

2023

Entwicklung eines Konzeptes für ein Sektorenübergreifendes Case Management (SCM) für chronisch erkrankte und multimorbide Personen in patientenorientierten Gesundheitszentren im Ortenaukreis
[Abschlussbericht der Kommunalen Gesundheitskonferenz]



Impressum

Kommunale Gesundheitskonferenz Ortenaukreis
Gesundheitsamt - Landratsamt Ortenaukreis
Leutkirchstraße 34b, 77723 Gengenbach
<http://www.ortenaukreis.de>

Ansprechperson:

Dr. Evelyn Bressau
Tel.: 0781 805 9708
E-Mail: evelyn.bressau@ortenaukreis.de

Autoren:

M. Sc. Linda Fuchs, Dr. phil. Janine Feicke, Dr. Evelyn Bressau

Weitere beteiligte Personen:

AG Case Management, Karin Ruder, Simon Duffner, Florian Albert, Jessica Jäger, Alexander Reetz

Datum der Veröffentlichung

29. März 2023

Vervielfältigung mit Quellenangabe gestattet, jedoch nicht zu gewerblichen Zwecken. Belegexemplar erbeten.

Finanziert durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration aus Landesmitteln, die der Landtag von Baden-Württemberg beschlossen hat.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	I
Abbildungsverzeichnis.....	III
Tabellenverzeichnis.....	IV
Vorwort.....	1
1 Einführung	2
1.1 Hintergrund.....	2
1.2 Ziele und Methodisches Vorgehen.....	6
2 Case Management: Theoretische Grundlagen und bisherige Erkenntnisse anderer Projekte	9
2.1 Definition von Case und Care Management.....	9
2.2 Merkmale des Case Managements.....	10
2.3 Ablauf und Phasen des Case Managements	10
2.4 Anwendungsbereiche des Case Managements	12
2.5 Funktionen des Case Managements.....	13
2.6 Erkenntnisse zum Einsatz von Case Management	14
2.7 Aktuelle Entwicklungen zur Organisation und Finanzierung von Case Management	17
3 Entwicklung eines passgenauen Konzeptes für ein Case Management für die südliche Ortenau.....	20
3.1 Darstellung des Entwicklungsprozesses	20
3.2 Strukturgespräche zur gesundheitlichen Versorgung im Ortenaukreis	21
3.2.1 Ziele und Methodisches Vorgehen.....	21
3.2.2 Ergebnisse in Bezug auf Case Management	22
3.3 Veranstaltung Forum – Sektorenübergreifende Versorgung	22
3.3.1 Ziele und Methodisches Vorgehen.....	22
3.3.2 Ergebnisse in Bezug auf Case Management	23
3.3.3 Diskussion und Fazit der Ergebnisse	27
3.4 Befragung von chronisch erkrankten und multimorbiden Personen im Raum Ettenheim-Lahr	27

3.4.1	<i>Theoretische Grundlagen: Definitionen von chronischer Krankheit und Multimorbidität sowie Herausforderungen für Betroffene</i>	27
3.4.2	<i>Ziele und Methodisches Vorgehen.....</i>	29
3.4.3	<i>Ergebnisse</i>	30
3.4.4	<i>Diskussion und Fazit der Ergebnisse</i>	37
3.5	<i>Befragung von Hausärztinnen und Hausärzten im Raum Ettenheim</i>	38
3.5.1	<i>Theoretische Grundlagen: Aufgaben und Herausforderungen von Hausärztinnen und Hausärzten bei der Versorgung chronisch erkrankter und multimorbider Personen</i>	38
3.5.2	<i>Ziele und Methodisches Vorgehen.....</i>	40
3.5.3	<i>Ergebnisse</i>	41
3.5.4	<i>Diskussion und Fazit der Ergebnisse</i>	48
3.6	<i>Befragung von Fachärztinnen und Fachärzten im Raum Ettenheim-Lahr</i>	49
3.6.1	<i>Theoretische Grundlagen: Aufgaben und Herausforderungen von Fachärztinnen und Fachärzten bei der Versorgung von chronisch erkrankten und multimorbiden Personen</i>	49
3.6.2	<i>Ziele und Methodisches Vorgehen.....</i>	50
3.6.3	<i>Ergebnisse</i>	52
3.6.4	<i>Diskussion und Fazit der Ergebnisse</i>	60
3.7	<i>Befragung von berufsverwandten Gruppen.....</i>	61
3.7.1	<i>Theoretische Grundlagen: Anwendungen und Ausprägungen von Case Management bei berufsverwandten Gruppen.....</i>	61
3.7.2	<i>Ziele und Methodisches Vorgehen.....</i>	69
3.7.3	<i>Ergebnisse</i>	70
3.7.4	<i>Diskussion und Fazit der Ergebnisse</i>	75
3.8	<i>Befragung weiterer Stakeholder.....</i>	76
3.8.1	<i>Apothekenkammer.....</i>	76
3.8.2	<i>Physiotherapeutenverband</i>	80
3.8.3	<i>Diskussion und Fazit der Ergebnisse</i>	83
3.9	<i>Expertenhearing</i>	83
3.10	<i>Konzept vor der Pilotphase (K 2)</i>	84

3.10.1	<i>Aufgaben von Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen</i>	84
3.10.2	<i>Unterstützung der Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen</i>	87
3.10.3	<i>Zielgruppen für Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen</i>	88
3.10.4	<i>Zugang zu Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen.....</i>	89
3.10.5	<i>Einsatzort/Ansiedlung von Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen ...</i>	90
3.10.6	<i>Kompetenz- und Qualifikationsprofil von Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen</i>	90
3.10.7	<i>Neutralität und Datenschutz.....</i>	91
3.10.8	<i>Kontakt/Ausgestaltung Schnittstelle</i>	91
3.11	<i>Praktische Erprobung des Konzeptes und Formative Evaluation</i>	92
3.11.1	<i>Durchführung der Pilotphase</i>	92
3.11.2	<i>Formative Evaluation</i>	95
3.11.3	<i>Diskussion und Fazit.....</i>	127
4	Handlungsempfehlungen	129
4.1	<i>Handlungsempfehlungen zur Ausgestaltung eines Case Managements in der südlichen Ortenau</i>	129
4.1.1	<i>Aufgaben von Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen</i>	129
4.1.2	<i>Unterstützung von Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen.....</i>	132
4.1.3	<i>Zielgruppen für Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen</i>	133
4.1.4	<i>Zugang zu Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen.....</i>	134
4.1.5	<i>Einsatzort/Ansiedlung GL</i>	135
4.1.6	<i>Kompetenz- und Qualifikationsprofil von Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen</i>	135
4.1.7	<i>Neutralität und Datenschutz.....</i>	136
4.1.8	<i>Kontakt/Ausgestaltung Schnittstelle</i>	137
4.2	<i>Handlungsempfehlungen zur Überführung des erarbeiteten Konzeptes in die Regelversorgung</i>	138
4.2.1	<i>Schaffung organisatorischer, finanzieller und rechtlicher Voraussetzungen</i>	138
4.2.2	<i>Maßnahmen zur Förderung der Zusammenarbeit der Professionen im Gesundheitswesen.....</i>	139

4.2.3	<i>Maßnahmen der Qualitätssicherung</i>	<i>140</i>
4.2.4	<i>Schaffung von ergänzenden Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz von chronisch erkrankten und multimorbiden Personen</i>	<i>141</i>
5	Zusammenfassung und Ausblick	144
	Literaturverzeichnis	VI
	Anhang.....	XIV
	Zusammenfassende Ergebnisse der quantitativen Datenauswertung für das Projekt durch das Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung Universitätsklinikum Tübingen	XIV

Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitsgruppe
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BMC	Bundesverband Managed Care e.V.
BW	Baden-Württemberg
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease
DGCC	Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V.
DMP	Disease Management Programm
ePA	Elektronische Patientenakte
GL	Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen / Gesundheitslotsin
H _z V	Hausarztzentrierte Versorgung
IAIV	Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung
IGES	Forschungs- und Beratungsinstitut für Infrastruktur- und Gesundheitsfragen
KGK	Kommunale Gesundheitskonferenz
KIM	Kommunikation im Medizinwesen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVP	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MFA	Medizinische Fachangestellte
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NäPa	Nicht-ärztliche Praxisassistenz
PHAC	Public Health Action Cycle
POP	PraxisOrientierte Pflegediagnostik

PraCMan	Hausarzt p raxis-basierte C ase M anagement für chronisch kranke Patientinnen und Patienten
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SCM	Sektorenübergreifendes Case Management
TI	Telematikinfrastruktur
VERAH	Versorgungsassistenz in der Hausarztpraxis

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 01: Komplexität und Fragmentierung im Gesundheitswesen	3
Abbildung 02: Elemente eines patientenorientierten Gesundheitszentrums.....	5
Abbildung 03: Darstellung des PHACs	6
Abbildung 04: Der CM Ablauf	10
Abbildung 05: Ergebnisse Konzeptwerkstatt 2: Einführung von Patientenlotsinnen und Patientenlotsen im Ortenaukreis	23
Abbildung 06: Überblick zu den Aufgaben des Entlassmanagements	62
Abbildung 07: Überblick zu den Aufgaben der Pflegeberatung	63
Abbildung 08: Überblick zu den Aufgaben der Pflegestützpunkte	64
Abbildung 09: Überblick zu den Aufgaben von MFAs mit Weiterbildungen in hausärztlichen Praxen	67
Abbildung 10: Überblick zu den Aufgaben der SAPV.....	68
Abbildung 11: Überblick zu den Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste	69
Abbildung 12: Vorgehensweise in der Pilotphase zu Aufgabenblock II	94
Abbildung 13: Zukünftige Vorgehensweise zu Aufgabenblock II – Zugang durch Hausarztpraxen	116
Abbildung 14: Zukünftige Vorgehensweise zu Aufgabenblock II - Zugang durch das Entlassmanagement	117
Abbildung 15: Zukünftige Vorgehensweise zu Aufgabenblock II - Zugang durch die offene Sprechstunde.....	118

Tabellenverzeichnis

Tabelle 01: Mitglieder der AG CM.....	7
Tabelle 02: Beschreibung der Phasen des CMs	11
Tabelle 03: Beschreibung der Funktionen des CMs.....	13
Tabelle 04: Zusammenfassung konzeptioneller Betrachtungen für den Einsatz von Lotsinnen und Lotsen aus der IGES Studie (2018)	15
Tabelle 05: Gegenstand der Regelungen zum Case Management und Relevanz in der Praxis	18
Tabelle 06: Darstellung der Ergebnisse der Befragung chronisch erkrankter und multimorbider Personen (n=10).....	31
Tabelle 07: Ergebnisse der Befragung von Hausärztinnen und Hausärzten (n=9)	42
Tabelle 08: Ergebnisse der Befragung von Fachärztinnen und Fachärzten (n=19)	53
Tabelle 09: Ergebnisse der Befragung berufsverwandter Gruppen (n = 14 befragte Institutionen)	71
Tabelle 10: Ergebnisse der Befragung des Vertreters der Apothekenkammer (n=1).....	78
Tabelle 11: Ergebnisse der Befragung des Vertreters des Landesverbandes für Physiotherapie (n=1).....	81
Tabelle 12: Befragte Expertinnen und Experten zur Weiterentwicklung des Konzeptes für ein SCM	83
Tabelle 13: Erster Konzeptentwurf: Aufgaben von GL.....	84
Tabelle 14: Erster Konzeptentwurf: Unterstützung der GL	87
Tabelle 15: Erster Konzeptentwurf: Zielgruppen für GL	88
Tabelle 16: Erster Konzeptentwurf: Zugang zu GL	89
Tabelle 17: Erster Konzeptentwurf: Einsatzort/Ansiedlung von GL	90
Tabelle 18: Erster Konzeptentwurf: Kompetenz- und Qualifikationsprofil von GL.....	90
Tabelle 19: Erster Konzeptentwurf: Neutralität und Datenschutz	91
Tabelle 20: Erster Konzeptentwurf: Kontakt/Ausgestaltung Schnittstelle.....	91
Tabelle 21: Umsetzung der Aufgabenblöcke in der Pilotphase	93
Tabelle 22: Evaluationskonzept bezüglich Ressourcen	97
Tabelle 23: Evaluationskonzept bezüglich Leistungen und Fallarbeit.....	98
Tabelle 24: Evaluationskonzept bezüglich Leistungen und Versorgungsorganisation/Versorgungsnetzwerk	99
Tabelle 25: Evaluationskonzept bezüglich Wirkungen bei der Zielgruppe	100
Tabelle 26: Evaluationsergebnisse bezüglich Ressourcen	103
Tabelle 27: Evaluationsergebnisse bezüglich Leistungen und Fallarbeit.....	108
Tabelle 28: Evaluationsergebnisse bezüglich Leistungen und Versorgungsorganisation/Versorgungsnetzwerk	111

Tabelle 29: Evaluationsergebnisse bezüglich Wirkungen bei der Zielgruppe	119
Tabelle 30: Erfahrungen Leistungserbringende während der Pilotphase (n=6)	122
Tabelle 31: Konzept: Aufgaben von GL	129
Tabelle 32: Konzept: Unterstützung von GL.....	132
Tabelle 33: Konzept: Zielgruppen für GL	133
Tabelle 34: Konzept: Zugang zu GL	134
Tabelle 35: Konzept: Einsatzort/Ansiedlung GL	135
Tabelle 36: Konzept: Kompetenz- und Qualifikationsprofil von GL.....	135
Tabelle 37: Konzept: Kontakt/Ausgestaltung Schnittstelle	137
Tabelle 38: Kernelemente des Konzeptes zur Ausgestaltung eines Case Managements in der südlichen Ortenau.....	145

Vorwort

Das Versorgungssystem in Deutschland ist weitreichend verzweigt und komplex. Gerade für Menschen mit komplizierten Versorgungsbedarfen wie z. B. für chronisch erkrankte und multimorbide Personen stellt dies eine große Herausforderung dar. Aufgrund des demographischen Wandels und der damit einhergehenden steigenden Anzahl von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität sowie der zunehmenden Spezialisierung von Leistungsangeboten wird sich dieser Trend verstärken. Der Bedarf an Koordination und Vernetzung steigt.

Die Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK) Ortenaukreis hat sich dieser Thematik unter Beteiligung einer interdisziplinären Arbeitsgruppe (AG) „Sektorenübergreifendes Case Management (SCM)“ angenommen. Sie wurde finanziell vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg (BW) aus Mitteln des Landes BW unterstützt. Die KGK und die AG haben ein Konzept für ein Case Management (CM) entwickelt und praktisch durch eine Gesundheitslotsin (GL) in Ettenheim erprobt. Außerdem wurden weiterführende Handlungsempfehlungen erarbeitet. Im vorliegenden Bericht werden das Konzept, Erkenntnisse aus der Pilotphase und die weiteren Handlungsempfehlungen veröffentlicht.

Wir möchten allen danken, die mit ihrer Arbeit an dieser Entwicklung mitgewirkt haben. Außerdem wünschen wir uns eine weitere konstruktive Zusammenarbeit, um die Arbeit von Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen (GL) in der Region voranzutreiben.

