

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin

der Universität zu Lübeck

Direktor: Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser

**Care- und Case-Management in der interprofessionellen
Versorgung von geriatrischen Patient*innen
– eine qualitative Studie**

Inauguraldissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der Universität zu Lübeck

- aus der Sektion Medizin -

vorgelegt von

Jona Budke

aus Lönningen

Lübeck 2024

1. Berichterstatter*in: Prof. Dr. phil. Dipl.-Soz. Katja Götz

2. Berichterstatter*in: Prof. Dr. phil. Matthias Bethge

Tag der mündlichen Prüfung: 31.01.2024

Zum Druck genehmigt. Lübeck, den 06.02.2024

-Promotionskommission der Sektion Medizin-

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	VI
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	VII
1 Einleitung.....	1
1.1 Geriatrische Regelversorgung: Ist-Zustand und aktuelle Studienlage	2
1.1.1 Demographie Deutschlands.....	2
1.1.2 Aktuelle Regelversorgung.....	2
1.1.3 Anforderungen an geriatrische Versorgung	3
1.2 Neue Ansätze der geriatrischen Versorgung.....	5
1.2.1 Care- und Case-Management als Unterstützungsmöglichkeit für geriatrische Versorgung.....	6
1.2.2 RubiN	7
1.2.2.1 Merkmale der Versorgung in RubiN.....	8
1.2.3 Stand der Forschung	9
1.3 Zielsetzung und Fragestellung der Studie	12
2 Material und Methoden	13
2.1 Überblick über die Methodik	13
2.2 Qualitative Methodik	13
2.2.1 Was ist Qualitative Forschung?	13
2.2.2 Qualitative Gruppendiskussionen	14
2.2.3 Stärken qualitativer Forschung	15
2.2.4 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.....	16
2.2.5 Gütekriterien qualitativer Forschung	18
2.3 Instrumente und Hilfsmittel	20
2.3.1 Leitfaden.....	20
2.3.2 Sonstige Erhebungsinstrumente und Formulare	21
2.3.3 Technische Hilfsmittel.....	21
2.4 Stichprobe: Untersuchungsgegenstand RubiN	21
2.5 Studienablauf.....	22

2.5.1	Einschlusskriterien und Rekrutierung.....	22
2.5.2	Datenerhebung.....	23
2.5.3	Transkription.....	24
2.5.4	Auswertung	24
2.6	Datenschutz und ethische Aspekte der Studie.....	27
3	Ergebnisse	28
3.1	Soziodemographie: Beschreibung der Fokusgruppenteilnehmenden.....	28
3.2	Darstellung der inhaltlichen Ergebnisse	28
3.2.1	Rollen, Funktionen & Kooperation in RubiN	29
3.2.1.1	Tätigkeiten und Zuständigkeiten	29
3.2.1.2	Zusammenarbeit und Informationsaustausch	35
3.2.2	Determinanten in der Versorgung von Rubin	40
3.2.2.1	Wahrgenommene Veränderungen in der Versorgung.....	40
3.2.2.2	Umsetzung des Versorgungsmodells	46
3.2.3	Wünsche an die Versorgung.....	52
4	Diskussion	60
4.1	Diskussion der Fragestellung.....	60
4.2	Diskussion der Methode	61
4.2.1	Methodischer Ansatz und Studiendesign	61
4.2.2	Datenerhebung und Auswertung	61
4.2.3	Stichprobe und Sampling.....	62
4.3	Diskussion der Ergebnisse	63
4.3.1	Zusammenarbeit und Informationsaustausch	63
4.3.2	Versorgungsrelevante Veränderungen	67
4.3.3	Implementierung eines CCM in der Regelversorgung.....	71
4.4	Schlussfolgerungen	72
5	Zusammenfassung	74
6	Literaturverzeichnis.....	75
	Anhang	91
	Danksagungen.....	117

Lebenslauf	118
Eigene Veröffentlichungen	119
Eidesstattliche Versicherung	120

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CCM	Care- und Case-Management
CM	Care- und Case-Manager*in
e. V.	eingetragener Verein
ebd.	ebenda
et al.	und andere
etc.	et cetera
FG	Fokusgruppe
ggf.	gegebenenfalls
MFA	Medizinische/r Fachangestellte/r
RubiN	Regional ununterbrochen betreut im Netz
SGB	Sozialgesetzbuch
S.	Seite
UKSH	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel
z. T.	zum Teil
v. a.	vor allem

ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

Abbildung 1: Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015), wie in vorliegender Arbeit durchgeführt (eigene Abbildung).	26
Tabelle 1: Soziodemographie der Fokusgruppenteilnehmenden.....	28
Tabelle 2: Tätigkeiten und Zuständigkeiten.....	29
Tabelle 3: Zusammenarbeit und Informationsaustausch	35
Tabelle 4: Wahrgenommene Veränderungen in der Versorgung	40
Tabelle 5: Umsetzung des Versorgungsmodells	46
Tabelle 6: Wünsche an die Versorgung	52

1 EINLEITUNG

Die Gesundheit im Alter ist sowohl in individueller als auch gesellschaftlicher Hinsicht von enormer Bedeutung, da diese mit körperlichem und seelischem Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit sowie erhaltener Aktivität, Selbstständigkeit und Selbstverantwortung im Alltag einhergeht und für ein persönlich zufriedenes und sinnerfülltes Leben wichtig ist. Des Weiteren ist unsere Gesellschaft aus ökonomischen Gründen und der Notwendigkeit zur Einsparung von personell begrenzten Ressourcen im Gesundheitssystem an der Gesundheit im Alter interessiert. Der Gesundheitszustand, das Wohlbefinden und die Lebensqualität werden durch individuelle Lebensführung, angemessene medizinische und soziale Betreuung, Prävention und Rehabilitation beeinflusst. Der demographische Wandel und die damit einhergehende zunehmende Anzahl hochaltriger Menschen stellen zunehmende Anforderungen an die medizinische und pflegerische Versorgung sowie an die soziale Sicherung dar, auf die sich unsere Gesellschaft rechtzeitig vorbereiten sollte (A. Kruse et al., 2005).

In jüngster Zeit sind national und international neue Versorgungsmodelle mit dem Ziel, diesen Anforderungen sowie der komplexen medizinischen und sozialen Versorgung geriatrischer Patient*innen¹ gerechter zu werden, entstanden. Bei den neuen Versorgungsmodellen handelt es sich meist um eine koordinierte und integrierte Versorgung durch Patientenlots*innen bzw. Care- und Case-Manager*innen (CM) (vgl. Kapitel 1.2 „1.2 Neue Ansätze der geriatrischen Versorgung“). So zeigen Braeseke et al. (2018) für Deutschland unter anderem folgende Projekte auf: „Regionales Versorgungskonzept Geriatrie: Gesundheitshelfer (GH) in Lippe“, „Gemeindeschwester PLUS“ oder „Präventive Hausbesuche für ältere Münchnerinnen und Münchner“. International existieren z. B. das EU-finanzierte Horizon2020-Projekt “SELFIE” (Sustainable integrated care modeLs for multi-morbidity: delivery, FInancing and performancE) (SELFIE2020, o. J.) oder das “Queensland Nurse Navigators“-Programm (The State of Queensland (Queensland Health), o. J.).

In der folgenden Einleitung werden zuerst die aktuelle geriatrische Regelversorgung und die damit einhergehenden Anforderungen beschrieben. Anschließend werden neue Ansätze der geriatrischen Versorgung sowie der aktuelle Stand der Forschung dargestellt. Zuletzt werden die Zielsetzung und Fragestellung dieser Arbeit formuliert.

¹ Gemäß dem Leitfaden „Geschlechtersensible Sprache“ des Dezernats Chancengleichheit und Familie der Universität zu Lübeck sowie den Handlungsempfehlungen für Geschlechtervielfalt an Hochschulen der Bundeskonferenz der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten an Hochschulen e. V. wird in dieser Arbeit eine geschlechtersensible Sprache genutzt. Dafür werden sowohl der so genannte Genderstern (Patient*innen) als auch geschlechtsneutrale Formulierungen durch substantivierte Partizipien oder Adjektive wie Teilnehmende und Interessierte verwendet.

1.1 Geriatrische Regelversorgung: Ist-Zustand und aktuelle Studienlage

1.1.1 Demographie Deutschlands

Durch die zunehmend alternde Bevölkerung Deutschlands steigt auch der Anteil an geriatrischen Patient*innen im Gesundheitswesen. Die Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes prognostiziert bis 2060 einen Anstieg der Zahl der über 80-Jährigen von 5,4 Millionen im Jahr 2018 (6,5 % der Gesamtbevölkerung mit 83 Millionen) auf 7,9 bis 9,5 Millionen im Jahr 2060 (10,1 bis 12,2 % von ca. 78 Millionen Gesamtbevölkerung) (Statistisches Bundesamt, 2019). Dieses resultiert aus dem Übergang der Babyboomer-Generation, welche die geburtenreichen Jahrgänge von 1959 bis 1968 umfasst (Menning & Hoffmann, 2009), in die Altersgruppe 80 Jahre und älter sowie aus der insgesamt höheren Lebenserwartung aufgrund verbesserter Lebensbedingungen und Gesundheitsversorgung. Lag das Durchschnittsalter 1990 noch bei 39 Jahren und 2018 bei 44 Jahren, so wird es bis 2060 auf voraussichtlich 45 bis 50 Jahre steigen (Statistisches Bundesamt, 2019). Infolgedessen wird die Prävalenz von altersassoziierten Erkrankungen wie Hypertonie, Arthrose, Pneumonie, Herzinfarkt, Demenz, altersbedingte Makuladegeneration und Oberschenkelhalsfraktur bei gleich bleibenden Erkrankungswahrscheinlichkeiten steigen (Peters et al., 2010) und auch die Zahl chronisch kranker, multimorbider und hochaltriger Menschen zunehmen (Braeseke et al., 2018).

1.1.2 Aktuelle Regelversorgung

In Deutschland gibt es aufgrund der diversen historischen und politischen Konzepte der einzelnen Bundesländer keine einheitlichen geriatrischen Versorgungsstrukturen und sozialrechtlichen Verankerungen. Die Behandlung der hochbetagten geriatrischen Patient*innen findet häufig an der Grenze zwischen Pflege- und Krankenversicherung statt (van den Heuvel et al., 2014). Die fachärztliche Versorgung durch Geriater*innen erfolgt überwiegend im stationären Setting in Akutgeriatrien oder in geriatrischen Rehabilitationskliniken. Die ambulante Versorgung ist meist durch Tageskliniken an Krankenhäuser gebunden oder wird durch Allgemeinmediziner*innen oder Internist*innen in der hausärztlichen Versorgung übernommen. Niedergelassene geriatrische Fachärzt*innen existieren kaum (Kolb, 2017).

Darüber hinaus besteht für geriatrische Menschen die Möglichkeit, das umfangreiche Spektrum der Regelversorgung zu nutzen. Allerdings ist das Leistungsangebot des deutschen Gesundheitssystems durch vielfältige und segmentierte Versorgungssysteme gekennzeichnet und daher den Patient*innen und Leistungserbringer*innen meist nicht in

vollem Umfang bekannt. Das erschwert eine angemessene gesundheitliche Versorgung, insbesondere in komplexen Fällen, sodass diese nicht, nur teilweise oder erst verspätet stattfindet. Die Lebensqualität der Menschen wird dadurch beeinträchtigt und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung gefährdet (Braeseke et al., 2018). Die daraus entstehende Diskontinuität der Versorgung innerhalb und zwischen Gesundheits- und Sozialsektoren kann durch eventuell vorhandene Mobilitätseinschränkungen oder kognitive Defizite erschwert werden und z. B. zu häufigeren und unnötigen Krankenhauseinweisungen und Notaufnahmen sowie zu vorzeitigen Unterbringungen in Pflegeheimen führen (Lubitz et al., 2003).

1.1.3 Anforderungen an geriatrische Versorgung

Aufgrund der Multimorbidität geriatrischer Patient*innen weist diese Patient*innengruppe komplexe Versorgungsbedürfnisse auf, die sowohl sozioökonomische als auch medizinische und pflegerische Herausforderungen für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft bedeuten. Mit der zunehmenden Zahl alterstypischer chronischer Erkrankungen werden auch die Anzahl an Arztkontakten und Krankenhausaufenthalten sowie deren Dauer und Kosten ansteigen (Scheidt-Nave et al., 2010). Insbesondere Allgemeinmediziner*innen werden mit diesen Herausforderungen aufgrund der niedrighwelligen und wohnortnahen Primärversorgung umgehen müssen. Die Herausforderungen werden zudem durch die wachsende Anzahl älterer Menschen, einer notwendigen Integration geriatrischer und palliativer Ansätze, das hohe Durchschnittsalter der Hausärzt*innen und dem weiter ansteigenden Fachkräftemangel, insbesondere in ländlichen Gebieten, verstärkt (Stiel et al., 2020). Des Weiteren werden Hausärzt*innen in Zukunft immer mehr mit sozialen und sozialrechtlichen Beratungsanlässen multimorbider Patient*innen konfrontiert werden (Hartung & Schneider, 2016).

Nach der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2017) ist für viele multimorbide Patient*innen der Erhalt der Autonomie und Selbständigkeit das wichtigste Therapie- und Lebensziel. Ältere Menschen möchten zudem möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit verbleiben und durch Angehörige oder ambulante Pflegedienste in vertrauter Umgebung versorgt werden (Kuhlmey et al., 2010). Nach der Pflegestatistik des Bundes wurden 2019 3,3 Millionen der 4,1 Millionen Pflegebedürftigen (80 %) zu Hause versorgt. Der Großteil der häuslichen Versorgung (2,1 Millionen, 51 %) wurde allein durch Angehörige geleistet (Statistisches Bundesamt, 2020). Das selbstständige Altwerden in der eigenen Häuslichkeit könnte problematisch werden, da die Multimorbidität geriatrischer Patient*innen deren physische und psychische Funktionalität wie Mobilität, Sehen, Hören, Kontinenz und kognitive Leistungsfähigkeit, aber auch deren soziale Teilhabe und Autonomie einschränkt (Gobbens et al., 2010; Scheidt-Nave et al., 2010). Die Patient*innen

wünschen daher neben der Symptomkontrolle ihrer Krankheiten und Anleitungen zum Selbstmanagement vor allem den Erhalt bzw. die Wiedergewinnung von Funktionalität für ihre Autonomie (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2017).

Multimorbide geriatrische Patient*innen benötigen dementsprechend neben akutmedizinischen und rehabilitativen Leistungen (van den Heuvel et al., 2014) auch auf die Bedürfnisse abgestimmte präventive Versorgungsmodelle. Dafür müssen die personellen, sozialen und organisatorischen Ressourcen im Versorgungssystem gestärkt werden (Scheidt-Nave et al., 2010).

Die Inanspruchnahme zahlreicher Gesundheitsleistungen bei unterschiedlichen Leistungsanbieter*innen erfordert eine gute Kommunikation, Koordination und Vernetzung der an der Versorgung Beteiligten über die verschiedenen Sektoren der Gesundheitsversorgung hinweg. So soll während der langandauernden Behandlungen der Gesundheitszustand der Betroffenen stabil gehalten und eine adäquate Versorgung ohne Über-, Unter- oder Fehlversorgung begünstigt werden (Braeseke et al., 2018; Scheidt-Nave et al., 2010), um die knappen Ressourcen des Gesundheitssystems zu schonen und die Kosteneffizienz der Leistungserbringung zu verbessern (Klaehn et al., 2022).

Um komplexe Problemlagen bei Multimorbidität zu lösen, braucht es ausreichend Zeit für die Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Patient*innen, um zu einer gemeinsamen Entscheidung im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung zu kommen. Es erfordert zudem Zeit für die nötigen Rahmenbedingungen und vertrauensvolle Atmosphäre zu sorgen, um mit den Patient*innen Themen wie Lebensqualität und Lebenslänge sowie Ziele und Erwartungen zu besprechen. Diese haben Hausärzt*innen aufgrund der hohen Konsultationsraten jedoch oft nicht ausreichend (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2017).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die aktuell vorgehaltenen geriatrischen Versorgungskapazitäten den zukünftigen Bedarf nicht decken werden können. Aufgrund des demographischen Wandels sowie einer besseren Identifikation geriatrischer Patient*innen ist mit einer Zunahme der Behandlungsfälle um etwa 33 % zu rechnen. Dementsprechend sind elementare systematische Veränderungen notwendig (van den Heuvel et al., 2014). Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen schrieb dazu 2009 in seinem Sondergutachten „Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“:

„Der Gesundheitsversorgung stellt sich damit die in integrativer Hinsicht anspruchsvolle Aufgabe, hausärztliche und fachärztliche, ambulante und stationäre sowie pflegerische Behandlungsleistungen im Rahmen einer interdisziplinären Kooperation mit Präventionsmaßnahmen, der Rehabilitation, der Arzneimitteltherapie sowie mit Leistungen von sozialen Einrichtungen und Patientenorganisationen ziel-

und funktionsgerecht zu verzahnen.“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2009, S. 13–14)

1.2 Neue Ansätze der geriatrischen Versorgung

Bereits 1986 betonte die Weltgesundheitsorganisation in der Ottawa-Deklaration wie bedeutsam eine selbstverantwortliche, selbstständige und persönlich sinnerfüllte aktive Gestaltung des Lebens für ein gesundes Älterwerden ist. Dafür sind sowohl persönliche Kompetenzen und Ressourcen als auch Hilfen und Anregungen des sozialen, infrastrukturellen und räumlichen Umfelds von Bedeutung (A. Kruse et al., 2005).

Um dem in Kapitel 1.1.3 „Anforderungen an geriatrische Versorgung“ beschriebenen komplexem Versorgungsbedarf multimorbider Menschen gerechter zu werden, Hospitalisierungen und Rehospitalisierungen zu vermeiden sowie den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu fördern (Golden et al., 2010), wird eine koordinierte und integrierte Versorgung basierend auf dem Zusammenwirken und –arbeiten verschiedener Berufsgruppen empfohlen (Briggs et al., 2018; Frost et al., 2020).

In der integrierten Versorgung, geregelt durch § 140a SGB V Besondere Versorgung, werden die Gesundheitsleistungen nach den Bedürfnissen der Patient*innen durch ein multidisziplinäres Team sektorenübergreifend koordiniert und ausgeführt, sodass eine kontinuierliche Versorgung ohne Versorgungslücken entsteht. Es liegen zur Wirksamkeit integrierter Versorgung für multimorbide geriatrische Patient*innen aktuell zwar nahezu keine belastbaren Daten vor, jedoch lassen sich gewisse Interventionskomponenten wie multidisziplinäre Interventionen, das Selbstmanagement verstärkende Interventionen, körperliche Aktivierung, kognitive Therapieverfahren, Disease-Management und telemedizinische Interventionen unter Berücksichtigung identifizierter Besonderheiten und Hindernisse aus Erwachsenen-Studien übertragen (Göhner et al., 2021).

Es existieren in der Literatur diverse Begriffe für strukturierte Versorgungsmodelle bzw. zu integrierter Versorgung, die meist nicht genau definiert sind und z. T. synonym verwendet werden. So wird z. B. der Begriff der Patientenlots*innen (auch Gesundheits- oder Versorgungslots*innen) für haupt- oder ehrenamtliches Personal mit unterschiedlichsten Qualifikationen und Aufgaben genutzt. Patientenlots*innen können die Navigation in Kliniken übernehmen, die Versorgung koordinieren, medizinisches Personal entlasten, bei spezifischen Krankheiten Patient*innen beraten sowie präventive Aufgaben oder sozialmedizinische Beratung übernehmen (Braeseke et al., 2018).

1.2.1 Care- und Case-Management als Unterstützungsmöglichkeit für geriatrische Versorgung

Eine wichtige Komponente im Rahmen der integrierten Versorgung kann das Care- und Case-Management (CCM) darstellen (Frost et al., 2020). Case-Management kommt ursprünglich aus der sozialen Arbeit und dient der systematischen Betreuung von unterstützungsbedürftigen Menschen (Braeseke et al., 2018). Es existiert derzeit keine allgemein gültige Definition des CCM, die Begriffe ‚Care‘ und ‚Case‘ werden häufig trotz möglicher Differenzierung synonym verwendet (Reilly et al., 2015; Sandberg et al., 2014).

Die Deutsche Gesellschaft für Care- und Case-Management definiert Case-Management als

„eine bedarfsorientierte Steuerung („Management“) einer Fallsituation („Case“) zur Bewältigung einer personenbezogenen Problematik. Es erfolgt innerhalb einer Organisation und im regionalen Versorgungsgefüge. Damit ist Case Management ein das organisierte Verfahren und das regionale Versorgungsgefüge veränderndes Handlungskonzept, an dem unterschiedliche Professionen und Organisationen sektorenübergreifend beteiligt sein können.“ (DGCC, o. J.)

Care-Management, auch Netzwerkmanagement oder Systemmanagement genannt, meint auf der Ebene organisierter Versorgung „in Abgrenzung vom bedarfs- und personenbezogenen Case Management die Gestaltung personenunabhängiger Sorgestrukturen im regionalen Versorgungsgefüge (Netzwerkebene).“ (ebd.)

CCM kann dementsprechend auf unterschiedlichen Ebenen angewendet werden: zum einen auf individueller bzw. persönlicher Ebene und zum anderen auf mittlerer Ebene für Patient*innengruppen in z. B. Disease-Management-Programmen sowie auf Strukturebene in kooperierenden Netzwerken (Braeseke et al., 2018). Die individuelle Versorgung des CCM bezieht sowohl die Ressourcen der Patient*innen als auch des Gesundheitssystems mit ein, um die Effektivität der Versorgung zu verbessern und eine Fehl-, Über- oder Unterversorgung zu vermeiden (Gaertner et al., 2015).

Um die individuellen Bedürfnisse der Patient*innen zu bedienen, wird empfohlen, dass CCM verschiedene Maßnahmen für Assessment, Planung, Koordination, Überwachung und Evaluation der Versorgung beinhaltet (Sandberg et al., 2014). Die CM erfassen den Versorgungsbedarf der Patient*innen, erstellen einen personalisierten Versorgungsplan, organisieren und passen die Versorgung plangemäß an, überprüfen die Versorgungsqualität und halten den Kontakt zu den Patient*innen und anderen Leistungserbringer*innen aufrecht (World Health Organization, 2016). Sie führen zudem Hausbesuche durch, beraten die Patient*innen und ihre Angehörigen in sozialmedizinischen und versorgungsrelevanten Angelegenheiten, unterstützen bei der Vermittlung von Gesundheitsdiensten und sind z. T. dauerhaft per Mobiltelefon erreichbar

(Berthelsen & Kristensson, 2015). Einige Elemente des CCM wie Lotsen- und Koordinierungsfunktionen, soziale Beratung und Monitoring werden bereits in der Regelversorgung von einigen Hausärzt*innen und medizinischen Fachangestellt*innen (MFA), letztere v. a. mit Weiterbildung zur VERAH (Versorgungsassistent*in in der Hausarztpraxis) oder NäPA (nichtärztliche Praxisassistenten) ohne die Bezeichnung ‚CCM‘ ausgeführt (Freund et al., 2011).

1.2.2 RubiN

RubiN – ‚Regional ununterbrochen betreut im Netz‘ ist eine CCM-Intervention, die diesen Gedanken aufgreift und sich an geriatrische Patient*innen über 70 Jahre und deren Angehörigen richtet. Das Projekt wurde im Juli 2018 als prospektive kontrollierte Studie im realen Versorgungssetting angelegt. Die zentrale Fragestellung war, ob ein multiprofessionelles, sektorenübergreifendes und assessmentgestütztes CCM die Identifikation, die Versorgungssituation, den Gesundheitszustand sowie die Lebensqualität geriatrischer Patient*innen verbessert. Sie wurde auf drei Ebenen (Leistungsempfänger*innen, Leistungserbringer*innen, Praxisnetze) umfassend mit qualitativen und quantitativen Methoden und mit verschiedenen Evaluationsendpunkten untersucht. Damit sollten wichtige Informationen im Hinblick auf die spätere Übertragung des Versorgungskonzepts in die Regelversorgung gewonnen werden (Gloystein et al., 2021). Die Evaluation unterteilt sich in themenspezifische Einzelevaluationen, erstreckt sich auf vier Teilprojekte und deckt die Ergebnisevaluation, die gesundheitsökonomische Evaluation und die Prozessevaluation ab (Laag et al., 2019).

Der primäre patientenbezogene Endpunkt ist die Fähigkeit zur Bewältigung von Alltagstätigkeiten nach zwölf Monaten, gemessen anhand des Barthel-Index. Auf der Ebene der Praxisnetze wurde untersucht, ob das zuvor festgelegte Curriculum der CM mit dem tatsächlichen Aufgabenbereich übereinstimmt sowie welche Diagnose- und Versorgungsleistungen durch welche Berufsgruppe (Haus-/Fachärzt*innen, CM, Pflegedienst etc.) übernommen werden könnten und sollten (Gloystein et al., 2021).

Im vierten Teilprojekt wurden bereits die Akzeptanz und Zufriedenheit mit der neuen Versorgungsform aus der Perspektive der Patient*innen, Angehörigen und CM untersucht. Die Prozessevaluation war durchweg positiv. So erlebten z. B. die CM mehr Wertschätzung und Anerkennung in einer vielfältigen und interprofessionellen Arbeit (Götz et al., 2021). Die Patient*innen fühlten sich durch die CM sicher und hochkompetent betreut und schätzten die kontinuierliche medizinische sowie soziale Unterstützung (Wilfling et al., 2021). Auch die Angehörigen waren insgesamt sehr zufrieden (Schmitt et al., 2022).

1.2.2.1 Merkmale der Versorgung in RubiN

Die an der im RubiN-Projekt an der Versorgung Beteiligten sind an ein gemäß § 87b SGB V Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung) zertifiziertes Praxisnetz angebunden. Die Praxisnetze haben das Ziel, die Qualität, Effektivität und Effizienz der vertragsärztlichen Versorgung zu verbessern, indem sich Vertragsärzt*innen aller Fachrichtungen und Psychotherapeut*innen einer Region zu interdisziplinären, kooperativen und zusammenarbeitenden Strukturen zusammenschließen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2013).

Interventions- und Kontrollnetze

Zu den in dieser Studie befragten Interventionsnetzen gehörten das Ärztenetz Lippe, die Gesundheitsregion Siegerland, das Leipziger Gesundheitsnetz, das Netzwerk pleXxon Ammerland/Uplengen/Wiesmoor und das Praxisnetz Herzogtum-Lauenburg (PNHL). Die Interventionsnetze setzten ein regional angepasstes assessmentgestütztes CCM um. Hierfür erhielten Fachkräfte des Gesundheitswesens (Pflegefachkräfte, Ergotherapeut*innen, Altenpfleger*innen, MFA etc.) eine multiprofessionelle ‚GeriNurse‘-Schulung vom GeriNet Leipzig (GeriNet Leipzig, 2022). Der 210-stündige Lehrgang beinhaltete Themen wie Gesundheits- und Projektmanagement, Risikoidentifikation, Case-Management, Abrechnungsverfahren, Controlling und Versorgungsmanagement. Es waren durchschnittlich vier CM für 640 Patienten pro Praxisnetz verantwortlich.

Die Kontrollnetze wurden aus dem Gesundheitsnetz Köln-Süd (GKS), Medizin und Mehr Bünde (MuM) sowie dem Gesundheitsnetz im Altkreis Lingen (genial) gebildet. Hier erhielten geriatrische Patient*innen die Regelversorgung und wurden nicht durch ein CCM unterstützt (Gloystein et al., 2021). Für die hier vorliegende Studie sind die Kontrollnetze nicht von Bedeutung. Eine Befragung der Regelversorgung war für die vorliegende Arbeit nicht vorgesehen.

Projektteilnahme

In das Rubin-Projekt konnten geriatrische Patient*innen ab 70 Jahren mit mindestens zwei Punkten im ANGELINA-Fragebogen aus mindestens zwei unterschiedlichen Themenkomplexen sowie mit ausreichenden Deutschkenntnissen eingeschlossen werden. Der ANGELINA-Fragebogen ist ein Screening-Fragebogen zu den wichtigsten geriatrischen Themenbereichen wie Wohnen, Hilfebedarf, Medikation, Mobilität und Sinne und kann im Anhang eingesehen werden (Leipziger Gesundheitsnetz & GeriNet Leipzig, 2014). Privatversicherte Patient*innen, Patient*innen, dessen behandelnden Ärzt*innen nicht an einem Praxisnetz teilnahmen, sowie Patient*innen aus stationären Einrichtungen und Patient*innen mit unheilbaren oder schweren psychiatrischen Erkrankungen wurden

ausgeschlossen. Teilnehmende Patient*innen wurden freiwillig eingeschrieben und konnten jederzeit ohne Angabe von Gründen ihre Teilnahme widerrufen (Gloystein et al., 2021).

*Aufgabenbereich der Care- und Case-Manager*innen*

Die CM ermitteln den Pflegebedarf der geriatrischen Patient*innen durch ein Basisassessment, teilen diese anschließend in leichte, mittelschwere und schwere Versorgungsfälle ein, erstellen auf dessen Grundlage individuelle Versorgungspläne und passen diese dann ggfs. im Laufe der Zeit an. Sie ordnen die Versorgungsbedarfe in die soziale Gesetzgebung (vgl. nächsten Absatz) ein und gestalten in der Region ein regionales geriatricspezifisches Netzwerk, bauen also entsprechende Kommunikations- und Kooperationsstrukturen auf. Des Weiteren identifizieren sie Versorgungslücken und koordinieren die Versorgung der Patient*innen professions-, sektoren- und sozialgesetzbuchübergreifend in enger Zusammenarbeit mit den Hausärzt*innen und anderen Gesundheitsberufen des jeweiligen Praxisnetzes (Gloystein et al., 2021).

Care- und Case-Management als intersektorale und interprofessionelle Zusammenarbeit

In RubiN wurde die medizinische und soziale Versorgung kombiniert, die CM fokussierten sich auf das Leben der geriatrischen Patient*innen und nicht speziell auf deren Krankheit. Ein CCM kann jedoch nicht einfach einer eindeutigen regulatorisch-institutionellen Zuständigkeit zugeordnet werden, da sowohl medizinische, pflegerische, therapeutische als auch soziale Maßnahmen eine Rolle spielen, die über verschiedene Sozialgesetzbücher finanziert werden. Im CCM müssen also unterschiedliche Rechtsregeln aus diversen Sozialgesetzbüchern beachtet werden. Neben dem SGB V (Krankenversicherung) und XI (Pflegeversicherung) sind in RubiN auch die Sozialgesetzbücher II (Grundsicherung), VI (Rente), IX (Reha) und XII (Sozialhilfe) von Bedeutung. Auch Themen zur Vorsorge- und Patient*innenvollmacht, Schwerbehindertenausweis, Inanspruchnahme sozialer kommunaler Dienstleistungen und Einzelfallanforderungen wie z. B. häusliche Gewalt, Zwangseinweisungen, Verwahrlosungen, Abrechnungsbetrug durch Pflegedienste spielen im CCM eine Rolle. Dieses nicht vorhandene Wissen muss in den Projekten erarbeitet werden. Es muss auch erarbeitet werden, was ein CCM beinhaltet, wer es erhalten, erbringen und abrechnen darf sowie wie dieses finanziert wird (Laag et al., 2019).

1.2.3 Stand der Forschung

In Reviews und Metaanalysen stellen sich nationale sowie internationale Forschungsergebnisse bezüglich der Wirksamkeit von integrierter Versorgung oder CCM-Interventionen für geriatrische bzw. multimorbide Menschen im Allgemeinen heterogen, mit

schwachen Evidenzlagen und bestehenden Unsicherheiten dar (Braeseke et al., 2018; Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2017; Gaertner et al., 2015; Low et al., 2011; Smith et al., 2021; World Health Organization, 2016).

Die heterogenen und mit Unsicherheiten bestehenden Forschungsergebnisse in den Reviews und Metaanalysen kommen durch die Diversität der identifizierten Studien zu Stande. Die Studien unterscheiden sich vor allem im Umfang der Interventionen, der Patient*innengruppe (geriatrisch, multimorbide, palliativ, psychiatrisch), der Fokussierung auf bestimmte chronische Erkrankungen, dem Einbezug der Professionen, dem Zeitraum und Einsatzpunkt der Interventionen sowie den gemessenen Endpunkten (z. B. Krankenhausaufnahmen, Stürze, Kosten, Assessments etc.). Hinzu kommt, dass es keine einheitlichen Definitionen für Multimorbidität gibt und der Einsatz von Patientenlots*innen bzw. CM in den meisten Studien nur eine von mehreren Interventionen ausmachte, dessen Effekt dementsprechend nur schwer isoliert bewertet werden kann (Braeseke et al., 2018). Zudem gibt es ebenfalls keine einheitliche Definition von CCM, sodass dessen Anwendung international stark variiert. Die Studien sind folglich nur schwer vergleichbar.

Auch wenn derzeit noch keine hinreichenden Befunde zu patientenbezogenen Outcomes bzw. wenige Belege für die Wirksamkeit von CCM-Interventionen vorliegen, die für einen breiten Einsatz von Patientenlots*innen bzw. CM sprechen, existieren zahlreiche Studien, die auf positive Effekte einer integrierten Versorgung bzw. eines CCM hinweisen (Budde et al., 2022). Einige werden im Folgenden dargestellt.

CCM kann dabei helfen, dem komplexen Versorgungsaufwand geriatrischer Patient*innen gerechter zu werden (Low et al., 2011; Sheaff et al., 2009; You et al., 2012), da es eine Vielzahl von Interventionen umfasst, die sich sowohl auf die gesundheitlichen Bedürfnisse geriatrischer Patient*innen und die Koordination der erforderlichen Versorgung als auch auf die Berücksichtigung sozialer Aspekte konzentrieren (Berkman et al., 2000; Sandberg et al., 2014). Braeseke et al. (2018) konnten mit ihrer Übersichtsarbeit darstellen, dass ein CCM in koordinativer Hinsicht die interdisziplinäre Versorgung der an der Versorgung Beteiligten sowie das Entlass- und Überleitungsmanagement bei Krankenhausaufenthalten verbessern kann.

Die Auswirkungen von CCM auf die patient*innenbezogenen Ergebnisse wurden in mehreren Studien untersucht (Damery et al., 2016; Di Pollina et al., 2017; Golden et al., 2010), wobei der Schwerpunkt auf Krankenhausaufenthalt, Verweildauer, Krankenhauswiederaufnahme und Sterblichkeit lag. Durch die Durchführung von Hausbesuchen, das intensivere Monitoring der Patient*innen und die personalisierte Versorgung können unnötige Krankenhausaufenthalte sowie Besuche in der Notaufnahme, entstanden durch soziale Probleme, verringert werden (Di Pollina et al., 2017; Gaertner et

al., 2015; Sandberg et al., 2015). Gaertner et al. (2015) stellten fest, dass CCM darüber hinaus Pflegeheimaufenthalte, Stürze sowie die Mortalität der Patient*innen reduzieren kann. Einzelne Studien konnten Einsparungen von Kosten für stationäre Leistungen nachweisen (Braeseke et al., 2018). Smith et al. (2021) kamen zu dem Entschluss, dass möglicherweise Interventionen, die sich auf spezifische Krankheiten wie z. B. Depressionen beziehen, wirksamer als Interventionen bei multimorbiden Menschen sind. Auch das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik berichtet in seinem Policy Brief über die Wirksamkeit von Patientenlots*innen. Die Evidenz stammt allerdings überwiegend aus amerikanischen Studien in der Krebsbehandlung. Patientenlots*innen bewirken demnach auch kürzere Wartezeiten bei der Diagnostik und Behandlung, eine höhere Inanspruchnahme von Vor- und Nachsorgeuntersuchungen, eine bessere Kommunikation zwischen Gesundheitsberufen und Patient*innen sowie geringere Sterblichkeitsraten (Budde et al., 2022).

Mehrere Studien konnten zeigen, dass Vertrauen für eine erfolgreiche häusliche Pflege von geriatrischen Patient*innen essentiell ist (Muntinga et al., 2016; Sandberg et al., 2014). Wenn Patient*innen im Rahmen des CCM bzw. einer personenzentrierten Pflege eine vertrauensvolle Kontaktperson haben und die an der Versorgung Beteiligten einander vertrauen, wirkt sich dies positiv auf die Pflegesituation und die Pflegeergebnisse aus (Götz, 2021). Die personenzentrierte Pflege gilt als beste Pflegepraxis für geriatrische, multimorbide Patient*innen und erfordert eine interprofessionelle Zusammenarbeit sowie die Einbeziehung der pflegenden Angehörigen (Edvardsson et al., 2008; The American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care, 2016).

Es gibt weitere Studien, die über Verbesserungen der Patient*innenzufriedenheit und Lebensqualität berichten (Birkhäuer et al., 2017; Looman et al., 2016; Sheaff et al., 2009; Stokes et al., 2015). Diese wurden hauptsächlich von den Patient*innen selbst angegeben oder mit objektiven Instrumenten bewertet. Die Patient*innen fühlen sich durch den Einsatz von Patientenlots*innen besser informiert, zu Hause sicherer und haben weniger Ängste. Zudem werden sie dazu befähigt, besser mit den eigenen Krankheiten umzugehen (Braeseke et al., 2018). Auch der Einsatz eines hausarztbasierten CCM konnte die Lebensqualität chronisch Kranker signifikant verbessern (Freund et al., 2016). In der Studie von Battersby et al. (2007) konnte ein CCM sogar den Gesundheitszustand der Patient*innen verbessern. Di Pollina et al. (2017) zeigten, dass durch eine integrierte Versorgung mit einem multidisziplinären geriatrischen Team, das Hausbesuche durchführt, die Patient*innen vermehrt in der eigenen Häuslichkeit sterben konnten. Dieses wird von dem Großteil älterer Menschen gewünscht (Kuhlmey et al., 2010). Es liegen jedoch nur wenige Studien vor, in denen die Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Patient*innen aus diversen Perspektiven, vor allem aus der Perspektive der

Leistungserbringer*innen im Gesundheitswesen, untersucht wurden (Sandberg et al., 2014).

Klähn et al. (2022) untersuchten in einer systematischen Übersichtsarbeit die Kosteneffizienz eines CCM und konnten viele Studien mit kostengünstigen oder sogar kostensparenden Ergebnissen identifizieren. Die CCM-Interventionen der Studien variierten jedoch erheblich und es konnten keine gemeinsamen Merkmale wie CCM-Modell, Patient*innengruppe oder Ausbildung und Tätigkeiten der CM identifiziert werden, sodass es unklar bleibt, was einige CCM-Interventionen kosteneffektiv macht.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass bisher nur wenige, regional begrenzte, randomisierte kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von CCM in Anlehnung an die Deutsche Gesellschaft für CCM vorliegen und die Implementierung eines CCM im deutschen Gesundheitssystem nur langsam vorangeht (Gloystein et al., 2021). Die vorliegenden Studien sind bezüglich der Zielgruppen, Methoden und Qualität sehr heterogen, sodass Unsicherheiten über die Wirksamkeit von CCM für geriatrische Menschen bestehen bleiben. Darüber hinaus ist wenig über die Kooperation der Beteiligten und die damit verbundenen Herausforderungen bekannt (Briggs et al., 2018; Dahlke et al., 2017). Daher bedarf es dringend größere standardisierte Studien in Deutschland, die zudem auch die Langzeiteffekte eines CCM untersuchen (Gaertner et al., 2015; Smith et al., 2021).

1.3 Zielsetzung und Fragestellung der Studie

Obwohl eine integrierte und interprofessionelle Versorgung für geriatrische Patient*innen trotz uneindeutiger Evidenz im Allgemeinen empfohlen wird, ist wenig über die Kooperation der Beteiligten und die damit verbundenen Herausforderungen bekannt (Briggs et al., 2018; Dahlke et al., 2017).

Das Ziel dieser qualitativen Studie ist es daher, Erfahrungen und Einstellungen der an der Versorgung Beteiligten im Hinblick auf eine interprofessionelle Ausgestaltung der Versorgung von geriatrischen Patient*innen zu erfassen.

Um die interprofessionelle Ausgestaltung eines CCM in ihrem Umfang und ihrer Komplexität möglichst optimal abzubilden, wurden sowohl die Tätigkeiten und Zuständigkeiten der an der Versorgung Beteiligten als auch deren Zusammenarbeit und Informationsaustausch, wahrgenommene Versorgungsänderungen, Erfahrungen in der Umsetzung des Versorgungsmodells sowie weitere Wünsche bezüglich der geriatrischen Versorgung untersucht. Die vorliegende Arbeit kann daher für die weitere Ausgestaltung zukünftiger ambulanter geriatrischer Versorgungsmodelle von Bedeutung sein.

2 MATERIAL UND METHODEN

2.1 Überblick über die Methodik

Diese Arbeit ist in Zusammenhang mit dem vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses geförderten Projekt RubiN – ‚Regional ununterbrochen betreut im Netz‘ (<https://www.rubin-netzwerk.de>, Fördernummer: 01NVF17029) entstanden und Teil der qualitativen Evaluation dieses Versorgungsmodells. Sie thematisiert die Erfahrungen und Einstellungen der an der Versorgung Beteiligten im Hinblick auf eine interprofessionelle Ausgestaltung der Versorgung von geriatrischen Patient*innen. Die Reporting-Guideline COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) diente als Grundlage für das Abfassen der vorliegenden Arbeit (Tong et al., 2007).

2.2 Qualitative Methodik

2.2.1 Was ist Qualitative Forschung?

Für die vorliegende Studie wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt. Qualitative Forschung stellt eine seit Jahrzehnten etablierte Forschungsstrategie in der empirischen Sozialforschung dar. Darüber hinaus findet sie Anwendung in der Psychologie, in Kultur-, Erziehungs- und Wirtschaftswissenschaften und auch die Bedeutung in angewandten Fächern wie Sozialarbeit, Pflege- oder Gesundheitswissenschaften nimmt stetig zu (Flick et al., 2019).

