versorgen und Ressourcen dem Bedarf entsprechend zu nutzen. Einen weiteren Aspekt in der Patientenversorgung in RubiN stellte der Einbezug der Angehörigen dar. Für die CM ergab sich nun auch die Möglichkeit, Angehörige aktiv in die Versorgung zu integrieren. Des Weiteren wurde auch die besondere Rolle in der Versorgung als „Fürsprecher“ der Patienten und Patientinnen hervorgehoben. Zudem wurde wahrgenommen, dass auch eine Stärkung der Regionen insbesondere in ländlichen Gegenden mit dieser Versorgung vorgenommen wird. Eine Vernetzung fand dabei nicht nur geographisch, sondern auch fachlich statt. In RubiN arbeiten verschiedene Professionen koordiniert zusammen, um eine möglichst umfangreiche Versorgung zu gewährleisten. Die Kombination aus selbstständiger Arbeit sowie Arbeit in einem interdisziplinären Team wurde als sehr ausgewogen empfunden. Dabei zeigte sich vor allem durch den kollegialen Austausch, dass die eigenen Arbeitsweisen weiterentwickelt wurden und zugleich die Arbeitsweise anderer beeinflusst wurde.

Die Neuerungen in der Versorgung, die das Berufsbild des CM in RubiN mit sich brachten und wie sie von den befragten CM erfahren wurden, umfassen ebenso eine wahrgenommene Entlastung des Hausarztes/ der Hausärztin. Von den Teilnehmenden wurde oftmals genannt, dass ihre Arbeit als Ergänzung zur medizinisch-therapeutischen Perspektive des Hausarztes/ der Hausärztin gesehen wurde. Die in RubiN tätigen CM nahmen bewusst ihre besondere Stellung wahr, die sich einerseits in der Entlastungsfunktion und andererseits in dem Erleben des Patienten und der Patientin in der Häuslichkeit widerspiegelt. Ein weiterer wichtiger Punkt, der in den Interviews zum Vorschein kam, war der Zugewinn an Gestaltungsspielraum in der Versorgung von geriatrischen Patienten und Patientinnen sowie die sektorenübergreifende Versorgung.

Die CM vermittelt den Angehörigen ebenso ein Gefühl von Sicherheit und sie fühlen sich ernstgenommen hinsichtlich des Umgangs mit verschiedensten herausfordernden Situationen im Versorgungsalltag mit ihren geriatrisch zu pflegenden Patienten und Patientinnen. In den Fokusgruppen wurde deutlich, dass das gegenseitige Vertrauen einen wesentlichen Aspekt für interprofessionelle Zusammenarbeit darstellt. Das interprofessionelle Arbeiten wird als sehr zufriedenstellend erlebt und führt zu einer

Entlastung bei den an der Versorgung beteiligten Professionen und erlaubt einen holistischen Zugang auf diese Patientengruppe.

Insgesamt zeigte sich eine hohe Zustimmung bei den einzelnen Aussagen zum Arbeitsspektrum der CM, vor allem hinsichtlich des Ernstnehmens der Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen sowie des Eingehens auf die Anliegen der Patienten und Patientinnen während des Gesprächs. Der überwiegende Teil der CM erlebte die Arbeit als sinnstiftend.

Perspektive Patienten und Patientinnen

Von 500 versandten Fragebögen wurden 302 ausgefüllt zurückgesandt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 60%. Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden war weiblich (65,9%). Das Durchschnittsalter lag bei 82 Jahren ($\pm 5,2$). Zu ihrer häuslichen Situation machten 132 Patienten und Patientinnen die Angabe, dass sie allein zu Hause leben. Einen Pflegegrad besaßen 66% der Patienten und Patientinnen. In den Interventionsnetzen wurden 44 Telefoninterviews mit Patienten und Patientinnen durchgeführt. Die Stichprobe bestand aus $n=30$ weiblichen und $n=14$ männlichen Teilnehmenden. Das durchschnittliche Alter der Befragten betrug 81,4 Jahre ($\pm 4,7$). Die Dauer der Interviews variierte und betrug im Durchschnitt 27,4 Minuten (Minimum=10 Minuten, Maximum=76 Minuten). In den Kontrollnetzen wurden 15 Telefoninterviews mit Patienten und Patientinnen, die mehrheitlich weiblich ($n=11$) waren, durchgeführt. Das durchschnittliche Alter lag bei 79 Jahren.

Ob die von der CM unterbreiteten Angebote in Anspruch genommen wurden oder nicht, hing von unterschiedlichen Faktoren ab. Patienten und Patientinnen fühlten sich motiviert, sich an die CM zu wenden, da sie wussten, dass sie eine ehrliche und kompetente Antwort bekommen. Sie hatten nicht das Gefühl, dass sie bei Fragen und Anliegen nur getröstet werden. Die Patienten und Patientinnen gaben an, das Gefühl zu haben, dass sie bei der CM immer alles ansprechen können und sich gekümmert wird. Es wurden keine wesentlichen Hindernisse für die Inanspruchnahme der unterbreiteten Angebote identifiziert. Der einzige Grund, wieso Patienten und Patientinnen diverse Angebote nicht nutzen, war lediglich, dass aktuell kein Bedarf dafür bestand.

Ein breites Spektrum an gesundheitlichen Problemen und Vorerkrankungen wurde von den Befragten beschrieben, welches unterschiedliche Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen hat und somit einen Unterstützungsbedarf in der Versorgung hervorruft. Die Vorerkrankungen reichten von diversen chronischen Erkrankungen wie COPD oder Diabetes Mellitus, über Wirbelsäulenprobleme und Arthrose bis hin zu koronarer Herzkrankheit. Nur einzelne Patienten und Patientinnen gaben an, keine gesundheitlichen Probleme zu haben.

Nicht für alle Patienten und Patientinnen kam es zu spürbaren Veränderungen durch die von RubiN geleistete Versorgung. Den Patienten und Patientinnen fiel es teilweise schwer, konkrete Veränderungen zu benennen. Einige Patienten und Patientinnen gaben an, keine Veränderungen benennen zu können, da sie die angebotenen Hilfestellungen bislang nicht in Anspruch genommen hatten, da bisher nur ein geringer Unterstützungsbedarf bestand. Aber auch Patienten und Patientinnen, die zwar zuvor berichteten, bestimmte Angebote in Anspruch genommen zu haben, gaben letztendlich an, keine Veränderungen in ihrer Versorgung bemerkt zu haben. Dennoch berichteten einige Teilnehmende, dass RubiN ihre Versorgung verbessert hat. Die am häufigsten berichtete Veränderung war, dass sich die Patienten und Patientinnen nicht mehr allein fühlten und das Gefühl hatten, dass sich jemand um sie kümmerte. Die Gewissheit, jemanden kontaktieren zu können, wenn Hilfe benötigt wird, wirkte sich auch positiv auf die psychische Gesundheit des Patienten aus. Die Patienten und Patientinnen gaben an, allgemein glücklicher und motivierter zu sein.

Perspektive Angehörige

Für die Entwicklung des Fragebogens nahmen 137 Angehörige an der Befragung teil. Dies entsprach einer Rücklaufquote von 55%. Von den 137 Angehörigen waren 100 (73,0%) weiblich und 36 (26,3%) männlich. Das durchschnittliche Alter betrug 66,0 Jahre. Als Grad der Verwandtschaft wurde am häufigsten Tochter/Sohn (54,7%) oder Ehepartner/-in (33,6%) angegeben.

In den Interventionsnetzen wurden 21 telefonische Interviews mit Angehörigen im RubiN-Projekt durchgeführt wurden. 85% davon waren weiblichen Geschlechts. Das Alter aller Teilnehmenden reichte von 33 bis 85 Jahren. Bei den Angehörigen handelte es sich entweder um erwachsene Kinder oder Ehepartner/ Ehepartnerinnen geriatrischer Patienten und Patientinnen.

In den Kontrollnetzen wurden insgesamt zehn Angehörige innerhalb des RubiN-Projekts rekrutiert, von denen alle an telefonischen Einzelinterviews teilnahmen. 80% der Teilnehmenden waren weiblichen Geschlechts. Das Alter aller Teilnehmenden reichte von 41 bis 81 Jahren. Bei den Angehörigen handelte es sich mehrheitlich um erwachsene Kinder der an RubiN teilnehmenden Patienten und Patientinnen.

Gesundheitliche Versorgungssituation

Insgesamt stellte sich die gesundheitliche Versorgungssituation geriatrischer Patienten und Patientinnen für ihre Angehörigen individuell und sehr unterschiedlich dar. Maßgebend hierfür war nicht nur der gesundheitliche Zustand der Patienten und Patientinnen, sondern auch die eigene persönliche Situation der beteiligten Angehörigen sowie externe Umstände, die die Versorgungssituation ermöglichten. Es zeigte sich, dass erwachsene Kinder und Ehepartner/ Ehepartnerinnen geriatrischer Patienten und Patientinnen häufig die einzigen Verantwortlichen in der gesundheitlichen Versorgungssituation waren. Das Versorgungsspektrum der pflegenden Angehörigen reichte hierbei von Unterstützung bei Bedarf bis hin zu gesundheitlicher Versorgung rund um die Uhr. Im Rahmen dessen ergaben sich für pflegende Angehörige psychische sowie physische Belastungen, die wiederum Konsequenzen für alle Beteiligten und Auswirkungen auf die Versorgungssituation haben können. Insbesondere ein geringes Zeitbudget bei gleichzeitigem Aufrechterhalten eines Privat- und ggf. Berufslebens kann für beteiligte Angehörige stark belastend sein. Für den Umgang mit diesen Belastungen war die Entwicklung individueller Strategien und die Zuhilfenahme persönlicher Ressourcen essenziell. Trotzdem spielte der Wunsch nach Unterstützung und Entlastung, gesellschaftlicher Akzeptanz, vereinfachtem Informationszugriff und konkreten Ansprechpersonen eine zentrale Rolle. Angehörige schätzten zwar Möglichkeiten und Angebote durch Gesundheitsfachberufe und Leistungserbringer des Gesundheitssystems. Allerdings fühlten sie sich häufig nicht ernst genommen, mit der Versorgungssituation überfordert und empfanden den Umgang mit ihnen bzw. den geriatrischen Patienten und Patientinnen selbst als nicht angemessen. Dieser Eindruck kann mitunter dadurch entstehen, dass Vorschläge und Ideen von gesundheitlichem Fachpersonal nicht realisierbar waren. Dies führt nicht zur angestrebten Entlastung, sondern zu dem Wunsch nach Ansprechpersonen, die kontinuierlich erreichbar waren und auf die individuelle Versorgungssituation zugeschnittene Informationen bei Bedarf bereitstellen können. Beteiligte Angehörige, denen im Rahmen selbst entwickelter Strategien entsprechende Ansprechpersonen zur Verfügung standen, fühlten sich insgesamt zufriedener und entlastet. Die Vielfalt und Intensität der Tätigkeiten, die von den pflegenden Angehörigen in der gesundheitlichen Versorgungssituation erbracht wurden, sowie der Umgang mit Versorgungsstrukturen und daraus folgenden Belastungen und Konsequenzen, kann als Selbstaufgabe der Angehörigen betrachtet werden.

Erfahrungen Angehöriger im Versorgungsmodell RubiN

Im Fokus standen die Erfahrungswerte beteiligter Angehöriger geriatrischer Patienten und Patientinnen im Versorgungsmodell RubiN. Da die gesundheitliche Versorgungssituation aus medizinischen, sozialen, rechtlichen und emotionalen Aspekten zusammengesetzt war, ergaben sich für Angehörige ebenso vielfältige Fragestellungen und Bedürfnisse. Insgesamt empfand der Großteil der Befragten die CCM Intervention als positiv und sinnvoll. Die Leistungen der CM hatten für befragte Angehörige einen Mehrwert und führten zu einer Verbesserung der Versorgungssituation. Diese Verbesserung ließ sich an unterschiedlichen Gesichtspunkten feststellen. Zunächst hatte die Arbeit der CM in RubiN zur Folge, dass die gesundheitliche Versorgung für die beteiligten Patienten und Patientinnen selbst qualitativ aufgewertet wurde. Dies geschieht z.B. in Form der Organisation von Hilfsmitteln, Dienstleistungen und der Einbezug weiterer lokaler und regionaler Strukturen wie Pflegediensten oder Einrichtungen für Tagespflege. Auch der regelmäßige Kontakt zu den geriatrischen Patienten und Patientinnen führte zur Anregung und Förderung der Beteiligten.

Veränderungen in der gesundheitlichen Versorgungssituation ergaben sich jedoch nicht nur für die beteiligten Patienten und Patientinnen selbst, sondern auch für die involvierten Angehörigen. Angehörige hatten in RubiN eine Ansprechperson gefunden, die alle versorgungsrelevanten Aspekte adäquat adressierten und bearbeiteten. Dies umfasste Unterstützung in fachlichen, administrativen, medizinischen, therapeutischen und rechtlichen Fragen. Darüber hinaus erfuhren Angehörige emotionale Unterstützung, die dazu führt, dass sie sich weniger gestresst, ernst genommen und entlastet fühlten. Infolgedessen können sie bestärkt im ambulanten Setting der gesundheitlichen Versorgung z.B. im Kontakt mit Leistungserbringern auftreten. Auch dies wirkte sich positiv auf die Leistung der Angehörigen und die Qualität der gesundheitlichen Versorgungssituation aus.

Perspektive Leistungserbringer

Bei den Teilnehmenden der Fokusgruppen handelt es sich um Personen aus den AN, die sich an RubiN beteiligt haben und den Interventionsnetzen zugeordnet waren. Es wurden in den fünf Interventionsnetzen jeweils zwei Fokusgruppen, also insgesamt zehn Fokusgruppen mit n=46 Teilnehmenden (n= 15 Ärzte und Ärztinnen, n= 14 MFA und n= 17 CM) im Alter von 23 bis 66 Jahren durchgeführt. 80,4 % der Teilnehmenden waren weiblich, die Berufsgruppen waren im Durchschnitt ungefähr gleich stark vertreten.

Die Teilnehmenden der Fokusgruppen äußerten Ihre Akzeptanz bzw. Zufriedenheit mit dem neuen Versorgungsmodell insbesondere durch die Veränderungen in der Versorgung, die sie wahrgenommen und auch als positiv bewertet haben. Dabei kristallisierten sich folgende Unterkategorien heraus:

- Belastung der Hausärzte/Hausärztinnen
- Belastung Pflegedienst
- Entlastung Angehörige
- Einblick in die Lebenswelt der Patienten und Patientinnen
- Förderung der Versorgung zu Hause
- Patientenzufriedenheit
- Lebensqualität
- Gefühl von Sicherheit
- Mehr Zeit für Patientenversorgung
- Sensibilisierung der geriatrischen Versorgung
- Veränderungen
- Die Phase der Rekrutierung wurde anfänglich von den meisten Praxen als sehr aufwändig und zeitintensiv beschrieben. Im Verlauf sei deutlich geworden, wie sehr

die Ärzte und Ärztinnen und die MFA durch die Tätigkeiten der CM entlastet worden seien und welche Zufriedenheit der Ärzte und Ärztinnen dadurch entstanden sei, unter anderem auch dadurch, dass die Ärzte und Ärztinnen nicht mehr alleinverantwortlich für die Versorgung ihrer Patienten und Patientinnen gewesen seien.

Auffallend sei gewesen, dass durch die Etablierung einer CM viele Patienten und Patientinnen deutlich seltener in die Praxis gekommen seien. Gewisse Unsicherheiten mit Krankheiten oder Fragen an die Versorgung sowie anderer Gesprächsbedarf seien durch den regelmäßigen Kontakt mit den CM aufgefangen worden. Patienten und Patientinnen, die trotzdem mit Beratungsanlässen aus dem Fachbereich der CM in die Praxis kamen, seien an die CM verwiesen worden. Auch die CM nahmen wahr, dass durch ihre Tätigkeiten eine Entlastung der Hausärzte und Hausärztinnen erreicht werden konnte.

Für Ambulante Pflegedienste wurde ebenfalls eine Entlastung wahrgenommen, da viele Tätigkeiten, wie z.B. das Durchführen diverser geriatrischer Assessments, von den CM durchgeführt worden seien und es somit eine große Zeitersparnis für die Pflegedienste ergeben habe. Die CM hätten zudem auch viele Fragen und Probleme aufgefangen, mit denen die Patienten und Patientinnen ansonsten an den Pflegedienst herangetreten wären.

Auch für die Angehörigen der geriatrischen Patienten und Patientinnen konnte eine Entlastung sowohl in zeitlicher, finanzieller als auch psychischer Hinsicht beobachtet werden. Aufgrund der Unterstützung in der Versorgung durch die CM sowie einer organisierten Haushalts-, Betreuungs- oder Tagespflege hätten die Angehörigen wieder freie Stunden oder Tage für sich selbst.

Der Einblick in die Lebenswelt der Patienten und Patientinnen habe sich durch das CCM verbessert. Die von den CM durchgeführten Hausbesuche hätten zusätzliche Eindrücke von der Wohnsituation inkl. vorhandener Gerüche wie Urin, Eindrücke der Essensversorgung, der Medikamentencompliance etc. erlaubt und damit eine ganzheitliche Betrachtung der Patienten und Patientinnen und ihrer Lebenswelt ermöglicht. Durch das Gesamtbild sowie der erhöhten Gesprächsbereitschaft der Patienten und Patientinnen in ihrer eigenen Häuslichkeit seien Pflegebedürfnisse identifiziert worden, die in der Akutsituation des Praxisbesuchs unbemerkt geblieben wären, sodass die Hausbesuche als enorm wichtig empfunden wurden.

Die Zufriedenheit der Patienten und Patientinnen mit dem Versorgungsmodell wurde von allen Beteiligten wahrgenommen. Die Möglichkeit zu haben, sich bei jemandem melden zu können und über das eigene Befinden oder die eigenen Probleme zu sprechen, habe sich positiv auf das Wohlbefinden der Patienten und Patientinnen ausgewirkt.

Ärzte und Ärztinnen gaben an, durch die Teilnahme an dem Projekt mehr für das Thema geriatrische Versorgung sensibilisiert worden zu sein und nun einen gewissen Rundumblick gewonnen zu haben. Hierzu zählten einerseits die Verordnung von Medikamenten und Hilfsmitteln oder auch der rechtzeitige Hinweis zur Beantragung von finanziellen Mitteln wie Pflegegrad oder dem Einholen diverser Genehmigungen. Sie seien aufgrund der Anregungen und Sichtweisen der CM z.T. neue therapeutische Wege gegangen und hätten versucht, durch Ausnahmeregelungen vermehrte Verordnungen ausstellen zu können. Ihnen sei die sozialmedizinische Bedeutung und der Stellenwert von Assessments bewusster geworden, wenige hätten sogar den Versorgungsbedarf einiger Patienten und Patientinnen unterschätzt.

Ergebnisse Rechtsexpertise

Im Rahmen der Rechtsexpertise sollte die „Beschaffenheit“ des Care- und Case Managements als auch die Stellung der Praxisnetze in der Versorgungslandschaft genauer untersucht werden. Die Rechtsexpertise greift bis heute „unbeleuchtete“ Sachverhalte in Bezug auf Care- und Case Management auf, hält diese „ins Licht“, um die vielfältigen und vielschichtigen

Aspekte insbesondere aus juristischer Sicht für eine Implementierung detailliert aufzuarbeiten.

Für die regelhafte Implementierung des CCM gibt es nicht den einen Weg. Der Gesetzgeber muss am Ende regeln, ob und wenn ja, wie er ein CCM zur Regelleistung machen will und wer diese unter welchen Bedingungen anbieten darf. Die juristischen Ausarbeitungen sind dabei sehr komplex und die Gefahr eines „Sich-in-Details-Verlierens“ ist groß. Im Ergebnisbericht werden die wichtigsten Aspekte vorgestellt. Eine Transfer- und Verstetigungsperspektive wird unter Punkt 8 dieses Ergebnisberichts aufgezeigt.

Zentrale Ergebnisse der Rechtsexpertise sind:

1. CCM ist keine ärztlich delegierte Leistung.
2. CCM könnte analog einer Heilmittelerbringung als Regelleistung erbracht werden.
3. Praxisnetze sind geeignete Anbieter von CCM.

1. Care- und Case Management ist keine ärztlich delegierte Leistung.

Für den Einsatz von CM in der Regelversorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung ist es wichtig, ob diese eigenständige, auf ärztliche Veranlassung tätige, Leistungserbringer sind oder delegierte ärztliche Leistungen erbringen. Beim CCM werden keine medizinischen Leistungen erbracht, sie gehören weder tatsächlich noch rechtlich zum ärztlichen Tätigkeitskreis. Beim CCM handelt es sich vorwiegend um Beratungsinhalte, die überwiegend nicht medizinischer Natur waren, sondern sozialer (z.B. Informationen, Koordination Ehrenamtsnetze, Unterbreitung Bewegungsangebote) und pflegerischer Art (Beratung zur Pflegeversicherung) als auch zu Leistungen der Rentenversicherung und Rehabilitation (z.B. Schwerbehindertenausweis, Blindengesetz). Für CCM braucht es demnach kein tiefgehendes medizinisch-wissenschaftliches Fachwissen. CCM ist vielmehr durch die Abforderung von Wissen und Techniken einer Vielzahl von heterogener Bereiche und Techniken gekennzeichnet mit deutlichem Schwerpunkt im sozialen Bereich und großen Bezügen zu pflegerischem und therapeutischem Wissen. Daraus folgt, dass auch die Delegationsvereinbarung des BMV-Ä darauf nicht angewendet werden kann. CCM beinhaltet Leistungen, die nicht das spezifische Wissen eines Medizinstudiums benötigen, somit kann der Delegar, in diesem Fall der Arzt, die Ärztin die Leistungen des Delegationsempfängers mangels eigenen Sachverstands nicht kontrollieren. Das aber ist Grundlage der Delegation. Die Durchführung von CCM durch in Arztpraxen angestellte Mitarbeiter ist damit auch aus steuerlichen Gründen nicht empfehlenswert. Erbringen Freiberufler Leistungen, die sie nicht kontrollieren können, ist die Delegation unzulässig.

2. CCM analog einer Heilmittelerbringung als Regelleistung erbringen

CCM bemüht sich um eine passgenaue patientenorientierte Versorgung in heterogenen Lebenslagen. Diese treten insbesondere bei alten und geriatrischen Patienten und Patientinnen auf, komplexer Natur können aber auch Versorgungsherausforderungen bei jüngeren Patienten und Patientinnen mit chronischen Mehrfacherkrankungen sein. Dies zeigt die große Anzahl von „Lotsenprojekten“ im Innovationsfonds (z.B. bei Schlaganfallotse, Onko-Lotse, Kardio-Lotse). Die multidimensionale Leistung, die medizinische, pflegerische, therapeutische und soziale Aspekte berücksichtigt, ist also für viele Menschen mit komplexen Versorgungsbedarfen relevant. CCM berührt in seiner Natur die Zuständigkeiten und Kostenverantwortungen einer Vielzahl von Leistungsträgern, wie etwa Unfall-, Renten-, Pflege- und Krankenversicherung als auch Kommunen.

In der RubiN-Rechtsexpertise erfolgte eine Festlegung, die berücksichtigt, dass der Innovationsfonds auf Regelungen im Rahmen der Krankenversicherung abzielt. Grundsätzlich

kommt die Rechtsexpertise zu dem Schluss, dass ein CCM gesetzessystematisch im „jeweiligen“ Sozialgesetzbuch verankert werden sollte und nicht, wie auch diskutiert, als ein neues „SGB 0“ eingeführt oder im SGB I (Allgemeiner Teil) verortet wird. Demnach muss ein über das SGB V finanzierte CCM einen Krankheitsbezug haben, wie er bei geriatrischen, an Krebs oder bei anderen „Lotsen-Erkrankungen“ gegeben ist.

Bei aller Kritik an den einzelnen Sozialgesetzbüchern sind innerhalb dieser suffiziente Strukturen für die operative Umsetzung der Leistungserbringung entstanden bzw. kann auf diesen aufgesetzt werden. Schon heute haben Versicherte einen Anspruch auf Versorgungsmanagement (§11 Abs. 4 S. 1 SGB V), hierbei handelt es sich aber um ein Rahmenrecht, nicht um einen Leistungsanspruch im Sinne einer durchsetzbaren Rechtsposition. Dies liegt daran, dass das Versorgungsmanagement bislang nicht im Leistungserbringungsrecht des SGB V konkretisiert wird. Zu diesem gehören die rechtlichen Vorgaben der Beziehungen zwischen den Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und den Leistungserbringern wie Ärzten und Ärztinnen, Zahnärzten und Zahnärztinnen, Therapeuten und Therapeutinnen, usw.. Eine Verankerung des CCM ausserhalb des SGB V hätte zur Folge, dass es weiterhin unverbindlich bliebe und appellativen Charakter behielte, da die rechtliche Konkretisierung für eine operative Umsetzung fehlen würde. Die „Wahl“ des „zuständigen“ SGB ergibt sich aus dem Schwerpunkt des Versorgungsanliegens, wie z.B. durch eine Erkrankung (anders als z.B. ein CCM bei Langzeitarbeitslosigkeit oder Schuldenberatung). Die Verortung in einem SGB muss nicht zwingend bedeuten, dass allein ein Kostenträger dieses jeweiligen Buches alleinverantwortlich wäre. SGB-übergreifende Mischfinanzierungen wie z.B. bei der Netzwerkkoordination in der Palliativversorgung (§39d SGB V) sind möglich.

In der Rechtsexpertise wurde weiterhin festgelegt, dass das CCM vom Arzt, der Ärztin verordnet wird wie z.B. ein Heilmittel. Kritiker einer solchen Festlegung wenden die schon historisch bestehende Arztzentrierung ein, die hier fortgesetzt würde, zumal Vertragsärzte und Vertragsärztinnen bei CCM keine führende Rolle spielen. Für die ärztliche Verordnung spricht zum jetzigen Zeitpunkt der Krankheitsbezug und die daraus enge Versorgungsverbindung zwischen CM und Praxen und das Vertragsärzte und Vertragsärztinnen als Gatekeeper für die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Verordnung von CCM verantwortlich sind. Trotz der Verordnung wird CCM als eine eigene Leistungsart gesehen, wie z.B. eine Physiotherapie.

Das führt zur weiteren Frage, wer nach den leistungserbringungsrechtlichen Vorgaben überhaupt ein „berechtigter“ CCM-Leistungserbringer sein darf. Hier werden in der Rechtsexpertise potenzielle Anbieter in die GKV-Rubrik „sonstige Leistungserbringer“ eingeordnet. Zu diesen können bei der Erbringung von CCM unterschiedliche gehören, wie z.B. die 87b-Praxisnetze, Kommunen, MVZ. Für diese wären einheitliche Standards für die CCM-Erbringung festzulegen, damit diese zulassungsfähig wären. Als Zulassungsbehörde werden die ARGEN Heilmittelzulassung vorgeschlagen.

Konkrete Detailregelungen zum CCM wie Zulassung, Zulassungsentziehung, Vergütungen, Qualifikationsanforderungen und Berufsausübungsregelungen müssen nicht im Detail im SGB V geregelt werden. Als nicht ausreichend wird hierfür die Erstellung einer Leitlinie gesehen, da sie keine unmittelbar rechtsverbindliche Bedeutung hat. Der Gemeinsame Bundesausschuss könnte zwar eine Richtlinie erlassen, allerdings spricht hier dagegen, dass es sich bei CCM nicht zuvörderst um eine ärztlich-medizinische Aufgabe handelt. Auch wären potentielle CCM-Erbringer wie Kommunen von der Richtliniensetzung betroffen, über die sie selbst nicht mitentscheiden dürfen. Untergesetzliche Regelungen könnten vom GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vereinbart werden. CCM wurde und wird auch mit den beteiligten Akteuren der Ärzteschaft entwickelt, eine normative Beteiligung der KBV ist jedoch weder aus juristischer noch aus versorgungswissenschaftlicher Sicht notwendig, da die Zuständigkeitsbereiche der KBV und KVen nicht berührt werden. Denkbar wäre auch eine Rechtsverordnung des BMG. Eine weitere Möglichkeit wäre, den

Leistungsanspruch der Versicherten detailliert im SGB V zu regeln und darauf hinführend Verträge zwischen den Kostenträgern bzw. deren Verbänden und den Leistungserbringern zu formulieren und zu schließen.

Konkrete Ableitungen für CCM-Implementierung im SGB V

Leistungsrechtliche Verortung im Dritten Kapitel;

Schaffung neuer 6. Abschnitt „Care- und Case-Management“, andockend an Zählweise als § 43d SGB V

Neuschaffung eines § 43 d SGB V Care- und Case Management

- (1) Versicherte mit einem komplexen Versorgungsbedarf nach einer Krankheit oder mit multimorbiden chronischen Zuständen haben Anspruch auf Care – und Case-Management.*
- (2) Das Leistungsspektrum eines Care- und Case-Managements umfasst eine assessmentgestützte Bestandsaufnahme zur Ermittlung des Zustands des Patienten, eine Hilfeplanung und eine darauf aufbauende individuelle Betreuungs- und Koordinationsleistung.*
- (3) Die Leistung ist von einem Vertragsarzt zu verordnen. Sie löst ein standardisiertes Eingangsassessment zur Ermittlung des konkreten Hilfe- und Versorgungsbedarfes aus. Aus den Ergebnissen und den daraus abgeleiteten Empfehlungen des Care- und Case-Managers, legt der Vertragsarzt den Leistungsumfang nach medizinischer Notwendigkeit fest. Die Leistungsdauer umfasst bis zu zwölf Monate.*
- (4) Folgeverordnungen können für einen über den genannten Zeitraum hinaus ausgestellt werden. Maßgeblich ist der Gesundheitszustand des Versicherten, den der Vertragsarzt überprüft hat. Die Folgeverordnung ist innerhalb der letzten drei Arbeitstage vor Ablauf der vorherigen Verordnung auszustellen.*

Anpassung § 73 Abs. 2 SGB V (Vertragsärztliche Verordnung)

Ergänzung um eine Nr. 15 „Verordnung von Care- und Case-Management“

Einfügung Leistungserbringer im 8. Abschnitt des Vierten Kapitels eines § 134 SGB V

- (1) Care- und Case-Management wird von zugelassenen Leistungserbringern erbracht.*
- (2) Zulassungsfähig sind bei Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen auch Kommunen, Wohlfahrtsverbände, Praxisnetze nach § 87b SGB V und deren Gesellschaften sowie Pflegedienste.*

Abbildung 12: Vorschlag rechtlicher Implementierungspfad CCM im SGB V

Verträge über die Erbringung von CCM-Leistungen werden nicht als Behandlungsverträge gem. § 630a BGB gesehen, sondern als Dienstverträge gem. § 611 BGB. CM wären auch nicht berechtigt, Behandlungsverträge abzuschließen. Die Einordnung als Dienstvertrag führt insbesondere dazu, dass Nebenpflichten wie Dokumentations-, Aufbewahrungs-, Offenbarungs- oder Aufklärungspflichten sich nicht aus den gesetzlichen Anforderungen des §§ 630a ff. BGB unmittelbar ergeben, sondern explizit vertraglich vereinbart werden müssen. Für alle Beteiligten sind Betriebs- und Berufshaftpflichtversicherungen abzuschließen.

Eine wichtige inhaltliche Konkretisierung des CCM betrifft die Erbringung der Rechtsberatung unter Beachtung des Rechtsdienstleistungsgesetzes (RDG). Dieses regelt, wer unter welchen Umständen in Deutschland Rechtsdienstleistungen erbringen darf. Beim geriatrischen CCM in RubiN betraf dies insbesondere das Thema Vorsorgevollmachten (z.B. Erkennen, wann diese notariell beglaubigt werden müssen), Patientenverfügungen (z.B. Erkennen unwirksamer Ankreuzmuster), unzureichend gestellte Anträge, Fristversäumnisse oder unsachgemäße Rückfragen bei Krankenkassen in Verbindung mit Genehmigungsfiktion gem. § 13 Abs. 3a SGB V. Zu klären ist, inwieweit CM als „Patientenvertreter/Patientenvertreterinnen“ oder als Beratende agieren, wie „weit“ die Beratungen unter welchen Qualifikationserfordernissen reichen dürfen.

Untersucht wurde auch, ob CCM Hauptleistung eines Selektivvertrages nach § 140a SGB V sein darf. Die Zulässigkeit reiner „Versorgungsmanagementverträge“ scheiterte lange daran, dass

die 140a-Verträge die Regelversorgung überwiegend ersetzen sollten. Da CCM bis heute keine Regelversorgung ist, erübrigte sich dies. Ein stets diskutiertes Problem sind die „beliebigen Anbieter“ von CCM. Neben zugelassenen Leistungserbringern wie MVZ, Krankenhäusern oder Apotheken kommen hier Medizinproduktehersteller, Praxisnetze oder pharmazeutische Unternehmen ins Spiel. Hier müssen konkrete Anforderungen für alle gleichermaßen formuliert werden.

Weiterhin wurde in der Rechtsexpertise die Ausgestaltung möglicher Abrechnungsstrukturen eines (geriatrischen) Care- und Case Managements aus versorgungs- und rechtswissenschaftlicher Sicht untersucht, um einen möglichst versorgungswirksamen Einsatz gewährleisten zu können. Die Abrechnung des CCM sollte grundsätzlich mit degressiven Fallpauschalen und wenigen Einzelleistungsvergütungen für besonders förderungswürdige Leistungen ausgestaltet werden. Dabei soll das CCM zur Vermeidung unnötiger Leistungsausweitungen mit Regelleistungsvolumina versehen werden.

Während das dritte Kapitel des SGB V – §§ 11 - 68c SGB V – (vermeintlich) die Leistungsansprüche der Versicherten regeln, sind im vierten Kapitel – §§ 69 - 140h SGB V – die Beziehungen zwischen Krankenkassen und den Leistungserbringern normiert. Wie bereits zuvor erwähnt, enthalten Vorschriften wie § 11 Abs. 4 SGB V, wonach Versicherte einen Anspruch auf Versorgungsmanagement haben, diesen Anspruch gerade nicht. Dies ist dem in den 1990er Jahren entwickelten Rechtskonkretisierungskonzept des Bundessozialgerichts geschuldet. Vor dieser Zeit wurde angenommen, dass Formulierungen wie die eben genannte zu einem Leistungsanspruch des Versicherten führen, der dann durch die Regelungen des Leistungserbringungsrechts nachvollzogen werden müsste. Angesichts dessen, dass im Leistungsrecht nur sehr rudimentäre Regelungen getroffen wurden, im Leistungserbringungsrecht hingegen unzählige Richtlinien des G-BA, Vereinbarungen usw. bestehen, die u.a. das Wirtschaftlichkeitsgebot konkretisieren und der EBM allein mehrere tausend Leistungspositionen kennt, hat das Bundessozialgericht angenommen, dass das Leistungsrecht nur noch ein subjektiv-öffentliches Rahmenrecht sei, ein Anspruch dem Grunde nach. Der konkrete Anspruch könne erst aus den genannten leistungserbringungsrechtlichen Vorschriften konkretisiert werden; erst dort kann ein konditionales Wenn-dann-Schema umgesetzt werden. Das Leistungserbringungsrecht geht damit dem Leistungsrecht vor. Daraus folgt, dass der versorgungswirksame Einsatz von CCM in der Regelversorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung von der Ausgestaltung des Leistungserbringungsrechts abhängt. Dies betrifft insbesondere Ein- und Ausschlusskriterien, etwaige Ordnungsnotwendigkeiten, Leistungsdauer und Leistungsintervalle, Leistungsinhalte, Budgetierungen, Zugangsvoraussetzungen für Leistungserbringer (Bedarfsplanungen, Qualifikationsanforderungen und dergleichen) usw. Ein Teil dieser Aspekte wird in den Vergütungsregeln getroffen. Unter Punkt 8 des Ergebnisberichts (Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung) werden vergütungsrechtliche Ergebnisse aus der Rechtsexpertise detaillierter erörtert.

3. Praxisnetze sind geeignete Anbieter von Care- und Case Management

Praxisnetze sind heterogene regionale Zusammenschlüsse ärztlicher und nicht-ärztlicher Leistungserbringer zur Erbringung von Aufgaben, die gerade nicht die gemeinsame Berufsausübung / Behandlung voraussetzen. Hierzu gehören insbesondere solche Aufgaben, die in einer vernetzten Struktur und für eine größere Zahl von Leistungserbringern effektiver angeboten werden können wie Fort- und Weiterbildung, Notdienst oder auch CCM. Dem deutschen Gesundheitssystem ist eine regelhafte Vergütung dieser Managementaufgabe fremd, weder kennt der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) entsprechende Vergütungen für diese Aufgaben, noch haben Praxisnetze als solche einen Zulassungsstatus, der eine Abrechnung nach EBM erlauben würde. Dies ist nur im Rahmen von Selektivverträgen gem. § 140a SGB V mit einzelnen Krankenkassen oder projektbasiert möglich. Mit dem TSVG wurde

anerkannten Praxisnetzen nach §87b SGB V ermöglicht, Medizinische Versorgungszentren zu gründen und damit als Leistungserbringer aufzutreten. Die Gründung eigener MVZ geht an der Intention der klassischen Praxisnetze vorbei, jedoch hat der Gesetzgeber hiermit eine erste Tür für Praxisnetze als reguläre Leistungserbringer geöffnet.

In der Rechtsexpertise wurde die Schnittstelle zwischen „Kooperation und Korruption“ näher untersucht. Diese können fließend sein, wenn die Mitglieder/Gesellschafter des Praxisnetzes einerseits eigene Praxen betreiben, andererseits auch Leistungen veranlassen, die durch das Praxisnetz oder seine Tochtergesellschaften erbracht werden und deren Gewinne über das Praxisnetz wieder den Mitgliedern/Gesellschaftern zufließen könnten. Damit drängen sich Fragen nach der korruptionsrechtlichen Ausgestaltung für folgende Problemkreise auf:

- Empfehlung von durch das Praxisnetz erbrachten Leistungen durch Netzmitglieder
- Einkünfte der Netzmitglieder aus Gewinnen des Praxisnetz-MVZ
- Einkünfte der Netzmitglieder aus Gewinnen von nicht-ärztlicher Leistungserbringung des Praxisnetzes (etwa CCM-Leistungen)

Es ist naheliegend, dass (ärztliche) Praxisnetzmitglieder Leistungen, die durch das Praxisnetz oder seine Tochtergesellschaften erbracht werden, empfehlen. Dies gilt sowohl für nicht-ärztliche Leistungen wie CCM als auch für ärztliche Leistungen, etwa wenn hausärztliche Praxisnetzmitglieder an das Facharzt-MVZ des Praxisnetzes verweisen. Denn die Praxisnetzmitglieder kennen die vom Praxisnetz angebotenen Leistungen und die dort tätigen Akteure besser als andere Mitbewerber und sind daher geneigt, ihren Patienten und Patientinnen gerade die Leistungen des Praxisnetzes zu empfehlen.

Verstöße gegen die Regelungen zur Empfehlung/Zuweisung von Patienten und Patientinnen oder unzulässige Einkünfte aus Unternehmen, denen man zuweist, haben Auswirkungen über die Antikorruptionsnormen hinaus: Die Rechtsprechung nimmt an, dass mit Einreichen der Abrechnung stillschweigend miterklärt wird, dass alle weiteren Regelungen eingehalten wurden. Verstöße gegen die sozial-, berufs- oder strafrechtlichen Antikorruptionsvorschriften führen daher zur Nichtabrechenbarkeit der betroffenen Leistungen. Daraus folgt bei korruptivem Verhalten zudem eine Strafbarkeit wegen Abrechnungsbetruges. Bekanntlich ist gem. § 18 Abs. 4 MBO-Ä bei allen Formen der ärztlichen Kooperation die freie Arztwahl zu gewährleisten. Konkretisiert wird dies in § 31 Abs. 2 MBO-Ä, wonach Ärzte und Ärztinnen Patienten und Patientinnen nicht ohne hinreichenden Grund an andere Ärzte, Heil- und Hilfsmittelerbringer oder sonstige Anbieter gesundheitlicher Leistungen empfehlen oder an diese verweisen dürfen. „Verweisung“ i.S.d. § 31 Abs. 2 MBO-Ä meint dabei jegliche Empfehlung zugunsten bestimmter Leistungserbringer, die Ärzte und Ärztinnen erteilen, ohne von Patienten und Patientinnen darum gebeten worden zu sein. Als Verweisung werden nicht nur mündliche Empfehlungen verstanden, sondern auch Empfehlungen über Medien wie Flyer, Visitenkarten, Poster usw.. Zu unterscheiden ist dabei zwischen Empfehlungen auf Nachfrage der Patienten und Patientinnen und ungefragten Empfehlungen. Wenn Patienten und Patientinnen Ärzte und Ärztinnen aktiv um Empfehlungen bitten, dürfen diese erteilt werden. Denn Patienten und Patientinnen können gerade so ihr Selbstbestimmungsrecht ausüben. Ärzte und Ärztinnen dürfen dann den ihrer Ansicht nach besten Leistungserbringer empfehlen. Sie müssen hierbei keine Vielfalt an Leistungserbringern beachten, sondern können denjenigen empfehlen, den sie für den besten Anbieter halten. Empfehlungen ohne Nachfrage der Patienten und Patientinnen dürfen selbst bei Vorliegen eines sachlichen Grundes nur im Einzelfall und nicht generell gegeben werden.