1 Einführung

1.1 Hintergrund

Der Ortenaukreis ist der flächengrößte Landkreis im Bundesland BW. Der Landkreis ist überwiegend ländlich geprägt und weist mit Lahr und Offenburg zwei Verdichtungsräume auf. Etwa 84,6 % der Flächen waren im Jahr 2020 Natur- und Kulturlandschaft mit großen Wald- bzw. landwirtschaftlichen Nutzflächen. Die Siedlungs- und Verkehrsfläche betrug am 31. Dezember 2020 12,2 %. In den 16 Städten und 35 Gemeinden des Landkreises lebten Ende des Jahres 2020 rund 432.580 Einwohnerinnen und Einwohner. Davon waren ca. 191.022 in den großen Kreisstädten Offenburg, Lahr, Kehl, Oberkirch und Achern zu Hause.¹

Das Gesundheitswesen im Ortenaukreis steht wie auch in anderen Regionen in Deutschland vor verschiedenen Herausforderungen. Diese sind auf grundsätzliche Veränderungen wie den demografischen Wandel und besonders den damit verbundenen Anstieg von chronisch und mehrfach erkrankten Personen sowie pflegebedürftigen Personen, die Ausdünnung des ländlichen Raums und den Fachkräftemangel zurückzuführen.² Der Sachverständigenrat zur Entwicklung im Gesundheitswesen kommt zu dem Schluss, dass der Stellenwert einer koordinierten gesundheitlichen Versorgung zunimmt, die Regelversorgung in Deutschland dieser aber kaum gerecht wird.³ Weitere relevante Faktoren sind die zunehmende Heterogenität der Gesellschaft einschließlich der Zunahme sozialer Unterschiede, der geänderte Lebensstil, der die Entwicklung von Zivilisationskrankheiten begünstigt oder die Zunahme von psychischen Belastungen und Erkrankungen durch hohe Anforderungen im privaten und beruflichen Bereich. Oft wird der Bedeutsamkeit von Gesundheitsförderung und Prävention zu wenig Beachtung geschenkt. Digitale Anwendungen im Gesundheitswesen werden unzureichend ausgeschöpft.⁴

Im Bereich der stationären Versorgung hat der Ortenaukreis Anfang 2017 mit der Entwicklung einer Strategie zur zukünftigen Struktur des Klinikverbundes für die Jahre bis 2030 und darüber hinaus begonnen. Mit der im Juli 2018 vom Kreistag beschlossenen „Agenda 2030“, die inzwischen „Ortenau 2030“ heißt, soll die qualitativ hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten und damit die Zukunftsfähigkeit des Ortenau Klinikums als kommunale Einrichtung gesichert werden. Spätestens 2030 wird das Ortenau Klinikum seine stationären Leistungen an den vier Krankenhausstandorten in Offenburg, Lahr, Wolfach und Achern zentrieren. Die Standorte in Oberkirch, Kehl und Ettenheim werden zu diesem Zeitpunkt als stationäre

¹ Vgl. Ballreich (2021), S. 51-60.

² Vgl. Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (2013), S. 6; Augurzky und Kolodziej (2018), S. 7 sowie Braeseke et al. (2018), S. 15f.

³ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2018), S. 765.

⁴ Weitere Informationen zur Bevölkerungsstruktur und der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung im Ortenaukreis finden Sie unter https://www.ortenaukreis.de/media/custom/3406_1606_1.PDF?1647866581 [05.08.2022].

Standorte aufgegeben und als Gesundheitszentrum mit Portalfunktion weitergeführt. Im Zuge der Umstrukturierung des Ortenau Klinikums sollen ebenfalls die bestehenden Strukturen u. a. in den Bereichen Entlassmanagement, Aufnahmemanagement, CM, Sozialdienst sowie Beratungs- und Unterstützungsangebote analysiert und ggf. Abläufe effizient weiterentwickelt werden.

Um den genannten Herausforderungen zu begegnen, bedarf es innovativer Ideen für die Gesundheitsversorgung, welche konkret an den regionalen Bedarf angepasst sind. Der Sektorenübergreifenden Versorgung wird hierbei eine zentrale Rolle zugeschrieben.⁵ Die KGK Ortenaukreis hat am 24.07.2018 vom Kreistag des Ortenaukreises den Auftrag erhalten, Handlungsempfehlungen zur Sektorenübergreifenden gesundheitlichen Versorgung im Ortenaukreis zu erarbeiten. Die Regionen Ettenheim, Kehl und Oberkirch als aufzugebende stationäre Klinikstandorte wurden hierbei besonders berücksichtigt. Der entsprechende Abschlussbericht wurde 2021 veröffentlicht.⁶ Im Zeitraum von Mai 2018 bis Dezember 2020 wurde eine umfassende Bestands- und Bedarfsanalyse durchgeführt. Diese umfasste eine Befragung von Ärztinnen und Ärzten, eine Befragung von Bürgerinnen und Bürgern, eine Umfrage bei Städten und Gemeinden sowie sechs regionale Gespräche mit Bürgerinnen und Bürgern in den Regionen Kinzigtal, Achern, Hanauerland, Offenburg, Oberkirch-Renchtal, Raum Lahr sowie Gespräche mit Expertinnen und Experten (Stakeholdern). Im Rahmen der Bestands- und Bedarfsanalyse wurde deutlich, dass die Komplexität und Fragmentierung im Gesundheitswesen, wie in Abbildung 1 dargestellt, die jeweiligen Akteurinnen und Akteure im Gesundheitsbereich auch im Ortenaukreis immer wieder vor Probleme stellt.

Abbildung 1: Komplexität und Fragmentierung im Gesundheitswesen⁷

Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst der KV		Rettungsdienst/Krankentransporte	Notaufnahmen
U.a. Spezialisierte Pflege (z.B. Palliativ)	Pflege Der alte und/oder chronisch erkrankte Mensch in seiner spezifischen Häuslichkeit Zu Hause allein Zu Hause im Familienverbund Im betreuten Wohnen/ In sonstigen alters-adaptierten Wohnformen Im Pflegeheim	Diverse stationäre Klinikaufenthalte z.B. Orthopädie z.B. Unfallchirurgie z.B. Neurologie z.B. Innere Medizin z.B. Urologie z.B. Geriatrie	
Hospiz			
Diverse Beratungsangebote			
Apotheken			
Heil- und Hilfsmittel	Hausärztinnen und Hausärzte	Gerontopsychiatrie/Tageskliniken	
Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte	Therapeutische Behandlung u.a. Physiotherapie/Ergotherapie/Logopädie	Stationäre/Ambulante geriatrische Reha	

Die sogenannte Mauer zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich sowie zwischen den einzelnen Berufsgruppen aber auch innerhalb der Berufsgruppen wird von allen

⁵ Vgl. Braeseke et al. (2018), S. 16.

⁶ Den Abschlussbericht mit den Handlungsempfehlungen zur sektorenübergreifenden gesundheitlichen Versorgung im Ortenaukreis finden Sie unter <https://www.ortenaukreis.de/output/download.php?fid=3406.1606.1.PDF> [13.01.2023].

⁷ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Rethmeier-Hanke (2019), S. 375.

Seiten beklagt. Gerade ältere und chronisch erkrankte Patientinnen und Patienten bedürfen einer personalisierten, kontinuierlichen, Sektorenübergreifenden Versorgung, maßgeblich um eine Teilhabe und eine gesundheitsbezogene Lebensqualität zu erhalten. Vordergründig steht hier zunächst die Verzahnung der ambulanten und stationären Akutmedizin, die die (medizinische, pflegerische und therapeutische) Behandlung mit Bereichen aus Prävention und Gesundheitsförderung, Pflege und Rehabilitation integriert. Darüber hinaus sind rein medizinische Lösungen aufgrund von einer meist vorliegenden Vermischung von medizinischen und sozialen Problemlagen oftmals nicht ausreichend. Reine Beratungsleistungen sind ebenfalls nicht zielführend. Vielmehr bietet die Kombination mit Medizin und Pflege den Mehrwert in der Lage zu sein, Patientinnen und Patienten in ihrer Häuslichkeit medizinisch-pflegerisch einschätzen zu können.⁸ Eine zentrale Handlungsempfehlung der KGK Ortenaukreis ist die Einrichtung von sogenannten „patientenorientierten Gesundheitszentren“.

Folgende Charakteristika weisen patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung allgemein auf:

- Sie sind auf den regionalen Bedarf abgestimmt.
- Sie bieten eine patientenzentrierte, koordinierte, kontinuierliche Versorgung „aus einer Hand“ an und entwickeln diese stetig weiter.
- Sie unterstützen Patientinnen und Patienten im Umgang mit ihrer Erkrankung.
- Sie setzen auf multiprofessionelle Teamarbeit auf Augenhöhe.
- Sie nutzen neue Potenziale der Digitalisierung.
- Sie verknüpfen Prävention und Gesundheitsförderung und medizinisch-pflegerische Versorgung über eine gute kommunale Einbindung.⁹

Abbildung 2 zeigt die Elemente eines „patientenorientierten Gesundheitszentrums“.

⁸ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2009), S. 13 sowie Braeseke et al. (2018), S. 16.

⁹ Vgl. Robert Bosch Stiftung GmbH (Hrsg.) (2021), o. S.

Abbildung 2: Elemente eines patientenorientierten Gesundheitszentrums¹⁰



Aufgrund der Erkenntnisse aus der Bestands- und Bedarfsanalyse im Rahmen der Handlungsempfehlung für die Sektorenübergreifende gesundheitliche Versorgung und der zusätzlichen Chance, basierend auf der Umstrukturierung des Ortenau Klinikums neue Versorgungsstrukturen zu entwickeln und zu etablieren wurde das Projekt „Entwicklung eines Konzeptes für ein Sektorenübergreifendes Case Management (SCM) für chronisch erkrankte und multimorbide Personen in patientenorientierten Gesundheitszentren im Ortenaukreis“ initiiert. Während im nördlichen Teil des Ortenaukreises konzeptionell zunächst der Schwerpunkt auf die geburts-hilffliche Vor- und Nachsorge im ländlichen Raum gerichtet wurde, sollte für die südliche Ortenau ein Konzept für ein speziell an die Region ausgerichtetes patientenorientiertes Gesundheitszentrum unter besonderer Berücksichtigung eines SCMs für ältere bzw. chronisch erkrankte Personen entwickelt werden. Hierbei wurde zunächst der Raum Ettenheim fokussiert, da es sich um eine ländliche Region handelt, in der das Klinikum zum 01.01.2023 in ein „patientenorientiertes Gesundheitszentrum“ transformiert wurde. Das Projekt kann als Blaupause für den gesamten Ortenaukreis dienen.

CM stellt einen Lösungsansatz dar, um zur Koordination der Versorgung in einem immer komplexer werdenden System und bei immer stärker ausdifferenzierten Leistungen beizutragen.¹¹

¹⁰ Quelle: Eigene Darstellung.

¹¹ Vgl. Ex, Behmer und Amelung (2020), S. 33.

1.2 Ziele und Methodisches Vorgehen

Das Projekt verfolgte drei Zielstellungen:

1. Konzeptentwicklung für ein passgenaues CM zur Schaffung einer optimalen durchgängigen gesundheitlichen Versorgung.
2. Beteiligung aller relevanten Akteurinnen und Akteure der (primären) Gesundheitsversorgung im Sinne eines Sektorenübergreifenden Ansatzes.
3. Praktische Erprobung des Konzeptes in Ettenheim und formative Evaluation.

Die methodische Vorgehensweise im Projekt orientierte sich am Public Health Action Cycle (PHAC) bzw. dem gesundheitspolitischen Aktionszyklus. Dieser beschreibt einen phasenhaften Ablauf und wird in Abbildung 3 dargestellt.

Abbildung 3: Darstellung des PHACs¹²



¹² Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Landesgesundheitskonferenz Baden-Württemberg (Hrsg.) (2010), S. 8.

Im Jahr 2021 stand im vorliegenden Projekt v. a. die Bestands- und Bedarfsanalyse im Vordergrund, um vorhandene Strukturen im ambulanten und stationären Sektor zu analysieren und ggf. vorhandene Schnittstellenprobleme sowie ggf. fehlende Strukturen zu identifizieren. Vor diesem Hintergrund wurde eine AG CM mit Expertinnen und Experten aus der Region gegründet. Tabelle 1 zeigt die Mitglieder der AG CM. Die Bestands- und Bedarfsanalyse umfasste eine Literaturrecherche sowie leitfadengestützte Interviews mit verschiedenen Akteurinnen und Akteuren. Befragt wurden chronisch erkrankte und multimorbide Personen, Hausärztinnen und Hausärzte vorwiegend in der Region Ettenheim, Fachärztinnen und Fachärzte verschiedener Fachbereiche bzw. psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus der Region Ettenheim-Lahr sowie sogenannte berufsverwandte Gruppen. Berufsverwandte Gruppen sind Akteurinnen und Akteure, die CM bereits anwenden oder ähnliche Tätigkeiten ausüben. Kapitel 3 beinhaltet die Ergebnisse der Bestands- und Bedarfsanalyse. Diese wurden in regelmäßigen Abständen mit der AG CM diskutiert und in der AG Sektorenübergreifende Versorgung sowie im Lenkungskreis der KGK Ortenaukreis kommuniziert. Zusätzlich hat die Projektassistenz im ersten Projektjahr an der Weiterbildung zur Case Managerin zertifiziert nach der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management e. V. (DGCC) teilgenommen, die sie im Mai 2022 abgeschlossen hat. Aufbauend auf den Ergebnissen der Bestands- und Bedarfsanalyse wurde gemeinsam mit der AG CM ein erster Vorschlag für ein passgenaues SCM erarbeitet.

Tabelle 1: Mitglieder der AG CM¹³

Vertreterinnen und Vertreter Amt für Soziale und Psychologische Dienste Landratsamt Ortenaukreis (n=2)	Vertreterin Ortenau Klinikum Belegungsmanagement Offenburg-Kehl (n=1)
Vertreterin AOK CompetenceCenter Sozialer Dienst Lahr (n=1)	Vertreterin Ortenau Klinikum Krebsberatungsstelle (n=1)
Vertreter Altenpflegeeinrichtungen (n=1)	Vertreter Ortenau Klinikum Pflegedirektion (n=1)
Vertreter Caritas e.V. (n=1)	Vertreterinnen Ortenau Klinikum Sozialdienst und Entlassmanagement Achern, Lahr-Ettenheim (n=2)
Vertreterinnen Gesundheitsamt – KGK Landratsamt Ortenaukreis (n=4)	Vertreterin Ortenau Klinikum Physiotherapie Ettenheim (n=1)
Vertreterin Fachärzteschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (n=1)	Vertreterin Pflegestützpunkt Lahr (n=1)

¹³ Quelle: Eigene Darstellung.

Vertreter Hausärztinnen und Hausärzte (n=1)	Vertreterin Sozialstation Lahr-Ettenheim (n=1)
Kommunale Beauftragte für Menschen mit Behinderung (n=1)	Vertreter Sprecherrat Selbsthilfegruppen (n=1)
Vertreter Kreisärzteschaft Ortenaukreis (n=1)	Vertreter Stadt Ettenheim (n=1)
Vertreter Ortenau Klinikum Ärztliche Leitung Onkologie, Hämatologie, Palliativmedizin (n=1)	Vertreter Einrichtung zur Versorgung chro- nischer Wunden (n=1)

Im Jahr 2022 lag der Fokus auf der Optimierung des Konzeptes. U. a. wurden Expertinnen und Experten zum Konzept befragt, was in Abschnitt 3.9 erläutert wird. Darauf aufbauend wurde das Konzept gemeinsam mit der AG CM überarbeitet und mit der AG Sektorenübergreifende Versorgung sowie dem Lenkungskreis der KGK abgestimmt. Zusätzlich wurde die Pilotphase vorbereitet, indem entsprechende Dokumente erstellt und digitale Lösungen analysiert wurden. In dem Zeitraum 25. April 2022 bis 31. Dezember 2022 wurde das Konzept im Raum Ettenheim praktisch erprobt und formativ evaluiert. Die Ergebnisse sind in Abschnitt 3.11.2 dargestellt. Aufbauend aus den Erkenntnissen aus Bestands- und Bedarfsanalyse, Pilotphase und formativer Evaluation wurden abschließende Handlungsempfehlungen entwickelt, welche in Kapitel 4 ausgeführt werden.

2 Case Management: Theoretische Grundlagen und bisherige Erkenntnisse anderer Projekte

2.1 Definition von Case und Care Management

CM bezeichnet die „bedarfsorientierte Steuerung („Management“) einer Fallsituation („Case“)¹⁴. Eine Fallsituation bezieht sich dabei auf Menschen in herausfordernden Lebenslagen, die Unterstützungsbedarf haben. CM stellt eine intensive Einzelfallbetreuung dieser Personen dar und ist durch eine systematische Vorgehensweise (siehe Abschnitt 2.3) gekennzeichnet.¹⁵ Die DGCC definiert CM wie folgt: „Case Management ist eine **Verfahrensweise** in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, **bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Begleitung, Förderung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen**. Der Handlungsansatz ist zugleich ein **Programm**, nach dem **Leistungsprozesse** in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens **effektiv und effizient gesteuert** werden können.¹⁶ Diese Definition macht deutlich, dass Case Managerinnen und Case Manager für Klientinnen und Klienten auf Einzelfall-ebene ein Hilfe- und Informationsnetzwerk aufbauen und die systematische Zusammenarbeit von Leistungserbringenden anregen können. Vereinfacht ausgedrückt können Case Managerinnen und Case Manager systematisch den „richtigen Weg im Dschungel der Versorgungsangebote“ weisen bzw. lotsen.¹⁷ Im Rahmen dieses Projektes wird daher der Begriff Gesundheitslotse¹⁸ verwendet.