Qualitative Forschung hat das Ziel, Lebenswelten aus der Sicht handelnder Menschen zu beschreiben und zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeiten beizutragen (Flick et al., 2019). Sie thematisiert also alltags- bzw. lebensweltliche Probleme (Breuer, 2020) und hilft dabei, grundlegende Prozesse in der Krankheit und im menschlichen Erleben zu verstehen (Grypdonck, 2006). Da nur wenige Phänomene in der Realität isoliert ablaufen, müssen die Daten dafür in ihrem natürlichen Kontext erhoben und interpretiert werden. Dabei werden die unterschiedlichen Perspektiven der Akteure sowie ihre subjektiven Wahrnehmungen und sozialen Hintergründe berücksichtigt, sodass komplexe Zusammenhänge verstanden werden können (Flick et al., 2019). Qualitative Studien thematisieren im ersten Schritt häufig Einzelfälle, die anschließend vergleichend und verallgemeinernd zusammengefasst und gegenübergestellt werden. Qualitative Forschung dient der Hypothesengenerierung und ist somit eine entdeckende Wissenschaft (Flick et al., 2019).

Ein zentrales Kennzeichen qualitativer Forschung ist die Gegenstandsangemessenheit von Methoden. Für den zu untersuchenden Gegenstand und die damit verbundene

Fragestellung muss jeweils eine passende Methode gefunden oder, wenn diese nicht vorhanden ist, entwickelt werden. Eine nicht vorhandene Methode sollte eine Fragestellung nicht aus der Forschung ausschließen (Flick et al., 2019). Daher versteht man unter der qualitativen Methodik auch nicht nur eine Methode, sondern eine Vielzahl methodologischer Denkformen, Forschungsstile und Instrumentarien (Breuer, 2020). Typische Erhebungsverfahren in der qualitativen Forschung sind teilnehmende Feldbeobachtungen, offene Interviews oder Gruppendiskussionen sowie Tagebücher. Die gewonnenen Daten werden aufgezeichnet, verschriftlicht und anschließend analysiert. Trotz der zunehmenden Bedeutung visueller Datenquellen wie Fotos oder Filme ist qualitative Forschung also überwiegend eine Textwissenschaft (Flick et al., 2019).

Ein weiteres Kennzeichen ist das Prinzip der Offenheit gegenüber dem Forschungsgegenstand. Die Forschenden stellen ihr Hintergrundwissen hinsichtlich der Fragestellung weitestgehend zurück und sind offen für neue und unbekannte Erkenntnisse in scheinbar bekannten Untersuchungsgegenständen (J. Kruse, 2015). Dieses ist durch standardisierte Erhebungsmethoden wie Fragebögen nicht möglich. Die Offenheit der Forschenden ermöglicht genaue Beschreibungen des Forschungsgegenstandes unter Berücksichtigung der subjektiven und sozialen Konstruktionen und ist zentraler Ausgangspunkt für eine gegenstandsbegründete Theoriebildung. Aufgrund der angestrebten Offenheit im Forschungsprozess und der Darstellung subjektiver Perspektiven ist eine selbstreflexive Haltung der Forschenden notwendig, um eine unkontrollierte Selektivität während der Datenerhebung zu verhindern. Die Reflexivität ist keinesfalls als eine Schwäche qualitativer Forschung zu verstehen, vielmehr wird die ständige Hinterfragung des eigenen Handelns und Wahrnehmens im Forschungsprozess zur Erkenntnisgewinnung genutzt (Flick et al., 2019).

2.2.2 Qualitative Gruppendiskussionen

Für die vorliegende Studie wurden leitfadengestützte teilstandardisierte Gruppendiskussionen mit den im RubiN-Projekt an der Versorgung Beteiligten (Ärzt*innen, MFA sowie CM) durchgeführt. Gruppendiskussionen, auch Fokusgruppen genannt, sind eine Form der Gruppenbefragung, bei der sich die Teilnehmer*innen mit ihren Äußerungen gegenseitig anregen und ergänzen, sodass Extremmeinungen relativiert und neue Richtungen exploriert werden. Dabei werden die Kommunikation und Gruppeninteraktion explizit zur Datengewinnung genutzt (Kitzinger, 1995). Im Verlauf der Gruppendiskussion werden die Sichtweisen und Verständnisse der Einzelnen geteilt, diskutiert, herausgefordert und verändert. Die Entwicklung eines Konsenses aller Beteiligten über einen bestimmten Sachverhalt ist hierbei nicht das Ziel (Jayasekara, 2012).

Gruppendiskussionen sind besonders dazu geeignet, Forschungsfragen zu generieren und auszuarbeiten, wenig erforschte Diskussionsfelder zu ergründen sowie Problemstellungen zu ermitteln und so z. B. Versorgungsbedarfe zu identifizieren und herauszuarbeiten (Pohontsch et al., 2018).

Gruppendiskussionen sind nicht als Parallelinterview zu verstehen, da nach Kühn und Koschel (2011) Gruppen mehr als eine Ansammlung verschiedener Einzelpersonen sind. Eine ausschließlich auf Individuen fokussierte Sichtweise würde zu einem verzerrten Abbild der Wirklichkeit führen. Es sollen keine isolierten Meinungen dargestellt, sondern Wirkungszusammenhänge analysiert werden (Kühn & Koschel, 2011).

Die in der Gruppendiskussion moderierende Person nutzt Leitfäden, um das Gespräch zu strukturieren. Leitfäden ermöglichen eine offene Herangehensweise sowie gleichzeitige Fokussierung auf einzelne Aspekte und gewährleisten einen Vergleich zwischen den Gruppen (Vogl, 2014). Teilstandardisierte Leitfäden zeichnen sich dadurch aus, dass sie zwar einerseits Themen und Fragen vorgeben, der moderierenden Person aber andererseits viel Spielraum hinsichtlich der Frageformulierungen und der Reihenfolge der Fragen geben (Hopf, 2019). Die moderierende Person sollte dabei die Fokusgruppenteilnehmer*innen möglichst wenig beeinflussen, aber dennoch durch situativ angemessene Eingriffe und Nachfragen dafür sorgen, dass die Forschungsaspekte ausreichend Gewichtung bekommen (J. Kruse, 2015).

2.2.3 Stärken qualitativer Forschung

Die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen des Projekts RubiN, das anstrebt, die ambulante geriatrische Versorgung durch ein CCM zu verbessern. Das Ziel dieser Studie ist es, Erfahrungen und Einstellungen der an der Versorgung Beteiligten im Hinblick auf eine interprofessionelle Ausgestaltung der Versorgung zu erfassen. Bisher gibt es bezüglich dieser Fragestellung kaum wissenschaftliche Daten. Besonders bei der Erschließung eines bislang wenig erforschten Gebietes ist qualitative Forschung aufgrund der offenen Methoden zu empfehlen (Flick et al., 2019). Es wurde sich daher dazu entschieden, mittels einer qualitativen Studie in Form von Gruppendiskussionen die Erfahrungen und Einstellungen der an der Versorgung Beteiligten zu erfassen sowie erste Theorien zu generieren, die eine Grundlage für weitere Forschungsvorhaben bilden könnten. Qualitativ generierte Hypothesen können anschließend immer noch standardisiert und repräsentativ mittels quantitativer Forschung ausgewertet werden (Grypdonck, 2006).

Wie bereits erwähnt eignet sich qualitative Forschung besonders dafür, subjektive Sichtweisen und Erfahrungen aus Teilnehmerperspektive zu ermitteln. Harte Patient*innendaten wie die Soziodemographie oder Diagnoseverteilungen können so z. B.

durch eigene Krankheitsvorstellungen oder Zufriedenheiten ergänzt werden, sodass die Perspektiven der Betroffenen anschaulicher und konkreter dargestellt werden können (Flick et al., 2019). Es kommt z. B. immer wieder zu Vorwürfen, gesunde Menschen würden nicht verstehen, was es heißt, chronisch krank zu sein und wie damit umzugehen sei. Qualitative Forschung kann hier helfen, dass die Vorstellungen gesunder Menschen den Erfahrungen und Erlebnissen chronisch kranker Menschen mehr entsprechen. Medizinischem Personal hilft dieses verbesserte Verständnis dabei, die chronisch Kranken bei ihrer Krankheitsbewältigung zu unterstützen und diese vor unangemessenem Selbstmanagement zu schützen (Grypdonck, 2006).

Qualitative Forschung kann zudem quantitativ erfasste statistische Zusammenhänge interpretieren und erklären (Flick et al., 2019; Götz, 2021; Grypdonck, 2006). So können z. B. die komplexen Prozesse, die für die positiven oder auch ausbleibenden Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie (RCT) ursächlich sind, aufgedeckt werden. Das Verständnis, auf welcher Grundlage die in einer RCT erbrachten Ergebnisse beruhen, kann den klinisch tätigen Ärzt*innen dabei helfen, ob sie den auf Durchschnittswerten basierten Empfehlungen von RCTs folgen oder ob es sich im Einzelfall um eine Abweichung von der Norm handeln könnte (Grypdonck, 2006).

Folglich ist es an der Zeit, dass qualitative und quantitative Forschung nicht weiter isoliert betrachtet werden und konkurrierende Gegensätze darstellen, sondern dass sie sich gegenseitig mehr ergänzen (Baur & Blasius, 2014). In jüngerer Zeit sind unter dem Begriff ‚Mixed Methods‘ entsprechende integrative Modelle entstanden (Breuer, 2020).

Zusammenfassend ermöglicht die vorliegende qualitative Studie also ein tieferes Verständnis für die Erfahrungen und Einstellungen der an der Versorgung Beteiligten, welches quantitativ nicht in dem Ausmaß zu erheben wäre. Die Evaluation des Versorgungsmodells RubiN gewinnt dadurch an Tiefe und stellt einen Mehrwert für dieses versorgungsnahe Projekt dar (Götz, 2021).

2.2.4 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Die Auswertung der Fokusgruppen erfolgte nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Hierbei handelt es sich um ein Auswertungsverfahren, bei dem fixierte Kommunikation wie z. B. Transkripte, Texte oder Bilder nach vorab definierten Regeln und Theorien systematisch analysiert wird, mit dem Ziel, „Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen“ (Mayring, 2015, S. 13). Mayring bezeichnet dies auch als ‚kategoriegeleitete Textanalyse‘.

Um zu entscheiden, was alles aus dem Material interpretiert werden kann, muss zunächst eine genaue Analyse des Ausgangsmaterials erfolgen. Dafür wird zuerst definiert, welches

Material der Analyse zugrunde liegen soll. Anschließend wird beschrieben, von wem und unter welchen Bedingungen das Material produziert wurde und schließlich muss dargelegt werden, in welcher Form das Material vorliegt. Meist wird dazu die Sprache nach genau festgelegten und dokumentierten Regeln in Text transkribiert. Nach der Beschreibung des Ausgangsmaterials ist die spezifische Fragestellung der Analyse zu definieren. Im nächsten Schritt können spezielle Analysetechniken und inhaltsanalytische Einheiten festgelegt werden. Dabei bezeichnen Kodiereinheiten den kleinsten auszuwertenden Materialbestand, Kontexteinheiten die größten Textbestandteile, die unter eine Kategorie fallen und Auswertungseinheiten legen fest, welche Textteile nacheinander ausgewertet werden (Mayring, 2015).

Das letztendliche Ablaufmodell der Analyse muss zwar im konkreten Fall an das jeweilige Material und die jeweilige Fragestellung angepasst werden, verallgemeinernd lässt sich aber folgendes Ablaufmodell aufstellen: Im Zentrum steht die Entwicklung eines Kategoriensystems. Unter einer Kategorie wird ein Teilaspekt des Untersuchungsgegenstandes, wie ein thematischer Aspekt hinsichtlich der Fragestellung oder bestimmte Meinungen zum untersuchten Thema, verstanden. Die Kategorien, welche auch hierarchisch in Ober- und Unterkategorien geordnet sein können, werden im Wechselspiel zwischen der Theorie und dem konkreten Material entwickelt und während der Analyse überarbeitet und rücküberprüft. Das vorliegende Material wird immer unter Beachtung des Kommunikationszusammenhangs analysiert. Dabei wird immer systematisch, das heißt nach festgelegten Regeln analysiert. Zuletzt werden die Ergebnisse in Bezug zur Hauptfragestellung interpretiert und deren Aussagekraft anhand inhaltsanalytischer Gütekriterien bewertet (Mayring, 2015; Mayring & Fenzl, 2014).

Bei der qualitativen Inhaltsanalyse werden diverse Vorgehensweisen unterschieden. Das Vorgehen in der hier vorliegenden Studie entspricht am ehesten der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse. Bei der zusammenfassenden Inhaltsanalyse wird das vorliegende Material über mehrere Analyseschritte so reduziert, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben und gleichzeitig ein überschaubarer Zusammenhang entsteht. So sollen die Komplexität des untersuchten Gebiets reduziert sowie die Ergebnisse aus den erarbeiteten Daten klar dargestellt werden. Bei der zusammenfassenden Inhaltsanalyse kann die Entwicklung der Kategorien induktiv, das heißt direkt aus dem gewonnenen Material, oder deduktiv, also unter Berücksichtigung anerkannter Theorien und Vorannahmen sowie Erfahrungen und Überzeugungen der Forschenden erfolgen. Hierfür muss ein Abstraktionsniveau der zu bildenden Kategorien festgelegt werden, also wie allgemein oder speziell die Kategorien definiert werden sollen (Mayring, 2015). In der vorliegenden Arbeit wurden die Kategorien gemischt induktiv-deduktiv gebildet, also in einem Wechselverhältnis zwischen der Theorie und dem konkreten Material. Die

Kategorien wurden wie oben beschrieben im Laufe der Analyse definiert und währenddessen überarbeitet und rücküberprüft.

2.2.5 Gütekriterien qualitativer Forschung

Damit Wissenschaft nicht zum Selbstzweck wird und sowohl relevante als auch aussagekräftige Ergebnisse entstehen, müssen Gütekriterien erfüllt werden. Die klassischen Gütekriterien der quantitativen Forschung Objektivität, Reliabilität und Validität sind allerdings nicht so einfach übertragbar. Diese beruhen auf erkenntnistheoretischen und methodologischen Grundannahmen der quantitativen Forschung. Qualitative Forschung weist dahingegen eine geringe Standardisierbarkeit auf (Steinke, 2019). „Die Unmöglichkeit von Objektivität ist ja nicht ein Mangel, sondern Ausgangspunkt qualitativer Forschung“ (Helfferich, 2011, S. 155). Damit der qualitativen Forschung jedoch keine Beliebigkeit und Willkür vorgeworfen werden kann, haben qualitativ forschende Wissenschaftler*innen eigene, für die qualitative Forschung entwickelte Gütekriterien vorgeschlagen (Flick, 2014, 2020; Helfferich, 2011; J. Kruse, 2015; Mayring, 2020; Steinke, 2019). Mayring (2020) fordert, dass qualitative Forschung geplant, im Ablauf genau beschrieben, argumentativ belegt und systematisch durchgeführt werden sollte, sodass auch Zusammenhangsanalysen und Kausalanalysen qualitativ methodisch angegangen werden können, um als gleichwertig zur quantitativen Forschung anerkannt zu werden. Steinke (2019) schlägt Kernkriterien vor, die jeweils untersuchungsspezifisch modifiziert bzw. erweitert werden können. Die hier vorliegende Studie orientiert sich an diesen Kernkriterien, die im Folgenden erläutert werden.

Intersubjektive Nachvollziehbarkeit

Qualitative Forschung sollte intersubjektiv nachvollziehbar sein. Die Leser*innen sollen sich ihre eigene Meinung bilden und die Studie nach eigenen Kriterien bewerten können. Dieses wurde in der vorliegenden Arbeit, wie von Steinke (2019) beschrieben, durch die Dokumentation des Forschungsprozesses, einer Interpretation in Gruppen sowie der Anwendung kodifizierender Verfahren zur Vereinheitlichung methodischen Vorgehens gewährleistet.

Der gesamte Forschungsprozess wurde durch die möglichst detaillierte Beschreibung der Erhebungsmethoden, des Erhebungskontexts, der Transkriptionsregeln, der Auswertungsmethoden und der Entscheidungen im Verlauf der Studie dokumentiert. Die Auswertung der Fokusgruppen erfolgte in einem interdisziplinären Studienteam, bestehend aus einer Soziologin und habilitierten Versorgungsforscherin mit langjähriger Erfahrung in qualitativer Forschung, einem Medizinstudenten und zugleich Autor dieser Arbeit sowie einer Gesundheits- und Krankenpflegerin mit einem Master in Nursing Science. Die in

dieser Studie angewandte qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ist ein kodifizierendes Verfahren. Methodische Abweichungen von dieser Methodik wurden detailliert dokumentiert. Damit ist das Kriterium der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit erfüllt.

Angemessenheit des Forschungsprozesses

Der Forschungsprozess sollte der zu untersuchenden Fragestellung angemessen sein (vgl. 2.2.1 Was ist Qualitative Forschung?). Die Durchführung von leitfadengestützten, teilstandardisierten Fokusgruppen schien angemessen, da die an der Versorgung Beteiligten dadurch so wenig wie möglich durch methodische Strukturen eingeschränkt wurden und ihre subjektiven Perspektiven beachtet wurden. Die Auswahl von Räumlichkeiten in den Praxisnetzen als Durchführungsorte für die Fokusgruppen ermöglichte eine gewisse Nähe zum untersuchten Gegenstand.

Eine zielgerichtete Stichprobenbildung im Sinne eines ‚Purposeful Samplings‘ (Patton, 2002) schien ebenfalls angemessen. So ermöglichten Gruppendiskussionen in allen Modellregionen eine vollständige und vielfältige Erfassung der zu untersuchenden Fragestellung.

Auch die vorab definierten und im Institut für Allgemeinmedizin des UKSH, Campus Lübeck, etablierten Transkriptionsregeln schienen geeignet, da sie sowohl handhabbar für die Transkribierenden als auch lesbar und interpretierbar für die Auswertenden waren.

Empirische Verankerung

Die Bildung und Überprüfung von Hypothesen sollten nach Steinke empirisch verankert, also in den Daten begründet sein. Es sollte bei der Theoriebildung qualitativer Forschung stets möglich sein, neues zu entdecken und theoretische Vorannahmen der Forschenden in Frage zu stellen (Steinke, 2019). In der vorliegenden Arbeit wurden hinreichende Textbelege angeführt, eventuelle Widersprüche und differente Meinungen innerhalb des Textmaterials dargelegt sowie der weitere Umgang damit geschildert.

Limitation

Die Grenzen des Geltungsbereichs, also die Verallgemeinerbarkeit der neu entwickelten Theorien, sollten dargestellt werden. Es stellt sich die Frage, unter welchen spezifischen Bedingungen die Erkenntnisse entwickelt wurden (Steinke, 2019). Im Diskussionsteil der vorliegenden Arbeit wird genauer auf die Limitation der in dieser Arbeit entwickelten Hypothesen eingegangen.

Kohärenz und korrelative Gültigkeit

Die generierten Theorien sollten in sich konsistent, also schlüssig und stimmig sein, und müssen während des Analyseprozesses immer wieder auf ihre Kohärenz überprüft und ggf. angepasst werden. Eventuelle Widersprüche und abweichende Inhalte innerhalb der Daten sollten dargestellt sowie der Umgang mit diesen nachvollziehbar sein (Steinke, 2019). Mayring (2015) schlägt in diesem Zusammenhang mit der ‚korrelativen Gültigkeit‘ ein weiteres Gütekriterium vor. Studienergebnisse können validiert werden, indem sie mit einem Außenkriterium, z. B. mit Ergebnissen anderer Untersuchungen und ähnlicher Fragestellung, verglichen werden. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit wurden mit Ergebnissen anderer Studien verglichen und diskutiert (vgl. 4.3 Diskussion der Ergebnisse).

Relevanz

Jede wissenschaftliche Fragestellung sowie jeder Forschungsprozess sollten immer wieder auf ihre Relevanz hin überprüft werden, damit Wissenschaft nicht zum Selbstzweck wird. Der Beitrag der durchgeführten Studie sowie eine mögliche angestrebte Lösung für die präsentierte Fragestellung sollten klar sein (Götz, 2021). Die Hintergründe der Fragestellung zu der vorliegenden Studie wurden bereits in der Einleitung beschrieben. Ziel dieser qualitativen Studie ist es, Erfahrungen und Einstellungen der an der Versorgung Beteiligten im Hinblick auf eine interprofessionelle Ausgestaltung der Versorgung von geriatrischen Patient*innen zu erfassen.

Reflektierte Subjektivität

Die Rolle der Forschenden als Teil der sozialen Welt sollte samt Forschungsinteressen, Vorannahmen, biographischem Hintergrund etc. bei der Theoriebildung reflektiert werden (Steinke, 2019), damit sich die eigene Subjektivität nicht willkürlich auf die Theoriebildung auswirkt. Der Autor der vorliegenden Arbeit war zum Zeitraum der vorliegenden Studie als Medizinstudent an der Universität zu Lübeck immatrikuliert und am Institut für Allgemeinmedizin des UKSH, Campus Lübeck, als Doktorand tätig. Er hatte zuvor wenige Erfahrungen in der geriatrischen Versorgung im Rahmen von Praktika in der hausärztlichen Versorgung gesammelt und stand dementsprechend dem Untersuchungsaspekt offen, aber nicht unwissend gegenüber.

2.3 Instrumente und Hilfsmittel

2.3.1 Leitfaden

Es wurde in einem interdisziplinären Team aus einer Ärztin und einer Versorgungsforscherin und in Rücksprache mit Vertreter*innen aus den Ärztenetzen ein

teilstandardisierter Leitfaden entwickelt. Dieser enthielt offene Fragen zu den Erfahrungen bezüglich Zusammenarbeit und Informationsaustausch im Rahmen der interprofessionellen Versorgung von geriatrischen Patient*innen in RubiN sowie zu den wahrgenommenen Veränderungen durch solch eine Versorgung. Auch die Machbarkeit und Umsetzung der Intervention einschließlich fördernder und hemmender Faktoren sowie die Akzeptanz und Zufriedenheit mit dem Versorgungsmodell wurden thematisiert. Der Leitfaden wurde in der ersten Fokusgruppe erprobt, anschließend wurden einige Formulierungen und die Reihenfolge der Fragen marginal verändert. Da sich die Ergebnisse der ersten Fokusgruppe nur unbedeutend von denen anderer Fokusgruppen unterschieden, wurden sie ohne Einschränkungen in die Auswertung aufgenommen. Der finale Leitfaden kann im Anhang (8) eingesehen werden.

2.3.2 Sonstige Erhebungsinstrumente und Formulare

Vor der Durchführung der Gruppendiskussionen wurden allen Teilnehmenden ein Formular mit Informationen zur Studienteilnahme, zwei Kopien der Einwilligungserklärung, ein Formular zur Erfassung der Bankverbindung für die vorab festgelegte Aufwandsentschädigung von 50 € sowie ein weiteres Formular zur Erfassung soziodemographischer Daten, bestehend aus Geburtsjahr, Geschlecht, Beruf, Funktion im Netz und Dauer der Tätigkeit im Netz, ausgehändigt. Die Einwilligungserklärung konnte zu jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile für die Teilnehmenden widerrufen werden. Sämtliche Formulare können im Anhang (4 – 6) eingesehen werden.

2.3.3 Technische Hilfsmittel

Die Fokusgruppen wurden mit digitalen Diktiergeräten der Firma Philips (Philips Voice Tracer DVT 6000) in Ton aufgenommen. Die Audiodateien wurden anschließend mithilfe der Transkriptionssoftware *f4 (f4transkript, 2020)* und Microsoft Office Word 2016 (*Microsoft Office Word, 2021*) transkribiert. Die in den Fragebögen gesammelten soziodemographischen Daten wurden mithilfe der Statistiksoftware SPSS 26.0 (*IBM SPSS Statistics für Windows, 2020*) in Form der deskriptiven Statistik ausgewertet. Die Transkripte wurden mit Hilfe des Programms ATLAS.ti 9.0 (*ATLAS.ti, 2020*) inhaltsanalytisch ausgewertet.

2.4 Stichprobe: Untersuchungsgegenstand RubiN

Die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen des Projekts RubiN. Das Projekt wurde im Juli 2018 als prospektive kontrollierte Studie im realen Versorgungssetting angelegt. Die zentrale Fragestellung des Projektes war, ob ein multiprofessionelles, sektorenübergreifendes und assessmentgestütztes CCM die Identifikation, die

Versorgungssituation, den Gesundheitszustand sowie die Lebensqualität geriatrischer Patient*innen verbessert. Die Fragestellung wurde auf drei Ebenen (Leistungsempfänger*innen, Leistungserbringer*innen, Praxisnetze) umfassend mit qualitativen und quantitativen Methoden und mit verschiedenen Evaluationsendpunkten untersucht. Damit sollten wichtige Informationen im Hinblick auf die spätere Übertragung des Versorgungskonzepts in die Regelversorgung gewonnen werden (Gloystein et al., 2021). Die Evaluation unterteilt sich in themenspezifische Einzelevaluationen, erstreckt sich auf vier Teilprojekte und deckt die Ergebnisevaluation, die gesundheitsökonomische Evaluation und die Prozessevaluation ab (Laag et al., 2019).

Der primäre patientenbezogene Endpunkt ist die Fähigkeit zur Bewältigung von Alltagstätigkeiten nach zwölf Monaten, gemessen anhand des Barthel-Index. Auf der Ebene der Praxisnetze wurde untersucht, ob das zuvor festgelegte Curriculum der CM mit dem tatsächlichen Aufgabenbereich übereinstimmt sowie welche Diagnose- und Versorgungsleistungen durch welche Berufsgruppe (Hausarzt, Facharzt, CM, Pflegedienst etc.) übernommen werden könnten und sollten (Gloystein et al., 2021). Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde untersucht, welche Erfahrungen und Einstellungen die an der Versorgung Beteiligten im Hinblick auf eine interprofessionelle Ausgestaltung der Versorgung äußerten.

2.5 Studienablauf

2.5.1 Einschlusskriterien und Rekrutierung

Bei den Teilnehmer*innen der Fokusgruppen handelt es sich um Personen aus den Praxis-/Ärztennetzen, die sich an RubiN beteiligten. Explizite Ausschlusskriterien gab es nicht. Die Rekrutierung der Fokusgruppenteilnehmer*innen erfolgte von Juni bis Juli 2020 über die Projektkoordinatoren der jeweiligen Ärztenetze. Die Zusammensetzung der Teilnehmer*innen sollte möglichst heterogen sein und jeweils aus Ärzt*innen, MFA und CM bestehen. Den Studienteilnehmer*innen wurden im Vorfeld Informationen über die Studie bezüglich Hintergründe, Ziele, Ablauf und Hinweise zum Datenschutz sowie eine Einverständniserklärung und Formulare zur Bankverbindung für die vorab festgelegte Aufwandsentschädigung von 50€ und zur Erfassung soziodemographischer Daten ausgehändigt (vgl. 2.3.2 Sonstige Erhebungsinstrumente und Formulare).

Die Anzahl der Gruppendiskussionen wurde mit zwei Gruppen pro Ärztenetz, also insgesamt zehn Fokusgruppen, so festgelegt, dass eine theoretische Sättigung erfolgt. Das heißt, dass bei weiteren Gruppendiskussionen praktisch keine neuen Erkenntnisse gewonnen werden (Vogl, 2014). Die Gruppengrößen wurden mit sechs bis acht Teilnehmer*innen pro Fokusgruppe geplant, um sowohl eine Diskussion zwischen

möglichst allen Teilnehmenden zu ermöglichen als auch eine Chance auf eine gruppeninhärente Perspektivenvielfalt zu gewährleisten (Pohontsch et al., 2018). Aufgrund der COVID-19-Pandemie und den zu beachtenden Hygieneregeln betrug die letztendliche Gruppengröße jedoch drei bis sieben Teilnehmer*innen in Abhängigkeit der zur Verfügung stehenden Raumgrößen (vgl. 2.5.2 Datenerhebung). Insgesamt konnten 46 Personen eingeschlossen werden. Die Anzahl der Personen, die für eine Teilnahme an den Gruppendiskussionen angefragt wurden, ist unbekannt, da nur zu den zustimmenden Personen Informationen vorliegen.

2.5.2 Datenerhebung

Die Planung und Durchführung der Fokusgruppen gestalteten sich zunächst schwierig. Die Fokusgruppen waren bereits für den Frühjahr 2020 geplant, konnten dann aber aufgrund der COVID-19-Pandemie und der damit verbundenen Einschränkung der Reisetätigkeit, dem Kontaktverbot sowie dem Dienstreiseverbot durch das UKSH nicht durchgeführt werden. Mit Aufhebung des Dienstreiseverbots konnten dann im August und September 2020 die Fokusgruppen in den Räumlichkeiten der jeweiligen Praxisnetze geplant und ausgerichtet werden. Neben den allgemeinen Regeln zur Durchführung von Fokusgruppen mussten auch Hygieneregeln beachtet werden. So wurden neben der AHA-Regel weitere eigene Hygienestandards entwickelt. Es mussten Kontaktprotokolle geführt sowie Vorgaben bezüglich der Hygiene in den für die Fokusgruppen genutzten Räumlichkeiten der jeweiligen Praxisnetze eingehalten werden. Falls die Quadratmeterzahl des Raumes für die vorab festgelegte Gruppengröße nicht ausreichte, musste eine Reduzierung der Gruppengröße erfolgen.

Insgesamt wurden zehn Fokusgruppen mit je drei bis sieben Teilnehmer*innen durchgeführt. Die Fokusgruppen wurden von einer habilitierten Versorgungsforscherin und einer Ärztin aus dem Institut für Allgemeinmedizin am UKSH, Campus Lübeck moderiert. Sie wurden in Ton aufgezeichnet, eine Videoaufnahme erfolgte nicht. Im Anschluss an die Gruppendiskussionen wurden die Gesprächsatmosphäre sowie weitere Besonderheiten für die spätere Auswertung in einem Postskriptum festgehalten. Die Gesprächsatmosphäre wurde von allen Teilnehmenden durchgehend als positiv wahrgenommen, es schien jederzeit ein freier und persönlicher Erfahrungsaustausch möglich zu sein. Eine Fokusgruppe wurde kurzzeitig durch ein verspätetes Erscheinen eines Teilnehmers unterbrochen, die Diskussion wurde davon jedoch nicht gestört oder beeinflusst.

Zu Beginn einer jeden Gruppendiskussion begrüßten die Moderatorinnen die Teilnehmer*innen und bedankten sich für die Studienteilnahme. Sie erläuterten den Hintergrund der Studie und der Gruppendiskussionen sowie deren Vorgehensweise.

Anschließend wiesen sie auf die Audioaufnahme, den Datenschutz, wichtige Gesprächsregeln (ausreden lassen, einander zuhören, Wortmeldungen anzeigen und Handys ausstellen) und der Vertraulichkeit des Gesagten hin. Während den Gruppendiskussionen standen Kekse sowie Getränke bereit, eine Pause wurde nicht geplant. Nach einer kurzen Vorstellungsrunde bestehend aus Namen, Beruf und Arbeitsort wurde mit der Einstiegsfrage, wie die Regelversorgung bei geriatrischen Patient*innen aussehe, mit dem inhaltlichen Thema begonnen. Die Moderatorinnen orientierten sich mit ihren Fragen am Leitfaden, ließen den Teilnehmer*innen das Gespräch jedoch so gut wie möglich leiten, indem sie sich zurückhielten und damit das Prinzip der Offenheit im Forschungsprozess (vgl. 2.2.1 Was ist Qualitative Forschung?) beachteten. Oft wurden Themen des Leitfadens schon angesprochen, bevor explizit danach gefragt wurde. Die Moderatorinnen stellten ggf. Rückfragen zum besseren und tieferen Verständnis, sprachen weniger aktive Teilnehmer*innen gezielt an und griffen ein, sobald das Gesprächsthema zu sehr vom eigentlichen Thema abschweifte. Am Ende hatten alle Teilnehmer*innen die Möglichkeit, nicht genannte Sachverhalte anzusprechen. Die Moderatorinnen bedankten sich für das Gespräch und verabschiedeten sich.

2.5.3 Transkription

Die Gruppengespräche wurden digital in Ton aufgenommen und anonymisiert als Volltexte transkribiert. Die Transkription erfolgte mit Hilfe der Transkriptionssoftware *f4 (f4transkript, 2020)* und Microsoft Office Word nach den Regeln des Instituts für Allgemeinmedizin am UKSH, Campus Lübeck. Die Regeln können im Anhang (9) eingesehen werden. Die Fokusgruppenteilnehmer*innen wurden pseudonymisiert, indem jeder Person ein Kürzel aus T = Teilnehmer und einer Zahl (beginnend in jedem Transkript bei eins und fortlaufend) zugeordnet wurde. Die entstandenen Transkripte sind aufgrund des Umfangs nicht im Anhang enthalten, können bei Interesse jedoch über den Autor dieser Arbeit eingesehen werden.

2.5.4 Auswertung

Die Auswertung erfolgte nach der qualitativen zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (vgl. 2.2.4 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring) mithilfe der Analysesoftware ATLAS.ti 9.0. Dieses Programm erleichtert die Verwaltung, Zuordnung sowie Darstellung der Transkripte und der gebildeten Kategorien (ATLAS.ti, 2020). Die Auswertung orientierte sich dabei an einem deduktiv-induktiven Vorgehen.

Die Auswertung der Fokusgruppen erfolgte im Team. Dem Team gehörten neben dem Autor der vorliegenden Arbeit (ein Medizinstudent), eine habilitierte Versorgungsforscherin und Soziologin mit langjähriger Erfahrung in qualitativer Forschung sowie eine

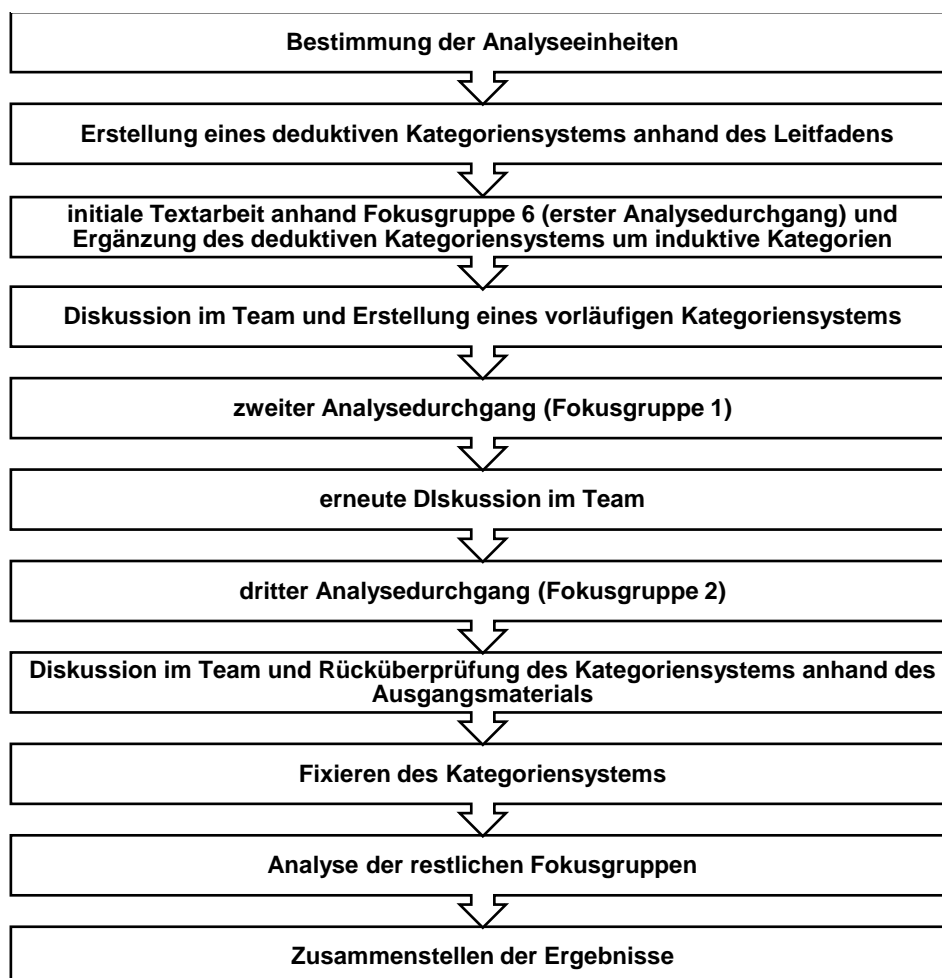
Gesundheits- und Krankenpflegerin mit einem Master in Nursing Science an. Es wurden zunächst die Analyseeinheiten bestimmt. Jedes Transkript stellte in unserer Auswertung eine Auswertungseinheit dar, die Fokusgruppen wurden getrennt voneinander nach gleichen Analyseregeln und -schritten analysiert. Um ein erstes induktives Kategoriensystem und gleichzeitig ein Grundverständnis für die Fokusgruppen zu entwickeln, wurde zunächst, wie von Mayring (2015) empfohlen, die Fokusgruppe 6 codiert, da sie zeitlich inmitten der Datenerhebung entstand. Die Auswertung der anderen Fokusgruppen lief in chronologischer Reihenfolge von eins bis zehn ab. Die Kodiereinheit sollte so kurz wie möglich und so lang wie nötig sein, sodass unwichtige Inhalte unkodiert blieben und trotzdem jede Kodierung vollständig und verständlich blieb. Aufgrund des umfangreichen Textmaterials und dem Fokus der induktiven Kategorienbildung wurde auf eine Paraphrasierung aller Textbausteine verzichtet (Mayring & Fenzl, 2014). Im Rahmen der späteren Ergebniszusammenstellung wurden die Zitate zum Teil gekürzt, ohne dessen Bedeutung oder Inhalt zu verändern.

In Anlehnung an die Inhalte des Leitfadens sowie Vorannahmen durch das Studienteam wurde zunächst deduktiv ein vorläufiges Kategoriensystem erstellt. Die initiale Textarbeit wurde durch den Autor dieser Arbeit sowie durch die Gesundheits- und Krankenpflegerin unabhängig voneinander durchgeführt. Das deduktiv erstellte Kategoriensystem wurde induktiv ergänzt, überarbeitet und in Haupt- und Unterkategorien unterteilt. Die gebildeten Hauptkategorien bestehen aus jeweils einem Themenkomplex, der diverse Aspekte thematisiert und zusammenfasst. Innerhalb der Unterkategorien konnten dann alle relevanten Gesichtspunkte aufgezeigt werden, mit dem Vorteil, dass divergierende oder gegensätzliche Perspektiven zu einem Thema dargestellt werden und Diskrepanzen in der Auswertung berücksichtigt werden konnten. In einer ersten Konsensrunde nach der ersten Fokusgruppe mit dem gesamten Team wurden die Ergebnisse verglichen und strittige Inhalte diskutiert. Es wurde sich im Konsensverfahren auf ein gemeinsames, für die nächsten Analyseschritte anzuwendendes Kategoriensystem geeinigt. So wurde das Gütekriterium der Intercoder-Reliabilität erfüllt. Eine Berechnung des Koeffizienten erfolgte allerdings nicht. Durch die ausführliche Dokumentation des gesamten Forschungsprozesses wurde zudem das Gütekriterium der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit erfüllt (Mayring, 2015).

In einem zweiten Analysedurchgang wurden neue Kategorien hinzugefügt und vorhandene modifiziert. Nach einer weiteren Konsensrunde im gesamten Team erfolgte der dritte Analysedurchgang. In einem letzten Konsensmeeting mit dem Autor dieser Studie und der Co-Auswerterin wurde das gemeinsam entwickelte Kategoriensystem erneut besprochen und am Ausgangsmaterial selbst rücküberprüft, indem die Kategorien anhand von Textbeispielen, sogenannten ‚Ankerbeispielen‘ (Mayring, 2015) abgeglichen wurden. Somit

konnte sichergestellt werden, dass alle neuen Äußerungen das Ausgangsmaterial auch richtig abbilden. Nach Mayring ist aufgrund einer theoretischen Sättigung bei großen Textmengen zu erwarten, dass nach einer Analyse von 10-50% des Textmaterials kaum neue Kategorien hinzukommen (Mayring, 2015), was sich auch bei dieser Auswertung so bestätigte. Die Co-Auswerterin stieg damit aus der weiteren Kodierung weiterer Fokusgruppen aus. Das entstandene Kategoriensystem wurde fixiert und ein Codebuch erstellt, in dem jede einzelne Haupt- und Unterkategorie genau definiert und mit teilweise gekürzten, aber inhaltlich nicht veränderten Ankerbeispielen versehen wurde. Pseudonymisierte Kürzel sorgen für eine eindeutige Zuordnung des jeweiligen Zitats zu einer bestimmten Fokusgruppe und Berufsart. Zuletzt wurden durch den Autor dieser Arbeit alle weiteren Fokusgruppen ausgewertet, ihr Inhalt codiert und die Ergebnisse zusammengestellt. Die folgende Abbildung zeigt die einzelnen Schritte im Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse, wie sie in der vorliegenden Studie in Anlehnung an Mayring (2015) durchgeführt wurde.

Abbildung 1: Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015), wie in vorliegender Arbeit durchgeführt (eigene Abbildung).