Selbst bei Vorliegen ausreichender Gründe sind generelle Verweisungen an bestimmte Anbieter unzulässig, weil dies den Ausnahmecharakter der Verweisung ohne vorherigen Patientenwunsch aushöhlen würde. Hinreichende Gründe, die eine solche Verweisung

ausnahmsweise erlauben, liegen etwa in einer besonderen Qualität der Versorgung durch den empfohlenen Leistungserbringer, wenn dieser „aus Sicht des behandelnden Arztes aufgrund der speziellen Bedürfnisse des einzelnen Patienten, der einzelnen Patientin besondere Vorteile in der Versorgungsqualität bietet“ (BGH 2011). Für Praxisnetze ist dabei besonders relevant, dass „in langjähriger vertrauensvoller Zusammenarbeit gewonnene gute Erfahrungen oder die allgemein hohe fachliche Kompetenz eines Anbieters oder seiner Mitarbeiter“ (BGH 2011) hierfür gerade nicht ausreichen. Eine Empfehlung, die nur auf diesen Gründen basiert, würde gegen § 31 Abs. 2 MBO-Ä verstoßen und wäre deshalb berufsrechtswidrig. Die Mitgliedschaft im Praxisnetz als solches reicht mithin nicht aus, um dieses zu empfehlen.

Soweit indes ausnahmsweise ein sachlicher Grund gerade die Empfehlung des Praxisnetzes als Leistungserbringer erlaubt, ist Transparenz ein wesentlicher Aspekt zur Wahrung der Sachorientiertheit der Entscheidung und der Vermeidung eines Anscheins korruptiven Verhaltens. Die Mitgliedschaft von Ärzten und Ärztinnen in Praxisnetzen und die wirtschaftlichen Beziehungen zwischen Praxisnetz und Praxisnetz- Leistungserbringern (z.B. für Care- und Case Management) sollten Patienten und Patientinnen abstrakt (etwa durch Informationsmaterial), aber auch im konkreten Gespräch, offengelegt werden, damit letztlich der Patient eine unvoreingenommene Entscheidung trifft. Ärzte und Ärztinnen sollten dokumentieren, dass sie Patienten und Patientinnen über die wirtschaftlichen Verbindungen informiert haben. Gleiches gilt für die Regelung der Zusammenarbeit zwischen Praxisnetzmitgliedern und Praxisnetz, dies kann etwa im Gesellschaftsvertrag oder in einem Verhaltenskodex erfolgen.

Es ist umstritten, ob eine berufsrechtlich erlaubte Empfehlung auch zur Legalität bei § 128 Abs. 2 SGB V führt oder nicht. Teilweise wird mit dem Hinweis darauf, dass § 31 MBO-Ä und § 128 SGB V nicht vollständig identisch seien, vertreten, dass beide Regelungen getrennt voneinander zu betrachten seien: So würde die MBO-Ä eine Ausnahme für die Zuweisung von Patienten und Patientinnen vorsehen, diese sei in § 128 Abs. 2 SGB V hingegen nicht vorgesehen (obwohl § 128 Abs. 1 SGB V Ausnahmen für Hilfsmitteldepots vorsehe und der Gesetzgeber damit gezeigt habe, dass er die Notwendigkeit von Ausnahmen erkannt habe, habe er die Ausnahme in § 31 MBO-Ä in § 128 Abs. 2 SGB V nicht nachvollzogen. Andererseits sind die Regelungskonzepte soweit deckungsgleich, dass die im Berufsrecht entwickelten Maßstäbe auch von § 128 Abs. 2 SGB V übernommen wurden und nach überwiegender Auffassung dort gleichermaßen gelten.

Dem Sozialgesetzgeber war, als er anerkannte Praxisnetze als MVZ-Gründungsberechtigte vorsah, bekannt, wie diese strukturiert sind. Er wusste insbesondere um die Gesellschafterstrukturen und fehlende spezifische Vergütungssysteme für Praxisnetze, etwa aus dem gem. § 142 SGB V beim Bundesministerium für Gesundheit angesiedelten Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Dessen Gutachten „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“ (2018) wurde dem Bundestag ein halbes Jahr vor den Beratungen zum TSVG als Drucksache übermittelt, beschreibt die Strukturen von Praxisnetzen und geht explizit - unter straf- und berufsrechtlichen Aspekten - auf ein möglicherweise problematisches Zuweisungsverhalten ein. Dieser Aspekt war dem Gesetzgeber damit bekannt. Aus den Gesetzgebungsmaterialien geht gleichwohl nicht hervor, dass der Gesetzgeber mögliches Zuweisungsverhalten in Praxisnetzen als problematisch angesehen hatte. In der Gesetzesbegründung (BT-Drucks. 19/6637) heißt es, dass die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz begonnene „Vernetzung, Kooperation und Koordination in anerkannten Praxisnetzen“ fortgeführt werden solle. Zusammenarbeit und Vernetzung seien wichtige Voraussetzungen für eine am Patienten/Patientin orientierte Versorgung. Kooperative Versorgungsformen könnten die Versorgung verbessern und das jeweilige Versorgungspotential effizient nutzen, weshalb man

die MVZ-Gründungsberechtigung (zum damaligen Entwurfsstand noch für unterversorgte Gebiete) einführe. Die Beschränkung auf unterversorgte Gebiete wurde im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens gestrichen ohne dass hierfür Folgen für den hiesigen Untersuchungsgegenstand ableitbar wären.

Eine breitere Auseinandersetzung zur Rolle der Praxisnetze gab es - der Schwerpunkt des TSVG lag bekanntlich in der schnelleren Terminvergabe - erwartbar nicht, insbesondere auch nicht im Plenum. Die durchgesehene rechtswissenschaftliche Kommentarliteratur äußert sich nicht. Angesichts dessen, dass dem Sozialgesetzgeber bei Schaffung der MVZ-Gründungsberechtigung bewusst war, dass in Praxisnetzen gewünschtes Zuweisungsverhalten stattfindet, es keine spezifische Vergütung für Praxisnetzaktivitäten gibt und die Finanzierung daher auch über die neuen MVZ erfolgen müsste, kann im Betrieb eines Praxisnetz-MVZ allein und den Zuweisungen dorthin (und von dort) keine Unrechtsvereinbarung und keine unlautere Bevorzugung gesehen werden. Voraussetzung ist aber, dass die weiteren rechtlichen Vorgaben zu Empfehlungen eingehalten werden (insb. keine Kickbackzahlungen, keine unzulässigen Empfehlungen und Zuweisungen usw.).

Die Regelungen zur Empfehlung bzw. zur Zuweisung können, ohne dass es Änderungen bedürfte, auch von Praxisnetzmitgliedern eingehalten werden. Sie stehen einem versorgungswirksamen Einsatz von Praxisnetz-MVZ und Praxisnetz-Leistungserbringern nicht im Wege. Für Einkünfte aus Praxisnetz-Tochtergesellschaften bzw. Praxisnetzen selbst wird vorgeschlagen, die berufs- und sozialrechtlichen Regelungen (§ 23d Abs. 1 MBO-Ä und § 95 Abs. 1a S. 1 SGB V in der Fassung des TSVG) als Bereichsausnahmen zu § 128 Abs. 2 S. 3 SGB V zu verstehen; aufgrund der berufs- und sozialrechtlichen Erlaubtheit entfällt dann für Einkünfte der Praxisnetzmitglieder aus dem Praxisnetz-MVZ/Praxisnetz-Leistungserbringer die Unlauterkeit i.S.d. §§ 299a, 299b StGB und damit die Strafbarkeit. Anderenfalls wird der vom Gesetzgeber gewünschte versorgungswirksame Einsatz von Praxisnetzen, den von ihnen gegründeten Leistungserbringern und den Praxisnetz-Mitgliedern, nicht umsetzbar sein.

Praxisnetze sind bislang Organisationsgemeinschaften selbstständiger Leistungserbringer und als solche keine Leistungserbringer mit Versorgungsauftrag. Durch die Möglichkeit der MVZ-Gründung und auch durch die Möglichkeit der Übernahme nicht-ärztlicher Leistungserbringung wie z.B. das Anbieten eines CCM, findet eine partielle Entwicklung von der Organisationsentwicklung hin zum Werden eines Leistungserbringers statt. Dadurch können die einzelnen Praxen des Praxisnetzes und das Praxisnetz mittel bis langfristig in eine Konkurrenzsituation um Ressourcen (Gesundheitspersonal) und Versorgungsleistungen (z.B. Hausbesuche) geraten. Die Herausforderung ist, regional die richtigen Synergieeffekte zu sehen und ein Nebeneinander der Vergesellschaftung der gemeinsamen Berufsausübung als auch des Einzelwirkens zu gestalten.

7. Diskussion der Projektergebnisse

Ein geriatrisches Care- und Case Management wird von den Patienten und Patientinnen als auch deren An- und Zugehörigen als eine große Hilfe und damit als sehr positiv empfunden. Gleiches gilt für die Leistungserbringenden. Die CM, die Praxisnetze und die beteiligten Arztpraxen bewerten die neue Versorgungsform für ihre Patientenklentel als auch für die eigenen Praxisabläufe sowie Versorgungstätigkeit positiv. Eine statistisch signifikante Verbesserung in der Bewältigung der Aufgaben des täglichen Lebens und somit in der Wahrung der Selbständigkeit für das Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit der geriatrischen Studienteilnehmer und Studienteilnehmerinnen, die ein CCM bekamen, konnte nicht gezeigt werden. Die Auswertung der primären Hypothese konnte somit die Überlegenheit der Interventionsgruppe nicht bestätigen. Gemessen wurde der Umfang der Selbständigkeit der Patienten und Patientinnen bezüglich der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) anhand des

Barthel-Index. Bei diesem Ergebnis ist zu beachten, dass die Interventionsgruppe bei Studieneintritt signifikant älter war als die Kontrollgruppe (66% der Patientinnen und Patienten war in der IG ≥ 80 Jahre, hingegen 59% in der KG). Darüber hinaus erscheint der Barthel-Index mit seiner Itemabfrage als nicht sensitiv genug, um eine tatsächliche Verbesserung der Ausführung der Aktivitäten des täglichen Lebens abbilden zu können. Sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe war der Anteil der Patientinnen und Patienten mit Scores über 60 im BI sehr hoch, was auf eine noch gute Selbständigkeit hinweisen kann. Ein medizinischer Nutzen der Lotsentätigkeit in Ärztenetzen kann aus den genannten Gründen weder bewiesen, aber auch nicht ausgeschlossen werden.

Auch die Frage der Wirtschaftlichkeit kann nicht abschließend beantwortet werden. Die RubiN-Intervention verursacht im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots eines SGB V Mehrkosten, denen in der vorliegenden Studie kein unmittelbarer medizinischer Nutzen gegenübersteht. Auch bei diesem Ergebnis sind Einschränkungen zu beachten. Bei der Studienpopulation handelt es sich um Personen über 70 Jahre, die bereits hohe Gesundheitskosten haben, die mit steigendem Alter noch weiter ansteigen. In RubiN zeigte sich eine höhere Inanspruchnahme insbesondere von Heil- und Hilfsmitteln, Häuslicher Krankenpflege und Pflegeleistungen, aber auch Anzeichen sinkender stationärer Kosten. Effekte eines CCM sind möglicherweise erst nach einem längeren Zeitraum erkennbar. Das gilt insbesondere für die Kostenanalyse. Die Interventionskosten des CCM sind zu Beginn aufgrund der „Set-Up“- und Trainingskosten wesentlich höher als während der Intervention. Verteilt auf die 640 Patientinnen und Patienten pro Netz ergaben sich Interventionskosten in Höhe von 1.022,29 € für den gesamten Interventionszeitraum von 9 Quartalen. Pro Person ergaben sich somit Interventionskosten von 113,59 € pro Quartal.

Den „nüchternen“ Ergebnissen bezüglich des Gesundheitszustands und der Ökonomie stehen eine große Wertschätzung und Akzeptanz der neuen Versorgungsform von Seiten der Patienten/Patientinnen, Angehörigen und Leistungserbringenden gegenüber. Das „Patientensein“ wird von den Befragten nicht als eine feststehende Aufgabe verstanden und erlebt, sondern als kontinuierliche, auch flexible Umgangsweise und Aushandlungssache. „Ausgehandelt“ wird die „flexible Umgangsweise“ mit den jeweiligen Situationen in einem hoch fragmentierten System, wie es sich in Abbildung 13 für den Patienten/Patientin darstellt.

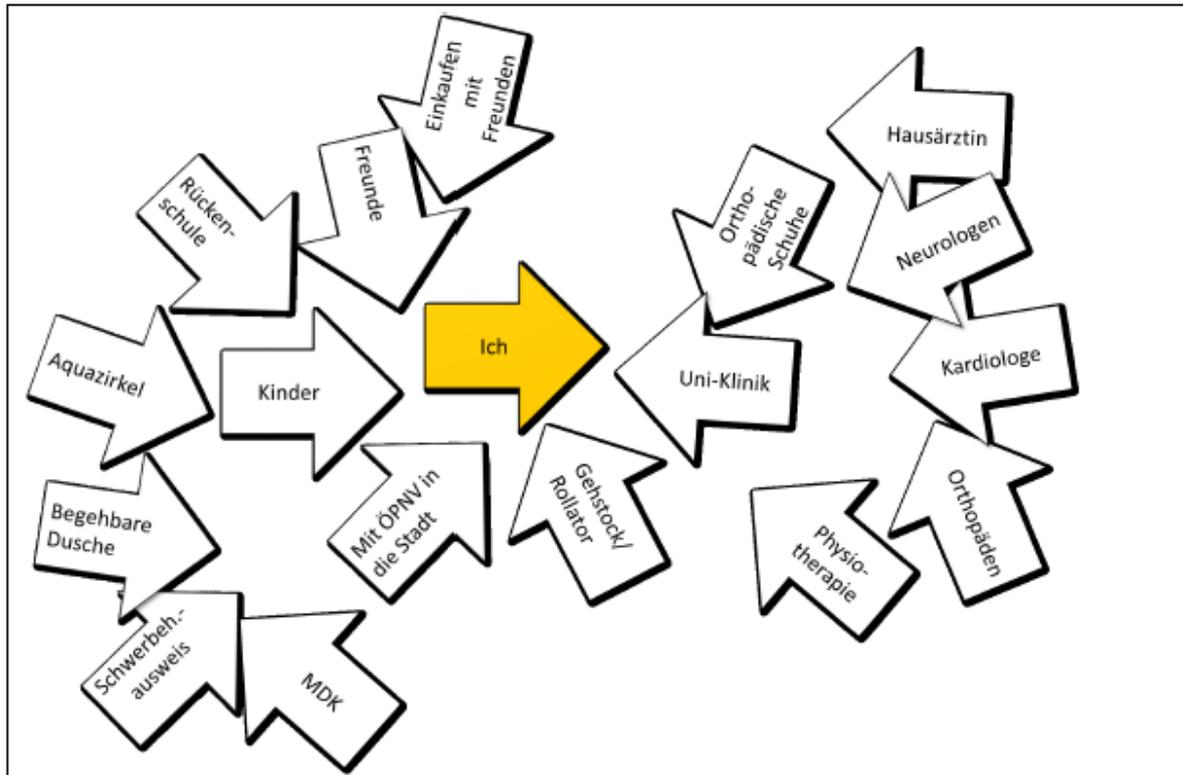


Abbildung 13: PICTOR-Schaubild – Versorgungslandschaft Patientin

In 2018 erfolgte durch das IGES [18] eine erste zusammenfassende Darstellung unterschiedlicher Patientenlotsenprojekte. Durch den Innovationsfonds wurden und werden neben RubiN weitere Lotsenprojekte mit detaillierten Evaluationen gefördert. Der Bundesverband Managed Care (BMC) hat die Erfahrungen der Lotsenprojekte (darunter auch RubiN) in seinem BMC-Lotsenpapier [19] gebündelt und Eckpunkte zur „Beschaffenheit“ einer CCM-Leistung hinsichtlich des Leistungsumfangs, der Leistungsdauer und der Leistungsfrequenz für eine Verstetigung in der Regelversorgung festgehalten.

Mit Hilfe der Rechtsexpertise wird ein rechtlicher Weg für die Implementierung eines CCM im SGB V aufgezeigt und zwar in Analogie einer Heilmittelverordnung. Anbieter und Umsetzer des CCM können dabei unterschiedliche Akteure sein, unter anderem auch 87b-Praxisnetze. Im nachfolgenden *Kapitel 8 Verwendung der Projektergebnisse nach Ende der Förderung* wird dieser Vorschlag der Implementierung eines CCM im SGB V als Regelleistung noch einmal verkürzt dargestellt. Noch ist der Koalitionsvertrag der aktuellen Regierung nicht umgesetzt, der einen Pfad für erfolgreich geförderte Lotsenprojekte vorsieht. Die politische Interpretation „erfolgreich geförderter Lotsenprojekte“ sollte einen Weg zwischen ökonomisch- und rechtlicher Umsetzbarkeit als auch Patientenerfordernissen ermöglichen.

Sozialpädagogik

RUBiN - Versorgungs Koordination
Oldenburg

Bah. Beurteilung Ihrer Institution

Sehr geehrte Damen u. Herren.

Schneller als ich dachte habe ich
mich an Sie wenden müssen

Vom ersten Anruf bis zum heutigen Tag
bin ich einfach überwältigt von Ihrer
Hilfsbereitschaft

Es gibt keine Bitte die mir nicht erfüllt
wurde. Ob Behörden (Vorbildlich)

Beschaffungen von Hilfsmitteln egal um
welche Belange es sich handelt
nicht zu überbieten!

Hervorragend die Kompetenz Ihrer Mit-
arbeiter, fachlich, menschlich einfach
herrlich. Fr. Frohner meine Ansprech-
partnerin mit Mitarbeiterin
hat einen Orden für ihre Arbeit
verdient.

Die Damen am Telefon nicht zu vergessen
freundlich, nett Informationsablauf
hervorragend.

Ob Gesundheitswesen, Politik, Socialwesen
Sollten sich an Ihrer Institution ein
gutes Beispiel nehmen wie es für alte
Menschen gehen kann, wenn man will.

Ich hoffe und wünsche mit und auch für Sie,
dass dieses Projekt bestehen bleibt

Auf Dauer ist das finanziell nicht vor-
stellbar, ich wäre schon jetzt bereit
einen Betrag zu leisten für Ihre
lobenswerte Arbeit.

Krankenkassen u. Pflegegelder haben sich
im Gegenteil zu Ihrer Arbeit noch nicht
als ~~hilfreich~~ hilfreich erwiesen.

Ich habe Sie bereits auf einigen meiner
Bekanntem empfohlen und ihnen geraten
sich an Sie zu wenden und Mitglied zu
werden

Ich bin meinem Hausarzt sehr, sehr
dankbar (Dr. [REDACTED] u. [REDACTED])

bei Ihrer Mitglied zu werden, ich weiß
nicht, ob mich mein Lebensmut schon
verlassen hätte. Danke, danke

Ich würde auch einen freiwilligen
Beitrag leisten, wenn ich dank Ihrer
Hilfe Sie nicht mehr benötigen würde,
nur um anderen Menschen zu helfen
die Ihre hervorragende Arbeit benötigen
Kämpfen Sie für Ihr „Bestehen“ ich bin
dabei mit einem Beitrag natürlich!

Ihre Kompetenz und Einsatz sind
eigentlich unbeschreibbar!

Fr. [REDACTED] ist ein wahrer Schatz und
Bereicherung in Ihrem Team.

Ich danke Ihnen Allen bleiben Sie so,
der liebe Gott gebe Ihnen Kraft und
Festigkeit für uns „Ältere“ da zu
sein.

Danke Ihre

Hanne-Lore [REDACTED]



Abbildung 14: Brief einer RubiN-Patientin

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Das RubiN-CCM wurde nach Ende der Intervention 31.12.2020 (=Ende der finanziellen Förderung durch den IF) bis zum 31.12.2022 über einen 140a-Vertrag „zwischenfinanziert“, allerdings nicht in allen fünf RubiN-Regionen gleich, da sich nicht alle Krankenkassen in allen Regionen gleichermaßen am IV-Vertrag beteiligten. Nur eine Handvoll der qualifizierten RubiN-CM ist heute noch als CM tätig, da die Leistung ohne eine geregelte Finanzierung nicht mehr von den Praxisnetzen angeboten werden kann. Angeboten wird das „verbliebene“ CCM z.T. als Selbstzahlerleistung. Mit Blick auf die gesundheitsökonomischen Evaluationsdaten in RubiN und dem „Nicht-Erkennen“ der zweiten Seite einer „Zwischenfinanzierung“ („zwischen“ was?) sowie der Vielzahl der IF-Lotsenprojekte (und anderer Innovationsfondsprojekte) sind die Krankenkassen nicht zu unendlichen zusätzlichen Finanzierungen bereit. Das galt auch für RubiN.

Für die regelhafte Implementierung eines CCM im SGB V wurde unter Abbildung 13 eine mögliche gesetzliche Regelung aufgezeigt. Unter Hinzuziehung der Projekterfahrungen soll nachfolgend die Ausgestaltung eines CCM-Versorgungspfads für die Regelversorgung erfolgen:

Initiierung durch ärztliche Verordnung: Die Verordnung von Lotsenleistungen im Gesundheitsbereich kann sowohl durch Hausärzte und Hausärztinnen, Fachärzte und Fachärztinnen oder im Krankenhaus (z. B. im Rahmen des Entlassmanagements) erfolgen. Auch eine Einsteuerung durch Krankenkassen – analog zur Abgabe von Digitalen Gesundheitsanwendungen – ist denkbar. Voraussetzung ist ein komplexer Versorgungsbedarf, der anhand von ICD-Indikationen i. V. m. einer besonders belastenden Lebenssituation (etwa i. S. v. § 11 SGB V, § 8 SGB IX oder § 67 SGB XII sowie der ICF) begründet werden kann.

Leistungsdauer: Die Verordnungsdauer sollte begrenzt sein – in den meisten Projekten hat sich ein Zeitraum von 6-12 Monaten bewährt. Bei Bedarf kann eine Folgeverordnung über weitere Einheiten ausgestellt werden.

Leistungsumfang: Der Mindestleistungsumfang richtet sich nach dem Case-Management-Regelkreis. Er umfasst insbesondere a) ein durch die Lotsen durchzuführendes strukturiertes Eingangsassessment mit indikationsspezifischen validierten Assessmentinstrumenten, b) eine Analyse des individuellen Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs in Abstimmung mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachpersonen, c) die Erstellung eines individuellen Maßnahmen- und Hilfeplans unter Einbeziehung der jeweiligen Patientenbedürfnisse und -motive sowie der jeweiligen Sozialsituation, d) die Aufklärung, Beratung und Unterstützung von PatientInnen bei der Umsetzung des Maßnahmenplans und Inanspruchnahme von Leistungen nach den SGB, e) die Koordinierung der für die Maßnahmen benötigten Leistungserbringenden für das regelmäßige Monitoring von Maßnahmen zum Einhalten des Behandlungsplans, g) ein standardisiertes, möglichst digitales Reporting an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte bzw. an das multiprofessionelle Versorgungsteam

Der Leistungsumfang kann anhand von objektivierbaren Kriterien (z.B. nach ICD-10, ICF) einer Erkrankung (etwa analog zu den Pflegegraden gem. § 15 SGB XI) nach Lotsengraden differenziert werden. Er kann im Laufe der Verordnungsdauer angepasst werden.

Qualifikationsvoraussetzungen CM: Teilnehmende, die eine Weiterbildung zum Gesundheitslotsen- und lotsin anstreben, verfügen über eine abgeschlossene medizinische, therapeutische, pflegerische oder soziale Grundqualifikation sowie einschlägige Berufserfahrung entsprechend des einzusetzenden Tätigkeitsfeldes. Die Weiterbildung zum Gesundheitslotsen basiert auf existierenden Standards in den Fortbildungscurricula Case Management (BÄK 2016), dem Kerncurriculum Case Management (ZQP 2014) und im Qualitätsrahmen der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC 2019).

Erbringung / Anstellung: Gesundheitslotsen- und lotsinnen sollten eher in größeren Einrichtungen oder Netzwerken verankert sein. Dies können z. B. größere vertragsärztliche Zentren, Praxisverbünde, Praxisnetze nach § 87b SGB V, stationäre Einrichtungen, Primärversorgungszentren, Gesundheitskioske, Pflegestützpunkte, gemeinnützige, soziale oder kommunale Organisationen oder Managementgesellschaften sein, die ein hinreichend breites Versorgungsspektrum bedienen. Gesundheitslotsen sollen keinem Weisungsverhältnis zu einzelnen behandelnden Ärzten und Ärztinnen in Institutionen unterliegen, da dies das Risiko der Überlagerung inhaltlicher Aufgaben birgt und Lotsenleistungen möglicherweise in den Hintergrund rücken.

In der RubiN-Expertise befasst sich der Aufsatz „Anforderungen an Vergütungsstrukturen für Care- und Casemanagement aus rechts- und versorgungswissenschaftlicher Sicht“ mit der vergütungsstrukturellen Umsetzung des CCM im SGB V. Die Vergütungsstrukturen (neuer) Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung müssen eine Vielzahl von Anforderungen erfüllen. Aus versorgungswissenschaftlicher Perspektive sind dies insbesondere ein hinreichender Outcome im Sinne von Wirksamkeit und Nutzen, damit verbunden eine hinreichende Qualität der Versorgung und ein ausreichender Zugang zur Versorgung. Aus rechtswissenschaftlicher Perspektive werden diese Anforderungen in rechtlich verbindlicher Weise etwa durch das Wirtschaftlichkeitsgebot in § 12 SGB V eingefordert. Sowohl rechts- als auch versorgungswissenschaftlich ist ein gleichberechtigter Zugang zu Versorgungsstrukturen erforderlich. Weitere rechtliche Anforderungen ergeben sich etwa aus der Berufsfreiheit der Leistungserbringer, der Eigentumsfreiheit oder dem Anspruch auf angemessene Vergütung. Auch die Praktikabilität eines Vergütungssystems hinsichtlich Verwaltungsaufwand, Kontrollierbarkeit und Stabilität sind zu berücksichtigen.

Wie zuvor dargelegt (S. Pkt. *Zu 2 Ergebnisse Rechtsexpertise*) dargelegt, hängt der versorgungswirksame Einsatz von Care- und Casemanagement in der Regelversorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung von der Ausgestaltung des Leistungserbringungsrechts ab. Dies betrifft insbesondere Ein- und Ausschlusskriterien, etwaige Verordnungsnotwendigkeiten, Leistungsdauer und Leistungsintervalle, Leistungsinhalte, Budgetierungen, Zugangsvoraussetzungen für Leistungserbringer (Bedarfsplanungen, Qualifikationsanforderungen und dergleichen) usw.. Ein Teil dieser Aspekte wird in den Vergütungsregeln getroffen. Dies gilt sowohl für eine mögliche Vergütung ärztlicher Leistungen für die Veranlassung der Leistung der Care- und Casemanager bei der Beurteilung des Vorliegens der Leistungsvoraussetzungen als auch für die eigentliche Leistungserbringung durch CM selbst.

Ärztliche Vergütung für Verordnung CCM

Neben der eigentlichen Erbringung des Care- und Casemanagements durch entsprechende Fachkräfte sind auch ärztliche Leistungen notwendig. So nehmen im Projekt RubiN die Vertragsärzte und Vertragsärztinnen der Ärztenetze die Eingangsassessments (ANGELINA) vor. Zumindest soweit es sich um Vertragsärzte und Vertragsärztinnen handelt (§ 11 Abs. 4 SGB V sieht bereits de lege lata Aufgaben auch bei Krankenhäusern), wären entsprechende Vergütungspositionen für die Regelversorgung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab zu verankern.

Gegen eine Vergütung der ärztlichen Leistung streitet zunächst, dass, wenn Care- und Casemanagement ähnlich eines Heilmittels auf ärztliche Verordnung geleistet wird, eben Verordnungen – seien es Heilmittel oder auch Arzneimittel – grundsätzlich nicht gesondert vergütet werden. Vielmehr sind diese Leistungen durch die Vergütung der jeweilig vorangegangenen Untersuchung oder durch die haus- bzw. fachärztlichen Grund- bzw. Versichertenpauschalen abgegolten. Für eine gesonderte Vergütung sprechen indes Steuerungsfunktionen. So wird die Verordnung dauerhaft gelisteter digitaler Gesundheitsanwendungen mit Stand Januar 2022 über die EBM-GOP 01470 mit 18 Punkten/2 Euro vergütet, um Ärzte und Ärztinnen zu entsprechenden Verordnungen zu motivieren.

Aus vertragsärztlicher Perspektive wird bedeutsam sein, ob eine solche Vergütungsposition innerhalb des Budgets für die ärztlichen Leistungen oder extrabudgetär vergütet wird (was in keinem Fall mit einer möglichen Budgetierung der Care- und Casemanagementleistungen als ärztlich veranlasste Leistung verwechselt werden darf), die angesprochenen DiGA-Verordnungen erfolgen deshalb auch extrabudgetär. Für eine gesonderte Vergütung spricht auch der notwendige Zeitaufwand für die Identifikation der Patienten und Patientinnen, ein erstes Eingangsassessment zur Einschätzung zu Art und Schweregrad der geriatrischen Bedarfe (etwa 10 Minuten) und zur Aufklärung der Patienten/Patientinnen und Angehörigen. Auch in Selektivverträgen gem. § 140a SGB V bekommen Vertragsärzte und Vertragsärztinnen für das Einschreiben der Patienten und Patientinnen und das Prüfen der Einschreibevoraussetzungen eine Vergütung.

Vergütungsregelung für CCM

Seit den ersten Kostendämpfungsmaßnahmen in der Gesetzlichen Krankenversicherung ist diese ein ständiges Experimentierfeld für Vergütungsstrukturen, die den eingangs genannten Anforderungen gerecht werden und Fehlsteuerungen verhindern sollen. Ein Extrem stellt dabei die Einzelleistungsvergütung dar, wie sie etwa in der GOÄ oder im EBM bis 2004, aber auch im Heilmittelbereich verbreitet ist. Für eine konkrete Behandlung mit einem eng definierten Zeithorizont gibt es eine bestimmte Gebühr. Einzelleistungsvergütungen wohnt insbesondere die Gefahr der Mengenausweitungen inne. Denkbar sind sowohl Kopf- als auch Fallpauschalen, die das Honorar an die Zahl der eingeschriebenen – bei Fallpauschalen der tatsächlich in einer Zeiteinheit (etwa einem Quartal) behandelten – Patienten und Patientinnen knüpfen.

Pauschalssystemen wohnt die Gefahr inne, dass nur die für die Auslösung der Pauschale obligaten Leistungsinhalte erbracht werden, weitere – eigentlich kalkulierte und notwendige – Leistungen jedoch nicht oder nur unzureichend. Zugleich besteht die Gefahr, nur möglichst leichte, wenig aufwendige Fälle zu behandeln und alle aufwendigeren Fälle an andere Akteure (Krankenhäuser, Pflegedienste etc.) zu delegieren. Da die Höhe der Pauschale unabhängig vom tatsächlichen Aufwand ist, besteht die Gefahr, die je Patient/Patientin aufgewendete Zeit so sehr zu senken, dass eine Unterversorgung oder eine Risikoselektion zulasten besonders behandlungsaufwendiger Patienten und Patientinnen eintritt. Pauschalen können etwa auch degressiv – z.B. in Abhängigkeit von der Patientenzahl – ausgebildet oder nach Alters- und Schweregraden, zusätzlichen Qualifikationen oder bevölkerungsmedizinischen Zielstellungen wie zusätzlichen Vergütungen bei Präventionsangeboten unterschieden werden.

Erste Ergebnisse aus dem RubiN-Projekt zeigen, dass nach dem Eingangsassessment 77 % der Patienten/Patientinnen dem Schweregrad „schwer = fortschreitende Einschränkungen/Funktionsstörungen“, 12 % dem Schweregrad „mittel = anhaltende geringe Einschränkungen/Funktionsstörungen“ und 11 % dem Schweregrad „leicht = kurzzeitige geringe Einschränkungen/Funktionsstörungen“ zugeordnet wurden. Eine Kombination von Einzelleistungsvergütungen und Pauschalen liegt auch dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab sowohl in der haus- als auch in der fachärztlichen Versorgung zu Grunde.

Jede Vergütungsstruktur des Care- und Casemanagements wird, unabhängig von ihrer rechtlichen Verortung, folgende Leistungsbereiche berücksichtigen müssen, die seinen Funktionen entsprechen. Dies sind „assessment“ (Einschätzung, Abklärung), „planning“ (Planung), „intervention“ (generell: die Durchführung), „monitoring“ (Kontrolle, Überwachung), „evaluation“ (Bewertung, Auswertung). Die AG Essentials der DGCC (Deutsche Gesellschaft für Care- und Case Management) beschreibt Inhaltsbereiche des Case Managements auf der Einzelebene als:

- Kontaktaufnahme
- strukturierte, systematische, umfassende Erhebung und Dokumentation von Lebenslage, Bedarfslage und Versorgungslage
- Festlegung der Ziele und Unterstützungsleistungen im "Serviceplan"
- Vermittlung und Abstimmung der Angebote
- Sicherung/Prüfung/Steuerung sowie die Bewertung des CM-Prozesses [i],

sowie auf der institutionellen Ebene die Unterhaltung des informellen und formellen Netzwerkes der Unterstützungs- und Leistungsangebote. Bei Vergütungsstrukturen wird man insbesondere auch die für Care- und Casemanagement besonders wichtige Arbeit auf der institutionellen Ebene mitberücksichtigen müssen.

Für das Projekt RubiN wurden für die 3059 teilnahmefähigen Patienten/Patientinnen dokumentierte Beratungs- und Koordinierungsleistungen erfasst. Es wurden für diese Patienten und Patientinnen insgesamt 34.940 Dokumente zu den Aktivitäten der Care- und Casemanager für den Interventionszeitraum von 12 Monaten ausgefüllt. Im Durchschnitt wurden pro Patient 11,4 Leistungsdokumentationen ausgefüllt, was mit durchschnittlich 11,4 Care- und Casemanagementkontakten gleichgesetzt werden kann. Die minimale Anzahl pro Patient beträgt 1 und die maximale Anzahl pro Patient/Patientin beträgt 105 Leistungsdokumente/Care- und Casemanagementkontakte. Am häufigsten wurden 6 Dokumente pro Patient erfasst. Das bedeutet, dass eine Kalkulation mit sechs bis sieben Patientenkontakten pro Jahr den ganz überwiegenden Anteil der Beratungssituationen sachgerecht erfasst. Die Beratungsdauer (N= 34.940) betrug durchschnittlich 28,3 Minuten (SD 30,21), minimal 0 und maximal 333 Minuten). Am häufigsten wurde 5 Minuten lang beraten. In der Zusammenschau dieser Daten und vor dem Hintergrund der ausgeführten Anforderungen an ein Vergütungssystem, erscheint daher ein Fallpauschalensystem mit einer Degression ab neun Patientenkontakten sachgerecht.

Die Vergütung für die Beratungsleistungen – das eigentliche Casemanagement – sollte sich am Durchschnitt von ca. 30 Minuten Arbeitszeit orientieren, um gerade auch schwerwiegende Fälle nicht der Gefahr der Unterversorgung auszusetzen. Hinzuzuaddieren sind eigentliche Care-Managementleistungen, insbesondere das Koordinieren von Patientenpfaden und die Netzwerkarbeit. So wurden – an den Schnittstellen zwischen Care- und Casemanagement – beispielsweise 1.355 Weitervermittlungen an ärztliche Netzwerkpartner vorgenommen, hinzu kommen – ebenso nicht zeitlich erfasste – Zeitaufwände für die Kommunikation mit kommunalen Stellen, Apotheken, Pflegediensten usw. Diese Zeiten sind bei der Überführung in die Regelversorgung noch zu ermitteln und hinzuzuaddieren. Der Stundensatz wird die Festlegung eines Jahresbruttoentgeltes für CM, der Produktivität – Urlaub, Krankheit usw. – und eines kalkulatorischen Gewinns für den Leistungserbringer berücksichtigen müssen.

Gegen eine Einzelleistungsvergütung spricht auch im Care- und Casemanagement der sonst gegebene Anreiz zur Leistungsausweitung, insbesondere aufgrund der teils diffusen Bedarfe, und des erheblichen Risikos des Auslösens angebotsinduzierter Nachfrage, gerade wegen des notwendigerweise entstehenden Vertrauensverhältnisses durch Betreuung. Care- und Casemanagement nimmt zudem qua definitionem eine lückenfüllende Aufgabe zwischen ärztlicher, sozialer und pflegerischer Versorgung ein. Dadurch besteht das Risiko einer Inanspruchnahme zu „allgemeinen“, nahe der Eigenverantwortung der Versicherten liegenden Tätigkeiten, dem durch eine rechtlich wie ökonomisch gefasste Degression der Vergütung nach dem achten Patientenkontakt begegnet werden sollte.

Auch weitere Evaluationsergebnisse sprechen für ein Fallpauschalensystem wie die Beratungsformen (persönlich, schriftlich, telefonisch, digital), Beratungsorte (Zuhause, Arztpraxis, Sonstiges), vorrangige Beratungsbedarfe (finanzielle Hilfe, strukturelle Hilfe, kommunikativ intersektorale Hilfe), Beratungsinhalte (medizinisch, pflegerisch,

therapeutisch, sozial). Aus den ausgewerteten Daten lässt sich nicht ermitteln, dass etwa medizinische Beratungsinhalte einen höheren oder niedrigeren Zeitbedarf als z.B. soziale Beratungsinhalte mit sich bringen. Da diese Tätigkeiten alle im Rahmen der bei RubiN regelhaft angewendeten Fortbildung erbracht werden konnten, lassen sich auch keine Anforderungen etwa an Zuschlagsziffern zum Ausgleich höherer Qualifikationen ableiten. Der hohe Anteil an telefonischer Beratung dürfte der Covid19-Pandemie während eines erheblichen Teils der Projektdurchführung geschuldet sein. Auswirkungen auf die Vergütung ergeben sich hieraus indes nicht, da sowohl die persönliche als auch die telefonische Beratung naturgemäß gesprächsbasiert sind und auch die telefonische Beratung keine in einem technischen Leistungsanteil zu berücksichtigenden Kosten auslöst.

Mit Bezug zur Krankenversicherung wurden 7.844 Leistungen erbracht, davon u.a. 2.508 Medikationschecks, 981 mal „Leistung: Hilfsmittel (SGB V)“ 808 mal „Leistung: Physiotherapie (SGB V)“, 669 mal „Leistung: Ambulanter Pflegedienst (SGB V) - Medizinische Behandlungspflege“, 177 mal „Leistung: Haushaltshilfe (SGB V)“ und 187 mal „Leistung: Ambulanter Pflegedienst (SGB V) - Hauswirtschaftliche Tätigkeiten“. Mit Bezug zur Pflegeversicherung wurden 7.709 Leistungen erbracht, davon 2.597 mal „Leistung: Pflegegrad (SGB XI)“ / 1.107 mal „Antrag: Pflegegrad (SGB XI)“, 678 mal „Leistung: Hausnotruf (SGB XI)“, 622 mal „Leistung: Ambulanter Pflegedienst (SGB XI) – Grundpflege“ und 1.107 mal „Leistung: Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistung (SGB XI)“

Auswirkungen auf die Vergütung verlangt dieses heterogene Bild sowohl hinsichtlich der Leistungen mit Bezug zur Kranken- als auch zur Pflegeversicherung indes nicht. Die auf der Ebene der Budgetbildung des Veranlassers (etwa Vertragsarztes) sinnvoll erscheinende Differenzierung nach Schweregraden der Patienten und Patientinnen muss daher auf der Ebene der Vergütung der Leistungserbringer nicht fortgesetzt werden. Denn ein erhöhter Schweregrad eines Patienten, einer Patientin schlägt sich in einem erhöhten Zeitaufwand der CM, nicht jedoch in anderen abrechnungsrelevanten Parametern nieder.

CMunterstützen auch bei Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen sowie in 148 Fällen bei Widerspruchsverfahren. In 6.882 Fällen wurden Informationen, insbesondere zu niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen (SGB XI), zu Anbietern von Hausnotrufsystemen, zu Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen und zu Haushaltshilfen (SGB V) gegeben. Hieraus ergeben sich keine Konsequenzen für die Vergütungsstrukturen, da die damit verbundenen personellen Aufwände bereits in die ermittelten Beratungszeiten eingeflossen sind und weder besondere technische Aufwände ausgelöst noch zusätzliche Qualifikationen notwendig sind.

Die zur Beratung gefahrene Strecke (N= 12.235) lag im Minimum bei 0 km und im Maximum bei 253 km; durchschnittlich bei 5,2 km. Hinsichtlich der Strecke sollte nicht auf das im Einheitlichen Bewertungsmaßstab entwickelte komplexe System, wonach es nicht auf die tatsächlich zurückgelegten Kilometer, sondern – selbst dann, wenn Hausbesuche miteinander verbunden werden – auf die Entfernung zum Praxisort (hier: Büro des Leistungserbringers) ankommt, zurückgegriffen werden. Zur Vereinfachung bietet es sich vielmehr an, die tatsächlich zurückgelegten Kilometer mit einer Pauschale, etwa von 40 Cent/Kilometer, abzugelten.

Anspruchsvoller ist der Umgang mit den Fahrzeiten. Die Anfahrtszeit von Tür zu Tür (N= 21.164) lag bei maximal 301 min, durchschnittlich bei 10,2 min. Aus Sicht der Autoren sollten die An- und Abfahrt mit einem Stundensatz vergütet werden. Er kann sich bei der Kalkulation an der Berechnung des kalkulatorischen Arztlohnes nach dem Standardbewertungssystem (STABS) orientieren, würde also sich aus einer Jahressollvergütung für die Care- und Casemanager unter Berücksichtigung von Jahresarbeitszeit, Produktivität und eines kalkulatorischen Gewinns für den Leistungserbringer ergeben.

Dabei ist darauf zu achten, dass die Vergütung für die Fahrzeit nicht höher ist als die Vergütung pro Zeiteinheit für die eigentliche Beratung. Um Fehlanreize zu vermeiden, gerade bei der Versorgung im ländlichen Raum, sollte diese aber auch nicht deutlich niedriger sein. Hinsichtlich der Vergütung der Fahrzeiten erscheint auch vor dem Hintergrund des Wirtschaftlichkeitsgebotes des § 12 SGB V eine Einzelleistungsvergütung statt der hier im Übrigen vorgeschlagenen Pauschalen angemessen, da eine Überprüfung der Fahrzeiten leicht möglich ist (Entfernung und Fahrzeit sind auch im Nachhinein objektiv überprüfbar). Außerdem kann so eine hohe Auslastung der CM erreicht werden, wenn mehrere Hausbesuche auf derselben Tour vergütet werden (keine Fehlanreize zur Verringerung der Besuche).