Die Definition der DGCC zeigt ebenfalls, dass CM, neben der Unterstützung eines einzelnen Falls, auch Impulse bei der Schaffung wirksamer Strukturen zur Versorgung von Betroffenen setzen sollte. Das CM auf Organisationsebene geht in das Care Management über.¹⁹

Während CM bedarfs- und personenorientiert ist, meint Care Management „die Gestaltung personenunabhängiger Sorgestrukturen im regionalen Versorgungsgefüge“²⁰. Care Management zielt folglich auf „fallübergreifende, regionale, organisationsinterne und -übergreifende Netzwerke ab, auf die dann im Einzelfall zurückgegriffen werden kann“²¹. Care Management stellt die Grundlage für CM dar.²²

¹⁴ DGCC (Hrsg.) (2020), S. 2.

¹⁵ Vgl. DGCC (Hrsg.) (2020), S. 2 sowie Gembris et al. (2014), S. 10.

¹⁶ DGCC (Hrsg.) (2012), o. S.

¹⁷ Vgl. Braeseke et al. (2018), S. 24.

¹⁸ In anderen Projekten werden synonym auch die Begriffe Patientenlotse, Pfadfinder, Case und Care Manager oder Kümmerer verwendet.

¹⁹ Vgl. Braeseke et al. (2018), S. 24.

²⁰ DGCC (Hrsg.) (2020), S. 4.

²¹ Monzer (2018), S. 56.

²² Vgl. DGCC (Hrsg.) (2020), S. 4.

2.2 Merkmale des Case Managements

CM zielt auf die Organisation, Überprüfung und Auswertung eines Informations- und Hilfenetzwerks ab, welches sich am individuellen Unterstützungsbedarf der Menschen orientiert und bei dessen Erstellung die Betroffenen aktiv beteiligt werden.²³ Es zeichnet sich dementsprechend durch folgende Merkmale aus:

- CM orientiert sich am Einzelfall.
- Die Versorgungsangebote werden „aus einer Hand“ koordiniert.
- Der Prozess ist nachvollziehbar.
- Die Klientinnen und Klienten sollen in ihrer Selbstständigkeit befähigt werden. Aufgaben und Handlungen, die von ihnen nicht mehr selbst übernommen werden können, können weitergegeben werden.
- Verschiedene Versorgungsangebote werden aufeinander abgestimmt.
- Eine durchgängige und auf den Bedarf abgestimmte Versorgung wird sichergestellt.²⁴

2.3 Ablauf und Phasen des Case Managements

CM folgt einer systematischen Vorgehensweise. Abbildung 4 zeigt den phasenhaften Ablauf, entsprechend der Definition der DGCC. Dieser wird in der Tabelle 2 erläutert.

Abbildung 4: Der CM Ablauf²⁵



²³ DGCC (Hrsg.) (2020), S. 4 sowie DGCC (2022), o. S.

²⁴ Vgl. DGCC (Hrsg.) (2020), S. 4.

²⁵ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an DGCC (Hrsg.) (2020), S. 7f.; Braeseke et al. (2018), S. 23 sowie Ruckstuhl (2004), S. 3.

Tabelle 2: Beschreibung der Phasen des CMs²⁶

Phase des CMs	Beschreibung der Phase
Phase 1: Klärungsphase	Die Klärungsphase besteht aus drei Elementen: Dem Erstkontakt (Access), der Fallklärung (Case Finding) sowie der Aufnahme (Intaking). Zu Beginn findet der Erstkontakt zwischen der CM Stelle auf der einen Seite und den Klientinnen und Klienten auf der anderen Seite statt. Der Zugang zum CM kann durch Komm- oder Geh-Strukturen gestaltet werden. Im Rahmen der Fallklärung wird anhand von Ein- und Ausschlusskriterien festgestellt, ob die Person einen entsprechenden Unterstützungsbedarf hat und ein Fall für ein CM vorliegt. Falls ein Unterstützungsbedarf vorhanden ist, erfolgt im Rahmen der Aufnahme die Entscheidung, ob das CM startet. Rahmenbedingungen werden geklärt, evtl. Vereinbarungen getroffen oder ein Vertrag abgeschlossen. ²⁷
Phase 2: Falleinschätzung	Bei der Falleinschätzung werden sowohl subjektive Bedarfe, Wünsche und Erwartungshaltungen der Klientinnen und Klienten sowie fachlich-professionell feststellte Ressourcen und Bedarfe in Bezug auf die Versorgungslage und gesamte Lebenssituation der Klientinnen und Klienten erfasst, bewertet und festgehalten. Folglich werden Angaben der Klientinnen und Klienten selbst als auch von ihrer sozialen und institutionellen Umgebung einbezogen. Es sind verschiedene Vorgehensweisen zur Durchführung der Falleinschätzung möglich. ²⁸
Phase 3: Hilfeplanung	Basierend auf den im Rahmen der Falleinschätzung festgestellten Ressourcen und Unterstützungsbedarfe der Klientinnen und Klienten werden bei der Hilfeplanung Ziele und Unterstützungsmaßnahmen im Einzelfall geplant und priorisiert. Die definierten Hilfen werden in einem Versorgungsplan schriftlich festgelegt. ²⁹
Phase 4: Leistungssteuerung	Die Leistungssteuerung umfasst die Umsetzung des Hilfeplans. Case Managerinnen und Case Manager vermitteln formelle und informelle Maßnahmen, nehmen Kontakte zu Leistungserbringenden auf und begleiten Klientinnen und Klienten ggf. bei der Beanspruchung der Leistungen. Bei Vermittlung verschiedener Maßnahmen sollte deren Vernetzung etabliert werden. ³⁰

²⁶ Quelle: Eigene Darstellung.

²⁷ Vgl. DGCC (Hrsg.) (2020), S. 17 sowie Braeseke et al. (2018), S. 22.

²⁸ Vgl. DGCC (Hrsg.) (2020), S. 19 sowie Monzer (2018), S. 4.

²⁹ Vgl. DGCC (Hrsg.) (2020), S. 22, Monzer (2018), S. 5 sowie Gembris et al. (2014), S. 21.

³⁰ Vgl. DGCC (Hrsg.) (2020), S. 25.

Phase des CMs	Beschreibung der Phase
Phase 5: Überwachung	Im Rahmen der Überwachung erfolgt die Fallbeobachtung sowie Fallsteuerung. Die vermittelten Hilfen werden abgesichert, geprüft und kontinuierlich quantitativ und qualitativ im Hinblick auf die Erreichung der festgelegten Ziele bewertet. Diese Phase bildet die Grundlage der weiteren Steuerung des Falls. Case Managerinnen und Case Manager stehen vor der Herausforderung ein Gleichgewicht zwischen Informiertheit, Kontrolle, Intervention und Selbstregulation der Leistungserbringenden zu finden. Ggf. müssen Anpassungen auf der Fall- und/oder Angebotsebene vorgenommen werden. Die Case Managerinnen und Case Manager müssen Unterstützungsmaßnahmen ändern und ggf. eine neue Falleinschätzung vornehmen. ³¹
Phase 6: Evaluation	Die Evaluation beinhaltet die abschließende Bewertung und den Abschluss des CM Prozesses. Die abschließende Bewertung zielt auf die Einschätzung der Ergebnisse der im CM Prozess durchgeführten Leistungen sowie die Veränderungen des Hilfebedarfs der Klientinnen und Klienten ab. Der gesamte Prozess sowie der Grad Erreichung der vorab definierten Ziele der Klientinnen und Klienten wird beurteilt. Im Rahmen der Beendigung wird der CM Prozess abgeschlossen. Die Vereinbarungen und Kontrakte werden aufgehoben und Case Managerinnen und Case Manager sowie Klientinnen und Klienten entpflichtet. Ggf. können Vereinbarungen zur Nachsorge wie Telefonate in regelmäßigem Abstand vereinbart werden. ³²

2.4 Anwendungsbereiche des Case Managements

Das Handlungskonzept CM im deutschsprachigen Raum wurde in der Vergangenheit in vielfältigen Anwendungsfeldern mit unterschiedlichen Ausprägungsstärken eingesetzt.³³ Beispielfähig können die nachfolgenden Anwendungsfelder genannt werden. Diese können jedoch nicht als vollständig betrachtet werden, da sich die Anwendungsfelder des CMs dynamisch verändern.³⁴

Beispiele für Anwendungsbereiche des CMs sind:

- Arbeit mit suchtmittelabhängigen Menschen

³¹ Vgl. DGCC (Hrsg.) (2020), S. 27 sowie Monzer (2018), S. 6-8.

³² Vgl. DGCC (Hrsg.) (2020), S. 30.

³³ Vgl. Monzer (2018), S. 44.

³⁴ Vgl. Monzer (2018), S. 44 sowie Gembris et al. (2014), S. 15.

- Arbeit mit wohnungslosen Menschen
- Arbeit mit Erwachsenen
- Beschäftigungsförderung
- Gesundheitliche Versorgung (Gesundheitsförderung und Prävention, Medizinische Intervention, Rehabilitation, Pflege)
- Hilfe für Menschen mit Behinderung
- Familienhilfe
- Kinder- und Jugendhilfe
- Straffälligen- und Bewährungshilfe³⁵

2.5 Funktionen des Case Managements

Da CM zur Erfüllung vielfältiger Aufgaben, in unterschiedlichen Bereichen und mit unterschiedlicher Ausrichtung eingesetzt wird, kann es verschiedene Funktionen erfüllen.³⁶ In der Regel werden vier Funktionen unterschieden: Die Advocacy-, Broker-, Gatekeeper- und Social-Support-Funktion, welche in Tabelle 3 kurz dargestellt werden.³⁷

Tabelle 3: Beschreibung der Funktionen des CMs³⁸

CM Funktion	Beschreibung der CM Funktion
Advocacy-Funktion	In der Advocacy-Funktion wahren Case Managerinnen und Case Manager parteiisch die Interessen der Klientinnen und Klienten. ³⁹ Sie tragen dazu bei, die Anliegen von hilfsbedürftigen Personen für die Gesellschaft sichtbar zu machen. ⁴⁰ Darüber hinaus setzen sie diese über Ansprüche und Rechte auf Versorgungsangebote in Kenntnis, um die gleichberechtigten Zugangsmöglichkeiten zu vorhandenen Ressourcen zu verbessern. ⁴¹
Broker-Funktion	Im Rahmen der Broker-Funktion treten Case Managerinnen und Case Manager als Maklerinnen und Makler oder Vermittlerinnen und Vermittler auf. Sie haben einen Überblick über verschiedene Anbietende von Versorgungsleistungen und Dienstleistungen und prüfen diejenigen, die dem Bedarf der Klientinnen und Klienten entsprechen. Die Case Managerinnen und Case Manager agieren neutral. Sie schlagen verschiedene Möglich-

³⁵ Vgl. Gembris et al. (2014), S. 15.

³⁶ Vgl. Monzer (2018), S. 14 sowie Gembris et al. (2014), S. 31.

³⁷ Vgl. Gembris et al. (2014), S. 31; Ewers (1996), S. 25; Nussbaumer (2015), S. 46 sowie Wissert (2001), o. S.

³⁸ Quelle: Eigene Darstellung.

³⁹ Vgl. Nussbaumer (2015), S. 46.

⁴⁰ Vgl. Ewers (1996), S. 25 sowie Monzer (2018), S. 15f.

⁴¹ Vgl. Ewers (1996), S. 25 sowie Nussbaumer (2015), S. 46.

CM Funktion	Beschreibung der CM Funktion
	keiten für Dienstleistende vor. Die Entscheidung, welche Angebote in Anspruch genommen werden, liegt bei den Klientinnen und Klienten. ⁴²
Gatekeeper-Funktion	Bei der Gatekeeper-Funktion wird die Wirtschaftlichkeit des Versorgungsgeschehens forciert. Die Case Managerinnen und Case Manager treten als Türwächter zwischen den Belangen der einzelnen Klientinnen und Klienten und den Interessen der gesamten Gesellschaft auf. Im Fokus steht die Verteilung der richtigen, notwendigen und vorhandenen Ressourcen sowie die gerechte Allokation begrenzt verfügbarer Mittel. In der Funktion des Gate-Keeping achten Case Managerinnen und Case Manager auf die bedarfsgerechte Zuordnung verfügbarer Ressourcen unter Berücksichtigung begrenzter Budgets. ⁴³
Social-Support-Funktion	Mit der Social-Support-Funktion ist gemeint, dass Case Managerinnen und Case Manager bei der Bildung von Lebensstrategien helfen. Sie identifizieren vorhandene Ressourcen bei Klientinnen und Klienten und tragen zur Unterstützung der Selbstständigkeit und Befähigung dieser bei. ⁴⁴

Oftmals kann einem CM keine eindeutige CM Funktion zugeordnet werden. In der Einzelfallbetreuung nehmen Case Managerinnen und Case Manager in Abhängigkeit der Aufgaben häufig unterschiedliche Funktionen in unterschiedlich starker Intensität wahr. Dies ist u. a. von der Fallschwere und weiteren Variablen abhängig.⁴⁵

2.6 Erkenntnisse zum Einsatz von Case Management

In den vergangenen 20 Jahren wurden national als auch international zahlreiche CM Modelle mit dem Ziel geschaffen, die Koordination und Steuerung der Versorgung von Menschen mit komplexen Versorgungsbedarfen zu verbessern.⁴⁶ Folglich steht eine hohe Anzahl an Erfahrungswerten zur Verfügung.⁴⁷ Eine Evaluation dieser Modelle liegt zum Teil vor.⁴⁸ Braeseke et al. (2018) zeigen in der IGES Studie zum Versorgungsmanagement durch Patientenlotsen einen Überblick über Erkenntnisse aus den Modellen. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass „aus wissenschaftlicher Sicht bisher keine eindeutigen Befunde zu patientenbezogenen und

⁴² Vgl. Nussbaumer (2015), S. 46 sowie Monzer (2018), S. 15f.

⁴³ Vgl. Ewers (1996), S. 30; Nussbaumer (2015), S. 46 sowie Monzer (2018), S. 17.

⁴⁴ Vgl. Nussbaumer (2015); Monzer (2018), S. 18 sowie Wissert (2001), o. S.

⁴⁵ Vgl. Monzer (2018), S. 18f. sowie Klie und Monzer (2008), S. 96.

⁴⁶ Vgl. Braeseke et al. (2018), S.36 sowie Ex, Behmer und Amelung (2020), S. 34.

⁴⁷ Vgl. Ex, Behmer und Amelung (2020), S. 34.

⁴⁸ Vgl. Braeseke et al. (2018), S.36 sowie Ex, Behmer und Amelung (2020), S. 34.

wirtschaftlichen Outcomes vorliegen, die für einen breiten Einsatz von Patientenlotsen im Leistungskatalog der Krankenversicherung sprechen, auch wenn zahlreiche Indizien in Einzelfällen auf positive Effekte hinweisen⁴⁹. Die Projekte stellen allerdings dar, dass mit Lotsinnen und Lotsen „ein Teil der notwendigen individuellen Unterstützungs- und Betreuungsleistungen erbracht werden kann und dies [...] zur Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten beiträgt“⁵⁰. Klaehn et al. (2022) können in ihrer Übersichtsarbeit nachweisen, dass viele Modellprojekte zum CM kosteneffektiv oder kosteneinsparend und somit wirtschaftlich sind. Sie merken die hohe Vielfalt von CM Ansätzen an und empfehlen weitere Forschung, um den wirtschaftlichsten CM Ansatz zu identifizieren.⁵¹

Aktuell finden u. a. im Rahmen des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Reihe von Modellprojekten mit CM Bezug statt, die zum Teil bereits hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft wurden oder noch überprüft werden.⁵² Der Bundesverband Managed Care e.V. (BMC) hat eine Lotsenlandkarte erstellt, bei dem ein Überblick über bisherige Projekte gezeigt wird. Allen dargestellten Projekten wird der CM Regelkreis zugrunde gelegt.⁵³ Die Veröffentlichung aller Evaluationsergebnisse der durch den Innovationsfonds geförderten CM Projekte bleibt abzuwarten.