2.6 Datenschutz und ethische Aspekte der Studie

Die vorliegende Studie hat ein multizentrisches Studiendesign, das erstmalig bei der Ethikkommission der Universitätsmedizin Greifswald im November 2018 eingereicht wurde. Die Ethikkommission konnte keine ethischen und rechtlichen Bedenken gegen die Durchführung der Studie feststellen, hatte jedoch ein paar Hinweise. Die Stellungnahme der Ethikkommission der Universitätsmedizin Greifswald vom 05.12.2018 (Aktenzeichen BB 188/18) ist im Anhang (1) beigefügt. Die entsprechenden Hinweise der Kommission wurden umgesetzt, die finale Stellungnahme vom 17.01.2019 ist ebenfalls im Anhang (2) einzusehen.

Im Juli 2019 wurde die Studie zusätzlich bei der Ethikkommission der Universität zu Lübeck zur Begutachtung für ein Zweitvotum eingereicht. Die Ethikkommission schloss sich dem positiven Votum der ersten Kommission an und äußerte keine Bedenken zur Durchführung dieser Studie. Das Votum vom 28.07.2019 mit dem Aktenzeichen 19-282 ist ebenfalls im Anhang (3) beigefügt.

Die Teilnahme an der Studie erfolgte freiwillig. Vor Einwilligung wurden alle Fokusgruppenteilnehmer*innen gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) vom 25.05.2018 über die Datenschutzrichtlinien aufgeklärt (vgl. 2.5.2 Datenerhebung sowie Anhang 4 „Teilnahmeinformation und Einwilligungserklärung der Gruppendiskussionsteilnehmer*innen“). Die zusätzlich erhobenen soziodemographischen Daten der Teilnehmer*innen wurden in pseudonymisierter Form und getrennt von anderen Studiendaten digital gespeichert. Weitere personenbezogenen Daten, die während der Gruppendiskussion erhoben wurden, wurden im Zuge des Transkriptionsprozesses pseudonymisiert. Die fertigen und geprüften Transkripte wurden getrennt von den dazugehörigen Audioaufnahmen auf passwortgeschützten Laufwerken des Institutes für Allgemeinmedizin des UKSH, Campus Lübeck gespeichert. Der Zugriff auf diese Daten wurde auf die Mitarbeiter*innen dieser Studie beschränkt. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden nach zehn Jahren gelöscht, sofern diese für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden. Es wurde als Löschdatum Juli 2031 festgelegt.

3 ERGEBNISSE

3.1 Soziodemographie: Beschreibung der Fokusgruppenteilnehmenden

Die soziodemographischen Daten der Fokusgruppenteilnehmenden wurden mithilfe von Fragebögen erfasst. Es wurden in den fünf Praxisnetzen jeweils zwei Fokusgruppen, also insgesamt zehn Fokusgruppen mit $n = 46$ Teilnehmenden ($n = 15$ Ärzt*innen (A), $n = 14$ 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 Fokusgruppendifkussionen dauerten durchschnittlich 75,6 Minuten ($\pm 13,5$). Die folgende Tabelle zeigt die soziodemografischen Daten der Teilnehmenden.

Tabelle 1: Soziodemographie der Fokusgruppenteilnehmenden

Charakteristika	Angaben
Gesamtzahl (n)	46
Alter in Jahren, MW (SD); Range	46,6 (10,5); 23 - 66
Geschlecht, weiblich, n (%)	37 (80,4)
Tätig im Praxisnetz / Ärztenetz als, n	
Ärzt*innen	15
Medizinische Fachangestellte	14
Care- und Case-Manager*innen	17
Tätigkeitsdauer im Praxisnetz / Ärztenetz, n*	
Weniger als 1 Jahr	1
1 bis 5 Jahre	13
6 bis 10 Jahre	8
Mehr als 10 Jahre	7

*variiert aufgrund fehlender Angaben

MW: Mittelwert, SD: Standardabweichung, n: Teilnehmer*innenanzahl

3.2 Darstellung der inhaltlichen Ergebnisse

Im Zuge der qualitativen Inhaltsanalyse der Transkripte der durchgeführten Gruppendiskussionen wurden in einem induktiv-deduktivem Wechselspiel unterschiedliche Kategorien entwickelt, die sich in drei Themenbereiche einordnen lassen können:

- 1) Rollen, Funktionen & Kooperation in RubiN (bestehend aus Tätigkeiten und Zuständigkeiten sowie Zusammenarbeit und Informationsaustausch)
- 2) Determinanten in der Versorgung von RubiN (bestehend aus wahrgenommenen Veränderungen in der Versorgung sowie der Umsetzung des Versorgungsmodells)
- 3) Wünsche an die Versorgung

Die einzelnen Themenbereiche werden im Folgenden zunächst tabellarisch in Form von Haupt- und Unterkategorien und anschließend inhaltlich dargestellt sowie mit Ankerbeispielen veranschaulicht. Die Zitate werden zur besseren Lesbarkeit zum Teil gekürzt und Wortwiederholungen sowie Sprechpausen entfernt, ohne den Inhalt der jeweiligen Aussage zu verändern. Im Anhang (10) kann das komplette Codebuch mit allen Kategorien, Definitionen und Ankerbeispielen eingesehen werden.

3.2.1 Rollen, Funktionen & Kooperation in RubiN

Der erste Themenbereich beinhaltet Rollen, Funktionen und Kooperation in RubiN. Es werden die Tätigkeiten und Zuständigkeiten der an der Versorgung Beteiligten geschildert sowie deren Zusammenarbeit und Informationsaustausch dargestellt.

3.2.1.1 Tätigkeiten und Zuständigkeiten

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die wesentlichen Tätigkeiten und Zuständigkeiten der an der Versorgung Beteiligten.

Tabelle 2: Tätigkeiten und Zuständigkeiten

Hauptkategorie	Unterkategorie
Tätigkeiten und Zuständigkeiten	Tätigkeiten Ärzt*innen / Praxis
	Tätigkeiten CM
	Tätigkeiten CM_Aufbau Vertrauensbeziehung
	Tätigkeiten CM_Versorgungsbedarf erfassen
	Tätigkeiten CM_Beratung und Aufklärung
	Tätigkeiten CM_Erreichbarkeit / Gesprächspartner*in
	Tätigkeiten CM_Rolle der Versorgungskoordinator*innen
	Tätigkeiten CM_Vernetzungsarbeit
	Tätigkeiten CM_Individualität

*„Tätigkeiten Ärzt*innen / Praxis“*

Die ärztlichen Tätigkeiten hätten sich im RubiN-Projekt nicht wesentlich von den Tätigkeiten in der Regelversorgung unterschieden. Die Ärzt*innen seien für Diagnosestellungen, medizinische Diagnostik und Therapie zuständig gewesen und hätten weiterhin die medizinische Verantwortung übernommen, indem sie als ‚ausführendes Organ‘ Entscheidungen getroffen hätten.

„Also, ärztliche Aufgabe sehe ich, zu gucken, welche Krankheiten hat dieser Mensch, wie werden die behandelt? Ja das ist erstmal meine Aufgabe. Medikamentenumstellung, gucken, ist eine operative Therapie notwendig und wer macht die wann, wie, wo? Aber auch mal zu sagen als Arzt: ‚Wissen Sie was, die operative Therapie, ich glaube das sollten Sie lassen, das schaffen Sie nicht mehr. Da geht es Ihnen nachher schlechter als besser.‘ Ist hausärztliche Tätigkeit, auch meine Fachkollegen zu überstimmen und zu sagen: ‚Nein, ich glaube das tut jetzt keine Not mehr bei den Vorerkrankungen, die Sie haben.‘ Das ist jetzt hausärztliche Aufgabe, das mit den Leuten einzuschätzen und zu besprechen und auch mal Therapien abzubrechen. Gehört auch da durchaus dazu, zu sagen: ‚Wir geben jetzt keine Tabletten mehr. Das Lebensende ist jetzt da, Sie brauchen Ihre Medikamente nicht mehr, die helfen nicht mehr.‘“ (RubiN_FG3_A)

Dementsprechend sollte nach Ansicht einiger Teilnehmenden das Zusammenlaufen von versorgungsrelevanten Informationen auch bei den Ärzt*innen erfolgen und die Ärzt*innen sollten ihre Patient*innen trotz gesicherter Versorgung regelmäßig, z. B. quartalsweise, sehen. Andere Teilnehmende trauten jedoch den MFA oder CM ebenfalls diese koordinierende und sammelnde Aufgabe zu. Die Ärzt*innen hätten zudem Verordnungen für Hilfsmittel, die von den CM vorgeschlagen worden seien und den Ärzt*innen teilweise unbekannt gewesen seien, ausgestellt, Anträge für z. B. eine Rehabilitation oder einen Schwerbehindertenausweis ausgestellt und unterschrieben sowie die Wirtschaftlichkeit ihrer Verordnungen verantwortet, um Regresse zu vermeiden. Aufgrund des Vertrauens der Patient*innen ihnen gegenüber seien sie in der Lage gewesen, die Patient*innen und ihre Angehörigen zu überzeugen, wenn die Versorgung geändert werden musste, und haben zusammen mit dem Praxispersonal den Erstkontakt zwischen CM und Patient*innen herstellen können. Auch wenn viele Ärzt*innen ihren Fokus aufgrund begrenzter zeitlicher Ressourcen eher auf die Akutversorgung und nicht so sehr auf Betreuungsaufgaben gerichtet hätten, empfanden sie es trotzdem als wichtig zu wissen, wie die sozialen und familiären Strukturen ihrer Patient*innen aussahen.

„Ich glaube nicht wirklich, dass die Praxen so an sich jetzt die Kapazität haben, irgendwelche Versorgungsstrukturen dann noch zu übernehmen außer das, was sie eh schon machen. Und da laufen die schon echt am Limit.“ (RubiN_FG10_CM)

Die MFA hätten beratende und vermittelnde Tätigkeiten übernommen, bei der Patient*innenrekrutierung mitgeholfen und die Informationen, die zu den Ärzt*innen durchdringen sollten, gefiltert. Blutentnahmen und Wundversorgung sei eigentlich Praxisaufgabe gewesen, teilweise aber an die CM bei entsprechender Qualifikation ausgelagert worden.

„Tätigkeiten CM“

Die CM hätten hauptsächlich sozialmedizinische präventive Aufgaben gehabt und sich als ‚verlängerter Arm vom Hausarzt‘ frei von finanziellen Interessen um das Wohl der Patient*innen gesorgt. Einige wenige hätten medizinische Aufgaben wie Blutentnahmen,

INR-Messungen und suprapubische Katheterwechsel übernommen, was jedoch nicht im RubiN-Projekt geplant gewesen sei. Die sozialmedizinischen Aufgaben der CM werden im Folgenden genauer beschrieben.

„Wir verstehen uns ja eigentlich auch so ein bisschen als verlängerter Arm vom Hausarzt, als so helfende Hand und als so ein bisschen... Der so ein bisschen die Zeit hat, mehr danach zu gucken und intensiver.“ (RubiN_FG6_CM)

„Tätigkeiten CM_Aufbau Vertrauensbeziehung“

Da die meisten Patient*innen dem ihnen unbekanntem Projekt und der unbekanntem Tätigkeit der CM zunächst eher skeptisch und zurückhaltend gegenübergestanden hätten, sei es sehr wichtig gewesen, dass die CM zunächst eine Vertrauensbeziehung zu den Patient*innen aufbauten. Sie hätten daher den Patient*innen vor dem ersten Hausbesuch angekündigt, dass sie diese erst einmal kennen lernen, das Projekt vorstellen und Vertrauen aufbauen möchten.

„Das Erste, was wir natürlich machen ist, dass wir uns vorstellen und natürlich eben auch unsere Arbeit, warum und weshalb wir das machen. Und dass wir eben wirklich auch nur Hilfe leisten wollen, weil wir müssen irgendwo auch eine Vertrauensbasis aufbauen.“ (RubiN_FG6_CM)

Das Kennenlernen habe in der Hausarztpraxis oder bei den Patient*innen zu Hause stattgefunden. Dafür hätten sich die CM in der Regel viel Zeit genommen, teilweise bis zu zwei Stunden.

„Je mehr man sich dann kennenlernte, desto größer wurde auch das Vertrauen.“ (RubiN_FG5_CM)

Es gebe mehrere Faktoren, die einen Vertrauensaufbau förderten. Die Hausarztpraxis als vertraute Umgebung für ein erstes Kennenlernen, die Hausärzt*innen als vertraute Vermittlungspersonen zwischen CM und Patient*innen, die feste Angliederung des CCM an das Ärztenetz sowie mögliche Begleitungen der Patient*innen durch ihre Angehörigen hätten für ein größeres Vertrauen zwischen den CM und ihren Patient*innen gesorgt. Es habe sich auch bewährt, wenn möglichst die gleichen CM zu den Patient*innen kamen und möglichst wenig Personalwechsel stattfand.

„Es gab nichts Besseres für dieses Projekt, [als] das von der Basis, vom Arzt aus machen zu dürfen.“ (RubiN_FG1_CM)

Im weiteren Projektverlauf sei das Vertrauen in die CM zudem durch Mundpropaganda der Patient*innen vor Ort gestärkt worden. Die Patient*innen hätten sich von selbst gemeldet.

„‘Ach, dieses RubiN. Können die auch zu uns kommen?’ So, das kam dann nachher auch. Weil, wenn die dann darüber gesprochen haben, intern da.“ (RubiN_FG6_MFA)

Auch der Vertrauensaufbau zu Ärzt*innen und anderen an der Versorgung Beteiligten sei für die Zusammenarbeit wichtig gewesen und habe diese erleichtert (vgl. 3.2.1.2

Zusammenarbeit und Informationsaustausch). Die entstandenen Vertrauensbeziehungen hätten zu persönlichen Verhältnissen und leidenschaftlichen Tätigkeiten der CM geführt.

„Man wächst emotional zusammen und kümmert sich dann nicht aus der reinen Profession heraus, sondern aus der Liebe zum Menschen. Ja, deshalb wählen wir diese Berufe ja aus, weil wir ja anderen Menschen gerne helfen wollen. Das machen wir dann mit viel Herz.“ (RubiN_FG9_CM)

„Tätigkeiten CM_Versorgungsbedarf erfassen“

Nachdem eine gewisse Vertrauensbasis hergestellt worden sei, hätten die CM den Versorgungsbedarf der Patient*innen erfasst. Dafür hätten sie mit den Patient*innen Termine für Hausbesuche ausgemacht. Bei gesprächigen Patient*innen seien zum Teil mehrere Termine nötig gewesen. Die CM hätten zunächst Diagnosen und Vorbefunde von den Hausärzt*innen eingeholt und anschließend den Versorgungsbedarf mithilfe von zahlreichen Assessments wie DemTect, Barthel-Index, IADL-Skala, MNA, MMST, Uhrentest oder Timed-up-and-go-Test erfasst. Hierbei habe sich bewährt, die Assessments eher im Gespräch als in strukturierten Befragungen zu erfassen. Dabei seien die Patient*innen immer als Ganzes betrachtet und auch ihr häusliches Umfeld sowie ihre sozialen und familiären Strukturen erfasst worden.

„Eine ganz eigene Sicht, die so eine Case-Managerin oder so ein Case-Manager auf den Patienten haben, weil es eben unabhängig von Medizin oder nicht nur bezogen auf Medizin, sondern auf Versorgung in jeder Form ist.“ (RubiN_FG2_A)

Das entstandene Versorgungsbild sei z. T. unter den an der Versorgung Beteiligten abgewichen.

„Also ich nehme das Bild wahr, der Arzt nimmt ein Bild wahr, der Patient selbst hat ein Bild. Und der Pflegedienst, der in der Versorgung ist, hat noch mal ein ganz anderes. Das heißt, ich habe ganz oft die Puzzleteile zusammengeführt. Das heißt, der Arzt ist sehr überrascht über das Bild, was ich vom Patienten habe, auch mit den Assessments, die ja dann halt noch so stehen und fallen und die auch eine gewisse Aussagefähigkeit in der Praxis haben.“ (RubiN_FG2_CM)

Nach Evaluation aller Assessments und Erfassung des Hilfebedarfs seien diese mit den Patient*innen und ggfs. mit ihren Angehörigen besprochen worden. Diese hätten ausgewählt, was gemacht werden solle. Der Hilfebedarf sei sehr individuell gewesen. Die Versorgungssituation einiger Patient*innen habe intensive Fallbesprechungen mit den behandelnden Ärzt*innen gefordert, bei anderen Patient*innen habe monatlicher telefonischer Kontakt gereicht.

„Wir sind die Beobachter des Lebens der Patienten und können Informationen geben, was wir beobachtet haben und können besprechen: ‚Was können wir tun?‘ So verstehe ich unsere Arbeit.“ (RubiN_FG1_CM)

Nach Erfassung des Basisassessments seien weitere ‚Follow-ups‘ erfolgt. Die CM hätten z. B. die Medikamentenpläne mit Vitalparametern abgeglichen oder Verordnungen für

Hilfsmittel und medizinische Behandlungspflege empfohlen. Teilweise seien speziell entwickelte Feedbackbögen für Assessments, Versorgungsbedarfe, Maßnahmen und Follow-ups geführt worden.

„Tätigkeiten CM_Beratung und Aufklärung“

Zu den Haupttätigkeiten der CM hätten beratende und aufklärende Tätigkeiten gezählt. Sie hätten ihre Patient*innen präventiv und individuell unter Berücksichtigung der bestehenden Hilfsstrukturen beraten und zugleich auf deren Selbstverantwortung bezüglich deren Versorgungssituation hingewiesen. Die CM hätten mit ihrem sozialmedizinischen Leistungsangebot aus sechs verschiedenen Sozialgesetzbüchern Wissen und Erfahrungen gehabt, die sowohl den Patient*innen als auch z. T. den anderen an der Versorgung Beteiligten unbekannt gewesen seien. Einige Patient*innen hätten geglaubt, gewisse Leistungen nicht in Anspruch nehmen zu dürfen, andere wiederum seien durch die CM zurechtgewiesen worden, weil deren Ansprüche und Anforderungen zu hoch gewesen seien und z. B. Reha-Sport statt Physiotherapie ausreichend gewesen sei.

„Das ist ganz viel Aufklärungsarbeit, was wir in der Praxis gar nicht gewährleisten können. Wo wir zum einen nicht die Erfahrung haben und zum anderen nicht das Netz drum herum.“ (RubiN_FG3_MFA)

Ein Großteil ihrer Beratung habe sich der Pflegegradeinstufung gewidmet. Die CM hätten bei der Beantragung oder Anpassung unterstützt, seien zum Teil aber auch bei der Begutachtung des Medizinischen Dienstes mit anwesend gewesen. Sie hätten zudem zahlreiche Angebote und Dienstleistungen wie Tagespflege, Hausnotruf, hauswirtschaftliche Unterstützung, Nachbarschaftshilfe, Einkaufs- und Essensservices oder soziale Kontaktmöglichkeiten vermittelt. Der Wohnraum sei durch Hilfsmittel wie Toilettensitzerhöhungen, Teppichentfernungen, Matratzenwechsel etc. angepasst oder Wohnwechsel in barrierefreie oder betreute Wohnungen organisiert worden. Patient*innenverfügungen und Vorsorgevollmachten seien erstellt und geprüft und auch die Finanzen der Patient*innen z. T. begutachtet worden. Um zusätzliche finanzielle Entlastungen durch diverse Rabatte im ÖPNV etc. zu schaffen, seien Schwerbehindertenausweise beantragt worden. Mit dem Aufbau eines Vertrauensverhältnisses oder in Begleitung von Angehörigen hätten zudem den Patient*innen unangenehme Themen und Defizite wie Inkontinenz etc. besprochen werden können.

Wichtig war den CM, dass sie jeweils nur Empfehlungen ausgesprochen hätten und die letztendliche Entscheidung immer bei den Patient*innen und ihren Angehörigen gelegen hätte. Sie wiesen darauf hin, dass die Wünsche der Patient*innen nur im Dialog hätten ermittelt werden können. So hätten sich z. B. einige Patient*innen einen Treppenlift

gewünscht, um die Wohnung verlassen zu können, währenddessen andere eher Besuch empfangen und nicht die Wohnung verlassen hätten wollen. Es habe sich gezeigt, dass das häusliche Umfeld und die Ruhe bei der Beratung im Vergleich zur Hausarztpraxis die Akzeptanz von Vorschlägen wie den Besuch einer Tagespflege oder einen Wohnungswechsel stärken könnten.

„Es ist wichtig, dass man dem Patienten ja immer kommuniziert, man will ihn nicht bevormunden, sondern man schlägt wie viel auch immer vor und der Patient kann selber natürlich mitentscheiden: Was möchte ich davon wahrnehmen? Welche Idee finde ich gut? Und das hat auch gut geklappt.“ (RubiN_FG5_CM)

*„Tätigkeiten CM_Erreichbarkeit / Gesprächspartner*in“*

Viele Patient*innen hätten aufgrund der Corona-Pandemie verstärkt unter Einsamkeit gelitten und großen Redebedarf gehabt. Die CM hätten dieser psychosozialen Belastung entgegengewirkt, indem sie als Gesprächspartner*innen zur Verfügung gestanden hätten. Sie hätten sich mit vielen Patient*innen zu regelmäßigen Gesprächen oder Telefonaten verabredet.

„‘Okay, wir telefonieren einmal im Monat‘ und dann können die sich alles von der Seele reden. Dann haben die eine halbe Stunde, wo die mir wirklich alles im Prinzip vor den Kopf knallen können. Und die sind glücklich und zufrieden damit.“ (RubiN_FG6_CM)

Die Patient*innen hätten gewusst, dass sie sich jederzeit bei den CM melden konnten und diese ggfs. zurück riefen, wenn z. B. das Handy der CM nachts oder am Wochenende ausgeschaltet war. Selbst am Wochenende seien bei den CM zahlreiche Anrufe eingegangen. Die Gespräche und Telefonate hätten den CM viel Zeit gekostet. Um ihre begrenzte Zeit möglichst effektiv zu nutzen, hätten die CM daher viel während Autofahrten telefoniert. Dokumentationen und Reaktionen auf die Anrufe im Nachhinein seien dennoch nötig gewesen.

*„Tätigkeiten CM_Rolle der Versorgungskordinator*innen“ + „Tätigkeiten CM_Vernetzungsarbeit“*

In der Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung Beteiligten hätten die CM eine koordinierende Funktion übernommen. Sie hätten demnach weniger Dienstleistungen als andere erbracht, sondern diese eher sortiert und versucht, das Gesamtbild im Blick zu halten. Sie wurden daher auch als ‚Lebensorganisatoren‘ oder ‚Dreh- und Angelpunkt des Ganzen‘ bezeichnet. Des Weiteren hätten sie viel Vernetzungsarbeit betrieben und ständig versucht, neue Netzwerkpartner*innen und Leistungsanbieter*innen wie Tageskliniken, Pflegeheime und Sanitätshäuser für die Versorgung zu gewinnen.

„Und Sie haben ja quasi im RubiN-Projekt ganz viele lokale Sachen aufgetan, die wir auch nicht alle kennen. Sportverein hier und wer macht was, nicht? Häkelgruppe da.“ (RubiN_FG6_A)

Einen ausführlicheren Überblick über die Zusammenarbeit gibt Kapitel 3.2.1.2 „Zusammenarbeit und Informationsaustausch“.

„Tätigkeiten CM_ Individualität“

Die CM seien in ihrer täglichen Arbeit zeitlich flexibel und frei von sämtlichen Vorgaben gewesen. Sie hätten sich auf die akuten Fälle konzentrieren und weniger dringliche Angelegenheiten spontan und eigenverantwortlich verschieben können. Hausbesuche hätten nach Wünschen der Patient*innen geplant und Dokumentationen z. B. spätabends durchgeführt werden können. Da jeder Patient*innenfall und jede Arztpraxis anders gewesen seien, sei ein selbstständiges und individuelles Arbeiten erforderlich gewesen, welches von den CM sehr geschätzt wurde.

„Und persönlich positiv finde ich einfach diese Arbeit, jeder Tag ist wie eine Wundertüte, man weiß nie, was drin ist. Diese Kombination zwischen ich kann rausfahren, dieses Vorschussvertrauen von unserer Geschäftsführung, ich bin frei, ich bin mein eigener Herr, ich mache meine Hausbesuche, ich fahre noch an einer Praxis vorbei und hole noch was ab oder gebe was ab und arbeite – gehe dann wieder ins Büro und arbeite das ab. Also diese Kombination zwischen praktischer Arbeit und Büro finde ich [...] großartig.“ (RubiN_FG3_CM)

Trotz der notwendigen Selbstständigkeit und Individualität habe ein großer Austausch zwischen den CM stattgefunden. Die Kolleg*innen hätten sich gegenseitig unterstützt, es sei ein großer Zusammenhalt im Team gewesen. Komplexere Fälle seien in Teamsitzungen besprochen und dort gemeinsam nach Lösungen gesucht worden.

3.2.1.2 Zusammenarbeit und Informationsaustausch

In der folgenden Tabelle sind die wesentlichen Kategorien im Themenbereich „Zusammenarbeit und Informationsaustausch“ der an der Versorgung Beteiligten dargestellt.

Tabelle 3: Zusammenarbeit und Informationsaustausch

Hauptkategorie	Unterkategorie
Zusammenarbeit und Informationsaustausch	Bewertung interprofessionelle Zusammenarbeit
	Informationsaustausch
	Zusammenarbeit innerhalb Praxisnetz
	Zusammenarbeit außerhalb Praxisnetz

„Bewertung interprofessionelle Zusammenarbeit“

Die interprofessionelle Zusammenarbeit wurde von allen Teilnehmenden insgesamt als sehr positiv beschrieben.

„Ich fand das richtig gut, also...sehr unterstützend, sehr empathisch, auch nicht übergriffig. Sondern war sie sehr motivierend, hat geguckt, was für den Patienten

rauszuholen wäre. Und fand das immer gut. Habe da nicht jetzt so irgendwas, kann das eigentlich nur loben.“ (RubiN_FG6_A)

Die an der Versorgung Beteiligten schätzten die Arbeit der anderen und respektierten diese sehr. Auch wenn es z. B. vorkam, dass zu Beginn des Projekts sich ein Arzt durch die neue Zusammenarbeit in seinem Handeln beobachtet fühlte und es ihm zunächst schwerfiel, dass mögliche Behandlungsfehler aufgedeckt werden könnten, wurde die Zusammenarbeit immer als konstruktiv und als ein ‚sehr gutes Miteinander‘ empfunden. Besonders das große Engagement der CM wurde von den Ärzt*innen und MFA bewundert und als Profit für alle aufgefasst.

„Was ich wahnsinnig bewundert habe an <CM>, die hat sich da so reingehangen. Wir haben also mehrfach miteinander wegen dieses Ehepaares telefoniert und sie hat sich da noch so reingehangen und ‚Das müssen wir doch hinkriegen!‘ Und das fand ich immer so toll, wo ich so gedacht habe: ‚Ja, es ist super, dass es so was gibt.‘ Weil uns als Praxis bleibt für sowas keine Zeit, dass wir da irgendwie organisieren.“ (RubiN_FG4_MFA)

Durch den intensiven Austausch zwischen den an der Versorgung beteiligten Personen sei eine enge Vertrauensbasis entstanden, die als essenziell für eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit angesehen wurde und das Zusammenarbeiten erleichtert habe. Das gegenseitige Vertrauen wurde sowohl von den Ärzt*innen als auch von den CM als sehr wertvoll empfunden.

„Das ist auch eine Art von Vertrauen, die uns der Hausarzt uns dann auch entgegenbringt, wenn ich sage: ‚So und so ist die Situation zu Hause und es wird – die Medikamente werden nicht richtig genommen.‘ Zum Beispiel, und ‚Das würde ich dann auf jeden Fall empfehlen.‘ Und dann hat ja immer, immer hat dann – war das dann in Ordnung, ‚Klar, machen wir.‘“ (RubiN_FG4_CM)

Die Aufgabenverteilung der an der Versorgung Beteiligten wurde ebenfalls als sehr positiv bewertet. Die CM fanden es gut, dass ihr Entscheidungsvermögen bei wichtigen Sachverhalten eingeschränkt und ärztlicher Rat einzuholen gewesen sei. Gleichzeitig schätzten die CM, dass die Ärzt*innen die Kompetenz der CM gekannt und dieses auch gegenüber den Patient*innen gezeigt hätten.

„Weil die Patientin meinem Wunsch entsprechend nicht gehandelt hat und gemeint hat: ‚Da gehe ich doch mal lieber zum Arzt.‘ Und der Arzt hat gesagt: ‚Und Sie gehen bitte zu Frau <CM>.‘ Also das war so eine klare... Und das war schön. Also das war einfach super.“ (RubiN_FG2_CM)

Es habe wenige Ausnahmen gegeben, in denen die Zusammenarbeit nicht so gut funktioniert habe. Eine CM bemängelte, dass wenige Ärzt*innen dem Projekt keine Chance gegeben und die CM zu Beginn als Mehrarbeit empfunden hätten. Eine weitere CM gab an, dass sich eine MFA einer Hausarztpraxis in ihrem Tätigkeitsfeld bedroht gefühlt und den Informationsaustausch blockiert habe. Offene Kommunikation habe jedoch die meisten Probleme gelöst.

„Informationsaustausch“

Der Austausch von Informationen zwischen den an der Versorgung beteiligten Personen wurde als ein ‚freundliches Miteinander‘ beschrieben. Informationen seien problemlos über sämtliche Kanäle ausgetauscht worden, vom Telefon und persönlichen Gesprächen vor Ort über E-Mail, Fax und speziell entwickelten Feedbackbögen bis zu Auskünften der Patient*innen und Angehörigen. Die Häufigkeit des Informationsaustausches und die ausgetauschten Informationen hätten je nach Informationsbedürfnis der Ärzt*innen und je nach Behandlungsschwere der Patient*innen variiert. Oft habe der Informationsaustausch auch nur zwischen den MFA und CM stattgefunden.

„Ich habe eine Kommunikation. Die findet meistens auf der Ebene RubiN-Mitarbeiter – Schwester statt. Das ist super. Das reicht auch. Weil ich über meine erfahrenen Mitarbeiter ja alles auf den Tisch kriege, was geregelt werden muss. Das macht sie ja sonst auch über das Telefon.“ (RubiN_FG8_A)

Die Hausärzt*innen seien nicht immer über jede Kleinigkeit wie z. B. Antragsstellungen informiert worden. Unklarheiten sowie akute Veränderungen und Auffälligkeiten seien in so genannten Fallbesprechungen gemeinsam besprochen worden. Dringende Angelegenheiten seien unmittelbar über Telefon geklärt worden, viele Praxen hätten dafür eine entsprechende Durchwahlnummer eingerichtet oder entsprechende Handynummern ausgetauscht. Somit sei ein ‚paralleles Miteinander‘, wie es von den an der Versorgung beteiligten Personen bezeichnet wurde, entstanden. Voraussetzung für dieses gelungene Miteinander sei die zuvor beschriebene Vertrauensbasis gewesen. Von Seiten der Ärzt*innen wurde dieses Vorgehen meist begrüßt, da sie dadurch eine gewisse Entlastung empfanden.

„Also, dass man einfach weniger erfahren muss, weil jemand schon da ist.“ (RubiN_FG6_A)

Für die Fallbesprechungen sei sich dann ausreichend Zeit genommen worden. Somit hätten wichtige Fälle oder offene Fragen im interprofessionellen Team besprochen werden können. Auch wenn sich wenige Praxen bei längeren Fallbesprechungen unmotiviert gezeigt hätten, empfand die Mehrheit diese als großen Mehrwert.

„Also das ist ein ganz wesentlicher Punkt gewesen, diese Gespräche über die Patienten dann auch möglichst ohne Zeitdruck. Und dann muss man auch sagen: geht auch einiges an Zeit drauf. Das ist schon so. Aber das hat irgendwie gefühlt einen sehr großen Mehrwert gehabt.“ (RubiN_FG2_A)

„Zusammenarbeit innerhalb Praxisnetz“

Ärzt*innen schätzten die Arbeit der CM sehr und erfuhren durch die gute Zusammenarbeit eine gewisse Entlastung, da viele Entscheidungen ohne ärztliche Beteiligung getroffen werden könnten oder deren Intervenieren häufig nicht notwendig gewesen sei.

„So das lief. Und ich wusste: die sind versorgt, die Patienten. Ich habe da gehört: ‚RubiN war da‘ oder von <MFA> habe ich da was gehört, dass die da aktiv wurden. Das heißt, es wurde quasi um mich herum so oder hinter meinem Rücken nicht, aber so einfach von mir weg die Arbeit genommen. Und ich hatte jetzt, musste gar nicht irgendwo auftauchen.“ (RubiN_FG6_A)

Von den CM wurde die Zusammenarbeit innerhalb des Praxisnetzes ebenfalls als sehr eng beschrieben. CM beschrieben sich selbst als eine Art ‚verlängerter Arm‘ der Hausärzt*innen, da sie sich mehr Zeit für die Patient*innen nehmen und somit eine optimale Ergänzung zur meist rein medizinisch-therapeutischen Sichtweise ermöglichen könnten, indem sie sozialmedizinische Vorschläge einbringen. Dabei hätten sich die Empfehlungen der CM meist mit den Einschätzungen der Ärzt*innen gedeckt.

„Und dann muss man halt auch Ärzte haben, die sozusagen offen dafür sind und die halt... Weil es ist einfach ungewöhnlich, dass jetzt jemand von außen kommt und dann sagt: ‚Wie wäre es eigentlich mit einer Reha?‘ So. Und dem Arzt sozusagen einfach irgendwie sowas vorschlägt. Also das ist ja eigentlich... Da gibt es ja sonst kaum irgendwelche Stellen, die sowas sonst machen. Und das ist natürlich erstmal eine Gewöhnung, da muss der Arzt halt auch für offen sein und so.“ (RubiN_FG6_CM)

Die offene Kommunikation zwischen den an der Versorgung Beteiligten sowie die gegenseitige Wertschätzung und Anerkennung wurden sehr hervorgehoben. Dadurch sei eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe, ohne Hierarchie, entstanden. Zwar habe es klare Zuständigkeiten gegeben, gleichzeitig seien diese Zuständigkeiten aber auch sehr eng miteinander verzahnt und die Tätigkeiten häufig miteinander verschmolzen gewesen.

„Und das ist eben auch dieser Teamgedanke [...], Dass man tatsächlich sagen kann: ‚Oh, da sehe ich was.‘ Und ich darf es benennen. Und es bedeutet nicht gleich: ‚Du hast da was übersehen [...] Sondern, das ist einfach eine Zusammenarbeit, wo jeder nach seinen Möglichkeiten guckt und man übersieht halt manchmal was.“ (RubiN_FG1_A)

Die Zusammenarbeit sei erleichtert worden, wenn einerseits alle Mitarbeiter*innen einer Praxis über das RubiN-Projekt und die Aufgaben der CM Bescheid wussten und es andererseits in jeder Praxis eine feste Ansprechperson für die CM gab. Die CM hätten Kontakt zu sämtlichen Praxen des Netzwerkes gehabt, die Praxen jedoch untereinander eher weniger.

„Zusammenarbeit außerhalb Praxisnetz“

Auch die Zusammenarbeit außerhalb des Praxisnetzes wurde als überwiegend positiv beschrieben. Die Arbeit der CM sei außerhalb des Praxisnetzes sehr geschätzt worden, auch wenn es anfangs von einigen Leistungsanbieter*innen Bedenken gegeben habe.

„Wir arbeiten jeden Tag mit Pflegediensten, mit Betreuungsdiensten, mit irgendwelchen Reha-Einrichtungen und so weiter und so fort. Und dann kennen die irgendwann unsere Arbeit und dann kommen die auch auf uns zu und sagen: ‚Könnt ihr den Patienten noch aufnehmen?‘“ (RubiN_FG6_CM)

Durch die langjährige Zusammenarbeit mit unterschiedlichsten Leistungsanbieter*innen seien anfängliche Ängste, Misstrauen und Konkurrenzgefühl abgebaut worden. Vor allem Pflegedienste, Pflegestützpunkte oder Sozialdienste aus Krankenhäusern hätten sich zunächst zum Teil in ihrer Arbeit beobachtet und durch Konkurrenz bedroht gefühlt. Die fachliche Kompetenz der CM sei schließlich geschätzt sowie deren Zusammenarbeit als Möglichkeit zur gegenseitigen Unterstützung und Entlastung erkannt worden.

„Zu Anfang haben sie uns schon als Konkurrenz gesehen, weil sie auch ein bisschen Angst hatten, wir gucken denen in die Karten [...] Aber im Großen und Ganzen muss ich sagen, hat sich das eigentlich gut eingespielt. Also, die sind eigentlich recht froh, dass sie uns überhaupt haben und auch schon mal sagen: ‚Wenn ihr kommt, könnt ihr da mal gucken?‘ oder ‚Könnt ihr da mal irgendwie noch so ein bisschen intervenieren?‘ [...] Also das läuft sehr gut muss ich sagen.“ (RubiN_FG6_CM)

Über die Zeit sei ein großes Netzwerk an unterschiedlichsten Leistungserbringer*innen entstanden, die häufig im Kontakt miteinander gestanden hätten, um eine optimale Versorgung für die Patient*innen zu gewährleisten. Die CM hätten aufgrund von beidseitigen Anforderungen und Anfragen täglichen Kontakt zu den Pflegediensten gehabt. Ihre Zusammenarbeit habe eine umfangreiche und zeitintensive Kommunikation erfordert. Darüber hinaus hätten sich die CM mit anderen Dienstleister*innen wie Betreuungsdiensten und der Tagespflege vernetzt sowie ein gutes Netzwerk an Fachärzt*innen aufgebaut. Bei stationären Aufenthalten ihrer Patient*innen hätten sie ständig in Kontakt mit den Krankenhäusern inkl. deren Sozialdienste gestanden, um für eine optimale Überleitung und Fortsetzung therapeutischer Maßnahmen zu sorgen. Auch Kontakt zu gesetzlichen Betreuer*innen ihrer Patient*innen, Pflegeberatungen bei Krankenkassen, die durch Datenschutz enorm erschwert worden seien, sowie die Vermittlung der Patient*innen an Beratungseinrichtungen hätten zu ihrem Alltagsgeschäft gehört. Die Zusammenarbeit von Ärzt*innen und CM hätte zudem einen gezielteren Einsatz von Therapeut*innen, z. B. Ergotherapeut*innen, inklusive einer angemessenen Leistungskontrolle durch die Langzeitbeobachtung der CM ermöglicht. Im Gegensatz zu den CM hätten die Praxen keine große Veränderung in der Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringer*innen erfahren.

Die Zusammenarbeit sei überwiegend gut und problemlos verlaufen, jedoch auch abhängig von der Fachkräfteverfügbarkeit vor Ort gewesen. Die Zusammenarbeit mit den Pflegediensten sei schwieriger geworden, wenn dort ständig Personalwechsel stattfand. In der Folge habe es aufgrund des Fachkräftemangels weniger Rückmeldungen sowie weniger koordinierende Tätigkeiten seitens der Pflegedienste gegeben. Wurden Patient*innen aus Krankenhäusern ohne Arztbriefe entlassen, habe es die Anschlussversorgung sowohl für Ärzt*innen als auch für CM erschwert.

„Na insoweit die Kapazitäten da sind, klappt das gut [...] im Verlauf der Projektlaufzeit [haben wir] gemerkt, dass wir doch vielen Diensten auch die Patienten zugeschustert

haben tatsächlich. Also wir haben so wirklich im Verlauf gemerkt, dass wirklich ganz oft dann wirklich wahnsinnig die Kapazitäten erschöpft sind.“ (RubiN_FG5_CM)

3.2.2 Determinanten in der Versorgung von Rubin

Das folgende Kapitel thematisiert wahrgenommene Veränderungen in der Versorgung sowie die Umsetzung des Versorgungsmodells.

3.2.2.1 Wahrgenommene Veränderungen in der Versorgung

In der folgenden Tabelle sind die wichtigsten wahrgenommenen Veränderungen in der Versorgung in RubiN dargestellt.

Tabelle 4: Wahrgenommene Veränderungen in der Versorgung

Hauptkategorie	Unterkategorie
Wahrgenommene Veränderungen in der Versorgung	Belastung der Hausärzt*innen
	Belastung Pflegedienst
	Entlastung Angehörige
	Einblick in die Lebenswelt der Patient*innen
	Förderung der Versorgung zu Hause
	Patient*innenzufriedenheit
	Lebensqualität
	Gefühl von Sicherheit
	Mehr Zeit für Patient*innenversorgung
	Sensibilisierung der geriatrischen Versorgung
	Sonstige Veränderungen

*„Belastung der Hausärzt*innen“*

Die Phase der Rekrutierung wurde anfänglich von den meisten Praxen als sehr aufwändig und zeitintensiv beschrieben. Im Verlauf sei deutlich geworden, wie sehr die Ärzt*innen und die MFA durch die Tätigkeiten der CM entlastet worden seien und welche Zufriedenheit der Ärzt*innen dadurch entstanden sei, unter anderem auch dadurch, dass die Ärzt*innen nicht mehr alleinverantwortlich für die Versorgung ihrer Patient*innen gewesen seien.

„Eine große Entlastung, weil wir ja die Dinge dann nicht machen müssen...Wir müssen nicht selber draufkommen, wir kriegen was vorgeschlagen. [...] und Sie machen es ja von sich aus quasi und ergänzen das Ganze sehr gut.“ (RubiN_FG6_A)

Auffallend sei gewesen, dass durch die Etablierung einer CM viele Patient*innen 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. Patient*innen, 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 Hausärzt*innen erreicht werden konnte.

„Dass also der Hausarzt erstmal entlastet ist durch die – durch die Hilfsangebote, die wir machen und er hat natürlich auch ein komplettes geriatrisches Screening von uns bekommen, das muss man auch ganz klar sagen.“ (RubiN_FG3_CM)

Hervorgehoben wurde zudem die Netzwerkarbeit, die im Rahmen der Umsetzung des Versorgungsmodells geleistet worden sei und die die Arbeit der Ärzt*innen deutlich verbessert und erleichtert habe.