Soweit CM noch weitere Leistungen erbringen, etwa delegierte medizinische Leistungen im Sinne der Delegationsvereinbarung als Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte, sind diese abzugrenzen und gesondert zu vergüten.

Wenn das Care- und Casemanagement ähnlich eines Heilmittels in die Regelversorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt wird, sollten zur Vermeidung der Schaffung von übermäßig bürokratischen Strukturen Verträge zwischen Krankenkassenverbänden und Interessenverbänden der CM die Details der Zulassung und der Vergütung regeln. Die hier vorgeschlagenen Abrechnungsmodalitäten wären dann in diesen Verträgen zu vereinbaren, wozu der Gesetzgeber im SGB V bereits anhalten sollte.

Die Multidimensionalität des CCM ist seit Jahren das Problem bei einer Implementierung eines CCM in der Versorgung. Die „eine“ sachgerechte Lösung kann es aufgrund dieser hybriden Ausgangslage nicht geben. Mit dem Projekt RubiN sowie mit den vielen anderen Lotsenprojekten liegen ausreichend Erfahrungen und Erkenntnisse vor, um diese zu synthetisieren und daraus in den dafür zuständigen Gremien der Selbstverwaltung eine „Neue Versorgungsform“ zur besseren Bewältigung von Krankheit und Krankheitsfolgen regelhaft zu implementieren.

9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Erfolgte Publikationen

1. Gloystein, Simone; Thomé, Friederike; Goetz, Katja; Warkentin, Nicole; Mergenthal, Karola; Engler, Fabian; Amelung, E. Volker; Arnold, Matthias; Freigang, Felix; Klähn, Ann-Kathrin, Laag, Sonja; van den Berg, Neeltje (2021): RubiN – Continuous care in regional networks: A study protocol for a prospective controlled trial; BMC Geriatrics 21, 183. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02106-z>
2. Goetz, Katja; Warkentin, Nicole; Weiss, Lukas, Kasprick, Lysann (2021): “We are the patient’s advocate” – Care and Case Managers coordinate geriatric health care project: A qualitative study; Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2021: 161; 28-32
3. Schmitt, Julian; Warkentin, Nicole; Wilfling, Denise; Steinhäuser, Jost; Götz, Katja (2021): Ein Case-Management Fragebogen für Angehörige geriatrischer Patienten; Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2021; doi.org/10.1007/s00391-021-01871-1
4. Wilfling, Denise; Warkentin, Nicole; Laag, Sonja, Goetz, Katja (2021): “I have such a great care” - Geriatric patients’ experiences with a new healthcare model. A qualitative study; Patient Preferences and Adherence 2021; 15: 309-315
5. Warkentin, Nicole; Wilfling, Denise; Laag, Sonja; Goetz, Katja (2021): Experiences of family caregivers regarding a community-based care- and case management intervention. A qualitative study; Health and Social Care in the Community; DOI: 10.1111/hsc.13430; 2021;00:1-9.

6. Klaehn, Ann-Kathrin; Jaschke, Julia; Freigang, Felix, Arnold, Matthias (2022): Cost-effectiveness of case management: A systematic review; *American Journal of Managed Care*, 28, e271-e279.
7. Wilfling, Denise; Budke, Jona; Warkentin, Nicole; Götz, Katja (2023): How do health care professionals perceive a holistic care approach for geriatric patients? A focus group study; *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2023, 20(2) 1033; <https://doi.org/10.3390/ijerph20021033>
8. Laag, Sonja; Sydow, Hanna; Klaehn, Ann-Kathrin; Freigang, Felix; Lewy, Marc; Götz, Katja; van den Berg, Neeltje; Gloystein, Simone, Mergenthal, Karola; Engler, Fabian; Rühle, Andreas; Herder-Peyrounette, Anja; Schwerdt, Christoph; Hentrich, Wolfgang (2019): Transferorientiert fördern – Ein RubiN auf Rezept; *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 6/2019; DOI: 10.5771/1611-5821-2019-6-36
9. Beltz, Sebastian; Gloystein, Simone; Litschko, Thomas; Laag, Sonja; van den Berg, Neeltje (2022): Multivariate analysis of independent determinants of ADL/IADL and quality of life in the elderly; *BMC Geriatrics* 2022; doi.org/10.1186/s12877-022-03621-
10. Ruppel, Thomas; Gloystein, Simone, van den Berg, Neeltje (2022): Care- und Casemanagement in der Regelversorgung – gesetzliche Verortung und Überblick über Regelungsinhalte; *GesundheitsRecht GesR* 8/2022; 488-495
11. Ruppel, Thomas; Hügel, Max; Gloystein, Simone; van den Berg, Neeltje (2022): Legal advice and care-effective use of care and case management: limits, risks and need for change; *BMC Health Services Research*, 2022; 22:1439; <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08844-z>
12. Ruppel, Thomas; van den Berg, Neeltje (2023): Korruptionsrechtliche Aspekte von Praxisnetzen; *Zeitschrift für Medizinstrafrecht Medstra* 1/2023; 26-32
13. Ruppel, Thomas; Gloystein, Simone; van den Berg, Neeltje (2022): Care- und Casemanagement ist keine delegierte ärztliche Leistung; *Kranken- und Pflegeversicherung; KrV* 2022, 197-201
14. Ruppel, Thomas; Rocksien, Martina, Gloystein, Simone; ; van den Berg, Neeltje (2022): Vertragliche Beziehung und Haftung bei Care- und Casemanagement; *Gesundheit und Pflege, GuP* 2022, 132-139

Geplante Publikationen

1. Gloystein, Simone; Krause, Heiko; Laag, Sonja; van den Berg, Neeltje: Does the severity of limitations in geriatric patients influence the intensity of care and case management? An analysis from the RubiN project
2. Ruppel, Thomas; Gloystein, Simone; Timm, B.; Hügel, Max; van den Berg, Neeltje: Anforderungen an Vergütungsstrukturen für Care- und Casemanagement aus rechts- und versorgungswissenschaftlicher Sicht
3. Ruppel, Thomas; Thürmann, Christine; Gloystein, Simone; van den Berg, Neeltje: Criminal liability for corruption of care and case managers - inhibition of care due to uncertainties under criminal law and recommendations for effective use of care."
4. Ruppel, Thomas; Hügel, Max; Gloystein, Simone; van den Berg, Neeltje: Pflegeberufegesetz erschwert versorgungswirksamen Einsatz von CCM.
5. Ruppel, Thomas: Das Objekt des Grundrechts als Subjekt – der Grundrechtsschutz von wissenschaftlichem Hilfspersonal und Erfahrungsobjekten
6. Gloystein, Simone et al: Effects of the intervention (care and case management) on the development of the primary outcome (Barthel index) in the RubiN project.
7. Ruppel, Thomas: Auswirkungen der Pflegekammern auf CCM.
8. Ruppel, Thomas: Care- und Case Management durch Krankenkassen.

10. Literaturverzeichnis

1. Bundesärztekammer. *Fortbildungscurriculum "Case Management in der ambulanten medizinischen Versorgung"*. 2016, zuletzt geprüft: 01.06.2022; Available from: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MFA/Curriculum_CM_amb_med_Versorgung.pdf
2. Bryk, A. and S. Raudenbush, *Application of Hierarchical Linear Models to Assessing Change*. Psychological Bulletin, 1987. **101**: p. 147-158.
3. Singer, J. and J. Willett, *Applied Longitudinal Data Analysis: Modeling Change and Event Occurrence*. 2003.
4. Geiser, C., *Lineare Strukturgleichungsmodelle*, in *Datenanalyse mit Mplus: Eine anwendungsorientierte Einführung*, C. Geiser, Editor. 2010, VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. p. 41-92.
5. Rädiker, S. and U. Kuckartz, *Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA*. 2019: Springer
6. Mayring, P and T. Fenzl, *Qualitative Inhaltsanalyse*, in *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, N. Baur and J. Blasius, Editors. 2019, Springer Fachmedien Wiesbaden: Wiesbaden p. 633-648
7. King, N., et al., *The Pictor technique: a method for exploring the experience of collaborative working*. Qual Health Res, 2013. 23(8): p. 1138-52.
8. Mergenthal, K. and C. Güthlin, *Kooperationen sichtbar machen durch Anwendung der Pictor Technique-Online ZFA*. 10, 2018. 10(940): p. 401-401.
9. Pawicki, M., *Kuckartz, Udo (2012). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 188 S.[Rezension]*. Journal for educational research online, 2014. 6(2): p. 141-145.
10. Denzin, N.K., „*Reading Film–Filme und Videos als sozialwissenschaftliches Erfahrungsmaterial*“, in *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, U. Flick, E.v. Kardorff, and I. Steinke, Editors. 2007, Rowohlt: Reinbeck bei Hamburg. p. 416-428.
11. Meuser, M. and U. Nagel, *Experteninterviews-vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion*. 1989.
12. Wirtz, A.L., et al., *Computer-Mediated communication to facilitate synchronous online focus group discussions: feasibility study for qualitative HIV research among transgender women across the United States*. Journal of medical Internet research, 2019. 21(3): p. e12569.
13. Tuttas, C.A., *Lessons learned using web conference technology for online focus group interviews*. Qualitative Health Research, 2015. 25(1): p. 122-133.
14. Meuser, M. and U. Nagel, *ExpertInneninterviews—vielfach erprobt, wenig bedacht*, in *Qualitativ-empirische sozialforschung*. 1991, Springer. p. 441-471.
15. Braun, V. and V. Clarke, *Using thematic analysis in psychology*. Qualitative research in psychology, 2006. 3(2): p. 77-101.
16. Kassenärztliche Bundesvereinigung – Informationen zu Praxisnetzen s.u. <https://www.kbv.de/html/praxisnetze.php>
17. Bundesverband der Arzt-, Praxis- und Gesundheitsnetze s.u. <https://arztnetze.info/>
18. IGES 2018: Studie zum Versorgungsmanagement durch Patientenlotsen; https://www.iges.com/sites/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e22175/e23322/e23323/e23325/attr_objs23366/IGES_Versorgungsmanagement_durch_Patientenlotsen_042018_ger.pdf

19. Bundesverband Managed Care (2023): GESUNDHEITSLOTSEN – WEGBEGLEITER FÜR EINE BESSERE VERSORGUNG - Impulse zum Leistungsumfang, zur Qualifikation sowie zur organisatorischen und rechtlichen Verankerung von Gesundheitslotsen, s.u. <https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/2023-01-12-BMC-Positionspapier-Gesundheitslotsen.pdf>

11. Anhang

- Anhang 1: ANGELINA Screeningbogen Identifikation geriatrischer Patient/Patientin
- Anhang 2: Kontaktprotokoll
- Anhang 3: Erweitertes Kontaktprotokoll Leistungsnachweis (LNW) zur Erfassung des CCM in der IG
- Anhang 4: Präsentation GeriNurse Schulungskonzept
- Anhang 5: Beispiel Clinical Pathway (Leichtes Risiko)
- Anhang 5a: Beispiel Clinical Pathway (Schweres Risiko)
- Anhang 6: Teilnahmeerklärung Ärzte
- Anhang 7: IG RubiN Patienteninformation und Teilnahmeerklärung Interventionsgruppe
- Anhang 8: KG RubiN Patienteninformation und Teilnahmeerklärung Kontrollgruppe
- Anhang 9: Projektflyer Interventionsgruppe
- Anhang 10: Projektflyer Kontrollgruppe
- Anhang 11: Screenshot Homepage RubiN-Projekt
- Anhang 12: Haftnotiz (Post it)
- Anhang 13: Visitenkarte
- Anhang 14: KFZ Folierung
- Anhang 15: RubiN Aufkleber
- Anhang 16: Checklisten CM (Koordinatoren)

12. Anlagen

- Anlage 1: TP 2 Leitfäden Fachärzte Kontrollgruppe
- Anlage 2: TP2 Online Survey Szenario
- Anlage 3: TP 2 Online Leitfaden Szenario
- Anlage 4: TP 3 Interviewleitfaden Patienten Intervention und Kontrollgruppe
- Anlage 5: TP 3: Interviewleitfaden PatientenAngehörige Zweitbefragung
- Anlage 6: TP 3 Interviewleitfaden CM
- Anlage 7: TP 3 Schaubild Care Management Workshop Beispiel
- Anlage 8: TP 3: Fragebogen ÄrzteInterventionsgruppe
- Anlage 9: TP 3 Fragebogen ÄrzteKontrollgruppe
- Anlage 10: TP 4 Fragebogen Zufriedenheit Perspektive Patienten

Akronym: RubiN

Förderkennzeichen: 01NVF17029

Anlage 11: TP 4 Fragebogen Zufriedenheit Perspektive CM

Anlage 12: TP 4 Fragebogen Zufriedenheit Angehörige

Anlage 13: TP 4 Interviewleitfaden Patienten Interventionsnetze

Anlage 14: TP 4 Interviewleitfaden Patienten Kontrollnetze

Anlage 15: TP 4 Interviewleitfaden Angehörige Interventionsnetze

Anlage 16: TP 4 Interviewleitfaden Angehörige Kontrollnetze

Anlage 17: TP 4 Leitfaden multiprofessionelle Fokusgruppe

Angelina: Identifikation geriatrischer Patienten

Name: _____

Datum: _____

Netzwerk: _____

**Liebe Patienten,
bitte beantworten Sie uns folgende Fragen!**

zutreffendes bitte ankreuzen.... (X)

1. WOHNEN/ HILFEBEDARF		1
Leben Sie allein?	<input type="checkbox"/>	Ja
Benötigen Sie Hilfe bei der Körperpflege?	<input type="checkbox"/>	
Brauchen Sie Hilfe beim An- und Auskleiden?	<input type="checkbox"/>	
Benötigen Sie Unterstützung bei der Zubereitung Ihrer Mahlzeiten?	<input type="checkbox"/>	
Benötigen Sie Hilfe beim Einkaufen?	<input type="checkbox"/>	
Brauchen Sie Unterstützung bei der Versorgung Ihres Haushaltes?	<input type="checkbox"/>	
Leiden Sie an unfreiwilligem Urin- oder Stuhlabgang?	<input type="checkbox"/>	
Leiden Sie häufig unter Schmerzen (evtl. trotz Medikation)?	<input type="checkbox"/>	
Bekommen Sie regelmäßig Besuch von einem Pflegedienst?	<input type="checkbox"/>	
Erhalten Sie regelmäßig Hilfe durch Familie oder Bekannte?	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie eine Pflegestufe oder einen Schwerbeschädigtenausweis?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2. MEDIKATION		1
Nehmen Sie 5 und mehr verschiedene Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	
Benötigen Sie Hilfe bei d. Vorbereitung der Medikamente?	<input type="checkbox"/>	
3. MOBILITÄT		2
Benötigen Sie Hilfe beim Verlassen der Wohnung durch Partner/ Bekannte <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Krankentransport <input type="checkbox"/>		
Sind Sie in den letzten drei Monaten mehrfach gestürzt?	<input type="checkbox"/>	
Ist Ihnen häufig schwindelig?	<input type="checkbox"/>	
4. SINNE		1
Leiden Sie (evtl. trotz Brille) unter starken Einschränkungen beim Sehen?	<input type="checkbox"/>	
Leiden Sie (evtl. trotz Hörgerät) unter starken Einschränkungen beim Hören?	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Probleme mit Ihren Zähnen/ Zahnersatz?	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie in den letzten 3 Monaten Gewicht verloren?	<input type="checkbox"/>	

Angelina: Identifikation geriatrischer Patienten

5. KRANKENHAUS

Waren Sie in den letzten drei Monaten akut im Krankenhaus?
oder in den letzten 30 Tagen in einer Notfallambulanz?

1

6. KOGNITION

Fällt es Ihnen schwerer, sich Dinge oder Namen zu merken
oder Worte zu finden?
Haben Sie sich schon mehrfach verirrt?
Haben Sie mehrfach Gegenstände verlegt und nicht wiedergefunden?
Brauchen Sie Hilfe bei der Regelung Ihrer Geldangelegenheiten?
Benötigen Sie Unterstützung bei der Nutzung Ihres Telefons?

2

7. STIMMUNG

Fühlen Sie sich oft traurig, niedergeschlagen oder einsam?

1

Danke für Ihre Unterstützung!

Summe:

Ab ≥ 2 Punkte geriatrischen Handlungsbedarf überprüfen

Kontaktprotokoll

(ergänzt um Kategorien f. med., pfleg., ~~therap.~~ u. sozial)

Name: _____

Datum: _____

Netzwerk: _____

Kontaktart

- Persönlich
Wo hat der Kontakt stattgefunden?
 - Arztpraxis
 - Zu Hause
 - Anderer Ort _____
- Telefonisch
- E-Mail

Beginn der Kontaktaufnahme:

Datum:

Uhrzeit:

Dauer der Kontaktaufnahme in Minuten:

Anfahrtszeit (von Haustür zu Haustür) in Minuten:

Anlass des Kontaktes:

- Geplanter Termin
- Ungeplanter Termin

Kontaktprotokoll
(ergänzt um Kategorien f. med., pfleg., ~~therap.~~ u. sozial)

Identifizierter Bedarf:	Welche konkreten Maßnahmen ergeben sich aus dem identifizierten Bedarf?	
<p>Medizinisch (Freitext)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Medizinisch</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Medikationscheck <input type="checkbox"/> Abklärung Hausarzt <input type="checkbox"/> Überweisung Facharzt <input type="checkbox"/> Abklärung Wundversorgung <input type="checkbox"/> Krankenhauseinweisung <input type="checkbox"/> Tagesklinik <input type="checkbox"/> Akutgeriatrie <input type="checkbox"/> Häusliche Krankenpflege <input type="checkbox"/> Geriatrische Klinik 	<p>Medizinisch (Freitext)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Pflegerisch (Freitext)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Pflegerisch</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Empfehlung Pflegestützpunkt <input type="checkbox"/> Empfehlung ambulanter Pflegedienst <input type="checkbox"/> Empfehlung Demenznetz <input type="checkbox"/> Empfehlung Essen auf Rädern <input type="checkbox"/> Empfehlung Hausnotruf <input type="checkbox"/> Empfehlung Hilfsmittel Inkontinenz <input type="checkbox"/> Empfehlung Tagespflege <input type="checkbox"/> Empfehlung stationäre Pflege <input type="checkbox"/> Empfehlung Hausnotruf <input type="checkbox"/> Empfehlung Sturzmelder <input type="checkbox"/> Empfehlung Pflegegrad beantragen <input type="checkbox"/> Empfehlung Pflegegrad höherstufen 	<p>Pflegerisch (Freitext)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Therapeutisch (Freitext)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Therapeutisch</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Empfehlung Physiotherapie <input type="checkbox"/> Empfehlung Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Empfehlung Ergotherapie <input type="checkbox"/> Empfehlung Präventive Maßnahme <input type="checkbox"/> Empfehlung Medizinische Fußpflege <input type="checkbox"/> Empfehlung Logopädie <input type="checkbox"/> Empfehlung Rehasport <input type="checkbox"/> Empfehlung Ernährungsberatung 	<p>Therapeutisch (Freitext)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Kontaktprotokoll
(ergänzt um Kategorien f. med., pfleg., therap. u. sozial)

Identifizierter Bedarf:	Welche konkreten Maßnahmen ergeben sich aus dem identifizierten Bedarf?	
Sozial (Freitext) <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	Sozial <input type="checkbox"/> Beratung Ehrenamtliche Hilfen <input type="checkbox"/> Beratung Betreuungsrecht <input type="checkbox"/> Beratung barrierefreies Wohnen <input type="checkbox"/> Beratung Hilfsmittelbedarf <input type="checkbox"/> Beratung Ernährung <input type="checkbox"/> Beratung Hör- und Sehhilfen <input type="checkbox"/> Beratung Inkontinenzversorgung <input type="checkbox"/> Beratung sozialer Angebote / Gruppen <input type="checkbox"/> Empfehlung Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Empfehlung Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Empfehlung Betreuungsverfügung <input type="checkbox"/> Beratung Essen auf Rädern <input type="checkbox"/> Beratung Selbsthilfeberatung <input type="checkbox"/> Beratung externe Dienstleister <input type="checkbox"/> Beratung Fahrkostenübernahme <input type="checkbox"/> Beratung Haushaltshilfe <input type="checkbox"/> Beratung zum Landesblindengesetz <input type="checkbox"/> Beratung zum Schwerbehindertengesetz <input type="checkbox"/> Beratung niedrigschwellige Betreuungsangebote <input type="checkbox"/> Beratung Kurzeit <input type="checkbox"/> Beratung Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> Beratung <u>Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen</u>	Sozial (Freitext) <hr/> <hr/> <hr/>

Leistungsnachweis (erweitertes Kontaktprotokoll)

Angaben zur Person:

Name: _____ Vorname: _____

Geboren am: _____

Beratener: Betroffener selbst
 Angehöriger

Pflegegrad: Nein
 Ja → Einstufung: 1 2 3 4 5
 Höherstufung beantragt

Angaben zur Beratung:

Beginn der Beratung [Datum]: [Uhrzeit]:

Dauer der Beratung [Min]:

Gefahrene Strecke zur Beratung (einfach) [km]:

Anfahrtszeit von Tür zu Tür [Min]:

Beratungsform: Persönlich
 Schriftlich
 Telefonisch
 Digital (E-Mail, Whatsapp etc.)

Beratungsort: zu Hause
 Arztpraxis
 Sonstiges → _____

Anlass der Beratung: Geplanter Termin
 Ungeplanter Termin

Vorrangiger Beratungs-
Bedarf: Finanzielle Hilfe
 Strukturelle Hilfe
 Kommunikative intersektorale Hilfe

Leistungsnachweis (erweitertes Kontaktprotokoll)

Beratungsinhalte/ Delegationsleistungen:

Beratungsinhalte:

- Medizinisch
- Pflegerisch
- Therapeutisch
- Sozial

Grundsicherung SGB II:

- Antrag: Grundsicherung (SGB II)
- Leistung: Grundsicherung (SGB II)

Versichertenstatus SGB IV:

- Antrag: Versichertenstatus (SGB IV)
- Leistung: Versichertenstatus (SGB IV)

Krankenversicherung SGB V:

- Medikationscheck (SGB V)
- Wundversorgung (SGB V)
- Antrag: Rezept Physiotherapie (SGB V)
- Leistung: Physiotherapie (SGB V)
- Antrag: Rezept Krankengymnastik (SGB V)
- Leistung: Krankengymnastik (SGB V)
- Antrag: Rezept Ergotherapie (SGB V)
- Leistung: Ergotherapie (SGB V)
- Antrag: Logopädie (SGB V)
- Leistung: Logopädie (SGB V)
- Antrag: Hilfsmittel (SGB V)
- Leistung: Hilfsmittel (SGB V)
- Antrag: Rehasport (SGB V; SGB XI)
- Ernährungsberatung (SGB V)
- Abklärung Palliativversorgung (SGB V)
- Antrag: Palliativversorgung (SGB V)
- Antrag: Krankenhauseinweisung (SGB V)
- Leistung: Krankenhaus (SGB V)
- Antrag: Geriatrische Tagesklinik (SGB V)
- Leistung: Geriatrische Tagesklinik (SGB V)
- Antrag: Geriatrische Institutsambulanz (SGB V)
- Leistung: Geriatrische Institutsambulanz (SGB V)
- Antrag: Psychiatrische Tagesklinik (SGB V)
- Leistung: Psychiatrische Tagesklinik (SGB V)
- Antrag: Psychiatrische Institutsambulanz (SGB V)
- Leistung: Psychiatrische Institutsambulanz (SGB V)

Leistungsnachweis (erweitertes Kontaktprotokoll)

- Antrag: Akutgeriatrie (SGB V)
- Leistung: Akutgeriatrie (SGB V)
- Antrag: Spezialisierte Geriatrische Rehabilitation (SGB V)
- Leistung: Spezialisierte Geriatrische Rehabilitation (SGB V)
- Antrag: Geriatrische Klinik (SGB V)
- Leistung: Geriatrische Klinik (SGB V)
- Antrag: Ambulanter Pflegedienst (SGB V) - Medizinische Behandlungspflege
- Leistung: Ambulanter Pflegedienst (SGB V) - Medizinische Behandlungspflege
- Antrag: Ambulanter Pflegedienst (SGB V) - Hauswirtschaftliche Tätigkeiten
- Leistung: Ambulanter Pflegedienst (SGB V) - Hauswirtschaftliche Tätigkeiten
- Antrag: Haushaltshilfe (SGB V)
- Leistung: Haushaltshilfe (SGB V)
- Antrag: Fahrkostenübernahme (SGB V)
- Leistung: Fahrkostenübernahme (SGB V)
- Antrag: Zuzahlungsbefreiung (SGB V)

Rentenversicherung SGB VI:

- Antrag: Rentenversicherung (SGB VI)
- Leistung: Rentenversicherung (SGB VI)

Unfallversicherung SGB VII:

- Antrag: Unfallversicherung (SGB VII)
- Leistung: Unfallversicherung (SGB VII)

Rehabilitation SGB IX:

- Antrag: Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft und Gewährung von Leistungen nach dem Landesblindengeldgesetz (SGB IX)
- Leistung: Schwerbehindertenausweis (SGB IX) - Grad der Behinderung, Merkzeichen

Pflegeversicherung SGB XI:

- Antrag: Tagespflege (SGB XI)
- Leistung: Tagespflege (SGB XI)
- Antrag: Kurzzeitpflege (SGB XI)
- Leistung: Kurzzeitpflege Pflege (SGB XI)
- Antrag: Verhinderungspflege (SGB XI)
- Leistung: Verhinderungspflege (SGB XI)
- Antrag: Stationäre Pflege (SGB XI)
- Leistung: Stationäre Pflege (SGB XI)
- Antrag: Vollstationäre Pflege (SGB XI)
- Leistung: Vollstationäre Pflege (SGB XI)
- Antrag: Häusliche Krankenpflege (SGB XI)
- Leistung: Häusliche Krankenpflege (SGB XI)
- Antrag: Pflegegrad (SGB XI)

Leistungsnachweis (erweitertes Kontaktprotokoll)

- Leistung: Pflegegrad (SGB XI)
- Antrag: Ambulanter Pflegedienst (SGB XI) - Grundpflege
- Leistung: Ambulanter Pflegedienst (SGB XI) - Grundpflege
- Antrag: Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistung (SGB XI)
- Leistung: Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistung (SGB XI)
- Antrag: Hausnotruf (SGB XI)
- Leistung: Hausnotruf (SGB XI)
- Antrag: Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen (SGB XI)

Widerspruchsverfahren SGB X:

- Antrag: Widerspruchsverfahren (SGB X)
- Leistung: Widerspruchsverfahren (SGB X)

Sozialhilfe SGB XII:

- Antrag: Sozialhilfe (SGB XII)
- Leistung: Sozialhilfe (SGB XII)

Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung BGB:

- Antrag: Patientenverfügung (BGB)
- Leistung: Patientenverfügung (BGB)
- Antrag: Vorsorgevollmacht (BGB)
- Leistung: Vorsorgevollmacht (BGB)
- Antrag: Betreuungsverfügung (BGB)
- Leistung: Betreuungsverfügung (BGB)

Ehrenamtsnetz:

- Antrag: Ehrenamtsnetz
- Leistung: Ehrenamtsnetz

Bewegungsangebote:

- Antrag: Bewegungsangebote
- Leistung: Bewegungsangebote

Sonstiges:

- Antrag: Sonstiges → _____
- Leistung: Sonstiges → _____

Informationen zu:

- Haushaltshilfe (SGB V)
- Stationäre Pflege (SGB XI)
- Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistung (SGB XI)
- Hilfsmittel
- Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen
- Anbieter Hausnotrufsysteme
- Pflegekurse

Leistungsnachweis (erweitertes Kontaktprotokoll)

- Soziale Aktivierung
- Präventive Maßnahmen
- Selbsthilfegruppen
- Hospizdienst
- Sonstige Dienstleister
- Mittagstisch

Delegationsleistungen SGB V:

- Medikationscheck (SGB V)
- Wundversorgung (SGB V)
- Katheterwechsel (SGB V)
- Blutentnahme (SGB V)
- INR-Messung (SGB V)
- BZ-Messung (SGB V)
- Injektion (SGB V)
- Impfung (SGB V)

Weiterführende Angaben:

Informationsmaterial/Vordrucke gewünscht über:

- Handkrafttraining
- Schmerztagebuch
- Schlaftagebuch
- Kontinenzprotokoll

Weitervermittlung an einen Netzwerkpartner:

- Weiterleitung Geriater
- Weiterleitung Neurologe
- Weiterleitung Hypertensiologe
- Weiterleitung HNO Arzt
- Weiterleitung Diabetologe
- Weiterleitung Dermatologe
- Weiterleitung Orthopäde
- Weiterleitung Urologe
- Weiterleitung Gynäkologe
- Weiterleitung Augenarzt
- Weiterleitung Endokrinologe
- Weiterleitung Psychiater
- Weiterleitung Psychotherapeut
- Weiterleitung Kardiologe
- Weiterleitung Zahnarzt
- Weiterleitung Nephrologe

**Leistungsnachweis
(erweitertes Kontaktprotokoll)**

Weiterer Beratungsbedarf/ Bemerkungen (Freitext):



GeriNurse – interdisziplinäres modulares Curriculum

Vorstellung DLR 25.03.2019

GeriNurse Curriculum Gesundheits-/ Risikomanagement 4.0

1. Gesundheits-/ Projektmanagement 5 h
 2. Risikoerkennung – Erstellung clinical pathways 10h
 3. Casemanagement 15 h
 4. Risikomanagement/ Abrechnungsverfahren/ Controlling 5 h
 5. Caremanagement - Regionales Quartiersmanagement/ Public Health/ Gremienarbeit 5 h
- ➡ Hospitation 5 h/ Hausaufgaben 40 h – Onlinekurs
- ➡ Prüfung 2 h GeriNurse 1,5 Stunden schriftlich 30 min
Prüfungsgespräch

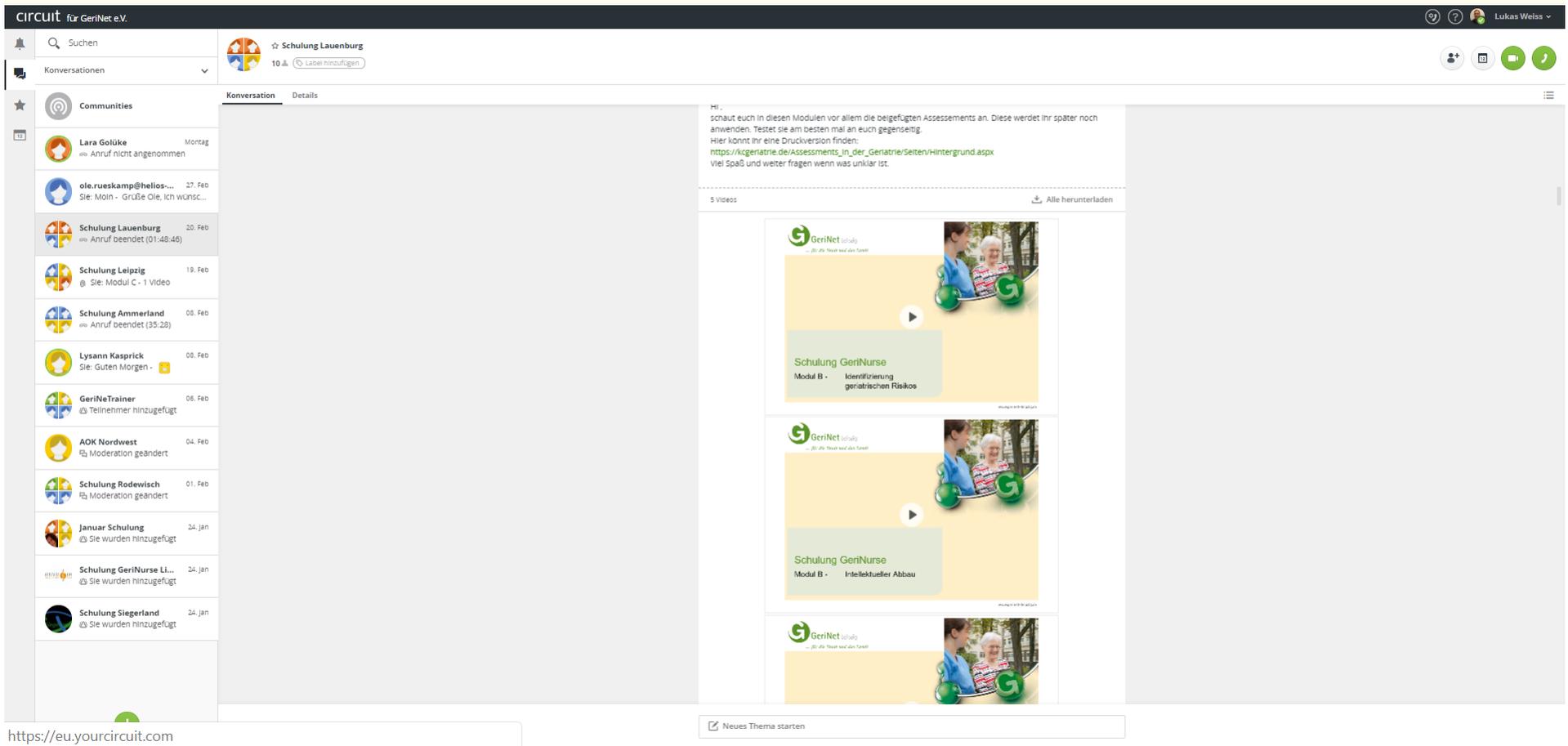
Termine Vorgehen

 Gerinet Leipzig	Siegen	Lippe	Ammerland	Lauenburg	Leipzig	Nachschu- lung
Online Schulung	01.10.18 – 05.10.18	08.10.18 – 13.10.18	22.10.18 – 26.10.18	29.10.18 – 02.11.18	05.11.18 – 09.11.18	02.01.19 – 06.01.19
Praktische Schulung	08.10.19 – 12.10.19	15.10.18 – 19.10.18	29.10.18 – 02.11.18	05.11.18 – 09.11.18	12.11.18 – 16.11.18	07.01.19 – 11.01.19
Prüfung Theoretisch	12.10.18	19.10.18	02.11.18	09.11.18	16.11.18	11.01.19
Prüfung Praktisch	27.11.18	26.02.19	12.02.19	07.12.18	05.03.19 – 14.03.19	April 2019

Nachschulung_2: April 2019 – für Nachrücker

Online Schulung 40 h

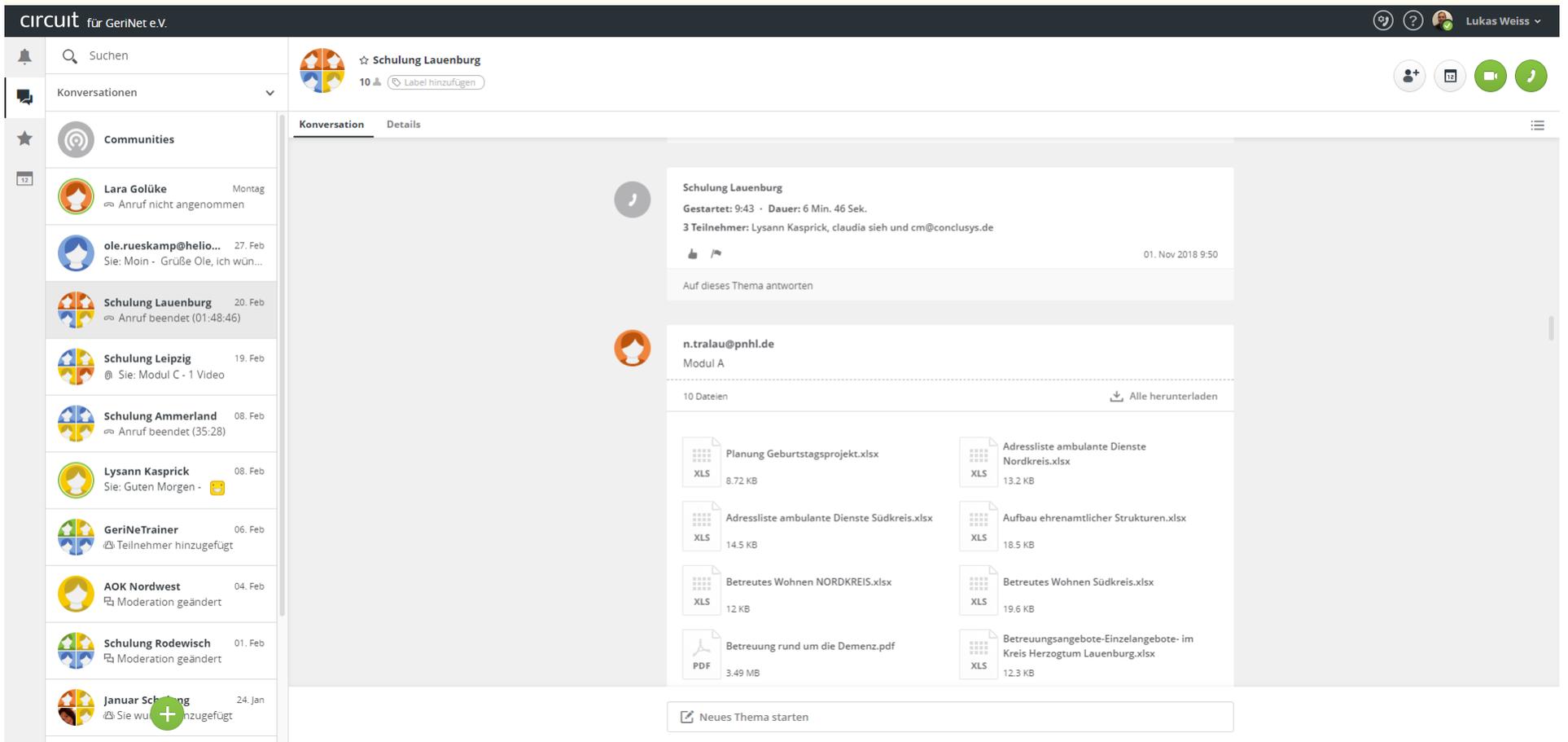
- Insgesamt 17 Videos für die Online Woche



The screenshot displays the CIRCUIT platform interface for GeriNet e.V. The top navigation bar includes a search function, a notification bell, and the user profile of Lukas Weiss. The main content area is divided into a left sidebar with a list of communities and a central video player. The community list includes entries for 'Lara Golüke', 'ole.rueskamp@helios...', 'Schulung Lauenburg', 'Schulung Leipzig', 'Schulung Ammerland', 'Lysann Kasprick', 'GeriNetTrainer', 'AOK Nordwest', 'Schulung Rodewisch', 'Januar Schulung', 'Schulung GeriNurse Li...', and 'Schulung Siegerland'. The video player shows a list of 5 videos, with the first two thumbnails visible. The first video is titled 'Schulung GeriNurse Modul B - Identifizierung geriatrischer Risiken' and the second is 'Schulung GeriNurse Modul B - Intellektueller Abbau'. The interface also features a 'Neues Thema starten' button at the bottom.