Braeseke et al. (2018) stellen in der IGES Studie konzeptionelle Betrachtungen für den Einsatz von Lotsinnen und Lotsen dar. Diese dienten als Grundlage für das vorliegende Projekt. Die Überlegungen wurden im Rahmen des Projektes basierend auf der Bestands- und Bedarfsanalyse modifiziert oder ergänzt. Tabelle 4 fasst die Überlegungen aus der IGES Studie zusammen.

Tabelle 4: Zusammenfassung konzeptioneller Betrachtungen für den Einsatz von Lotsinnen und Lotsen aus der IGES Studie (2018)⁵⁴

Faktor der Ausgestaltung	Konzeptionelle Überlegungen IGES Studie
Bedarfe	Klientinnen und Klienten mit schweren Erkrankungen haben folgende Bedarfe: • Information • Beratung • Anleitung • Koordination • Begleitung
Zielgruppe	• Sollte nicht diagnosespezifisch festgelegt werden. • Sollte nicht auf eine einzelne Altersgruppe bezogen sein. • Sollte nicht in Bezug auf bestimmte Versorgungssituationen (Schnittstellen, Übergänge) begrenzt sein.

⁴⁹ Braeseke et al. (2018), S. 66.

⁵⁰ Braeseke et al. (2018), S. 66.

⁵¹ Vgl. Klaehn et al. (2022), S. 294 sowie BMC (Hrsg.) (2023), S. 4.

⁵² Vgl. Ex, Behmer und Amelung (2020), S. 35.

⁵³ Mehr Informationen finden Sie unter: <https://www.bmcev.de/gesundheitslotsen/> [13.01.2023].

⁵⁴ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Braeseke et al. (2018), S. 78-84.

	• Sollten Menschen sein, die schwer chronisch krank und multimorbide sind und • die zusätzlich in ihrer Selbstmanagementfähigkeit (aufgrund Alter, funktionalen Beeinträchtigungen oder ungünstigen Umweltbedingungen) vorübergehend oder dauerhaft eingeschränkt sind und • deren soziales Umfeld die erforderliche Unterstützung nicht leisten kann und • bei denen eine ausführliche Beratung nicht ausreichend ist.
Zugang	• CM Leistungen sollten Leistungen nach SGB V sein und entsprechend vergütet werden. • Die Feststellung des Bedarfs für Lotsinnen und Lotsen sollte durch Ärztinnen und Ärzte (oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei psychisch erkrankten Personen) erfolgen. Dies sollten sowohl niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, als auch Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte sein, wenn im Zuge des Entlassmanagements Bedarf festgestellt wird. • Die Verordnung sollte, in Anlehnung an Bestimmungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 43 Abs. 2 SGB V Angaben zu Diagnosen, Interventionsbedarf und Kontextfaktoren enthalten. • Die Feststellung des Bedarfs sollte auch durch eine Krankenkasse möglich sein. • Lotsinnen und Lotsen sollten ihre Leistungen in standardisierter Form (ggf. als Nachweis für Kostenträger) dokumentieren und verordnenden Ärztinnen und Ärzten regelmäßig über Tätigkeiten und Maßnahmen berichten. • Die Verordnung sollte für einen bestimmten Zeitraum gelten (sechs-zwölf Monate, in Ausnahmefällen kürzer) und nach Bedarf verlängert werden können.
Aufgaben	• Die Bedarfe der Klientinnen und Klienten und ggf. ihrer Angehörigen sollten erfasst werden. • Es sollte ein Versorgungsplan in Zusammenarbeit mit Klientinnen und Klienten sowie Angehörigen erstellt werden. Außerdem sollte eine Abstimmung des Versorgungsplans mit Ärztinnen und Ärzten und ggf. weiteren Leistungserbringenden erfolgen. • Eine Organisation und Anpassung des Versorgungsmixes (einschließlich der Unterstützung bei der Antragsstellung und der Auswahl geeigneter Leistungserbringender) ist durchzuführen. • Eine regelmäßige Überprüfung der Versorgungsqualität sollte erfolgen. • Ein kontinuierlicher Kontakt zu Klientinnen und Klienten sowie Angehörigen sollte aufrechterhalten werden. • Es sollten v. a. Probleme gelöst werden für Menschen, die krankheitsbedingt mit einer neuen Situation konfrontiert sind, z. B.: ○ Hilfestellung geben zur Fragestellung: „Was ist zu tun?“ ○ Hilfestellung geben zur Fragestellung: „An wen muss ich mich wenden?“ ○ Hilfestellung geben zur Fragestellung: „Welche Behandlungsmöglichkeiten/psychologischen und psychosozialen Hilfestellungen gibt es?“ ○ Hilfestellung geben, Barrieren bei Leistungszugängen zu überwinden z. B. Leistungsanträge initiieren, ggf. Widersprüche formulieren. ○ Bei komplexen Versorgungskonstellationen sollten Lotsinnen und Lotsen den Leistungsprozess koordinieren und über einen längeren Zeitraum als kontinuierliche und fachkundige Ansprechperson zur Verfügung stehen und die Interessen der Klientinnen und Klienten vertreten. • Klientinnen und Klienten sowie Angehörige sollten im gesamten Versorgungsprozess beraten, angeleitet, deren Gesundheitskompetenz und

	Selbstmanagementfähigkeiten gestärkt und zu autonomen Handeln befähigt werden. Dazu gehört auch die Motivation zu Verhaltens- und Lebensstiländerungen. • Es sollte ein Beitrag zur Vernetzung der regionalen Leistungserbringenden und zur Weiterentwicklung von Strukturen (z. B. durch die Teilnahme an Netzwerktreffen oder Fallkonferenzen) geleistet werden. • Bei schwer psychisch erkrankten Menschen sollten Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten eingesetzt werden.
Qualifikation	• Geeignete Berufsbilder wären: ○ Medizinische Fachangestellte (MFA) ○ Pflegefachkräfte ○ Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten • Zusätzlich sollten sozialpädagogische, psychologische oder gesundheitskommunikative (Zusatz-) Ausbildungen bzw. folgende Weiterbildungen bzw. Kenntnisse nachgewiesen werden: ○ Kenntnisse und Fortbildungen im Sozialleistungsrecht ○ Weiterbildung im CM (zertifiziert nach DGCC) ○ Kenntnisse/Weiterbildungen im Bereich Kommunikation, Gesprächsführung, strukturiertes Problemlösen, Selbstreflexion, Supervision (dies sind teilweise Voraussetzungen für die DGCC Weiterbildung) • Kommunikative Kompetenz sollte Voraussetzung sein. • Mehrjährige Berufserfahrung in der Versorgungspraxis sollte Voraussetzung sein.
Neutralität	• Lotsinnen und Lotsen müssen neutral und unabhängig sein. • Lotsinnen und Lotsen sollten ausschließlich die Interessen der Klientinnen und Klienten verfolgen und den patientenseitigen Nutzen in den Vordergrund des Handelns stellen. • Neutralität setzt voraus, dass Objektivität und Sachlichkeit der informierenden und beratenden Tätigkeit gewährleistet ist.
Datenschutz	• Klientinnen und Klienten müssen explizit ihre Zustimmung für den Einsatz der GL erteilen. • Klientinnen und Klienten müssen der Weitergabe von personenbezogenen Daten (Schweigepflichtentbindung) zustimmen.

2.7 Aktuelle Entwicklungen zur Organisation und Finanzierung von Case Management

Braeseke et al. (2018) analysieren in der IGES Studie zum Versorgungsmanagement durch Patientenlotsen, dass es bereits existierende sozialrechtliche Rahmenbedingungen für CM gibt, diese jedoch „den steigenden Bedarf an Case Management [...] nur sehr pauschal und unspezifisch (§ 11 Abs. 4 SGB V) bzw. nur punktuell (für sehr eng definierte Patientengruppen bzw. nur für einzelne Schnittstellen oder Aspekte wie Beratung) aufgreifen und darüber hinaus einiger dieser Vorschriften in der Praxis aus unterschiedlichen Gründen [...] kaum zum Tragen kommen“⁵⁵. Tabelle 5 zeigt einen Überblick der IGES Studie zu Regelungen mit Leistungen mit CM Bezug. Die Bundesregierung möchte hier ansetzen und gemäß dem Koalitionsvertrag 2021 „für erfolgreich geförderte [...] Projekte, wie die der Patientenlotsen [...] einen Pfad vorgeben, wie diese in die Regelversorgung überführt werden können“⁵⁶.

⁵⁵ Braeseke et al. (2018), S. 35.

⁵⁶ Vgl. Die Bundesregierung (Hrsg.) (2021), S. 87.

Tabelle 5: Gegenstand der Regelungen zum Case Management und Relevanz in der Praxis⁵⁷

Norm	Gegenstand	Relevanz in der Praxis
§ 11 Abs. 4 SGB V Versorgungsmangement	Versicherte haben in der GKV einen Anspruch auf ein Versorgungsmanagement, insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche; Leistungserbringende sorgen für sachgerechte Anschlussversorgung und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen.	Unklare Vorgaben bzgl. der Anspruchsinhalte und der zur Leistungserbringung Verpflichteten.
§39 Abs. 1a SGB V Entlassmanagement	Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer Sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung.	Eng abgegrenzter Bereich mit kurzfristiger Ausrichtung, Unklarheit bzgl. des Verpflichteten.
§ 37 a SGB V Soziotherapie für schwer psychisch Erkrankte	Versicherte mit schwerer psychischer Erkrankung, die nicht in der Lage sind, ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen, haben Anspruch auf Soziotherapie, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Koordination der Leistungen nach einem Behandlungsplan sowie Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme der Leistungen.	Mangelnde Durchsetzung der Regelung in der Praxis.
§ 44 Abs. 4 SGB V Krankengeldfallmanagement	Versicherte, die Krankengeld beziehen, haben Anspruch auf individuelle Beratung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützenden Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind.	Nur für Krankengeldfälle, es bestehen datenschutzrechtliche Bedenken.
§ 43 Abs. 2 SGB V Sozialmedizinische Nachsorge für chronisch erkrankte Kinder	Krankenkasse erbringt aus medizinischen Gründen im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder stationäre Rehabilitation erforderliche sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke/schwerstkranke Kinder (bis 14, in Ausnahmen 18 Jahren), Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung/Motivation zur Inanspruchnahme.	Bundesweit ca. 90 Leistungserbringende, Leistung erst nach Krankenhausaufenthalt verfügbar.
§ 65 b SGB V Unabhängige Patientenberatung	Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fördert Einrichtungen, die Verbraucherinnen und Verbraucher sowie Patientinnen und Patienten in	In der Regel Telefonberatung zu allgemeinen Leistungsansprüchen und

⁵⁷ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Braeseke et al. (2018), S. 32.

	gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen qualitätsgesichert und kostenfrei informieren und beraten.	Problemen, keine Koordination.
§ 132 g SGB V Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase	Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in stationären Einrichtungen der Pflege und Hilfe für Menschen mit Behinderung, Beratung über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase, externe Vernetzung als Leistungsinhalt.	-
§ 7a SGB XI Pflegeberatung	Leistungsbeziehende haben gegenüber ihrer Pflegekasse Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch Pflegeberatende, die aufgeführten Aufgaben der Pflegeberatung entsprechen einem CM.	Unabhängigkeit der Beratung fraglich, Anspruch erst nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit, Fokus auf pflegerischer Versorgung.

Die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe plant diesbezüglich ein Projekt mit dem Titel „LEX LOTSEN OWL“. Dieses zielt auf die Entwicklung und Erprobung eines Modells ab, das festlegt, wie Lotsinnen und Lotsen aus den vielfältigen Projekten in Deutschland strukturiert, organisiert und finanziert bzw. in das bestehende Gefüge eingebettet werden können.⁵⁸ Es sollen auch Empfehlungen erarbeitet werden, wie CM und Care Management Sozialgesetzbuch-übergreifend verankert werden können.⁵⁹ Dies soll als Entscheidungsgrundlage für die Politik dienen und die Überführung verschiedener Projekte in die Regelversorgung erleichtern. Erste bereits veröffentlichte Ideen sind, dass verschiedenen Lotsen-Angebote mit indikationsspezifischen Ausprägungen in einer Region (z. B. Angebote zu GL, Schlaganfalllotsinnen und Schlaganfalllotsen, Cardiolotsinnen und Cardiolotsen) abhängig von den regional gewachsenen Strukturen parallel neben einander bestehen können. Care Management und CM stellen die gemeinsame Grundlage aller Lotsentätigkeiten dar. Auf übergeordneter Ebene könnte es ein einheitliches Regelwerk und eine einheitliche systemische Steuerung in Form eines Lotsenbüros geben, das die Lotsenträger regional koordiniert und einer Doppelbelastung von Klientinnen und Klienten vorbeugt. Das Projekt wird voraussichtlich im August 2023 starten und drei Jahre dauern. Die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe zielt darauf ab, Mitte 2025 ein erstes Zwischenergebnis vorzulegen.⁶⁰

⁵⁸ Vgl. Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe (Hrsg.) (2023), o. S. sowie Brinkmeier (2023), S. 28.

⁵⁹ Vgl. Die Techniker (Hrsg.) (2023), o. S.

⁶⁰ Vgl. Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe (Hrsg.) (2023), o. S. sowie Brinkmeier (2023); S. 26-28.

3 Entwicklung eines passgenauen Konzeptes für ein Case Management für die südliche Ortenau

3.1 Darstellung des Entwicklungsprozesses

Die Entwicklung eines passgenauen Konzeptes eines CMs in der südlichen Ortenau umfasste verschiedene Arbeitsschritte und den Einbezug unterschiedlicher Befragungen und Ergebnisse.

Wie in Abschnitt 1.1 erläutert hat die KGK Ortenaukreis im Zeitraum von Mai 2018 bis Dezember 2020 eine umfassende Bestands- und Bedarfsanalyse zur Entwicklung von Handlungsempfehlungen für die Sektorenübergreifende gesundheitliche Versorgung im Ortenaukreis durchgeführt. Im Rahmen dieser Bestands- und Bedarfsanalyse wurden, u. a. durch das Projekt „Regionale Strukturgespräche zur gesundheitlichen Versorgung im Ortenaukreis“, wichtige Erkenntnisse im Zusammenhang mit der Entwicklung eines Konzeptes für ein SCM gewonnen. Diese Ergebnisse wurden im Rahmen des vorliegenden Projektes genutzt. Sie sind in Abschnitt 3.2 und Abschnitt 3.3 dargestellt.

Darüber hinaus wurde im Rahmen dieses Projektes eine gezielt ausgerichtete Bestands- und Bedarfsanalyse umgesetzt. Diese umfasste eine Befragung von chronisch erkrankten und multimorbiden Personen im Raum Ettenheim-Lahr, von Hausärztinnen und Hausärzten im Raum Ettenheim, von Fachärztinnen und Fachärzten im Raum Ettenheim-Lahr sowie von weiteren Stakeholdern. Zusätzlich wurde eine Bachelor-Arbeit zur Befragung berufsverwandter Gruppen durchgeführt. Die Abschnitte 3.4, 3.5, 3.6, 3.7 und 3.8 beinhalten die entsprechenden Ergebnisse.

Aufbauend auf diesen Erkenntnissen wurde ein Konzept für ein passgenaues CM entwickelt. Dieses wurde im Anschluss verschiedenen Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis vorgelegt und nochmals überarbeitet, was in Abschnitt 3.9 erläutert wird. Abschnitt 3.10 zeigt den Stand des Konzeptes, mit dem am 25. April 2022 in die Pilotphase gestartet wurde. Die praktische Erprobung des Konzeptes wurde begleitend formativ evaluiert (siehe Abschnitt 3.11.2), um das Konzept entsprechend der praktischen Erfahrungen anzupassen und Bedingungen zu schaffen, die die Wirksamkeit des Konzeptes wahrscheinlicher machen. Basierend auf den Erkenntnissen der formativen Evaluation, wurden Handlungsempfehlungen zur Ausgestaltung eines CMs in der südlichen Ortenau entwickelt (Kapitel 4).