„Belastung Pflegedienst“

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 gegeben habe. Die CM hätten zudem auch viele Fragen und Probleme abgefangen, mit denen die Patient*innen ansonsten an den Pflegedienst herangetreten wären.

„Und den Pflegedienst auch entlastet, weil die sagen: ‚Super, wenn du das machst‘ und dann haben die einen Papierkram weniger und haben natürlich auch eine Patientin, die zufrieden ist.“ (RubiN_FG2_CM)

„Entlastung Angehörige“

Auch für die Angehörigen der geriatrischen Patient*innen 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.

„Was für einen Benefit die dann empfinden, oder auch sagen: ‚Jetzt wo mein Mann einmal die Woche in der Tagespflege [ist] – Ich gehe jetzt immer schwimmen, das wollte ich schon immer mal wieder machen.‘“ (RubiN_FG3_CM)

Durch die Hilfe bei der Beantragung von Pflegegeldern und Sachmitteln sowie Vergünstigungen durch beantragte Schwerbehindertenausweise seien die Angehörigen finanziell entlastet und in der Folge z. T. auch psychisch entspannter gewesen. Angehörige, die nicht in der Nähe wohnten, seien froh und erleichtert über die gesicherte Versorgung durch die CM gewesen.

*„Einblick in die Lebenswelt der Patient*innen“*

Der Einblick in die Lebenswelt der Patient*innen 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 Patient*innen und ihrer Lebenswelt ermöglicht. Durch das Gesamtbild sowie der erhöhten Gesprächsbereitschaft der Patient*innen 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.

„Neben dem, was wir von der ärztlichen Seite her oder von der Praxisseite her machen konnten, gab es ein zweites Standbein. Es gab nochmal jemanden, der zu Hause geguckt hat. Viele Patienten, die vielleicht Hausbesuche bedürftigen oder wo man sagt: ‚Da macht es eigentlich mal Sinn, mal hinzufahren, sich das Zuhause mal anzugucken‘, das haben wir zeitlich nicht, das ist zeitlich nicht möglich [...] Und das ist zumindest glaube ich ein großer Gewinn durch dieses Projekt gewesen, dass man eben die Häuslichkeit dieser Patienten dann auch gesehen hat.“ (RubiN_FG6_A)

In einigen Fällen seien desolate Lebensbedingungen aufgedeckt worden, die zuvor hinter Fassaden aus gepflegter Kleidung und vornehmlichem Verhalten verborgen geblieben seien. Manchmal seien auch nur Kleinigkeiten aufgedeckt worden, die jedoch zu einer besseren Versorgung beigetragen und die Patient*innen ermutigt hätten, zu Hause zu bleiben.

‚Förderung der Versorgung zu Hause‘

Durch den Einblick in die Lebenswelt der Patient*innen sei es möglich gewesen, entsprechende präventive Unterstützungsmöglichkeiten zu organisieren, um einen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu fördern. Es seien sowohl medizinische und therapeutische Probleme als auch soziale Aspekte berücksichtigt worden. Folgende Maßnahmen zur Förderung der häuslichen Versorgung habe es unter anderem gegeben: Anpassungen im Wohnraum für mehr Barrierefreiheit, einen Einsatz von Hilfsmitteln, das Hinzuziehen eines ambulanten Pflegedienstes, die Organisation eines Betreuungsservices zur Unterstützung beim Einkaufen oder Reinigen des Haushalts, die Bestellung von Essen auf Rädern sowie Verordnungen für Physio- und Ergotherapie zum Erhalt der Mobilität. Die Organisation und Koordination all dieser Maßnahmen hätten es den Patient*innen ermöglicht, sicher und zufrieden in ihrer eigenen Wohnung zu verbleiben.

„Ich Sorge dafür, dass die Menschen versorgt zu Hause sind und zu Hause bleiben dürfen zur Vermeidung von stationären Aufenthalten. Ich glaube, bis dato habe ich wenig Überleitungen in den vollstationären Bereich, ich glaube prozentual 7 von einem Schnitt von über 200 Patienten. Und das ist nicht viel.“ (RubiN_FG1_CM)

Auch die Ärzt*innen wünschten sich, ihre Patient*innen mit schwerwiegenden Krankheiten nicht immer gleich in ein Krankenhaus einweisen zu müssen und waren froh über die Integration ihrer Patient*innen in deren gewohntem Umfeld.

*‚Patient*innenzufriedenheit‘*

Die Zufriedenheit der Patient*innen mit dem Versorgungsmodell wurde von allen Beteiligten wahrgenommen. Die Möglichkeit zu haben, sich bei jemanden melden zu können und über

das eigene Befinden oder die eigenen Probleme zu sprechen, habe sich positiv auf das Wohlbefinden der Patient*innen ausgewirkt.

„Also das Gespräch, auch über Dinge mal zu sprechen, die vielleicht noch nie Platz und Raum gefunden haben. Plötzlich kommen die ans Tageslicht. Und das ist für die Patienten dann auch eine Form von Wohlbefinden. Wir wollen ja im Prinzip Selbstbestimmtheit und Stabilität. Und wenn ich mich von der Psyche her auch mal ein bisschen befreit habe von irgendwelchem Gedankenkarussell, geht es mir plötzlich auch besser. Oder den Leuten mal ins Gewissen reden, dass sie das doch mal bitte jetzt vielleicht mal angehen könnten.“ (RubiN_FG2_CM)

Die Patient*innen hätten durchwegs positive Rückmeldungen an die CM gegeben und alle seien dankbar gewesen, dass sie an dem Projekt teilnehmen durften. Sie hätten selbst erkannt, dass sie von dem Projekt profitieren würden und seien sowohl mit ihren positiven als auch negativen Entwicklungen zufrieden gewesen. Besonders zufrieden seien sie über organisierte Hilfsmittel, Wohnraumanpassungen sowie die Unterstützungen bei Anträgen gewesen. Ihnen seien durch die CM viele neue Möglichkeiten aufgezeigt worden, etwas Neues wie Sportgruppen oder andere soziale Angebote auszuprobieren und Abwechslung in den Alltag zu bringen.

„Manche haben sich auch einfach gefreut, dass einfach mal was Neues – die waren, sind so in ihrem Alltagstrott, kommt nicht viel neues rein, oder - und wir haben ja auch eine Reha-Sportgruppe hier zum Beispiel gegründet und da haben manche auch gesagt: ‚Mensch toll, einfach mal wieder rauskommen, einfach mal wieder neuer Input, dass mal wieder jemand nach Hause kommt.‘“ (RubiN_FG4_CM)

Die Zufriedenheit der Patient*innen habe sich auch im einfacheren und freundlicheren Umgang bei der Behandlung in der Praxis gezeigt.

„Bei einigen Patienten, die grundsätzlich in die Praxis kamen und immer so eine innere Anspannung hatten oder immer so eine Abwehrhaltung so gegen alles, was man vorgeschlagen hat [...] die jetzt aber unter RubiN so viel Positives erfahren haben, dass das Handling in der Praxis mit den Patienten viel einfacher geworden ist. Die sind dankbar, die sind wirklich freundlich.“ (RubiN_FG3_MFA)

„Lebensqualität“

Es wurde sowohl von den Hausärzt*innen als auch von den CM eine Steigerung der Lebensqualität der Patient*innen wahrgenommen. Die Patient*innen hätten unter Berücksichtigung sozialer Aspekte glücklicher gewirkt und eine erhöhte Lebensfreude gezeigt. Die Förderung und Erhaltung der Selbständigkeit und körperlichen Fitness hätten sich positiv auf die Teilnahme an Aktivitäten ausgewirkt. Die Patient*innen hätten vermehrt an Sportgruppen teilgenommen, neue Freundschaften geschlossen oder wieder Ausflüge in Parks etc. gemacht.

„Und wenn man das dann sieht, wie glücklich die Patienten sind und was für einen Sprung die dann machen auch noch, in bestimmten Bereichen, einfach weil sie wieder mehr Teilhabe haben, dann ist das total genial.“ (RubiN_FG1_A)

Es wurde beobachtet, dass die sozialmedizinischen Wünsche in der Praxis oft nicht zum Ausdruck gebracht worden seien und auch medizinische Werte wie der INR-Wert sich unter dem CCM stabilisiert hätten. Durch die Verordnungen von Hilfsmitteln oder Wohnraumanpassungen hätten viele Patient*innen zudem wieder die Möglichkeit gehabt, das Haus verlassen zu können.

„Und viele sind auch mobiler geworden, viele haben durch die Bereitstellung oder die Vermittlung einer Hilfe die Möglichkeit bekommen, das Haus mal wieder zu verlassen. Ich habe viele Patienten, die ein Elektromobil jetzt nutzen können und begeisterte Fahrer sind und sich wie ein Schneekönig freuen, dass sie irgendwie mal zu einem anderen Supermarkt können als zu dem, der um die Ecke ist, weil es da halt was Anderes zum Einkaufen gibt.“ (RubiN_FG5_CM)

„Gefühl von Sicherheit“

Alle an der Versorgung beteiligten Personen konnten ein Gefühl von Sicherheit verspüren. Sowohl Ärzt*innen als auch CM berichteten, dass die Patient*innen durch den regelmäßigen Kontakt mit den CM ein starkes Sicherheitsgefühl hätten erlangen können, da sie eine feste Ansprechperson gehabt hätten, die jederzeit erreichbar und vertrauenswürdig gewesen sei. Viele ältere Menschen hätten nämlich keine Angehörigen gehabt oder diese hätten oft weit weg gewohnt.

„Das ist jetzt auch ja eine Sicherheit, wenn jemand angesprochen wird und dann sozusagen das Herz ausschütten darf, also eine sehr vertrauensvolle Ebene findet. Das ist ja auch eine Sicherheit, die man hat, wenn man weiß: man kann diejenige anrufen, die hört mir zu, die kommt, mit der kann ich darüber reden.“ (RubiN_FG6_A)

Ärzt*innen konnten spüren, dass sich die Patient*innen sicherer gefühlt hätten, wenn regelmäßig eine Person in die Häuslichkeit kommt, die eng mit den Hausärzt*innen zusammenarbeitet, was letztendlich auch ein Gefühl von Sicherheit bei den Ärzt*innen ausgelöst habe. Die Ärzt*innen fühlten sich in sozialmedizinischen Tätigkeiten oft ein wenig überfordert und daher sicherer und souveräner in ihrer Arbeit, wenn sie wussten, dass die CM diese Tätigkeiten übernahmen und die Versorgung ihrer Patient*innen somit gewährleistet worden sei.

„Für mich wenigstens als Arzt war das sehr entlastend, wenn ich weiß die Patienten sind gut versorgt. Das gibt mir auch Sicherheit in der Versorgung der Patienten, hilft mir bei der täglichen Arbeit, Entscheidungen auch zu treffen oder Probleme zu lösen und entlastet mich extrem.“ (RubiN_FG4_A)

CM erfuhren ebenfalls ein Gefühl von Sicherheit, welches daraus resultiert habe, dass sie für sich einen klar definierten Arbeits- und Versorgungsauftrag nachgingen, bei dem sie durch die gute Zusammenarbeit im interprofessionellem Team optimal unterstützt worden seien.

„Also ich finde das schön, im Team zu arbeiten und nicht so als allein, im Alleingang zu sagen: Jetzt entscheide mal [...] Sondern man kann zusammen sich austauschen

und das finde ich echt eine Bereicherung inhaltlich, fachlich und auch seelisch eine Entlastung, zu sagen: ‚Nein, wir haben es gemeinsam so entschlossen, wir probieren es jetzt nochmal zu Hause.‘“ (RubiN_FG7_CM)

*‚Mehr Zeit für Patient*innenversorgung‘*

Ein großer Vorteil der Projektarbeit der CM sei gewesen, dass diese in ihrer Zeitgestaltung frei und zeitlich unbegrenzt gewesen seien. Sie hätten sich für ihre Patient*innen so viel Zeit wie nötig nehmen und so Versorgungslücken, die aufgrund zeitlich begrenzter Ressourcen und fehlender Schnittmengen unter den Professionen in der Regelversorgung entstünden, füllen oder Gesprächsbedarf decken können. Auch die Patient*innen hätten wahrgenommen, dass die CM mehr Zeit für sie hätten.

„Und gerade das Gespräch, dass man auch mal sein Herz ausschütten kann, dass auch jemand vielleicht mal Zeit hat und nicht gleich auf die Uhr guckt oder sagt: ‚Ich muss mal weiter.‘ Das ist glaube ich ein ganz großer Gewinn von RubiN gewesen.“ (RubiN_FG6_A)

‚Sensibilisierung der geriatrischen Versorgung‘

Ärzt*innen 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 vermehrt Verordnungen ausstellen zu können. Ihnen sei die sozialmedizinische Bedeutung und der Stellenwert von Assessments bewusster geworden, wenige hätten sogar den Versorgungsbedarf einiger Patient*innen unterschätzt.

„Denn ich glaube, ich bin wesentlich mehr sensibilisiert frühzeitig jetzt, auch wenn jetzt das Projekt nicht mehr da ist, aber frühzeitig zu überlegen: An was muss ich denn noch denken, außer Medikamente und Krankengymnastik und sowas?“ (RubiN_FG2_A)

‚Sonstige Veränderungen‘

Diese Kategorie beschreibt weitere Veränderungen, die im Rahmen des RubiN-Projekts beobachtet wurden. Das CCM könne z. B. dabei helfen, Patient*innen mit einer Facharztüberweisung vorzuselektieren.

„Meine Warteliste ist unendlich lang, ich muss Menschen abweisen und nicht zu wenig. Aber, wenn dann natürlich aus dem Netz vom Case-Manager irgendwas kommt [...] Dann ist das sozusagen ja schon mal so eine vorselektionierte Klientel und dann sage ich: ‚Na ja, das ist dann auch wichtig. Das muss dann halt vorgezogen werden.‘“ (RubiN_FG1_A)

Die CM hätten zudem auch ihre Patient*innen zu mehr Selbstständigkeit und Selbstverantwortlichkeit angeleitet, indem sie ihnen kleinere Aufgaben gestellt hätten. Bei Patient*innen, die sich aufgrund ihres Alters und der Krankheit körperlich und kognitiv verschlechtert hätten, seien Sicherheitsmaßnahmen wie der Entzug des Autoführerscheins eingeleitet worden.

„Er war hochgradig dement, er ist noch Auto gefahren. Da haben wir dann dafür gesorgt, dass der Führerschein weggeht.“ (RubiN_FG2_CM)

3.2.2.2 Umsetzung des Versorgungsmodells

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die im Folgenden beschriebenen Aspekte, die die Umsetzung des Versorgungsmodells thematisieren.

Tabelle 5: Umsetzung des Versorgungsmodells

Hauptkategorie	Unterkategorie
Umsetzung des Versorgungsmodells	Rekrutierungsweg
	Betreuungsintensität und -länge
	Fördernde Faktoren für Umsetzung
	Hemmende Faktoren für Umsetzung

„Rekrutierungsweg“

In das Rubin-Projekt konnten geriatrische Patient*innen ab 70 Jahren mit mindestens zwei Punkten im ANGELINA-Fragebogen aus mindestens zwei unterschiedlichen Themenkomplexen sowie mit ausreichenden Deutschkenntnissen eingeschlossen werden. Privatversicherte Patient*innen, Patient*innen, dessen behandelnden Ärzt*innen nicht an einem Praxisnetz teilnahmen, sowie Patient*innen aus stationären Einrichtungen und Patient*innen mit unheilbaren oder schweren psychiatrischen Erkrankungen wurden ausgeschlossen (vgl. 1.2.2.1 „Merkmale der Versorgung in RubiN“). Im Folgenden werden der Ablauf sowie die Erfahrungen mit der Rekrutierung aus Sicht der an der Versorgung Beteiligten geschildert.

Die Einschreibung sei primär durch die Hausärzt*innen und die MFA erfolgt. Sie hätten den Vorteil gehabt, die Patient*innen über Jahre zu kennen und somit ein besonderes Vertrauensverhältnis zu haben.

„Es ist auch auf jeden Fall sinnvoll, dass die Ärzte die Patienten einschreiben, weil die haben einfach ja schon seit Jahren Kontakt. Die kennen die Patienten und können halt den Kontakt auch über das Vertrauen halt, wie wir schon gesagt haben, gut herstellen und vermitteln.“ (RubiN_FG6_CM)

Die Hausärzt*innen erlebten die Anfangszeit der Rekrutierung als eher schwierig, anstrengend und schleppend, da der Sprechstundenbetrieb oft unterbrochen worden sei und es eine Zeit gedauert habe, bis sich eine gewisse Routine eingespielt hätte. Auch die CM erlebten die Anfangszeit als holprig und schwierig. Sie hätten sich zum einen

gleichzeitig in das Projekt einfinden und die ersten Patient*innen betreuen müssen und zum anderen hätte eine gewisse Mindestanzahl an Projektteilnehmenden eingeschrieben werden müssen. Dennoch seien die Ärzt*innen meist motiviert gewesen, viele Patient*innen zu rekrutieren, da sie den Vorteil des RubiN-Projekts für sich selbst und ihre Patient*innen erkannt hätten. Aufgrund der zeitlichen Begrenzung des Projekts seien einige Ärzt*innen weniger motiviert gewesen, zusätzlich zu den kurativen Behandlungsfällen auch präventive Fälle zu rekrutieren. Der zunächst hoch empfundene Aufwand habe mit der Zeit nachgelassen und die Ärzt*innen hätten sich über die Einschreibeerfolge freuen können.

„Ich glaube auch jetzt läuft das mit der Einschreibung irgendwie besser, weil also zumindest bei den Ärzten, bei denen das so präsent ist, dann wird das halt einfach bei Bedarf, wird jemand eingeschrieben.“ (RubiN_FG6_CM)

Die meisten Praxen hätten das RubiN-Projekt allen in Frage kommenden Patient*innen vorgestellt, sobald diese in die Praxis kamen. Aufgrund der Corona-Pandemie seien jedoch weniger Patient*innen in die Praxen gekommen als üblich. Bekannte Patient*innen mit hohem Versorgungsbedarf seien priorisiert gefragt oder gezielt in die Sprechstunde einbestellt worden. Es habe Gruppenvorstellungen im Wartezimmer oder extra Veranstaltungen in den Praxen gegeben, zu denen Patient*innen mit ihren Angehörigen eingeladen worden seien. Zusätzliche Werbung für das Projekt sei zudem über aufgehängte Plakate in den Praxen, auf Gesundheitsmessen oder durch Mundpropaganda erfolgt. In der Folge sei es besonders durch die Mundpropaganda zu Anfragen von Pflegediensten, Medizinischen Diensten oder den Patient*innen selbst gekommen.

„Und dann kennen die irgendwann unsere Arbeit und dann kommen die auch auf uns zu und sagen: ‚Könnt ihr den Patienten noch aufnehmen? Wir sehen da eigentlich Bedarf [...] könnt ihr da noch irgendwie was machen?‘“ (RubiN_FG6_CM)

Viele Patient*innen seien zunächst skeptisch gewesen, hätten Angst gehabt durch das Projekt in ein Pflegeheim zu kommen und einige hätten sich z. T. durch die Assessmentbögen überfordert gefühlt. Eine genaue Projektvorstellung mit dem Hinweis auf das Ziel des Verbleibs in der Häuslichkeit sowie die angebotenen Hilfen hätten die meisten Patient*innen zu einer Teilnahme überzeugen können. Zudem schien es förderlich, wenn die Patient*innen projekterfahren waren und bei dem Ausfüllen des ANGELINA-Fragebogens und weiterer Einschreibeunterlagen unterstützt wurden. Wenige nicht überzeugte Patient*innen hätten nachträglich teilnehmen wollen, welches jedoch oft nicht mehr möglich gewesen sei.

Mit der Zustimmung zur Projektteilnahme seien entweder die Daten der Patient*innen direkt an die CM weitergeleitet worden oder die CM hätten die Patient*innen direkt oder zeitnah an einem anderen Termin in einem extra dafür eingerichteten Zimmer der Praxis eingeschrieben und das Erstgespräch durchgeführt. Die gewohnte geschützte Umgebung

der Praxen sowie die direkte Überleitung der Patient*innen schien vorteilhaft für die Rekrutierung zu sein.

„Wir sind in den Praxen gewesen und haben da tageweise verbracht und die Patienten halt praktisch eingeschrieben. Also wir sind dann in Zusammenarbeit mit den MFAs haben wir das gemacht, die haben dann den Patienten das Projekt vorgeschlagen und haben dann gesagt: ‚Da ist jemand, der würde Ihnen gerne was erklären.‘ Und – ja, dann hatten wir unser eigenes Zimmerchen und konnten dann das Projekt vorstellen und auch somit wirklich viele Patienten gewinnen, die da eben einen Termin hatten beim Arzt. Das war also schon wirklich eine Vereinfachung, sonst wären wir wirklich schwierig an die Patienten rangekommen. Das war schon eine ganz gute Sache.“ (RubiN_FG10_CM)

Es sei zudem fördernd gewesen, die Angehörigen der Patient*innen bei der Rekrutierung mit aufzuklären und denen so deren Bedenken und Sorgen zu nehmen, da es vorgekommen sei, dass diese die schon überzeugten Patient*innen bezüglich einer Projektteilnahme umstimmten. Als Gründe wurden neben allgemeiner Skepsis auch die Angst, kontrolliert zu werden oder die Anonymität zu verlieren, vermutet.

„Man kommt halt in die Häuslichkeit, man sieht gewisse Dinge. Und da ist es auch oft so, dass sich dann auch Kinder [...] oft geschämt haben dafür, wie die Eltern leben, weil sie selber das Gefühl hatten: ‚Wir haben die Kontrolle nicht darüber, aber wir können denen nicht helfen, weil sie lassen sich nicht helfen‘ [...] Das ist halt auch oft das Problem gewesen, weswegen Angehörige oft sehr zurückhaltend waren.“ (RubiN_FG5_CM)

Mit der Rekrutierung habe sich zudem der hohe Versorgungsbedarf gezeigt, der nur aufgrund der vorherigen Reglementierung der Einschreibungszahl gedeckt worden wäre.

„Also, wenn wir also jetzt so weiter aufnehmen würden [...] jetzt nicht von der Zahl reglementiert wären, hätten wir mit Sicherheit mehr als das Doppelte oder Dreifache an Patienten. Weil der Bedarf ist wirklich extrem hoch.“ (RubiN_FG6_CM)

„Betreuungsintensität und -länge“

Die folgende Kategorie beschreibt, wie aus Sicht der CM die Dauer und Intensität eines CCM gestaltet werden könnte. Im Projekt sei zwischen präventiven, akuten und schweren Behandlungsfällen unterschieden worden, sodass die Betreuungsintensität dementsprechend bedarfsorientiert und individuell unter Berücksichtigung familiärer Strukturen sowie der Compliance der Patient*innen gestaltet worden sei.

„Und jetzt ist es eigentlich – finde ich jedenfalls ganz oft so, dass es gut läuft, weil es einfach nach Bedarf läuft. Also, da gibt es eigentlich immer irgendwas zu tun.“ (RubiN_FG6_CM)

Bei präventiven Behandlungsfällen habe es ausgereicht, wenn die CM als Kontaktpersonen zur Verfügung standen und sich die Patient*innen bei Bedarf melden konnten. Es habe sich gezeigt, dass auch in dieser Gruppe eine Verschlechterung des Allgemeinzustands der Patient*innen innerhalb eines Jahres Koordinierungs- und Handlungsbedarf ergeben konnte. Akutfälle nach z. B. Krankenhausaufenthalten hätten übergangsweise eine engere

Betreuung bis zur Rehabilitation gefordert. Schwere und komplexe Behandlungsfälle hätten eine intensive und lange Betreuung sowie Organisation, gekennzeichnet durch wenig Eigenleistung der Patient*innen, notwendig gemacht. Die CM wiesen darauf hin, dass es in Ausnahmefällen trotz ihrer großen Gesprächs- und Handlungsbereitschaft nötig gewesen sei, den Patient*innen gewisse Grenzen bezüglich ihres Zeitaufwands aufzuzeigen.

„Fördernde Faktoren für Umsetzung“

Die Umsetzung des Versorgungsmodells wurde von allen Teilnehmenden als durchweg positiv beschrieben. Im Folgenden werden zunächst die fördernden und anschließend die hemmenden Faktoren einer erfolgreichen Umsetzung beschrieben. Es wird also dargestellt, was aus Sicht der an der Versorgung Beteiligten an der Umsetzung positiv war und was hätte besser laufen können. Die fördernden und hemmenden Faktoren der Rekrutierung wurden bereits in der vorherigen Kategorie „Rekrutierungsweg“ beschrieben.

Aus Sicht der Teilnehmenden sei es für den Projekterfolg essenziell gewesen, dass alle Berufsgruppen das Versorgungsmodell inklusive der eigenen Aufgaben und Vorteile verstanden und eine positive Grundhaltung gegenüber der Versorgungsform eingenommen hätten. Ärzt*innen fühlten sich durch angebotene Einführungsveranstaltungen in das Projekt motiviert.

„Aber ein ganz wichtiger Punkt ist, also gerade so zu Anfang eines solchen Projektes: dass jeder weiß worum es geht. ‚Wo ist mein Nutzen? Was muss ich dafür tun?‘ Und wenn das gut rüberkommt und man das verstanden hat, dann ist die Vernetzung auch relativ einfach.“ (RubiN_FG6_A)

Die an der Versorgung Beteiligten sahen die Eingliederung des RubiN-Projekts in vorhandene Strukturen des Praxisnetztes sowie die bestehenden und ausgebauten Kontakte und Kooperationen mit z. B. den Pflegediensten als hilfreich für das Projekt an.

„Also ich fand es sehr hilfreich, dass die Case-Manager jetzt hier auch im Rahmen des Netzes sind, des Ärztenetzes. So vorgefertigte Strukturen. Also ich fand es sehr hilfreich, dass es sozusagen so regional hier an uns angepasst wurde. Dass das nicht irgendwie so eine extra Struktur ist, wo man dann nicht weiß: funktioniert das? Wie funktioniert das? Extratermine irgendwie, sondern, dass das hier eingegliedert war in das Ärztenetz, in das vorhandene Netz, das sozusagen schon eh gut funktioniert. Das fand ich sehr hilfreich, das könnte eigentlich so weiterlaufen.“ (RubiN_FG4_A)

Die Kommunikation unter den Beteiligten wurde ebenfalls hervorgehoben und als wichtig für die gute Umsetzung angesehen. Es wurde gelobt, dass die Kommunikation oft unkompliziert ‚auf kurzem Wege‘ erfolgt sei, Mitteilungen weitergegeben worden wären und dass sich die CM und Projektorganisator*innen zeitlich nach den Praxiszeiten organisiert hätten. Die CM empfanden feste Ansprechpartner*innen in einer Praxis für ihre Arbeit erleichternd, wiesen zugleich aber darauf hin, dass alle Praxismitarbeiter*innen über das Projekt Bescheid wissen sollten.

Auch bei der Arbeit an und mit den Patient*innen hätten sich fördernde Faktoren herauskristallisiert. Als wichtigste Faktoren wurden sowohl die Vertrauensentwicklung zwischen den CM und den Patient*innen (vgl. 3.2.1.1 Tätigkeiten und Zuständigkeiten, „Aufbau von Vertrauensbeziehungen durch die CM“) als auch die Hausbesuche für den Einblick in die Lebenswelt der Patient*innen genannt. Ohne Hausbesuche wäre es nicht möglich gewesen, die Unterstützung und den notwendigen Versorgungsbedarf in der entsprechenden Art und Weise organisieren zu können. Die CM empfanden es als Vorteil, wenn die Bearbeitung komplexer Behandlungsfälle auf mehrere Tage verteilt wurde, da die Termine ansonsten oft zu lange für die sich schwer zu konzentrierenden Patient*innen gewesen seien. Um die Patient*innen nicht bevormunden zu wollen und eine Trotzreaktion hervorzurufen, schien es sinnvoll gewesen zu sein, diesen nur beratend zur Seite zu stehen. Ein weiterer fördernder Faktor sei ein guter Kontakt zu den Angehörigen der Patient*innen gewesen. Insbesondere wenn Ehepartner*innen zu betreuen waren, die die gleichen Hausärzt*innen hatten, sei die Arbeit der CM erleichtert worden.

„Wichtig ist so der persönliche Kontakt, wenn es geht auch mit Angehörigen, wenn da jetzt jemand ist, der so allein auch nicht mehr gut zurechtkommt, auch Fragen beantworten oder der sich unsicher ist, ist es ja immer besser, es ist ein Angehöriger mit bei, damit der auch mal mithört, was da besprochen wird [...] Manche ältere Menschen, die trauen sich ja nicht so ihre Defizite zu offenbaren, sage ich jetzt mal und sagen: ‚Ah, das kann ich noch und das kann ich noch.‘ Und da ist es schon mal ganz wichtig auch, die Angehörigen mit im Boot zu haben.“ (RubiN_FG10_CM)

„Hemmende Faktoren für Umsetzung“

Auch wenn die Grundhaltung der meisten Praxen gegenüber dem RubiN-Projekt als positiv und offen beschrieben wurde, kritisierten einige CM, dass es wenige Praxen gegeben habe, die dem Projekt keine Chance gegeben hätten und nicht hätten teilnehmen wollen. Es wurde bemängelt, dass nicht in allen teilnehmenden Praxen alle Praxismitarbeiter*innen zu Beginn über das Projekt und den Tätigkeitsbereich der CM Bescheid gewusst hätten, sodass deren Arbeit erschwert worden sei.

Bei der Arbeit an und mit den Patient*innen habe es neben den fördernden auch zahlreiche hemmende Faktoren gegeben. Die Versorgungsbedarfserfassung mittels diverser Assessmentbögen wurde als zeitaufwendig, anstrengend und redundant empfunden. Die Patient*innen hätten sich z. T. durch die Assessments erschlagen gefühlt, sich oft nicht lange konzentrieren können und seien oft vom Thema abgeschweift. Schlechte Ergebnisse hätten diese demotiviert, sodass die CM viel Feingefühl hätten aufweisen und die Patient*innen wieder motivieren müssen. Die CM hätten sich weniger Assessments gewünscht und die Zeit lieber praktisch für die Versorgungsplanerstellung nutzen wollen.

„Was für mich schwierig war, waren halt diese tausend Fragen. Das war halt [...] für die Angehörigen und auch für die Patienten megamäßig anstrengend, wo wir wirklich

auch jetzt beim Re-Assessment teilweise, dass die Patienten dann gesagt haben: „Also nein, das machen wir nicht noch mal.“ [...] Und ja, das fand ich eigentlich so das Schwierige bei der ganzen Sache.“ (RubiN_FG10_CM)

Hinzu kam, dass die Patient*innen oft das Versorgungskonzept sowie die Aufgaben der CM und die bestehende Zusammenarbeit mit den Ärzt*innen nicht auf Anhieb verstanden hätten, sodass die CM viel Zeit mit zusätzlicher Aufklärungsarbeit verbracht hätten.

Die CM waren besorgt, wenn sie in Ausnahmefällen durch eine nicht vorhandene Compliance oder nicht nachvollziehbaren Wünschen der Patient*innen, oft bei kognitiv sehr eingeschränkten Patient*innen, in ihrem Handeln beschränkt worden seien und in ihren Augen miserable Versorgungszustände akzeptieren mussten.

„Dass man wirklich merkt, es sind einfach, es stoßen alle Beteiligten an ihre Grenzen. Und es ist halt wirklich dann irgendwann – ja, wirklich so, dass man einfach eben die Leute, die halt diese Unterstützung brauchen, oft nicht so unterstützen kann, wie man es möchte.“ (RubiN_FG5_CM)

Auch in der Zusammenarbeit mit den anderen Professionen hätten sich einige hemmende Faktoren manifestiert. Anfängliche Konkurrenzgefühle hätten beseitigt werden müssen und auch das Entlassungsmanagement aus den Krankenhäusern sei nicht immer optimal verlaufen, sodass die Anschlussbehandlung der CM und Ärzt*innen erschwert worden sei (vgl. 3.2.1.1 Tätigkeiten und Zuständigkeiten - „Zusammenarbeit außerhalb des Praxisnetzes“). Die CM hätten auch im Projekt den Fachkräftemangel aller Professionen zu beachten gehabt und seien daher gezwungen worden, ressourcenschonend Verordnungen für z. B. Pflegedienste, hauswirtschaftliche Versorgungen oder auch Behandlungspflege vorzuschlagen. Personalwechsel im Team der CM hätten eine kontinuierliche Versorgung der Patient*innen erschwert, Vertrauensverhältnisse hätten in der Folge komplett wieder aufgebaut werden müssen. Das sei verstärkt worden, wenn ausführliche Übergaben unter den Kolleg*innen ausblieben. Auch eine fehlende Digitalisierung wurde kritisiert.

„Wenn ich überlege, wie oft ich einfach nur wegen Medikamentenplänen und Diagnoselisten rumtelefoniere.“ (RubiN_FG5_CM)

Ein weiterer wesentlicher hemmender Faktor sei das Thema Datenschutz. Vor allem die Kommunikation mit den Krankenkassen habe sich schwierig gestaltet und viel Zeit erfordert.

„Dass man da wirklich für eigentlich jedes neue Telefonat muss man eine Vollmacht haben, die Vollmacht muss gefaxt werden, gemailt werden, was auch immer. Das dauert dann Tage, bis es bearbeitet wird. Es ist dann halt einfach wieder Zeit, die verstreicht, bis man überhaupt reagieren kann. Dann hat man eine Vollmacht, dann kriegt man auf einmal alle Post zugeschickt [...] was auffällig war, war wirklich die Kommunikation mit den Krankenkassen, die einige Abläufe in der Arbeit sehr erschwert [...] Dann erklärst du jedes Mal das Projekt und dann heißt es aber trotzdem – klar, man kann es verstehen, das sind Daten, sensible Daten, mit denen man hantiert – aber sollte sowas in die Regelversorgung übergehen, muss halt quasi bei der Versicherung bekannt sein: Patient X ist in der Versorgung bei Versorgungskoordinator Soundso.“ (RubiN_FG5_CM)

Die Projektarbeit und -gestaltung an sich wurden ebenfalls teilweise als hemmend wahrgenommen. CM empfanden aufgrund fehlender Struktur und Routine das Projekt anstrengend.

„Die Projektarbeit an sich war für uns an mancher Stelle sehr, sehr anstrengend. Das muss ich jetzt so sagen, also es war wirklich teilweise sehr anstrengend, weil da ja nicht dieser, dieser rote Faden oder die Struktur so gegeben war. Der Rahmen änderte sich ständig und wir mussten immer ‚Uh, uh jetzt so, jetzt so, jetzt so.‘ Das hat es schwierig gemacht.“ (RubiN_FG4_CM)

Ausschlusskriterien bei der Patientenrekrutierung wie private Krankenkassen oder das Mindestalter von 70 Jahren hätten Patient*innen, aber auch an der Versorgung Beteiligte verärgert. Die Digitalisierung der Assessment-Fragebögen für die wissenschaftliche Auswertung des Projekts wurde durch CM als ermüdend und energieraubend empfunden. Auch Fluktuationen bei wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen und Informatiker*innen sowie wechselnde Informationen bezüglich zu sammelnder Forschungsdaten wurden als hemmend und demotivierend erlebt.

3.2.3 Wünsche an die Versorgung

Der Themenbereich „Wünsche an die Versorgung“ umfasst Aspekte, die sich sowohl auf die geriatrische Versorgung allgemein als auch speziell auf die Versorgung in RubiN beziehen. Eine Übersicht über die wichtigsten Kategorien im Themenbereich „Wünsche an die Versorgung“ bietet die folgende Tabelle.

Tabelle 6: Wünsche an die Versorgung

Hauptkategorie	Unterkategorie
Wünsche an die Versorgung	Meinungen zur Beendigung des Projekts
	Verbesserungspotentiale am Versorgungsmodell / der Umsetzung
	Weitere Ressourcen für RubiN
	Zukunftsfähigkeit Versorgungsmodell
	Verbesserungsvorschläge für die geriatrische Versorgung

„Meinungen zur Beendigung des Projekts“

Diese Kategorie beschreibt, wie die bevorstehende geplante Beendigung des RubiN-Projekts von den an der Versorgung Beteiligten als auch von Patient*innen erlebt wurde.

Alle Teilnehmenden drückten große Unzufriedenheit und Trauer aus. Es konnte nicht nachvollzogen werden, wie eine über zweijährige Entwicklungs- und Netzwerkarbeit sowie das erarbeitete Vertrauen der CM abrupt beendet und zu Nichte gemacht werden könne. Die Teilnehmenden wünschten sich eine Anschlussfinanzierung bis zum Ende der Evaluation. Zudem seien auch Unverständnisse sowie Ängste der Patient*innen wahrgenommen worden.

„[Mich macht unzufrieden], dass wir ab nächstem Jahr nicht mehr weiter für unsere Patienten da sein können... Dass man einfach wirklich sagt: ‚Okay, ich habe Sie jetzt zwei Jahre begleitet und jetzt – ja, ist da nichts mehr.‘ Und wir sehen ja auch, was das mit den Patienten macht. Weil viele fangen jetzt an und fragen nach: ‚Was ist denn nächstes Jahr? Haben wir noch Kontakt? Haben wir noch die Möglichkeit?‘, ja? Und das weckt bei vielen Patienten natürlich jetzt auch schon wieder so ein bisschen Ängste...“ (RubiN_FG6_CM)

Den Praxen sei bewusst geworden, dass diese die Versorgungslücken zukünftig wieder auffangen müssten, auch wenn sie dies kaum leisten könnten. Die zu erwartenden, nicht gefüllten Versorgungslücken machten diese unzufrieden.

„Die Lücke ist wieder da. Also die Koordinierungslücke [...] die Pflegedienste übernehmen das nicht mehr und wir als Hausärzte können das kaum leisten, dass wir sozusagen die Koordinierung für all die möglichen Not- und Lebenslagen irgendwie organisieren, das ist kaum mehr zu schaffen [...] und dann wird das wieder schwierig.“ (RubiN_FG4_A)

Die CM berichteten, dass das bevorstehende Ende des Projekts ihre Versorgungstätigkeiten bei neuen Patient*innen eingeschränkt hätte.

„Also was jetzt am Ende wirklich ein Handicap war, dass wir wussten: Das geht zu Ende, das Projekt. Das wir jetzt also nicht uns mehr fokussieren konnten auf neue Patienten, die vielleicht jetzt so zunehmend in solchen Hilfsbedarf hineinwandern.“ (RubiN_FG2_CM)

Vor allem der persönliche Kontaktabbruch zu den Patient*innen sei den CM schwergefallen. Viele CM hätten ein schlechtes Gewissen, die Patient*innen in ihrer Versorgung ‚alleine zu lassen‘, auch wenn vor Projektbeginn auf die zeitliche Begrenzung des Projekts hingewiesen worden sei. Eine CM erzählte, dass sie sogar privat weiter Unterstützungsbedarf angeboten habe.

„Aber ich habe gesagt, also das habe ich jetzt einfach so gesagt, weil das kann ich menschlich irgendwie auch gar nicht verantworten und ethisch, ich habe gesagt: ‚Ich werde mich jetzt nicht alle paar Monate melden, aber wenn Sie Versorgungsbedarf und ein Problem haben, Sie haben meine Karte. Natürlich können Sie mich anrufen.‘ Weil ich finde das kann man ja auch nicht machen. Man kann den Patienten ja auch nicht sagen: ‚Ich wünsche Dir noch ein schönes Leben. Danke, dass du bei Studie mitgemacht hast, aber jetzt mal – Tut mir leid, wir sind dann mal weg.“ (RubiN_FG3_CM)

„Verbesserungspotentiale am Versorgungsmodell / der Umsetzung“

Im Rahmen der Gruppendiskussionen wurden Vorschläge gesammelt, wie das Versorgungsmodell und dessen Umsetzung verbessert werden könnte. Aus Sicht einiger Teilnehmenden hätte die Einführungs- und Informationsveranstaltung zum RubiN-Projekt noch informativer und motivierender sein können, mit dem Ziel den Nutzen für die Praxen herauszuarbeiten. Um aus der Masse an Veranstaltungsangeboten der Praxisnetze herauszusteichen, hätten die Projektorganisator*innen direkt die Praxen aufsuchen können, anstatt die Werbung oder Veranstaltungen über die Praxisnetze laufen zu lassen. Es

wurden sich Zwischenberichte über den Projekterfolg sowie fördernde und hemmende Faktoren anderer Praxen gewünscht. Einige Ärzt*innen hätten es gut gefunden, auch im Projektverlauf daran erinnert zu werden, weitere Patient*innen zu rekrutieren.

Die Teilnehmenden regten an, in Folgeprojekten bzw. beim Übergang in die Regelversorgung die Einschreibekriterien anzupassen und die Einschreibezahl zu erhöhen. Es gebe unter den Patient*innen auch zahlreiche Personen, die das Alter von 70 Jahren noch nicht erreicht und trotzdem einen hohen Versorgungsbedarf hätten. Die Versorgung solle dabei unabhängig von der Krankenkasse sowie den Deutschkenntnissen sein und der präventive Aspekt der Versorgung mehr beachtet werden.

Einig waren sich die Teilnehmenden beim Thema fehlende Digitalisierung. Die Zusammenarbeit müsse erleichtert werden, indem z. B. eine digitale Ablage für Medikamenten- und Versorgungspläne sowie gemeinsame Dokumentationen etc. geschaffen werde.