Schulung, Supervision und Coaching interdisziplinäre Fallbesprechung

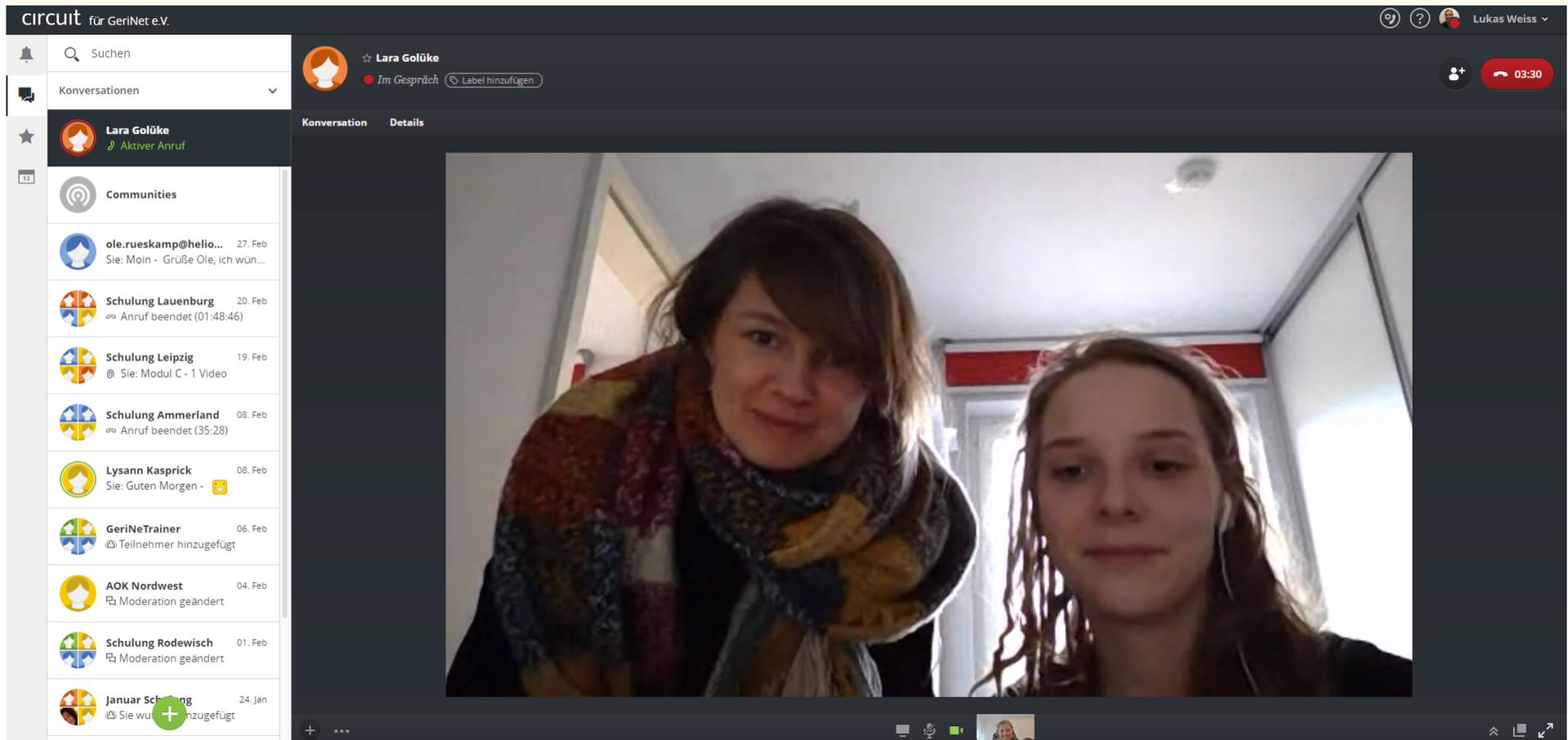
- Hausaufgaben – Rückmeldung über Circuit



The screenshot displays the 'circuit' app interface for GeriNet e.V. The main content area shows a conversation thread for 'Schulung Lauenburg'. The thread includes a message from 'Schulung Lauenburg' with details: 'Gestartet: 9:43 · Dauer: 6 Min. 46 Sek.' and '3 Teilnehmer: Lysann Kasprick, claudia sieh und cm@conclusys.de'. Below this, a user 'n.tralau@pnhl.de' has shared 10 files. The files are listed as follows:

File Name	Format	Size
Planung Geburtstagsprojekt.xlsx	XLS	8.72 KB
Adressliste ambulante Dienste Nordkreis.xlsx	XLS	13.2 KB
Adressliste ambulante Dienste Südkreis.xlsx	XLS	14.5 KB
Aufbau ehrenamtlicher Strukturen.xlsx	XLS	18.5 KB
Betreutes Wohnen NORDKREIS.xlsx	XLS	12 KB
Betreutes Wohnen Südkreis.xlsx	XLS	19.6 KB
Betreuung rund um die Demenz.pdf	PDF	3.49 MB
Betreuungsangebote-Einzelangebote- im Kreis Herzogtum Lauenburg.xlsx	XLS	12.3 KB

- Erklärungen und Supervision via Videosprechstunden



The screenshot shows a WhatsApp chat interface for 'circuit für GeriNet e.V.'. The chat is with 'Lara Golücke', who is currently in an active call (03:30). The left sidebar shows a list of communities and messages, including 'Schulung Lauenburg', 'Schulung Leipzig', 'Schulung Ammerland', 'Lysann Kasprick', 'GerineTrainer', 'AOK Nordwest', 'Schulung Rodewisch', and 'Januar Schulung'. The main area displays a video call with two participants: a woman with brown hair wearing a colorful patterned scarf, and a younger woman with long brown hair. The video call controls at the bottom include a plus sign, a microphone icon, a video camera icon, a small thumbnail of the other participant, and a share icon.

Praxisschulung vor Ort 40 h



Schulungsorte

1. Interventionsnetze

Zeit						Erweitertete Ausbildung im praktischen Alltag				
8 -10 Uhr	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Praxisseinsatz	Fallmanagement	Supervision		
	Begrüßung, Teambuilding, Technik Tutor: Lysann Kasprick und Lukas Weiss Ziel: Technik anwenden(Circuit, eIV) können; Teambuilding um als gleichwertige Partner innerhalb des Projektes gut untereinander agieren zu können.	Projektmanagement Tutor: Lysann Kasprick Ziel: Prozesse erkennen und erstellen können; Risikomanagement verstehen und gestalten	Schlafstörungen, Impaired Ears and Eyes Tutor: Lysann Kasprick Ziel: Wechselwirkung verschiedener Erkrankungen auf den geriatrischen Patienten, im Zuge der angewendeten Assessments verstehen können.	Wiederholung Tutor: Lysann Kasprick und Lukas Weiss Ziel: Offene Fragen klären, gelerntes festigen	Case- und Caremanagement Tutor: Lysann Kasprick Ziel: Zusammenführung der vorangegangenen Module und Prozesse. Fertigstellung der Erstellten Prozesse	Vor Ort Überprüfung des Einsatzes von Assessment und Beratung Tutor: Lysann Kasprick Ziel: Richtiges Anwenden von Assessments; Unklarheiten korregieren; Beratungseinsatz optimieren	Erstellung von 5 vollständigen Fallmanagements (2Leicht, 2Mittel, 1Schwer) Aufgeteilt in die Bedarfe: - Medizinischer Bedarf - Pfliegerischer Bedarf - Therapeutischer Bedarf - Sozialer Bedarf	Jeden Freitag. Oder. Jeden Freitag stehen die Tutoren für die OnlineSupervision zur Verfügung Tutor: Lysann Kasprick, Lukas Weiss Ziel: Fallmanagement, Fallbesprechung,		
10 - 10.15 Uhr	Pause									
10.15 - 12.15 Uhr	Kommunikationsformen, Triage-Systeme Tutor: Lukas Weiss Ziel: Den empathischen Umgang mit den Patienten erkennen und verbessern; Kommunikation zwischen Arzt und Caremanager einfach gestalten	Erkennen eines Geriatrischen Risikos, Angelina Bogen Tutor: Lysann Kasprick Ziel: Den Angelina verstehen und anwenden können.	Irritables Kolon, Iatrogene Erkrankungen Tutor: Lysann Kasprick Ziel: Wechselwirkung verschiedener Erkrankungen auf den geriatrischen Patienten, im Zuge der angewendeten Assessments verstehen können.	Wiederholung. Tutor: Lysann Kasprick und Lukas Weiss Ziel: Offene Fragen klären, gelerntes festigen	Case- und Caremanagement Tutor: Lysann Kasprick Ziel: Erstellen eines Leitfadens zur Behandlung der Bestandspatienten aus der Region					
12.15 - 13.15 Uhr	Mittag									
13.15 - 15.15 Uhr	Gesundheitsregion Tutor: Lysann Kasprick Ziel: Versorgungsstrukturen der eigenen Region kennen --> Dienstleistungskatalog	Intellektueller Abbau, Immobilität; Mini-Mental, DemTec, TuG, Tandem Tutor: Lysann Kasprick und Lukas Weiss Ziel: An- und Auswertung der Assessments beherrschen.	Isolation, Soziale Armut; GDS, Soziale Situation nach Nikolaus, Präventiver Hausbesuch Tutor: Lysann Kasprick und Lukas Weiss Ziel: Anwendung um Umsetzung der Assessments und der anschließenden Folgeprozesse	Prüfung Praktisch; Assessments Ziel: Leistungsüberprüfung Prüfungsaufsicht: Lysann Kasprick und Lukas Weiss	Prüfung Theorie Ziel: Leistungsüberprüfung Prüfungsaufsicht: Lysann Kasprick und Lukas Weiss					
15.15 - 15.30 Uhr	Pause									
15.30 - 17.30 Uhr	Gesundheitsmanagement Tutor: Lysann Kasprick Ziel: Das Gesundheitssystem verstehen, um selbstständig Lücken innerhalb des Versorgungssystems der Region, erkennen und schließen zu können	Instabilität, Inkontinenz, Mini-nutritional Tutor: Lysann Kasprick Ziel: Wechselwirkung verschiedener Erkrankungen aufstellen können um diese als den geriatrischen Patienten, im Zuge der angewendeten Assessments verstehen können.	Prozesserstellung Tutor: Lysann Kasprick Ziel: Prozesse aus den Arztpraxen der Region übernehmen und aufstellen können um diese als Basis für weitere Arbeiten zu nutzen	Auswertung Praktische Prüfung und Feedback Ziel: Fehler korrigieren Anwendung verbessern	Auswertung; Feedback; Verabschiedung					

N= 28

Ergebnisse Prüfung (in Prozent)

Mittelwert: 93,62 %

s = 7,18905823

Ergebnisse Feedback (von 1-5)

Mittelwert (Weiterbildung gesamt): 1,62

s = 0,7

- Supervision Projektleitung
- Klärung regionaler Versorgungslücken
- Zusammenarbeit mit regionalen Leistungserbringern
- Erstellung Projektplanung pro Netz (Meilensteine/
Aufgabenpakete Care- und Casemanagement)
- Vorgehen der Einbindung regionaler Ämter
 - Sozialamt
 - Landessportbund
 - Versorgungsamt

Regional angepasste Handlungsprozesse

Traigierung – Standard Terminvergabe in der Hausarztpraxis

Guten Tag
Einstiegsfrage: Welches Anliegen haben Sie?
1. Rezept, Überweisung
2. Termin
3. Akut

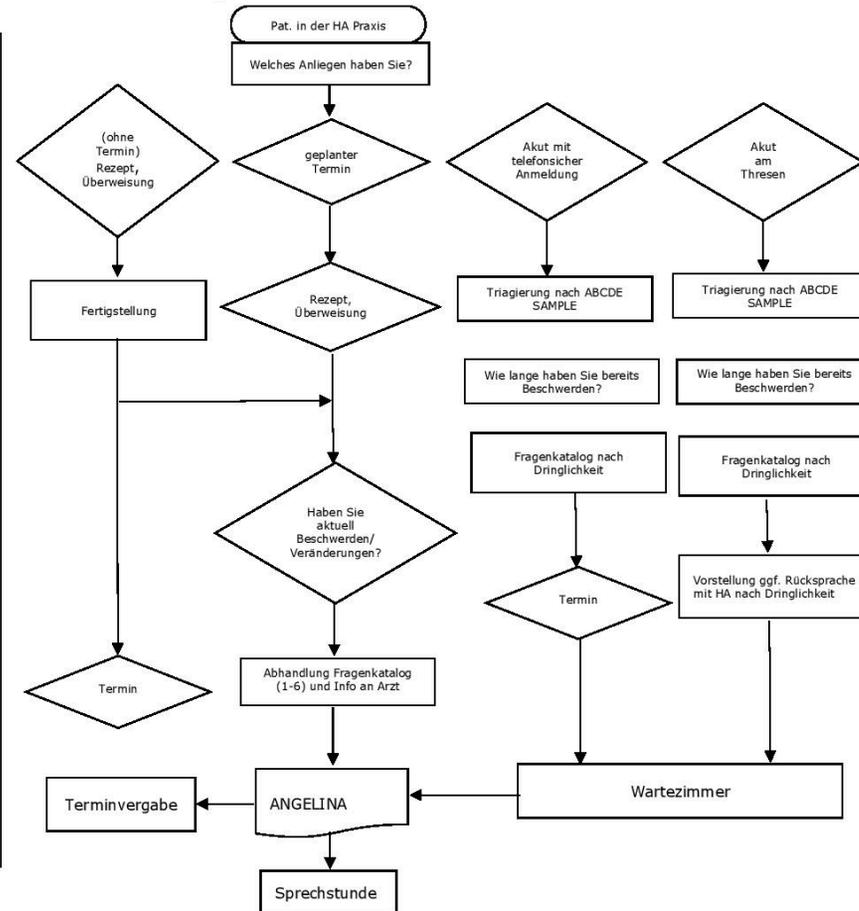
Rezept, Überweisung: Fertigstellung
Nächster Termin ausreichend?

Termin:
Benötigen Sie ein Rezept, Überweisung etc.?
Haben Sie aktuell Beschwerden?
- Nein: Weiterleitung in das Wartezimmer
- Ja: Welche?
1. Infekt/ Fieber, Übelkeit, Durchfall etc?
2. Schmerz (neu, verstärkt)
3. KH geplant, KH gerade abgeschlossen
4. Pflege
5. Änderung der Medikamente
6. Facharztbehandlung
- **Info an den Arzt: Einschluss Rubin? Problem entsprechend Fragenkatalog 1-6**

Akut telefonisch:
Akut:
Beobachtung:
A Atmung – Luftnot
B Schmerzen – akuter Brustschmerz
C Bewusstseinslage – Sprache, Reaktion
D Schwindel

Fragenkatalog nach Dringlichkeit
1. Art - Welche Beschwerden haben Sie jetzt?
2. Zeitpunkt – Seit wann?
3. Ort – Wo haben Sie die Beschwerden?

SAMPLE Schema



Standardisierter Feedbackprozess für das interdisziplinäre Team -Beratungsprotokoll

Nr. _____		Beratungsprotokoll			
Angaben zum Beratenen / Betroffenen			Angaben zur Beratung		
Name			Datum	____/____/____	
Str., Nr.			Von	____ Bis _____	
Ort, PLZ			Anfahrtszeit in Minuten:	_____	
Telefonnr.			<input type="checkbox"/> Erstberatung		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w Geb.: _____		<input type="checkbox"/> Folgeberatung (unter Nr. ____ geführt)		
Beratender	<input type="checkbox"/> Betroffener selbst <input type="checkbox"/> Angehöriger		Form	<input type="checkbox"/> persönl. <input type="checkbox"/> schriftl. <input type="checkbox"/> tel. <input type="checkbox"/> Mail	
Risiko RubiN	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer		Beratungs-ort	<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> Arztpraxis:	
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> Keinen <input type="checkbox"/> Höherstufung beantragt		<input type="checkbox"/> Sonstiges:	_____	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		Anlass des Kontaktes	<input type="checkbox"/> geplanter <input type="checkbox"/> nicht geplanter Termin	
Kasse, Versich.nr.					
Beratungsinhalte (zutreffendes ankreuzen bzw. wenn nötig unterstreichen)					
<input type="checkbox"/> Medizinisch <input type="checkbox"/> Pflegerisch <input type="checkbox"/> Therapeutisch <input type="checkbox"/> Sozial					
<input type="checkbox"/> Leistungen	<input type="checkbox"/> Grundsicherung SGB II		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Versicherterstatus SGB IV		
<input checked="" type="checkbox"/> Antragstellung	<input type="checkbox"/> Krankenversicherung SGB V:				
	<input type="checkbox"/> Rentenversicherung SGB VI		<input type="checkbox"/> Unfallversicherung SGB VII		
	<input type="checkbox"/> Rehabilitation SGB IX:				
	<input type="checkbox"/> Pflegeversicherung SGB XI:				
	<input type="checkbox"/> Widerspruchsverfahren SGB X		<input type="checkbox"/> Sozialhilfe SGB XII		
	<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung				
	<input type="checkbox"/> Grad der Behinderung, Blindengeld, Merkzeichen:				
	<input type="checkbox"/> Ehrenamtsnetz:				
	<input type="checkbox"/> Bewegungsangebote:				
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:				
Informationen zu	<input type="checkbox"/> Hilfsmittel		<input type="checkbox"/> Zuzahlung, Fahrdienst		
	<input type="checkbox"/> Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen		<input type="checkbox"/> Essen auf Rädern		
	<input type="checkbox"/> Anbieter Hausnotrufsysteme		<input type="checkbox"/> Hospizdienst		
	<input type="checkbox"/> Pflegekurse:				
	<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppen:				
<input type="checkbox"/> Sonstige Anbieter:					
Weiterer Beratungsbedarf/ Bemerkungen					
Weiterführende Angaben					
<input type="checkbox"/> Informationsmaterial/ Vordrucke gewünscht über:				<input type="checkbox"/> erledigt	
<input type="checkbox"/> Weitervermittlung an einen Netzwerkpartner:				<input type="checkbox"/> erfolgt	
<input type="checkbox"/> Keine weitere Terminvereinbarung		<input type="checkbox"/> Terminvereinbarung für den ____/____/____			
<input type="checkbox"/> Auskunftsanruf nach 4 Wochen gewünscht		<input type="checkbox"/> erledigt			
Beratungsperson _____ / Unterschrift _____					
Einverständniserklärung: Ich willige, zu jederzeit widerrufbar, ein, dass die Inhalte dieses Protokolls beim Leipziger Gesundheitsnetz gespeichert werden und dass die Netzwerkpartner zu meiner weiteren Betreuung auf die Inhalte dieses Protokolls zurückgreifen und mit mir Kontakt aufnehmen können. Unterschrift Teilnehmer					

Sozialmedizinisches Beratungshandbuch ambulante Behandlungs- und Versorgungspfade



Fallmanagement 2: elektiver Patient aus der Hausarztpraxis

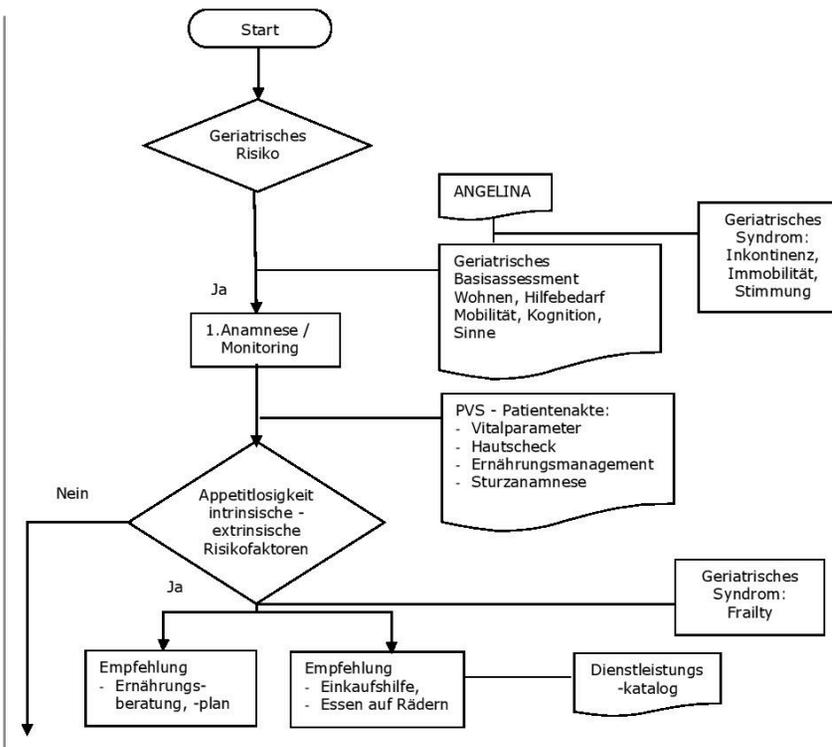
Vorstellung: Patient Mustermann 2 wiederholte Stolperstürze in der Häuslichkeit, Verdacht eines Kräfteverlust infolge reduzierter Nahrungsaufnahme, Gewichtsverlust unklar – Laborparameter unauffällig, onkologische Erkrankung wird ausgeschlossen

ANGELINA Risiko: 6 Punkte

- Alleinlebend
- unfreiwilliger Urinabgang
- Gewichtsverlust in den letzten 3 Monaten
- Hilfe in der Regelung der Geldangelegenheiten
- Sturz in den letzten drei Monaten

Behandlungsbedarf:

1. Ärztlich / medizinisch
 - Messung Vitalparameter: RR, Puls, BZ, Größe, Gewicht
 - Diagnose- und Medikamentenplan
 - Hautscheck: Hautturgor, Schleimhäute, Zahnstatus
 - Ernährungsmanagement: Fragebogen MUST 2 Punkte Gewichtsabnahme, Appetitlosigkeit, BMI, Muskelmasse Gründe einer Appetitlosigkeit
 - Sturzanamnese: in- und extrinsische Risikofaktoren



Autorengemeinschaft:
Weizenmann

Rev. 0

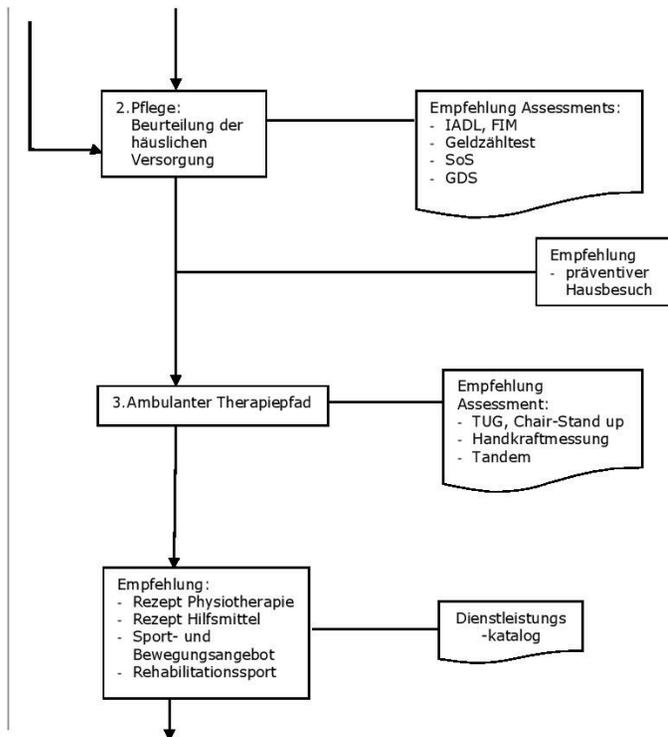
Oktober 2018

Sozialmedizinisches Beratungshandbuch ambulante Behandlungs- und Versorgungspfade



Fallmanagement 2: elektiver Patient aus der Hausarztpraxis

2. Pflege: Beurteilung der häuslichen Versorgung
Fragebogen IADL: 6 Punkte
- Tätig wenige Einkäufe, kocht erforderliche Mahlzeiten nur nach Vorbereitung durch Drittpersonen, wäscht kleine Sachen, benötigt Hilfe bei der Einzahlung von Bankgeschäften
- Fragebogen Soziale Situation: 13 Punkte
- Soziale Kontakte: alleinlebend, Bezugspersonen – gutes Verhältnis, Kontakt 1-2/ Wo. Verlust Freunde
 - Soziale Aktivitäten: keine Hobbies, Aufgaben von Interessen, Verlassen der Whg. 1-2/ Wo
 - Wohnsituation: 3. Etg., Teppiche, Türschwellen, Einkaufsmöglichkeiten beschränkt
 - Ökonomische Verhältnisse: wenig Ersparnisse, Bankgeschäfte Ditte
- Fragebogen GDS:
3. Therapie: Beurteilung einer Notwendigkeit von kurativen-präventiven Angeboten
Performance-Test:
- TuG: 25ec, kein Hilfsmittel
 - Handkraftmessung
 - Chair-Stand up
 - Mobilitätstest nach Tinetti



Autoren-gemeinschaft:
Weizenmann

Rev. 0

Oktober 2018

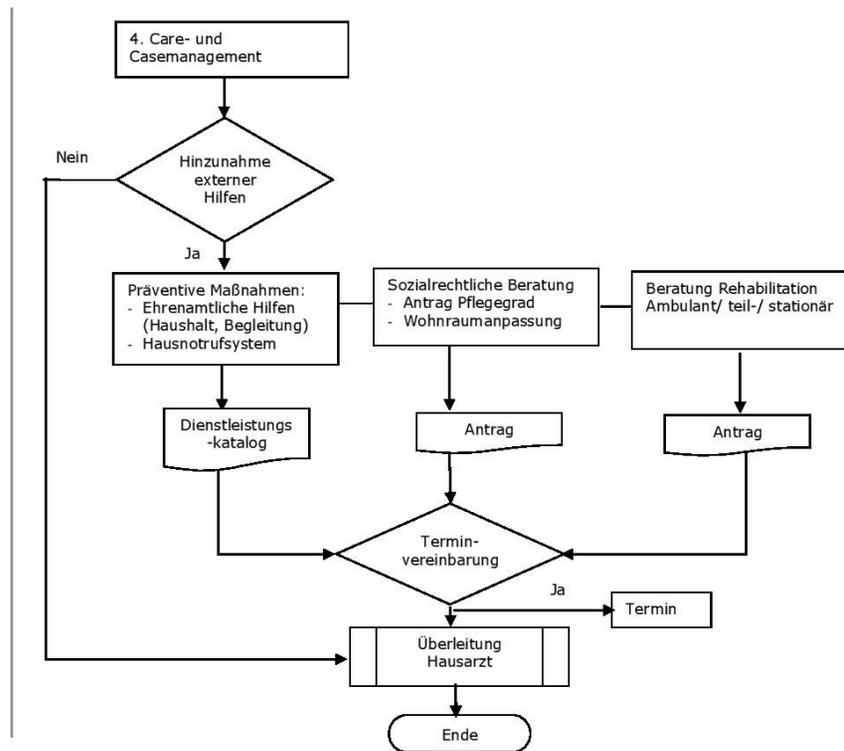
Fallmanagement Workflow (Prüfungsinhalt Abgabe von 5 Fällen)

Sozialmedizinisches Beratungshandbuch ambulante Behandlungs- und Versorgungspfade



Fallmanagement 2: elektiver Patient aus der Hausarztpraxis

4. Sozial: Beurteilung der
Notwendigkeit weiterer ergänzender Leistungen
- Erstellung einer Netzwerkkarte
 - Aufzeichnen eines Tagesablaufs



Autorengemeinschaft:
Weizenmann

Rev. 0

Oktober 2018

Geriatrischer Handlungsleitfaden

Risikoerfassung/ Angelina/ Hilfeplanung/ Vorgehen



	Leichter Schweregrad		Mittlerer Schweregrad	Schwerer Schweregrad	
Risikogruppe	0 normales Risiko	1 leicht ausgeprägtes Risiko	2 mäßig ausgeprägtes Risiko	3 erheblich ausgeprägtes Risiko	4 voll ausgeprägtes Risiko
Risikofaktoren ANGELINA ambulant GerINOT stationär	≤ 1	≥ 2	≥ 3	≥ 4	≥ 5
Hilfebedarf	selbstständig	kurzzeitig geringe Einschränkungen / Funktionsstörungen	anhaltende geringe Einschränkungen / Funktionsstörungen	fortschreitende Einschränkungen/ Funktionsstörungen	fortschreitende und fortgeschrittene Einschränkungen und Funktionsstörungen
Ziel	Erhalt von Gesundheit und Lebensqualität sowie Selbstbestimmtheit und Teilhabe	Erhalt bzw. Wiederherstellung von Gesundheit und Lebensqualität sowie Selbstbestimmtheit und Teilhabe	Wiederherstellung von Gesundheit und Lebensqualität sowie Selbstbestimmtheit und Teilhabe	Wiederherstellung bzw. Verbesserung von Gesundheit und Lebensqualität sowie Selbstbestimmtheit und Teilhabe	Verbesserung von Gesundheit und Lebensqualität sowie Selbstbestimmtheit und Teilhabe
Beratung	Beratung über präventive Angebote/ Gesundheitsförderung ab 50 Jahre	Beratung über präventive und Hilfsangebote	Erstellung eines individuellen Hilfeplans mit interdisziplinärem Team	Erstellung eines individuellen Hilfeplans mit interdisziplinärem Team	Erstellung eines individuellen Hilfeplans mit interdisziplinärem Team
Behandlungs- und/oder Versorgungsbedarf	nein	ambulanter Behandlungsbedarf	spezialisierte geriatrische ambulante Behandlungs- und Versorgungsbedarf	elektiver akutstationärer oder rehabilitativer Behandlungs- und Versorgungsbedarf: - geriatrisch - fachspezifisch unter Hinzuziehung geriatrischer Fachkompetenz	akuter Behandlungs- und Versorgungsbedarf - geriatrisch - fachspezifisch unter Hinzuziehung geriatrischer Fachkompetenz
1. ärztlich	Monitoring (halbjährliche Kontrolle (EBM))	hausärztliche Versorgung mit geriatrischer Basisqualifikation / ggf. fachärztliche Mitbehandlung	geriatrische Expertise einschließlich erweitertes geriatrisches Assessment im interdisziplinären Team ggf. fachärztliche Mit- bzw. Weiterbehandlung	Notwendigkeit komplexer geriatrischer Diagnostik und Therapiemaßnahmen ggf. fachärztliche Mit- bzw. Weiterbehandlung	Notwendigkeit sofortiger Diagnostik und Therapie ggf. geriatrische bzw. fachärztliche Mit- bzw. Weiterbehandlung
2. pflegerisch	nicht erforderlich	individuelle Pflegeplanung (Grundversorgung; ggf. Behandlungspflege/ ggf. Hauswirtschaftshilfe)	individuelle Pflegeplanung (Grundversorgung; Behandlungspflege/ Hauswirtschaftshilfe)	nach individueller Pflegeplanung aktivierend-therapeutischer Pflege	nach individueller Pflegeplanung aktivierend-therapeutischer Pflege
3. therapeutisch	nicht erforderlich	kurative und rehabilitative Maßnahmen/ Heilmittelverordnung	komplexe ambulante geriatrische Therapie	Notwendigkeit komplexer interdisziplinärer Therapiemaßnahmen	frühestmögliche Initiierung komplexer interdisziplinärer Therapiemaßnahmen
4. ergänzende/ soziale Leistungen	Casemanagement soziokulturelle und präventive Angebote 40 min beim Hausbesuch + Tel. 10 min	Case Management soziokulturelle und präventive Angebote	Case Management mit präventiven, kurativen und rehabilitativen sowie soziokulturellen Angeboten - Hausbesuch 50 min + 10 min telefonisch 2 x im Jahr	weiterführendes Case Management mit präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen sowie soziokulturellen Angeboten 60 min mit 4 Wiederholungen + Telefonate	weiterführendes Case Management mit präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen sowie soziokulturellen Angeboten
Hilfsmittelbedarf	gemäß individueller Funktionseinschränkungen	gemäß individueller Gesundheits- und Funktionseinschränkungen	gemäß individueller Gesundheits- und Funktionseinschränkungen	gemäß individueller Gesundheits- und Funktionseinschränkungen	gemäß individueller Gesundheits- und Funktionseinschränkungen
verantwortlich/ Leistungserbringer	Hausarzt Anbieter / Leistungserbringer entsprechend regionaler Angebotsliste	Hausarzt Anbieter / Leistungserbringer entsprechend regionaler Angebotsliste	Hausarzt, Pflegedienst, mobile Beratungs-, Assessment- und Therapieteam, GSP/GIA, ambulante/mobile Reha, Case Manager	(teil-)stationäre Versorgung - geriatrische Rehabilitation - indikationsspezifische Reha - Akutgeriatrie - Krankenhausbehandlung	stationäre Versorgung - Akutgeriatrie - Krankenhausbehandlung
Finanzierung/ Kostenträger	KV/ Kommune/ Ministerium / Selbstzahler / Wohnungswirtschaft	KV/ Kommune/ Ministerium / Selbstzahler	GKV/ PKV	GKV/ PKV/ Ministerium/ Selbstzahler	GKV/ PKV/ Ministerium

budgetierte Leistung

keine Regelfinanzierung

z.T. regelfinanziert

überwiegend regelfinanziert

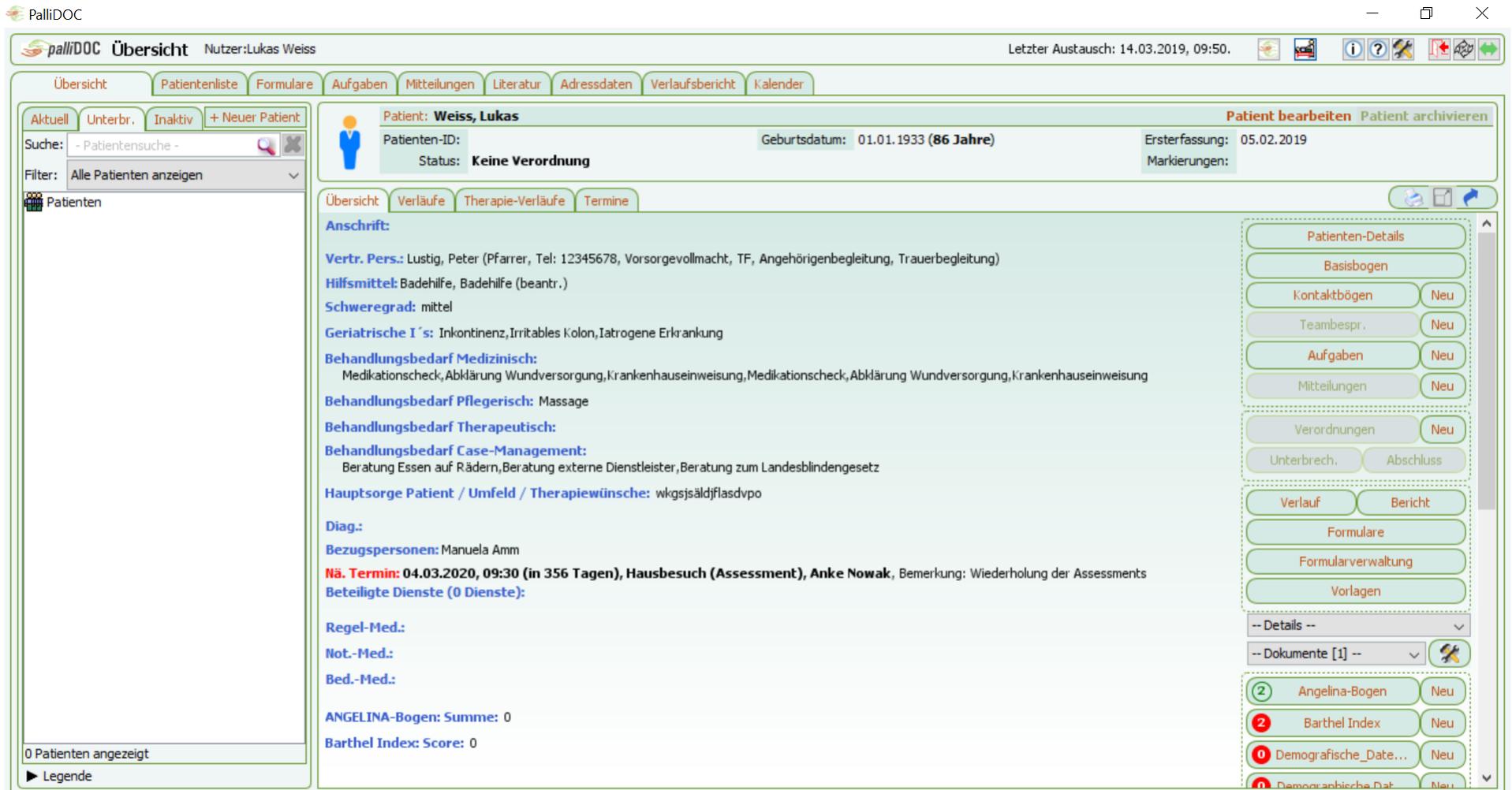
komplett regelfinanziert

leicht
12 tel. pro Jahr
20 min Kontakt in Praxis

mittel
24 tel. pro Jahr
30 min Kontakt in Praxis

komplex
60 Telefonate pro Jahr
60 min Praxisaufenthalt einmal im Jahr

Digitalisierte Dokumentation Prozessmanagement im PalliDoc



The screenshot displays the PalliDoc web application interface. At the top, there is a navigation bar with tabs for 'Übersicht', 'Patientenliste', 'Formulare', 'Aufgaben', 'Mitteilungen', 'Literatur', 'Adressdaten', 'Verlaufsbericht', and 'Kalender'. The main content area is divided into several sections:

- Left Sidebar:** Contains a search bar with '- Patientensuche -', a filter dropdown set to 'Alle Patienten anzeigen', and a list of patients (currently empty).
- Top Header:** Shows 'PalliDOC Übersicht' and 'Nutzer: Lukas Weiss'. The right side of the header indicates 'Letzter Austausch: 14.03.2019, 09:50' and includes various utility icons.
- Patient Overview:** Displays 'Patient: Weiss, Lukas' with a status of 'Keine Verordnung'. It also shows 'Geburtsdatum: 01.01.1933 (86 Jahre)', 'Ersterfassung: 05.02.2019', and 'Markierungen:'. Buttons for 'Patient bearbeiten' and 'Patient archivieren' are visible.
- Main Content Area:** Features a sub-navigation bar with 'Übersicht', 'Verläufe', 'Therapie-Verläufe', and 'Termine'. The 'Anschritt:' section lists various medical and care needs, such as 'Vertr. Pers.: Lustig, Peter (Pfarrer, Tel: 12345678, Vorsorgevollmacht, TF, Angehörigenbegleitung, Trauerbegleitung)', 'Hilfsmittel: Badehilfe, Badehilfe (beantr.)', 'Schweregrad: mittel', 'Geriatrische I's: Inkontinenz, Irritables Kolon, Iatrogene Erkrankung', and 'Behandlungsbedarf Medizinisch: Medikationscheck, Abklärung Wundversorgung, Krankenhauseinweisung, Medikationscheck, Abklärung Wundversorgung, Krankenhauseinweisung'. It also includes 'Behandlungsbedarf Pflegerisch: Massage', 'Behandlungsbedarf Therapeutisch:', 'Behandlungsbedarf Case-Management: Beratung Essen auf Rädern, Beratung externe Dienstleister, Beratung zum Landesblindengesetz', 'Haupt Sorge Patient / Umfeld / Therapiewünsche: wkgjsäldjflasdvp', 'Diag.:', 'Bezugspersonen: Manuela Amm', 'Nä. Termin: 04.03.2020, 09:30 (in 356 Tagen), Hausbesuch (Assessment), Anke Nowak, Bemerkung: Wiederholung der Assessments', 'Beteiligte Dienste (0 Dienste):', 'Regel-Med.:', 'Not-Med.:', 'Bed.-Med.:', 'ANGELINA-Bogen: Summe: 0', and 'Barthel Index: Score: 0'.
- Right Sidebar:** Contains a vertical list of buttons for 'Patienten-Details', 'Basisbogen', 'Kontaktbögen', 'Teambespr.', 'Aufgaben', 'Mitteilungen', 'Verordnungen', 'Unterbrech.', 'Abschluss', 'Verlauf', 'Bericht', 'Formulare', 'Formularverwaltung', and 'Vorlagen'. Below these are sections for '-- Details --' and '-- Dokumente [1] --', followed by a list of documents like 'Angelina-Bogen', 'Barthel Index', and 'Demografische_Date...'. Each document entry has a 'Neu' button.

1. Abbildung einheitlicher Dokumentation – Beachtung Teilprozesse zur Assesmenterhebung auf Papier
2. Abstimmung mit Evaluatoren

Nächste Schritte:

- Implementierung von PalliDoc als Hotbutton im PVS
- Nahtloser Übergang von PVS zu PalliDoc
- Echtzeitcontrolling

Dokumentation Assessments



The screenshot displays the PalliDOC software interface. A central window titled 'Neues Formular erstellen' (Create new form) is open, showing a patient assessment form for 'Rubin'. The patient information is: Patient: Weiss, Lukas (01.01.1933), Formular: ANGELINA-ALLGEMEIN, and Bearbeitet: (Lukas Weiss). The form content includes the Rubin logo and the title 'Angelina: Identifikation geriatrischer Patienten'. It asks the patient to answer the following questions:

NAME: Weiss **VORNAME:** Lukas

Alter: 86 zutreffendes bitte ankreuzen...

1. WOHNEN/ HILFEBEDARF

Leben Sie allein? **Ja**

Benötigen Sie Hilfe bei der Körperpflege? **1**

Navigation buttons at the bottom of the form include: Speichern (Alt+s), Speichern und Drucken, Speichern und Aufgabe, and Abbrechen (Alt+c). The background shows the main PalliDOC interface with a patient list and a sidebar menu.