3.2 Strukturgespräche zur gesundheitlichen Versorgung im Ortenaukreis

3.2.1 Ziele und Methodisches Vorgehen

Im Rahmen des Prozesses zur Erstellung von Handlungsempfehlungen zur Sektorenübergreifenden Versorgung im Ortenaukreis fanden, unterstützt durch das Ministerium für Soziales und Integration aus Mitteln des Landes BW, zwischen Juli und September 2019 Gespräche mit Bürgerinnen und Bürgern in sechs Regionen im Ortenaukreis statt – in Haslach (05.07.), Achern (10.07.), Kehl (17.09.), Offenburg (18.09.), Ettenheim (25.09.) und Oberkirch (26.09.).⁶¹ Die Themen für die Gespräche wurden vorab durch eine Befragung der Bevölkerung und Gemeinden identifiziert.

Ziele der Bürgergespräche:

Bestandaufnahme von folgenden Themen:

- Wo sieht die Bevölkerung Probleme?
- Welche Sorgen hat sie?
- Welche Ideen und Lösungsvorschläge haben sie schon heute?

Die Fragen wurden an vier verschiedenen Thementischen, die rotierend von der anwesenden Bürgerschaft besucht werden konnten, bearbeitet. Folgende Thementische standen zur Auswahl: Haus- und fachärztliche Versorgung, Notfallversorgung, Nachnutzungskonzepte – Verzahnung bestehender Angebote, Erreichbarkeit von und Zugang zu den Leistungen der Gesundheitsversorgung, gesundheitliche Versorgung.

Methodisches Vorgehen bei den Bürgergesprächen:

- Protokollierung der einzelnen Veranstaltungen sowie tabellarische Erfassung aller durch die Bevölkerung genannten Bedarfe.
- Quantitative und qualitative Auswertung (Bildung von Themenclustern, Erstellung eines Kategorienbaums).
- Begleitende Literaturrecherche zu den Themen.
- Ableitung von Handlungsempfehlungen.⁶²

⁶¹ Mehr Informationen finden Sie unter <https://www.ortenaukreis.de/output/download.php?fid=3406.618.1.PDF> [07.02.2023].

⁶² Mehr Informationen finden Sie unter <https://www.ortenaukreis.de/output/download.php?fid=3406.1606.1.PDF> [07.02.2023].

3.2.2 Ergebnisse in Bezug auf Case Management

Im Rahmen der Strukturgespräche äußerten die Bürgerinnen und Bürger den Bedarf für ein CM. Sie nannten erste Ansatzpunkte zu Wünschen hinsichtlich der Ausgestaltung. Diese werden im Folgenden kategorisiert dargestellt:

- Hausärztinnen und Hausärzte als verpflichtende erste Anlaufstelle.
- Hilfestellung für Betroffene und Angehörige zu anderen Versorgungsangeboten.
- Wartezeit von Krankenhaus in Reha reduzieren.
- GL, die Betroffene zu Arztterminen begleiten.
- Leitsystem für Erkrankte, um zu dem fachärztlichen Personal zu gelangen, das benötigt wird.
- GL mit Selbsthilfenetzwerk verknüpfen.
- Führen der Patientinnen und Patienten durch das Gesundheitssystem.
- Vermittlungsfunktion (z. B. der Hausärztinnen und Hausärzte).
- MFAs als GL weiterbilden, auch für Prävention.
- Steuerung zu Unikliniken statt freier Zugang.
- Patientenleitung Rettungsdienst/ Notaufnahme/ kassenärztlicher Notdienst.
- Steuerungsbedarf durchs Gesundheitssystem (fachgerechte Behandlung).
- Bedarfsorientierte Versorgung.
- CM durch Nicht-Medizinerinnen und Nicht-Mediziner: Einzelfallprüfung zur Einordnung.

3.3 Veranstaltung Forum – Sektorenübergreifende Versorgung

3.3.1 Ziele und Methodisches Vorgehen

Im Rahmen des geförderten Projektes „Regionale Strukturgespräche zur gesundheitlichen Versorgung im Ortenaukreis“ fand am 21.09.2020 im Landratsamt Offenburg eine Abschlussveranstaltung unter dem Titel „Forum Sektorenübergreifende Versorgung“ statt.⁶³ Die bis dato erarbeiteten „Handlungsempfehlungen zur Sektorenübergreifenden gesundheitliche Versorgung im Ortenaukreis“ der KGK⁶⁴ wurden dargestellt und der Prozess der Bürgerbeteiligung gewürdigt. Die anschließende Podiumsdiskussion fokussierte die weitere Entwicklung der Sektorenübergreifenden Versorgung. Aufbauend auf drei Impulsvorträgen fanden am Nachmittag der Veranstaltung drei Konzeptwerkstätten statt, in denen anhand weiterer Schwer-

⁶³ Mehr Informationen finden Sie unter <https://www.ortenaukreis.de/output/download.php?fid=3406.622.1.PDF> [07.02.2023].

⁶⁴ Mehr Informationen finden Sie unter https://www.ortenaukreis.de/media/custom/3406_1606_1.PDF?1647866581 [05.08.2022].

punktt Themen gemeinsam an möglichen Konzepten für den Ortenaukreis gearbeitet wurde. Begleitet und moderiert wurde die Veranstaltung durch die Universität Stuttgart, Zentrum für Interdisziplinäre Risiko- und Innovationsforschung.

Ziele der Veranstaltung:

- Vorstellung und Diskussion der Handlungsempfehlungen.
- Vorstellung von Best-Practice Beispielen zu ausgewählten Themenbereichen (Neue Sektorenübergreifende Versorgungskonzepte speziell für den ländlichen Raum, Einführung von GL / CM, Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung speziell im Bereich der Notfallversorgung / Notfallversorgung im ländlichen Raum).
- Weiterentwicklung von Konzepten für den Ortenaukreis zu den bereits dargestellten Themenschwerpunkten.

Konzeptwerkstätten:

1. Sektorenübergreifende Versorgungskonzepte am Beispiel Geburtshilfliche Vor- und Nachsorge in der Region Oberkirch/Renchtal
2. Einführung von Patientenlotsinnen und Patientenlotsen im Ortenaukreis
3. Innovative Konzeptentwicklung zur Förderung der Gesundheitskompetenz im Bereich der Notfall

Nachfolgend wird ausführlich auf die Konzeptwerkstatt 2 eingegangen.

Methodisches Vorgehen:

In einer kleinen interdisziplinären AG, u. a. unter Mitarbeit von Anja Rethmeier-Hanke (Stabsstelle Medizinische Steuerung und Entwicklung sowie Referentin Forschungsnetzwerk Universitätsmedizin Klinikum Lippe), wurden Herausforderungen und erste Konzeptideen zur Einführung von GL erarbeitet.

3.3.2 Ergebnisse in Bezug auf Case Management

Die Ergebnisse der Konzeptwerkstatt 2 werden in Abbildung 5 dargestellt.

Abbildung 5: Ergebnisse Konzeptwerkstatt 2: Einführung von Patientenlotsinnen und Patientenlotsen im Ortenaukreis⁶⁵

Herausforderung	Erläuterung	Konzeptidee	Erläuterung
Organisation	Wie sollte die Einführung, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung eines flächendeckenden CMs organisiert sein?	Arbeits- und Steuerungsgruppe	Die Planung, Einführung und wohl auch die spätere Begleitung des CMs sollte durch eine ausgewählte Stakeholdergruppe maßgeblich getragen werden.

⁶⁵ Quelle: Eigene Darstellung.

Herausforderung	Erläuterung	Konzeptidee	Erläuterung
		Netzwerk	Erfahrung aus dem Klinikum Lippe: Der frühzeitige, regelmäßige und gleichberechtigte Austausch der verschiedenen Akteure ist äußerst wichtig.
		Kommunikation	Die verschiedenen, für das CM relevanten Akteure (bzw. deren Vertretende) sollten sich intensiv kennenlernen und austauschen.
		„zusammenkommen über den Fall“	Zentral für die Organisation der kleinteiligen Arbeitsschritte im CM sollte immer der spezifische Fall sein. Über den Fall kommen die unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure zueinander – z. B. in Fallkonferenzen.
Keine Doppelstrukturen	Die Organisation des CMs sollte die Komplexität der Prozesse und möglicher Redundanzen im Gesundheitswesen nicht noch erhöhen.	Anbindung an bestehende Strukturen	Bestehende Strukturen sollten einbezogen werden.
		Erfahrungen Kinzigtal	Bereits gemachte Erfahrungen im Ortenaukreis einbeziehen.
		CM in der Altenpflege	Bereits gemachte Erfahrungen im Ortenaukreis einbeziehen.
Ziele CM Ortenau festlegen	Aufgrund der Heterogenität der Vorerfahrungen, Interessen und Erwartungen, ist es zwingend notwendig, sich im Vorhinein über die Ausgestaltung des flächendeckenden CMs und seiner Ziele zu verständigen.		
Großer Ortenaukreis	Eine der besonderen Herausforderungen in der Ortenau könnte sein, dass es der flächengrößte Landkreis BWs ist.		
«Patient Journey» analysieren	Entscheidend für die Organisation, die verschiedenen Zugangsmöglichkeiten und die Ausgestaltung möglicher Leistungen könnte sein, die „Reise der Patientinnen und Patienten“ durch die Erkrankung und mögliche Versorgungsangebote vorab zu analysieren.		
Zugang	Wie kommen die Patientinnen und Patienten dazu, die Angebote des CMs in Anspruch zu nehmen? Wie finden sie zusammen?	Krankenhaus	Zentraler Zugang könnte eine stationäre und/oder ambulante Behandlung im Krankenhaus sein.
		Hausärztinnen und Hausärzte	Die Ortenau hat eine recht hausarztzentrierte Versorgungsstruktur. Bereits heute übernehmen sie schon einige der Tätigkeiten von Case Managerinnen und Case Managern. Daher wären Hausärztinnen und Hausärzte wohl auch die wahrscheinlichste, wenn auch ggf. die konfliktreichste Möglichkeit, einen Zugang zum CM zu gewährleisten.
		Selbsthilfe	Ein weiterer Ansatzpunkt für den Zugang zum CM.
		Pflegestützpunkte	Insbesondere, da einige Pflegestützpunkte bereits dem CM ähnliche Aufgaben übernehmen, könnte dies ein weiterer Ansatzpunkt für den Zugang sein.

Herausforderung	Erläuterung	Konzeptidee	Erläuterung
		Über Quartiersarbeit	Die Case Managerinnen und Case Manager sollten aktiv in die Gemeinwesenarbeit vor Ort eingebunden und niederschwellig ansprechbar sein.
		Freier, direkter Zugang	Patientinnen und Patienten sollten nicht zwingend und ausschließlich den Case Managerinnen und Case Managern über andere Stellen zugewiesen werden. Der Zugang sollte auch direkt möglich sein. Dies setzt einen gewissen Bekanntheitsgrad des Angebots voraus.
		Aufsuchend, niederschwellig	Gerade für Menschen, die keine Hausärztinnen und Hausärzte bzw. sonst keine Anlaufstellen im Gesundheitswesen haben, könnte ein niederschwelliger, aufsuchender Zugang möglich sein. D. h. die Case Managerinnen und Case Manager sprechen potentielle Patientinnen und Patienten an, nicht andersrum.
		«Am Küchentisch»	Erfahrung aus dem Klinikum Lippe: Das Kennenlernen, die Analyse und das Monitoring über Hausbesuche der Case Managerinnen und Case Manager.
Konkurrenz der Pflegedienste	Die Zuweisung von Pflegediensten durch die Case Managerinnen und Case Manager könnte sich aufgrund der großen Konkurrenz als schwierig gestalten.	Neutralität	Die Case Managerinnen und Case Manager sollten zur Neutralität bei der Empfehlung bestimmter Dienstleistungen/ Versorgungsangebote verpflichtet sein.
Kompetenzgerangel	Eine der größten Herausforderungen bei der Einführung des CMs wurde darin gesehen, dass sich einige Akteurinnen und Akteure in ihren Kompetenzen so beschnitten fühlen, dass es zu blockierenden Konflikten kommen könnte.	CM als Ergänzung	CM sollte nicht als aufdringlich-bedrohlicher Ersatz, sondern als unterstützend-entlastende Ergänzung bestehender Angebote kommuniziert werden.
Vertrauen	Es mangelt oft an Vertrauen in die Kompetenz anderer Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen.		
Datenschutz	Die bekannte Datenschutzproblematik müsste gelöst werden, um die digitale Patientenakte effektiv zu etablieren bzw. zu nutzen.	Digitale Patientenakte	Über digitale Lösungen könnten Fallgeschichten leichter zwischen den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren kommuniziert werden.
(langfristige) Finanzierung	Wie wird ein flächendeckendes CM in der Ortenau langfristig finanziert?	• SGB 11 und/oder 5 • Primärversorgungszentrum → Kreis • (teilweise) Selbstzahlende • Klinikum (ggf. als Übergang) • Rentenversicherung bei Prävention • Anteil der 100 Mio. für Strukturaufbau • Genossenschaft, Krankenpflegevereine (ehem.)	
Zielgruppe	Auf welche Menschen zielt das CM ab? Wer hat besonderen Unterstützungsbedarf?	Multimorbide, chronisch Erkrankte	Erfahrung aus dem Klinikum Lippe

Herausforderung	Erläuterung	Konzeptidee	Erläuterung
		Einschränkungen im Alltag	Erfahrung aus dem Klinikum Lippe
		Prävention (z. B. Adipositas)	Auch jüngere Zielgruppen könnten dazu gehören – z. B. im präventiven Bereich, um (juvenile) Adipositas vorzubeugen bzw. zu behandeln, noch weit vor einer Multimorbidität.
		Klare Abgrenzung der Zielgruppe	Wichtig ist zu definieren, wer die Zielgruppen sind – und wer sie nicht sind.
		Hoher Pflegeaufwand, hoch komplex, Hochkosten-Patientinnen und Patienten, Pflegeheim, Palliativ-Patientinnen und Patienten	Erfahrung aus dem Klinikum Lippe: Diese Gruppen von Patientinnen und Patienten gehören nicht zu den Zielgruppen.
		Auf Basis der Bedürfnisse	Die Zielgruppe sollte sich nicht nach den Leistungen des Gesundheitswesens bzw. der Case Managerinnen und Case Manager, sondern strikt nach den Bedürfnissen der Menschen richten.
Tätigkeiten	Was sollten Case Managerinnen und Case Manager alles machen – und was nicht?	Langfristige Begleitung und kurzfristige Beratung	Die Tätigkeiten können – je nach Bedürfnis der Patientinnen und Patienten – zeitlich und inhaltlich sehr unterschiedlich sein.
		Soziale Arbeit	Die Tätigkeiten von Case Managerinnen und Case Managern könnten über die rein medizinische bzw. pflegerische Begleitung der Patientinnen und Patienten hinausgehen – z. B. Begleitung zu Ämtern, spazieren gehen, Gespräche führen.
		Gatekeeper	Case Managerinnen und Case Manager können entscheiden, welche Inanspruchnahme von weiteren Leistungen angemessen wäre – und welche nicht.
Qualifikation	Was müssen Case Managerinnen und Case Manager können? Wie müssen sie ausgebildet sein bzw. ausgebildet werden?	Pflege	Erfahrung aus dem Klinikum Lippe: die meisten Case Managerinnen und Case Manager (oder „Gesundheitsshelfer“) kommen aus den Pflegeberufen.
		Erfahrung	Erfahrung aus dem Klinikum Lippe: Die Case Managerinnen und Case Manager sollten langjährige, vielfache Erfahrungen im Gesundheitswesen mitbringen.
		Lokalkompetenz	Erfahrung aus dem Klinikum Lippe: Die Case Managerinnen und Case Manager sollten sich mit den Spezifika der lokalen/ regionalen Gesundheitslandschaft auskennen.
		Kommunikativ	Erfahrung aus dem Klinikum Lippe: Die Case Managerinnen und Case Manager sollten offen, empathisch und umgänglich sein.
		Kontinuität	Langfristige Patienten-Manager-Beziehungen sind wichtig.
		CM Ausbildung	Die Case Managerinnen und Case Manager in der Ortenau sollten eine spezifische Zusatzausbildung haben bzw. bekommen. Über die DGCC könnte die Qualifikation (mit)organisiert sein.