„Da braucht man eigentlich auch eine gemeinsame Kommunikations- und Dokumentationsplattform [...] wo jeder wirklich auch nachlesen kann: Was ist passiert? Was war? Wie sehen die Medikamentenpläne aus?“ (RubiN_FG5_A)

Es wurde angeregt, dass man mithilfe von Videokonferenzen zwischen CM und Patient*innen auf der einen und den Ärzt*innen auf der anderen Seite schnell und vereinfacht kommunizieren und die Behandlung absprechen könne.

Sollte das Versorgungsmodell in die Regelversorgung übergehen, müsse nach Ansicht der Teilnehmenden die Patient*innenauskunft in der Zusammenarbeit mit Krankenkassen, Krankenhäusern etc. deutlich erleichtert werden.

„Es [müsste] irgendeine allgemeingültige Erklärung geben, die einmal vom Patienten meinetwegen auch unterschrieben wird. Und man hat vielleicht eine Kennziffer, mit der man sich am Telefon identifizieren kann, um diese Daten zu erfragen. Meinetwegen auch, dass man die Bereiche, die man erfragen darf, natürlich eingrenzt. Nur das ist wirklich ein ganz, ganz großer Punkt, sowohl für Krankenkassen als auch für Fachärzte, die das Projekt nicht kennen. Oder für Kliniken außerhalb, die das Projekt nicht kennen, weil man da sonst echt nicht vorankommt und immer wieder bei null anfängt.“ (RubiN_FG5_CM)

Teilnehmende machten sich Sorgen, dass die durchgeführten Assessments die Evaluation des Projekts nicht ausreichend abdecken könnten und Aspekte wie soziale Kontakte, allgemeines Wohlbefinden oder das Leistungsspektrum der CM nicht ausreichend abgebildet und berücksichtigt würden. Die CM hätten weniger redundante Assessments gut gefunden und die Zeit lieber praktisch, z. B. für die Versorgungsplanerstellung nutzen wollen.

Es wurde sich gewünscht, dass laufende Projekte nicht so einfach beendet und stattdessen mehr verstetigt werden würden.

„Das braucht immer viel Kraft, bis so eine Sache losgetreten ist, bis das dann rollt und [...] dann ist das gerade in Fahrt und dann kann man schon wieder auf die Bremse treten [...] ich wäre sehr dafür, dass, wenn so ein Projekt läuft, dass das auch dauerhaft läuft, weil das jedes Mal sehr viel Kraft kostet so ein, so eine Sache loszutreten.“ (RubiN_FG4_A)

„Weitere Ressourcen für RubiN“

Diese Kategorie beschreibt, von welchen zusätzlichen Ressourcen oder Personen das RubiN-Projekt profitieren könnte.

Da im RubiN-Projekt die CM zu Regelarbeitszeiten arbeiteten, wurde vorgeschlagen, eine Stelle zu schaffen, bei der CM im Bereitschaftsdienst telefonisch beratend zur Verfügung stehen.

„Wenn die einen Kontakt hätten, wo sie im Notfall dann tatsächlich auch drauf zugreifen können, dass es sozusagen auch... Ähnlich, wie einen ärztlichen Notdienst einen Betreuungsnotdienst gibt für schwierige Situationen, kann das sehr hilfreich sein. Aber das wäre was, was dann auch nicht in die Praxis gehören würde, sondern dann in einen betreuenden Dienst. Ja? Und vielleicht auch nicht unbedingt in den Pflegedienst, sondern eher eine Vertrauensperson außerhalb dieser Strukturen.“ (RubiN_FG6_A)

Für eine optimale Versorgung müssten zudem die Strukturen der ambulanten Pflegedienste gefördert werden, sodass die Tätigkeiten attraktiver werden würden und mehr Fachkräfte zur Verfügung stünden.

„Damit halt eben auch die Arbeit, die wir überhaupt machen, überhaupt sinnvoll ist. Denn, wenn es die ambulanten Dienste nicht gibt, dann ist unsere Arbeit halt auch eigentlich irgendwo sinnlos, weil ohne die können wir nicht vermitteln. Also wir können den Leuten zu Hause nicht helfen.“ (RubiN_FG5_CM)

Sollte es nicht umsetzbar sein, CM generell in einem Ärztenetz der Regelversorgung anzustellen, könnten Ärzt*innen sich vorstellen, CM in der Praxis selbst anzustellen, wenn sie die Leistungen über die Krankenkassen abrechnen könnten.

„Zukunftsfähigkeit Versorgungsmodell“

Diese Kategorie führt aus, inwiefern sich die Beteiligten vorstellen konnten, das Versorgungsmodell in Zukunft anzubieten bzw. das Projekt zu verstetigen.

Alle Teilnehmenden bewerteten das Projekt als einen großen Erfolg und Gewinn für die Versorgung, von der alle Beteiligten profitieren würden, und wünschten ausdrücklich eine Verstetigung des Projekts. Die Versorgungsform wurde als subjektiv besser eingeschätzt und auch der Wunsch der Patient*innen, zuhause alt zu werden, wurde betont.

„Im Endeffekt fand ich, hat es sich total gelohnt, weil einfach dadurch ganz viele Patienten so aufgefangen wurden und unterstützt wurden, die vielleicht längerfristig auch gar nicht jetzt so gesehen worden wären von uns.“ (RubiN_FG6_A)

Die Beteiligten führten diverse Argumente auf, die die Notwendigkeit solch einer Versorgungsform begründeten. Historisch betrachtet seien geriatrische Patient*innen früher schon durch sogenannte Gemeindegewestern begleitet worden. Die familiäre Versorgungsstruktur habe sich mit der Zeit verändert: Es gebe nicht mehr so viele Großfamilien, sowohl Männer als auch Frauen arbeiteten und auch die Kinder verließen frühzeitig das Haus, sodass es insgesamt weniger pflegende Angehörige gebe. Angehörige wohnten zudem oft nicht einmal in der Nähe. Hinzu komme eine alternde Gesellschaft, vermehrte Single-Haushalte sowie zunehmende neurodegenerative Erkrankungen. Dieser demographische und gesellschaftliche Wandel müsse koordiniert werden.

„Es muss etwas geben, eine Stelle, die dem alten Patienten durch den Dschungel der Möglichkeiten zu seinem persönlichen Platz führt. Das ist einfach nötig. Das kriegt der Arzt nicht hin, da ist er nicht für ausgebildet. Und das kann er auch von seinen zeitlichen Ressourcen nicht leisten.“ (RubiN_FG2_A)

Ärzt*innen berichteten, dass die aufgrund des Hausärzt*innenmangels zunehmenden Praxis- und Patient*innenübernahmen von Kolleg*innen oft die Übernahme vieler geriatrisch komplexer Patient*innen, die die Ärzt*innen selbst nicht kennen und die Unterstützung brauchen, bedeute.

„Dann hat man direkt als neuen Patienten vollgeriatrische Patienten mit allem, was dazu gehört. Mit Multimorbidität, mit Einschränkungen der Selbstversorgung und dann ist natürlich schon ganz gut, wenn man denen etwas anbieten kann.“ (RubiN_FG3_A)

Gleichzeitig betonten sie, dass sie den Versorgungsbedarf aufgrund ihrer zeitlichen Belastung nicht decken könnten.

„Und wir können natürlich über eine Hausarztpraxis nicht das Leben organisieren für alle alten Menschen und das scheint ja ganz offensichtlich immer mehr notwendig zu sein.“ (RubiN_FG5_A)

Darüber hinaus führten die Teilnehmenden an, dass es keine vergleichbaren sozialmedizinischen Tätigkeiten und Versorgungsformen gebe. Das Füllen von Versorgungslücken, die sinnvollen Hausbesuche sowie die erfolgreiche Netzwerk- und Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringer*innen und Hausarztpraxis mit einem Zusammenfließen aller Informationen im RubiN-Projekt sei einzigartig. Dass wesentlich mehr Patient*innen hätten rekrutiert werden können, zeige, dass der Bedarf für ein CCM gegeben sei. Es wurde schließlich betont, dass eine Beratung und Versorgung immer gebraucht werde und in der Folge irgendeine Form der Versorgung angeboten werden müsse.

„Und Leute, die älter werden und dann Versorgung brauchen, haben wir immer. Das reicht ja einfach, wenn der pflegende Angehörige wegzieht, kann ja sein. Zieht weg oder Ehepartner verstirbt oder muss doch in die Pflegeeinrichtung, dann sieht die ganze Situation anders aus. Dass man dann nochmal wen hat, der das zu Hause so ein bisschen sortiert, wie Versorgung aussehen kann.“ (RubiN_FG3_A)

Allen Beteiligten sei der bestehende Fachkräftemangel bewusst gewesen. Es wurde darauf hingewiesen, dass ein CCM bei einer pflegerischen Unterversorgung nicht funktionieren könne.

*„Ich meine, das RubiN stellt halt die Kontakte her, stellt fest: Was sinnvoll ist, was gemacht werden sollte und leiert das halt an wo es geht. Aber wenn strukturell eben nichts angeboten wird in der Hinsicht, weil Pflegekräfte fehlen, dann ist es natürlich auch, kann man noch so ein tolles Netz haben, da funktioniert es halt nicht.“
(RubiN_FG1_A)*

Auf der anderen Seite wurde argumentiert, dass man durch ein CCM die begrenzten Ressourcen besser organisieren und steuern könne.

*„Dass man da jemanden hat, der mit reinguckt und die Ressourcen, die man hat, steuert, weil das ist, wird auch ein Problem werden. Wir haben ja viel Pflegebedarf da und Unterstützungsbedarf und müssen gucken, wer braucht wirklich was und wie können wir das so einsetzen, dass auch noch Ressourcen überbleiben?“
(RubiN_FG3_A)*

Ein wichtiger Punkt bezüglich der Zukunftsfähigkeit des Versorgungsmodells war die Frage, ob aus Sicht der Teilnehmenden die Versorgungsform finanzierbar sei. Viele Teilnehmende waren der Meinung, dass ein CCM durch die Möglichkeit, präventiv statt kurativ tätig zu werden, Kosten einspare und unabhängig davon viel wert sei.

*„Ich glaube, effizient muss man gucken: Was kommt, wie teuer ist diese Leistung? Was spart man auf der einen Seite ein, dadurch, dass eben Krankenhauseinweisungen vermieden werden können, Heimunterbringungen vermieden werden können, Unfälle zu Hause vermieden werden. Das sind ja dann die spannenden Ergebnisse [...], Dass das grundsätzlich toll ist, ist ja klar. Man kann viele tolle Sachen machen, aber irgendwie müssen sie bezahlt werden. Und deswegen muss man gucken, glaube ich: Rechnet sich das für unser Gesundheitssystem? Ist das etwas, wo man sagt: Das macht in der Summe Sinn?“
(RubiN_FG6_A)*

Ein fördernder Faktor in der Tätigkeit der CM sei gewesen, dass diese frei von finanziellen Interessen und ohne Zeitdruck gearbeitet hätten. Die Teilnehmenden wünschten sich diese Freiheit weiterhin und diskutierten daher über die Kostenträger*innen der Versorgung. Eine Anstellung der CM bei Krankenkassen oder Arztpraxen schränke die CM möglicherweise in ihrer Tätigkeit ein. Teilnehmer*innen führten an, dass ein CCM eher durch Steuern statt Krankenkassenbeiträge finanziert und im Sozialgesetzbuch verankert werden müsse, da es eher eine soziale und integrative als eine medizinische Leistung sei. Eine weitere Möglichkeit sei es, die Leistung des CCM privat abzurechnen.

„Wir haben viele Patienten, die sagen: ‚Ich bin bereit dafür zu zahlen, bitte macht weiter.‘“ (RubiN_FG5_CM)

Die an der Versorgung Beteiligten sprachen ebenfalls über die Gestaltung eines möglichen CCM in der Regelversorgung. Die CM sollten weiterhin bedarfsgerecht und mit möglichst wenig Zeitdruck arbeiten können. Teilnehmende konnten sich vorstellen, dass ein CCM in

Zukunft wie eine Verordnung verschrieben werde. Dabei sollten alle Bürger*innen Zugang zu der Versorgung bekommen können und es keine harten Verordnungskriterien wie notwendige Diagnosen geben. Die Ärzt*innen sollten die Verordnungen verantwortungsbewusst und ohne finanzielle Anreize ausstellen können. In Hinblick auf eine immer technikaffiner werdende Gesellschaft wurde darauf hingewiesen, dass in Zukunft Teile des CCM durch Telemedizin ersetzt werden könnten, sodass ein mögliches CCM breit aufgestellt werden solle. Hausbesuche für Anpassungen im Wohnraum etc. seien dennoch weiterhin wichtig.

„Verbesserungsvorschläge für die geriatrische Versorgung“

Im Folgenden wird beschrieben, wie die geriatrische Versorgung unabhängig von einem CCM verbessert werden könnte. Die Ideen der Teilnehmenden beinhalteten sowohl die Optimierung und Stärkung bestehender Strukturen als auch die Schaffung neuer Strukturen. Des Weiteren müsse die Selbstverantwortung der Bevölkerung sowie der Umgang mit Krankheit präzenter werden.

Die an der Versorgung Beteiligten wünschten sich eine bessere Sammlung und Darstellung bestehender lokaler Strukturen und Dienstleistungen, um diese gezielt an ihre Patient*innen weiter geben zu können. Es müsse vermehrt gezielte Werbung gemacht werden, damit alle Senior*innen von entsprechenden Angeboten Bescheid wüssten.

„Also für mich wäre es gut, wenn ich wüsste: Was gibt es denn alles für Angebote für die Älteren? Da kann ich doch nicht sagen: ‚Gucken Sie mal ins Internet‘ oder so, das geht ja in der Altersgruppe nicht.“ (RubiN_FG8_A)

Die Vernetzung und Kommunikation zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sowie das Entlassungsmanagement aus Krankenhäusern müsse verbessert werden, um Doppeluntersuchungen und -versorgungen zu vermeiden sowie Zeit zu sparen.

„Im Krankenhaus ist das sehr dürrtig manchmal, also die Vernetzung von dort zu uns. Auch da gibt es Verbesserungsbedarf. Und das kann man machen, indem man einfach das Telefon nimmt. Also da gibt es schon Möglichkeiten, die man hätte. Und Vernetzung ist, finde ich, immer gut.“ (RubiN_FG6_A)

Aufgrund des Fachkräftemangels und der damit verbundenen Unterversorgung wünschten sich die Teilnehmenden eine Personalstärkung in sämtlichen Bereichen: Die Berufe der Pflegedienste inklusive Tages- und Nachtpflege, Betreuungsservices, die ärztliche Versorgung sowie weitere Therapeut*innen, die auch Hausbesuche durchführen, müssten gestärkt werden, indem sie z. B. von der Dokumentation entlastet und besser bezahlt werden. Um die Kapazitäten pflegender Angehörigen nicht zu verlieren, sollten diese durch gezielte Anleitungen unterstützt werden. Die Fachkräfte könnten von einem schnelleren und besseren Ausbau der Telemedizin, insbesondere der Videosprechstunde, profitieren.

Es wurden mehr niedrigschwellige Angebote für Senior*innen wie soziale Gruppenangebote, andere Betreuungsleistungen oder altersangepasster Rehasport gefordert. Insbesondere in ländlichen Regionen mit einem wenig ausgebautem öffentlichem Nahverkehr müssten dafür aber auch Fahrdienste angeboten werden, da viele geriatrische Patient*innen nicht mehr mobil seien. Zusätzliche Gesprächsmöglichkeiten für alleinstehende Personen wurden sich ebenfalls gewünscht.

„Und diese Einsamkeit, da ist es toll, wenn man einfach mal telefonieren kann, wenn man sein Herz mal ausschütten kann. Das gibt es... Aber in unseren Versorgungsstrukturen gibt es das nicht abgebildet.“ (RubiN_FG6_A)

Damit die Bevölkerung mit dem Renteneintritt nicht inaktiv werde und in der Folge die Entstehung von Krankheiten reduziert werden könne, wurde der Ausbau präventiver Schutzmaßnahmen durch Arbeitgeber*innen gefordert.

„Da geht es an die Arbeitgeber, dass es präventive Maßnahmen für Menschen geben müsste, die in Rente gehen, dass die nicht in solche Löcher fallen. Ich habe viele geriatrische Patienten die krank sind, weil sie keine Aufgaben mehr im Leben haben.“ (RubiN_FG1_CM)

In diesem Zusammenhang könnte auch der Ausbau des Ehrenamts hilfreich sein.

„Dieses Streben in ein Ehrenamt, eine Aufgabe haben, da könnten auch gerade jüngere Ältere den älteren Älteren eben noch – ja, unter die Arme greifen.“ (RubiN_FG1_A)

Zuletzt müsse sich die Selbstverantwortung der Bevölkerung sowie der Umgang mit Krankheit verändern. Die Bevölkerung müsse sensibilisiert werden, sich frühzeitig selbst um eine zukünftige Versorgungssicherung sowie Vorsorgevollmachten, Patientenverfügungen etc. zu kümmern und auch lernen, im Alter gewisse beeinträchtigende Veränderungen zu akzeptieren. Auch die Angehörigen erkrankter Personen, wie Demenzerkrankte, müssten sensibilisiert werden.

„Dass man da einfach nochmal die Angehörigen sensibilisiert. Dass die sich ganz viel Stress sparen könnten, wenn sie den Menschen einfach in der Welt lassen, wo er da grade drin ist.“ (RubiN_FG1_CM)

4 DISKUSSION

4.1 Diskussion der Fragestellung

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Erfahrungen und Einstellungen der an einer ambulanten geriatrischen CCM-Intervention beteiligten Personen im Hinblick auf eine interprofessionelle Ausgestaltung der Versorgung zu erfassen.

In jüngster Zeit sind national und international neue Versorgungsmodelle mit dem Ziel, den Herausforderungen des demographischen Wandels sowie der komplexen medizinischen und sozialen Versorgung geriatrischer Patient*innen gerechter zu werden, entstanden. In Kapitel 1.2.3 „Stand der Forschung“ wurden bereits die heterogenen und mit Unsicherheiten bestehenden Forschungsergebnisse diverser internationaler Gesundheitssysteme und verschiedenster Interventionen beschrieben (Braeseke et al., 2018; Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2017; Gaertner et al., 2015; Low et al., 2011; Smith et al., 2021; World Health Organization, 2016). Es wurde zudem das wenig vorhandene Wissen über die Kooperation der an einer integrierten und interprofessionellen Versorgung Beteiligten (Briggs et al., 2018; Dahlke et al., 2017) sowie der damit einhergehende weitere Forschungsbedarf thematisiert, sodass es notwendig und sinnvoll schien, mit der vorliegenden Arbeit die Erfahrungen und Einstellungen beteiligter Personen einer CCM-Intervention in einem realen Versorgungssetting in Deutschland zu explorieren.

Um die interprofessionelle Ausgestaltung eines CCM in ihrem Umfang und ihrer Komplexität möglichst optimal abzubilden, zeigte es sich als sinnvoll, diverse Kriterien bzw. Kategorien zu betrachten. Daher wurden im Rahmen des RubiN-Projekts neben den Tätigkeiten und Zuständigkeiten der an der Versorgung Beteiligten auch deren Zusammenarbeit und Informationsaustausch, wahrgenommene Versorgungsveränderungen, Erfahrungen in der Umsetzung des Versorgungsmodells sowie weitere Wünsche bezüglich der geriatrischen Versorgung untersucht. So konnten wichtige Erkenntnisse bezüglich der allgemeinen Anforderungen an eine ambulante CCM-Intervention, dessen Umsetzung und Zusammenarbeit sowie Wirkung auf die Versorgungssituation gewonnen werden. Die Arbeit kann daher für die weitere Ausgestaltung zukünftiger ambulanter geriatrischer Versorgungsmodelle von Bedeutung sein.

4.2 Diskussion der Methode

4.2.1 Methodischer Ansatz und Studiendesign

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt. Rückblickend erwiesen sich die Durchführung von Fokusgruppen sowie deren Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) als geeignete Methode. Die Stärken qualitativer Forschung wurden bereits im Kapitel 2.2.3 erörtert.

Um einseitige Interpretationen und damit verzerrte Studienergebnisse aufgrund der Subjektivität der Forschenden im qualitativen Forschungsprozess zu vermeiden, wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit strikt auf die Einhaltung der Gütekriterien qualitativer Forschung geachtet (vgl. Kapitel 2.2.5). Vor allem das Kriterium der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit wurde durch die Anwendung eines kodifizierenden Auswertungsverfahrens, der Transkriptanalyse im Konsensverfahren sowie einer ausführlichen Dokumentation des Forschungsprozesses erfüllt.

4.2.2 Datenerhebung und Auswertung

Die Gesprächsatmosphäre der Fokusgruppen wurde von allen Teilnehmenden durchgehend als positiv wahrgenommen, es schien jederzeit ein freier, konstruktiver und persönlicher Erfahrungsaustausch möglich gewesen zu sein. Dieses lässt sich auch in den entstandenen Transkripten erkennen. Es lässt sich jedoch nicht nachvollziehen, inwiefern die Äußerungen der Teilnehmenden durch sozial erwünschtes Verhalten beeinflusst wurden. Dieses wäre z. B. aufgrund der Tatsache, dass unter den Teilnehmenden teilweise dienstliche Abhängigkeitsverhältnisse bestanden, möglich. Die Teilnehmenden wirkten jedoch sehr authentisch und es entstanden durchaus kontroverse Diskussionen, sodass ein umfassendes Versorgungsbild entstanden ist. Die Moderatorinnen achteten in den Fokusgruppen auf möglichst gleichmäßige Gesprächsanteile der Teilnehmenden, ihre Sach- und Gegenstandskompetenz war für das Gelingen der Fokusgruppen und die Verlässlichkeit der Ergebnisse mitverantwortlich (Vogl, 2014).

Die Auswertung der vorliegenden Arbeit erfolgte in einem interdisziplinären Team unter Beachtung der Gütekriterien qualitativer Forschung (vgl. Kapitel 2.2.5 und 2.5.4). Nach Mayring (2015) ist die Interpretation sprachlichen Materials jedoch trotz Anwendung qualitativer Inhaltsanalysen immer unabgeschlossen und gibt immer die Möglichkeit der Re-Interpretation.

4.2.3 Stichprobe und Sampling

Eine Stärke der vorliegenden Studie ist, dass die an der Versorgung beteiligten Personen direkt befragt wurden und so die Erfahrungen und Einstellungen im Hinblick auf eine interprofessionelle Ausgestaltung bestmöglich abgebildet werden konnten. Bei den Fokusgruppenteilnehmenden handelte es sich jedoch nur um Beschäftigte der Ärztenetze (Ärzt*innen, MFA und CM), die unmittelbar im RubiN-Projekt tätig waren. An der Versorgung Beteiligte, die nicht an Ärztenetze angegliedert waren, wie Pflegedienste, Krankenhauspersonal oder andere Leistungserbringer*innen wurden nicht befragt. Deren Erfahrungen und Erkenntnisse wurden in der vorliegenden Arbeit nur indirekt und partiell durch Äußerungen der CM ermittelt und sollten in zukünftigen Studien direkt erfasst werden.

Die Rekrutierung der Fokusgruppenteilnehmenden erfolgte durch die Projektkoordinator*innen der jeweiligen Ärztenetze. Die Zusammensetzung der Teilnehmenden sollte möglichst heterogen sein und aus im RubiN-Projekt tätigen Ärzt*innen, MFA und CM bestehen. Dieses spiegelt sich auch in den soziodemographischen Daten der Fokusgruppenteilnehmenden wider (vgl. 3.1). Ein gewisser Selektions-Bias kann dennoch nicht ausgeschlossen werden. Neben der Zahlung der Aufwandsentschädigung von 50€ als mögliche Motivation zur Teilnahme ist es zudem möglich, dass überwiegend Personen rekrutiert wurden, die äußerst motiviert bzw. zufrieden mit dem RubiN-Projekt waren. Auch die Rekrutierung von Personen, die dem Projekt eher kritisch gegenüberstanden und so potenzielle Verbesserungsmöglichkeiten für die Praxisnetze und das RubiN-Projekt aufdecken sollten und wollten, wäre denkbar gewesen. Die Anzahl der Personen, die für eine Teilnahme an den Gruppendiskussionen angefragt wurden, war zudem nicht bekannt.

Die Ergebnisse dieser Arbeit, die die interprofessionelle Ausgestaltung des CCM thematisieren, sind aufgrund der bestehenden heterogenen Versorgungs- und Netzwerkstrukturen in Deutschland nur bedingt auf Versorgungsmodelle im Allgemeinen übertragbar. Da die fünf befragten Interventionsnetze jedoch aus unterschiedlichsten Regionen Deutschlands stammten und sich strukturell z. T. durch ihre Größe, Urbanisierung und vorhandenen Netzwerkstrukturen unterschieden, lassen sich dennoch begrenzt allgemeine Rückschlüsse ziehen. Künftige Studien könnten die Abhängigkeiten der Erfahrungen und Erkenntnisse von der vorhandenen Netzwerk- und Versorgungsstruktur genauer beleuchten. Die Ergebnisse, die die Versorgungssituation der Patient*innen betreffen, sind dahingegen ohne weiteres auf andere Regionen und Patient*innen übertragbar, da in den Modelregionen insgesamt 3200 Patient*innen rekrutiert wurden, das Projekt im realen Versorgungssetting stattfand und die Patient*innen

aufgrund der wenigen Ausschlusskriterien die tatsächliche Versorgungssituation repräsentierten (Gloystein et al., 2021).

4.3 Diskussion der Ergebnisse

Im Folgenden sollen die Zusammenarbeit und der Informationsaustausch im Rahmen des RubiN-Projekts, die versorgungsrelevanten Veränderungen sowie eine mögliche Implementierung eines CCM in der Regelversorgung diskutiert werden.

4.3.1 Zusammenarbeit und Informationsaustausch

In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass eine gute und funktionierende Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialfachkräften eine essenzielle Voraussetzung für eine optimale und bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung darstellt. Gleichzeitig ist eine klare und effektive Kommunikation sowie ein klares Verständnis der Rolle jedes Teammitglieds notwendig, um eine sichere und qualitativ hochwertige Patient*innenversorgung zu gewährleisten (McInnes et al., 2017a; Reeves et al., 2017). Zudem kann so die berufliche Zufriedenheit gesteigert (McInnes et al., 2017b) sowie für Patient*innenwohl und Arbeitserleichterung gesorgt werden (Erdmann & Götz, 2022). Die Ergebnisse dieser Arbeit zur Zusammenarbeit und zum Informationsaustausch sind im Einklang mit nationalen und internationalen Erkenntnissen, die im Folgenden näher erläutert werden.

Zusammenarbeit

Die interprofessionelle Zusammenarbeit wurde sowohl innerhalb als auch außerhalb des Praxisnetzes als sehr gut und sehr eng bezeichnet und für alle Patient*innen wurde ein großer Mehrwert durch die Teilnahme am Versorgungsmodell erkannt.

Als Fundament dieser gut funktionierenden Zusammenarbeit wurde das gegenseitige Vertrauen zwischen den einzelnen Professionen angesehen. Das Vertrauen konnte entstehen, da allen an der Versorgung Beteiligten die eigenen sowie die Zuständigkeiten der Anderen bewusst waren, sie die fachlichen Kompetenzen aller erkannten und respektierten sowie deren erbrachten Leistungen wertschätzten. Diverse Wissenschaftler*innen identifizierten ebenfalls gegenseitigen Respekt verbunden mit gegenseitigem Vertrauen als Schlüsselfaktoren der interprofessionellen Kommunikation und Zusammenarbeit (D'Amour et al., 2005; Gregory & Austin, 2016; Nutting et al., 2008; Pullon, 2008). Das gegenseitige Vertrauen und der Respekt wurden zudem durch den intensiven Austausch der Beteiligten sowie die häufigen persönlichen Treffen gestärkt (Robben et al., 2012).

Wie eben bereits beschrieben, wurden die Aufgabenverteilung und die Anerkennung anderer Kompetenzen von allen Beteiligten als sehr gut empfunden. Es gab klare Zuständigkeiten, die einander bekannt und miteinander verschmolzen waren. Einige Fokusgruppenteilnehmer*innen berichteten, dass es Zeit und Erfahrungen brauchte, anfängliche Hindernisse und Bedenken der Zusammenarbeit zu beseitigen sowie die Tätigkeiten und Zuständigkeiten aller Beteiligten zu klären. Diese Erkenntnisse decken sich mit den Erkenntnissen eines integrativen Reviews von Schadewaldt et al. (2013) zur Zusammenarbeit in der primären Gesundheitsversorgung. Schadewaldt et al. stellten fest, dass vor allem der persönliche Kontakt der Beteiligten die positive Einstellung von Ärzt*innen gegenüber Pflegekräften stärkt. Auch McInnes et al. (2017a) berichteten in einer australischen Studie, dass ein teilweise vorhandenes Minderwertigkeitsgefühl des Pflegepersonals in der Zusammenarbeit mit Hausärzt*innen sowie die Zusammenarbeit selbst verbessert wurden, als sich die Ärzt*innen aktiv bemühten, das Tätigkeitsfeld des Pflegepersonals zu verstehen.

Die CM konnten im RubiN-Projekt viele Entscheidungen ohne die Ärzt*innen treffen. Dennoch war ihr Entscheidungsvermögen bei wichtigen medizinischen Sachverhalten eingeschränkt, sodass die Ärzt*innen die Hauptverantwortung behielten. Die an der Versorgung Beteiligten befürworteten dieses Vorgehen. Auch in einer qualitativen Studie von Stumm et al. (2019) zur Versorgungskoordination multimorbider Patient*innen wollten die meisten Ärzt*innen die letztendliche Verantwortung beibehalten. Sie verstanden sich als Steuerungsinstanz für den gesamten Versorgungsprozess und wiesen auf ihre im SGB V § 73 gesetzlich festgelegte koordinierende Funktion in der Versorgung hin. Haggerty et al. (2003) identifizierten in ihrem multidisziplinärem Review Kontinuität in der Versorgung als Grundlage für eine bessere Koordination. Demnach spielen nach ihrer Ansicht Hausärzt*innen aufgrund ihrer umfassenden Langzeitversorgung für multimorbide Patient*innen die zentrale Rolle in der Patient*innenversorgung.

CM müssen über verschiedene Fähigkeiten verfügen, um den komplexen Anforderungen geriatrischer Patient*innen gerechter zu werden. Studien von Hjelm (2015), Wilfling (2021) und Warkentin (2022) unterstreichen, dass CM als hochkompetente Personen mit zahlreichen Fähigkeiten angesehen werden. Mit ihren medizinischen Fähigkeiten sowie Case-Management-Fähigkeiten gewährleisten sie eine Kontinuität in der Versorgung geriatrischer Patient*innen und mit ihren ‚weichen‘ Fähigkeiten bieten sie soziale Unterstützung. Die CM selbst sehen die soziale Unterstützung als eine ihrer Hauptaufgaben in der integrierten Versorgung an und freuen sich über die Möglichkeit, mit ausreichend Zeit auf die individuellen Bedürfnisse der Patient*innen eingehen zu können (Götz et al., 2021).

Das Engagement und die sozialmedizinischen Empfehlungen der CM wurden von den Ärzt*innen aufgrund ihrer Unerfahrenheit und ihres begrenzten sozialmedizinischen Wissens sehr geschätzt und meistens ohne Einschränkungen oder Anpassungen umgesetzt. Eine qualitative Studie zu nichtmedizinischen Aspekten der Versorgung multimorbider Patient*innen in der Hausarztpraxis von Stumm et al. (2020) kommt zu ähnlichen Ergebnissen: Den Hausärzt*innen sind lokale Sozialangebote oft unbekannt und ihr Wissen über konkrete Tätigkeits- und Verantwortungsbereiche verschiedenster Sozialeinrichtungen ist eher gering. Sie wünschen Unterstützung und Entlastung bei sozialen und sozialrechtlichen Beratungsanlässen, die für sie einen hohen Zeitaufwand bedeuten, sowie kooperative Versorgungsstrukturen und eine Koordination dieser.

In der hier vorliegenden Studie wurden einige Faktoren herausgearbeitet, die die Zusammenarbeit erleichtert haben. Diese Faktoren decken sich mit den Ergebnissen anderer Studien und werden im Folgenden dargestellt. Die CM profitierten davon, wenn es feste Ansprechpersonen in den Hausarztpraxen gab. Auch Stumm et al. (2020) wiesen darauf hin, dass feste Ansprechpersonen in Sozialeinrichtungen die Kommunikation verbessern könnten und so ein niedrigschwelliger Zugang geboten werden könnte. Ebenso wurde die unkomplizierte Kommunikation ‚auf kurzem Wege‘ hervorgehoben. Ruppert et al. (2017) erkannten in einer Studie mit Kooperationsmodellen ebenfalls Bürokratieaufwand als Hemmnis für eine ‚gelebte‘ Kooperation. Erleichtert wurde die Zusammenarbeit zudem auch durch Bewusstsein und Vertrauen in die Kompetenzen und Tätigkeiten der Kooperationspartner*innen, Zusammenarbeit auf Augenhöhe ohne hierarchische Strukturen, gegenseitigen statt einseitigen Austausch, gemeinsame Verantwortungsübernahme bei komplexen Patient*innenfällen, autonomes Handeln der CM, eine positive Grundeinstellung zur Zusammenarbeit sowie räumliche Arbeitsnähe (McInnes et al., 2017a, 2017b; Nieuwboer et al., 2018; Reeves et al., 2017; Schadewaldt et al., 2013; Southby & Gamsu, 2018). Für eine optimale Zusammenarbeit sollten zusätzlich auch regulatorische Rahmenbedingungen wie Haftungsrichtlinien und Finanzierungsstrategien geklärt sein und die administrativen und organisatorischen Bedingungen wie Abrechnungen, Terminvereinbarungen mit Fachärzt*innen und anderen Leistungserbringer*innen, das Ausfüllen und Unterschreiben von Formularen sowie das Bereitstellen von Arztbriefen und weiteren Befunden optimiert werden (Schadewaldt et al., 2013; Stumm et al., 2019).

Informationsaustausch

In der bisherigen Regelversorgung wird die interprofessionelle Kommunikation oft als wenig effektiv und effizient wahrgenommen (Nieuwboer et al., 2018) und kann so zu einer unzureichenden Übermittlung patient*innenbezogener Informationen führen (O’connor et

al., 2016). Im RubiN-Projekt wurde der Informationsaustausch von allen Beteiligten sehr gelobt und als ein ‚freundliches und paralleles Miteinander‘ beschrieben. Die CM konnten durch ihre vernetzende und koordinative Kommunikation über die verschiedenen Sektoren der Gesundheitsversorgung hinweg für eine erfolgreiche Zusammenarbeit (vgl. Abschnitt „Zusammenarbeit“ oben) sorgen. Im Folgenden soll der Informationsaustausch näher dargestellt und mit Ergebnissen anderer Studien verglichen werden.

Der Informationsaustausch wurde stets als konstruktiv und als ein ‚sehr gutes Miteinander‘ ohne hierarchische Strukturen wahrgenommen. Die Gesprächspersonen wurden stets respektiert und wertgeschätzt, es schien jederzeit eine offene Kommunikation möglich zu sein. Der Wunsch nach Zusammenarbeit und Informationsaustausch auf Augenhöhe wird auch in anderen Studien (Erdmann & Götz, 2022; Schadewaldt et al., 2013) hervorgehoben und ist aufgrund der Tatsache, dass Kommunikationsfehler mit hierarchischen und zwischenmenschlichen Machtunterschieden und Konflikten zusammenhängen, von großer Bedeutung (Renz et al., 2013; Sutcliffe et al., 2004). Nach der Auffassung von D’Amour et al. (2005) beinhaltet Zusammenarbeit Vertrauen, gegenseitigen Respekt, eine gemeinsame Entscheidungsfindung und Gleichberechtigung.

Der Informationsaustausch in RubiN fand problemlos über sämtliche Kanäle, vom Telefon und persönlichen Gesprächen vor Ort, über E-Mail, Fax und speziell entwickelten Feedbackbögen, bis zu Auskünften der Patient*innen und Angehörigen statt. In der Literatur gibt es Hinweise, dass der Informationsaustausch über das Telefon bei möglichem Zeitmangel der an der Versorgung Beteiligten besser geeignet sei und wenn der Datenschutz der Patient*innen gewährleistet werde, auch digitale Verbindungen wie E-Mail, Fax oder ein Onlinezugriff auf Arztbriefe, Laborwerte etc. förderlich seien (Erdmann & Götz, 2022; Nieuwboer et al., 2018). Zudem erleichtern klare, regelmäßige und formelle Wege der Kommunikation die Zusammenarbeit (McInnes et al., 2017b; Schadewaldt et al., 2013; Southby & Gamsu, 2018).

Die Häufigkeit des Informationsaustausches und die ausgetauschten Informationen im RubiN-Projekt variierten je nach Informationsbedürfnis der Ärzt*innen und je nach Behandlungsschwere der Patient*innen von gelegentlich bei präventiven Fällen bis täglich bei akuten Krisen oder Sterbebegleitungen. Zu gleichen Ergebnissen kamen auch Nieuwboer et al. (2018) sowie Stumm et al. (2020). Oft fand der Informationsaustausch auch nur zwischen MFA und CM statt, sodass die Ärzt*innen entlastet wurden. Nieuwboer et al. (2018) wiesen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Kommunikation über Rezeptionist*innen bei Verwendung einer fachspezifischen Sprache erschwert werden könne. Es bleibt also offen, inwiefern die Ärzt*innen von einem ‚parallelem Miteinander‘ profitieren. Dringende Angelegenheiten wurden unmittelbar per Telefon über

entsprechende Durchwahl- oder Handynummern besprochen. Voraussetzung ist, dass die Ärzt*innen um die Kompetenz und Dringlichkeit der CM wissen und solche Nummern zur Verfügung stellen, was nicht immer der Fall zu sein scheint (Nieuwboer et al., 2018).

Im RubiN-Projekt fanden regelmäßig interprofessionelle Fallbesprechungen statt, in denen offene Fragen sowie wichtige und komplexe Versorgungsfälle besprochen wurden. In der Regelversorgung fehlen vielen Gesprächen eine Struktur und Prägnanz, es gibt oft keine klare Frage zu Anfang und Hintergrundinformationen fehlen teilweise. Die aktuelle Literatur empfiehlt daher ebenfalls die Durchführung strukturierter Fallbesprechungen sowie die Verwendung strukturierter Kommunikationsprotokolle, um für einen transparenteren und qualitativ hochwertigeren Informationsaustausch und damit einer effektiveren Zusammenarbeit zu sorgen. Gleichzeitig entsteht so eine höhere Zufriedenheit und Sicherheit seitens der Pflegekräfte (Nieuwboer et al., 2020; Renz et al., 2013). Nieuwboer et al. (2020) merkten jedoch an, dass im Praxisalltag z. T. keine Gesprächsvorbereitung möglich ist, da Gespräche auch von unterwegs oder zu Hause aus geführt werden. Auch die CM im RubiN-Projekt telefonierten aus dem Auto heraus, um ihre Fahrzeit sinnvoll zu nutzen und für sich Zeit zu sparen. Außerdem identifizierten die Forscher*innen weitere Hindernisse einer guten Kommunikation: Unterbrechungen der Sprechenden Person durch unklare Bemerkungen und Fragen sowie eine begrenzte Zugänglichkeit von Gesprächspersonen aus zeitlichen oder die Motivation betreffenden Gründen. Die CM im RubiN-Projekt richteten sich schließlich auch nach den Praxiszeiten.

4.3.2 Versorgungsrelevante Veränderungen

Im Folgenden sollen die versorgungsrelevanten Veränderungen im RubiN-Projekt diskutiert werden.

Belastung der Hausärzt*innen

Vor allem die Hausärzt*innen konnten durch die interprofessionelle Ausgestaltung der Versorgung sowie durch die Unterstützung der CM versorgungsrelevante Veränderungen feststellen. Die Hausärzt*innen nahmen eine zeitliche Arbeitsentlastung wahr. Aufgrund der Tatsache, dass die CM die sozialmedizinische Versorgung sowie sonstigen Gesprächsbedarf übernahmen, kam es zu weniger Beratungsanlässen in den Hausarztpraxen. Dieses entspricht den Wünschen, die Berliner Hausärzt*innen in einer Studie von Stumm et al. (2020) äußerten. Die Hausärzt*innen wünschten Unterstützung und Entlastung bei sozialen und sozialrechtlichen Beratungsanlässen, die für sie einen hohen Zeitaufwand bedeuteten, sowie kooperative Versorgungsstrukturen mit anderen Leistungserbringer*innen und eine Koordination dieser. Auch die Kooperation mit den vor

Ort ansässigen ambulanten Pflegediensten trug zur allgemeinen Arbeitsentlastung bei (Erdmann & Götz, 2022).

In diesem Kontext ist zu erwähnen, dass die Hausärzt*innen von einer zunächst aufwendigen und zeitintensiven Rekrutierungsphase berichteten, die ihnen viel Motivation und Durchhaltevermögen abverlangte. Die Etablierung eines CCM sowie die Anpassungen an die neue Arbeitsweise wurden auch in anderen Modellprojekten als zeitintensiv beschrieben (Gensichen et al., 2011; Hammarberg et al., 2019).

Neben der zeitlichen Entlastung empfanden die Hausärzt*innen auch eine psychische Entlastung aufgrund der gemeinsamen Verantwortungsübernahme mit den CM. Die aufgebauten Versorgungsstrukturen sowie die Gewährleistung der sozialmedizinischen Versorgung, in der sie sich z. T. unsicher fühlten, gaben ihnen eine gewisse Sicherheit in der Behandlung ihrer geriatrischen Patient*innen. Zu ähnlichen Erkenntnissen kamen auch Hammarberg et al. (2019) sowie Gensichen et al. (2011) bei einem CCM in der Versorgung depressiver Patient*innen: Die Hausärzt*innen konnten sich auf somatische Beratungsanlässe konzentrieren, die Patient*innen bei psychosozialen Beratungsanlässen an die CM verweisen und empfanden so eine psychische Entlastung aufgrund der Verantwortungsteilung und Sicherheit in der Versorgung.