GeriNeTrainer

1. Ausbildung der CCM – 17. - 19.Mai.2019
2. Ausbildung der CCM – Oktober 2019 (in Abstimmung)

Supervision und Coaching (insgesamt 250 h)

Jeden Freitag für CCM

Jeden Dienstag für Projektleitungen

= Interventionskonzeption je nach Versorgungslücken medizinisch, therapeutisch, pflegerisch und sozial (alle Sozialgesetzbücher – Beratungen und Umsetzungen von SGB II bis XII)

Fallbeispiel 1: Leichtes Risiko

Vorstellung Patient:

- weiblich, 86 Jahre, verheiratet
- Mietwohnung, EG (3 Eingangsstufen)
- 1 Sohn, schwieriges Verhältnis mit Schwiegertochter

Geriatrisches Risiko:

ANGELINA: 3 (Hilfebedarf Haushalt, > 5 Medikamente, Stimmung)

Behandlungsbedarf:

- Eigen-, Fremd- und Sozialanamnese

1. Medizin:

Diagnosen:

- Spinalkanalstenose, - Osteoporose – Spondylose, -Multiple Prolapse,
- Chronisches Schmerzsyndrom => drohende Sturzneigung

- Art. Hypertonie, Überforderung

Medikamentenplan:

- Schmerztherapie (Novalgin, Schmerzplaster)
- Protonenpumpenhemmer
- antihypertensive Therapie
- Colecalciferol

Vitalzeichen:

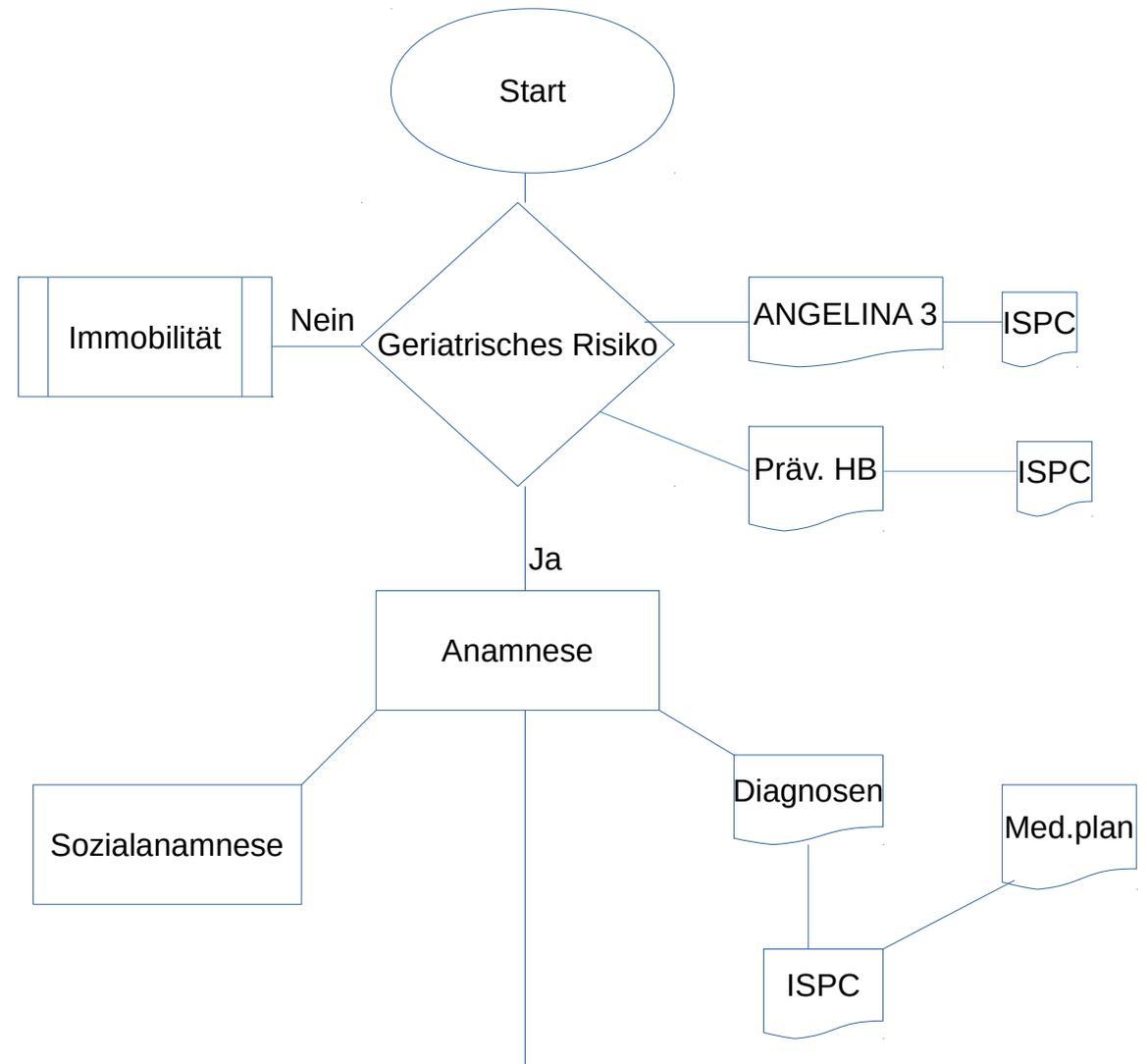
RR, Puls, Größe, Gewicht

Vorbefunde:

- Entlassungsbericht Orthopädie

Ernährungsmanagement:

- Guter EZ, eingeschränkter AZ



Fallbeispiel 1: Leichtes Risiko

2. Pflege:

- Beurteilung häusliche Versorgung, Überforderung mit Pflege des Ehemannes
Assessments: Barthel 95, IADL 5/8, GDS 11, MMST 26, TuG 15 sec (geringe Einschränkung)

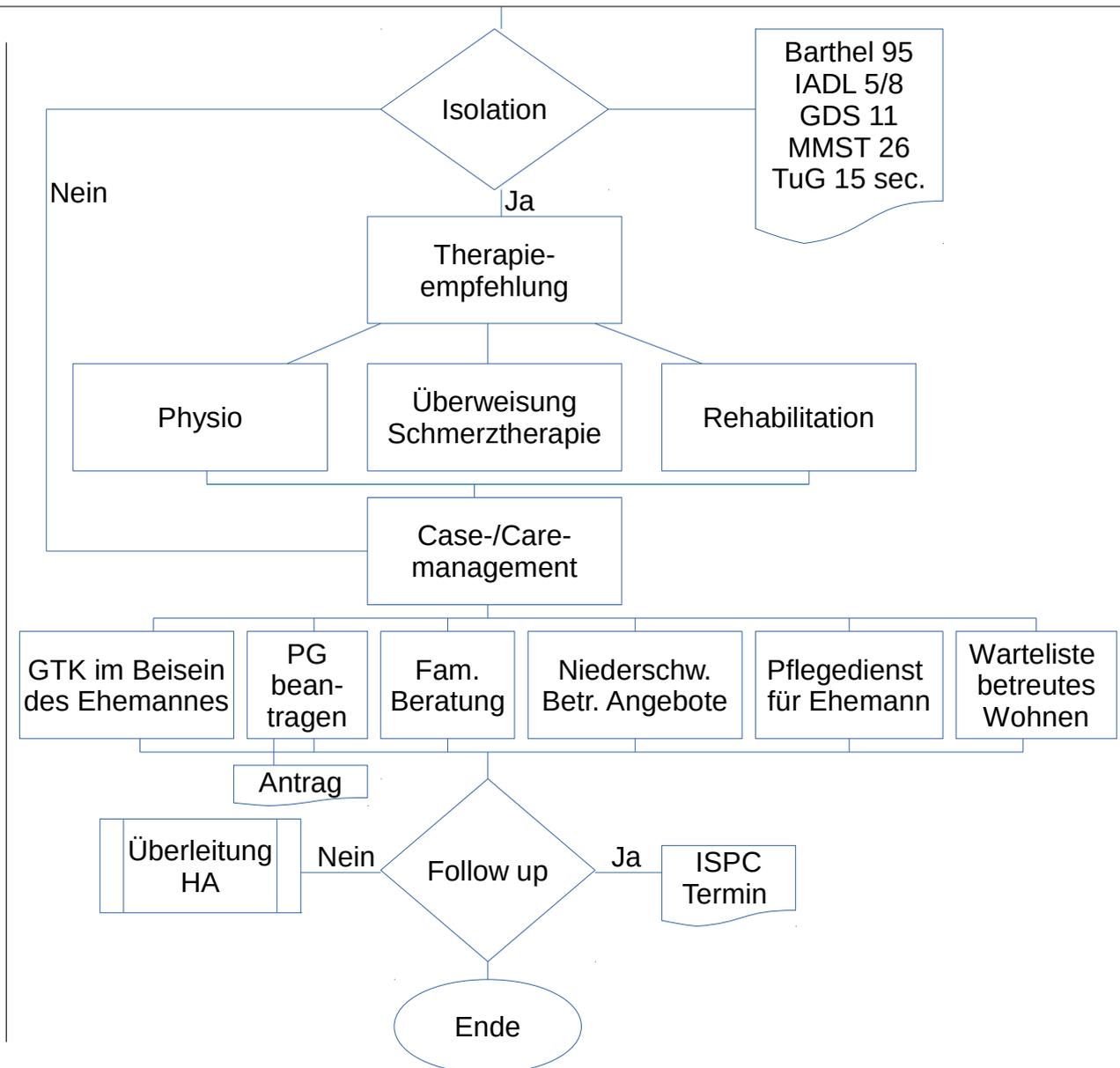
3. Therapie:

- Empfehlung Physiotherapie
- Überweisung Schmerztherapie zur Neueinstellung, evtl. unter stat. Bedingungen
- Empfehlung Rehabilitation, z.B. Geriatrische Tagesklinik

4. Care- und Casemanagement/Sozial:

- Geriatrische Tagesklinik zur Mobilisation, Entlastung und neuer Kontakte **IM** Beisein des Ehemannes
- Empfehlung Aussprache mit Schwiegertochter – Familienberatung ?
- Einschalten eines Pflegedienstes für den Ehemann zur Entlastung
- Pflegegrad-Antrag
- Warteliste Betreutes Wohnen
- Nutzung niederschwellige Betreuungsangebote

=> **Follow up Assessment nach 12 Monaten, regelmäßige Telefonate und/oder Überleitung Hausarzt**



Fallbeispiel 5: schweres Risiko

Vorstellung Patient/in

- weiblich
- 84 Jahre
- alleinlebend, Paterrewohnung
- 2 Kinder, beide in der Nähe wohnhaft
- Patientenverfügung vorhanden

Geriatrisches Risiko

ANGELINA Bogen: 7

- leichte Inkontinenz
- benötigt Unterstützung im Haushalt, Körperpflege, Zubereitung der Mahlzeiten, Einkaufen
- fühlt sich alleine, traurig
- geschwächt, gebrechlich
- hat an Gewicht verloren

Behandlungsbedarf:

Eigen und Fremdanamnese

Diagnosen:

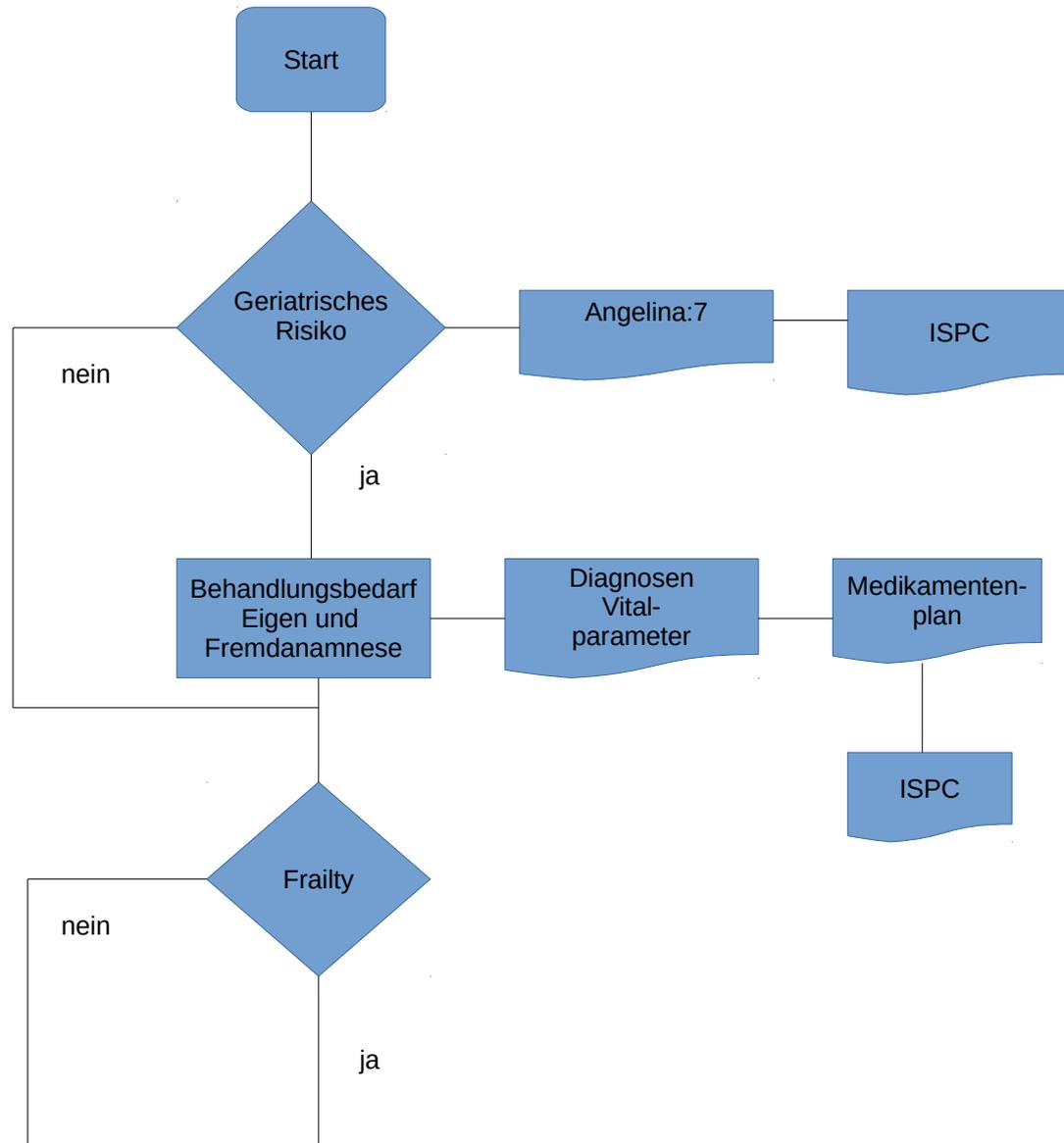
- leichtes Asthma bronchiales
- chronischer Schwindel
- ausgeprägte Coxarthrose links
- Herzinsuffizienz
- Osteoporose
- leichte Demenz

Medikamentenplan:

- Schmerzmittel bei Bedarf
- Rivastigmin, Vitamin D, Calcium
- Asthmaspray, Diuretika, ACE Hemmer

Plan vorhanden wird von den Töchtern 1x die Woche gestellt

- noch kein PG, soll beantragt werden



Fallbeispiel 5: schweres Risiko

Ernährungsmanagement:

- Messung BMI, Größe, Gewicht
- Appetitlosigkeit
- unregelmäßige Nahrungszufuhr
- Hautcheck: blass

Assessment MNA: 17Punkte
Risiko für Mangelernährung

Überprüfung der Bewusstseinslage:

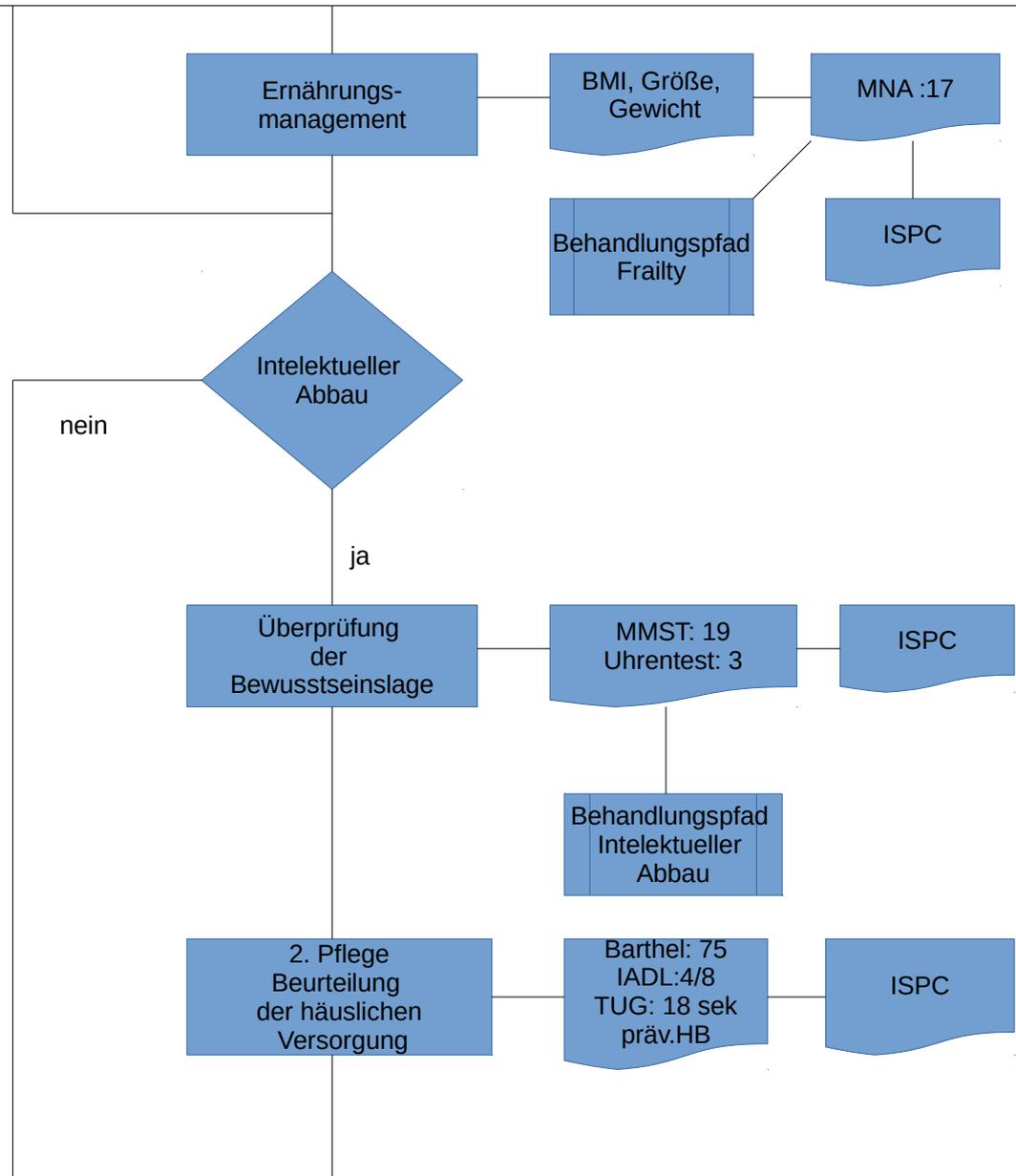
Assessment MMST: 19 Punkte
Mittelschwere Demenz
Uhrentest: 3 Punkte

2. Pflege

Beurteilung der häuslichen Versorgung

Assessement:
Barthel: 75
IADL 4/8
TUG: 18 sek. Geringe
Mobilitätseinschränkung

Braucht allerdings Unterstützung von den Töchtern in allen Bereichen



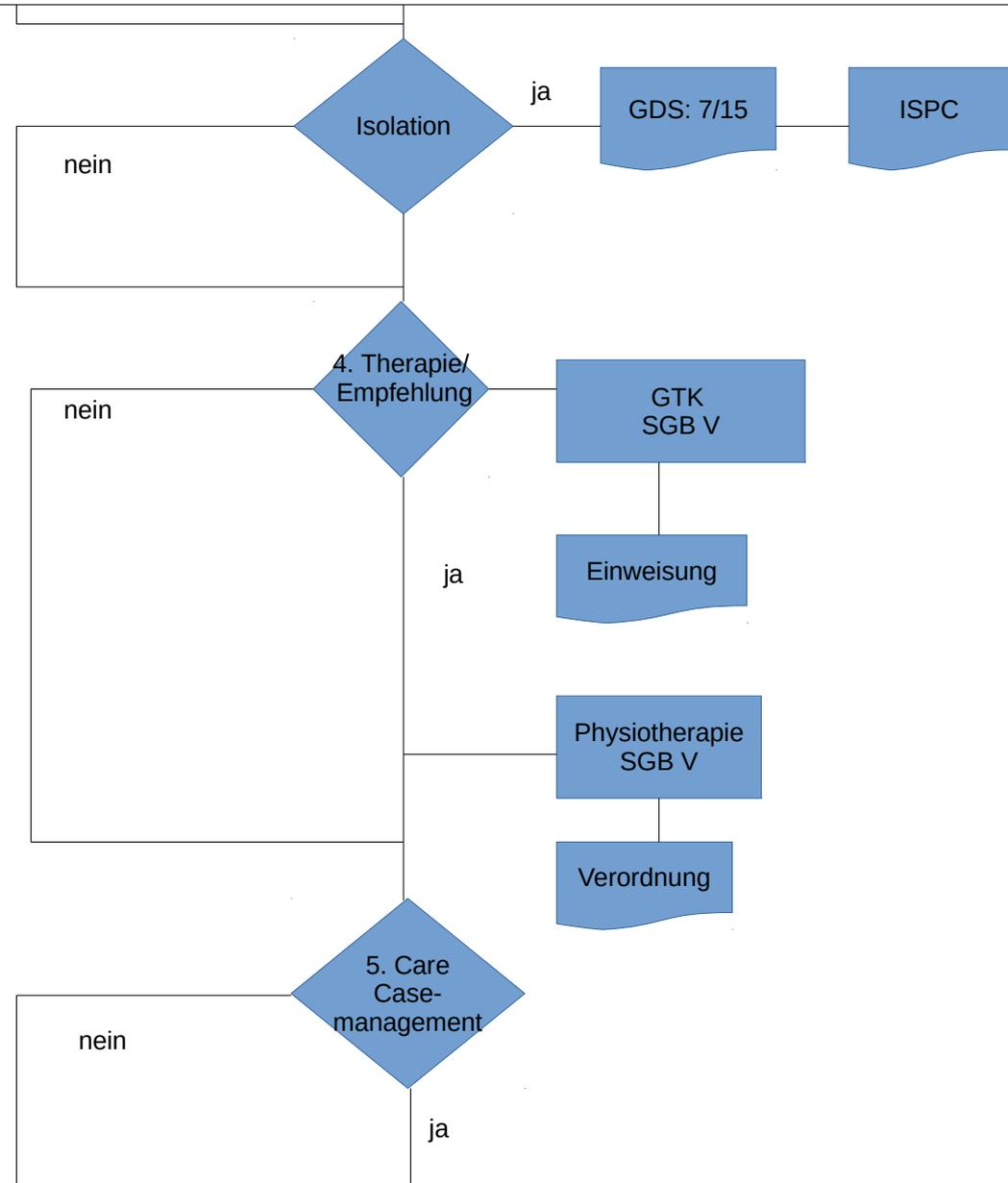
Fallbeispiel 5: schweres Risiko

3. Soziale Situation

Töchter wohnen im Ort, kümmern sich abwechselnd um die Mutter, jedoch sind beide mit der Situation überfordert, Patientin möchte aber nicht ins Heim
Assesment GDS: 7/15

4. Therapie/ Empfehlung

- Physiotherapie /HB SGB V chronischer Schwindel, Inkontinenz
- GTK drei Wochen empfohlen zur Verbesserung/Wiederherstellung der Selbstständigkeit zu den Themen Ernährung, Medikamenteneinstellung, Demenz, Mobilität
- Einweisung über den Hausarzt, Kostenübernahme KK inklusive Fahrdienst

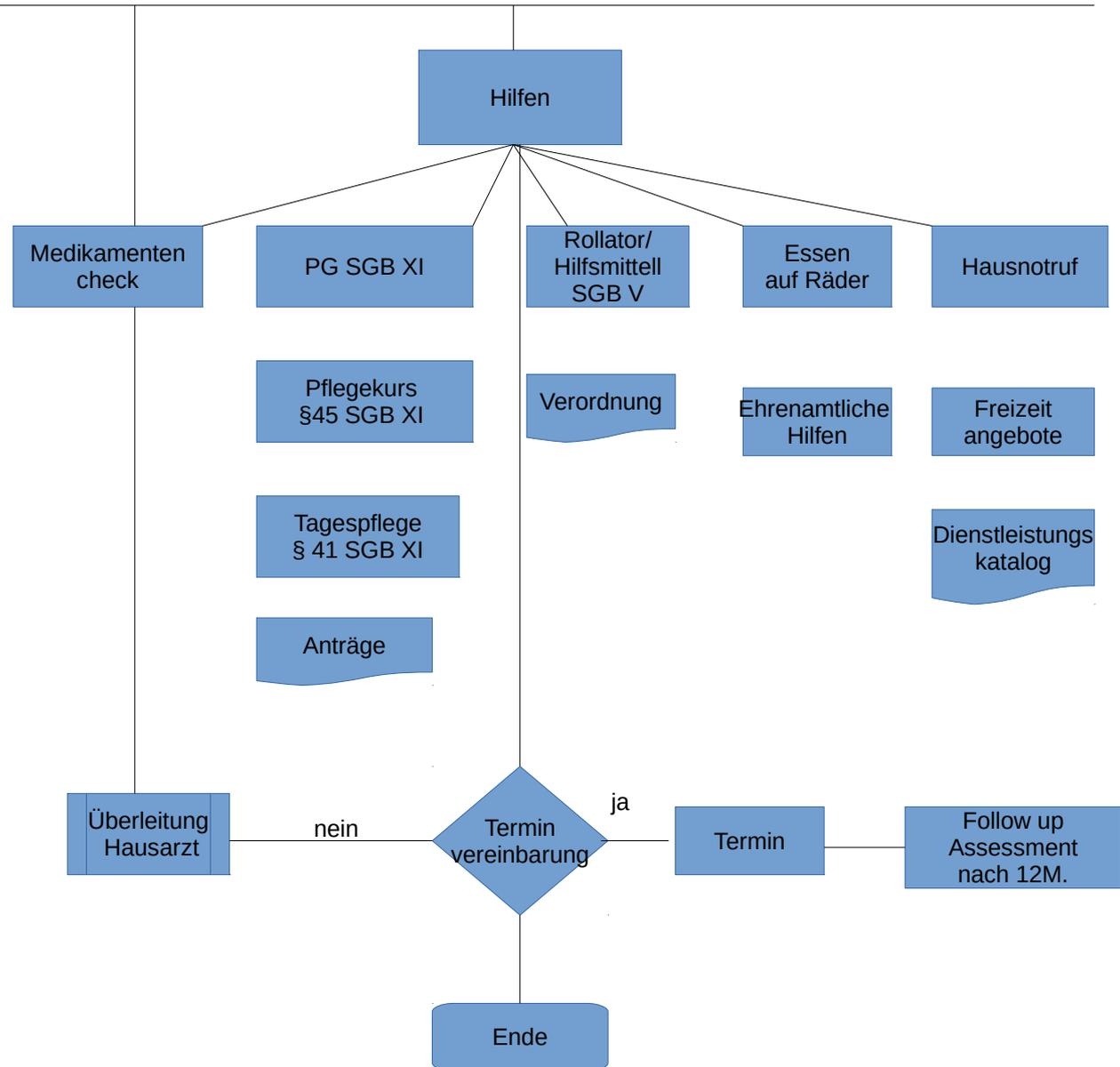


Fallbeispiel 5: schweres Risiko

5. Care und Casemanagement

- Antrag auf Pflegegrad SGB XI,
- Hilfsmittel Rollator,
- wenn Antrag auf PG durch ist, dann Antrag auf Verhinderungspflege zur Entlastung der Angehörigen § 39 SGB XI beantragen
- Medikamentencheck,,
- Freizeitangebote für Senioren, ehrenamtliche Hilfen,
- Essen auf Räder,
- Hausnotruf,
- Pflegekur für Angehörige § 45 SGB XI
- Infomaterial für die Tagespflege § 41 SGB XI

Follow up Assessment nach 12 Monaten, Betreuung, Begleitung und Koordination nach schweren Schweregrad



Teilnahmeerklärung Innovationsfondsprojekt RubiN



Gesundheitsregion Siegerland GbR (GRS)
Marienborner Str. 22-24
57074 Siegen

Wichtig:

Bitte für jeden Vertragsarzt einzeln eine Teilnahmeerklärung übermitteln!

Der Antrag für angestellte Ärzte ist vom Arbeitgeber (anstellender Arzt bzw. MVZ) zu stellen!

Bitte die Teilnahmeerklärung an die Case-Manager der GRS übergeben, vielen Dank!

LANR:

BSNR:

1. Teilnahmeerklärung

In Kenntnis der Projektinhalte erkläre ich als kooperierender Vertragsarzt des Ärztenetzes GRS hiermit meine Teilnahme an dem durch den Innovationsfonds geförderten Projekt RubiN (Regional ununterbrochen betreut im Netz).

2. Verpflichtungserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich als Vertragsarzt meine Aufgaben im Projekt RubiN kenne, akzeptiere und umsetze.
- mir die Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V (Anlage 24 zum BMV-Ä) bekannt ist.
- mir die Empfehlungen der Bundesärztekammer und KBV zu den Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen bekannt ist.
- ich mit der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift als Projektteilnehmer einverstanden bin.

Ort u. Datum

Unterschrift des Antragstellers
(ggf. Vertragsarztstempel)

Unterschrift des angestellten Arztes



RubiN Patienteninformation und Teilnahmeerklärung

ÄRZTENETZ
Gemeinsam Patienten



Daten des Patienten

Teilnehmende Arztpraxis

Wir freuen uns über Ihr Interesse an RubiN - das Wichtigste in Kürze:

„RubiN“ ist die Abkürzung für „Regional ununterbrochen betreut im Netz“.

Versorgungskoordinatorinnen beraten Sie über mögliche Unterstützungs- und Hilfsangebote. Sie erhalten dadurch Hilfen, um Ihren Alltag gut zu bewältigen und Ihre Selbstständigkeit langfristig zu erhalten oder wiederzuerlangen.

Eine Versorgungskoordinatorin besucht Sie zu Hause und erstellt mit Ihnen zusammen einen Maßnahmenplan. Dieser ist angepasst an Ihren individuellen Bedarf. Die Versorgungskoordinatorin unterstützt Sie bei der Umsetzung dieser Maßnahmen. So erhalten Sie z. B. bei Bedarf eine Unterstützung bei der Beantragung von Pflegeleistungen, Hilfsmitteln oder sonstigen Unterstützungsmöglichkeiten.

Die Teilnahme ist freiwillig und für Sie kostenfrei. Sie müssen Ihre Teilnahme schriftlich erklären. Genaue Informationen erhalten Sie auf den nächsten Seiten.

RubiN ist ein neuartiges Konzept und wird deshalb wissenschaftlich begleitet. Das bedeutet, dass geprüft werden soll, ob dieses Versorgungsangebot für Menschen ab 70 Wirkung zeigt.

Für diese wissenschaftliche Erhebung werden bei Ihnen und eventuell bei ihren betreuenden Angehörigen Daten gesammelt. Diese werden zu Forschungszwecken weiterverarbeitet. Dabei werden alle Datenschutzbestimmungen eingehalten. Informationen zum Datenschutz finden Sie auf den nächsten Seiten.

Wie kann die RubiN-Studie Ihnen und anderen Patienten helfen?

An der RubiN-Studie nehmen insgesamt acht Praxisnetze in ganz Deutschland teil. In fünf dieser Praxisnetze werden Versorgungskoordinatorinnen eingesetzt („Interventionsgruppe“). Drei Praxisnetze fungieren als „Kontrollgruppe“. Die Patienten in der Kontrollgruppe erhalten die übliche Gesundheitsversorgung. Am Ende der Studie werden die Patienten der Interventionsgruppe mit den Patienten der Kontrollgruppe verglichen um die Effekte der zusätzlichen Betreuung durch die Versorgungskoordinatorin bewerten zu können.

Ihr Hausarzt ist Mitglied eines Praxisnetzes der Interventionsgruppe. Es wird für Sie eine Versorgungskoordinatorin eingesetzt, die Sie zusätzlich zu der Behandlung durch Ihren (Haus-)Arzt im Umgang mit Ihren krankheitsbedingten Problemen unterstützt.

Das Ziel der RubiN-Studie: Sie sollen gut in Ihrem Alltag zurechtkommen und so lange wie möglich selbstständig bleiben. Dafür bietet die RubiN-Studie Ihnen und Ihren Angehörigen Hilfestellungen an.

Auch wenn Sie schon unter Einschränkungen leiden: Es gibt viele Leistungen und Hilfsangeboten für ältere Menschen, die teilweise nicht bekannt sind oder deren Beantragung zu kompliziert erscheint. Auch hier unterstützt die Versorgungskoordinatorin. Bei Bedarf hilft sie bei der Vereinbarung von Terminen oder der Beantragung von Pflegeversicherungsleistungen oder Hilfsmittel, z.B. einem Rollator. Auch um Ihre sozialen Belange kümmern sie sich gerne; viele Menschen haben nur noch wenige soziale Kontakte, dagegen kann man etwas tun.

Um was geht es in der RubiN-Studie?

In der Praxis Ihres Arztes wurde festgestellt, dass Sie aufgrund einiger gesundheitlicher Einschränkungen einen Hilfebedarf aufweisen. Im Rahmen des RubiN-Projektes besucht Sie deshalb eine Versorgungskoordinatorin Zuhause. Dabei handelt es sich um eine ausgebildete Fachkraft, diese führt mit Ihnen ein Beratungsgespräch.

Um einen Überblick zu erhalten, was für Sie wichtig ist, notiert sich die Koordinatorin im Gespräch wichtige Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Diese Daten werden für Ihre Behandlung und auch für die wissenschaftliche Auswertung erhoben und ausgewertet.

Nach einem Jahr wiederholt sich die gesamte Datenerhebung, um zu erfahren, ob sich Ihre Situation mit Hilfe der Versorgungskoordinatorin verändert hat.

Es werden auch Daten bei Ihren betreuenden Angehörigen erhoben, wenn diese dem zustimmen. Während des Jahres unterstützt Sie die Versorgungskoordinatorin wie oben beschrieben.

Auch Mitarbeiter der wissenschaftlichen Institute führen persönliche Gespräche mit einigen teilnehmenden Patienten, damit Ihre Erfahrungen mit dieser neuen Versorgungsform untersucht werden können. Die Auswahl der befragten Patienten erfolgt zufällig. Fällt die Wahl auf Sie, kommen wir auf Sie zu. Die Teilnahme daran ist selbstverständlich freiwillig.

Mögliche Vorteile durch die Studienteilnahme

Die RubiN-Studie bietet Ihnen Hilfestellungen an, die über die rein medizinische Betreuung hinausgehen.

Ihre Vorteile

- ✓ Sie können dieses zusätzliche Unterstützungsangebot kostenfrei nutzen.
- ✓ Sie erhalten eine Beratung bezüglich Ihrer aktuellen Situation und zu möglichen Erleichterungen in Ihrem Alltag.
- ✓ Sie erhalten Unterstützung bei der Koordination Ihrer Behandlung.
- ✓ Sie werden begleitet bei der Umsetzung möglicher Maßnahmen.
- ✓ Bei Bedarf erhalten Sie Unterstützung bei Anträgen oder Beschaffung von Heil- und Hilfsmitteln.

Mögliche Risiken durch die Studienteilnahme

Ihr Risiko

- ✓ Die angebotenen Hilfestellungen entsprechen nicht Ihren Erwartungen.
- ✓ Die Versorgungskoordinatorin entspricht nicht Ihren Erwartungen oder Sie finden keinen persönlichen Zugang zu ihr.
- ✓ Ihre Angehörigen sind nicht einverstanden mit der Maßnahmenplanung.

Was passiert mit meinen Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung stimmen Sie zu, dass im Rahmen des RubiN-Projektes Ihre Behandlungsdaten von Ihrem betreuenden Arzt und den Versorgungskoordinatoren erhoben und sowohl für Ihre Betreuung als auch für die wissenschaftliche Auswertung verwendet werden. Es wird z.B. ausgewertet, ob das Versorgungskonzept von RubiN Effekte auf die Bewältigung von Alltagsaufgaben, auf die Lebensqualität, auf die Mobilität und bei den Angehörigen auf eine eventuelle Belastung durch Pfllegetätigkeiten hat. Damit auch die Kosten der Versorgung untersucht werden können, werden auch Daten der Krankenkassen ausgewertet.

Die Daten werden durch Wissenschaftler der Universitätsmedizin Greifswald, des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, der Universität Frankfurt und des Privaten Institut für angewandte Versorgungsforschung – INAV in Berlin ausgewertet.

Die erhobenen Daten werden ausschließlich zur Durchführung und Auswertung des RubiN-Projektes verarbeitet. Eine Weitergabe der Daten an nicht an dem Projekt beteiligte Dritte erfolgt nicht. Die gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes werden gewahrt.

Ihr Name und Ihre Adresse werden vor der Auswertung von den anderen erhobenen Daten getrennt. Ihre Daten werden pseudonymisiert ausgewertet. Pseudonymisiert bedeutet, dass ein Schlüssel anstelle eines Namens für jede Person hinterlegt wird und nur dieser Schlüssel an die wissenschaftlichen Institute übermittelt wird. Diese können bei der Auswertung also keine Rückschlüsse auf Ihre Person ziehen.

Ihre Daten werden entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen nach Beendigung oder Abbruch der Studie mindestens 10 Jahre aufbewahrt. Eine Entschlüsselung erfolgt lediglich in Fällen, in denen es Ihre eigene Sicherheit aus medizinischen Gründen erfordert.

Bei Veröffentlichungen der Studienergebnisse bleibt die Vertraulichkeit der persönlichen Daten gewährleistet. Die Ergebnisse der Studie werden ohne Namensnennungen in medizinisch-wissenschaftlichen Fachzeitschriften veröffentlicht.

Widerruf der Einwilligung

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen, ohne dass Ihnen daraus irgendwelche Nachteile entstehen. Im Falle eines Widerrufs werden die jeweiligen Daten nicht weiter verwendet und umgehend gelöscht. Ausgenommen sind lediglich Daten, die vor dem Widerruf bereits in Datenauswertungen und Projektergebnisse eingegangen sind.

Datenschutz

Gemäß der am 25. Mai 2018 in Kraft getretenen EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) möchten wir Sie auf folgende Informationen hinweisen:

Die Datenverarbeitung in dem Projekt erfolgt nach §22 und §27 des Bundesdatenschutzgesetzes. Die Datenschutzbeauftragte des Instituts für Community Medicine ist Frau PD Dr. Neeltje van den Berg (Kontaktdaten siehe unten). Sie steht Ihnen für Rückfragen gern zur Verfügung.

Des Weiteren möchten wir Sie darauf hinweisen, dass die Möglichkeit der Inanspruchnahme eines Beschwerderechts bei der Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit Mecklenburg-Vorpommern in Schwerin (www.datenschutz-mv.de) und dem zuständigen Landesdatenschutzbeauftragten Heinz Müller(Email: info@datenschutz-mv.de; Telefon 0385-594 940) besteht.

Sie haben das Recht auf Auskunft einschließlich unentgeltlicher Überlassung einer Kopie über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten sowie ggf. deren Berichtigung oder Löschung zu verlangen.

Ansprechpartner/-innen

vor Ort:

Ärztenetz Lippe GmbH
Vanessa Eichinger
Gildestr. 1
32760 Detmold
Telefon 0 52 31- 458 25 0
Fax 0 52 31- 458 25 25
Email: rubin@aerztenetz-lippe.de

Projektleitung:

Frau Sonja Laag
Barmer Hauptverwaltung
Lichtscheider Str. 89, 42285 Wuppertal
Telefon 0800 333004 99-2971
Email: sonja.laag@barmer.de

Ansprechpartner für Datenschutzfragen, Datenmanagement und Evaluation:

PD Dr. Neeltje van den Berg
Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine
Ellernholzstraße 1-2, 17487 Greifswald
Telefon: 03834 867771
Email: neeltje.vandenberg@uni-greifswald.de

RubiN Patienteninformation und Teilnahmeerklärung

Ich bin über die Inhalte des RubiN-Projektes und über die Verarbeitung meiner Daten informiert worden. Ich erkläre hiermit meine Teilnahme und stimme der Verarbeitung meiner Daten zu.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Ich bin als Angehörige(r) eines Studienteilnehmers über die Inhalte des RubiN-Projektes und über die Verarbeitung der Daten informiert worden. Ich erkläre hiermit meine Teilnahme an einer Angehörigen-Befragung und stimme der Verarbeitung meiner Daten zu.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Kopie an Patienten ausgehändigt, Unterschrift _____

RubiN Patienteninformation und Teilnahmeerklärung



Daten des Patienten

Teilnehmende Arztpraxis

Wir freuen uns über Ihr Interesse an RubiN- das Wichtigste in Kürze:

„RubiN“ ist die Abkürzung für Regional ununterbrochen betreut im Netz.

RubiN ist ein Forschungsprojekt und wird wissenschaftlich begleitet. Wir wollen wissen, ob unser Versorgungsangebot für Menschen ab 70 Jahre Wirkung zeigt.

Im Projekt RubiN beraten Versorgungskoordinatorinnen über mögliche Unterstützungsangebote mit dem Ziel, dass ältere Menschen mehr Sicherheit im Alltag bekommen und die Selbständigkeit im Alltag erhalten bleibt.

Um die Wirksamkeit dieses Versorgungskonzeptes nachzuweisen, wird auch eine sogenannte „Kontrollgruppe“ benötigt, mit Patienten, die die übliche Regelversorgung erhalten. Ihre Hausarztpraxis gehört zu den Kontrollpraxen.

Für diese wissenschaftliche Erhebung werden bei Ihnen und eventuell bei ihren betreuenden Angehörigen Daten gesammelt. Diese werden zu Forschungszwecken weiterverarbeitet. Dabei werden alle Datenschutzbestimmungen eingehalten. Informationen zum Datenschutz finden Sie auf den nächsten Seiten.

Die Teilnahme für Patienten aus teilnehmenden Arztpraxen ist freiwillig. Sie müssen Ihre Teilnahme schriftlich erklären.

RubiN Patienteninformation und Teilnahmeerklärung



Wie kann die RubiN-Studie Ihnen und anderen Patienten helfen?

Hausärzte haben alle Hände voll zu tun, ihre Patienten medizinisch gut zu versorgen. Darum setzen wir in RubiN Versorgungskoordinatorinnen ein, die zusätzlich Patienten im Umgang mit ihren krankheitsbedingten Problemen unterstützen. Ziel des Projektes RubiN: Ältere Menschen sollen so lange wie möglich selbstständig bleiben.

Um was geht es in der RubiN-Studie?

Um die Wirksamkeit dieses Versorgungskonzeptes nachzuweisen, wird auch eine sogenannte „Kontrollgruppe“ benötigt, mit Patienten, die die übliche Regelversorgung erhalten. Ihre Hausarztpraxis gehört zu den Kontrollpraxen.

Es wurde in der Praxis Ihres Arztes durch Ihre Angaben in dem Fragebogen festgestellt, dass Sie geeignet sind, als Kontrollpatient am RubiN-Projekt teilzunehmen.

Eine Mitarbeiterin Ihrer Hausarztpraxis dokumentiert wichtige Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Wir möchten auch Daten Ihrer betreuenden Angehörige erheben, damit wir eventuelle Belastungen mit analysieren können. Diese Daten werden gemeinsam mit Daten anderer Patienten und Angehörige im Computer gesammelt und ausgewertet. Ihr Name und Ihre Adresse werden vor der Auswertung von den anderen erhobenen Daten getrennt. Die Wissenschaftler können bei der Auswertung also keine Rückschlüsse auf Ihre Person ziehen.

Nach einem Jahr wiederholt sich die Datenerhebung, um zu erfahren, ob sich Ihre Situation mit unserer Hilfe verbessert hat. Auch diese Daten werden wieder getrennt von Ihrem Name und Adresse ausgewertet.