Herausforderung	Erläuterung	Konzeptidee	Erläuterung
Hilfe im Haushalt	Viele Patientinnen und Patienten des CMs benötigen auch Hilfe im hauswirtschaftlichen Bereich. Fraglich ist, ob dies zu den Tätigkeiten und so auch Bestandteil der Qualifikation der Case Managerinnen und Case Manager gehören sollte.		

3.3.3 Diskussion und Fazit der Ergebnisse

Im Rahmen der Konzeptwerkstatt wurden bereits viele relevante Herausforderungen hinsichtlich der Organisation, Ausgestaltung und Implementierung eines CMs im Ortenaukreis angesprochen. Sie dienten als Hinweise für Faktoren, die in einem Konzept für ein CM im Ortenaukreis konkretisiert und festgelegt werden müssen. Die gesammelten ersten Ideen zur möglichen Ausgestaltung der Faktoren wurden im weiteren Projektverlauf berücksichtigt und immer wieder aufgegriffen. Die in der Konzeptwerkstatt entwickelte Ideensammlung wurde im weiteren Projektverlauf durch eine Bestands- und Bedarfsanalyse vertieft und weiter konkretisiert. Die Ergebnisse zur Herausforderung „Organisation“ geben Hinweise auf die Bedeutung der Einrichtung einer AG und stellt den großen Stellenwert der Möglichkeit des Austauschs und der Vernetzung zwischen verschiedenen im Gesundheitswesen beteiligten Akteurinnen und Akteuren heraus. Diese Erkenntnisse wurden insbesondere bei der Projektplanung beachtet. Zusätzlich wurde herausgestellt, welche weiteren möglichen Stolpersteine im Projekt Beachtung finden müssen wie beispielsweise die Punkte „Vermeidung des Aufbaus von Doppelstrukturen“ und „Kompetenzgerangel“. Diese Elemente wurden im weiteren Projektverlauf ebenfalls beachtet und sind u. a. Gründe dafür, warum eine Bestands- und Bedarfsanalyse durchgeführt wurde. Darüber hinaus wurden bereits bei der Konzeptwerkstatt Hinweise für erste Konzeptideen wie Zugang, Zielgruppe, Datenschutz oder Qualifikation angesprochen, die in die gesamte Bestands- und Bedarfsanalyse eingeflossen sind und bei der Konzepterstellung berücksichtigt wurden.

3.4 Befragung von chronisch erkrankten und multimorbiden Personen im Raum Ettenheim-Lahr

3.4.1 Theoretische Grundlagen: Definitionen von chronischer Krankheit und Multimorbidität sowie Herausforderungen für Betroffene

Aufgrund des demographischen Wandels in Deutschland steigt die Anzahl an älteren, chronisch erkrankten und multimorbiden Personen.⁶⁶ Dabei ist der Begriff chronische Erkrankung

⁶⁶ Vgl. Braeseke et al. (2018), S. 12, 15f.

national und international nicht einheitlich definiert.⁶⁷ Generell werden chronische Erkrankungen als „lang andauernde Krankheiten, die nicht vollständig geheilt werden können und eine andauernde oder wiederkehrend erhöhte Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems nach sich ziehen“⁶⁸ bezeichnet. Unter Multimorbidität wird gemäß der Leitlinie S 3 „Multimorbidität“ das gleichzeitige Vorliegen von drei oder mehr chronischen Erkrankungen verstanden. Charakteristisch ist dabei, dass nicht einzelne Krankheitsbilder im Vordergrund stehen, sondern die Interaktion aller Erkrankungen und ihre Auswirkungen auf den Lebenskontext der Betroffenen sowie die Beteiligung einer Vielzahl unterschiedlicher Gesundheitsdienstleistungen am Versorgungsprozess fokussiert wird.⁶⁹

Für die Betroffenen führen chronische Erkrankungen und Multimorbidität zu verschiedenen Herausforderungen.⁷⁰ Zum einen beeinträchtigt sie die Krankheit über einen längeren Zeitraum hinweg und kann nicht als isolierbare Entwicklung gesehen werden. Vielmehr wirkt sie sich neben der medizinischen Dimension auf weitere Bereiche des Lebens aus. Dazu zählen u. a. pflegerische, soziale, psychosoziale und finanzielle Aspekte.⁷¹ Eine zunehmende Komplexität von Versorgungsbedarfen ist die Folge. Der Einbezug unterschiedlicher Leistungen aus verschiedenen gesellschaftlichen Teilen wird notwendig.⁷² Folglich differenzieren sich Versorgungsangebote immer stärker aus und es bestehen vielfältige Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten.⁷³ Beim Vorliegen von Multimorbidität erhöht sich die Komplexität und die Anzahl der involvierten Leistungserbringenden.⁷⁴ Erkrankte Personen benötigen Systemkenntnis sowie umfangreiche Informationen und Nutzungskompetenz, um sich im Versorgungswesen zurecht zu finden.⁷⁵ Die Vielfalt der Angebote wird für Betroffene schwerer zu überblicken und der Umgang mit der Instanzenvielfalt stellt sie zunehmend vor Herausforderungen.⁷⁶ Zum anderen müssen chronisch erkrankte und multimorbide Personen mit einer Vielzahl von Unsicherheiten umgehen. Dazu zählt die Unsicherheit im Zusammenhang mit verschiedenen krankheitsbedingten Symptomen und im Umgang mit dem Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit des Körpers. Zusätzlich wechseln sich bei chronischen Krankheiten stabile, instabilen und krisenhafte Phasen ab, sodass Patientinnen und Patienten mit einer unsicheren und individuellen Verlaufsdynamik konfrontiert sind.⁷⁷

⁶⁷ Vgl. Güthlin, Köhler und Dieckelmann (2020), S. 10.

⁶⁸ Vgl. Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2014), S. 1.

⁶⁹ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) (Hrsg.) (2017), S. 8f.

⁷⁰ Vgl. Güthlin, Köhler und Dieckelmann (2020), S. 19f.

⁷¹ Vgl. Schaeffer (2006), S. 192-196; Schaeffer und Halsbeck (2016), S. 244 sowie Klapper (2018), S. 46.

⁷² Vgl. Braeseke et al. (2018), S. 12 sowie Sahin et al. (2018), S. 322.

⁷³ Vgl. Braeseke et al. (2018), S. 12.

⁷⁴ Vgl. Braeseke et al. (2018), S. 15f.

⁷⁵ Vgl. Schaeffer (2006), S. 195; Sachverständigenrat für Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2003), S. 45 sowie Braeseke et al. (2018), S. 12.

⁷⁶ Vgl. Schaeffer (2006), S. 195; Schaeffer und Halsbeck (2016), S. 244f. sowie Galle (2021), S. 117.

⁷⁷ Vgl. Schaeffer (2006), S. 193 sowie Schaeffer und Halsbeck (2016), S. 245.

3.4.2 Ziele und Methodisches Vorgehen

Ziele:

- Erfassung eines Stimmungsbildes zum Ist-Stand der aktuellen Versorgungssituation von chronisch erkrankten und multimorbiden Personen in der Region Ettenheim-Lahr (Bestandsanalyse).
- Erfassung eines Stimmungsbildes der Bewertung der aktuellen Versorgungssituation/ der Versorgungsstrukturen aus der Sicht von chronisch erkrankten und multimorbiden Personen in der Region Ettenheim-Lahr sowie ggf. die Identifikation von Stärken und Schwächen der aktuellen Versorgungsstrukturen (Bestands- und Bedarfsanalyse).
- Erfassung der Wünsche von chronisch erkrankten und multimorbiden Personen im Hinblick auf die Ausgestaltung eines CM Angebotes in der Region Ettenheim-Lahr (Bedarfsanalyse).

Methodisches Vorgehen:

Im Rahmen der Bestands- und Bedarfsanalyse wurden leitfadengestützte semistrukturierte Interviews mit zehn chronisch erkrankten und multimorbiden Personen im Raum Ettenheim-Lahr durchgeführt. Bei der Entwicklung der Fragen des Leitfadens wurde der aktuelle Stand der Fachliteratur zugrunde gelegt.⁷⁸

Die Befragungen fanden im Juni und Juli 2021 persönlich, per Telefon oder per Webex Videokonferenz statt. Die Dauer der Interviews lag zwischen 20 und 45 Minuten. Die Auswertung der Interviews erfolgte angelehnt an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.⁷⁹

Beschreibung der Stichprobe:

Es wurden sechs Frauen und vier Männer im Alter von 53 bis 85 Jahren befragt. Die Teilnehmenden der Befragungen stammen aus den Kommunen Lahr (2), Ettenheim (3), Mahlberg (1), Schwanau (1), Herbolzheim (1) und Kippenheim (1). Acht Befragte gaben an, selbstständig zu Hause ohne weitere Unterstützung zu leben. Zwei Befragte wurden in ihrem häuslichen Umfeld durch einen ambulanten Pflegedienst unterstützt. Sechs Befragte waren außerdem in Selbsthilfegruppen organisiert und haben entsprechend auch von den Erfahrungen anderer Gruppenmitglieder berichtet.

Alle Befragten waren chronisch krank sowie multimorbide. Folgende Krankheitsbilder wurden bei den Befragten erfasst:

- Arthrose

⁷⁸ Vgl. Braeseke et al. (2018), S. 78-97 sowie Goetz et al. (2013), S. 384.

⁷⁹ Vgl. Mayring (2015), S. 62, 69f.

- Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)
- Chronische Beschwerden nach Bauchspeicheldrüsenerkrankung
- Dermatologische Erkrankungen
- Diabetes Mellitus mit Folgeerkrankungen wie Polyneuropathie, Retinopathie etc.
- Epilepsie
- Erhöhte Cholesterinwerte
- Gehstörungen
- Hörminderung bis Schwerhörigkeit
- Kardiovaskuläre Erkrankungen (Bluthochdruck, Vorhofflimmern, Durchblutungsstörungen, Herzrhythmusstörungen)
- Krebserkrankungen (Leukämie, Prostatakrebs, Hautkrebs)
- Kryptogen organisierende Pneumonie
- Lymphödem
- Multiple Sklerose
- Orthopädische Erkrankungen (Knick-Senk-Spreizfuß, Lähmungen, Knieprobleme, Schulterprobleme)
- Morbus Parkinson
- Schlaganfälle
- Schwindelanfälle
- Körperliche und geistige Behinderungen
- Depressionen

3.4.3 Ergebnisse

Die Ergebnisse (siehe Tabelle 6) können in drei Oberkategorien und 19 Unterkategorien aufgeteilt werden.

Tabelle 6: Darstellung der Ergebnisse der Befragung chronisch erkrankter und multimorbider Personen (n=10)⁸⁰

Identifizierte Kategorie	Inhalt
Oberkategorie: Aktuelle Versorgungsstrukturen/-situation	
Unterkategorie: An der Versorgung beteiligte Akteurinnen und Akteure	• Nennung folgender Akteurinnen und Akteure: ○ Hausärztinnen und Hausärzte ○ Fachärztinnen und Fachärzte z. B. für Onkologie, Neurologie, Dermatologie, Urologie, Kardiologie, Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Orthopädie ○ Heilmittelerbringende wie Physio- und Ergotherapeutinnen und Physio- und Ergotherapeuten ○ Wundzentrum ○ Podologie ○ Stationäre Einrichtungen z. B. Ortenau Klinikum Lahr-Ettenheim und Fachkliniken ○ Ambulanter Pflegedienst ○ Angehörige und Freunde ○ Selbsthilfegruppen
Unterkategorie: Koordination der Versorgung	• Eigenständige Koordination: ○ Sechs der Befragten geben an, die Koordination der Versorgung selbstständig ohne weitere Unterstützung zu übernehmen. ○ Tätigkeiten: Sammeln von Informationen über mögliche gesundheitliche Dienstleistungen, Organisation von Terminen, aktives Zugehen auf Hausärztinnen und Hausärzte mit Vorschlägen für weiterführende Behandlungen (entweder bisher nicht wahrgenommene und eigens recherchierte gesundheitliche Dienstleistungen oder Wunsch nach Überweisungen zu Fachärztinnen und Fachärzten für Kontrolluntersuchungen). • Koordination durch Hausärztinnen und Hausärzte: ○ Vier der Befragten geben an, dass Hausärztinnen und Hausärzte bei der Koordination der Versorgung unterstützen bzw. diese in bestimmten Fällen (z. B. in Zeiten eines akuten Schubes) komplett übernehmen. ○ Tätigkeiten: Vorschläge zur Weiterbehandlungen bei Fachärztinnen und Fachärzten oder für andere Gesundheitsdienstleistungen, Ausstellung von Überweisungen, Zusammenführung von Befunden. • Koordination durch Familienangehörige: ○ Fünf Befragte nennen, dass sie bei der Koordination der Versorgung zumindest teilweise durch Familienangehörige unterstützt werden. ○ Tätigkeiten: Einholen von Informationen, welche Ansprüche auf Gesundheitsdienstleistungen bestehen, Beachtung der Einhaltung von regelmäßigen Abständen von Kontrollterminen bei Fachärztinnen und Fachärzten, Rücksprache mit Hausärztinnen und Hausärzten, Eingehen auf Vorschläge der Hausärzteschaft, selbstständiges Unterbreiten von Vorschlägen an Hausärztinnen und Hausärzten für Gesundheitsdienstleistungen. • Koordination der Versorgung durch weitere Gruppen: ○ Keine Nennung der Koordination der Versorgung durch weitere Gruppen.

⁸⁰ Quelle: Eigene Darstellung.

Unterkategorie: Monitoring	• Acht Befragten erklären, dass sich im Anschluss an einen Arztbesuch niemand aus der Praxis bei ihnen meldet und nachfragt, wie es ihnen geht. Eine Befragte nennt, dass dies der Fall ist. • Die Befragten geben zu bedenken, dass Ärztinnen und Ärzte wichtige Aufgaben in der Versorgung übernehmen, ihnen für das aktive Nachfragen nach dem Wohlbefinden nach einer Behandlung aber wahrscheinlich zeitliche und personelle Ressourcen fehlen. • Nach Angaben der Befragten fragen die Hausärztinnen und Hausärzte nach dem Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten, wenn diese in der Praxis anwesend sind, um z. B. Rezepte abzuholen.
Unterkategorie: Behandlungsplan	• Alle Befragten stellen dar, dass sie bislang nicht dabei unterstützt wurden, einen schriftlichen Behandlungsplan auszuarbeiten, der individuell auf sie ausgerichtet ist und das Behandlungsvorgehen dokumentiert. • Alle Befragten zeigen auf, dass sie einen schriftlichen Medikamentenplan besitzen, der mit Hausärztinnen und Hausärzten sowie Familienangehörigen entwickelt wurde.
Oberkategorie: Bewertung der Versorgungslage	
Unterkategorie: Hausarztversorgung	• Alle Befragten führen an, weitgehend mit ihrer Versorgung zufrieden zu sein. Die nachstehenden Unterkategorien greifen verschiedene durch die chronisch erkrankten und multimorbiden Personen angesprochene Aspekte der Versorgung und ihre Bewertung durch die Befragten auf. • Drei Befragte sprechen an, zufrieden zu sein, eine flächendeckende Versorgung mit Hausärztinnen und Hausärzten vorzufinden. • Hausärztinnen und Hausärzten in der Region werden als sehr gewissenhaft und engagiert wahrgenommen. • Eine Befragte merkt an, dass Hausärztinnen und Hausärzte gerade in Zeiten der Corona Pandemie viele Aufgaben trotz beschränkter zeitlicher und personeller Ressourcen zu bewältigen haben.
Unterkategorie: Eigeninitiative	• Alle Befragten weisen darauf hin, dass es wichtig ist, selbst die Initiative zu ergreifen bzw. Angehörige zu haben, die für Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen eintreten. • Patientinnen und Patienten sowie Angehörige holen Informationen über mögliche Gesundheitsdienstleistungen ein, koordinieren die Versorgung durch die verschiedenen Akteurinnen und Akteure und vereinbaren Termine. • Die Befragten nennen Schwierigkeiten bei der Vereinbarung von Arztterminen: ○ Besonders bei kurzfristig notwendigen Terminen bestehen Schwierigkeiten, sowohl bei Haus- als auch bei Fachärztinnen und Haus- und Fachärzten zeitnah einen Termin zu erhalten. ○ Bei frühzeitiger Planung von z. B. Kontrolluntersuchungen ist dies einfacher möglich, jedoch sind Eigeninitiative und lange Vorlaufzeit insbesondere bei Fachärztinnen und Fachärzten für Augenheilkunde und Dermatologie notwendig. • Die Befragten gehen aktiv auf Hausärztinnen und Hausärzten mit Überweisungs- oder Rezeptwünschen zu und sprechen Medikamentenunverträglichkeiten an. • Besonders die Befragten, die in Selbsthilfegruppen organisiert sind, weisen darauf hin, dass sie sich eigenständig vernetzen und somit vielfältige Informationen rund um ihr Krankheitsbild erhalten.