Zusammenfassend waren die Hausärzt*innen aufgrund der zeitlichen und psychischen Entlastung mit der Versorgungsform sehr zufrieden. Die oben beschriebenen Vergleichsstudien zur Entlastung der Hausärzt*innen können aufgrund der Interventionsunterschiede jedoch nur begrenzt auf das RubiN-Projekt übertragen werden. Es bedarf weiterer Studien, die die Belastung der Hausärzt*innen in der interprofessionellen Versorgung geriatrischer Patient*innen vor allem objektiv beleuchten.

Förderung der Versorgung zu Hause

Die Hausbesuche der CM ermöglichten einen Einblick in die individuelle Wohnsituation und in die Lebenswelt der Patient*innen, sodass diese im interprofessionellen Team ganzheitlich betrachtet und ihre Pflegebedürfnisse identifiziert werden konnten. Dadurch konnten frühzeitig präventive Unterstützungsmöglichkeiten für einen sicheren und zufriedenen Verbleib in gewohnter eigener Häuslichkeit ergriffen werden. Es entspricht den persönlichen Vorstellungen und Wünschen vieler älterer Menschen, so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit zu leben (Kuhlmey et al., 2010). Das häusliche Umfeld beeinflusst die Lebensqualität der Menschen, da dieses zugleich ihren häufigsten Aufenthaltsort darstellt, sowie ihren Gesundheitszustand, körperliche und kognitive Funktionen und ihr psychisches Wohlbefinden widerspiegelt. Des Weiteren nimmt mit geringerer Verbundenheit zur eigenen häuslichen Umgebung und mit einem desolateren

Zustand der Wohngegend die Gebrechlichkeit der Menschen zu. Gebrechlichkeit impliziert eine erhöhte Anfälligkeit für äußere Stressoren, nimmt im Alter zu und ist mit negativen gesundheitlichen Folgen wie Mortalität, Krankenhausaufenthalt und Pflegeheimaufnahmen assoziiert (J. Zimmermann et al., 2021). Niederschwellige Beratungsangebote zu kostengünstigen Wohnraumanpassungen könnten helfen, sozioökonomische Ungleichheiten in der Gesundheit auszugleichen (J. Zimmermann et al., 2022). In der bisherigen Regelversorgung bleibt es jedoch eher Zufall, ob Patient*innen von den unübersichtlichen ambulanten sozialmedizinischen Unterstützungsangeboten wie Pflegedienste oder andere Beratungsstellen erfahren, wenn die Hausärzt*innen nicht über ein solches Netzwerk verfügen (T. Zimmermann et al., 2018).

Des Weiteren konnten im RubiN-Projekt durch die Förderung des Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit sowie der Selbstständigkeit Krankenseinweisungen oder Pflegeheimweisungen vermieden werden. Systematische Übersichtsarbeiten von Gaertner et al. (2015) und Morkisch et al. (2020) zeigen ebenfalls, dass eine multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Übergangsvorsorge sowie eine Lots*innenbegleitung geriatrischer Patient*innen Krankenhaus- und Pflegeheimaufenthalte, Stürze und die Mortalität der Patient*innen reduzieren kann. Dabei scheinen Faktoren wie die Personalausstattung, die Beurteilung und der Umgang mit Symptomen, das Selbstmanagement der Patient*innen, die Beziehungspflege sowie die Förderung der Koordination von besonderer Bedeutung zu sein (Morkisch et al., 2020).

Gefühl von Sicherheit

Die interprofessionelle Versorgung des CCM konnte bei allen im RubiN-Projekt Tätigen ein Gefühl von Sicherheit auslösen. Besonders die geriatrischen Patient*innen nahmen aufgrund der Tatsache, dass sie eine vertrauenswürdige Person hatten, an die sie sich jederzeit wenden und mit der sie über sämtliche Befindlichkeiten und Sorgen sprechen konnten, ein Gefühl von Wohlbefinden und Sicherheit wahr. Dies entspricht den Ergebnissen anderer Studien, in denen die Auswirkungen der integrierten Versorgung auf patient*innenbezogene Ergebnisse untersucht wurden (Figueroa Gray et al., 2019; Hjelm et al., 2015; Sandberg et al., 2014; Sargent et al., 2007; Wilfling et al., 2021). Geriatrische Patient*innen fühlen sich durch die Betreuung durch CM sicher. Das Gefühl der Sicherheit beeinflusst zudem die psychische Gesundheit positiv, sodass die Patient*innen handlungsfähiger werden (Wilfling et al., 2021). Psychosoziale Unterstützung wird als essentiell für eine vertrauensvolle Beziehung und ein Gefühl der Sicherheit angesehen, um zukünftige Herausforderungen bewältigen zu können (Hjelm et al., 2015; Sandberg et al., 2014; Sargent et al., 2007).

Die Ärzt*innen fühlten sich aufgrund der geteilten Verantwortungsübernahme mit den CM sowie der Gewährleistung der sozialmedizinischen Versorgung, in der sie sich z. T. unsicher fühlten, sicher (vgl. Absatz „Belastung der Hausärzt*innen“ dieses Unterkapitels). Auch die CM empfanden ein Gefühl von Sicherheit sowie Zufriedenheit, da sie im für sie klar definierten Arbeits- und Versorgungsauftrag interprofessionell unterstützt wurden (Götz et al., 2021).

Patient*innenzufriedenheit und Lebensqualität

Die interprofessionelle Ausgestaltung im RubiN-Projekt ermöglichte es, die physischen, psychischen und sozialen Bedürfnisse der geriatrischen Patient*innen zu berücksichtigen, da sich die diversen Zuständigkeiten und Kompetenzen der an der Versorgung Beteiligten optimal ergänzten. So konnten die physischen Bedürfnisse primär von den Hausärzt*innen erfüllt werden, währenddessen die CM sich vermehrt um die psychischen und sozialmedizinischen Bedürfnisse kümmerten. Dies wirkt sich sowohl auf die Patient*innenzufriedenheit als auch auf die Lebensqualität positiv aus (Renne & Gobbens, 2018).

Im RubiN-Projekt wurden von allen an der Versorgung Beteiligten eine größere Zufriedenheit sowie eine höhere Lebensfreude der Patient*innen wahrgenommen. Die Patient*innen seien dankbar für die Projektteilnahme und das Aufzeigen neuer Möglichkeiten gewesen und selbst bei negativen Entwicklungen zufrieden sowie insgesamt freundlicher im Umgang gewesen. Auch nationale und internationale Studien kamen zu dem Ergebnis, dass eine CCM-Intervention und Vertrauen in das medizinische Fachpersonal zu subjektiven psychischen Verbesserungen, einem günstigeren Gesundheitsverhalten, weniger Beschwerden sowie einer höheren Lebensqualität und Zufriedenheit mit der Behandlung führt (Birkhäuser et al., 2017; Budde et al., 2022; Freund et al., 2016; Şahin et al., 2018; Saragih et al., 2021).

Vor allem die Tatsache, dass die geriatrischen Patient*innen eine vertrauenswürdige Person hatten, an die sie sich jederzeit wenden und mit der sie über sämtliche Befindlichkeiten und Sorgen sprechen konnten, sorgte für Wohlbefinden und Zufriedenheit, welches auch von Hammarberg et al. (2019) gezeigt werden konnte. Soziale Risikolagen wie Einsamkeit sind bei älteren Menschen besonders stark mit geringerer Lebenszufriedenheit assoziiert (Kaspar et al., 2022). J. Zimmermann et al. (2022) wiesen darauf hin, dass ein erhöhter Pflegebedarf, Multimorbidität und schlechtes subjektives Gesundheitserleben mit einer Reduktion der Lebensqualität zusammenhängen. Ihrer Ansicht nach könnten personenzentrierte Pflegekonzepte dazu beitragen, die Zufriedenheit und das Autonomieempfinden zu erhalten bzw. zu steigern.

Die Selbstständigkeit der geriatrischen Patient*innen konnte im RubiN-Projekt erhalten werden, die Lebensgestaltung sei durch das Angebot von Sportgruppen, neuen Ausflügen und das Entstehen neuer Freundschaften aktiver gewesen. Der Erhalt der Selbstständigkeit ist für eine gelingende Lebensführung im Alter von enormer Bedeutung (Kaspar et al., 2022). J. Zimmermann et al. (2022) wiesen darauf hin, dass die Förderung sozialer Teilhabe durch soziale Aktivitäten in der unmittelbaren Wohnumgebung dabei helfen könnte, sozioökonomische Ungleichheiten in der Gesundheit auszugleichen. Die Tatsache, dass vor allem Heimbewohner*innen sich in ihrer Autonomie eingeschränkt fühlen und so eine niedrigere Lebensqualität empfinden (J. Zimmermann et al., 2022), verdeutlicht die Bedeutung der im RubiN-Projekt stattgehabten Förderung des Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit.

4.3.3 Implementierung eines CCM in der Regelversorgung

Das IGES Institut beschreibt in seiner Studie zum Versorgungsmanagement durch Patientenlots*innen die mögliche Zielgruppe genauer:

„Zielgruppe für diese Leistung könnten schwer, chronisch kranke und multimorbide Patientinnen und Patienten sein, die zusätzlich in ihrer Selbstmanagementfähigkeit (aufgrund von Alter, funktionalen Beeinträchtigungen oder ungünstigen Umfeldbedingungen) vorübergehend oder dauerhaft eingeschränkt sind, deren soziales Umfeld die erforderliche Unterstützung nicht leisten kann und bei denen eine ausführliche Beratung nicht ausreichend ist.“ (Braeseke et al., 2018, S. 11)

Bereits 2011 wiesen Freund et al. (2011) auf die schwierige Überführung des CCM in die Regelversorgung hin. Wesentliche Elemente des CCM wie die Erfassung des Versorgungsbedarfs und die Versorgungsplanung sind aufgrund der begrenzten Zeit schwer in den Alltag zu integrieren. Ebenso erschwert die fehlende Übertragung von Verantwortung an nicht ärztliches Personal die Implementierung eines CCM. Das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik ergänzte 2022 in einem Policy Brief zur Wirksamkeit von Patientenlots*innen weitere Hindernisse für die Implementierung eines CCM in der Regelversorgung: Es existieren keine politischen Regulierungen bzw. einheitlichen Qualitätsstandards des Aufgabenbereichs und der Ausbildung der CM, es mangelt an der Bereitstellung von langfristigen Finanzmitteln für eine nachhaltige Integration in die Regelversorgung trotz einiger Belege für Kosteneffizienz, die Infrastruktur für Zusammenarbeit ist nur schwach vorhanden, es herrscht eine mangelnde Akzeptanz wichtiger Interessensgruppen wie Angehörige der Gesundheitsberufe, es gibt Kommunikationsdefizite und zu wenig vorhandene Strukturen für eine intersektorale Zusammenarbeit (Budde et al., 2022). Zudem bildet die Implementierung des CCM in der Regelversorgung einen erheblichen gesetzgeberischen

Schritt, da die Leistungsträger aus Renten-, Kranken-, Pflegeversicherung sowie Kommunen gebildet werden (Ruppel et al., 2022).

4.4 Schlussfolgerungen

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Erfahrungen und Einstellungen der an einer ambulanten geriatrischen CCM-Intervention beteiligten Personen im Hinblick auf eine interprofessionelle Ausgestaltung der Versorgung zu erfassen. Somit wurde auf das wenig vorhandene Wissen über die Kooperation der an einer integrierten und interprofessionellen Versorgung Beteiligten reagiert und die Erfahrungen und Einstellungen beteiligter Personen einer CCM-Intervention in einem realen Versorgungssetting in Deutschland exploriert.

Die Ergebnisse dieser Arbeit verdeutlichen die Bedeutung einer guten und funktionierenden interprofessionellen Zusammenarbeit auf der Grundlage einer guten Vertrauensbasis für eine optimale Versorgungsqualität geriatrischer Patient*innen. Voraussetzung für diese notwendige Vertrauensbasis ist eine offene und wertschätzende Kommunikation und Kooperation zwischen den an der Versorgung Beteiligten, sodass sowohl bei allen an der Versorgung Beteiligten als auch bei den Patient*innen ein Gefühl von Sicherheit entstehen kann. Der konstruktive, respektvolle und offene Kommunikationsaustausch ist darüber hinaus sowohl für eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit als auch eine adäquate Übermittlung patient*innenbezogener Informationen von enormer Bedeutung. Des Weiteren weisen die Ergebnisse darauf hin, dass durch eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit innerhalb eines CCM sektorale Grenzen und Schnittstellen in der Versorgung geriatrischer Patient*innen überbrückt werden können. So können durch einen ganzheitlichen Zugang zu dieser Patient*innengruppe deren physische, psychische und soziale Bedürfnisse berücksichtigt, deren Verbleib in der eigenen Häuslichkeit gefördert und schließlich deren allgemeine Zufriedenheit und Lebensqualität gesteigert werden. Interprofessionelles Arbeiten innerhalb eines CCM kann die aufgrund des komplexen Versorgungsaufwands von geriatrischen Patienten*innen als sehr hoch empfundene zeitliche und z. T. auch psychische Belastung von Hausärzt*innen reduzieren und für eine allgemeine Zufriedenheit und Entlastung bei allen an der Versorgung beteiligten Professionen sorgen. Dabei ist die Rolle der CM sowie ihre sozialmedizinische Unterstützung von besonderer Bedeutung. Es ist davon auszugehen, dass auch Patient*innen mit anderen chronischen Erkrankungen von einem CCM profitieren und die Implementierung eines CCM zur Koordination anderer Erkrankungen die Hausärzt*innen ebenfalls entlastet.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit sollte jedoch durch weitere Entwicklungen innerhalb des Gesundheitssystems weiter vereinfacht bzw. verbessert werden: Es bedarf

beispielsweise Verbesserungen bei der intersektoralen Zusammenarbeit wie Entlassmanagement aus Krankenhäusern, einer verbesserten Personalsituation in allen Gesundheitsprofessionen, einem schnelleren Ausbau der Digitalisierung wie die elektronische Patientenakte und damit einhergehend weniger Bürokratie und vereinfachten Datenschutz.

Die Ergebnisse dieser Studie sind folglich für die Entwicklung und Umsetzung der integrierten geriatrischen Versorgung von wesentlicher Bedeutung und ermöglichen ein tieferes Verständnis zur Zusammenarbeit in CCM-Interventionen. Es ist zu empfehlen, dass die integrierte Versorgung aufrechterhalten und in weiteren Versorgungsmodellen bzw. Studien weiterentwickelt wird. Zukünftige Studien könnten die Ergebnisse dieser Arbeit an bereits vorhandenen Versorgungsmodellen überprüfen und objektivieren sowie weitere versorgungsrelevante Aspekte für die Zusammenarbeit erschließen. Sie könnten die Bewertung der patient*innenbezogenen Ergebnisse durch die Patient*innen selbst mittels eines zuverlässigen und validen Instruments thematisieren, da die Patient*innenperspektive einen weiteren wichtigen Indikator für die Qualität der Gesundheitsversorgung darstellt (Churruca et al., 2021). Des Weiteren kann das CCM unter dem Aspekt des Social Prescribing als eine Möglichkeit zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden älterer Menschen gesehen werden und sollte in zukünftigen Studien ebenfalls berücksichtigt werden (Vidovic et al., 2021). Ebenso könnten sowohl die Erfahrungen und Einstellungen derjenigen Leistungserbringer*innen, die sich bewusst gegen eine Projektteilnahme oder das CCM entschieden haben, als auch die direkten Äußerungen der an der Versorgung Beteiligten, die nicht an Ärztenetze angegliedert waren und somit nicht befragt wurden, wie Pflegedienste, Krankenhauspersonal oder andere Leistungserbringer*innen, interessant sein. So könnten weitere mögliche Probleme in der interprofessionellen Zusammenarbeit identifiziert werden, die in bisherigen Versorgungsprojekten noch nicht ausreichend berücksichtigt wurden. Zusammen mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit könnten diese Studien schließlich dazu teilhaben, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit und Versorgungsqualität in der ambulanten geriatrischen Versorgung bestmöglich optimiert wird.

5 ZUSAMMENFASSUNG

Die ambulante Versorgung geriatrischer Patient*innen stellt aufgrund der zunehmenden Anzahl multimorbider und hochaltriger Menschen mit komplexen Versorgungsbedürfnissen eine bedeutsame Herausforderung für unser Gesundheitssystem dar und bedingt eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit. Eine koordinierte und integrierte Versorgung wie z. B. ein Care- und Case-Management (CCM) könnte helfen, dieser Herausforderung gerechter zu werden. Daran anlehnend ist in Zusammenhang mit dem vom Innovationsfonds geförderten Projekt RubiN (Regional ununterbrochen betreut im Netz), welches ein multiprofessionelles und sektorenübergreifendes CCM in deutschen Praxisnetzen implementiert hat, diese Arbeit mit dem Ziel, die Erfahrungen und Einstellungen der an der Versorgung Beteiligten im Hinblick auf eine interprofessionelle Ausgestaltung der Versorgung geriatrischer Patient*innen zu erfassen, entstanden.

Im Zuge eines qualitativen Forschungsansatzes wurden Gruppendiskussionen mit den an der Versorgung Beteiligten (Ärzt*innen, Medizinische Fachangestellte (MFA) sowie Care- und Case-Manager*innen (CM)) durchgeführt. Diese wurden digital aufgenommen, transkribiert und zusammenfassend inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet.

In den Praxisnetzen wurden insgesamt zehn Fokusgruppen mit $n = 46$ Teilnehmenden ($n = 15$ Ärzt*innen, $n = 14$ MFA und $n = 17$ CM) durchgeführt, die durchschnittlich 75,6 Minuten ($\pm 13,5$) dauerten. Die Versorgung durch ein CCM sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit wurden von allen Beteiligten als sehr gut wahrgenommen. Die Hausärzt*innen übernahmen weiterhin die medizinische Verantwortung. Gleichzeitig wurde eine enge Kooperation mit den CM, die mit ihren sozialmedizinischen Tätigkeiten ebenfalls eine zentrale Rolle einnahmen, als äußerst gewinnbringend und entlastend erlebt. Die CM gewannen durch Hausbesuche einen intensiven Einblick in die Lebenswelt der Patient*innen, konnten so deren Verbleib in der Häuslichkeit fördern und Versorgungslücken gezielt an die Hausärzt*innen zurückspiegeln. Folglich konnte ein ganzheitlicher Zugang zu dieser Patient*innengruppe ermöglicht und ein Gefühl von Sicherheit sowohl bei den Patient*innen als auch bei allen an der Versorgung Beteiligten erzeugt werden.

Ein multiprofessionelles und sektorenübergreifendes CCM kann die Versorgung von geriatrischen Patient*innen optimal unterstützen und für einen Mehrwert bei allen an der Versorgung beteiligten Professionen sorgen. Zudem ist eine gut funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit, auf Grundlage einer starken Vertrauensbasis sowie einer offenen und wertschätzenden Kommunikation, für eine optimale Versorgung geriatrischer Patient*innen und die eigene Arbeitsentlastung von enormer Bedeutung.

6 LITERATURVERZEICHNIS

ATLAS.ti (9.0). (2020). Scientific Software Development GmbH.

Battersby, M., Harvey, P., Mills, P. D., Kalucy, E., Pols, R., Frith, P. A., McDonald, P., Esterman, A., Tsourtos, G., Donato, R., Pearce, R., & McGowan, C. (2007). SA HealthPlus: A Controlled Trial of a Statewide Application of a Generic Model of Chronic Illness Care. *The Milbank Quarterly*, *85*(1), 37–67. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2007.00476.x>

Baur, N., & Blasius, J. (2014). Methoden der empirischen Sozialforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 41–62). Springer Fachmedien Wiesbaden.

Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, *51*, 843–857.

Berthelsen, C. B., & Kristensson, J. (2015). The content, dissemination and effects of case management interventions for informal caregivers of older adults: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, *52*(5), 988–1002. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.01.006>

Birkhäuer, J., Gaab, J., Kossowsky, J., Hasler, S., Krummenacher, P., Werner, C., & Gerger, H. (2017). Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. *PLOS ONE*, *12*(2), e0170988. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170988>

Braeseke, G., Huster, S., Pflug, C., Rieckhoff, S., Ströttchen, J., Nolting, H.-D., & Meyer-Rötz, S. H. (2018). *Studie zum Versorgungsmanagement durch Patientenlotsen*. IGES Institut GmbH.

Breuer, F. (2020). Wissenschaftstheoretische Grundlagen qualitativer Methodik in der Psychologie. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie: Band 1: Ansätze und Anwendungsfelder* (S. 27–48). Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-18234-2>

- Briggs, A. M., Valentijn, P. P., Thiyagarajan, J. A., & Araujo de Carvalho, I. (2018). Elements of integrated care approaches for older people: A review of reviews. *BMJ Open*, 8(4), e021194. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021194>
- Budde, H., Williams, G. A., Scarpetti, G., Kroezen, M., & Maier, C. B. (2022). *What are patient navigators and how can they improve integration of care?* European Observatory on Health Systems and Policies. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK577640/>
- Churruca, K., Pomare, C., Ellis, L. A., Long, J. C., Henderson, S. B., Murphy, L. E. D., Leahy, C. J., & Braithwaite, J. (2021). Patient-reported outcome measures (PROMs): A review of generic and condition-specific measures and a discussion of trends and issues. *Health Expectations*, 24(4), 1015–1024. <https://doi.org/10.1111/hex.13254>
- Dahlke, S., Meherali, S., Chambers, T., Freund-Heritage, R., Steil, K., & Wagg, A. (2017). The Care of Older Adults Experiencing Cognitive Challenges: How Interprofessional Teams Collaborate. *Canadian Journal on Aging*, 36(4), 485–500. <https://doi.org/10.1017/S0714980817000368>
- Damery, S., Flanagan, S., & Combes, G. (2016). Does integrated care reduce hospital activity for patients with chronic diseases? An umbrella review of systematic reviews. *BMJ Open*, 6(11). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011952>
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M.-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 116–131. <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (Hrsg.). (2017). *Leitlinie S3 – Multimorbidität. AWMF-Register-Nr. 053-047. DEGAM-Leitlinie Nr. 20.* https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-047_Multimorbidaet/053-047I_%20Multimorbidaet_redakt_24-1-18.pdf

- DGCC. (o. J.). *Was ist Case Management (CM)?* Abgerufen 7. Mai 2022, von <https://www.dgcc.de/case-management/>
- Di Pollina, L., Guessous, I., Petoud, V., Combescure, C., Buchs, B., Schaller, P., Kossovsky, M., & Gaspoz, J.-M. (2017). Integrated care at home reduces unnecessary hospitalizations of community-dwelling frail older adults: A prospective controlled trial. *BMC Geriatrics*, *17*(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0449-9>
- Edvardsson, D., Winblad, B., & Sandman, P. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: Current status and ways forward. *The Lancet Neurology*, *7*(4), 362–367. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(08\)70063-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70063-2)
- Erdmann, J., & Götz, K. (2022). Kooperation zwischen Hausärzt*innen und ambulanten Pflegediensten – eine qualitative Studie. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, *98*(5), 6.
- F4transkript (8.0.0). (2020). dr. dresing und pehl GmbH.
- Figuroa Gray, M., Sweeney, J., Nickel, W., Minniti, M., Coleman, K., Johnson, K., Mroz, T., Forss, B., Reid, R., Frosch, D., & Hsu, C. (2019). Function of the Medical Team Quarterback: Patient, Family, and Physician Perspectives on Team Care Coordination in Patient- and Family-Centered Primary Care. *The Permanente Journal*, *23*(18). <https://doi.org/10.7812/TPP/18.147>
- Flick, U. (2014). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 411–423). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Flick, U. (2020). Gütekriterien qualitativer Forschung. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie: Band 2: Designs und Verfahren* (S. 247–263). Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-26887-9>
- Flick, U., von Kardoff, E., & Steinke, I. (2019). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In U. Flick, E. von Kardoff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung:*

- Ein Handbuch* (13. Aufl., S. 13–29). rowohlt's enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Freund, T., Geißler, S., Mahler, C., Peters-Klimm, F., & Szecsenyi, J. (2011). Case Management in der Hausarztpraxis – Alter Wein in neuen Schläuchen? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, *87*, 324–331. <https://doi.org/10.3238/zfa.2011.0324>
- Freund, T., Peters-Klimm, F., Boyd, C. M., Mahler, C., Gensichen, J., Erler, A., Beyer, M., Gondan, M., Rochon, J., Gerlach, F. M., & Szecsenyi, J. (2016). Medical Assistant–Based Care Management for High-Risk Patients in Small Primary Care Practices: A Cluster Randomized Clinical Trial. *Annals of Internal Medicine*, *164*(5), 323–330. <https://doi.org/10.7326/M14-2403>
- Frost, R., Rait, G., Wheatley, A., Wilcock, J., Robinson, L., Harrison Dening, K., Allan, L., Banerjee, S., Manthorpe, J., & Walters, K. (2020). What works in managing complex conditions in older people in primary and community care? A state-of-the-art review. *Health & Social Care in the Community*, *28*(6), 1915–1927. <https://doi.org/10.1111/hsc.13085>
- Gaertner, B., Herzog, A., Holzhausen, M., & Schmidt, S. (2015). „Case-management“-Studien für Personen ab 65 Jahren in Deutschland: Systematische Übersicht zum aktuell publizierten Forschungsstand. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *48*(6), 529–538. <https://doi.org/10.1007/s00391-014-0839-y>
- Gensichen, J., Gütthlin, C., Kleppel, V., Jäger, C., Mergenthal, K., Gerlach, F. M., & Petersen, J. J. (2011). Practice-based depression case management in primary care: A qualitative study on family doctors' perspectives. *Family Practice*, *28*(5), 565–571. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm014>
- GeriNet Leipzig. (2022, Januar 4). *GeriNet Leipzig – ... für die Stadt und das Land!* <https://www.gerinet-leipzig.de/>
- Gloystein, S., Thomé, F., Götz, K., Warkentin, N., Mergenthal, K., Engler, F., Amelung, V., Arnold, M., Freigang, F., Klähn, A.-K., Laag, S., & van den Berg, N. (2021). RubiN

- continuous care in regional networks: A study protocol for a prospective controlled trial. *BMC Geriatrics*, 21(1), 183. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02106-z>
- Gobbens, R. J., Luijkx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. (2010). Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people. *Nursing Outlook*, 58(2), 76–86. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2009.09.005>
- Göhner, A., Bitzer, E. M., Dreher, E., Farin-Glattacker, E., Heimbach, B., Kohler, K., Maun, A., Metzner, G., & Voigt-Radloff, S. (2021). Integriertes Versorgungsmanagement für chronisch erkrankte ältere Menschen in der eigenen Häuslichkeit: Evidenz aus Cochrane-Reviews. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 54(1), 54–60. <https://doi.org/10.1007/s00391-020-01796-1>
- Golden, A. G., Tewary, S., Dang, S., & Roos, B. A. (2010). Care Management’s Challenges and Opportunities to Reduce the Rapid Rehospitalization of Frail Community-Dwelling Older Adults. *The Gerontologist*, 50(4), 451–458. <https://doi.org/10.1093/geront/gnq015>
- Götz, K. (2021). Qualitative Forschung – Erfahrungen aus der Praxis. *Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen*, 3, 34–39. <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2021-3-34>
- Götz, K., Warkentin, N., Weiss, L., & Kasprick, L. (2021). “We are the patients’ advocates”: Care and case managers’ reasons to participate in a geriatric health care project – A qualitative study. *Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen*, 161, 28–32. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2020.12.004>
- Gregory, P. A. M., & Austin, Z. (2016). Trust in interprofessional collaboration: Perspectives of pharmacists and physicians. *Canadian Pharmacists Journal / Revue Des Pharmaciens Du Canada*, 149(4), 236–245. <https://doi.org/10.1177/1715163516647749>
- Gryphonck, M. H. F. (2006). Qualitative Health Research in the Era of Evidence-Based Practice. *Qualitative Health Research*, 16(10), 1371–1385. <https://doi.org/10.1177/1049732306294089>

- Haggerty, J., Reid, R., Freeman, G., Starfield, B., Adair, C., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425), 1219–1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- Hammarberg, S. af W., Hange, D., André, M., Udo, C., Svenningsson, I., Björkelund, C., Petersson, E.-L., & Westman, J. (2019). Care managers can be useful for patients with depression but their role must be clear: A qualitative study of GPs' experiences. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 37(3), 273–282. <https://doi.org/10.1080/02813432.2019.1639897>
- Hartung, M., & Schneider, N. (2016). Sozialarbeit und hausärztliche Versorgung: Eine Literaturübersicht. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 92(9), 363–366.
- Helfferrich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Aufl., S. 214). VS Verlag.
- Hjelm, M., Holst, G., Willman, A., Bohman, D., & Kristensson, J. (2015). The work of case managers as experienced by older persons (75+) with multi-morbidity – a focused ethnography. *BMC Geriatrics*, 15(168). <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0172-3>
- Hopf, C. (2019). Qualitative Interviews—Ein Überblick. In U. Flick, E. von Kardoff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (13. Aufl., S. 349–360). Rowohlt's enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- IBM SPSS Statistics für Windows* (26.0). (2020). IBM Corporation.
- Jayasekara, R. S. (2012). Focus groups in nursing research: Methodological perspectives. *Nurs Outlook*, 60(6), 411–416. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2012.02.001>
- Kaspar, R., Ernst, A. C., & Zank, S. (2022). *Lebenszufriedenheit und subjektives Wohlbefinden in der Hochaltrigkeit* (Nr. 10; D80+ Kurzberichte). Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Universität zu Köln, Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health (ceres); Deutsches Zentrum für Altersfragen. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-81656-2>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.). (2013). *Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V*.

- https://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvorgabe_Anerkennung_Praxisnetze_Ausfertigung.pdf
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative Research: Introducing focus groups. *BMJ*, *311*(7000), 299–302. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7000.299>
- Klaehn, A.-K., Jaschke, J., Freigang, F., & Arnold, M. (2022). Cost-effectiveness of case management: A systematic review. *The American journal of managed care*, *28*, e271–e279. <https://doi.org/10.37765/ajmc.2022.89186>
- Kolb, G. F. (2017). Geriatrie oder Geriatriisierung der Medizin: Quo vadis Geriatrie? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *50*(8), 657–665. <https://doi.org/10.1007/s00391-017-1281-8>
- Kruse, A., Gaber, E., Heuft, G., Oster, P., Re, S., & Schulz-Nieswandt, F. (2005). Gesundheit im Alter. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, *10*.
- Kruse, J. (2015). *Qualitative Interviewforschung—Ein integrativer Ansatz* (2. Aufl.). Beltz Juventa.
- Kuhlmei, A., Dräger, D., Winter, M., & Beikirch, E. (2010). COMPASS – Versichertenbefragung zu Erwartungen und Wünschen an eine qualitativ gute Pflege. *Informationsdienst Altersfragen*, *37*(4), 4–11.
- Kühn, T., & Koschel, K.-V. (2011). Grundlagen: Einsatz von Gruppendiskussionen in der Praxis. In T. Kühn & K.-V. Koschel (Hrsg.), *Gruppendiskussionen: Ein Praxis-Handbuch* (S. 19–64). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Laag, S., Sydow, H., Klähn, A.-K., Freigang, F., Lewy, M., Götz, K., van den Berg, N., Gloystein, S., Mergenthal, K., Engler, F., Rühle, A., Herder-Peyrounette, A., Schwerdt, C., & Hentrich, W. (2019). Transferorientiert fördern: Ein RubiN auf Rezept. *Gesundheits- und Sozialpolitik - Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen*, *73*(6), 36–42. <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2019-6-36>
- Leipziger Gesundheitsnetz, & GeriNet Leipzig. (2014). *ANGELINA-Fragebogen*. <https://www.sana.de/media/Kliniken/leipzig-zwenkau/1-medizin-pflege/institutsambulanz/Angelina-Fragebogen.pdf>

- Looman, W. M., Fabbricotti, I. N., de Kuyper, R., & Huijsman, R. (2016). The effects of a pro-active integrated care intervention for frail community-dwelling older people: A quasi-experimental study with the GP-practice as single entry point. *BMC Geriatrics*, *16*(43). <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0214-5>
- Low, L.-F., Yap, M., & Brodaty, H. (2011). A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Services Research*, *11*(93). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-93>
- Lubitz, J., Cai, L., Kramarow, E., & Lentzner, H. (2003). Health, life expectancy, and health care spending among the elderly. *The New England Journal of Medicine*, *349*(11), 1048–1055. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa020614>
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12., überarbeitete Auflage, S. 152). Beltz.
- Mayring, P. (2020). Qualitative Forschungsdesigns. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie: Band 2: Designs und Verfahren* (S. 3–17). Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-26887-9>
- Mayring, P., & Fenzl, T. (2014). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 543–556). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- McInnes, S., Peters, K., Bonney, A., & Halcomb, E. (2017a). A qualitative study of collaboration in general practice: Understanding the general practice nurse's role. *Journal of Clinical Nursing*, *26*(13–14), 1960–1968. <https://doi.org/10.1111/jocn.13598>
- McInnes, S., Peters, K., Bonney, A., & Halcomb, E. (2017b). Understanding collaboration in general practice: A qualitative study. *Family Practice*, *34*(5), 621–626. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz010>
- Menning, S., & Hoffmann, E. (2009). *Die Babyboomer—Ein demografisches Porträt. Report Altersdaten 02/2009*. Deutsches Zentrum für Altersfragen.

- Microsoft Office Word (16.45). (2021). Microsoft Corporation.
- Morkisch, N., Upegui-Arango, L. D., Cardona, M. I., van den Heuvel, D., Rimmele, M., Sieber, C. C., & Freiberger, E. (2020). Components of the transitional care model (TCM) to reduce readmission in geriatric patients: A systematic review. *BMC Geriatrics*, *20*, 345. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01747-w>
- Muntinga, M. E., van Leeuwen, K. M., Jansen, A. P. D., Nijpels, G., Schellevis, F. G., & Abma, T. A. (2016). The Importance of Trust in Successful Home Visit Programs for Older People. *Global Qualitative Nursing Research*, *3*. <https://doi.org/10.1177/2333393616681935>
- Nieuwboer, M. S., Perry, M., van der Sande, R., Maassen, I. T. H. M., Olde Rikkert, M. G. M., & van der Marck, M. A. (2018). Identification of influencing factors and strategies to improve communication between general practitioners and community nurses: A qualitative focus group study. *Family Practice*, *35*(5), 619–625. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmy009>
- Nieuwboer, M. S., van der Sande, R., Maassen, I. T. H. M., Olde Rikkert, M. G. M., Perry, M., & van der Marck, M. A. (2020). Communication between Dutch community nurses and general practitioners lacks structure: An explorative mixed methods study. *The European Journal of General Practice*, *26*(1), 86–94. <https://doi.org/10.1080/13814788.2020.1782883>
- Nutting, P. A., Gallagher, K., Riley, K., White, S., Dickinson, W. P., Korsen, N., & Dietrich, A. (2008). Care Management for Depression in Primary Care Practice: Findings From the RESPECT-Depression Trial. *Annals of Family Medicine*, *6*(1), 30–37. <https://doi.org/10.1370/afm.742>
- O'connor, P., O'dea, A., Lydon, S., Offiah, gozie, Scott, J., Flannery, A., Lang, B., Hoban, A., Armstrong, C., & Byrne, D. (2016). A mixed-methods study of the causes and impact of poor teamwork between junior doctors and nurses. *International Journal for Quality in Health Care*, *28*(3), 339–345. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw036>

- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research And Evaluation Methods* (3. Aufl.). Sage Publications.
- Peters, E., Pritzkeleit, R., Beske, F., & Katalinic, A. (2010). Demografischer Wandel und Krankheitshäufigkeiten: Eine Projektion bis 2050. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *53*(5), 417–426. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1050-y>
- Pohontsch, N. J., Müller, V., Brandner, S., Karlheim, C., Jünger, S., Klindtworth, K., Stamer, M., Höfling-Engels, N., Kleineke, V., Brandt, B., Xyländer, M., Patzelt, C., & Meyer, T. (2018). Gruppendiskussionen in der Versorgungsforschung – Teil 1: Einführung und Überlegungen zur Methodenwahl und Planung. *Gesundheitswesen*, *80*(10), 864–870. <https://doi.org/10.1055/s-0043-104379>
- Pullon, S. (2008). Competence, respect and trust: Key features of successful interprofessional nurse-doctor relationships. *Journal of Interprofessional Care*, *22*(2), 133–147. <https://doi.org/10.1080/13561820701795069>
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2017*(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>
- Reilly, S., Miranda-Castillo, C., Malouf, R., Hoe, J., Toot, S., Challis, D., & Orrell, M. (2015). Case management approaches to home support for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008345.pub2>
- Renne, I., & Gobbens, R. J. (2018). Effects of frailty and chronic diseases on quality of life in Dutch community-dwelling older adults: A cross-sectional study. *Clinical Interventions in Aging*, *13*, 325–334. <https://doi.org/10.2147/CIA.S156116>
- Renz, S. M., Boltz, M. P., Wagner, L. M., Capezuti, E. A., & Lawrence, T. E. (2013). Examining the feasibility and utility of an SBAR protocol in long-term care. *Geriatric*

- nursing* (New York, N.Y.), 34(4), 295–301.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.04.010>
- Robben, S., Perry, M., van Nieuwenhuijzen, L., van Achterberg, T., Rikkert, M. O., Schers, H., Heinen, M., & Melis, R. (2012). Impact of Interprofessional Education on Collaboration Attitudes, Skills, and Behavior Among Primary Care Professionals. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 32(3), 196–204.
<https://doi.org/10.1002/chp.21145>
- Ruppel, T., Gloystein, S., & Berg, N. van den. (2022). Care- und Casemanagement in der Regelversorgung. *GesundheitsRecht*, 21(8), 488–495. <https://doi.org/10.9785/gesr-2022-210805>
- Ruppert, D., Stegbauer, C., Bramesfeld, A., Bestmann, B., Szecsenyi, J., & Götz, K. (2017). „Die Hoffnung stirbt zuletzt ...“ – sektorenübergreifende Kooperation in der Integrierten Versorgung. *Psychiatrische Praxis*, 44(3), 134–140.
<https://doi.org/10.1055/s-0041-109470>
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2009). *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Kurzfassung*. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Sondergutachten_2009/Kurzfassung_2009.pdf
- Şahin, C., Rethmeier-Hanke, A., Iseringhausen, O., Liebe, C., Wedmann, B., & Hower, K. (2018). Geriatriches Case Management am Küchentisch: Patienten-Outcomes im Modellprojekt Regionales Versorgungskonzept Geriatrie im Kreis Lippe. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 51(7), 785–790. <https://doi.org/10.1007/s00391-017-1264-9>
- Sandberg, M., Jakobsson, U., Midlöv, P., & Kristensson, J. (2014). Case management for frail older people – a qualitative study of receivers’ and providers’ experiences of a complex intervention. *BMC Health Services Research*, 14(14).
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-14>

- Sandberg, M., Kristensson, J., Midlöv, P., & Jakobsson, U. (2015). Effects on healthcare utilization of case management for frail older people: A randomized controlled trial (RCT). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *60*, 71–81. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2014.10.009>
- Saragih, I. D., Tonapa, S. I., Lin, C.-J., & Lee, B.-O. (2021). Effects of case management intervention for people with dementia and their carers: A systematic review and meta-analysis of experimental studies. *International Journal of Nursing Studies*, *121*, 104012. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104012>
- Sargent, P., Pickard, S., Sheaff, R., & Boaden, R. (2007). Patient and carer perceptions of case management for long-term conditions. *Health & Social Care in the Community*, *15*(6), 511–519. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2007.00708.x>
- Schadewaldt, V., McInnes, E., Hiller, J. E., & Gardner, A. (2013). Views and experiences of nurse practitioners and medical practitioners with collaborative practice in primary health care – an integrative review. *BMC Family Practice*, *14*, 132. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-132>
- Scheidt-Nave, C., Richter, S., Fuchs, J., & Kuhlmeier, A. (2010). Herausforderungen an die Gesundheitsforschung für eine alternde Gesellschaft am Beispiel „Multimorbidität“. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *53*(5), 441–450. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1052-9>
- Schmitt, J., Warkentin, N., Wilfling, D., Steinhäuser, J., & Götz, K. (2022). Ein Case-Management-Fragebogen für Angehörige geriatrischer Patienten. *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie*, *55*(5), 406–411. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01871-1>
- SELFIE2020. (o. J.). Abgerufen 3. Februar 2023, von <https://www.selfie2020.eu/>
- Sheaff, R., Boaden, R., Sargent, P., Pickard, S., Gravelle, H., Parker, S., & Roland, M. (2009). Impacts of case management for frail elderly people: A qualitative study. *Journal of Health Services Research & Policy*, *14*(2), 88–95. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2008.007142>

- Smith, S. M., Wallace, E., O'Dowd, T., & Fortin, M. (2021). Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD006560. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006560.pub4>
- Southby, K., & Gamsu, M. (2018). Factors affecting general practice collaboration with voluntary and community sector organisations. *Health & Social Care in the Community*, 26(3), e360–e369. <https://doi.org/10.1111/hsc.12538>
- Statistisches Bundesamt. (2019). *Bevölkerung im Wandel: Annahmen und Ergebnisse der 14. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung*. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressekonferenzen/2019/Bevoelkerung/presse-broschuere-bevoelkerung.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt. (2020, Dezember 15). *Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe>
- Steinke, I. (2019). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. von Kardoff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (13. Aufl., S. 319–331). rowohlt's enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Stiel, S., Krause, O., Berndt, C. S., Ewertowski, H., Müller-Mundt, G., & Schneider, N. (2020). Caring for frail older patients in the last phase of life: Challenges for general practitioners in the integration of geriatric and palliative care. *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie*, 53(8), 763–769. <https://doi.org/10.1007/s00391-019-01668-3>
- Stokes, J., Panagioti, M., Alam, R., Checkland, K., Cheraghi-Sohi, S., & Bower, P. (2015). Effectiveness of Case Management for „At Risk“ Patients in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 10(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0132340>
- Stumm, J., Peter, L., Sonntag, U., Kümpel, L., Heintze, C., & Döpfmer, S. (2020). Nichtmedizinische Aspekte der Versorgung multimorbider Patient*innen in der

- Hausarztpraxis. Welche Unterstützung und Kooperationen werden gewünscht? Fokusgruppen mit Berliner Hausärzt*innen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 158–159, 66–73.
<https://doi.org/10.1016/j.zefq.2020.09.001>
- Stumm, J., Thierbach, C., Peter, L., Schnitzer, S., Dini, L., Heintze, C., & Döpfmer, S. (2019). Coordination of care for multimorbid patients from the perspective of general practitioners – a qualitative study. *BMC Family Practice*, 20(1), 160.
<https://doi.org/10.1186/s12875-019-1048-y>
- Sutcliffe, K. M., Lewton, E., & Rosenthal, M. M. (2004). Communication failures: An insidious contributor to medical mishaps. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 79(2), 186–194.
<https://doi.org/10.1097/00001888-200402000-00019>
- The American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care (Hrsg.). (2016). Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(1), 15–18. <https://doi.org/10.1111/jgs.13866>
- The State of Queensland (Queensland Health). (o. J.). *Nurse Navigators* [Text]. corporateName=The State of Queensland; jurisdiction=Queensland. Abgerufen 3. Februar 2023, von <https://www.health.qld.gov.au/ocnmo/nursing/nurse-navigators>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- van den Heuvel, D., Veer, A., & Greuel, H.-W. (2014). Geriatrische Versorgungsstrukturen in Deutschland: Der Geriatrische Versorgungsverbund als bedarfsgerechte Weiterentwicklung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 47(1), 13–16.
<https://doi.org/10.1007/s00391-013-0570-0>
- Vidovic, D., Reinhardt, G. Y., & Hammerton, C. (2021). Can Social Prescribing Foster Individual and Community Well-Being? A Systematic Review of the Evidence.