Auch Mitarbeiter der wissenschaftlichen Institute führen persönliche Gespräche mit einigen teilnehmenden Patienten damit Ihre Erfahrungen mit dieser neuen Versorgungsform untersucht werden können. Die Auswahl der befragten Patienten erfolgt zufällig. Fällt die Wahl auf Sie, kommen wir auf Sie zu. Die Teilnahme daran ist selbstverständlich freiwillig.

Daten aus Ihrer Patientenakte bei Ihrem Hausarzt und Daten der gesetzlichen Krankenversicherung werden angefordert und fließen in die Auswertung mit ein.

Nach Ablauf des Projektes bekommt Ihr Hausarzt Ihre Daten, damit er diese für Ihre Behandlung nutzen kann.

RubiN Patienteninformation und Teilnahmeerklärung



Was passiert mit meinen Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung stimmen Sie zu, dass im Rahmen des RubiN-Projektes Ihre Behandlungsdaten von Ihrem betreuenden Arzt und den Versorgungskordinatoren erhoben und sowohl für Ihre Betreuung als auch für die wissenschaftliche Auswertung verwendet werden.

Es wird z.B. ausgewertet, ob das Versorgungskonzept von RubiN Effekte hat auf die Bewältigung von Alltagsaufgaben, auf die Lebensqualität, auf die Mobilität und, bei den Angehörigen, auf eine eventuelle Belastung durch Pflegetätigkeiten. Damit auch die Kosten der Versorgung untersucht werden können, werden auch Daten der Krankenkassen ausgewertet.

Die Daten werden durch Wissenschaftler der Universitätsmedizin Greifswald, des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, der Universität Frankfurt und des Privaten Institut für angewandte Versorgungsforschung – INAV in Berlin ausgewertet.

Ihre Daten werden ausschließlich zur Durchführung und Auswertung des RubiN-Projektes verarbeitet. Eine Weitergabe der Daten an nicht an dem Projekt beteiligte Dritte erfolgt nicht. Die gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes werden gewahrt.

Ihr Name und Ihre Adresse werden vor der Auswertung von den anderen erhobenen Daten getrennt. Ihre Daten werden pseudonymisiert ausgewertet. Pseudonymisiert bedeutet, dass ein Schlüssel anstelle eines Namens für jede Person hinterlegt wird und nur dieser Schlüssel an die wissenschaftlichen Institute übermittelt wird. Diese können bei der Auswertung also keine Rückschlüsse auf Ihre Person ziehen.

Ihre Daten werden entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen nach Beendigung oder Abbruch der Studie mindestens 10 Jahre aufbewahrt. Eine

Entschlüsselung erfolgt lediglich in Fällen, in denen es Ihre eigene Sicherheit aus medizinischen Gründen erfordert.

Bei Veröffentlichungen der Studienergebnisse bleibt die Vertraulichkeit der persönlichen Daten gewährleistet.

Die Ergebnisse der Studie werden ohne Namensnennungen in medizinisch-wissenschaftlichen Fachzeitschriften veröffentlicht.

Widerruf der Einwilligung

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen, ohne dass Ihnen daraus irgendwelche Nachteile entstehen. Im Falle eines Widerrufs werden die jeweiligen Daten nicht weiter verwendet und umgehend gelöscht. Ausgenommen sind lediglich Daten, die vor dem Widerruf bereits in Datenauswertungen und Projektergebnisse eingegangen sind.

Datenschutz

Gemäß der am 25. Mai 2018 in Kraft getretenen Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) möchten wir Sie auf folgende Informationen hinweisen:

Die Datenverarbeitung in dem Projekt erfolgt nach §22 und §27 des Bundesdatenschutzgesetzes. Die Datenschutzbeauftragte des Instituts für Community Medicine ist Frau PD Dr. Neeltje van den Berg (Kontaktdaten siehe unten). Sie steht Ihnen für Rückfragen gern zur Verfügung.

Des Weiteren möchten wir Sie darauf hinweisen, dass die Möglichkeit der Inanspruchnahme eines Beschwerderechts bei der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Mecklenburg-Vorpommern in Schwerin (www.datenschutz-mv.de) und der zuständigen Landesdatenschutzbeauftragten (Heinz Müller, Email: info@datenschutz-mv.de; Telefon 0385-594940) besteht.

Sie haben das Recht Auskunft (einschließlich unentgeltlicher Überlassung einer Kopie) über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten sowie ggf. deren Berichtigung oder Löschung zu verlangen.

Ansprechpartnerin vor Ort:
Geschäftsstelle Genial eG
Friedhild Füser
Poststraße 18
49808 Lingen (Ems)
Telefon: (0591) 8073243
E-mail: fueser@genial-lingen.de

Konsortialführerin:
Frau Sonja Laag
Barmer Hauptverwaltung
Lichtscheider Str. 89, 42285 Wuppertal
Telefon 0800 333004 99-2971
Email: sonja.laag@barmer.de

Ansprechpartner für Datenschutzfragen, Datenmanagement und Evaluation:
PD Dr. Neeltje van den Berg
Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine
Ellernholzstraße 1-2, 17487 Greifswald
Telefon: 03834 867771
Email: neeltje.vandenberg@uni-greifswald.de

RubiN Patienteninformation und Teilnahmeerklärung



Ich bin über die Inhalte des RubiN-Projektes und über die Verarbeitung meiner Daten informiert worden. Ich erkläre hiermit meine Teilnahme und stimme der Verarbeitung meiner Daten zu.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Ich bin als Angehörige(r) eines Studienteilnehmers über die Inhalte des RubiN-Projektes und über die Verarbeitung der Daten informiert worden. Ich erkläre hiermit meine Teilnahme an einer Angehörigen-Befragung und stimme der Verarbeitung meiner Daten zu.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Kopie an Patienten ausgehändigt, Unterschrift _____

PROJEKT STECKBRIEF

Was bedeutet RubiN?

RubiN ist das Akronym für Regional ununterbrochen betreut im Netz.

Was passiert in RubiN?

Geriatrische Patienten werden von Versorgungskordinatoren/innen begleitet.

Was ist anders in RubiN?

Die Versorgungskordinatoren/innen sind bei Ärztenetzen angesiedelt und werden zentral koordiniert.

Wer finanziert RubiN?

RubiN wird für 3 Jahre gefördert aus G-BA-Mitteln des Innovationsfonds.

Wer ist beteiligt an RubiN?

- » Konsortialführer ist die BARMER.
- » Acht Ärztenetze
- » Gerinet Leipzig (Entwicklung des Curriculums bzw. Schulung/Ausbildung der Versorgungskordinatoren)
- » Dr. Dr. Ruppel (Rechtsexpertise)
- » Claudia Schrewe (Netzwerkkoordination)

Evaluation:

- » Universitätsmedizin Greifswald
- » Goethe-Universität Frankfurt
- » Universität zu Lübeck und Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
- » inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH

WAS SIND ÄRZTNETZE?

Arzt- oder Praxisnetze sind Zusammenschlüsse von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachrichtungen mit dem Anspruch, eine interdisziplinäre, ambulante medizinische Versorgung zu organisieren. Das Ziel der Netze, unter Eindruck des Fachkräftemangels, ist die qualitativ gute Versorgung der Patienten. Dabei können regional unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt werden.

Im Projekt RubiN sind acht Ärztenetze beteiligt, die von ihren Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 87b SGB V als förderungswürdig anerkannt wurden.

Interventionsnetzregionen



Kontrollnetzregionen



RubiN

Regional ununterbrochen betreut im Netz



Gefördert durch den Innovationsfonds des G-BA in acht Modellregionen



HINTERGRUND

Was ist Geriatrie?

Geriatrie bezeichnet einen mit dem höheren Lebensalter assoziierten Zustand. Aber nicht jeder ältere Mensch ist gleich ein geriatrischer Patient.

Beim geriatrischen Patienten treten akute und chronische (Mehrfach-)Erkrankungen z. T. gleichzeitig auf und sind oft schwer von den „normalen“ physiologischen Altersprozessen zu unterscheiden. Funktionalitäten wie Gehen, Sehen oder Hören sind oft beeinträchtigt, wenn die Reserven des Körpers sich erschöpfen.

Termindichte und Zeitmangel prägen den herkömmlichen Praxisablauf, in der die Situation vulnerabler Patienten kaum vollständig erfasst werden kann. Abstimmungen zwischen haus- und fachärztlichen Behandlungen erfolgen oft nicht systematisch, wichtige Behandlungsinformationen können so verloren gehen.

Ziel von RubiN ist es deshalb, eine regionale Organisation zu entwickeln, in der nicht-ärztliche und ärztliche Spezialisten in einem Versorgungsnetzwerk rechtssicher zusammenarbeiten können und dessen Leistungsfähigkeit unter Beweis zu stellen.

WAS GESCHIEHT IN RUBIN?

Kernleistungen im Projekt

- » Rekrutierung von geriatrischen Patienten in teilnehmenden Netzarztpraxen
- » Beauftragung der Versorgungskordinatoren/innen beim Ärztenetz durch betreuende Hausarzt/innen
- » Information, Koordination und Begleitung von Menschen ab 70 durch Versorgungskordinatoren/innen
- » Gemeinsame Maßnahmenplanung im Sinne des Erhalts von Selbstständigkeit
- » Moderation von Abstimmungsprozessen zwischen Patienten und ihren Angehörigen mit professionellen Behandlern und Anbietern von Beratungsleistungen
- » Realisation von Unterstützungsangeboten
- » Dokumentation des Verlaufes und Zusammenfassung der Ergebnisse

Begleitprozesse im Projekt

- » Informationssammlung über Versorgungsangebote in den Modellregionen

VORTEILE FÜR BETEILIGTE

- » Dringend benötigte Entlastung für Arztpraxen
- » Mehr Versorgungssicherheit für Patienten und Angehörige
- » Valider Nachweis der Leistung von Ärztenetzen
- » Erstellung einer Übersicht von Unterstützungsmöglichkeiten
- » Koordination von Kooperationen auf der Anbieterseite
- » Ausbildung der Versorgungskordinatoren/innen mit dem Ziel der Vereinheitlichung der Wissensbasis
- » Klärung des Rechtsrahmens bezüglich der Zusammenarbeit von Professionen
- » Evaluation des Gesamtvorhabens der Effekte auf alle Beteiligten





**MUM -
MEDIZIN UND MEHR EG**

Viktoriastraße 19
32257 Bünde

Telefon 05223 985 620
Fax 05223 985 621

E-Mail: barkhueser@mum-buende.de
Web: www.mum-buende.de



Unser Ziel ist der möglichst lange Erhalt
Ihrer Selbständigkeit im eigenen Zuhause.

www.rubin-netzwerk.de

**Möchten Sie kostenlos am
RubiN-Projekt teilnehmen?**

Sprechen Sie uns an.

Ihre Erfahrungen sind gefragt!

Was ist RubiN und wieso freuen wir uns, wenn Sie uns mit Ihren Erfahrungen unterstützen?

RubiN ist ein Projekt, bei dem untersucht werden soll, welchen Unterstützungsbedarf ältere Menschen im Alltag haben, um möglichst so lange es geht Zuhause selbständig zu leben.

Gerne möchten wir Ihre Erfahrungen und Lebenssituationen in die wissenschaftliche Auswertung aufnehmen und freuen uns, wenn Sie am RubiN-Projekt teilnehmen!



www.rubin-netzwerk.de

Ansprechpartnerin für das RubiN-Projekt



**Jacqueline
Barkhüser**

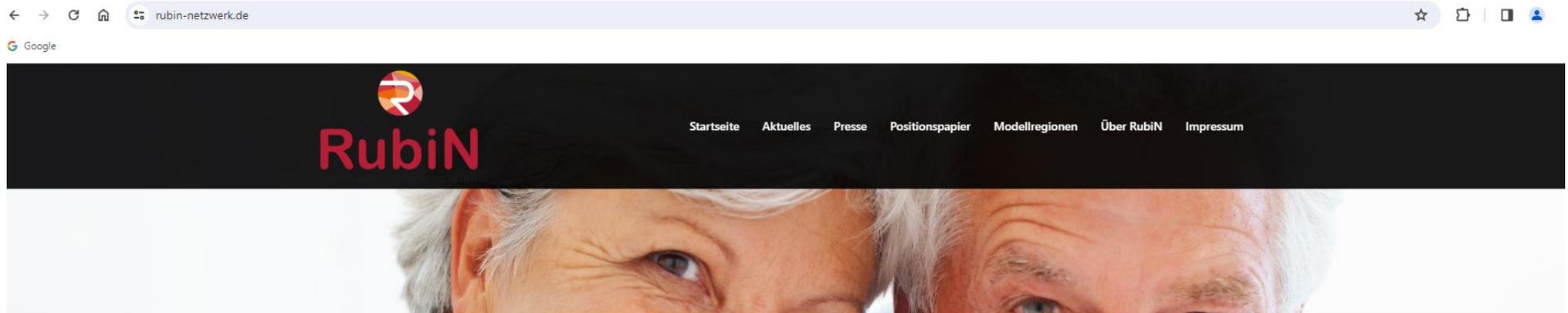
05223 985 620

Die
Teilnahme
ist kostenlos

Falls Sie oder Ihre Angehörigen Fragen haben,
rufen Sie uns gerne an. Wir freuen uns auf Ihren Anruf.

Telefon: 05223 985 620

Anhang 11: Screenshot Homepage RubiN-Projekt



PROJEKTSTECKBRIEF



Was bedeutet RubiN?

RubiN ist das Akronym für Regional ununterbrochen betreut im Netz.



Was passiert in RubiN?

Geriatrische Patienten werden von Versorgungskordinatorinnen begleitet.



Was ist anders in RubiN?

Die Versorgungskordinatorinnen sind bei Ärztenetzen angesiedelt und werden zentral koordiniert.



Welche Ziele verfolgt RubiN?

Diese neue Versorgungsform soll positiv evaluiert werden!



Wer finanziert RubiN?

RubiN wird gefördert aus GBA-Mitteln des Innovationsfonds.

Gefördert durch:



Anhang 12: Haftnotiz (Post it)

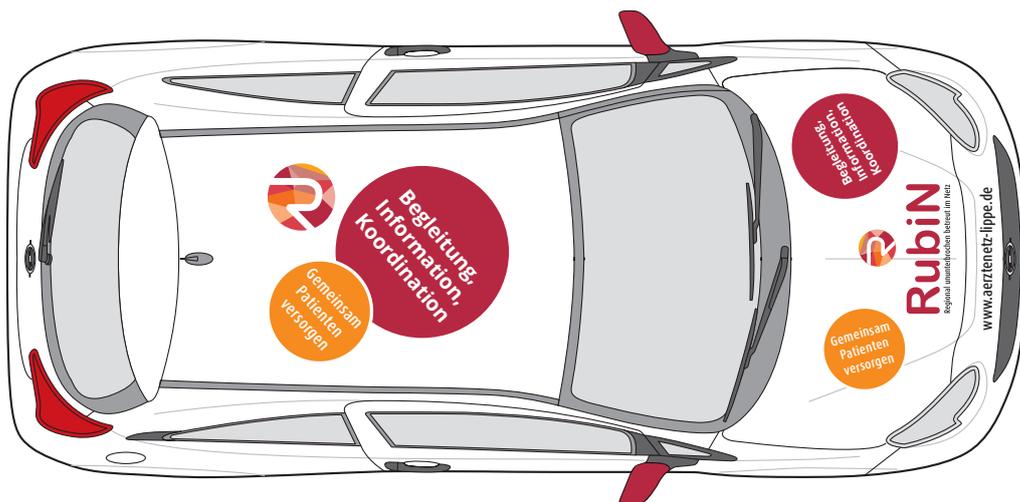
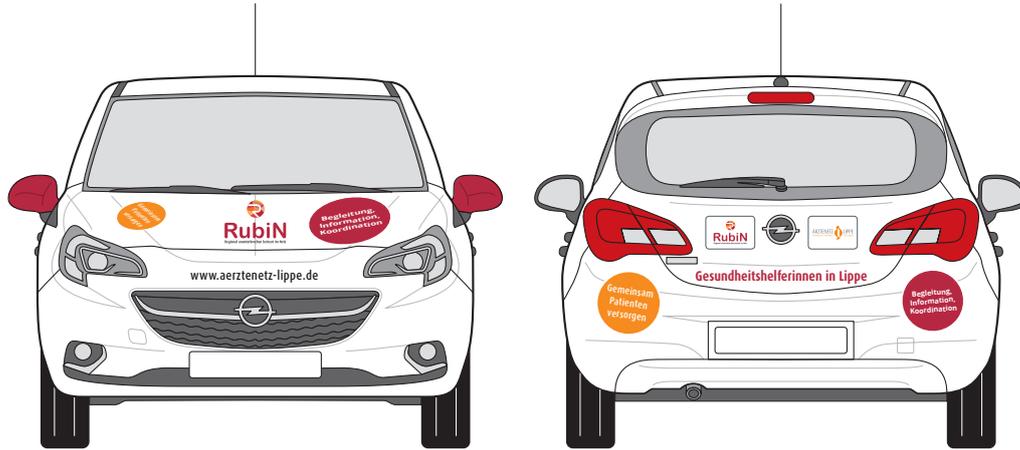


Anhang 13: Visitenkarte



Opel Corsa, 3 Tueren (2014)

1:30 L: 4.021 B: 1.740 H: 1.479 R: 2.510



Anhang 15: RubiN Aufkleber





Checkliste RubiN Projekt für die Koordinatoren Teil 1

- Fall Akte anlegen
- Angelinabogen und Einschreibung archivieren
- Kontakt zum Patienten aufnehmen
- Termin vereinbaren
- Bei Ablehnung dokumentieren
- Hausbesuch durchführen
- Assessments nach Standard durchführen
- Assessment dokumentieren
- Assessment auswerten
- Patienten und gegebenenfalls deren Angehörigen über das Ergebnis informieren
- Einordnung in Grad der Betreuung durchführen (leicht, mittel, schwer)
- Patienten über das weitere Vorgehen aufklären
- Gemeinsam mit Patienten Hilfe Planung vornehmen
- Hilfeplan dokumentieren
- Hilfeplan umsetzen
- Patient nach Schema betreuen
- Betreuungsverlauf dokumentieren



Checkliste RubiN Projekt für die Koordinatoren Teil 2

- Kontroll- Assessment nach einem Jahr terminieren**
- Kontroll- Assessment durchführen**
- Kontroll- Assessment dokumentieren**

Schnittstellen geriatrischer Versorgung: Probleme und Lösungen

Leitfaden

Niedergelassene Fachärzte der Kontrollnetze

August/September 2020



Thema 1) Person / Hintergrund

- Bevor wir einsteigen, wäre es schön, wenn Sie sich kurz vorstellen könnten: Was hat Sie zur Arbeit/Aufnahme im Netz motiviert?
- Was bedeutet „Vernetzung“ für Sie? *Wie ist das Netz organisiert bzw. wie sind Sie innerhalb des Netzes organisiert?*
- Woran machen Sie den Erfolg von „Vernetzung“ fest?

Thema 2) Praxis

- Wie hoch schätzen Sie den Bedarf an geriatrischer Versorgung in Ihrer Praxis/Gemeinschaftspraxis ein? *Wie viele geriatrische Patienten betreuen Sie schätzungsweise pro Quartal?*
- Gibt es in Ihrer Praxis/Gemeinschaftspraxis spezielle Angebote, die sich explizit an geriatrische Patienten richten?

Thema 3) Anforderungen geriatrischer Patienten

- Was macht aus Ihrer Sicht die Versorgung geriatrischer Patienten besonders? *Was unterscheidet geriatrische Patienten von anderen Patientengruppen?*
- Inwieweit können Sie diesen Anforderungen Ihrer Meinung nach im Praxisalltag gerecht werden?

Thema 4) Organisation geriatrischer Versorgung in der Praxis

- Welche Akteure sind Ihrer Einschätzung nach für die Organisation geriatrischer Versorgung im Allgemeinen relevant? *Was macht den jeweiligen Akteur relevant?*
- Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit diesen Akteuren im Alltag? *Gibt es Standards der Zusammenarbeit? Wie gut funktioniert bspw. der Informationsaustausch mit Pflegeheimen/Klinik/Reha und*
- Wie stellen Sie sicher, dass Ihnen der Informationsaustausch mit den beteiligten Akteuren gelingt?
 - Gibt es Abstimmungsprobleme? Mit wem? Wie gehen Sie mit diesen Problemen um?
 - Wie gestaltet sich das Medikationsmanagement geriatrischer Patienten, bspw. nach einem Klinikaufenthalt?
 - Welche Kommunikationsmittel und -kanäle stehen Ihnen zur Verfügung, um versorgungsrelevante Informationen auszutauschen (Fallbesprechungen; Post/Mail/Telefon)?
 - Sind die Informationen, die Sie zur Versorgung geriatrischer Patienten von anderen Akteuren erhalten, nachvollziehbar und hilfreich? Gibt es hier Probleme?
- Welchen Einfluss haben haftungsrechtliche Fragen auf die Versorgungskoordination von geriatrischen Patienten? Gibt es ggf. Zuweisungsprobleme (-> Möglichkeiten und Grenzen von Delegation)?
- Lassen Sie uns jetzt noch einen Blick auf die Zusammenarbeit mit den Kostenträgern werfen: Gibt es hier Probleme?

Thema 5) Abschluss und Ausblick

- Zusammenfassend: Welche Vorteile bietet Ihnen die Organisation im Netz für die Versorgung geriatrischer Patienten? *Gibt es Verbesserungsbedarfe?*
- Inwieweit kann Sie ein geriatrisches Care und Case Management zusätzlich unterstützen?
- Möchten Sie abschließend noch etwas sagen, das bislang unerwähnt blieb?

Schnittstellen geriatrischer Versorgung: Probleme und Lösungen

RubiN

Leitfaden

GeschäftsführerInnen der Kontrollnetze

Juli 2020



THEMA 1) Person / Hintergrund

- Bevor wir einsteigen, wäre es schön, wenn (auch) Sie sich kurz vorstellen könnten: Was hat Sie zur Arbeit im Netz motiviert?
- Was bedeutet „Vernetzung“ für Sie?
- Woran machen Sie den Erfolg von „Vernetzung“ fest?

THEMA 2) Netz / Geriatrische Versorgungsangebote im Netz

- (Wie schätzen Sie den Bedarf an geriatrischer Versorgung in Ihrer Netzregion ein - also wie verhält sich der Anteil geriatrischer Patienten zu anderen Bevölkerungsanteilen in Ihrer Netzregion?)
- Welche Ihrer bestehenden Netzangebote fallen Ihnen für geriatrische Patienten spontan ein?

THEMA 3) Bedürfnisse geriatrischer Patienten

- Was macht aus Ihrer Sicht die Versorgung hochbetagter Patienten besonders? *Was unterscheidet geriatrische Patienten von anderen Patientengruppen?*
- Wie kann man Ihrer Meinung nach geriatrische Patienten dabei unterstützen, sich in der Versorgungslandschaft zu orientieren?

THEMA 4) Organisation geriatrischer Versorgung im Netz

- Mit Blick auf Ihr Netz: Welche Akteure / Institutionen sind Ihrer Meinung nach für eine geriatrische Versorgung (innerhalb Ihres Netzes) relevant?
- Gibt es in ihrem Netz Standards der Zusammenarbeit, die auf die Gestaltung geriatrischer Behandlungspfade zielen? *Welche sind dies?*
- Was sind Ihrer Einschätzung nach typische Schnittstellenprobleme in der Versorgung geriatrischer Patienten außerhalb eines 87b-Netzes? *Zwischen welchen Akteuren des Gesundheitswesens gestalten sich Versorgungsübergänge Ihrer Meinung nach in der Regel schwierig? Warum?*
- Verschafft Ihnen die Organisation als 87b-Netz im Hinblick auf die Versorgung geriatrischer Patienten Vorteile? *Welche Vorteile sind dies?*
 - Informationsflüsse: Inwieweit ermöglicht es Ihre Netzstruktur, dass Informationsflüsse zwischen (den eben genannten) Netzakteuren in der geriatrischen Versorgung gefördert werden? *Gibt es hier ggf. Verbesserungsbedarfe?*
 - Zusammenarbeit: Was unterscheidet Ihrer Meinung nach die Zusammenarbeit einzelner Akteure (ambulant, aber auch stationär/ärztlich als auch nicht-ärztlich) Ihres Netzes von der Zusammenarbeit der Akteure in der Regelversorgung? Sind Ihrer Meinung nach tradierte Rollenverständnisse ärztlicher und nicht-ärztlicher Akteure eine Hürde für die Zusammenarbeit im Netz? *Wenn ja: Wie lassen sich tradierte Rollenverständnisse ärztlicher und nicht-ärztlicher Akteure aufbrechen? Fallen Ihnen noch weitere Verbesserungsbedarfe ein, die die Zusammenarbeit der Akteure befördern würden?*
- Lassen Sie uns jetzt noch einen Blick auf die Zusammenarbeit mit den Kostenträgern (Pflegeversicherung, Krankenkassen, aber auch KVen) werfen: Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit den Kostenträgern? Gibt es hier Probleme? Wenn ja, welche?

THEMA 5) AUSSICHT UND ABSCHLUSS

- Aus Ihrer Sicht als Geschäftsführer/in eines Arztnetzes: Welche Entwicklungen erhoffen Sie sich im Hinblick auf geriatrische Versorgung innerhalb Ihres Netzes in den nächsten Jahren?
- Welche Möglichkeiten bietet Ihrer Meinung nach ein geriatrisches Care- und Casemanagement in diesem Zusammenhang?
- Wie möchten Sie persönlich gerne im hohen Alter versorgt werden?
- Möchten Sie abschließend noch etwas sagen, das bislang unerwähnt blieb?

Schnittstellen geriatrischer Versorgung: Probleme und Lösungen

Leitfaden

MFAs der Kontrollnetze

August/September 2020



Thema 1) Person / Hintergrund

- Wie lange arbeiten Sie bereits in Ihrer Praxis?
- Ihre Praxis ist Teil eines Arzt- bzw. Praxisnetzes: Wie präsent ist das Netz in Ihrem Arbeitsalltag? *Haben Sie bereits Erfahrung in einer Praxis außerhalb eines Netzverbundes gesammelt? Wenn ja: Was ist für Sie das Besondere an der Arbeit in einer Netzpraxis?*

Thema 2) Praxis

- Betreuen Sie viel ältere Patienten in Ihrer Praxis?
- Gibt es in Ihrer Praxis spezielle Angebote, die sich insbesondere an ältere Patienten richten?

Thema 3) Anforderungen älterer Patienten

- Was macht aus Ihrer Sicht die Versorgung von älteren Patienten besonders? *Was unterscheidet ältere Patienten von anderen Patientengruppen?*

Thema 4) Organisation geriatrischer Versorgung in der Praxis

- Gibt es Versorger außerhalb Ihrer Praxis, mit denen Sie häufiger in Kontakt sind, wenn Sie sich um die Versorgung Ihrer älteren Patienten kümmern? *Welche sind dies? Warum sind diese wichtig?*
- Wie läuft die Zusammenarbeit mit diesen Versorgern im Alltag? *Wie gut funktioniert bspw. der Informationsaustausch mit Pflegeheimen/Klinik/Reha und Fachärzten?*
- Gibt es Abstimmungsprobleme mit anderen Versorgern? Mit wem? Wie gehen Sie mit diesen Problemen um?
- Wie stehen Sie mit den anderen Versorgern in Kontakt, um Informationen auszutauschen, die Ihre älteren Patienten betreffen? (Post/Mail/Telefon; ggf. Fallbesprechungen)? *Gibt es hier Probleme? Was sollte sich verbessern?*
- Häufig nehmen ältere Patienten eine Vielzahl von Medikamenten gleichzeitig, die ihnen bspw. nach Klinikaufenthalten verschrieben werden: Fällt es Ihnen in der Regel leicht, den Überblick über die Medikamente und Dosierungen Ihrer älteren Patienten zu behalten? *Gibt es hier Probleme? Was sollte sich verbessern?*

Thema 5) Abschluss und Ausblick

- Was, glauben Sie, braucht es, damit ältere Patienten in Zukunft noch besser versorgt werden?
- Kann eine Person, wie beispielsweise eine Patientenlotsin, dabei zusätzlich unterstützen?
- Möchten Sie abschließend noch etwas sagen, das bislang unerwähnt blieb?

Schnittstellen geriatrischer Versorgung: Probleme und Lösungen

Leitfaden

Niedergelassene Hausärzte der Kontrollnetze

August/September 2020



Thema 1) Person / Hintergrund

- Bevor wir einsteigen, wäre es schön, wenn Sie sich kurz vorstellen könnten: Was hat Sie zur Arbeit/Aufnahme im Netz motiviert?
- Was bedeutet „Vernetzung“ für Sie? *Wie ist das Netz organisiert bzw. wie sind Sie innerhalb des Netzes organisiert?*
- Woran machen Sie den Erfolg von „Vernetzung“ fest?

Thema 2) Praxis

- Wie hoch schätzen Sie den Bedarf an geriatrischer Versorgung in Ihrer Praxis ein? *Wie viele geriatrische Patienten betreuen Sie schätzungsweise pro Quartal?*
- Gibt es in Ihrer Praxis spezielle Angebote, die sich explizit an geriatrische Patienten richten?

Thema 3) Anforderungen geriatrischer Patienten

- Was macht aus Ihrer Sicht die Versorgung geriatrischer Patienten besonders? *Was unterscheidet geriatrische Patienten von anderen Patientengruppen?*
- Inwieweit können Sie diesen Anforderungen Ihrer Meinung nach im Praxisalltag gerecht werden?

Thema 4) Organisation geriatrischer Versorgung in der Praxis

- Welche Akteure sind Ihrer Einschätzung nach für die Organisation geriatrischer Versorgung inner- und außerhalb Ihrer Praxis relevant? *Was macht den jeweiligen Akteur relevant?*
- Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit diesen Akteuren im Alltag? *Gibt es Standards der Zusammenarbeit? Wie gut funktioniert bspw. der Informationsaustausch mit Pflegeheimen/Klinik/Reha und Fachärzten?*
- Wie stellen Sie sicher, dass Ihnen der Informationsaustausch mit den beteiligten Akteuren gelingt?
 - Gibt es Abstimmungsprobleme? Mit wem? Wie gehen Sie mit diesen Problemen um?
 - Wie gestaltet sich das Medikationsmanagement geriatrischer Patienten, bspw. nach einem Klinikaufenthalt?
 - Welche Kommunikationsmittel und -kanäle stehen Ihnen zur Verfügung, um versorgungsrelevante Informationen auszutauschen (Fallbesprechungen; Post/Mail/Telefon)?
 - Sind die Informationen, die Sie zur Versorgung geriatrischer Patienten von anderen Akteuren erhalten, nachvollziehbar und hilfreich? Gibt es hier Probleme?
- Welchen Einfluss haben haftungsrechtliche Fragen auf die Versorgungskoordination von geriatrischen Patienten? Gibt es ggf. Zuweisungsprobleme (-> Möglichkeiten und Grenzen von Delegation)?
- Lassen Sie uns jetzt noch einen Blick auf die Zusammenarbeit mit den Kostenträgern werfen: Gibt es hier Probleme?

Thema 5) Abschluss und Ausblick

- Zusammenfassend: Welche Vorteile bietet Ihnen die Organisation im Netz für die Versorgung geriatrischer Patienten? *Gibt es Verbesserungsbedarfe?*
- Inwieweit kann Sie ein geriatrisches Care und Case Management zusätzlich unterstützen?
- Möchten Sie abschließend noch etwas sagen, das bislang unerwähnt blieb?



Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, um im Rahmen des Innovationsfondsprojektes „RubiN – Regional ununterbrochen betreut im Netz“ die Zukunft von Care und Case Management auszuloten.

Mit dem nachfolgenden Survey möchten wir erfahren, welche Szenarien Sie im Hinblick auf den Transfer und die Verstetigung von Care und Case Management im Gesundheitswesen als sinnvoll erachten. Insgesamt sollte die Beantwortung des Surveys etwa 15 Minuten in Anspruch nehmen.

Die mit einem Stern (*) gekennzeichneten Felder sind verpflichtend auszufüllen. An einigen Stellen werden Sie gebeten, Ihren Ausschluss von Szenarien in einem dafür vorgesehenen Textfeld zu begründen. Diese Angaben sind optional. Sie haben am Ende des Surveys jedoch die Möglichkeit, Ihre Kontaktdaten zu hinterlegen, damit wir Sie nachträglich telefonisch kontaktieren können. Dieses nachträgliche Telefonat dient der Besprechung der Ergebnisse und ist freiwillig.

Wir freuen uns über Ihre rege Beteiligung und wünschen Ihnen nun viel Spaß beim Ausfüllen des Surveys.

Das RubiN-Evaluationsteam des privaten Instituts für angewandte Versorgungsforschung (inav GmbH)

Teil A: Organisationszugehörigkeit

A1. Bei welcher Institution sind Sie tätig?

Kassenärztliche Vereinigung

Ärztekammer



Teil B: Die künftige Bedeutung von Care und Case Management im Gesundheitswesen

B1. Inwieweit würden Sie den nachfolgenden Aussagen zustimmen?

1 = stimme
überhaupt
nicht zu

2 = stimme
eher nicht
zu

3 = stimme
eher
zu

4 = stimme
voll und
ganz zu

Kann ich
nicht
beurteilen

Care und Case Management wird in Zukunft einen wichtigen Beitrag zur Orientierung und Navigation von Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem leisten.

Care und Case Management wird in Zukunft eine zentrale Bedeutung bei der Organisation und Ausgestaltung sektorenübergreifender Versorgungsansätze zukommen.

Care und Case Management wird in Zukunft eine wichtige Rolle bei der Entlastung u.a. ambulanter/ stationärer Versorgungsstrukturen zukommen.

Teil C: Care und Case Management zwischen Delegation und Substitution

C1. Wie sollte Care und Case Management Ihrer Meinung nach künftig ausgestaltet sein?

1 = stimme
überhaupt
nicht zu

2 = stimme
eher nicht
zu

3 = stimme
eher
zu

4 = stimme
voll und
ganz zu

Kann ich
nicht
beurteilen

Ein Teil der bisher von ärztlichen Leistungserbringern der ambulanten/stationären Versorgung geleisteten koordinativen Tätigkeiten sollten künftig unter deren Verantwortung im Rahmen des Care und Case Managements von Vertretern anderer Gesundheitsberufe ausgeführt werden können.
(Delegation)



1 = stimme
überhaupt
nicht zu

2 = stimme
eher nicht
zu

3 = stimme
eher
zu

4 = stimme
voll und
ganz zu

Kann ich
nicht
beurteilen

Ein Teil der bisher von ärztlichen Leistungserbringern der ambulanten/stationären Versorgung geleisteten koordinativen Tätigkeiten sollten künftig im Rahmen des Care und Case Managements ganz in die Verantwortung von Vertretern anderer Gesundheitsberufe gegeben werden können.(Substitution)

.....

C2. Welche nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe sollten Ihrer Meinung nach – ungeachtet der derzeitigen rechtlichen Ausgestaltung – für die Ausübung des Care und Case Managements künftig infrage kommen?

1 = stimme
überhaupt
nicht zu

2 = stimme
eher nicht
zu

3 = stimme
eher
zu

4 = stimme
voll und
ganz zu

Kann ich
nicht
beurteilen

Altenpflege

.....

Arzt- und Praxishilfe /
Medizinische Fachangestellte

.....

Ernährung- und Gesundheitsberatung

.....

Gesundheits- und Krankenpflege

.....

Ernährungs- und Gesundheitsberatung

.....

Heil- und Hilfsmittelerbringer

.....

Ein gänzlich neues, nicht-ärztliches Berufsbild

.....

C3.

Welche sonstigen nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe kommen Ihrer Meinung nach künftig für die Ausübung eines Care und Case Managements infrage?

Optionale Angabe



C4.

Sie haben sich gegen das Szenario entschieden, in welchem Care und Case Management nach dem Delegationsprinzip ausgerichtet wird.

Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung im folgenden Textfeld. *Optionale Angabe*

C5.

Sie haben sich gegen das Szenario entschieden, in welchem Care und Case Management entsprechend des Substitutionsprinzips ausgerichtet wird.

Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung im folgenden Textfeld. *Optionale Angabe*

Teil D: Leistungsspektrum des Care und Case Managements

D1.

Welche Leistungen sollte ein Care und Case Manager Ihrer Meinung nach künftig erbringen dürfen?

Bitte entscheiden Sie sich für eines der beiden Szenarien.

Care und Case Management sollte eine ausschließlich unterstützende, koordinierende und beratende Funktion im Sinne eines Lotsenansatzes haben. Dies umfasst die Koordination von Leistungen sowie die Durchführung von Beratungen, die sich an der Lebenswelt der Patienten orientieren.

Care und Case Management sollte neben einer unterstützenden, koordinierenden und beratenden Funktion auch bestimmte medizinische Versorgungsleistungen erbringen.



D2. Welche unterstützenden, koordinierenden und beratenden Aufgaben sollten Care und Case Manager – vorbehaltlich einer entsprechenden Qualifikation – Ihrer Meinung nach künftig übernehmen können?

1 = stimme
überhaupt
nicht zu

2 = stimme
eher nicht
zu

3 = stimme
eher
zu

4 = stimme
voll und
ganz zu

Kann ich
nicht
beurteilen

Testgestützte Ermittlung von kognitiven,
physischen, psychischen und sozialen
Fähigkeiten

.....

Dokumentation der Patientenbeobachtung
einschließlich Medikamentenmonitoring

.....

Patientenschulungen

.....

Sozialberatung

.....

Bedarfsanalysen

.....

Abstimmung mit anderen Leistungserbringern

.....

Ernährungs- und Bewegungsberatung

.....

Soziale Aktivierung (z.B. Vermittlung von
Freizeitangeboten)

.....

Unterstützung bei Tätigkeiten des alltäglichen
Bedarfs (z.B. Lebensmittelversorgung;
Unterstützung im Haushalt)

.....

D3.

Welche sonstigen unterstützenden, koordinierenden und beratenden Aufgaben werden Care und Case Manager – vorbehaltlich einer entsprechenden Qualifikation – Ihrer Meinung nach künftig übernehmen?

Optionale Angabe



D4. Welche medizinischen Versorgungsleistungen sollte ein Care und Case Manager neben den unterstützenden, koordinierenden und beratenden Aufgaben – vorbehaltlich einer entsprechenden Qualifikation – künftig übernehmen können?

	1 = stimme überhaupt nicht zu	2 = stimme eher nicht zu	3 = stimme eher zu	4 = stimme voll und ganz zu	Kann ich nicht beurteilen
Verordnung von und Versorgung mit Medizinprodukten und Pflegehilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intravenöse Injektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Injektionen in liegende Infusionssysteme von Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venöse Blutentnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anlegen von (Kurz-)Infusionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flüssigkeitssubstitution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parenterale Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D5.

Welche sonstigen medizinischen Versorgungsleistungen wird ein Care und Case Manager neben den unterstützenden, koordinierenden und beratenden Aufgaben – vorbehaltlich einer entsprechenden Qualifikation – künftig übernehmen?

Optionale Angabe



D6.

Sie haben sich gegen das Szenario entschieden, in welchem ein Care und Case Manager auch medizinische Versorgungsleistungen erbringen kann.

Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung im folgenden Textfeld. *Optionale Angabe*

Teil E: Qualifikation eines Care und Case Managers

E1. **Über welche Qualifikation sollte ein Care und Case Manager Ihrer Meinung nach künftig verfügen?**

Ein Care und Case Manager sollte künftig mindestens eine Erstausbildung in einem nicht-ärztlichen Gesundheitsberuf absolviert haben sowie einschlägige Berufserfahrung in diesem Bereich aufweisen.

Ein Care und Case Manager sollte künftig mindestens eine akademische Erstausbildung im Gesundheitsbereich absolviert haben sowie einschlägige Berufserfahrung in diesem Bereich aufweisen.

Sowohl die berufliche als auch die akademische Erstausbildung in einem nicht-ärztlichen Gesundheitsberuf kann sinnvoll sein.

E2. **Sie haben sich für das Szenario entschieden, in welchem Care und Case Management als Ausbildungsberuf qualifiziert wird. Wir möchten Sie bitten, Ihre Antwort im Folgenden zu spezifizieren.**

1 = stimme überhaupt nicht zu 2 = stimme eher nicht zu 3 = stimme eher zu 4 = stimme voll und ganz zu Kann ich nicht beurteilen

Ein Care und Case Manager sollte künftig über die berufliche Erstausbildung in einem nicht-ärztlichen Gesundheitsberuf und Erfahrung in der Versorgungspraxis hinaus eine zertifizierte Weiterbildung zum Care und Case Manager absolviert haben.

Ein Care und Case Manager sollte künftig eine für das neue Anforderungsprofil "Care und Care Management" geschaffene Berufsausbildung absolviert haben, welche verschiedene Tätigkeitsspezialisierungen und -vertiefungen vorsieht.



E3. Sie haben sich für das Szenario entschieden, in dem das Care und Case Management als akademischer Beruf qualifiziert wird. Wir möchten Sie bitten, Ihre Antwort im Folgenden zu spezifizieren.

1 = stimme
überhaupt
nicht zu

2 = stimme
eher nicht
zu

3 = stimme
eher
zu

4 = stimme
voll und
ganz zu

Kann ich
nicht
beurteilen

Ein Care und Case Manager sollte künftig über die akademische Erstausbildung und entsprechende Berufserfahrung in der Versorgungspraxis hinaus eine zertifizierte Weiterbildung zum Care und Case Manager absolviert haben.

Ein Care und Case Manager sollte künftig eine für das neue Anforderungsprofil "Care und Care Management" geschaffene akademische Ausbildung absolviert haben, welche verschiedene Tätigkeitsspezialisierungen und -vertiefungen vorsieht.

E4. Sie haben sich für das Szenario entschieden, in welchem Care und Case Management sowohl als Ausbildungsberuf als auch als akademischer Beruf qualifiziert werden kann. Wir möchten Sie bitten, Ihre Antwort im Folgenden zu spezifizieren.