Unterkategorie: Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringenden	• Die Befragten äußern die Sorge, diese Eigeninitiative aufgrund einer Verschlechterung der Krankheit, einer Zunahme des Alters oder unvorhersehbaren Vorfällen im sozialen Umfeld (z. B. dass sich Angehörige nicht mehr kümmern können) zu einem gewissen Zeitpunkt nicht mehr erbringen zu können. • Sechs Befragte vertreten die Sichtweise, dass es schön wäre, Ansprechpartnerinnen oder Ansprechpartner zu haben, die Informationen zu verschiedenen Gesundheitsangeboten vermitteln können und über Ansprüche auf Leistungen aufklären. • Drei Befragte vertreten die Sichtweise, dass eine gute Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringenden besteht: ○ Es besteht eine gute Vernetzung zwischen den Professionen aus Sicht der Befragten. ○ Es gibt gute Information der Hausärztinnen und Hausärzte durch Arztbriefe. ○ Koordination der Versorgung erfolgt durch Hausärztinnen und Hausärzte. ○ Teil der Befragten geht bei Bedarf aktiv auf Hausärztinnen und Hausärzte zu und fragt nach den Befunden von Fachärztinnen und Fachärzten. • Vier Befragte teilen die Sichtweise, dass Verbesserungspotenziale bei der Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringenden bestehen: ○ Aus Sicht der Befragten legen Fachärztinnen und Fachärzte ihren Schwerpunkt auf ihr jeweiliges Fachgebiet→ Es besteht der Wunsch nach mehr Vernetzung zwischen Fachärztinnen und Fachärzten mit verschiedenen Fachgebieten. ○ Es besteht der Wunsch der Verbesserung des Überblicks über die Gesamtheit aller eingenommenen Medikamente. ○ Es besteht der Wunsch der Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Heilmittelerbringenden und Ärztinnen und Ärzten.
Unterkategorie: Koordination von Kostenträgern	• Eine Befragte gibt an, Schwierigkeiten bei der Kostenübernahme von bestimmten Medikamenten durch die Kostenträger zu haben. • Gewünscht werden Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner, die sowohl emotional als auch im formalen Kontakt mit den Kostenträgern unterstützen.
Unterkategorie: Bekanntheitsgrad und Inanspruchnahme bereits existierender Beratungsformate	• Eine Befragte gibt eine große räumliche Distanz zu Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern an, die für ihr Krankheitsbild wichtig sind (z. B. Parkinson Nurse mit Sitz in Freiburg i.Br.). • Die Pflegestützpunkte sind bei den Befragten entweder nicht bekannt oder sie gehen davon aus, dass diese keine passenden Angebote für sie bereithalten. Sie assoziieren Pflegestützpunkte nur mit Pflegeheimen. • Es besteht keine Inanspruchnahme weiterer Hilfs- oder Beratungsangebote.
Unterkategorie: Sektorenübergreifende Versorgung	• Vier Befragte äußern positive Erfahrungen: ○ Die Weiterbehandlung in Rehabilitationskliniken wurde durch das Entlassmanagement der stationären Einrichtung organisiert. ○ Das Entlassmanagement hat sich telefonisch nach dem Wohlbefinden im Anschluss an die Entlassung nach Hause erkundigt. ○ Papiere wurden an Hausärztinnen und Hausärzte übermittelt. ○ Es gab einen reibungslosen Übergang zur ambulanten Weiterbehandlung. • Sechs Befragte äußern Verbesserungspotenziale: ○ Es war ein hohes Ausmaß an Eigeninitiative notwendig, um z. B. Medikamente auch nach dem Krankenhausaufenthalt von Kostenträgern erstattet zu bekommen.

Unterkategorie: Standort Ortenau Klinikum Ettenheim Unterkategorie: Nicht therapierte Erkrankungen/Symptome	○ Das Entlassmanagement wurde nicht aktiv. • Zwei Befragte äußern Sorgen: Sie befürchten eine Überlastung und lange Wartezeiten für ambulante Behandlungen in umliegenden Krankenhäusern. • Eine Befragte gibt zu bedenken, dass andere Klinikstandorte wie z. B. der Standort in Lahr bereits heute zur Durchführung von Untersuchungen aufgesucht werden. • Zwei Befragte berichten von diffusen Symptomen, die bisher nicht therapiert wurden und/oder für die kein Behandlungserfolg erzielt wurde.
Oberkategorie: CM Ausgestaltung	
Unterkategorie: Zugang	• Drei Befragte vertreten die Meinung, dass der Zugang zu GL ausschließlich durch Hausärztinnen und Hausärzte gesteuert werden sollte: ○ Hausärztinnen und Hausärzte sollten die Möglichkeit haben, bei besonders komplexen Fällen GL einzuschalten. ○ Die Vermittlung hat Gewicht und Patientinnen und Patienten werden GL tatsächlich in Anspruch nehmen. ○ Häufig trauen sich Menschen selbst nicht, einfach auf GL zuzugehen. Die Hemmschwelle kann durch die Einbindung der Hausärztinnen und Hausärzte sinken. ○ Menschen mit Bedarf an GL sind in einer akuten Problemlage. Es ist eine Erleichterung für sie, wenn sie nicht selbst recherchieren müssen, welche Beratungsangebote bestehen. ○ Dies trägt zur Vernetzung zwischen Haus- und Fachärztinnen und Haus- und Fachärzten bei, da Hausärztinnen und Hausärzte oftmals nicht wissen, wer alles an der Versorgung der Patientinnen und Patienten beteiligt ist. ○ Der freie Austausch der Gesundheitsdaten von Patientinnen und Patienten zwischen GL und an der Versorgung beteiligten Professionen ist notwendig. • Zwei Befragte vertreten die Meinung, dass ein möglichst niederschwelliger Zugang zu GL bestehen sollte: ○ Es ist gewünscht, selbst mit GL in Kontakt treten zu können. ○ Es besteht die Sorge, dass, im Falle einer kritischen Grundhaltung von Hausärztinnen und Hausärzten gegenüber GL, die Chance verwehrt bleibt, diese in Anspruch zu nehmen. ○ Befragte sehen sich als mündige Patientinnen und Patienten, die selbst die Möglichkeit haben möchten, Informationen durch GL einzuholen. • Fünf Befragte wünschen sich beide Zugangswege, um die Vorteile beider Optionen zu nutzen: ○ Hausärztinnen und Hausärzte mit offenem Blick können das Angebot bekannter machen und die Hemmschwelle zur Inanspruchnahme von GL senken. ○ Gleichzeitig sollten Betroffene selbst die Chance haben, Kontakt zu GL aufzunehmen. • Allen Befragten betonen, dass unabhängig von der konkreten Zugangsart in jedem Fall eine enge Zusammenarbeit zwischen GL sowie Hausärztinnen und Hausärzten notwendig ist, um die Vernetzung verschiedener Versorgungspartnerinnen und Versorgungspartner zu stärken.

Unterkategorie: Zielgruppe	• Folgende Zielgruppen werden genannt: ○ Gerade ältere Personen mit Mehrfacherkrankungen haben Bedarf, u. a. für die Krankheitsbilder Morbus Parkinson, Krebs, Diabetes mellitus. ○ Es besteht ein hoher Informationsbedarf bei Erstdiagnose bzw. akuter Verschlechterung des Krankheitsbildes. ○ Häufig gehen Menschen in höherem Alter davon aus, ihre Versorgung selbst im Griff zu haben, obwohl sie diese eigentlich nicht mehr vollständig überblicken können. ○ Es besteht Bedarf bei Menschen in höherem Alter, die wenig Unterstützung durch das soziale Umfeld erfahren und selbst nicht mehr in der Lage sind, sich ein umfassendes Wissen über ihre Erkrankungen anzueignen und sich entsprechende Informationen über verschiedenen Quellen und Vernetzung einzuholen. ○ Auch Angehörige, die die Koordination der Versorgung von Familienmitgliedern übernehmen, brauchen bei akuter Verschlechterung der Krankheitsbilder Unterstützung und Ansprechpersonen, die ihnen Arbeit abnehmen.
Unterkategorie: Aufgaben	• Folgende Aufgaben werden genannt: ○ Umfassende Einschätzung der Ist-Situation des Betroffenen (medizinisch, sozial, finanziell) und Identifikation vorhandener Ressourcen. ○ Bereitstellung von Informationen, welche Ansprüche auf Dienstleistungen bestehen. ○ Erstellung eines Versorgungsplans. ○ Vermittlung passender formeller und informeller Angebote. ○ Vereinbarungen von Terminen. ○ Einbezug des sozialen Umfelds, da somit unkompliziert Hilfe im häuslichen Umfeld gefunden werden kann. ○ Regelmäßiger Kontakt zum Betroffenen. ○ Überprüfung der Effektivität der Maßnahmen. ○ Offenes Ohr für Sorgen und Ängste. ○ Ansprechpartner für Selbsthilfegruppen. ○ Vernetzung bereits bestehender Beratungs-/ und Hilfsangebote sowie Weitervermittlung an diese.
Unterkategorie: Einsatzort	• Die Mehrheit der Befragten bevorzugt einen Standort im Gesundheitszentrum Ettenheim aufgrund der Bekanntheit, der zentralen Lage und da er mit Expertise und Qualität verbunden wird. • Für immobile Patientinnen und Patienten ist die Mobilität von GL wichtig. • Menschen, die in der unmittelbaren Nähe von Lahr leben, bevorzugen einen Standort in Lahr.
Unterkategorie: Kontakt	• Ein persönliches Gespräch ist ein wichtiger und unersetzlicher Baustein in der Arbeit der GL. • Hausbesuche sollten möglich sein. • Kontakt kann zusätzlich durch Telefonate gehalten werden. • Digitale Lösungen: ○ Ein Teil der Befragten kann sich Videochats oder E-Mail-Kontakte vorstellen. ○ Ein anderer Teil der Befragten kann sich digitale Lösungen nicht vorstellen, da gerade Menschen in höherem Alter Schwierigkeiten in der Anwendung haben.

Unterkategorie: Kompetenz- und Qualifikationsprofil der GL	○ Falls digitale Lösungen angeboten werden, sollte es Alternativen für Menschen geben, die Schwierigkeiten mit diesen haben. ● GL sollten individuell im auf die Präferenzen der Betroffenen eingehen. ● Folgende Kompetenzen werden genannt: ○ Hilfsbereitschaft ○ Engagement ○ Hohes Maß an Vernetzung mit Leistungserbringenden ○ Umfangreiches Wissen über Versorgungsangebote und -strukturen in der Region ○ Lernbereitschaft ○ Empathie/Einfühlungsvermögen ○ Hohe Kommunikationsfähigkeit ○ Neutralität ○ Sehr gute Ausdrucksfähigkeit in Wort und Schrift ○ Rechtliche Kenntnisse ○ Geduld, um individuell auf Betroffenen einzugehen ● Die Kompetenzen der GL sind essenziell, während das Qualifikationsprofil zweitrangig ist, solange Kompetenzen wie Engagement und die Bereitschaft, sich Wissen anzueignen vorhanden ist. ● Ein medizinisch-pflegerischer Hintergrund ist von Vorteil.
--	---

3.4.4 Diskussion und Fazit der Ergebnisse

Basierend auf den Ergebnissen lassen sich folgende Erkenntnisse zusammenfassen sowie erste Ansatzpunkte für ein SCM ableiten, die auch gemeinsam mit der AG CM diskutiert wurden:

- Die Erkenntnisse aus der Literatur hinsichtlich der Notwendigkeit des Einbezugs verschiedener Leistungserbringender zur Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Multimorbidität wird bestätigt. Die befragten chronisch erkrankten und multimorbiden Personen teilen mit, dass bei ihrer Versorgung vielfältige Akteurinnen und Akteure aus medizinischen, aber auch sozialen Bereichen beteiligt sind und vielfältige Beratungs- und Unterstützungsangebote in Anspruch genommen werden.
- Die Ergebnisse der Befragung zeigen auch, dass aus Sicht der Befragten ein hohes Maß an Eigeninitiative notwendig oder die Unterstützung von Angehörigen notwendig sei, um sich in der immer komplexer werdenden Versorgungslandschaft zurecht zu finden. Dies weist darauf hin, dass ein Bedarf für GL bei Menschen besteht, die diese Eigeninitiative so nicht aufbringen können oder eine mangelnde Unterstützung durch Angehörige haben. Auch Angehörige selbst haben ggf. Bedarfe bezüglich Auskünften zu vorhandenen Versorgungsangeboten.
- Die Befragten erläutern außerdem, dass sich nach dem Arztbesuch niemand bei ihnen meldet, um nach ihrem Wohlbefinden im Nachgang zu fragen. Folglich kann eine engmaschige Verlaufskontrolle und Bezugspersonenbetreuung eine potenzielle Aufgabe für GL sein.
- Zusätzlich betonen die Teilnehmenden, wie wichtig es ist, dass sich jemand Zeit nehme, Sorgen und Ängste anzuhören und auch regional in ihrer Nähe verankert ist.
- Medikamentenpläne und mündliche Vorschläge zur Weiterbehandlung sind aus Sicht der Befragten in ihrer Versorgung vorhanden. Eine verschriftlichte Koordination der Versorgung in Form eines Versorgungsplans ist jedoch noch nicht vorhanden. Auch dies könnte Aufgabe für GL sein.
- Darüber hinaus könnten GL in Bezug auf die Sektorenübergreifende Versorgung dazu beitragen, dass stationären Einrichtungen Informationen zum häuslichen Umfeld und ambulanter Versorgung gegeben werden. Umgekehrt könnten GL Hausärztinnen und Hausärzte zusätzlich über Aspekte der stationären Behandlung informieren.
- Vor dem Hintergrund, dass die Befragten unterschiedliche Angaben zur Zusammenarbeit von Leistungserbringenden machen, könnte es Aufgabe von GL sein, verschiedene Leistungserbringende im Gesundheitswesen stärker zu vernetzen und Austausch zwischen diesen zu fördern.

- Zusätzlich merken die chronisch erkrankten und multimorbiden Personen an, dass sie sich Unterstützung wünschen in Bezug auf einmalige Fragen zu Versorgungsangeboten, da ihnen diese oftmals nicht bekannt sind oder sie bezüglich ihrer Problemlage oder Symptomatik nicht wissen, an welchen Dienstleistenden sie sich noch wenden können. Dies sollte in enger Abstimmung mit der Hausärzteschaft erfolgen.
- Aus den Ergebnissen der Befragung lässt sich zudem erkennen, dass GL bei der Koordination von Kostenträgern unterstützen könnte.
- Aufbauend auf den geschilderten Bedarfen in ihrer Versorgung geben die Teilnehmenden vielfältige Anregungen zur konkreten Ausgestaltung eines Sektorenübergreifenden CMs, u. a. zu Zugang, Zielgruppe, Aufgaben, Einsatzort, Kontakt und Kompetenz- und Qualifikationsprofil. Diese in ausführlich dargestellten Ideen sollten nach Betrachtung aller Befragungen im Konzept für ein CM aufgenommen werden.

3.5 Befragung von Hausärztinnen und Hausärzten im Raum Ettenheim

3.5.1 Theoretische Grundlagen: Aufgaben und Herausforderungen von Hausärztinnen und Hausärzten bei der Versorgung chronisch erkrankter und multimorbider Personen

Hausärztinnen und Hausärzte nehmen eine zentrale Rolle hinsichtlich der langfristigen Betreuung von chronisch erkrankten und multimorbiden Personen ein.⁸¹ Gemäß § 73 SGB V umfasst die hausärztliche Versorgung folgende Elemente:

- Die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Diagnostik und Therapie.
- Die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen einschließlich der Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringenden.
- Die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsarten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung.
- Die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.⁸²

⁸¹ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2009), S. 93.