- International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5276.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18105276>
- Vogl, S. (2014). Gruppendiskussionen. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 581–586). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Warkentin, N., Wilfling, D., Laag, S., & Goetz, K. (2022). Experiences of family caregivers regarding a community-based care- and case-management intervention. A qualitative study. *Health & Social Care in the Community*, 30(1), 204–212.
<https://doi.org/10.1111/hsc.13430>
- Wilfling, D., Warkentin, N., Laag, S., & Götz, K. (2021). “I have such a great care” – Geriatric patients’ experiences with a new healthcare model: A qualitative study. *Patient Preference and Adherence*, 15, 309–315. <https://doi.org/10.2147/PPA.S296204>
- World Health Organization. (2016). *Integrated care models: An overview. Working document*.
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf
- You, E. C., Dunt, D., Doyle, C., & Hsueh, A. (2012). Effects of case management in community aged care on client and carer outcomes: A systematic review of randomized trials and comparative observational studies. *BMC Health Services Research*, 12(395). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-395>
- Zimmermann, J., Brijoux, T., & Zank, S. (2022). *Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit und subjektive Gesundheit im hohen Alter* (Nr. 3; D80+ Kurzberichte). Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Universität zu Köln, Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health (ceres); Deutsches Zentrum für Altersfragen. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-76808-6>
- Zimmermann, J., Hansen, S., & Wagner, M. (2021). Home environment and frailty in very old adults. *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie*, 54(2), 114–119.
<https://doi.org/10.1007/s00391-021-01969-6>

Zimmermann, T., Mews, C., Kloppe, T., Tetzlaff, B., Hadwiger, M., Knesebeck, O. von dem, & Scherer, M. (2018). Soziale Probleme in der hausärztlichen Versorgung – Häufigkeit, Reaktionen, Handlungsoptionen und erwünschter Unterstützungsbedarf aus der Sicht von Hausärztinnen und Hausärzten. *Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen*, 131, 81–89.
<https://doi.org/10.1016/j.zefq.2018.01.008>

ANHANG

Anhang 1: Erstvotum der Ethikkommission der Universitätsmedizin Greifswald vom 05.12.2018.....	92
Anhang 2: Finale Stellungnahme der Ethikkommission der Universitätsmedizin Greifswald vom 17.01.2019.....	94
Anhang 3: Zweitvotum der Ethikkommission der Universität zu Lübeck vom 28.07.2019.....	95
Anhang 4: Teilnahmeinformation und Einwilligungserklärung der Gruppendiskussionsteilnehmer*innen.....	96
Anhang 5: Formular zur Erfassung soziodemographischer Daten.....	99
Anhang 6: Formular zur Erfassung der Bankverbindung für die Aufwandsentschädigung der Gruppendiskussionsteilnehmer*innen.....	100
Anhang 7: ANGELINA-Fragebogen zur Identifikation geriatrischer Patient*innen	101
Anhang 8: Leitfaden für die Gruppendiskussionsteilnehmer*innen	103
Anhang 9: Transkriptionsregeln des Institutes für Allgemeinmedizin, UKSH Campus Lübeck.....	105
Anhang 10: Vollständiges Kategorienschema dieser Arbeit	108
Anhang 11: COREQ-Checkliste	116

Anhang 1: Erstvotum der Ethikkommission der Universitätsmedizin Greifswald vom 05.12.2018



Universitätsmedizin Greifswald • Fleischmannstraße 8 • D-17475 Greifswald

Universitätsmedizin Greifswald
Institut für Community Medicine
Abteilung für Versorgungsepidemiologie
Frau PD Dr. Neeltje van den Berg
Ellernholzstr. 1-2

D-17487 Greifswald

Studientitel: RubiN - Regional ununterbrochen betreut im Netz
Antrag vom: 13.11.2018
Eingegangen am: 16.11.2018
Interne Reg.Nr.: BB 188/18

Stellungnahme der Ethikkommission

Sehr geehrte Frau Dr. van den Berg,

die Ethikkommission der Universitätsmedizin Greifswald hat die zum o.g. Versuchsplan eingereichten Unterlagen in ihrer Sitzung am 27.11.2018 geprüft.

Die Kommission stellte mehrheitlich fest, dass gegen die Durchführung der Studie keine ethischen und rechtlichen Bedenken bestehen, und befürwortet deshalb das Vorhaben.

Die Ethikkommission erlaubt sich aber folgende Hinweise.

In den Patienteninformationen sollten

- die Kontaktdaten des Projektverantwortlichen aufgeführt werden.
- das kontrollierte Studiendesign erwähnt werden.
- detailliert über die Art, den Umfang, den Ursprung und den Empfänger der im Rahmen des Forschungsvorhabens erhobenen Daten (Primär- und Sekundärdaten) aufgeklärt werden. Zudem sollte der Forschungszweck, auf dessen Grundlage die Datenverarbeitung erfolgt, klar benannt sein.
- der Umgang mit den erhobenen Daten bei Widerruf der Studienteilnahme ident (gemäß der Ausführungen in der Patienteninformation der Kontrollgruppe) beschrieben werden.

Weiterhin sollte die Einwilligungserklärung gemäß den Vorlagen des Arbeitskreises Medizinischer Ethikkommissionen in Deutschland formuliert werden. Zudem sollten in den Einwilligungserklärungen, die mit dem Wirksamwerden der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) veränderte datenschutzrechtliche Anforderung, die mit der Verarbeitung personenbezogener Daten einhergeht, implementiert werden.

Ethikkommission

GESCHÄFTSSTELLE
Universitätsmedizin Greifswald
Ethikkommission
Institut für Pharmakologie
Felix-Hausdorff-Str.3
D-17487 Greifswald

BEARBEITER
Frau Dr. K. Saljé

DATUM
05.12.2018

Telefon:
+49 (0)3834 86-5644

Telefax:
+49 (0)3834 86-5631

E-mail:
ethik@uni-greifswald.de

Internet:
www.medizin.uni-greifswald.de

Bankverbindung:
Deutsche Bundesbank Rostock
Konto-Nr. 130 015 30
BLZ 130 000 00

UST ID:
DE137584813

SEITE 1/4

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GREIFSWALD · KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS
VORSTAND: Prof. Max P. Baur (Vorstandsvorsitzender) Prof. Dr. Claus-Dieter Heidecke Marie le Claire
AUFSICHTSRATSVORSITZENDER: Sebastian Schröder
Fleischmannstraße 8 · 17475 Greifswald · Tel.: +49(0)3834 86-0 · www.medizin.uni-greifswald.de

Die Ethik-Kommission macht darauf aufmerksam, dass die ethische und rechtliche Verantwortung für die Durchführung des Forschungsvorhabens beim Studienleiter und allen beteiligten Ärzten/Mitarbeitern liegt.

Die Mitglieder der Kommission wünschen Ihnen viel Erfolg bei der Durchführung des Vorhabens.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. A. Belau
Vorsitzende der Ethikkommission

SEITE 2/4

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GREIFSWALD · KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS
VORSTAND: Prof. Max P. Baur (Vorstandsvorsitzender) Prof. Dr. Claus-Dieter Heidecke Marie le Claire
AUF SICHTSRATSVORSITZENDER: Sebastian Schröder
Fleischmannstraße 8 · 17475 Greifswald · Tel.: +49(0)3834 86-0 · www.medizin.uni-greifswald.de

Anhang 2: Finale Stellungnahme der Ethikkommission der Universitätsmedizin Greifswald vom 17.01.2019



Universitätsmedizin Greifswald • Fleischmannstraße 8 • D-17475 Greifswald

Universitätsmedizin Greifswald
Institut für Community Medicine
Abteilung für Versorgungsepidemiologie
Frau PD Dr. Neeltje van den Berg
Ellernholzstr. 1-2

D-17487 Greifswald

Studientitel: RubiN - Regional ununterbrochen betreut im Netz
Antrag vom: 13.11.2018
Eingegangen am: 16.11.2018
Interne Reg.Nr.: BB 188/18

Stellungnahme der Ethikkommission

Sehr geehrte Frau Dr. van den Berg,

die Ethikkommission der Universitätsmedizin Greifswald bestätigt den Eingang vom 16.11.2018 und die Kenntnisnahme folgender Unterlagen.

- Patienteninformation und Einwilligungserklärung Interventionsnetze, undatiert
- Patienteninformation und Einwilligungserklärung Kontrollnetze, undatiert

Damit wurden die Empfehlungen der Ethikkommission vom 05.12.2018 umgesetzt.

Die Ethik-Kommission macht darauf aufmerksam, dass die ethische und rechtliche Verantwortung für die Durchführung des Forschungsvorhabens beim Studienleiter und allen beteiligten Ärzten/Mitarbeitern liegt.

Die Mitglieder der Kommission wünschen Ihnen viel Erfolg bei der Durchführung des Vorhabens.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. A. Belau
Vorsitzende der Ethikkommission

Ethikkommission

GESCHÄFTSSTELLE
Universitätsmedizin Greifswald
Ethikkommission
Institut für Pharmakologie
Felix-Hausdorff-Str.3
D-17487 Greifswald

BEARBEITER
Frau Dr. K. Salje

DATUM
17.01.2019

Telefon:
+49 (0)3834 86-5644

Telefax:
+49 (0)3834 86-5631

E-mail:
ethik@uni-greifswald.de

Internet:
www.medizin.uni-greifswald.de

Bankverbindung:
Deutsche Bundesbank Rostock
Konto-Nr. 130 015 30
BLZ 130 000 00

USt ID:
DE137584813

SEITE 1/1

Anhang 3: Zweitvotum der Ethikkommission der Universität zu Lübeck vom 28.07.2019



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Universität zu Lübeck · Ratzeburger Allee 160 · 23538 Lübeck

Frau
PD Dr. Katja Götz
Institut für Allgemeinmedizin

im Haus

nachrichtlich:
EK der Universitätsmedizin Greifswald, Fax: 03834/86-5631

Ethik-Kommission

Vorsitzender:
Herr Prof. Dr. med. Alexander Katalinic
Stellv. Vorsitzender:
Herr Prof. Dr. med. Frank Gieseler

Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

Sachbearbeitung: Frau Janine Erdmann
Tel.: +49 451 3101 1008
Fax: +49 451 3101 1024
ethikkommission@uni-luebeck.de

Aktenzeichen: 19-282

Datum: 28. Juli 2019

Ihr Antrag vom 22. Juli 2019
Antragsteller: Frau PD Dr. Götz
RubiN – Regional ununterbrochen betreut im Netz

Sehr geehrte Frau Dr. Götz,


am 25. Juli 2019 hat sich die Ethik-Kommission mit der o.g. Studie befasst.

Es werden keine Bedenken geäußert, die gegen eine Studiendurchführung sprächen. Die Kommission schließt sich dem positiven Votum der erstvotierenden Ethik-Kommission an.

Folgende Unterlagen lagen vor:

- Anschreiben vom 22. Juli 2019
- Antrag vom 13. November 2018
- Studienprotokoll
- Aufklärungsmaterialien in der Version 1.1
- Voten der Ethik-Kommission der Universitätsmedizin Greifswald vom 05. Dezember 2018 und 17. Januar 2019.

Mit freundlichen Grüßen


Prof. Dr. med. Frank Gieseler
Stellv. Vorsitzender

Anhang 4: Teilnahmeinformation und Einwilligungserklärung der Gruppendiskussionsteilnehmer*innen



Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung

Umsetzung des Versorgungsmodells RubiN

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen des Projekts RubiN „Regional ununterbrochen betreut im Netz“ führt das Institut für Allgemeinmedizin der Universität zu Lübeck eine qualitative Studie zum Thema „Umsetzung des Versorgungsmodells RubiN“ durch.

Ziel dieser Studie ist es, die Umsetzung der Versorgung durch eine Versorgungskordinatorin zu betrachten. Die genaue Betrachtung der Versorgung in RubiN ist von großer Bedeutung für die zukünftige Ausgestaltung solch eines Versorgungsangebots für Menschen ab 70. Sie können durch Ihre Teilnahme einen wesentlichen Beitrag dazu leisten. Die Teilnahme an der Studie beinhaltet ein ca. 60-90-minütiges Gruppengespräch, welches wir gern persönlich mit Ihnen durchführen möchten. Das Gruppengespräch wird digital mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet und mit einer Aufwandsentschädigung in Höhe von 50€ vergütet.

Ihre Daten werden in pseudonymisierter* Form, d.h. ohne direkten Bezug zu Ihrem Namen, elektronisch gespeichert und ausgewertet. Die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes werden eingehalten. Zugriff auf Ihre Daten haben nur Mitarbeiter der Studie, die zur Verschwiegenheit verpflichtet sind. Dritte erhalten keinen Einblick in Originalunterlagen. Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen der Studie wird Ihr Name ebenfalls nicht genannt. Nach Beendigung der Studie werden Ihre Daten unwiederbringlich gelöscht.

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

Die Datenverarbeitung in dem Projekt erfolgt nach §22 und §27 des Bundesdatenschutzgesetzes. Die verantwortliche Person für die Datenverarbeitung ist Frau Prof. Dr. Katja Götz. Die Datenschutzbeauftragte des Instituts für Allgemeinmedizin ist Frau Prof. Dr. Katja Götz, Tel. 0451-3101-8010; katja.goetz@uni-luebeck.de und steht Ihnen für Rückfragen gern zur Verfügung.

Des Weiteren möchten wir Sie darauf hinweisen, dass die Möglichkeit der Inanspruchnahme eines Beschwerderechts bei dem Unabhängigen Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein in Kiel und der zuständigen Landesdatenschutzbeauftragten (Frau Marit Hansen, Tel. 0431-9881200) 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.

Die Ethikkommission der Universität zu Lübeck hat im Rahmen des Ethikvotums vom 28.07.2019 keine Bedenken an der Durchführung dieser Studie geäußert. Die Teilnahme an der Studie erfolgt freiwillig und Sie können ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen, ohne dass daraus Nachteile für Sie entstehen Sollten Sie weitere Fragen zu dieser Studie haben, wenden Sie sich gerne an Frau Prof. Dr. Götz (Tel.: 0451 3101-8010; E-Mail: katja.goetz@uni-luebeck.de).

[*Pseudonymisieren (nach BDSG §3 Abs.6a) ist das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen zu dem Zweck, die Bestimmung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren.]



Einwilligungserklärung

Umsetzung des Versorgungsmodells RubiN – Durchführung eines Gruppengesprächs

Ich habe die schriftliche Information zur oben genannten Studie erhalten, gelesen und verstanden. Ich wurde darauf hingewiesen, dass meine Teilnahme freiwillig ist und dass ich das Recht habe, diese jederzeit ohne Angabe von Gründen sowie ohne daraus resultierende Nachteile zu beenden.

Ich bin damit einverstanden, dass das persönliche Gruppengespräch digital mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet und in pseudonymisierter Form vom Institut für Allgemeinmedizin der Universität zu Lübeck transkribiert, ausgewertet und veröffentlicht wird.

Bei Rücktritt von der Studie kann auf Wunsch bereits gewonnenes Datenmaterial vernichtet werden. Ich kann mich beim Ausscheiden aus der Studie entscheiden, ob ich mit der Auswertung des Materials bzw. der Studiendaten einverstanden bin oder nicht. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt meine Entscheidung ändern wollen, setze ich mich mit dem Studienleiter in Verbindung.

Ich erhalte eine Kopie dieser Einwilligungserklärung und das Original verbleibt bei der Studienleitung.

Ich wurde über meine Datenschutzrechte informiert. Mit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner Daten sowie der Übermittlung im Rahmen der Studie bin ich einverstanden.

Name des Studienteilnehmenden _____

Ort, Datum

Unterschrift des Studienteilnehmers

Name des aufklärenden Forschers: _____

Ort, Datum

Unterschrift des aufklärenden Forschers

Anhang 5: Formular zur Erfassung soziodemographischer Daten



Campus Lübeck

Institut für Allgemeinmedizin
Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser

Ansprechpartner: Frau Prof. Dr. Katja Götz
Tel.: 0451 3101 8010, **Fax:** -3101 8004
E-Mail: katja.goetz@uni-luebeck.de
www.uksh.de/allgemeinmedizin-luebeck

Soziodemographische Angaben

Geburtsjahr:

Geschlecht: weiblich männlich divers

Beruflicher Hintergrund:

Funktion innerhalb des Netzes:

Tätigkeit im Netz seit (Monat/Jahr) /

Anhang 6: Formular zur Erfassung der Bankverbindung für die Aufwandsentschädigung der Gruppendiskussionsteilnehmer*innen



Campus Lübeck

Institut für Allgemeinmedizin
Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser

Ansprechpartner: Frau Prof. Dr. Katja Götz
Tel.: 0451 3101 8010, **Fax:** -3101 8004
E-Mail: katja.goetz@uni-luebeck.de
www.uksh.de/allgemeinmedizin-luebeck

Aufwandsentschädigung für die Teilnahme an „RubiN“ – Regional ununterbrochen betreut im Netz

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank, dass Sie an einem Gruppengespräch für „RubiN“ teilgenommen haben. Als Aufwandsentschädigung erhalten Sie 50€, die Ihnen auf Ihr Konto überwiesen werden. Bitte nennen Sie uns dazu Ihre Kontoverbindung. Wir danken Ihnen vielmals für Ihre Teilnahme!

Anschrift Teilnehmer/-in

.....

Name Kontoinhaber/-in

Kreditinstitut

IBAN

Datum, Unterschrift

Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein
Anstalt des
öffentlichen Rechts

Vorstand:
Prof. Dr. Jens Scholz
(Vorsitzender)
Peter Pansegrau
Michael Kiens
Prof. Dr. Christopher Baum
Prof. Dr. Joachim Thiery

Bankverbindung:
Förde Sparkasse
IBAN: DE14 2105 0170 0000 1002 06
SWIFT / BIC: NOLA DE 21 KIE
Commerzbank AG
IBAN: DE17 2308 0040 0300 0412 00
SWIFT / BIC: DRES DE FF 230



Anhang 7: ANGELINA-Fragebogen zur Identifikation geriatrischer Patient*innen



Angelina: Identifikation geriatrischer Patienten

Liebe Patienten,
bitte beantworten Sie uns folgende Fragen!

NAME: VORNAME:

Alter: zutreffendes bitte ankreuzen...

1. WOHNEN/ HILFEBEDARF

1

- Leben Sie allein? **Ja**
- Benötigen Sie Hilfe bei der Körperpflege?
- Brauchen Sie Hilfe beim An- und Auskleiden?
- Benötigen Sie Unterstützung bei der Zubereitung Ihrer Mahlzeiten?
- Benötigen Sie Hilfe beim Einkaufen?
- Brauchen Sie Unterstützung bei der Versorgung Ihres Haushaltes?
- Leiden Sie an unfreiwilligem Urin- oder Stuhlabgang?
- Leiden Sie häufig unter Schmerzen (evtl. trotz Medikation)?
- Bekommen Sie regelmäßig Besuch von einem Pflegedienst?
- Erhalten Sie regelmäßig Hilfe durch Familie oder Bekannte?
- Haben Sie eine Pflegestufe
- oder einen Schwerbeschädigtenausweis?.....

2. MEDIKATION

1

- Nehmen Sie 5 und mehr verschiedene Medikamente ein?
- Benötigen Sie Hilfe bei d. Vorbereitung der Medikamente?

3. MOBILITÄT

2

- Benötigen Sie Hilfe beim Verlassen der Wohnung durch
Partner/ Bekannte..... Taxi Krankentransport.....
- Sind Sie in den letzten drei Monaten mehrfach gestürzt?.....
- Ist Ihnen häufig schwindelig?.....



... für die Stadt und das Land!

4. SINNE **1**

- Leiden Sie (evtl. trotz Brille) unter starken Einschränkungen beim Sehen?
- Leiden Sie (evtl. trotz Hörgerät) unter starken Einschränkungen beim Hören?
- Haben Sie Probleme mit Ihren Zähnen/ Zahnersatz?
- Haben Sie in den letzten 3 Monaten Gewicht verloren?

5. KRANKENHAUS **1**

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

6. KOGNITION **2**

- 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?

7. STIMMUNG **1**

- Fühlen Sie sich oft traurig, niedergeschlagen oder einsam?

Danke für Ihre Unterstützung!

Ab ≥ 2 Punkte geriatrischen Handlungsbedarf überprüfen **Summe**

Welche Konsequenzen ergeben sich für den Patienten? = neu / = weiterführend

<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Physio-/Ergo/ Logo	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Facharztüberweisung	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> geriatr. Reha/ TagKl./ Akutgeriatrie
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Medikation/-Check	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Geriatrische SP/ GIA	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Krankenhauseinweisung
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Hilfsmittel/ InkoMat	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Rehasport/ Sport	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Ehrenamt/ Selbsthilfeberatung
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Essen auf Rädern	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Care-/ Case-Management
<input type="checkbox"/> Keine Änderung in der Therapie		<input type="checkbox"/> Verbesserung nicht möglich

Sonstiges: _____

Datum: _____

Arzt: _____

Anhang 8: Leitfaden für die Gruppendiskussionsteilnehmer*innen

TP 4

Qualitativer Teil

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?

TP 4

Qualitativer Teil

- 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!

Anhang 9: Transkriptionsregeln des Institutes für Allgemeinmedizin, UKSH Campus Lübeck

Transkriptionsregeln

Ziel

In diesem Dokument sind die Transkriptionsregeln festgehalten

Wichtig: Vor dem Transkribieren muss die Info, wie die Texte verschriftlich werden sollen von der, dem Projektdurchführenden weitergegeben werden. Das bedeutet auch, Nummerierung bei den Gruppeninterviews (fortlaufend) genauso bei mehreren Einzelinterviews. Und ob die Ortsnamen pseudonymisiert werden sollen/ müssen.

Dateiname

Projektname_I (für Interview) oder FG (für Fokusgruppen)_Datum_Pseudonym (bei Interviews)

Die Interviews werden wörtlich transkribiert. Es erfolgt **keine** sinngemäße Satzumstellung.

Standard-Formatierungen

Arial, Schriftgröße 11

1,5-zeilig

Blocksatz

Seitenzahlen (Beispiel: Seite x von x) und durchlaufende Zeilennummerierung (jedes Transkript beginnt mit Zeile 1)

neuer Absatz bei Sprecherwechsel

Kopfzeile soll Projekttitel und Fokusgruppennummer bzw. Teilnehmernummer beinhalten (Beispiel: Umgang mit Aggression und Gewalt_TN20 **oder** Flüchtlingsversorgung_FG1_TN1-4)

Zeitmarken

nach jedem Absatz (d.h. bei jedem Sprecherwechsel) und nach unverständlichen/unsicher transkribierten Äußerungen (im F4 Programm mit der **Taste F8**)

Sprecherbezeichnung bei Fokusgruppen und Interviews

Interviewer = I

Befragter = TN mit Kennnummer bei mehreren Befragten (z.B. TN1, TN5)

Sprechpausen

- Pause jeder Länge

Intonation

nein Unterstreichung bei sehr auffälliger Betonung

Beispiel:

Und wenn einer tatsächlich - also richtig zuschlagen würde.

Satzzeichen zur Verdeutlichung der Intonation werden bei allen rhythmischen und syntaktischen Einschnitten des Redeverlaufs gesetzt, d.h. unabhängig von grammatikalischen Zeichensetzungsregeln:

? stark steigende Intonation (Fragen und steigend endende Stimmführung)

Erstellt von: LR	Freigegeben am: 15.05.2018
Überprüft von: JS + KF	Gültig bis: 15.05.2019

.	stark sinkende Intonation (Abgeschlossener Gedanke)
,	schwach steigende Intonation (kurzes Zögern, Gedanke wird aber fortgesetzt)
...	schwach sinkende Intonation (abgebrochener Gedanke, gefolgt von einem anderen)
:	stark sinkende Intonation (Ankündigung einer ausführlichen Darstellung)
Beispiel: Ich wusste es nicht, ich ahnte es ein bisschen... weil eh anhand der Körperhaltung [Fragendes Geräusch]? (I: Okay.) - Ja klar festmachen kann man, wenn jemand schon vom Auftritt her mit einem merkwürdigen Verhalten, die Praxis betritt.	
(doch)	Vermuteter Wortlaut: Schlecht verständliche Äußerungen und/oder bei Unsicherheit
(5)	Unverständliche Äußerungen Die Nummer entspricht der Dauer der unverständlichen Äußerung in Sekunden.
>	Von anderen Teilnehmern unterbrochene Sätze, die nach der Unterbrechung beendet werden
[stöhnt]	Kommentare oder Anmerkungen zu parasprachlichen, nicht-verbalen oder gesprächsexternen Ereignissen
Beispiel: Und sagte dann sogar irgendwie [lallend] "Ja, das verstehe ich ja auch." [lacht]	
< Name >	Statt dem Namen verwenden des Pseudonyms (falls der TN durch Nennung eines Ortes oder einer Institutionen identifizierbar wird, sollte dieses ebenfalls nicht mit transkribiert werden: < Ort >, < Bank >, etc.)
Statt „Mhm“	[zustimmendes Geräusch]
Statt „Mhmh“	[ablehnendes Geräusch] wenn sie Teil der Antwort des Teilnehmers sind.
Beispiel: I: Der Arzt ist eher zwischen den Behandlungszimmern unterwegs. (TN21: [Zustimmendes Geräusch.]) Das heißt, er hat jetzt nicht so viel Kontakt zu den MFAs oder Arzthelferinnen vorne.	
Zustimmende oder bestätigende Lautäußerungen der Interviewer (mhm, aha) werden nicht transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.	
Verzögerungssignale (äh, ähm, öh, ah, etc.) werden nicht transkribiert.	
Ist zu merken, dass der Interviewte/die Interviewte überlegt und unterlegt dies mit Geräuschäußerungen (hmm, äh, ähm, etc.) dann wird dies als [überlegendes Geräusch] transkribiert.	
Kennzeichnung von besonders deutlichen Überschneidungen bei gleichzeitigem Sprechen:	
Befragter1: Text Text [Textüberschneidung. Befragter2: Textüberschneidung] Text Text.	
Beispiel: I: Weil um die Distanz einfach [zu schaffen? #00:02:30-5#	
Erstellt von: LR	Freigegeben am: 15.05.2018
Überprüft von: JS + KF	Gültig bis: 15.05.2019

TN21: Ja genau,] um die Distanz zu schaffen.

Wird in der Aufnahme wörtliche Rede zitiert, wird das Zitat in Anführungszeichen („“) gesetzt ohne weitere Formatierung und Hervorhebung. Bitte dabei an die Regeln des Duden halten: <https://www.duden.de/sprachwissen/rechtschreibregeln/anfuhrungszeichen>. Wörtliche Rede in wörtlicher Rede wird mit halben Anführungszeichen (‚ ‚ [Strg + Rautetaste]) gekennzeichnet.

Beispiel:

Da kann ich ja schlecht sagen: „Okay, heute hört das jetzt aber auf. Heute kommen Sie nicht mehr morgens um acht einfach so, wo Sie eine halbe Stunde eher angerufen haben: ‚Ich bin um acht da und komme als Erster ran‘, sondern heute müssen Sie sich hinten anstellen.“

Äußerungen wie: *In Anführungszeichen* oder *Punkt*, werden mittranskribiert.

Beispiel:

TN22: Da diskutiere ich auch nicht: „Sie haben meine Helferin gehört, verlassen Sie einfach die Praxis.“ Punkt.

Einwürfe einer anderen Person, die den Redefluss nicht unterbrechen, werden unter Angabe seiner Kennung im laufenden Text in Klammern gesetzt.

Beispiel:

TN1: Ich beginne meine Untersuchung immer mit einer freundlichen Vorstellung (TN4: Achso, ja.) und dann gehe ich zur Anamnese über.

Die Satzstellung der Sprecher wird in der Regel wie gesprochen transkribiert, auf die Transkription von Stottern etc. wird jedoch verzichtet. Grammatikalisch nicht korrekt gesprochene Sätze bleiben auch in der Transkription grammatikalisch inkorrekt. Hier ist es besonders wichtig mit Satzzeichen zu arbeiten, um dennoch das richtige Verständnis des Textes beim Lesen zu ermöglichen.

Die Transkription orientiert sich am hochdeutschen Wort. Mundart wird dann übernommen, wenn es keinen hochdeutschen Ausdruck dafür gibt, **oder wenn es im Kontext sinnvoll erscheint**. Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet, d.h. dem Schriftdeutsch angenähert.

Beispiele:

Er hatte noch so'n Buch genannt.“ -> „Er hatte noch so ein Buch genannt.
Wenn´s sein muss -> Wenn es sein muss.

Erstellt von: LR	Freigegeben am: 15.05.2018
Überprüft von: JS + KF	Gültig bis: 15.05.2019

Anhang 10: Vollständiges Kategorienschema dieser Arbeit

Codebuch: RubiN - interprofessionelle Ausgestaltung

Legende: FG = Fokusgruppe, H = Hausarzt/-ärztin, A = Facharzt/-ärztin im Netz, MFA = Medizinische Fachangestellte, CM = Care- und Case-Manager*in

Hauptkategorie	Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiele
Akzeptanz und Zufriedenheit des Versorgungsmodells	Bewertung interprofessionelle Zusammenarbeit	beschreibt, wie die interprofessionelle Zusammenarbeit durch die an der Versorgung Beteiligten bewertet wird	<ul style="list-style-type: none"> „Ich fand das richtig gut, also [...] sehr unterstützend, sehr empathisch, auch nicht übergriffig. Sondern war sie sehr motivierend, hat geguckt, was für den Patienten rauszuholen wäre. Und fand das immer gut [...] kann das eigentlich nur loben.“ (FG6_H) „Das ist halt immer eine Zusammenarbeit. Aber das klappt, glaube ich eigentlich zu 99 Prozent sehr gut.“ (FG6_CM) „die Aufgaben sind da eigentlich super verteilt“ (FG6_CM)
	Unzufriedenheit CM	beschreibt die Unzufriedenheit beim Arbeiten in solch einem Versorgungsmodell aus Sicht der CM	<ul style="list-style-type: none"> „Kleinigkeiten, die uns irgendwie stören [...] Datenschutz ist natürlich superwichtig und gut. Aber wir müssen halt teilweise sehr viel Aufwand betreiben, um eine Mini-Auskunft von der Krankenkasse zu bekommen [...] Also für uns ist es tatsächlich meistens besser, wenn wir jemanden sprechen, der das einfach ein bisschen lockerer sieht und uns trotzdem Auskunft gibt[...] teilweise extrem hinderlich, wenn man dann für jede kleine Auskunft braucht man eine komplette Vollmacht, die man sich unterschreiben lassen muss [...] ein Punkt, der uns dann manchmal ein bisschen ausbremst [...] Aber das sind halt Kleinigkeiten eher.“ (FG6_CM) „ich glaube, ich kleiner Hansel bin da zu wenig, um wirklich viel zu bewältigen. Der Bedarf ist riesig.“ (FG1_CM)
	Unzufriedenheit Hausärzt*innen	beschreibt die Unzufriedenheit beim Arbeiten in solch einem Versorgungsmodell aus Sicht der Hausärzt*innen	<ul style="list-style-type: none"> „die Anfangssituation war schwierig. Wo man echt dann Leute rekrutieren musste, die gar nicht wollten [...] Das ist für uns auch echt doof gewesen.“ (FG3_H)
	Unzufriedenheit MFA	beschreibt die Unzufriedenheit beim Arbeiten in solch einem Versorgungsmodell aus Sicht der MFA	<ul style="list-style-type: none"> „wir hatten auch einige Patienten, die wollten das gerne machen [...] und die Kinder wollten das partout nicht [...] Und dann haben die auch auf ihre Kinder gehört und haben daran nicht teilgenommen. Da war ich richtig stinkig, wo ich dann gedacht habe: ‚Man, gönnt den alten Leuten doch diesen Luxus oder Service, der geboten wird.‘ Sei es Anträge stellen oder wie eben mit dem behindertengerechten Bad, was dann auch ja zügiger geht. Und das hat mich manchmal richtig geärgert. (FG5_MFA)
	Zufriedenheit CM	beschreibt die Zufriedenheit beim Arbeiten in solch einem Versorgungsmodell aus Sicht der CM	<ul style="list-style-type: none"> „Aber es ist, was das angeht, sehr sehr gut angenommen worden. Und das freut mich auch, weil man merkt daran ja auch, dass die Patienten Vertrauen zu uns haben und auch eben unsere Unterstützung annehmen möchten.“ (FG6_CM) „ich finde diese Arbeit sehr, sehr gut. Ich komme ja aus der stationären Pflege [...] ich möchte ja nun jetzt irgendetwas machen, wo ich nicht unbedingt gegen Windmühlen arbeite und für den Patienten auch wirklich das umsetzen kann [...] der Punkt, der die Arbeit eben auch wirklich schön macht, zu sehen: Du kannst den Menschen so weit helfen.“ (FG6_CM) „das ist ein ganz großes Geschenk, diese Freiheit mal erleben zu dürfen, ja. Sonst war das immer sehr getaktet und das ist sehr schön.“ (FG2_CM)
	Zufriedenheit Hausärzt*innen	beschreibt die Zufriedenheit beim Arbeiten in solch einem Versorgungsmodell aus Sicht der Hausärzt*innen	<ul style="list-style-type: none"> „und dann haben sie MDK, Pflegestufe haben sie durchgeboxt und so. Und da habe ich gar nichts mit zu tun gehabt eigentlich großartig.“ (FG6_H) „Zufrieden macht mich da, dass ich eben nicht die Alleinverantwortliche bin, sondern dass da noch andere Menschen involviert sind, die dann eben auch ein Auge draufhaben. Das finde ich ausgesprochen entlastend.“ (FG1_A) „Ich bin sehr zufrieden und ich würde mich freuen, wenn ich das noch lange in diesem Projekt machen könnte.“ (FG2_H)
	Zufriedenheit MFA	beschreibt die Zufriedenheit beim Arbeiten in solch einem	<ul style="list-style-type: none"> „Das, was die Case-Manager leisten ist für uns so gar nicht machbar gewesen [fragendes Geräusch]. Also wir wissen nicht, wo es gewisse Anträge zu stellen gibt oder, dass es das überhaupt gibt oder

		Versorgungsmodell aus Sicht der MFA	was da fehlt zu Hause, weil wir natürlich auch bei den Menschen nicht zu Hause sind [...] also für uns war es doch eine schöne Entlastung. Eine gute Sache.“ (FG2_MFA)
	Zukunftsfähigkeit Versorgungsmodell	beschreibt, inwiefern sich die Beteiligten vorstellen können, das Versorgungsmodell in Zukunft anzubieten bzw. das Projekt zu verstetigen	<ul style="list-style-type: none"> „es wäre natürlich auch gut, wenn man so eine, gar nicht ein Projekt, wenn man das weitermachen kann, dass man... Leute werden weiter alt. Dass wir da nicht, weil wir jetzt hier aufhören, dann läuft das alles, sondern dass wir einfach da ein Zusammenspiel weiter hinbekommen, wo die Kassen schön Geld zahlen dafür, dass man einfach so eine Prophylaxe einfach macht. Statt Medikamente geben, einfach gucken: Was ist der Bedarf? Mal den Teppich rausschmeißt, vielleicht eine Kante hier wegnehmen oder da eine Tür raus oder was im Bad machen. Dass man da einfach unterstützt. Und auf lange Sicht wahrscheinlich auch viel Geld sparen kann. Auch die Kassen dann. Die da häufig so ein bisschen kurzfristig denken.“ (FG6_H) „es wäre schon gut, wenn man einfach sowas vielleicht wie eine Verordnung oder ein Rezept auf einen Versorgungskordinator hat oder ausstellen kann oder, wenn man es halt einfach irgendwie in die Regelversorgung reinkriegt. Und dann vielleicht auch in dem Maße, dass man eben in die Regelversorgung dann nicht diesen Zeitdruck und so auch wieder mit einbaut, weil das halt schon sehr wichtig ist, ein bisschen [...] Oder zumindest, dass man das ein bisschen lockerer sieht [...] Es ist natürlich sehr teuer, aber es ist auch ein riesiger Gewinn einfach.“ (FG6_CM) „es gibt so viele Beispiele, wo dieser Hausbesuch wichtig ist und wo auch diese Netzwerkarbeit einfach total wichtig ist.“ (FG6_CM)
geriatrische Regelversorgung	regelrechte Versorgungsdarstellung	beschreibt, wie die geriatrische Versorgung ohne ein CCM aussieht (sprich vor RubiN-Projektbeginn)	<ul style="list-style-type: none"> „Im Krankenhaus ist das sehr dürrtig manchmal, also die Vernetzung von dort zu uns. Auch da gibt es Verbesserungsbedarf.“ (FG6_H) „Das Umfeld von zu Hause sehen wir ja nicht, [fragendes Geräusch]? Also, was die zu Hause haben, die Patienten.“ (FG1_MFA) „Weil die Patienten wissen gar nicht, was es alles für Möglichkeiten gibt. Die wissen nicht, was Pflegegrade sind, die wissen nicht, welche Hilfeleistungen- die wissen nicht, welche Versorgungszentren es gibt und, und, und.“ (FG2_CM)
	Regelversorgung_ negative Beispiele	negative Beispiele, wie die geriatrische Versorgung ohne ein CCM aussieht (sprich vor RubiN-Projektbeginn)	<ul style="list-style-type: none"> „die haben einen Rollator und haben aber vor der Haustür fünf Stufen, wo sie runtergehen.“ (FG6_CM) „Oder der Patient sagt: „Ja, meine Nachbarin kümmert sich um mich“ und dann liegt er doch zu Hause und ist total unversorgt eigentlich. Und der Sozialdienst vom Krankenhaus ist halt froh so: Ach ja super, der hat ja gesagt da ist eine Nachbarin. Zack, nächster Patient.“ (FG6_CM)
	Regelversorgung_ positive Beispiele	positive Beispiele, wie die geriatrische Versorgung ohne ein CCM aussieht (sprich vor RubiN-Projektbeginn)	<ul style="list-style-type: none"> „eine Dame, die wird palliativ behandelt im Hinterhaus, so eine Art Pavillon. Du kommst in ihre Oase da und alle sind um sie herum. Da hat sie ihre Ruhe, aber die wird da so einbezogen, nicht? Kann noch zu Hause bleiben bis zum Tode wahrscheinlich.“ (FG6_H)
Tätigkeiten und Zuständigkeiten	Tätigkeiten Ärzt*innen / Praxis	beschreibt, welche Tätigkeiten in der interprofessionellen Versorgung durch die Ärzt*innen bzw. die Praxis getragen werden	<ul style="list-style-type: none"> „Ich musste unglaublich viele Verordnungen ausfüllen für unglaublich viele Hilfsmittel. [alle lachen] Und solche Sachen.“ (FG1_A) „Stellen von Diagnosen.“ (FG1_CM) „Medizinische Therapie. Diagnostik.“ (FG1_A) „die medizinische Verantwortung, die bleibt halt bei den Praxen.“ (FG1_A)
	Tätigkeiten Ärzt*innen / Praxis_Versorgungsplan	beschreibt, wie die Ärzt*innen mithilfe der Praxis den Versorgungsplan erstellen bzw. koordinieren	<ul style="list-style-type: none"> „wenn es vor Ort zu verordnen ist, erfährt es der Arzt sowieso [lachend], weil ich formuliere es ja nicht als Soll sondern als Frage [...] Wenn es um wohnfeldanpassende Maßnahmen geht, im zusammenfassenden Gespräch über den Patienten“ (FG1_CM) „es kann gut sein, dass ich das gar nicht mitkriege. Also ich kriege ja, wir kriegen ja zum Beispiel auch nicht immer mit, haben die eine Pflegestufe und wie hoch ist die? [...] Aber die Frage ist ja: berührt das überhaupt meine Arbeit? Das ist ja der, dieser große Bereich Sozialmedizinisches, was eigentlich ärztliche Tätigkeit so am Rande ist und wenn ich das abgebe und weiß das ist gut betreut, dann ist das für mich in Ordnung“ (FG3_H) „Wir hatten ja den Feedbackbogen und der wurde bei uns ins System eingepflegt. Wenn der Patient das nächste Mal kam, ich habe ihn aufgerufen, dann sah ich sofort die Sachen. Das, ja das ist dann eben sehr, sehr hilfreich und ich kann das dann sofort in dem Termin auch mit abarbeiten.“ (FG4_H)