1 = stimme
überhaupt
nicht zu

2 = stimme
eher nicht
zu

3 = stimme
eher
zu

4 = stimme
voll und
ganz zu

Kann ich
nicht
beurteilen

Ein Care und Case Manager sollte künftig über die berufliche und/oder akademische Erstausbildung in einem nicht-ärztlichen Gesundheitsberuf und Erfahrung in der Versorgungspraxis hinaus eine zertifizierte Weiterbildung zum Care und Case Manager absolviert haben.

Ein Care und Case Manager sollte künftig eine für das neue Anforderungsprofil "Care und Care Management" geschaffene Berufsausbildung und/oder akademische Ausbildung absolviert haben, welche verschiedene Tätigkeitsspezialisierungen und -vertiefungen vorsieht.



E5.

Sie haben sich gegen das Szenario entschieden, in welchem eine neue Berufsausbildung für Care und Case Management als eigenständiger Beruf geschaffen werden soll.

Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung im folgenden Textfeld.*Optionale Angabe*

E6.

Sie haben sich gegen das Szenario entschieden, in welchem eine neue akademische Ausbildung für Care und Case Management als eigenes Berufsbild geschaffen werden soll.

Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung im folgenden Textfeld.*Optionale Angabe*

E7.

Sie haben sich gegen das Szenario entschieden, in welchem eine neue Berufsausbildung und/oder neue akademische Ausbildung für Care und Case Management als eigenständiger Beruf geschaffen werden soll.

Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung im folgenden Textfeld.*Optionale Angabe*



Teil F: Umsetzung von Care und Case Management

F1. Wie sollte Care und Case Management Ihrer Meinung nach künftig umgesetzt werden?

Care und Case Management sollte in der Hauptsache aufsuchend und wohnortnah erfolgen.

Care und Case Management sollte in der Hauptsache nicht aufsuchend und stattdessen zentral im Sinne einer zu konsultierenden Anlaufstelle erfolgen.

Care und Case Management wird sowohl aufsuchend/wohnortnah als auch zentral erfolgen.

F2. Bitte bewerten Sie zusätzlich folgende Option.

1 = stimme
überhaupt
nicht zu

2 = stimme
eher nicht
zu

3 = stimme
eher
zu

4 = stimme
voll und
ganz zu

Kann ich
nicht
beurteilen

Care und Case Management sollte künftig zusätzlich durch technologisch medierte Kontaktformate unterstützt werden, wie z.B. Videokonsultationen und/oder telefonisch.

F3.

Sie haben sich gegen das Szenario eines aufsuchenden und wohnortnahen Care und Case Managements entschieden.

Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung im folgenden Textfeld. *Optionale Angabe*

Teil G: Sozialrechtliche Verortung von Care und Case Management

G1. Wie sind die Leistungen des Care und Case Managements Ihrer Meinung nach im Sozialgesetzbuch zu verankern?

Care und Case Management sollte sich künftig hauptsächlich auf Leistungen aus dem SGB V konzentrieren.

Care und Case Management sollte künftig über das SGB V hinaus Leistungen aus unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern verbinden.

Das kann ich nicht beurteilen.



G2. Welche Sozialgesetzbücher über das SGB V hinaus werden im Rahmen des Care und Case Managements künftig relevant sein?

G3.

Sie haben sich gegen das Szenario entschieden, in welchem Leistungen des Care und Case Managements in unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern verankert sein sollen.

Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung im folgenden Textfeld.*Optionale Angabe*

G4.

Sie haben sich gegen das Szenario entschieden, in welchem Leistungen des Care und Case Managements auf das SGB V beschränkt sein sollen.

Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung im folgenden Textfeld.*Optionale Angabe*



Teil H: Organisationale Einbindung von Care und Case Management im Gesundheitswesen

H1. Wo sollte ein Care und Case Management Ihrer Meinung nach künftig angesiedelt sein?

Ein Care und Case Management sollte künftig ausschließlich bei vertragsärztlichen Akteuren angesiedelt sein.

Ein Care und Case Management sollte künftig neben vertragsärztlichen Akteuren auch bei mindestens einer der nachfolgenden Institutionen angesiedelt sein können: Anerkannte Arztnetze nach §87b SGB V; private Managementgesellschaften.

Das kann ich nicht beurteilen.

H2. Kann ein Care und Case Management Ihrer Meinung nach künftig auch bei bei mindestens einer der nachfolgenden Organisationen angesiedelt sein: Pflegeheime und –stützpunkte, Wohlfahrtsverbände, kommunale Institutionen (bspw. Quartiersmanagement), Kostenträger?

Ja

Nein

Das kann ich nicht beurteilen.

H3. Bei welchen der nachfolgenden Institutionen sollte ein Care und Case Management Ihrer Meinung nach künftig angesiedelt sein können?

1 = stimme überhaupt nicht zu 2 = stimme eher nicht zu 3 = stimme eher zu 4 = stimme voll und ganz zu Kann ich nicht beurteilen

Anerkannte Arztnetze nach §87b SGB V

Private Managementgesellschaften

H4. Bei welchen sonstigen Institutionen sollte ein Care und Case Management Ihrer Meinung nach künftig noch angesiedelt sein können? *Optionale Angabe*



H5. Kann ein Care und Case Management künftig zudem auch bei mindestens einer der nachfolgenden Organisationen angesiedelt sein: Pflegeheime und –stützpunkte, Wohlfahrtsverbände, kommunale Institutionen (bspw. Quartiersmanagement), Kostenträger?

Ja

Nein

Das kann ich nicht beurteilen.

H6. Welche der nachfolgenden Organisationen halten Sie für besonders geeignet?

1 = stimme überhaupt nicht zu 2 = stimme eher nicht zu 3 = stimme eher zu 4 = stimme voll und ganz zu Kann ich nicht beurteilen

Pflegeheime

Pflegestützpunkte

Kommunale Strukturen, wie z. B. Quartiersmanagement

Regionale und überregionale Wohlfahrtsverbände

Kostenträger, wie z.B. Krankenkassen

H7. Bei welchen sonstigen Organisationen sollte Ihrer Meinung nach ein Care und Case Management angesiedelt sein können? Optionale Angabe



H8.

Sie haben sich gegen das Szenario entschieden, in welchem ein Care und Case Management auch bei anderen Institutionen wie z. B. anerkannten Arztnetzen oder privaten Managementgesellschaften neben der vertragsärztlichen Versorgung angesiedelt sein kann.

Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung im folgenden Textfeld. *Optionale Angabe*

H9.

Sie haben sich gegen das Szenario entschieden, in welchem ein Care und Case Management auch bei Pflegeheimen und –stützpunkten, Wohlfahrtsverbänden, kommunalen Strukturen (bspw. Quartiersmanagement) und Kostenträgern angesiedelt sein kann.

Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung im folgenden Textfeld. *Optionale Angabe*

Teil I: Anspruch auf Leistungserbringung

I1. Was sollte Ihrer Meinung nach Voraussetzung für die Inanspruchnahme eines Care und Case Managements sein?

Die Voraussetzung für die Inanspruchnahme eines Care und Case Managements sollte diagnosespezifisch definiert sein, d. h. beispielsweise für chronisch kranke und/oder multimorbide Patientinnen und Patienten mit mehr als einem Merkmalskomplex.

Die Voraussetzung für die Inanspruchnahme eines Care und Case Managements sollte ganzheitlich an Lebenswelten ausgerichtet sein, d. h. ausschlaggebend ist nicht die Zugehörigkeit zu einer spezifischen Patientengruppe, sondern all jene auf Grundlage eines individuellen Assessments ermittelten Patientenmerkmale, die einen besonderen Beratungs- und Unterstützungsbedarf oder eine eingeschränkte Selbstmanagementfähigkeit bedingen. Dies schließt auch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention mit ein.

Beide Optionen können sinnvoll sein.



I2.

Sie haben sich gegen das Szenario entschieden, in welchem die Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Care und Case Management diagnosespezifisch ausgerichtet sein soll.

Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung im folgenden Textfeld.*Optionale Angabe*

I3.

Sie haben sich gegen das Szenario entschieden, in welchem die Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Care und Case Management ganzheitlich an den Lebenswelten ausgerichtet sein soll.

Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung im folgenden Textfeld.*Optionale Angabe*

I4. **Durch welche Akteure sollte der Bedarf für die Inanspruchnahme eines Care und Case Managements festgestellt werden können?**

1 = stimme überhaupt nicht zu	2 = stimme eher nicht zu	3 = stimme eher zu	4 = stimme voll und ganz zu	Kann ich nicht beurteilen
-------------------------------------	--------------------------------	--------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

Die Feststellung des Bedarfs für die Inanspruchnahme eines Care und Case Managements sollte durch die betreuende Ärztin oder den Arzt (Hausärztin/Hausarzt; Fachärztin/Facharzt; Krankenhausarzt/Krankenhausärztin) erfolgen können.

.....



1 = stimme
überhaupt
nicht zu

2 = stimme
eher nicht
zu

3 = stimme
eher
zu

4 = stimme
voll und
ganz zu

Kann ich
nicht
beurteilen

Die Feststellung des Bedarfs für die Inanspruchnahme eines Care und Case Managements sollte durch Heil- und Hilfsmittelerbringer erfolgen können.

Die Feststellung des Bedarfs für die Inanspruchnahme eines Care und Case Managements sollte durch die Krankenkasse erfolgen können.

Die Feststellung des Bedarfs für die Inanspruchnahme eines Care und Case Managements sollte sich am Prinzip der „Informationshoheit“ orientieren, d. h. in erster Linie die Instanz, die über den größtmöglichen Informationsumfang inklusive Diagnosen und Kontextfaktoren für ein aussagekräftiges Assessment verfügt, sollte einen Bedarf für die Inanspruchnahme eines Care und Case Managements feststellen können.

I5.

Sie haben sich gegen das Szenario entschieden, in welchem ein Heil- und Hilfsmittelerbringer den Bedarf feststellt.

Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung im folgenden Textfeld. *Optionale Angabe*



16.

Sie haben sich gegen das Szenario entschieden, in welchem die Krankenkasse den Bedarf feststellt.

Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung im folgenden Textfeld. *Optionale Angabe*

17. Welche weiteren Akteure sollten Ihrer Meinung nach künftig noch den Bedarf für ein Care und Case Managements feststellen dürfen? *Optionale Angabe*

18. Ist es Ihrer Meinung nach sinnvoll, dass Care und Case Management künftig je nach Versorgungsbedarf nach unterschiedlichen, zu definierenden Lotsengraden (analog zu Pflegegraden) verordnet werden kann?

Ja

Nein

Das kann ich nicht beurteilen.



I9.

Sie haben sich gegen das Szenario entschieden, in welchem Care und Case Management je nach Versorgungsbedarf nach unterschiedlichen, zu definierenden Lotsengraden verordnet werden kann.

Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung im folgenden Textfeld.

Optionale Angabe

Teil J: Ihre Kontaktdaten zur telefonischen Nachbesprechung der Survey-Ergebnisse

Fast geschafft!

Wie eingangs angekündigt, würden wir uns sehr darüber freuen, Ihre präferierten Transfer- und Verstetigungsszenarien in einem gemeinsamen, etwa 15-minütigen Telefonat nachbesprechen können.

Zu diesem Zweck möchten wir Sie bitten, nachfolgend Ihre Kontaktdaten sowie eine Terminpräferenz für ein solches Telefonat einzutragen. Diese Angaben sind freiwillig und dienen lediglich der Organisation und Vorbereitung des Telefonats.

Vielen Dank!

J1.

Titel	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse	<input type="text"/>
Ihr Terminwunsch für ein Telefonat	<input type="text"/>



Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

Sie sind nun am Ende des Surveys angelangt.

Wir möchten uns an dieser Stelle erneut herzlich für Ihre Zeit, Ihre engagierte Teilnahme und Ihren wichtigen Beitrag bedanken.

Sollten Sie Rückfragen an die Verantwortlichen der Befragung haben, können sie sich jederzeit gerne unter folgender Rufnummer an die Mitarbeitenden der inav GmbH wenden: 030/ 24 63 12 30

Das RubiN-Evaluationsteam des privaten Instituts für angewandte Versorgungsforschung (inav GmbH)

Szenarioerhebung zur Zukunft von Care und Case Management

RubiN

Leitfaden



Vor dem Einstieg sollte erneut der Studienkontext verdeutlicht werden:

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, sich an dem Online-Survey im Rahmen des RubiN-Projektes zu beteiligen und sich nun auch die Zeit für ein kurzes Telefoninterview nehmen.

Mein Name ist XY und ich arbeite als wissenschaftlicher Mitarbeiter für das inav. Das inav ist ein Institut für angewandte Versorgungsforschung mit Sitz in Berlin.

Bevor wir in unser Gespräch einsteigen, möchte ich Ihnen gerne noch kurz den Hintergrund dieser Befragung vorstellen.

Ziel der Befragung ist es, Ihre Szenariopräferenzen für die Ausgestaltung von Care und Casemanagement besser einordnen und kontextualisieren zu können. Dabei möchte ich gerne einige der von Ihnen genannten Aspekte aus dem Survey aufgreifen und vertiefen, gerade auch mit Blick auf von anderen Befragten abweichende Szenariopräferenzen. Der Online-Survey wurde nämlich von sowohl von Vertreter:innen weiterer Kassenärztlicher Vereinigungen als auch von Ärztekammer-Vertreter:innen ausgefüllt.

Die Teilnahme an diesem Interview ist selbstverständlich freiwillig und sie haben das Recht, Ihre Beteiligung an der Befragung jederzeit abzubrechen. Damit ich das Interview für die Auswertung anschließend auch verschriftlichen kann, wird unser Gespräch tonaufgezeichnet. Sie können sich aber sicher sein, dass wir die Inhalte unserer Gespräche hochvertraulich behandeln und sie pseudonymisiert weiterverarbeiten. Das bedeutet, dass für Dritte schlussendlich keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sein werden!

Falls Sie nach unserem Interview noch Fragen haben sollten, können Sie sich gerne an mich wenden.

Wenn Sie bereit sind, können wir nun mit dem Interview beginnen. Oder haben Sie noch Fragen, die wir im Vorfeld klären sollten?

THEMA 1) Person / Hintergrund / Erfahrungen beim Ausfüllen

- Bevor wir einsteigen, wäre es schön, wenn (auch) Sie sich kurz vorstellen könnten: Inwieweit beschäftigen Sie sich beruflich mit dem Thema Care und Case Management?
- Vorab: Wie erging es Ihnen beim Ausfüllen des Surveys? Welche Themen/Antwortmöglichkeiten fehlten Ihnen?

THEMA 2) Delegation vs. Substitution

Auf die Frage nach der Ausgestaltung von CCM hatten Sie die Wahl zwischen Substitutions- und Delegations-szenarien. Sie tendierten – wie die Mehrheit der Befragten – eher zu Delegationsmodellen mit dem Verweis, dass **Substitution zu einer fehlenden Akzeptanz der Ärzteschaft** führen könnte.

- Wie ist die fehlende Akzeptanz von Ärzt:innen für Substitutionsmodelle Ihrer Meinung nach begründet?

THEMA 3) Nicht-ärztliche Berufsbilder

Auf die Frage, ob nicht ein **gänzlich neues, nicht-ärztliches Berufsbild** für die Ausübung von CCM etabliert werden sollte, antworteten Sie mit einem entschiedenen „Ja“. Die Mehrheit der Befragten lehnte dies jedoch eher ab.

- Wie erklären Sie sich diese Diskrepanz/Zurückhaltung?
- Welche Vorteile bietet Ihrer Meinung nach ein gänzlich neues, nicht-ärztliches Berufsbild gegenüber bereits etablierten Berufsbildern (wie Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege, MFA, Heil- und Hilfsmittelerbringer)?

Hinsichtlich des Ausbildungsprofils von CCM antworteten Sie, dass sowohl eine **beruflich als auch eine akademische Ausbildung** möglich wäre. Entschiedene Fürsprache gab es Ihrerseits jedoch für den Punkt, dass eine **zertifizierte Weiterbildung** dazugehören sollte. Andere lehnten dies jedoch ab.

- Wie erklären Sie sich diese Diskrepanz/Zurückhaltung?
- Welche Themen sollte ein Zertifizierungscurriculum Ihrer Meinung nach umfassen?

THEMA 4) Medizinische Versorgungsleistungen

Auf die Frage, ob CCM neben einer unterstützenden, koordinierenden und beratenden Funktion **auch medizinische Versorgungsleistungen** übernehmen können soll, antworteten Sie mit „Ja“ – entgegen der Mehrheit der Befragten, die sich gegen die Übernahme von medizinischen Versorgungsleistungen aussprach. Lediglich die Verordnung von und Versorgung mit Medizinprodukten und Pflegehilfsmitteln lehnten Sie eher ab.

- Wie erklären Sie sich diese Diskrepanz/Zurückhaltung?
- Warum ist Ihnen dieser Punkt wichtig?
- Warum würden Sie Verordnungsleistungen einschränken?

THEMA 5) Anbindung von CCM

Auf die Frage nach der organisationalen Anbindung von CCM hoben Sie insbesondere **87b-Netze**, aber auch Zusammenschlüsse von **Arztpraxen außerhalb von Netzen und Kommunen** hervor. Insbesondere die 87b-Netze wurde auch von den anderen Befragten als überwiegend positiv bewertet. Wenig Zuspruch bekamen von Ihnen private Managementgesellschaften, die von den anderen aber eher positiv bewertet wurden.

- Warum schließen Sie private Managementgesellschaften eher aus?

Wenig Zuspruch bekamen auch Krankenkassen von Ihnen – deckungsgleich mit der Mehrheit der Befragten, private Managementgesellschaften, die von den anderen aber eher positiv bewertet wurden.

- Warum schließen Sie diese für die organisatorische Anbindung eher aus, gleichzeitig halten Sie diese jedoch für geeignet, um den Bedarf für ein CCM festzustellen?
- Möchten Sie abschließend noch etwas sagen, das bislang unerwähnt blieb?

Forschungsfrage: Wie gestaltet sich die aktuelle Versorgungssituation und die interprofessionelle Zusammenarbeit aus Sicht von geriatrischen Patienten innerhalb zertifizierter Arztnetze?

Interviewleitfaden

Frau/Herr Vielen Dank, dass Sie sich für das Interview bereit erklärt haben. Es geht im Folgenden um Ihre aktuelle gesundheitliche Versorgung. Das heißt, es geht um Ihre Meinung und um Ihre Sichtweise. Es gibt also kein „Richtig“ oder „Falsch“, sondern darum, wie Sie etwas sehen. Und Ihre Meinung und Ihre Sichtweise interessieren uns.

	Erzählaufforderung	Themenkomplex	Unterfragen	Memo
1	Wie geht es Ihnen denn heute?	Eisbrecher	Was macht Ihre gesundheitliche Situation heute?	Falls nichts über den Gesundheitszustand gesagt wird.
2	Wenn Sie an Ihre gesundheitliche Situation in den letzten Wochen denken, was war denn da so los?	Hinführen zum Thema	Welche gesundheitlichen Probleme sind denn in letzter Zeit aufgetreten? Wie sind Sie damit umgegangen?	

Forschungsfrage: Wie gestaltet sich die aktuelle Versorgungssituation und die interprofessionelle Zusammenarbeit aus Sicht von geriatrischen Patienten innerhalb zertifizierter Arztnetze?

Anwendung der Pictor Technique:

In der Studie geht es ja darum, wie die Versorgung für Sie und andere ältere Patienten mit Mehrfacherkrankungen innerhalb von Arztnetzen verbessert bzw. optimiert werden kann. Dazu möchte ich zunächst einmal versuchen darzustellen, wie Ihre Versorgung zum jetzigen Zeitpunkt aussieht.

Im Folgenden geht es um Ihre konkrete Versorgungssituation.

1 Aufgabenschritt:

Bitte überlegen Sie, welche Menschen, Dienste oder anderen Faktoren bei Ihrer Versorgung eine Rolle spielen. Sie überlegen bitte und erzählen mir, wer das alles ist. Ich notiere auf je einem Pfeil alle Akteure/Dienste/Faktoren, die Sie für wichtig erachten, einschließlich sich selbst.

2 Aufgabenschritt:

Bitte arrangieren Sie die Pfeile auf einem großen Blatt Papier in der Weise, dass sie etwas über die Art ihrer Beziehungen zueinander zeigen. Sie können die Richtung der Pfeile nutzen und den gesamten Raum auf dem Papier ausnutzen. Es gibt sonst keine Regeln darüber, wie das zu tun ist.

Forschungsfrage: Wie gestaltet sich die aktuelle Versorgungssituation und die interprofessionelle Zusammenarbeit aus Sicht von geriatrischen Patienten innerhalb zertifizierter Arztnetze?

3 Aufgabenschritt: Bitte erklären Sie mir die Darstellung!

Hat die Richtung der Pfeile eine besondere Bedeutung?

Gibt es einen Grund, dass dieser Pfeil näher an XXX ist als dieser Pfeil?

Wer ist für welches Problem zuständig? Wer kann wobei helfen?

Mit wem haben Sie über was geredet?

Was sind Probleme, die Ihnen begegnet sind? Wie wurde damit umgegangen?

Was könnte aus Ihrer Sicht besser laufen?

Wer weiß denn von den Anderen?

Haben Sie eine Ahnung, ob die einzelnen Versorger sich untereinander über Sie austauschen?

Wenn Sie das jetzt so anschauen und wenn Sie sich etwas wünschen könnten, was würden Sie sagen?

Zugang zu Versorgern, Termine,

Gemeinsames Behandlungsziel besprochen / herausgearbeitet?

In welcher Weise findet das bei Ihrer Behandlung / Versorgung Berücksichtigung?

Forschungsfrage: Wie gestaltet sich die aktuelle Versorgungssituation und die interprofessionelle Zusammenarbeit aus Sicht von geriatrischen Patienten innerhalb zertifizierter Arztnetze?

	Abschluss des Interviews			
	Gibt es zusätzlich noch etwas, was Sie ansprechen möchten, vielleicht etwas, was ich jetzt nicht angesprochen habe, was jedoch aus Ihrer Sicht wichtig ist?	Abschlussfrage		

Vielen Dank für das Interview. Das Gespräch mit Ihnen war sehr interessant und es haben sich ein paar neue Blickwinkel eröffnet. Danke, dass Sie sich die Zeit genommen haben und uns Ihre Sichtweise und Ihre Meinung gesagt haben.

Zum Abschluss noch die Frage, ob Sie damit einverstanden sind, dass wir die Aufzeichnung weiter verwenden.

Wenn Fragen sind, können Sie mich erreichen über... (Visitenkarte aushändigen).

Angepasster Interviewleitfaden Telefoninterviews mit PatientInnen/Angehörige – Zweitbefragung

[Name] vielen Dank, dass Sie sich für dieses Nachfolge-Interview bereit erklärt haben. Es geht im Folgenden um Ihre aktuelle gesundheitliche Versorgung und wie die Gesundheitshelferinnen von RubiN Sie dabei vielleicht unterstützen können. Vorweg: Mir sind Ihre Erfahrungen und Ihre eigenen Sichtweisen wichtig. Also es gibt hier kein „Richtig“ oder „Falsch“.

	Erzählaufforderung	Themenkomplex	Unterfragen	Memo
1	Wie geht es Ihnen heute?	Eisbrecher	Was macht Ihre gesundheitliche Situation heute?	Falls nichts über den Gesundheitszustand gesagt wird.
2	Wenn Sie an Ihre gesundheitliche Situation in den letzten Wochen denken, was war denn da so los?	Hinführen zum Thema	Welche gesundheitlichen Probleme sind denn in letzter Zeit aufgetreten? Wie sind Sie damit umgegangen? Wie sind Sie durch die letzten Wochen gekommen? Stellen die Schutzmaßnahmen vor dem Coronavirus und Maßnahmen zur Kontaktbeschränkung für sie eine Belastung dar?	
3	Wie erleben Sie die Arbeit der RubiN Gesundheitshelferinnen?		Was machen sie, was passiert bei einem Besuch? Was hat sich da Coronabedingt verändert? Finden nach wie vor Hausbesuche statt?	

Pictor Technique-Telefonkompensation:

In unserem Projekt und der Studie geht es ja darum, wie die Versorgung für Sie und andere ältere Menschen auch mit Mehrfacherkrankungen, die zu Hause leben, verbessert werden kann. Dafür interessiert mich jetzt, wie Ihre Versorgung zum jetzigen Zeitpunkt aussieht. Sie erinnern sich bestimmt an das Schaubild, das Sie im letzten Jahr dazu angefertigt haben. So ein schönes Bild können wir jetzt am Telefon leider nicht nochmal erstellen. Ich würde trotzdem gerne einmal versuchen mit Ihnen einen Überblick zu bekommen, und würde sie einfach mal fragen wer, an ihrer Versorgung alles beteiligt ist.

(1. Aufgabenschritt)

Bitte überlegen Sie bitte, welche Menschen, Dienste oder anderen Faktoren bei Ihrer Versorgung eine Rolle spielen.

Konkretisierung: Ich schreibe mit und stelle dann gegebenenfalls Nachfragen. Also, welche Akteure/Dienste/Faktoren, sind für ihre Versorgung wichtig?

(2. Aufgabenschritt:)

Ich lese mal die Liste vor [Liste vorlesen!]

Fehlt noch jemand?

Was ist mit ... [auf Schaubild vom letzten Jahr verweisen!]?

Ergänzend: Können sie noch etwas zur Rolle der Casemanagerin sagen?

3 Aufgabenschritt: Nachfragen

Wer ist für welches Problem zuständig? Wer kann wobei helfen?

Was sind Probleme, die Ihnen begegnet sind? Wie wurde damit umgegangen?

Was könnte aus Ihrer Sicht besser laufen? Was würden sie sich Wünschen?

Konkretisierung: Wie läuft es mit den Zugängen, z.B. Anfahrt zu Ärzten und Terminvergabe?

Wer weiß denn von den Anderen?

Und Haben Sie eine Ahnung, ob die einzelnen Versorger sich untereinander über Sie austauschen? Konkretisierung: Gibt es ein gemeinsames Behandlungsziel oder sonstige Absprachen zwischen x und y [konkrete Akteure nennen!]?

Persönliche Fragen:

	Abschluss des Interviews			
	Gibt es zusätzlich noch etwas, was Sie ansprechen möchten, vielleicht etwas, was ich jetzt nicht angesprochen habe, was jedoch aus Ihrer Sicht wichtig ist?	Abschlussfrage		

Vielen Dank für das Interview. Das Gespräch mit Ihnen war sehr interessant und es haben sich neue Blickwinkel eröffnet. Danke, dass Sie sich die Zeit genommen haben.

Zum Abschluss nochmal die Frage, ob Sie damit einverstanden sind, dass die Aufzeichnung von unserem Gespräch für die Auswertung verwendet werden kann.

Aufwandsentschädigung → evtl. postalisch Adresse erfragen!

Wenn Fragen sind, können Sie mich erreichen über [Telefonnummer angeben!]

Interviewleitfaden für Casemanager

Prozessevaluation

Im Rahmen der qualitativen Evaluation wird untersucht, inwieweit durch RubiN

- die Interventionsmaßnahmen akzeptiert und genutzt werden,
- sich die Kommunikation und Kollaboration zwischen den Beteiligten (Patienten, An- und Zugehörigen, Casemanagern, Leistungsanbietern) erhöht
- die Intervention protokollkonform machbar und umsetzbar ist bzw. welche förderlichen und hemmenden Faktoren vorliegen.

	Thema	Leitfrage	Check	Konkretisierung	Sons- tiges
??	Einstieg	<i>Was war der Grund bzw. die Gründe dafür, dass Sie sich für das RubiN-Projekt gemeldet haben?</i>			
1.	Qualifikation ausreichend?	Erzählen Sie mir doch kurz, wann und wie die Qualifikation zur Casemanagerin im RubiN-Projekt stattgefunden hat.			
		... und fühlten Sie sich ausreichen vorbereitet bzw. befähigt für neue Aufgaben, die Sie übernehmen mussten/wollten?	Falls ja:	Was war der wichtigste Teil der Qualifikation, dass Sie das so empfanden?	
			Falls nein:	Was hätten Sie sich noch gewünscht?	

2.	Machbarkeit und Umsetzung der Intervention	Erklären Sie mir doch einmal, wie die Patienten aus dem Rubin-Projekt zu Ihnen gekommen sind. Wie waren die Prozesse / Abläufe?		Gerne an einem Beispiel! Wie ging es dann weiter?	
		Was sind die klassischen Tätigkeiten, die Sie im Rahmen des RubiN-Projektes übernommen haben?		<ul style="list-style-type: none"> • Was war relevant? • Was waren die drei relevantesten Tätigkeiten? • Aus welchem Grund haben Sie diese drei Tätigkeiten ausgewählt? • Ggf. anhand eines Beispiels, welches Ihnen dazu einfällt. 	Pictor Techn.
				<ul style="list-style-type: none"> • Was wurde bei (fast) allen Patienten gemacht? • Was war bei (fast) allen Patienten notwendig? 	
				<ul style="list-style-type: none"> • Wen haben Sie dafür herangeholt? • Wen haben Sie für was einbezogen? 	Pictor Techn.
				<ul style="list-style-type: none"> • Was davon haben Sie auch genauso gemacht? • Bzw. unter welchen Bedingungen gab es Abweichungen? 	

3.	Förderliche und hemmende Faktoren bei der Umsetzung	Bei der Umsetzung der Versorgungsleistungen, was hat gut geklappt?		<ul style="list-style-type: none"> • Erzählen Sie mir ein Beispiel! 	
		Bei der Umsetzung der Versorgungsleistungen, wo gab es Probleme?		<ul style="list-style-type: none"> • Erzählen Sie mir ein Beispiel! • Wie sind Sie damit umgegangen? 	
	Informationsaustausch	Wie fand ein Informationsaustausch mit den Hausarztpraxen statt?		<ul style="list-style-type: none"> • Wer waren die Ansprechpartner? • Arzt? MFA? Andere? • Welche Rolle haben die MFA in den Praxen dabei gespielt? 	
4.	Passfähigkeit der Schulung für die unterschiedlichen Netze	<p>In welcher Form hat das vorhandene Schulungskonzept aus dem GeriNet eine Anpassung erfahren, bevor es in der RubiN-Studie angewendet wurde?</p> <p>Welche Funktionen lassen sich gut auf alle Netze übertragen, welche sind von regionalen Gegebenheiten abhängig?</p> <p>Wie sind die Schulungsleiter auf die unterschiedlichen Strukturen, d. h. den regionalen Gegebenheiten in den vorliegenden Arztnetzen eingegangen?</p> <p>Wie fand eine Anpassung entsprechend dieser Gegebenheiten statt?</p>			<p>Teilw. durch Katja schon vorab</p>

5.	Besonderheiten innerhalb der Netzwerke	Erzählen Sie mir doch einmal, wie Sie Ihre Netzwerk- /Kooperationspartner ausgewählt haben und für die Studie gewinnen konnten.		→ Evtl. weiter oben fragen, falls die CM zuerst berichten, wie sie die Kooperationspartner akquiriert haben.	
6.	Akzeptanz der neuen Versorgungsform sowie Zufriedenheit der Patienten, An- und Zugehörigen	Haben Sie das Gefühl, dass Sie als Casemanagerin akzeptiert wurden?		Bei den Patienten? Bei den Angehörigen? Bei den Hausärzten? In den Gesundheitsnetzen?	Quantitati v d. KG Auch qualitativ?
			Falls ja:	Wie drückt sich das aus?	
			Falls ja:	Wie könnte man das aus Ihrer Sicht verbessern?	
7.	Besonderheiten innerhalb der Netzwerke	Wenn Sie sich jetzt vorstellen, Sie sollen einer neuen Casemanagerin erklären, was das RubiN-Projekt ausmacht, was wäre das?		• Was ist Ihrer Meinung nach das Besondere an diesem Projekt?	
		Wenn eine Kollegin Sie fragen würde, was das Besondere an der Tätigkeit in der RubiN-Studie ist, was würden Sie ihr sagen?		• Was würden Sie sagen, ist besonders wichtig?	

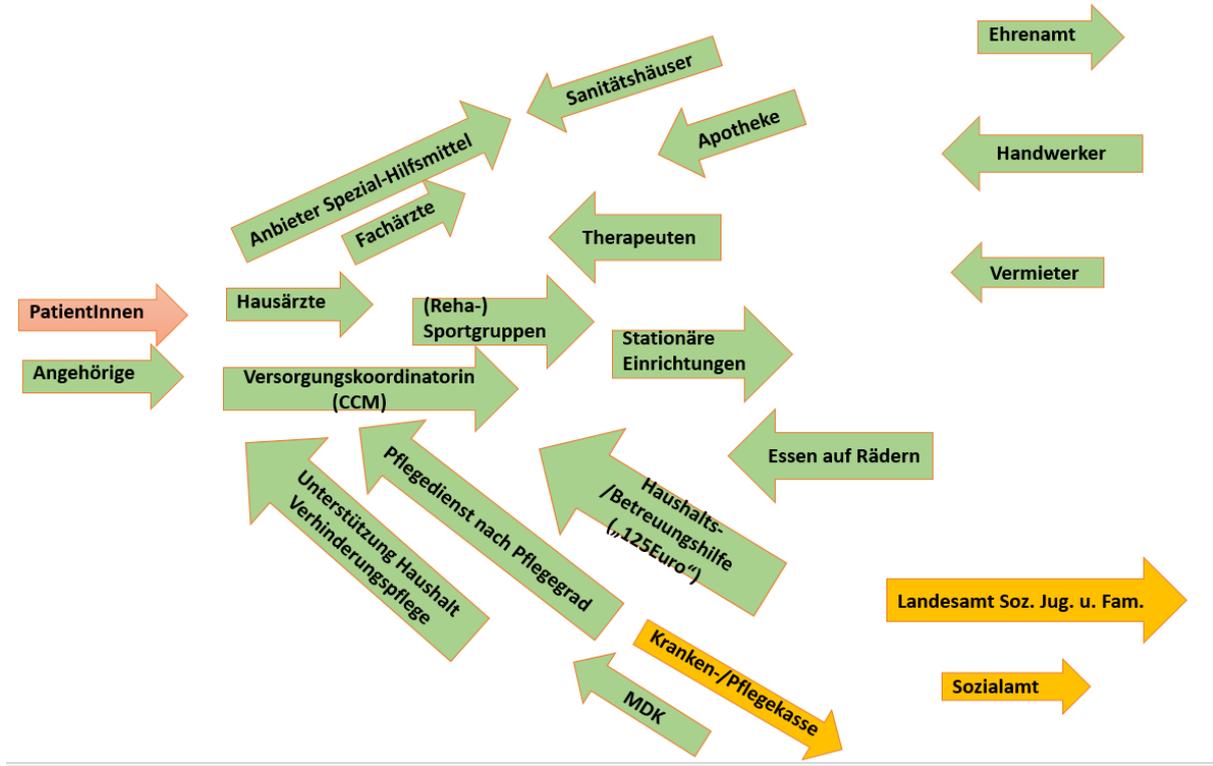
8.	Allgemein	Wenn eine Kollegin neu in die Studie kommt und Sie fragt, was es zu beachten gibt, welchen guten Rat würden Sie ihr für den Start mitgeben?	Erleben Sie bestimmte Probleme, deren Beachtung wichtig erscheint?	<ul style="list-style-type: none"> • Evtl. Zusammenfassung der wichtigsten Elemente 	
9.	Abschluss	Gibt es zusätzlich noch etwas, was Sie ansprechen möchten, vielleicht etwas, was ich jetzt nicht angesprochen habe, was jedoch aus Ihrer Sicht wichtig ist?		Abschlussfrage Zusätzliche Möglichkeit noch etwas zu erfahren, an das wir bisher nicht gedacht haben	

Vielen Dank für das Interview. Das Gespräch mit Ihnen war sehr interessant und es haben sich ein paar neue Blickwinkel eröffnet. Danke, dass Sie sich die Zeit genommen haben und uns Ihre Sichtweise und Ihre Meinung gesagt haben.

Zum Abschluss noch die Frage, ob Sie damit einverstanden sind, dass wir die Aufzeichnung weiter verwenden.

Wenn Fragen sind, können Sie mich erreichen über XXXXX

Anlage 7: TP3 Schaubild Care Management Workshop Beispiel



Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

warum ist es wichtig, dass Sie als Arzt oder Ärztin an dieser Fragebogen-Befragung im Rahmen der **RubiN-Studie** (Regional ununterbrochen betreut im Netz) teilnehmen?

Ziel von RubiN ist eine Verbesserung der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten innerhalb zertifizierter Arztnetze. Dafür wird in einigen teilnehmenden Arztnetzen das hausärztliche Praxisteam durch geriatrische Care- und Casemanager unterstützt. Uns interessiert nun, welche Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten aus Ihrer Sicht an einen Casemanager delegiert werden können und welche (weiterhin) durch das Praxisteam geleistet werden sollten. Zusätzlich werden im Fragebogen Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Praxis erfasst. Das Ausfüllen dauert ca. 15 Minuten. Vielen Dank, dass Sie an der Befragung im Rahmen der **RubiN-Studie** teilnehmen und dazu beitragen, dass die Versorgungslage von geriatrischen Patientinnen und Patienten weiter untersucht werden kann.

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen folgende Hinweise:

- Entscheiden Sie sich bitte **in jedem Fall für eine Antwort**. Im Zweifelsfall können Sie das ankreuzen, was vergleichsweise "eher" für Sie zutrifft.
- Ihre Angaben werden **anonym erhoben** und selbstverständlich **streng vertraulich** behandelt und **nicht an Dritte** weitergegeben.

**Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.
Bitte wenden Sie sich an:**

Dr. phil. Fabian Engler M.A.
Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main
Tel.: 069-6301-6281; E-Mail: f.engler@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

1. Ihr Geschlecht:

- männlich
- weiblich
- divers

2. Ihr Alter:

Jahre

3. Sind Sie niedergelassen?

- Nein
- Ja, seit:

4. Sind Sie angestellt?

- Nein
- Ja, seit:

5. Dauer der ärztlichen Tätigkeit, seit Abschluss des Studiums:

Jahre

6. Anzahl der in der Praxis bzw. Praxisgemeinschaft beschäftigten Ärzte (inkl. Ihnen selbst und inkl. Ärzte in Weiterbildung)

Ärzte

7. Anzahl der in der Praxis bzw. Praxisgemeinschaft beschäftigten nichtärztlichen Mitarbeiter:

nichtärztliche Mitarbeiter

8. Welche Facharztqualifikation haben Sie?

Facharzt für Allgemeinmedizin

Facharzt für Innere Medizin

Arzt in Weiterbildung (AiW) zum:

Andere Facharztqualifikation:

Weiterbildungen (z.B. Curriculum Geriatrische Grundversorgung, Palliativmedizin):

9. In welcher Praxisform arbeiten Sie?

- Einzelpraxis
- Gemeinschaftspraxis (inkl. Versorgungszentrum, MVZ)
- Berufsausübungsgemeinschaft o. ä.
- Andere:

**10. Praxisgröße (bezogen auf die Praxis insgesamt),
Anzahl der gesetzlich Versicherten (KV und Selektivverträge) im letzten Quartal**

- bis 499
- 500 bis 999
- 1000 bis 1499
- 1500 bis 1999
- 2000 und mehr
- nicht bekannt

11. Wo liegt die Praxis, in der Sie arbeiten?

- Großstadt mit mehr als 100.000 Einwohnern
- Größere Kleinstadt mit 20.000 bis 100.000 Einwohnern
- Ländliche Kleinstadt mit 5.000 bis 20.000 Einwohnern
- Dörfliche Siedlung mit weniger als 5.000 Einwohnern
- Weiß ich nicht

12. Welchem Ärztenetz gehören Sie an?

- Praxisnetz Herzogtum Lauenburg
- pleXxon
- Ärztenetz Lippe
- Gesundheitsregion Siegerland
- Leipziger Gesundheitsnetz
- Genial Lingen
- MuM Medizin und Mehr
- Gesundheitsnetz Köln-Süd

13. Haben Sie bzw. hat Ihre Praxis Patienten für die RubiN-Studie eingeschlossen und betreut?

- Nein**
- Ja**
 - weniger als 5
 - weniger als 20
 - weniger als 100
 - 100 oder mehr
 - keine Angabe möglich

14. Welche der aufgelisteten Tätigkeiten könnten Ihrer Meinung nach von einem Casemanager übernommen werden?

(Bitte kreuzen Sie das jeweils zutreffende Kästchen an.)

	Nein	Ja, innerhalb der Praxis	Ja, außerhalb der Praxis
Standardisierte Erhebung des Sturzrisikos (z.B. Timed Up and go (TUG), Tinetti-Test, Esslinger Sturzrisiko-Assessment)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Standardisierte Erhebung der kognitiven Fähigkeiten (z.B. Mini-Mental-Status-Test (MMST), Syndrom Kurztest (SKT), DemTec-Test, Uhrentest)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Standardisierte Erhebung des psychiatrischen Status (z.B. Geriatrische Depressionsskala (GDS), Test zur Früherkennung von Depression und Demenz (TFDD), Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Standardisierte Erhebung des Ernährungsstatus (z.B. Mini Nutritional Assessment (MNA))	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Standardisierte Erhebung der Alltagsfähigkeit (z.B. Barthel-Index)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erhebung einer allgemeinen Anamnese	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zu Pflegegraden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zu Leistungen der Pflegeversicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zu ambulanten Pflegediensten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zu Möglichkeiten der Tagespflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zu stationären Pflegeeinrichtungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zu Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zu Grad der Behinderung, Blindengeld	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zu Rehabilitationsmaßnahmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zu Widerspruchsverfahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Beratung zu Leistungen der Krankenversicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zur Unfallversicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zur Rentenversicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zur Grundsicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zu Sozialhilfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung/Information zu Hilfsmitteln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Welche der aufgelisteten Tätigkeiten könnten Ihrer Meinung nach von einem Casemanager übernommen werden?

(Bitte kreuzen Sie das jeweils zutreffende Kästchen an.)

	Nein	Ja, innerhalb der Praxis	Ja, außerhalb der Praxis
Beratung/Information zu wohnraumverbessernden Maßnahmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung/Information zu Anbietern von Hausnotrufsystemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung/Information zu Zuzahlung, Fahrdiensten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung/Information zu Essen auf Rädern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung/Information zu Selbsthilfegruppen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung/Information zu Pflegekursen für Angehörige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung/Information zu Hospizdiensten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung/Information zu Inkontinenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung/Information zu Physiotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung/Information zu Ergotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung/Information zu Freizeitangeboten für Senioren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterstützung bei Erstellung von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterstützung bei Anträgen zu Pflegegrad (-erhöhung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterstützung bei Anträgen/Initiierung von Haushaltshilfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterstützung bei Anträgen/Initiierung von Essen auf Rädern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterstützung bei Anträgen/Initiierung von Hausnotruf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Unterstützung bei Anträgen/Initiierung von Hilfsmitteln (z.B. Rollator, Toilettensitzerhöhung)

Einbezug von Angehörigen in die Behandlung (bzw. Behandlungsplanung)

Andere, und zwar:

16. Wie sehr könnten Ihrer Meinung nach verschiedene geriatrische Patientengruppen durch den Einsatz von Casemanagern profitieren?

(Bitte kreuzen Sie das jeweils zutreffende Kästchen an.)

	Profitieren sehr stark	Profitieren stark	Profitieren wenig	Profitieren nicht	Nicht beurteilbar
Patienten mit neu festgestelltem Hilfebedarf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten mit niedrigem Hilfebedarf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten mit mittlerem Hilfebedarf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten mit hohem Hilfebedarf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten vor einem geplanten elektiven Eingriff	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten nach der Entlassung aus einer stationären Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten nach der Entlassung aus eine rehabilitativen Heilbehandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten in der Phase einer akuten Krankheitsverschlechterung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten mit kognitiven Einschränkungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten mit geringen körperlichen Einschränkungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten mit ausgeprägten körperlichen Einschränkungen (noch gehfähig)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bettlägerige Patienten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten am Übergang zu einer stationären Pflegeeinrichtung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angehörige von Patienten mit niedrigem Hilfebedarf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angehörige von Patienten mit mittlerem Hilfebedarf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angehörige von Patienten mit hohem Hilfebedarf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angehörige von Patienten mit neu aufgetretenem Hilfebedarf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere:



17. Gibt es geriatrische Patientengruppen, für die Sie regelmäßig ärztliche Hausbesuche anbieten können?

Wenn ja, welche sind das und wie oft schauen Sie ungefähr bei den Patienten vorbei?

01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
10	

18. Wenn Sie an die Versorgung Ihrer geriatrischen Patienten denken: Welche Aussagen treffen für Sie zu?

Bitte kombinieren Sie beim Ausfüllen die Fragen in der linken Spalte mit den Fragen der rechten Spalte und machen Sie immer erst ein Kreuzchen links (Frage zur Versorgungssituation) und dann ein Kreuzchen rechts (Einfluss von RubiN).

	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft		Nicht verändert	Verbessert	Verschlechtert	Letzteres nicht beurteilbar
Für wie gut versorgt halten Sie Ihre geriatrischen Patienten insgesamt?	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Wie gut fühlen Sie sich insgesamt informiert über die Versorgungssituation Ihrer geriatrischen Patienten?	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Wie gut fühlen Sie sich informiert über die fachärztliche Versorgung Ihrer geriatrischen Patienten?	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Wie gut fühlen Sie sich informiert über die pflegerische Versorgung Ihrer geriatrischen Patienten?	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Wie gut fühlen Sie sich informiert über sonstige therapeutische Maßnahmen Ihrer geriatrischen Patienten? (Physiotherapie, Logopädie etc.)	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

Wie gut fühlen Sie sich informiert über Verschlechterungszustände Ihrer geriatrischen Patienten?	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Wie gut fühlen Sie sich informiert über die Hilfsmittelbedarfe Ihrer geriatrischen Patienten?	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Wie gut fühlen Sie sich informiert über die Situation Ihrer geriatrischen Patienten nach Entlassung aus einer stationären Behandlung?	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Wie gut fühlen Sie sich informiert über die familiäre Situation Ihrer geriatrischen Patienten?	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Wie gut fühlen Sie sich informiert über die familiären Hilfsmöglichkeiten Ihrer geriatrischen Patienten?	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Wie gut fühlen Sie sich informiert über die häusliche Wohnsituation Ihrer geriatrischen Patienten?	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Wie gut fühlen Sie sich informiert über die finanzielle Situation Ihrer geriatrischen Patienten?	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Wie gut fühlen Sie sich informiert über die Fortschritte, die Ihre Patienten machen?	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

19. Welche sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Vorteile für geriatrische Patienten, die eine ganzheitliche Versorgungskoordination durch eine Casemanagerin oder einen Casemanager hat bzw. haben kann?

01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
10	

20. Welche sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Erleichterungen im Praxisalltag, die sich mit dem Einsatz von Casemanagern in der Versorgung geriatrischer Patienten erreichen lassen?

01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
10	

21. Welche Schwierigkeiten sehen Sie im Zusammenhang mit dem Einsatz von Casemanagern zur Mitbetreuung von geriatrischen Patienten?

01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
10	

22. Wenn Sie an die Versorgung Ihrer geriatrischen Patienten in der RubiN-Studie denken: wie gut treffen folgende Aussagen auf die Zusammenarbeit mit den Casemanagern zu?

(Bitte kreuzen Sie das jeweils zutreffende Kästchen an.)

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft voll zu	nicht beurteilbar/ spielt für mich keine Rolle
Mit der Zusammenarbeit war ich insgesamt sehr zufrieden.	<input type="radio"/>				
Die Kommunikation erfolgte zeitnah.	<input type="radio"/>				
Ich erhielt ausreichend Informationen.	<input type="radio"/>				
Ich konnte schnell Termine für Patienten erhalten.	<input type="radio"/>				
Der Casemanager erschien mir kompetent.	<input type="radio"/>				
Ich hatte einen persönlichen Ansprechpartner.	<input type="radio"/>				
Wir haben die zukünftige Versorgung gemeinsam besprochen.	<input type="radio"/>				
Ich konnte mir dort Rat holen.	<input type="radio"/>				
Ich wurde in die Versorgung einbezogen.	<input type="radio"/>				

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.

Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main
f.engler@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

warum ist es wichtig, dass Sie an dieser Befragung im Rahmen der **RubiN-Studie** (Regional ununterbrochen betreut im Netz) teilnehmen?

Ziel von RubiN ist eine Verbesserung und Optimierung der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten innerhalb zertifizierter Arztnetze. In einigen teilnehmenden Arztnetzen wird dazu das (haus)ärztliche Praxisteam durch geriatrische Care- und Casemanager unterstützt. Mit dem vorliegenden Fragebogen sind nun zwei Absichten verbunden:

1. Es sollen ärztliche Betreuungs- und Versorgungsleistungen, die auch ohne die Unterstützung durch ein spezialisiertes Care- und Casemanagement für geriatrische Patientinnen und Patienten erbracht werden, erfasst werden.
2. Die Möglichkeiten und Grenzen, die für den Einsatz von geriatrischen Care- und Casemanagern bestehen, sollen erfragt werden.

Uns interessiert besonders, welche Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten aus Ihrer Sicht an einen Casemanager delegiert werden können und welche (weiterhin) durch das Praxisteam geleistet werden sollten. Zusätzlich werden im Fragebogen Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Praxis erfasst. Das Ausfüllen dauert ca. 15 Minuten.

Vielen Dank, dass Sie an der Befragung im Rahmen der **RubiN-Studie** teilnehmen und dazu beitragen, dass die Versorgungslage von geriatrischen Patientinnen und Patienten weiter untersucht werden kann.

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen folgende Hinweise:

Entscheiden Sie sich bitte **in jedem Fall für eine Antwort**. Im Zweifelsfall können Sie das ankreuzen, was vergleichsweise "eher" für Sie zutrifft.

Ihre Angaben werden **anonym erfasst**, selbstverständlich **streng vertraulich** behandelt und **nicht an Dritte** weitergegeben.

Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Bitte wenden Sie sich an:

Dr. phil. Fabian Engler M.A.
Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt
am Main Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main
Tel.: 069-6301-6281; E-Mail: f.engler@allgemeinmedizin.uni-
frankfurt.de

1. Ihr Geschlecht:

- männlich
- weiblich
- divers

2. Ihr Alter:

Jahre

3. Sind Sie niedergelassen?

- Nein
- Ja, seit:

4. Sind Sie angestellt?

- Nein
- Ja, seit:

5. Dauer der ärztlichen Tätigkeit, seit Abschluss des Studiums:

Jahre

6. Anzahl der in der Praxis bzw. Praxisgemeinschaft beschäftigten Ärzte (inkl. Ihnen selbst und inkl. Ärzte in Weiterbildung)

Ärzte

7. Anzahl der in der Praxis bzw. Praxisgemeinschaft beschäftigten nichtärztlichen Mitarbeiter:

nichtärztliche Mitarbeiter

8. Welche Facharztqualifikation haben Sie?

- Facharzt für Allgemeinmedizin
- Facharzt für Innere Medizin
- Arzt in Weiterbildung (AiW) zum:
- Andere Facharztqualifikation:
- Weiterbildungen (z.B. Curriculum Geriatrische Grundversorgung, Palliativmedizin):

9. In welcher Praxisform arbeiten Sie?

- Einzelpraxis
- Gemeinschaftspraxis (inkl. Versorgungszentrum, MVZ)
- Berufsausübungsgemeinschaft o. ä.
- Andere:

10. Praxisgröße (bezogen auf die Praxis insgesamt),

Anzahl der gesetzlich Versicherten (KV und Selektivverträge) im letzten Quartal

- bis 499
- 500 bis 999
- 1000 bis 1499
- 1500 bis 1999
- 2000 und mehr
- nicht bekannt

11. Wo liegt die Praxis, in der Sie arbeiten?

- Großstadt mit mehr als 100.000 Einwohnern
- Größere Kleinstadt mit 20.000 bis 100.000 Einwohnern
- Ländliche Kleinstadt mit 5.000 bis 20.000 Einwohnern
- Dörfliche Siedlung mit weniger als 5.000 Einwohnern
- Weiß ich nicht

12. Welchem Ärztenetz gehören Sie an?

- Praxisnetz Herzogtum Lauenburg
- pleXxon
- Ärztenetz Lippe
- Gesundheitsregion Siegerland
- Leipziger Gesundheitsnetz
- Genial Lingen
- MuM Medizin und Mehr
- Gesundheitsnetz Köln-Süd

13. Haben Sie bzw. hat Ihre Praxis Patienten für die RubiN-Studie eingeschlossen und betreut?

- Nein
- Ja
 - weniger als 5
 - weniger als 20
 - weniger als 100
 - 100 oder mehr
 - keine Angabe möglich

14. Welche der aufgelisteten Tätigkeiten könnten Ihrer Meinung nach von einem Casemanager übernommen werden?

(Bitte kreuzen Sie die jeweils zutreffende Aussage an.)

	Nein	Ja, innerhalb der Praxis	Ja, außerhalb der Praxis
Standardisierte Erhebung des Sturzrisikos (z.B. Timed Up and go (TUG), Tinetti-Test, Esslinger Sturzrisiko-Assessment)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Standardisierte Erhebung der kognitiven Fähigkeiten (z.B. Mini-Mental-Status-Test (MMST), Syndrom Kurztest (SKT), DemTec-Test, Uhrentest)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Standardisierte Erhebung des psychiatrischen Status (z.B. Geriatrische Depressionsskala (GDS), Test zur Früherkennung von Depression und Demenz (TFDD), Patient Health Questionnaire (PHQ-9))	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Standardisierte Erhebung des Ernährungsstatus (z.B. Mini Nutritional Assessment (MNA))	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Standardisierte Erhebung der Alltagsfähigkeit (z.B. Barthel-Index)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erhebung einer allgemeinen Anamnese	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zu Pflegegraden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zu Leistungen der Pflegeversicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zu ambulanten Pflegediensten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zu Möglichkeiten der Tagespflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zu stationären Pflegeeinrichtungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zu Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zu Grad der Behinderung, Blindengeld	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zu Rehabilitationsmaßnahmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zu Widerspruchsverfahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zu Leistungen der Krankenversicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zur Unfallversicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zur Rentenversicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zur Grundsicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zu Sozialhilfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung/Information zu Hilfsmitteln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Welche der aufgelisteten Tätigkeiten könnten Ihrer Meinung nach von einem Casemanager übernommen werden?

(Bitte kreuzen Sie die jeweils zutreffende Aussage an.)

	Nein	Ja, innerhalb der Praxis	Ja, außerhalb der Praxis
Beratung/Information zu wohnraumverbessernden Maßnahmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung/Information zu Anbietern von Hausnotrufsystemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung/Information zu Zuzahlung, Fahrdiensten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung/Information zu Essen auf Rädern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung/Information zu Selbsthilfegruppen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung/Information zu Pflegekursen für Angehörige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung/Information zu Hospizdiensten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung/Information zu Inkontinenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung/Information zu Physiotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung/Information zu Ergotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung/Information zu Freizeitangeboten für Senioren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterstützung bei Erstellung von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterstützung bei Anträgen zu Pflegegrad (-erhöhung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterstützung bei Anträgen/Initiierung von Haushaltshilfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterstützung bei Anträgen/Initiierung von Essen auf Rädern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterstützung bei Anträgen/Initiierung von Hausnotruf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterstützung bei Anträgen/Initiierung von Hilfsmitteln (z.B. Rollator, Toilettensitzerhöhung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einbezug von Angehörigen in die Behandlung (bzw. Behandlungsplanung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere, und zwar:			
<input type="text" value="-"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text" value="-"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text" value="-"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Wie sehr könnten Ihrer Meinung nach verschiedene geriatrische Patientengruppen durch den Einsatz von Casemanagern profitieren?
(Bitte kreuzen Sie das jeweils zutreffende Kästchen an.)

	Profitieren sehr stark	Profitieren stark	Profitieren wenig	Profitieren nicht	Nicht beurteilbar
Patienten mit neu festgestelltem Hilfebedarf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten mit niedrigem Hilfebedarf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten mit mittlerem Hilfebedarf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten mit hohem Hilfebedarf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten vor einem geplanten elektiven Eingriff	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten nach der Entlassung aus einer stationären Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten nach der Entlassung aus eine rehabilitativen Heilbehandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten in der Phase einer akuten Krankheitsverschlechterung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten mit kognitiven Einschränkungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten mit geringen körperlichen Einschränkungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten mit ausgeprägten körperlichen Einschränkungen (noch gehfähig)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bettlägerige Patienten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten am Übergang zu einer stationären Pflegeeinrichtung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angehörige von Patienten mit niedrigem Hilfebedarf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angehörige von Patienten mit mittlerem Hilfebedarf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angehörige von Patienten mit hohem Hilfebedarf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angehörige von Patienten mit neu aufgetretenem Hilfebedarf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere: <input style="width: 300px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Gibt es geriatrische Patientengruppen, für die Sie regelmäßig ärztliche Hausbesuche anbieten können? Wenn ja, welche sind das und wie oft schauen Sie ungefähr bei den Patienten vorbei?

01	<input style="width: 650px; height: 20px;" type="text"/>
02	<input style="width: 650px; height: 20px;" type="text"/>
03	<input style="width: 650px; height: 20px;" type="text"/>
04	<input style="width: 650px; height: 20px;" type="text"/>

18a. Wenn Sie an die Versorgung Ihrer geriatrischen Patienten denken: Welche Aussagen treffen für Sie zu?

Bitte kombinieren Sie beim Ausfüllen die Fragen in der linken Spalte mit den Fragen der rechten Spalte und machen Sie immer erst ein Kreuzchen links (Frage zur Versorgungssituation) und dann ein Kreuzchen rechts (Einfluss von RubiN).

	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft		Nicht verändert	Verbessert	Verschlechtert	Letzteres nicht beurteilbar
Für wie gut versorgt halten Sie Ihre geriatrischen Patienten insgesamt?	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Wie gut fühlen Sie sich insgesamt informiert über die Versorgungssituation Ihrer geriatrischen Patienten?	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Wie gut fühlen Sie sich informiert über die fachärztliche Versorgung Ihrer geriatrischen Patienten?	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Wie gut fühlen Sie sich informiert über die pflegerische Versorgung Ihrer geriatrischen Patienten?	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Wie gut fühlen Sie sich informiert über sonstige therapeutische Maßnahmen Ihrer geriatrischen Patienten? (Physiotherapie, Logopädie etc.)	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Wie gut fühlen Sie sich informiert über Verschlechterungszustände Ihrer geriatrischen Patienten?	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

Fortsetzung der letzten Seite:

18. Wenn Sie an die Versorgung Ihrer geriatrischen Patienten denken: Welche Aussagen treffen für Sie zu?

Bitte kombinieren Sie beim Ausfüllen die Fragen in der linken Spalte mit den Fragen der rechten Spalte und machen Sie immer erst ein Kreuzchen links (Frage zur Versorgungssituation) und dann ein Kreuzchen rechts (Einfluss von RubiN).

	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft		Nicht verändert			Letzteres nicht beurteilbar
Wie gut fühlen Sie sich informiert über die Hilfsmittelbedarfe Ihrer geriatrischen Patienten?	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Wie gut fühlen Sie sich informiert über die Situation Ihrer geriatrischen Patienten nach Entlassung aus einer stationären Behandlung?	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Wie gut fühlen Sie sich informiert über die familiäre Situation Ihrer geriatrischen Patienten?	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Wie gut fühlen Sie sich informiert über die familiären Hilfsmöglichkeiten Ihrer geriatrischen Patienten?	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Wie gut fühlen Sie sich informiert über die häusliche Wohnsituation Ihrer geriatrischen Patienten?	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Wie gut fühlen Sie sich informiert über die finanzielle Situation Ihrer geriatrischen Patienten?	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Wie gut fühlen Sie sich informiert über die Fortschritte, die Ihre Patienten machen?	<input type="radio"/>	Durch die Teilnahme an der RubiN-Studie hat sich dies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

19. Welche sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Vorteile für geriatrische Patienten, die eine ganzheitliche Versorgungskoordination durch eine Casemanagerin oder einen Casemanager hat bzw. haben kann?

01	
02	

20. Welche sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Erleichterungen im Praxisalltag, die sich mit dem Einsatz von Casemanagern in der Versorgung geriatrischer Patienten erreichen lassen?

01	
02	

21. Welche Schwierigkeiten sehen Sie im Zusammenhang mit dem Einsatz von Casemanagern zur Mitbetreuung von geriatrischen Patienten?

01	
02	

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Den Fragebogen bitte einmal falten und mittels des beigefügten und bereits adressierten Umschlags per Post versenden.



Zufriedenheit und Akzeptanz mit der Versorgung in RubiN – Perspektive der Patienten

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen des Projekts RubiN führt das Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein am Campus Lübeck eine Befragung zur Zufriedenheit und Akzeptanz mit dem neuen Versorgungsmodell für geriatrische Patienten durch.

Durch Ihre Angaben helfen Sie uns mehr über die Zufriedenheit und Akzeptanz mit der angebotenen Versorgung zu erfahren.

Die Teilnahme an der Befragung wird etwa 10 Minuten dauern.

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Falls Sie eine Antwort korrigieren möchten, nehmen Sie die Korrektur bitte deutlich sichtbar vor und umkreisen die richtige Antwort:  

Gehen Sie bitte der Reihe nach vor, Frage für Frage. Überspringen Sie Fragen nur dann, wenn im Text ausdrücklich ein entsprechender Hinweis gegeben ist.

Bitte verwenden Sie zum Ausfüllen des Fragebogens einen Kugelschreiber.

Falls Sie Fragen kommentieren oder bei bestimmten Fragen ausführlichere Antworten geben wollen, können Sie das auf der letzten Seite des Fragebogens gerne tun.

Sollten Sie Fragen haben oder Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens benötigen, wenden Sie sich gerne an:

Ansprechpartner: PD Dr. Katja Götz

Telefonnummer: 0451 3101 8010

Email-Adresse: katja.goetz@uni-luebeck.de

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

1. Inwiefern treffen die folgenden Aussagen zu? (Bitte kreuzen Sie an.)

	Trifft voll und ganz zu					Trifft über- haupt nicht zu
	1	2	3	4	5	6
a. Der Versorgungskordinator respektiert und berücksichtigt meine Meinung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Die vom Versorgungskordinator zur Verfügung gestellten Materialien waren leicht zu verstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Der Versorgungskordinator ist auf meine Anliegen während des Gesprächs eingegangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Der Versorgungskordinator hat mich und meine Bedürfnisse ernst genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Der Versorgungskordinator konnte mir bei allen offenen Fragen weiterhelfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Seitdem ich durch den Versorgungskordinator betreut werde, hat sich mein Allgemeinbefinden verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Der Versorgungskordinator hat sehr verständlich gesprochen (wenig Fachsprache genutzt).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Bei Unklarheiten hat der Versorgungskordinator mir den Sachverhalt erneut erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

i. Der Versorgungskordinator hat auf meine Kontaktaufnahme schnell reagiert.	<input type="checkbox"/>					
j. Die Besuchstermine des Versorgungskordinators sind zu einer angemessenen Uhrzeit.	<input type="checkbox"/>					
k. Insgesamt bin ich mit der Betreuung durch den Versorgungskordinator zufrieden.	<input type="checkbox"/>					
l. Der Versorgungskordinator konnte sich in meine Lage hineinversetzen / zeigte Empathie	<input type="checkbox"/>					
m. Ich weiß, wie ich den Versorgungskordinator erreichen kann.	<input type="checkbox"/>					
n. Der Versorgungskordinator hat sich ausreichend Zeit für mich genommen.	<input type="checkbox"/>					
o. Die Anzahl der Besuchstermine durch den Versorgungskordinator ist angemessen / ausreichend.	<input type="checkbox"/>					
p. Ich habe die Art von Hilfe erhalten, die ich benötige.	<input type="checkbox"/>					
q. Ich habe keine Hemmungen mit dem Versorgungskordinatoren über meine Probleme zu sprechen.	<input type="checkbox"/>					

2. Inwiefern treffen folgende Aussagen zu? (Bitte kreuzen Sie an.)

	Trifft voll und ganz zu					Trifft über- haupt nicht zu
	1	2	3	4	5	6
a. Der Versorgungskordinator hat mir bei der Entscheidung geholfen, ob eine weitere Betreuung sinnvoll für mich ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Die Betreuung durch den Versorgungskordinator ist meiner Meinung nach sinnvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Der Versorgungskordinator berücksichtigt meine Meinung, inwiefern meine Familie einbezogen werden soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ich fühlte mich während des Gesprächs mit dem Versorgungskordinator wohl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ich habe die vom Versorgungskordinator vorgeschlagenen Angebote/Dienste in Anspruch genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Ich werde die Betreuung durch den Versorgungskordinator wieder in Anspruch nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Ich würde den Versorgungskordinator weiterempfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Die Betreuung durch den Versorgungskordinator ist hilfreich für mich (und meine Familie).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

i. Meine Familie/Partner wird durch die Betreuung durch den Versorgungskordinator entlastet.	<input type="checkbox"/>					
j. Die Empfehlungen / Angebote des Versorgungskordinators sind sinnvoll.	<input type="checkbox"/>					
k. Die Angebote haben mir geholfen, mich in meinem häuslichen Umfeld besser zu Recht zu finden.	<input type="checkbox"/>					
l. Die Angebote (z.B. Bewegungsgruppe, Kaffee-Nachmittag, basteln, Sport) haben mich dabei unterstützt, neue Kontakte zu knüpfen.	<input type="checkbox"/>					
m. Ich halte meinen Maßnahmen- und Versorgungsplan für sinnvoll.	<input type="checkbox"/>					
n. Der Versorgungskordinator hat mir dabei geholfen, mich selbst besser zu organisieren.	<input type="checkbox"/>					

3. Angaben zur Person

a. Sie sind....

männlich weiblich

b. In welchem Jahr wurden Sie geboren?

--	--	--	--

c. Ich habe einen Pflegegrad.

Kein Pflegegrad 1 2 3 4 5

d. Ich lebe allein zu Hause

ja nein

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!



Zufriedenheit und Akzeptanz mit der Versorgung in RubiN – Perspektive der Casemanager*innen

Sehr geehrte Casemanager*innen,

im Rahmen des Projekts RubiN führt das Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein am Campus Lübeck eine Befragung zur Zufriedenheit und Akzeptanz mit dem neuen Versorgungsmodell für geriatrische Patienten durch.

Durch Ihre Angaben helfen Sie uns mehr über die Zufriedenheit und Akzeptanz mit der angebotenen Versorgung zu erfahren.

Die Teilnahme an der Befragung wird etwa 10 Minuten dauern.

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Falls Sie eine Antwort korrigieren möchten, nehmen Sie die Korrektur bitte deutlich sichtbar vor und umkreisen die richtige Antwort:  

Gehen Sie bitte der Reihe nach vor, Frage für Frage. Überspringen Sie Fragen nur dann, wenn im Text ausdrücklich ein entsprechender Hinweis gegeben ist.

Bitte verwenden Sie zum Ausfüllen des Fragebogens einen Kugelschreiber.

Falls Sie Fragen kommentieren oder bei bestimmten Fragen ausführlichere Antworten geben wollen, können Sie das auf der letzten Seite des Fragebogens gerne tun.

Sollten Sie Fragen haben oder Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens benötigen, wenden Sie sich gerne an:

Ansprechpartner: PD Dr. Katja Götz

Telefonnummer: 0451 3101 8010

Email-Adresse: katja.goetz@uni-luebeck.de

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

1. Inwiefern treffen die folgenden Aussagen zu? (Bitte kreuzen Sie an.)

	Trifft voll und ganz zu					Trifft über- haupt nicht zu
	1	2	3	4	5	6
a. Ich bin regional gut vernetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ich habe Kenntnisse über die regionalen Versorgungsangebote für geriatrische Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ich arbeite gern im Team.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ich respektiere die Meinung meiner Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ich gehe auf die Anliegen meiner Patienten während des Gesprächs ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Ich nehme meine Patienten mit ihren Bedürfnissen ernst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Ich unterstütze meine Patienten bei ihren Fragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Ich unterstütze die Angehörigen bei ihren Fragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ich habe das Gefühl, dass durch meine Betreuung sich das Allgemeinbefinden meiner Patienten verbessert hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Ich nehme mir ausreichend Zeit für die Betreuung meiner Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Ich erlebe die Arbeit als Casemanager*in als sinnstiftend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Ich finde Patienten mit folgenden Merkmalen schwierig in der Versorgung zu begleiten.
(Bitte kreuzen Sie an.)

	Trifft voll und ganz zu					Trifft überhaupt nicht zu
	1	2	3	4	5	6
a. ängstliche	<input type="checkbox"/>					
b. unfreundliche	<input type="checkbox"/>					
c. fordernde	<input type="checkbox"/>					
d. arrogante	<input type="checkbox"/>					
e. aggressive	<input type="checkbox"/>					
f. einsame	<input type="checkbox"/>					
g. immobile	<input type="checkbox"/>					
h. Patienten mit Demenz	<input type="checkbox"/>					
i. geringe Therapietreue	<input type="checkbox"/>					

3. Wie zufrieden sind Sie mit...? (Bitte kreuzen Sie an.)

	sehr zufrieden					sehr unzufrieden
	1	2	3	4	5	6
a. ihrem Arbeitsspektrum.	<input type="checkbox"/>					
b. ihrem Entscheidungsspielraum.	<input type="checkbox"/>					
c. dem Grad der Abwechslung Ihrer Arbeitsaufgaben.	<input type="checkbox"/>					
d. der Freiheit, eigene Arbeitsmethoden wählen zu können.	<input type="checkbox"/>					
e. Menge an Verantwortung, die Sie übertragen bekommen.	<input type="checkbox"/>					
f. der körperlichen Arbeitsbelastung.	<input type="checkbox"/>					
g. der psychischen Arbeitsbelastung.	<input type="checkbox"/>					

	sehr zufrieden					sehr unzufrieden
	1	2	3	4	5	6
h. der Zeit, die Sie für die Betreuung Ihrer Patienten haben.	<input type="checkbox"/>					
i. der Kooperation innerhalb des Ärztenetzes	<input type="checkbox"/>					
j. der Kooperation außerhalb des Ärztenetzes	<input type="checkbox"/>					
k. der Anerkennung, die Sie von ihren Patienten für Ihre Arbeit bekommen.	<input type="checkbox"/>					
l. der Anerkennung, die Sie im Ärztenetz für Ihre Arbeit bekommen.	<input type="checkbox"/>					
m. den Angeboten (z.B. Bewegungsförderung), die Sie ihren Patienten innerhalb des Ärztenetzes unterbreiten.	<input type="checkbox"/>					
n. regionalen Versorgungsangeboten (z.B. Selbsthilfegruppen) für geriatrische Patienten außerhalb des Ärztenetzes.	<input type="checkbox"/>					
o. den abrechenbaren Leistungen.	<input type="checkbox"/>					
p. Ihrem Einkommen.	<input type="checkbox"/>					
q. der Anzahl der von Ihnen zu betreuenden Patienten.	<input type="checkbox"/>					
r. der Teilnahme am Projekt RubiN.	<input type="checkbox"/>					
s. dem Austausch unter den Casemanager*innen in den verschiedenen Ärztenetzen.	<input type="checkbox"/>					
t. Insgesamt betrachtet: Wie zufrieden sind Sie mit der Arbeit als Casemanager*in.	<input type="checkbox"/>					

4. Angaben zur Person

a. Sie sind....

männlich weiblich

b. In welchem Jahr wurden Sie geboren?

--	--	--	--

c. Welchen beruflichen Hintergrund haben Sie?

d. Wie viele Patienten betreuen Sie als Casemanager*in derzeit?

--	--	--	--

e. Welche Aspekte zum Thema sind aus Ihrer Perspektive noch sehr wichtig, die wir nicht abgefragt haben?

(bitte deutlich schreiben!)

--

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!



Zufriedenheit und Akzeptanz mit der Versorgung in RubiN – Perspektive der Angehörigen

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen des Projekts RubiN führt das Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein am Campus Lübeck eine Befragung zur Zufriedenheit und Akzeptanz mit dem neuen Versorgungsmodell für geriatrische Patienten durch.

Durch Ihre Angaben helfen Sie uns mehr über die Zufriedenheit und Akzeptanz mit der angebotenen Versorgung zu erfahren.

Die Teilnahme an der Befragung wird etwa 5 Minuten dauern.

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Falls Sie eine Antwort korrigieren möchten, nehmen Sie die Korrektur bitte deutlich sichtbar vor und umkreisen die richtige Antwort:  

Gehen Sie bitte der Reihe nach vor, Frage für Frage. Überspringen Sie Fragen nur dann, wenn im Text ausdrücklich ein entsprechender Hinweis gegeben ist.

Bitte verwenden Sie zum Ausfüllen des Fragebogens einen Kugelschreiber.

Falls Sie Fragen kommentieren oder bei bestimmten Fragen ausführlichere Antworten geben wollen, können Sie das auf der letzten Seite des Fragebogens gerne tun.

Sollten Sie Fragen haben oder Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens benötigen, wenden Sie sich gerne an:

Ansprechpartner: PD Dr. Katja Götz

Telefonnummer: 0451 3101 8010

Email-Adresse: katja.goetz@uni-luebeck.de

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

h. Die Erreichbarkeit des Versorgungskoordinators war gut.	<input type="checkbox"/>					
i. Das durch den Versorgungskoordinator ausgehändigte Infomaterial war verständlich.	<input type="checkbox"/>					
j. Die Besuchstermine des Versorgungskoordinators sind zu einer angemessenen Uhrzeit.	<input type="checkbox"/>					
k. Insgesamt bin ich mit der Betreuung durch den Versorgungskoordinator zufrieden.	<input type="checkbox"/>					

2. Angaben zur Person

a. Sie sind....

männlich weiblich

b. In welchem Jahr wurden Sie geboren?

--	--	--	--

c. In welchem verwandtschaftlichen Verhältnis stehen Sie zu ihrem Angehörigen der in RubiN als Patient/ Patientin versorgt wird?

<input type="checkbox"/>	Ehepartner/-in	<input type="checkbox"/>	Lebensgefährte/-in	<input type="checkbox"/>	Tochter/ Sohn
<input type="checkbox"/>	Enkel/-in	<input type="checkbox"/>	Nichte/ Neffe	<input type="checkbox"/>	Onkel/ Tante
sonstiges: _____					

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Interviewleitfaden für Patienten - Interventionsnetze

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft an einem Interview teilzunehmen.

Hintergrund der Studie und Vorgehensweise erläutern

Aufklärung und Einverständniserklärung → unterzeichnen

Warm up

- Wie fühlen Sie sich heute?
- Wie geht es Ihnen heute gesundheitlich?
- Wie wurden Sie auf RubiN (dieses Versorgungsmodell) aufmerksam gemacht? (Wer?)
- Warum haben Sie sich dafür entschieden? (Welche Gründe waren dafür ausschlaggebend?)

Hauptteil I

- Wann haben Sie die Versorgung durch die Versorgungskordinatorin (Case-Managerin) zum letzten Mal in Anspruch genommen?
- Wie empfinden Sie die Versorgung durch die Versorgungskordinatorin (Case-Managerin)?
- Wie war der erste Kontakt?
- Bitte beschreiben Sie einen typischen Kontakt mit Ihrer Versorgungskordinatorin? (Wie wird vorgegangen?)

Hauptteil II

- Welche Angebote wurden Ihnen bisher unterbreitet?
- Welche Angebote haben Sie bisher genutzt?
- Was motiviert Sie die Versorgungskordinatorin in Anspruch zu nehmen? (Inwieweit haben Sie das bereits in Anspruch genommen?)
- Was hindert Sie daran die Versorgungskordinatorin in Anspruch zu nehmen?
- Inwiefern werden Ihre Angehörigen mit in die Versorgung eingebunden? (Wie genau? Wie bewerten Sie das?)
- Welche Veränderungen haben Sie in Ihrer gesundheitlichen Versorgung erlebt?

Schluss teil

- Was wünschen Sie sich für Ihre zukünftige gesundheitliche Versorgung?
- Haben Sie noch Anmerkungen?
- Wie haben Sie das Interview empfunden?
- Was hat Sie dazu bewogen an dem Interview teilzunehmen?

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Interviewleitfaden für Patienten - Kontrollnetze

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft an einem Interview teilzunehmen.

Hintergrund der Studie und Vorgehensweise erläutern

Aufklärung und Einverständniserklärung → unterzeichnen

Warm up

- Wie fühlen Sie sich heute? Wie geht es Ihnen heute gesundheitlich?
- Wie sieht derzeit Ihre gesundheitliche Versorgung aus?
- Wie bewerten Sie Ihre gesundheitliche Versorgung?

Hauptteil I

- Welche Unterstützung für Ihre Gesundheit bekommen Sie derzeit? (medizinisch, therapeutisch, sozial) (ggf. Beispiel nennen)
- Wie sind Sie auf die Unterstützung aufmerksam gemacht worden? Wer hat Sie auf die Unterstützung aufmerksam gemacht?
- Wer unterstützt Sie sonst in Ihrem Alltag?
- Inwiefern werden Ihre Angehörigen mit in die gesundheitliche Versorgung eingebunden? (Wie genau? Wie bewerten Sie das? Wie fühlen Sie sich dabei?)
- Welche (weitere) Unterstützung für Ihre gesundheitliche Versorgung wünschen Sie sich?

Hauptteil II

- Welche Angebote nutzen Sie außerhalb der medizinischen Versorgung? (Selbsthilfegruppen, Sportgruppen, etc.) Wer hat Sie auf die Angebote aufmerksam gemacht?
- Wie bewerten Sie die Angebote?
- Welche (weiteren) Angebote wünschen Sie sich?

Schluss teil

- Was wünschen Sie sich für Ihre zukünftige gesundheitliche Versorgung?
- Haben Sie noch Anmerkungen?
- Wie haben Sie das Interview empfunden?

- Was hat Sie dazu bewogen an dem Interview teilzunehmen?

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Interviewleitfaden für Angehörige - Interventionsnetze

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft an einem Interview teilzunehmen.

Hintergrund der Studie und Vorgehensweise erläutern

Aufklärung und Einverständniserklärung → unterzeichnen

Warm up

- Was wissen Sie über das Projekt / Versorgungsmodell RubiN?
- Wie erleben Sie persönlich die Versorgung (Ihres Angehörigen) in dem Versorgungsmodell RubiN? (ODER: Wie erleben Sie persönlich die Versorgung Ihres Angehörigen?)

Hauptteil I

- Wie waren Sie bisher in die Versorgung Ihres Angehörigen eingebunden?
- Inwiefern fühlen Sie sich verantwortlich?
- Inwieweit möchten Sie als Angehöriger mit in die Versorgung einbezogen werden?
- Worin erhoffen Sie sich als Angehörige Unterstützung durch das Versorgungsmodell RubiN?
(Beantragung von Pflegegraden, Finanzfragen, Behördengänge) Inwieweit werden Sie als Angehörige/r durch RubiN unterstützt?

Hauptteil II

- Was hat sich durch die Versorgung Ihres Angehörigen für Sie geändert?
(Wie macht sich diese Veränderung bemerkbar?)
- Was hat sich durch die Versorgung für Ihre Angehörigen verändert? (Woran merken Sie das?)
- Was kann noch verbessert werden?

Schlussteil

- Wie möchten Sie gern (im Alter) versorgt werden? (Welche Versorgung wünschen Sie sich für sich selbst?)
- Haben Sie noch Anmerkungen?

- Wie haben Sie das Interview empfunden?
- Was hat Sie dazu bewogen an dem Interview teilzunehmen?

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Interviewleitfaden für Angehörige – Kontrollnetze

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft an einem Interview teilzunehmen.

Hintergrund der Studie und Vorgehensweise erläutern

Aufklärung und Einverständniserklärung → unterzeichnen

Warm up

- Wie geht es Ihnen heute?
- Wie erleben Sie persönlich die Versorgung Ihres Angehörigen?

Hauptteil I

- Inwiefern sind Sie in die Versorgung Ihres Angehörigen eingebunden? Inwiefern fühlen Sie sich verantwortlich?
- Inwieweit möchten Sie als Angehöriger mit in die Versorgung einbezogen werden?
- Welche Unterstützung nehmen Sie in der Versorgung Ihres Angehöriger bereits wahr? (ggf. Beispiel nennen)
- Welche Unterstützung wünschen Sie sich bei der Versorgung Ihres Angehörigen? (ggf. Beispiel nennen: medizinisch/therapeutisch/sozial)

Hauptteil II

- Was hat sich durch die Versorgung Ihres Angehörigen für Sie geändert?
(Wie macht sich diese Veränderung bemerkbar?)
- Was hat sich durch die Versorgung für Ihren Angehörigen geändert? (Woran machen Sie diese Veränderung bemerkbar?)
- Wie bewerten Sie die Versorgung Ihres Angehörigen? Was kann noch verbessert werden?

Schluss teil

- Wie möchten Sie gern (im Alter) versorgt werden? (Welche Versorgung wünschen Sie sich für sich selbst?)

- Haben Sie noch Anmerkungen?
- Wie haben Sie das Interview empfunden?
- Was hat Sie dazu bewogen an dem Interview teilzunehmen?

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Interviewleitfaden für die multiprofessionellen Fokusgruppen

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft an dieser Gruppendiskussion teilzunehmen.

Hintergrund der Studie und Vorgehensweise erläutern

Aufklärung und Einverständniserklärung → unterzeichnen

Warm up (10 Min.)

- Wie sieht die Versorgung bei einem geriatrischen Patienten in der Regel aus?

Machbarkeit und Umsetzung der Intervention (20 Min.)

- Wie haben Sie die Patienten für das RubiN-Projekt ausgewählt?
- Wenn sich ein Patient für die Studienteilnahme bereit erklärt hat, wie war dann das weitere Vorgehen?
- Zu welchen Veränderungen hat die Teilnahme an dem Projekt RubiN bei der Versorgung geriatrischer Patienten geführt? (Beschreiben Sie konkrete Veränderungen an einem Beispiel)

Zusammenarbeit und Informationsaustausch (20 Min.)

- Wie läuft die Zusammenarbeit innerhalb des Praxisnetzes? (ggf. Beispiel nennen)
- Wie läuft die Zusammenarbeit außerhalb des Praxisnetzes? (ggf. Beispiel nennen)
- Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit untereinander? (Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit den Case-Managern? Wie läuft der Informationsaustausch zwischen Ihnen (den Anwesenden) ab?)
- Wie erfahren Sie, wenn es Änderungen im Versorgungsplan bei Ihren Patienten gibt?

Fördernde und hemmende Faktoren bei der Umsetzung (10 Min.)

- Wie bewerten Sie aus Ihrer Sicht die Umsetzung dieses Versorgungsmodells (RubiN)?
- Was war gut?

- Wo sehen Sie noch Verbesserungsbedarf?

Akzeptanz und Zufriedenheit mit dem Versorgungsmodell (20 Min.)

- Wie empfinden Sie das Arbeiten in solch einem Versorgungsmodell?
(Zufriedenheit/Unzufriedenheit?)
- Inwiefern können Sie sich vorstellen dauerhaft diese Versorgung ihren Patienten anzubieten?
- Welche Tätigkeiten sollten durch den Arzt bzw. die Praxis getragen werden?
- Welche Tätigkeiten können von Case-Managern für die Versorgung von geriatrischen Patienten übernommen werden?

Verbesserungsvorschläge (5 Min.)

- Was braucht es Ihrer Meinung nach noch, um die Versorgung von geriatrischen Patienten weiter auszugestalten / zu optimieren?

Abschluss (5 Min.)

- Was möchten Sie noch ansprechen, was bisher noch nicht Thema war?

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!