Tätigkeiten CM	beschreibt, welche Tätigkeiten in der interprofessionellen Versorgung durch die Care- und Case-Manager*innen übernommen werden	<ul style="list-style-type: none"> „wir verstehen uns ja eigentlich auch so ein bisschen als verlängerter Arm vom Hausarzt, als so helfende Hand und als so ein bisschen... Der so ein bisschen die Zeit hat, mehr danach zu gucken und intensiver“ (FG6_CM) „das fängt an beim Fahrdienst, das hört auf bei einfach nur Begleitung oder eben wirklich auch mal stundenweise mal eine Entlastung für einen pflegenden Angehörigen zu finden“ (FG6_CM)
Tätigkeiten CM_ Rolle der Versorgungskordinator*innen	beschreibt, inwiefern die CM die Rolle als Versorgungs-kordinator*innen einnehmen	<ul style="list-style-type: none"> „also für mich ist es so: Dreh- und Angelpunkt des Ganzen sind halt die Case-Managerinnen.“ (FG1_A) „Ich koordiniere, vernetze und gebe Sicherheit.“ (FG1_CM) „Und das in Einklang zu bringen, das heißt ich spreche mit dem Arzt, ich spreche mit dem Pflegedienst, füge es zusammen, gehe wieder zum Patienten und das Ganze schließt sich.“ (FG2_CM)
Tätigkeiten CM_ Aufbau Vertrauensbeziehung	beschreibt, wie die CM eine Vertrauensbeziehung zu den Patient*innen und zu den Hausärzt*innen / MFA aufbauen	<ul style="list-style-type: none"> „das Erste, was wir natürlich machen ist, dass wir uns vorstellen und natürlich eben auch unsere Arbeit, warum und weshalb wir das machen. Und dass wir eben wirklich auch nur Hilfe leisten wollen, weil wir müssen irgendwo auch eine Vertrauensbasis aufbauen.“ (FG6_CM) „dadurch, dass man eben den Kontakt zu den Patienten hat und eine Vertrauensbasis zu Patienten, zum Arzt und allen Beteiligten aufgenommen hat, eben auch viel, viel mehr Einsicht gewinnt und viel, viel mehr Möglichkeiten sieht, auch teilweise Alternativmöglichkeiten.“ (FG6_CM) „das ist eigentlich der wichtigste Punkt, dieses Vertrauen aufzubauen mit den älteren Menschen.“ (FG2_CM)
Tätigkeiten CM_ Beratung und Aufklärung	beschreibt, wie die Care- und Case-Manager die Patient*innen beraten und aufklären sowie administrative Tätigkeiten wie Heil- und Hilfsmittelbeantragung und Pflegestufenanträge	<ul style="list-style-type: none"> „ganz viel ist einfach Aufklärungsarbeit, weil der Leistungskatalog ja über vier, fünf verschiedene Sozialgesetzgebungsbücher läuft und da können die halt gar nicht alles wissen und blicken auch ganz, ganz oft halt nicht durch: Wie läuft ein Antrag zum Pflegegrad? Oder eine Höherstufung vom GdB? Oder... Also vom Grad der Behinderung oder irgendwas in der Art?“ (FG6_CM) „Und dann beraten wir erstmal und gucken: Wollen sie das? Wollen sie das nicht? Und dann können sie dies und das bekommen, dann können wir das und das als Maßnahmen machen oder halt nicht. Und stimmen das dann halt ganz, ganz oft und immer wieder ab mit den Patienten.“ (FG6_CM)
Tätigkeiten CM_ Erreichbarkeit / Gesprächspartner*in	beschreibt, inwiefern die CM ständig erreichbar sind (Urlaub, Wochenende, Feierabend) sowie deren Funktion als Gesprächspartner*in für die Patient*innen vor Ort und per Telefon	<ul style="list-style-type: none"> „wenn ich am Freitagnachmittag 17 Uhr das Handy ausmache und mache das montagsmorgens um halb 8 wieder an, dann habe ich mindestens 12 Anrufe in Abwesenheit, selbst am Wochenende bekommen“ (FG6_CM) „Okay, wir telefonieren einmal im Monat‘ und dann können die sich alles von der Seele reden. Dann haben die eine halbe Stunde, wo die mir wirklich alles im Prinzip vor den Kopf knallen können. Und die sind glücklich und zufrieden damit. (FG6_CM) „dass die Patientin [...] sich sehr sicher fühlte, immer mal bei mir anzurufen; das heißt immer ein Ohr bei mir zu haben. Zu wissen: ich rufe zurück, ich bin immer für sie da [...] das ist manchmal mehr wert als das Rezept für Inkontinenzmaterial.“ (FG2_CM)
Tätigkeiten CM_ Individualität	beschreibt den Arbeitsstil der CM, deren Freiraum in der Arbeitsgestaltung sowie den Austausch unter den CM selbst	<ul style="list-style-type: none"> „wir arbeiten halt relativ selbständig im Arbeitsalltag, sage ich jetzt mal. Wir fahren halt alleine zu den Patienten und so weiter, aber wir haben halt immer unser Team im Rücken. Also wir tauschen uns immer extrem viel aus mit unseren Kolleginnen. Und haben halt auch unsere Teamsitzungen, wo wir dann halt auch immer so versuchen, irgendwelche Probleme zu lösen.“ (FG6_CM) „dann schieben wir das, was wir machen wollten einfach auf den nächsten Termin und kümmern uns jetzt erstmal darum, was jetzt gerade aktuell ist. Und das ist halt einfach total flexibel und total frei. Und das ist halt mega gut, weil man super auf die Leute eingehen kann. Das ist wirklich eine sehr große Freiheit.“ (FG6_CM) „jeder Mensch ist individuell, jeder Mensch ist ganzheitlich zu betrachten. Jeder kommt aus einem anderen Kontext. Und hat auch ganz andere Bedarfe. Es gibt kein generalisiertes Vorgehen, bei keinem [...] geriatrischen Menschen.“ (FG1_CM)
Tätigkeiten CM_ Vernetzungsarbeit	beschreibt, wie die Care- und Case-Manager*innen die Vernetzungsarbeit betreiben	<ul style="list-style-type: none"> „Also wir sind da immer dran, neue Netzwerkpartner in unserem Netz, sage ich jetzt mal zu finden, also, dass wir irgendwelche neuen Angebote oder irgendwas entdecken. Oder irgendwelche Lücken

			<p>sozusagen zu schließen, irgendwelche Lösungen zu finden, weil die Arbeit halt extrem individuell ist.“ (FG6_CM)</p> <ul style="list-style-type: none"> • „wir haben ja einfach jetzt über zwei Jahre auch ein großes Netzwerk eben auch mit anderen Diensten und so aufgebaut und uns auch einen Ruf aufgebaut, dass sie wissen: wir sind vertrauensvoll. Wir machen eine gute Arbeit, wir sind keine Konkurrenz zu Pflegediensten oder sowas in der Art. Also wir haben da jetzt wirklich ein gutes Netzwerk einfach aufgebaut.“ (FG6_CM) • „Und Sie haben ja quasi im RubiN-Projekt ganz viele lokale Sachen aufgetan, die wir auch nicht alle kennen. Sportverein hier und wer macht was, nicht? Häkelgruppe da.“ (FG6_H)
	Tätigkeiten CM_Versorgungsbedarf erfassen	beschreibt, wie die Care- und Case-Manager*innen den Versorgungsbedarf erfassen	<ul style="list-style-type: none"> • „Wir machen dann Termine mit den Patienten für einen Hausbesuch. Dann, das Erste, was wir natürlich machen ist, dass wir uns vorstellen und natürlich eben auch unsere Arbeit [...] dann kommen natürlich die ganzen Assessments, die wir machen, sprich DemTect, Barthel und so weiter, sodass wir Daten erfassen können. Wir treten in Kontakt mit dem Hausarzt, damit wir auch von den dann eben auch entsprechenden Diagnosen und so weiter haben. Wir schauen uns das häusliche Umfeld an. Wir schauen uns aber auch das weitere Umfeld an, sprich gucken: Wo sind eventuell noch Andere involviert, die eben den Patienten nahestehen, denen die Unterstützung geben oder was auch immer.“ (FG6_CM) • „dann besuchen wir erstmal, gucken wir: ‚Wo ist der Bedarf?‘ Und wenn wir dann halt sehen: ‚Oh, bei den Medikamenten, da haben wir irgendwie noch was, was uns unklar ist‘ oder wie auch immer, dann geben wir halt eine Rückmeldung oder fragen nach bei der Praxis [...] es gibt halt auch so Katastrophenfälle [...] Dann machen wir halt auch manchmal Fallbesprechungen mit den Hausärzten“ (FG6_CM)
Umsetzung des Versorgungsmodells	Betreuungsintensität und -länge	beschreibt, wie die Dauer und Intensität der Versorgung gestaltet werden könnte	<ul style="list-style-type: none"> • „bei unseren Patienten gibt es immer eine Gruppe, die sind wirklich so präventiv, die haben jetzt noch nicht viel Bedarf. Da kann man mal so lose Kontakt halten, aber da gibt es jetzt nicht so viel zu tun. Und dann gibt es halt so Fälle, also immer so Akutfälle, zum Beispiel jemand kommt aus dem Krankenhaus oder wie auch immer, da war ein Sturz, da war irgendein Ereignis; und dann macht es halt Sinn, den auch schon über eine gewisse Zeit zu begleiten. Aber das muss dann nicht unbedingt für immer sein, finde ich. Oder dass man halt auch dann nur noch den Kontakt lose hält. Und dann gibt es halt so schwere Fälle sage ich mal, die wirklich ganz wenig Hilfe zur Selbsthilfe [lacht] und so da annehmen können, wo man wirklich ganz, ganz viel und ganz intensiv betreuen muss. Und da macht es halt Sinn, die wirklich lange zu begleiten.“ (FG6_CM) • „Es gibt welche, die freuen sich, wenn wir da gewesen sind und sagen: ‚Wir melden uns, wenn wir Sie brauchen.‘ Die sind einfach, die haben diesen Flyer und sagen: ‚Das ist okay.‘“ (FG1_CM)
	Fördernde Faktoren für Umsetzung	beschreibt die fördernden Faktoren für die Umsetzung von RubiN bzw. was an der Umsetzung positiv war sowie weitere Aspekte, die noch dafür verantwortlich sind, dass das Projekt erfolgreich umgesetzt wird (z. B. eine gute Vernetzung in der Region)	<ul style="list-style-type: none"> • „Also ich glaube, die Verknüpfung zum Hausarzt ist also superwichtig, weil einfach die meisten Älteren... Da ist der Hausarzt und die Praxis eine Vertrauensperson oder eine Vertrauenspraxis und wenn wir uns dann darauf beziehen, dann ist erstmal schon wieder: ‚Ah okay, ja gut, dann hat das Herr Dr. <Hausarzt> oder so empfohlen. Ah okay.“ Dann können die was damit anfangen und können eine Verknüpfung einfach bilden. Und das ist superwichtig.“ (FG6_CM) • „Wobei ich glaube auch wichtig ist, dass man hinter diesem Modell auch steht [...], Dass wir den Eindruck haben: Das Modell ist ein gutes Modell. Und es lohnt sich, dafür Werbung zu machen und dafür auch Zeit aufzuwenden, damit die Leute mitmachen.“ (FG6_H) • „Und jetzt ist es eigentlich – finde ich jedenfalls ganz oft so, dass es gut läuft, weil es einfach nach Bedarf läuft.“ (FG6_CM)
	Hemmende Faktoren für Umsetzung	beschreibt die hemmenden Faktoren für die Umsetzung von RubiN bzw. was hätte besser laufen können (inkl. Belastungen in Hinblick auf das ganze Versorgungsmodell)	<ul style="list-style-type: none"> • „Ja, das war am Anfang das Chaos... Weil wir dann ja wussten: Okay, jetzt wird die Sprechstunde gebremst, jetzt kommt ja ein Gespräch, jetzt muss ich mit denen reden. Also wie so ein Werbungsgespräch.“ (FG6_H) • „Datenschutz ist natürlich superwichtig und gut. Aber wir müssen halt teilweise sehr viel Aufwand betreiben, um eine Mini-Auskunft von der Krankenkasse zu bekommen [...] Also für uns ist es tatsächlich meistens besser, wenn wir jemanden sprechen, der das einfach ein bisschen lockerer sieht und uns trotzdem Auskunft gibt[...] teilweise extrem hinderlich, wenn man dann für jede kleine

			<p>Auskunft braucht man eine komplette Vollmacht, die man sich unterschreiben lassen muss [...] ein Punkt, der uns dann manchmal ein bisschen ausbremst.“ (FG6_CM)</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Wenn der Arzt wirklich, sage ich mal verstanden hat, was wirklich so unser Aufgabengebiet ist, was ja wie gesagt am Anfang nicht so ganz klar war.“ (FG2_CM)
	Rekrutierungsweg	beschreibt, wie die Patient*innen für das RubiN-Projekt ausgewählt wurden und wie die Rekrutierung allgemein verlief	<ul style="list-style-type: none"> • „Da haben wir ein kleines Zimmer frei gemacht, dann bei uns eingeschrieben, das ging irgendwie auch.“ (FG6_H) • „Wir haben halt Praxen, die schreiben super viele ein, einige mittelmäßig, andere gar nicht.“ (FG6_CM) • „Ich glaube auch jetzt läuft das mit der Einschreibung irgendwie besser, weil also zumindest bei den Ärzten, bei denen das so präsent ist, dann wird das halt einfach bei Bedarf, wird jemand eingeschrieben. Also am Anfang mussten wir auch gucken, dass wir viele Teilnehmer auch einfach zusammenkriegen. Man hat ja diese Rahmenbedingungen, sage ich mal auch. Und jetzt ist es eigentlich – finde ich jedenfalls ganz oft so, dass es gut läuft, weil es einfach nach Bedarf läuft.“ (FG6_CM)
	Verbesserungspotentiale am Versorgungsmodell / der Umsetzung	beschreibt, inwiefern das Versorgungsmodell bzw. die Umsetzung verbessert werden könnte	<ul style="list-style-type: none"> • „in der Einführungsphase, dass da die Informationen besser transportiert werden, dass da noch mehr aufgeklärt wird.“ (FG6_H) • „Verbesserungsbedarf sehe ich, dass man es noch ausbauen könnte, dass man noch mehr Leute einschreiben kann.“ (FG1_A) • „diese Grenze von 70 ist ja sehr willkürlich gesetzt... Dass - man das einfach auch noch nach unten öffnet, um eben präventiv besser tätig sein zu können.“ (FG1_A)
Wahrgenommene Veränderungen in der Versorgung	Belastung der Hausärzt*innen	beschreibt die Belastung der Hausärzt*innen / Praxis beim Arbeiten mit einem Care- und Case-Management (z. B. hohe Belastung bei der Rekrutierung, später Entlastung durch die CM)	<ul style="list-style-type: none"> • „Also, dass man einfach weniger erfahren muss, weil jemand schon da ist, der schon mal die kleineren Sachen sage ich mal, die jetzt der Arzt nicht machen muss, die schon mal so einfach abgenommen hat.“ (FG6_H) • „Ist eine große Entlastung, weil wir ja die Dinge dann nicht machen müssen... Wir müssen nicht selber draufkommen, wir kriegen was vorgeschlagen.“ (FG6_H) • „Zufrieden macht mich da, dass ich eben nicht die Alleinverantwortliche bin, sondern dass da noch andere Menschen involviert sind, die dann eben auch ein Auge draufhaben. Das finde ich ausgesprochen entlastend. Dieses Arbeiten im Team.“ (FG1_A)
	Belastung Pflegedienst	beschreibt die Belastung der Pflegedienste beim Arbeiten mit einem Care- und Case-Management	<ul style="list-style-type: none"> • „Und den Pflegedienst auch entlastet, weil die sagen: „Super, wenn du das machst“ und dann haben die einen Papierkram weniger und haben natürlich auch eine Patientin, die zufrieden ist.“ (FG2_CM)
	Einblick in die Lebenswelt der Patient*innen	beschreibt, wie sich der Einblick in die Lebenswelt der Patient*innen durch das CCM verändert hat	<ul style="list-style-type: none"> • „Wir haben das nicht immer oder ich habe das nicht immer so direkt in der Praxis spüren können, die Patienten haben manchmal Rückmeldungen gegeben. Aber auch gar nicht immer, das lief häufig auch einfach so nebenher, ohne dass ich da jetzt direkt einfach immer involviert worden wäre.“ (FG6_H) • „Und das sind ja auch zum Teil Zustände gewesen, da haben Sie ja selber manchmal ‚Ups.‘ [...] ‚Das geht?‘ oder ‚So kann man leben?‘“ (FG6_H) • „Und wenn man dann bei denen zu Hause ist, dann sieht man, was wirklich [los ist]“ (FG1_MFA)
	Entlastung Angehörige	beschreibt die Entlastung der (pflegenden) Angehörigen unter einem Care- und Case-Management in physischer, psychischer und finanzieller Hinsicht sowie die daraus entstandene Zufriedenheit	<ul style="list-style-type: none"> • „was für einen Benefit die dann empfinden, oder auch sagen: ‚Jetzt wo mein Mann einmal die Woche in der Tagespflege – Ich gehe jetzt immer schwimmen, das wollte ich schon immer mal wieder machen.‘“ (FG3_CM) • „dieses eine Ehepaar gewesen, wo es dann finanziell schlagartig einfacher wurde für beide. Dann konnte man mit ihr auch besser umgehen, sie war nicht mehr so aggressiv uns gegenüber. Ansonsten hieß es ja immer: ‚Ihr wollt mir was wegnehmen.‘ Und jetzt war jemand da, jetzt gibt es noch was und jetzt konnte man auch darüber reden, wie es ihr geht [...] Jetzt ist es entspannter, jetzt kümmert sie sich auch um sich. Also jetzt steht auch sie so weit, dass man als pflegender Angehöriger auf einmal auch mal dieses oder jenes Wehwehchen hat, wo man dann auch mal zum Arzt gehen muss, wo man sich dann auch geborgen fühlt, verstanden fühlt und es ist wie gesagt jetzt im Handling total angenehm.“ (FG3_MFA)

Förderung der Versorgung zu Hause	beschreibt, wie die Versorgung zu Hause bzw. die Versorgung der eigenen Häuslichkeit durch ein CCM gefördert wird	<ul style="list-style-type: none"> „die haben ja einen anderen Blick darauf. Wir haben ja nicht diesen Rundumblick, sondern wir haben ja so die akute Situation, die kann man irgendwie lösen mit Tabletten oder nicht oder eben was absetzen. Oder mal hinfahren oder man weist die Patienten ein. Obwohl es geriatrisch schon mal froh ist, wenn man es gar nicht muss, wenn die Patienten zu Hause bleiben können. Wenn die vielleicht mit einer schwerwiegenden Krankheit gar nicht ins Krankenhaus müssen.“ (FG6_H) „ich Sorge dafür, dass die Menschen versorgt zu Hause sind und zu Hause bleiben dürfen zur Vermeidung von stationären Aufenthalten. Ich glaube, bis dato habe ich wenig Überleitungen in den vollstationären Bereich, ich glaube prozentual 7 von einem Schnitt von über 200 Patienten.“ (FG1_CM)
Gefühl von Sicherheit_Ärzt*innen / Praxis	beschreibt, inwiefern für die Ärzt*innen / Praxis ein Gefühl von Sicherheit durch das CCM entsteht	<ul style="list-style-type: none"> „da fühle ich mich als Arzt, als behandelnder Arzt sozusagen auch einer Fachdisziplin, einfach total überfordert. Ich könnte mir vorstellen, dass die Hausärzte sich da auch überfordert fühlen. Und deswegen bin ich unendlich dankbar, dass dieses Projekt existiert, weil mir das unglaublich viel Last von der Seele nimmt. Und man sagen kann: ‚Okay, dann RubiN?‘“ (FG1_A) „für mich wenigstens als Arzt war das sehr entlastend, wenn ich weiß die Patienten sind gut versorgt. Das gibt mir auch Sicherheit in der Versorgung der Patienten, hilft mir bei der täglichen Arbeit, Entscheidungen auch zu treffen oder Probleme zu lösen und entlastet mich extrem.“ (FG4_H)
Gefühl von Sicherheit_CM	beschreibt, inwiefern für die CM ein Gefühl von Sicherheit durch das CCM entsteht	<ul style="list-style-type: none"> „Dass man auch weiß, was man da tut. Das ist beim Erstkontakt nicht ersichtlich glaube ich unter den Praxen. Und diese ganze Situation hat sich erarbeitet, gestellt, gebaut über den Zeitraum [...] Diese zwei Jahre hat es bedurft, um das wirklich gut einzubauen und aus mein... Ich fühle mich safe, ich fühle mich jetzt in den Situationen mit den Menschen safe“ (FG1_CM) „man kann zusammen sich austauschen und das finde ich echt eine Bereicherung inhaltlich, fachlich und auch seelisch eine Entlastung, zu sagen: ‚Nein, wir haben es gemeinsam so entschlossen‘“ (FG7_CM)
Gefühl von Sicherheit_Patient*innen	beschreibt, inwiefern für die Patient*innen ein Gefühl von Sicherheit durch das CCM entsteht	<ul style="list-style-type: none"> „Ich glaube, dass es den Patienten glaube ich eine Sicherheit gibt, dass jemand kommt, der sich auskennt.“ (FG6_H) „Dass wir also auch wirklich dann auch einen regelmäßigen Austausch haben, was den Patienten natürlich auch sehr, sehr viel – ja, Sicherheit gibt“ (FG6_CM) „Das ist jetzt auch ja eine Sicherheit, wenn jemand angesprochen wird und dann sozusagen das Herz ausschütten darf, also eine sehr vertrauensvolle Ebene findet. Das ist ja auch eine Sicherheit, die man hat, wenn man weiß: man kann diejenige anrufen, die hört mir zu, die kommt, mit der kann ich darüber reden.“ (FG6_H)
Lebensqualität	beschreibt die Zunahme der Lebensqualität für die Patient*innen	<ul style="list-style-type: none"> „Die war so angeschlagen, die war nervlich sowas am Ende und also wirklich auch mit Suizidgedanken und alles und ja gut. Dann habe ich ihr geholfen. Wir haben geschaut, von wegen Betreutem Wohnen. Wohnt jetzt hier auch in der Nachbarschaft. Ist in dieses Betreute Wohnen gezogen, hatte eine Reha-Maßnahme und ist jetzt so weit, dass sie ihr Leben komplett alleine wieder führt, hat kaum noch Einschränkungen, macht selbständig Sportgruppen, geht wieder Walken, hat ihr Leben wirklich wieder im Griff. Hat sich einen Freundeskreis aufgebaut innerhalb von einem Dreivierteljahr und ist wirklich super gestellt jetzt.“ (FG6_CM) „Und wenn man das dann sieht, wie glücklich die Patienten sind und was für einen Sprung die dann machen auch noch, in bestimmten Bereichen, einfach weil sie wieder mehr Teilhabe haben, dann ist das total genial.“ (FG1_A)
Mehr Zeit für Patient*innenversorgung	beschreibt, wie durch ein CCM mehr Zeit für die Patient*innenversorgung entsteht	<ul style="list-style-type: none"> „Und gerade das Gespräch, dass man auch mal sein Herz ausschütten kann, dass auch jemand vielleicht mal Zeit hat und nicht gleich auf die Uhr guckt oder sagt: ‚Ich muss mal weiter‘. Das ist glaube ich ein ganz großer Gewinn von RubiN gewesen.“ (FG6_H) „Alle sind im Zeitdruck. Pflegedienste haben keine Zeit, Ärzte haben keine Zeit. Es hat halt keiner Zeit [...] Aber deswegen füllen wir da glaube ich schon echt eine Lücke. Das kriegt man wirklich sehr, sehr oft auch rückgemeldet so, dass wir da Zeit haben.“ (FG6_CM)
Patient*innenzufriedenheit	beschreibt, wie zufrieden die Patient*innen (inkl.	<ul style="list-style-type: none"> „Man sieht die Entwicklung beim Patienten, man sieht, dass – ja, sowohl positiv vielleicht auch als negative Entwicklungen da sind, aber dass die Patienten damit zufrieden sind.“ (FG6_CM) „Und die Patienten sagen selbst: ‚Wir profitieren da ganz erheblich von.‘“ (FG2_H)

		Angehörige) mit dem CCM sind	
	Sensibilisierung der geriatrischen Versorgung	beschreibt, inwiefern die Ärzt*innen durch das CCM eine andere Sicht auf die geriatrische Versorgung bekommen haben und die geriatrische Versorgung dementsprechend anpassen	<ul style="list-style-type: none"> „Denn ich glaube, ich bin wesentlich mehr sensibilisiert frühzeitig jetzt [...] zu überlegen: An was muss ich denn noch denken, außer Medikamente und Krankengymnastik und sowas? [...] also so diese etwas breitere Sicht auf den Patienten, das haben wir gelernt.“ (FG2_H) „neue Aspekte in der Versorgung durch die Koordinatoren vorgebracht werden, die ich eben nicht weiß. Und ich dadurch auch auf neue therapeutische Wege gehe. Also insofern ist immer eine Anregung, eine Befruchtung von außen der Arbeit, wunderbar.“ (FG5_H)
	Sonstige Veränderungen	beschreibt sonstige Veränderungen, die durch das CCM entstanden sind	<ul style="list-style-type: none"> „Meine Warteliste ist unendlich lang, ich muss Menschen abweisen und nicht zu wenig. Aber, wenn dann natürlich aus dem Netz vom Case-Manager irgendwas kommt, sagt: ‚Oh, da ist jemand und...‘, [fragendes Geräusch]? Dann ist das sozusagen ja schon mal so eine vorselektionierte Klientel und dann sage ich: ‚Na ja, das ist dann auch wichtig. Das muss dann halt vorgezogen werden‘, [fragendes Geräusch]?“ (FG1_A) „weil er war hochgradig dement, er ist noch Auto gefahren. Da haben wir dann dafür gesorgt, dass der Führerschein weggeht.“ (FG2_CM)
Wünsche an die Versorgung	Meinungen zur Beendigung des Projekts	beschreibt, wie die Beendigung des Projekts erlebt und bewertet wird	<ul style="list-style-type: none"> „[unzufrieden macht mich], dass wir ab nächstem Jahr nicht mehr weiter für unsere Patienten da sein können... Dass man einfach wirklich sagt: ‚Okay, ich habe Sie jetzt zwei Jahre begleitet und jetzt – ja, [überlegendes Geräusch] ist da nichts mehr.‘ Und wir sehen ja auch, was das mit den Patienten macht. Weil viele fangen jetzt an und fragen nach: ‚Was ist denn nächstes Jahr? Haben wir noch Kontakt? Haben wir noch die Möglichkeit?‘, ja? Und das weckt bei vielen Patienten natürlich jetzt auch schon wieder so ein bisschen Ängste...“ (FG6_CM) „Also es war ein weiter Weg, aber dann ja, weil er war hochgradig dement, er ist noch Auto gefahren. Da haben wir dann dafür gesorgt, dass der Führerschein weggeht.“ (FG6_H) „Also was jetzt am Ende wirklich ein Handicap war, dass wir wussten: Das geht zu Ende, das Projekt [fragendes Geräusch]. Das wir jetzt also nicht uns mehr fokussieren konnten auf neue Patienten, die vielleicht jetzt so zunehmend in solchen Hilfsbedarf hineinwandern.“ (FG2_H)
	Verbesserungspotentiale am Versorgungsmodell / der Umsetzung	beschreibt, inwiefern das Versorgungsmodell bzw. die Umsetzung verbessert werden könnte	<ul style="list-style-type: none"> „in der Einführungsphase, dass da die Informationen besser transportiert werden, dass da noch mehr aufgeklärt wird.“ (FG6_H) „Verbesserungsbedarf sehe ich, dass man es noch ausbauen könnte, dass man noch mehr Leute einschreiben kann.“ (FG1_A) „diese Grenze von 70 ist ja sehr willkürlich gesetzt... Dass - man das einfach auch noch nach unten öffnet, um eben präventiv besser tätig sein zu können.“ (FG1_A)
	Verbesserungsvorschläge für die geriatrische Versorgung	beschreibt, wie die Versorgung geriatrischer Patient*innen allgemein weiter ausgestaltet und optimiert werden könnte	<ul style="list-style-type: none"> „ich glaube, diese Netzwerkarbeit ist superwichtig für geriatrische Patienten, dass die nicht erst dann zu einem Pflegestützpunkt beim Landkreis müssen, wo sie aber gar nicht hinkommen, weil die Mobilität total eingeschränkt ist oder irgendwelche Patienten die Ängste haben und dann einfach gar nicht sich trauen, die Wohnung zu verlassen oder irgendwas in der Art. Also es gibt so viele Beispiele, wo dieser Hausbesuch wichtig ist und wo auch diese Netzwerkarbeit einfach total wichtig ist.“ (FG6_CM) „dass es präventive Maßnahmen für Menschen geben müsste, die in Rente gehen, dass die nicht in solche Löcher fallen. Ich habe viele geriatrische Patienten die krank sind, weil sie keine Aufgaben mehr im Leben haben.“ (FG1_CM)
	Weitere Ressourcen für RubiN	beschreibt, welche weiteren, nicht in RubiN genutzten Ressourcen oder Personen das Projekt verbessern könnten	<ul style="list-style-type: none"> „von den 650 versorgenden Menschen oder versorgten Menschen, wenn die einen Kontakt hätten, wo sie im Notfall dann tatsächlich auch drauf zugreifen können, dass es sozusagen auch... Ähnlich, wie einen ärztlichen Notdienst einen Betreuungsnotdienst gibt für schwierige Situationen, kann das sehr hilfreich sein.“ (FG6_H)
	Zukunftsfähigkeit Versorgungsmodell	beschreibt, inwiefern sich die Beteiligten vorstellen können, das Versorgungsmodell in	<ul style="list-style-type: none"> „es wäre natürlich auch gut, wenn man so eine, gar nicht ein Projekt, wenn man das weitermachen kann, dass man... Leute werden weiter alt. Dass wir da nicht, weil wir jetzt hier aufhören, dann läuft das alles, sondern dass wir einfach da ein Zusammenspiel weiter hinbekommen, wo die Kassen

		Zukunft anzubieten bzw. das Projekt zu verstetigen	<p>schön Geld zahlen dafür, dass man einfach so eine Prophylaxe einfach macht. Statt Medikamente geben, einfach gucken: Was ist der Bedarf? Mal den Teppich rausschmeißt, vielleicht eine Kante hier wegnehmen oder da eine Tür raus oder was im Bad machen. Dass man da einfach unterstützt. Und auf lange Sicht wahrscheinlich auch viel Geld sparen kann. Auch die Kassen dann. Die da häufig so ein bisschen kurzfristig denken.“ (FG6_H)</p> <ul style="list-style-type: none"> • „es wäre schon gut, wenn man einfach sowas vielleicht wie eine Verordnung oder ein Rezept auf einen Versorgungskordinator hat oder ausstellen kann oder, wenn man es halt einfach irgendwie in die Regelversorgung reinkriegt. Und dann vielleicht auch in dem Maße, dass man eben in die Regelversorgung dann nicht diesen Zeitdruck und so auch wieder mit einbaut, weil das halt schon sehr wichtig ist, ein bisschen [...] Oder zumindest, dass man das ein bisschen lockerer sieht [...] Es ist natürlich sehr teuer, aber es ist auch ein riesiger Gewinn einfach.“ (FG6_CM) • „es gibt so viele Beispiele, wo dieser Hausbesuch wichtig ist und wo auch diese Netzwerkarbeit einfach total wichtig ist.“ (FG6_CM)
Zusammenarbeit und Informationsaustausch	Bewertung interprofessionelle Zusammenarbeit	beschreibt, wie die interprofessionelle Zusammenarbeit durch die an der Versorgung Beteiligten bewertet wird	<ul style="list-style-type: none"> • „Ich fand das richtig gut, also [...] sehr unterstützend, sehr empathisch, auch nicht übergriffig. Sondern war sie sehr motivierend, hat geguckt, was für den Patienten rauszuholen wäre. Und fand das immer gut [...] kann das eigentlich nur loben.“ (FG6_H) • „Das ist halt immer eine Zusammenarbeit. Aber das klappt, glaube ich eigentlich zu 99 Prozent sehr gut.“ (FG6_CM) • „die Aufgaben sind da eigentlich super verteilt“ (FG6_CM)
	Informationsaustausch	beschreibt, wie der Informationsaustausch zwischen den an der Versorgung Beteiligten abläuft bzw. wie kommuniziert wird	<ul style="list-style-type: none"> • „Telefonisch, persönlich. Man ist in der Praxis. Die kommen ja auch mal vorbei in der Praxis. Eine Frage oder Vorschlag, wir haben Rezepte geschrieben, vielleicht werden die sogar mitgenommen. Also es waren also eigentlich alle Kanäle, die es jetzt so gibt.“ (FG6_H) • „wir machen das eigentlich glaube ich, würde ich sagen, immer so ein bisschen nach Bedarf.“ (FG6_CM) • „Dann machen wir halt auch manchmal Fallbesprechungen mit den Hausärzten, dass man sich wirklich dann trifft und einmal intensiv eben das bespricht und sagt: „Okay, was machen wir jetzt an Maßnahmen?“ und so weiter und so fort.“ (FG6_H)
	Zusammenarbeit außerhalb Praxisnetz	beschreibt, wie die Zusammenarbeit außerhalb des Praxisnetzes (Pflegerdienst, Krankenhäuser, externe Ärzt*innen etc.) abläuft	<ul style="list-style-type: none"> • „Also die kennen einfach inzwischen unsere Arbeit, das hat sich etabliert irgendwo. Und wir machen halt auch ganz, ganz viel Netzwerkarbeit. Wir arbeiten jeden Tag mit Pflegediensten, mit Betreuungsdiensten, mit irgendwelchen Reha-Einrichtungen und so weiter und so fort. Und dann kennen die irgendwann unsere Arbeit und dann kommen die auch auf uns zu und sagen: „Könnt ihr den Patienten noch aufnehmen? Wir sehen da eigentlich Bedarf und wir können jetzt aber keinen Widerspruch schreiben und der Pflegegrad wurde abgelehnt. Könnt ihr da noch irgendwie was machen?“. Und dann gucken wir halt immer: Ist der Arzt im Netz? Und so weiter und so fort, würde das irgendwie passen? Also, so rum funktioniert es dann auch. Wenn sich das halt erstmal rumgesprochen hat und etabliert hat, merken wir das jetzt immer mehr, dass irgendwelche Leute uns auf einmal anrufen: „Ja, ich habe die Nummer von dem und dem“ und dann verselbständigt sich das sozusagen.“ (FG6_CM)
	Zusammenarbeit innerhalb Praxisnetz	beschreibt, wie die Zusammenarbeit innerhalb des Praxisnetzes (Ärzt*innen im Praxisnetz und CM) abläuft (ausgenommen Informationsaustausch / Kommunikation)	<ul style="list-style-type: none"> • „die Praxen untereinander haben, glaube ich nicht so viel Kontakt wie wir haben irgendwie.“ (FG6_CM) • „Und das ist eben auch dieser Teamgedanke, [fragendes Geräusch]? Dass man tatsächlich sagen kann: ‚Oh, da sehe ich was.‘ Und ich darf es benennen. Und es bedeutet nicht gleich: ‚Du hast da was übersehen [fragendes Geräusch]?‘ Sondern, das ist einfach eine Zusammenarbeit, wo jeder nach seinen Möglichkeiten guckt und man übersieht halt manchmal was.“ (FG1_A) • „im Prinzip merken auch die Patienten, dass die Aufgaben des Case-Managers andere sind und ... dass man da nicht von einer Hierarchie sprechen kann, sondern dass es einfach Parallelbereiche sind, die miteinander verzahnt sind, selbstverständlich. Und wenn es um medizinische Dinge geht, dann ist klar, dass der Hausarzt da das Sagen hat. Aber bei allen anderen Sachen ist er dankbar, wenn jemand da die Sache übernimmt.“ (FG2_H)

Anhang 11: COREQ-Checkliste

Table 1 Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist

No	Item	Guide questions/description
Domain 1: Research team and reflexivity		
Personal Characteristics		
1.	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?
2.	Credentials	What were the researcher's credentials? <i>E.g. PhD, MD</i>
3.	Occupation	What was their occupation at the time of the study?
4.	Gender	Was the researcher male or female?
5.	Experience and training	What experience or training did the researcher have?
Relationship with participants		
6.	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?
7.	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? <i>e.g. personal goals, reasons for doing the research</i>
8.	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? <i>e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic</i>
Domain 2: study design		
Theoretical framework		
9.	Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? <i>e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis</i>
Participant selection		
10.	Sampling	How were participants selected? <i>e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball</i>
11.	Method of approach	How were participants approached? <i>e.g. face-to-face, telephone, mail, email</i>
12.	Sample size	How many participants were in the study?
13.	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?
Setting		
14.	Setting of data collection	Where was the data collected? <i>e.g. home, clinic, workplace</i>
15.	Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?
16.	Description of sample	What are the important characteristics of the sample? <i>e.g. demographic data, date</i>
Data collection		
17.	Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?
18.	Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?
19.	Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?
20.	Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?
21.	Duration	What was the duration of the interviews or focus group?
22.	Data saturation	Was data saturation discussed?
23.	Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?
Domain 3: analysis and findings		
Data analysis		
24.	Number of data coders	How many data coders coded the data?
25.	Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?
26.	Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?
27.	Software	What software, if applicable, was used to manage the data?
28.	Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?
Reporting		
29.	Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? <i>e.g. participant number</i>
30.	Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?
31.	Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?
32.	Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?

DANKSAGUNGEN

Als Erstes möchte ich mich bei meiner Doktormutter Frau Prof. Dr. Dipl.-Soz. Katja Götz für die Bereitstellung des Themas der hier vorliegenden Arbeit sowie für ihre hervorragende Betreuung und ihre vielfältigen Anregungen zur Ausgestaltung dieser Arbeit bedanken. Ebenso danke ich ihr für ihre Datenerhebung sowie Unterstützung bei der Datenauswertung.

In diesem Zusammenhang möchte ich mich auch bei Frau Dr. rer. hum. biol. Denise Wilfling für die Unterstützung bei der Datenauswertung, bei Frau Dr. med. Nicole Warkentin für die Datenerhebung sowie bei Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Daniel Wiswede für die Ko-Betreuung im Rahmen der strukturierten Promotion bedanken.

Des Weiteren danke ich allen im RubiN-Projekt tätigen Personen, insbesondere den Teilnehmenden der Fokusgruppen für ihre Offenheit und ihre konstruktiven Diskussionen, die die Grundlage zur Ausgestaltung dieser Arbeit bildeten.

Ich danke Anna Budke und Lea Albrecht für das Korrekturlesen dieser Arbeit.

Schließlich möchte ich mich bei meiner Familie für die Möglichkeit Medizin zu studieren und zu promovieren, für die Unterstützung in allen Lebenslagen, das kontinuierliche Vertrauen sowie die allzeit motivierenden Worte bedanken.

LEBENS LAUF

EIGENE VERÖFFENTLICHUNGEN

Budke, J., Wilfling, D. & Götz, K. (2021). Ambulante Versorgung geriatrischer Patient*innen interprofessionell gestalten – eine qualitative Studie. GMS DocV-08-04. <https://doi.org/10.3205/21degam044>

Wilfling, D., **Budke, J.**, Warkentin, N. & Goetz, K. (2023). **How Do Health Care Professionals Perceive a Holistic Care Approach for Geriatric Patients? A Focus Group Study.** International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(2), 1033. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021033>

Wilfling, D., **Budke, J.**, Warkentin, N. & Goetz, K. (2023). **Experiences with long-term care for geriatric patients by an interprofessional outpatient care approach – a qualitative study.** BMC Geriatrics, 23, 102. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03809-1>

EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG

1. Bei der eingereichten Dissertation zu dem Thema „Care- und Case-Management in der interprofessionellen Versorgung von geriatrischen Patient*innen – eine qualitative Studie“ handelt es sich um meine eigenständig erbrachte Leistung.
2. Ich habe nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich keiner unzulässigen Hilfe Dritter bedient. Insbesondere habe ich wörtlich oder sinngemäß aus anderen Werken übernommene Inhalte als solche kenntlich gemacht.
3. Die Arbeit oder Teile davon habe ich bislang nicht an einer Hochschule des In- oder Auslands als Bestandteil einer Prüfungs- oder Qualifikationsleistung vorgelegt.
4. Die Richtigkeit der vorstehenden Erklärungen bestätige ich.
5. Die Bedeutung der eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unrichtigen oder unvollständigen eidesstattlichen Versicherung sind mir bekannt. Ich versichere an Eides statt, dass ich nach bestem Wissen die reine Wahrheit erkläre und nichts verschwiegen habe.

Jona Budke

Lübeck, im Juli 2023