⁸² § 73 SGB V i.d.F. vom 16.09.2022.

Häufig stellen Hausärztinnen und Hausärzte die erste Ansprechstation im Versorgungssystem dar, setzen die Primärversorgung um und erfüllen Koordinierungsaufgaben bzw. eine Steuerungsfunktion zu Fachärztinnen und Fachärzten sowie stationären Einrichtungen.⁸³

Hausarztpraxen werden durch den komplexer werdenden Versorgungsbedarf von chronisch erkrankten und multimorbiden Personen gefordert.⁸⁴ Sie stehen bei der Betreuung dieser Zielgruppe einem zunehmenden Organisations- und Beratungsbedarf von chronisch erkrankten und multimorbiden Personen gegenüber.⁸⁵ Stumm et al. (2020) stellen dar, dass nicht-medizinische Tätigkeiten und organisatorische, pflegerische und soziale, sozialrechtliche Beratungen in Hausarztpraxen an Bedeutung gewinnen. Zusätzlich wird die zeitliche Belastung dieser Beratungsanlässe seitens der Befragten betont.⁸⁶ Auch administrative und organisatorische Tätigkeiten werden zunehmend ausgeführt, die im Zusammenhang mit dem regulatorischen Rahmen nicht vergütet werden.⁸⁷ Darüber hinaus stellen Herausforderungen bezüglich der Kommunikation mit Fachärztinnen und Fachärzten und anderen Gesundheitsberufen eine Schwierigkeit für Hausärztinnen und Hausärzte da.⁸⁸ Lang et al. (2020) sowie Stumm (2021) zeigen, dass die Organisation des Erhalts des Arztbriefes von ambulanten Fachärztinnen und Fachärzten sowie Terminvereinbarungen personelle und zeitliche Kapazitäten in Hausarztpraxen binden. Auch der Austausch mit fachärztlichen Kolleginnen und Kollegen sowie mit dem Entlassmanagement aus stationären Einrichtungen wird aus Sicht der befragten Hausärztinnen und Hausärzte als herausfordernd erlebt, um zeitnah Informationen über Patientinnen und Patienten zu erfahren.⁸⁹

Stumm et al. (2020) diskutieren verschiedene Vorschläge zur Entlastung der Hausärztinnen und Hausärzte im Zusammenhang mit der ansteigenden Anzahl von nicht-medizinischen Beratungsanlässen. Dazu zählt der potenzielle Einsatz einer Person mit sozialem oder sozialrechtlichem Hintergrund mit Sprechzeiten in der Hausarztpraxis. Darüber hinaus sind bestehende Versorgungsangebote bei den Hausärztinnen und Hausärzten nicht umfassend bekannt, sodass die Bekanntmachung, Vernetzung und verstärkte Nutzung dieser ebenfalls als Lösungsansatz diskutiert wird. Weiterhin ist die Einrichtung einer externen und leicht erreichbaren Stelle denkbar, die die Koordination der Versorgung im sozialen, sozialrechtlichen und pflegerischen Bereich übernimmt. Auch der Einsatz einer entsprechend weiterqualifizierten MFA innerhalb der Hausarztpraxis wird vorgeschlagen.⁹⁰

⁸³ Vgl. Stumm (2020), S. 158 sowie Ose et al. (2008), S. 322.

⁸⁴ Vgl. Freund et al. (2011), S. 325 sowie Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2009), S. 101.

⁸⁵ Vgl. Stumm (2020), S. 67 sowie Hartung und Schneider (2016), S. 365.

⁸⁶ Vgl. Stumm (2020), S. 69.

⁸⁷ Vgl. Stumm et al. (2021), S. 23.

⁸⁸ Vgl. Stumm et al. (2021), S. 24f. sowie Lang et al. (2019), S. 822.

⁸⁹ Vgl. Lang et al. (2019), S. 825 sowie Stumm et al. (2021), S. 24f.

⁹⁰ Vgl. Stumm (2020), S. 70.

Freund et al. (2011) untersuchen, was Hausärztinnen und Hausärzte unter dem Begriff CM verstehen und inwieweit diese aus ihrer Sicht bereits CM Tätigkeiten übernehmen.⁹¹ Zu den zentralen Ergebnissen der teilstrukturierten Interviews mit zwölf Hausärztinnen und Hausärzten zählt, dass diese CM als „ein individualisiertes, strukturiertes und intensiviertes Versorgungskonzept für chronisch erkrankte oder geriatrische Patientinnen und Patienten, das sowohl medizinische als auch soziale Bedarfe adressiert“⁹² sehen. Zwei Hausärztinnen und Hausärzte geben an, keinerlei Vorerfahrungen mit CM zu haben, wohingegen ein Teil der Hausärztinnen und Hausärzte beschreibt, bereits Kernelemente des CMs auszuüben. Dazu zählen Hausbesuche, die Integration sozialer Beratung sowie Erfahrungen als Lotsinnen und Lotsen im Gesundheitswesen. Zusätzlich wird CM teilweise als Bestandteil von Disease Management Programmen (DMPs) gesehen.⁹³ Weiterhin geben die befragten Hausärztinnen und Hausärzte an, dass ihnen für wesentliche Elemente des CMs wie eine umfassende Bedarfsanalyse und das Aufstellen eines Versorgungsplans zeitliche und personelle Kapazitäten fehlen.⁹⁴

3.5.2 Ziele und Methodisches Vorgehen

Ziele:

- Erfassung eines Stimmungsbildes des Ist-Standes der ambulanten Strukturen und eventuellen Bedarfen im Raum Ettenheim aus Sicht der befragten Hausärztinnen und Hausärzten (Bestandsanalyse).
- Erfassung der Übernahme von CM ähnlichen Tätigkeiten aus Sicht der befragten Hausärztinnen und Hausärzten im Raum Ettenheim zur Vermeidung von Doppelstrukturen (Bestandsanalyse).
- Erfassung der Wünsche von Hausärztinnen und Hausärzten im Raum Ettenheim im Hinblick auf die Ausgestaltung eines CMs im Ortenaukreis (Bedarfsanalyse).

Methodisches Vorgehen:

Entsprechend der räumlichen Fokussierung des Projektes auf die Stadt Ettenheim und umliegende Gemeinden (Kippenheim, Mahlberg, Rust, Ringsheim, Kappel-Grafenhausen) wurde die Befragung der Hausärztinnen und Hausärzte überwiegend auf dieses Gebiet eingegrenzt. Begründung für die Entscheidung der Eingrenzung der Befragung von Hausärztinnen und Hausärzten in der Region ist, dass hausärztliche Praxen in der Regel ein lokal begrenztes Einzugsgebiet besitzen, das beispielsweise kleiner als das von Fachärztinnen und Fachärzten ist. Für die Region wurden insgesamt zwölf Hausarztpraxen identifiziert. Diese wurden sowohl

⁹¹ Vgl. Freund et al. (2011), S. 324.

⁹² Vgl. Freund et al. (2011), S. 324.

⁹³ Vgl. Freund et al. (2011), S. 328f.

⁹⁴ Vgl. Freund et al. (2011), S. 329f.

telefonisch als auch schriftlich für ein Interview angefragt. Um die Stichprobe zu erweitern, wurden zusätzlich im Raum Lahr zwei weitere Hausarztpraxen angefragt.

Es wurde ein Fragebogen in Anlehnung an Freund et al. (2011) eingesetzt.⁹⁵ Die Interviews fanden zwischen Juli und Dezember 2021 bei persönlichen Treffen oder per Telefon zwischen den Hausärztinnen und Hausärzten und Vertreterinnen und Vertretern der KGK Ortenaukreis statt. Sie dauerten zwischen 20 und 50 Minuten. Anschließend erfolgten eine qualitativ inhaltliche Auswertung und induktive Kategorienbildung in Anlehnung an Mayring (2015).⁹⁶

Beschreibung der Stichprobe:

Insgesamt willigten acht der 14 Praxen ein, an der Befragung teilzunehmen. Sechs Praxen lehnten die Beteiligung an der Befragung aufgrund von Zeitmangel ab. Mit den Vertreterinnen und Vertretern von sieben Hausarztpraxen wurden leitfadengestützte semistrukturierte Interviews durchgeführt. Eine Praxis äußerte den Wunsch, den Fragebogen aufgrund von zeitlich begrenzten Ressourcen schriftlich beantworten zu wollen. Unter den neun Befragten waren sechs Männer und drei Frauen. In den Praxen sind zwischen einem und sieben Ärztinnen und Ärzten tätig. Zwei der befragten Praxen beschäftigen Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAHs).

3.5.3 Ergebnisse

Die Ergebnisse der Befragungen von Hausärztinnen und Hausärzten im Raum Ettenheim (siehe Tabelle 7) können anhand von vier Oberkategorien und 20 Unterkategorien strukturiert werden.

⁹⁵ Vgl. Freund et al. (2011), S. 326.

⁹⁶ Vgl. Mayring (2015), S. 62, 69f.

Tabelle 7: Ergebnisse der Befragung von Hausärztinnen und Hausärzten (n=9)⁹⁷

Identifizierte Kategorie	Inhalt
Oberkategorie: Zusammenarbeit mit Versorgungsanbietenden	
Unterkategorie: Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartner	• Es werden folgende Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartner genannt: ○ Fachärztinnen und Fachärzte verschiedener Fachrichtungen ○ Ambulante Pflegedienste und Sozialstationen ○ Brückenpflege/SAPV ○ Heilmittelerbringende wie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Logopädinnen und Logopäden ○ Stationären Einrichtungen wie Krankenhäuser, Rehakliniken ○ Apotheken ○ Weitere Hausärztinnen und Hausärzte ○ Sozialpsychiatrischer Dienst ○ Sanitätshäuser
Unterkategorie: Austausch mit Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern	• Austausch mit niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten: ○ Alle Befragten geben an, sich mit niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten v. a. via Überweisungen und per Arztbriefe auszutauschen. ○ In akuten Fällen oder bei komplexen Sachverhalten wird telefoniert. ○ Teilweise gibt es E-Mail-Kontakte oder Kontakt über Messenger Dienste für Organisatorisches. ○ Aktuell etabliert sich das System Kommunikation im Medizinwesen (KIM). Es bietet die Möglichkeit der sicheren Versendung und des sicheren Empfangs von Dokumenten. • Austausch mit Pflegediensten und Apotheken: ○ Dieser erfolgt häufig telefonisch oder vor Ort in der Praxis. • Austausch mit Heilmittelerbringenden: ○ In akuten Fällen gibt es Telefonate. • Austausch mit Kliniken: ○ Die Ausgestaltung des Austausches ist abhängig von den jeweiligen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern. ○ Es gibt Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner in Kliniken, mit denen der Austausch gut funktioniert und bei denen bei akuten oder komplexen Fällen telefoniert wird. ○ Tendenziell ist der Austausch aber herausfordernder geworden. ○ Es gibt seltener persönliche Rückmeldungen aus Krankenhäusern. ○ Sprachbarrieren stellen Herausforderungen in der Kommunikation dar.

⁹⁷ Quelle: Eigene Darstellung.

	○ Zunehmend bestehen Schwierigkeiten, Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner zu identifizieren und zeitnah Informationen aus Kliniken zu erhalten. ○ Die Befragten erstellen Überleitungsbogen für den Krankenhausaufenthalt. Nach den stationären Aufenthalten erhalten Patientinnen und Patienten Entlassbriefe, welche in der Regel medizinische Informationen enthalten. Zwei Befragte geben an, sich zusätzliche Informationen zum Entlassbrief zu wünschen. ○ Die Befragten geben an, dass Patientinnen und Patienten Entlassbriefe teilweise erst zeitverzögert erhalten. ○ Zum Teil besteht der Wunsch nach einer elektronischen Übermittlung des Entlassbriefs.
Oberkategorie: CM Umsetzung (Kategorie zeigt, auf welche Weise Kernelemente des CMs von den befragten Hausärztinnen und Hausärzten im Alltag umgesetzt werden können.)	
Unterkategorie: Durchführung von Hausbesuchen	• Alle Befragten geben an, alleine oder in Begleitung von VERAHs Hausbesuche durchzuführen. • Dabei lernen sie das soziale Umfeld besser kennen. • Es erfolgt eine Konzentration v. a. auf den medizinischen Fall → Es ist nicht möglich, alle sozialen Aspekte und private Probleme zu lösen. • VERAHs begleiten zu Hausbesuchen oder sie führen Hausbesuche selbstständig durch. Sie können auch etwas organisieren, was vor Ort besprochen wird → ein zusätzliches Management von sozialen und finanziellen Problemen ist aber auch für VERAHs schwer umsetzbar.
Unterkategorie: Lotsen im Gesundheitswesen	• Alle Befragten sehen es als ihre Aufgabe, Patientinnen und Patienten, bei Bedarf an weitere Gesundheitsdienstleistende wie z. B. Fachärztinnen und Fachärzte sowie Heilmittelerbringende weiterzuleiten und Befunde zusammenzuführen. • Vier Befragte geben zu bedenken, dass sie Überweisungen erstellen und Empfehlungen aussprechen, jedoch nicht zeitnah überwachen können, ob Empfehlungen realisiert wurden.
Unterkategorie: Durchführung von Verlaufskontrolle/Monitoring	• Alle Befragten geben an, dass sie Verlaufskontrollen dadurch durchführen, dass Patientinnen und Patienten in regelmäßigen Abständen bei ihnen vorstellig werden. • Zeitlich ist es nur schwer möglich, Patientinnen und Patienten im Nachgang eines Praxisbesuchs nochmal telefonisch zu kontaktieren. Dies passiert in Einzelfällen.
Unterkategorie: Erstellung eines Behandlungsplans	• Alle Befragten geben an, einen Medikamentenplan zu erstellen. • Drei Befragte sprechen an, dass ein Behandlungsplan durch regelmäßige Wiederholungstermine in ihrer Hausarztpraxis abgedeckt wird. (Das Vorgehen wird mündlich individuell mit Patientinnen und Patienten abgesprochen und intern in der Praxis dokumentiert.) • Der Behandlungsplan hängt vom Einhalten von Terminen ab. • Für Patientinnen und Patienten, die in einem DMP eingeschrieben sind, gibt es Versorgungsleitlinien, die einen solchen Plan implizieren.
Unterkategorie: Einbezug des sozialen Umfelds	• Alle Befragten geben an, dass Hausärztinnen und Hausärzte im ländlichen Raum über die Jahre der Betreuung auch das soziale Umfeld ihrer Patientinnen und Patienten kennen; dies hat aber zum Teil länger gedauert.

Unterkategorie: Organisatorische Tätigkeiten	• Hausbesuche sind sehr hilfreich, um das soziale Umfeld kennenzulernen. • Falls der Fall es erfordert, informieren die Befragten Angehörige und beziehen diese ein. • Der Fokus der Befragten liegt auf medizinischen Herausforderungen. • Sieben Hausärztinnen und Hausärzte beschreiben, dass MFAs für Patientinnen und Patienten zeitnahe Termine bei Fachärztinnen und Fachärzte organisieren, dies häufig eine Herausforderung ist und Praxen viel Zeit kostet.
Oberkategorie: Grenzen in der alltäglichen Arbeit	
Unterkategorie: Engmaschiges Monitoring und Begleitung	• Aus Sicht von vier Befragten ist es häufig schwierig, Patientinnen und Patienten engmaschig zu überwachen i. S. einer Überprüfung, ob empfohlene Maßnahmen wirklich zeitnah umgesetzt wurden. • Zwei Befragte geben an, dass sie z. B. Empfehlungen für den Besuch von Fachärztinnen und Fachärzten aussprechen und auch Überweisungen ausstellen. Jedoch ist häufig keine zeitnahe Überwachung möglich, ob die Patientinnen und Patienten dort tatsächlich ankommen. Dies stellt sich erst nach einer gewissen Zeit bei erneuter Vorstellung der Patientinnen und Patienten heraus. • Aufgrund einer großen Anzahl an Patientinnen und Patienten bei gleichzeitig begrenzten Ressourcen, ist es nicht immer möglich, sehr nah am Fall dranzubleiben. • Ein Befragter spricht ebenfalls an, nicht zeitnah kontrollieren zu können, ob Medikamente korrekt eingenommen werden. Dies lässt sich beim Erheben von Laborwerten zeitverzögert erkennen.
Unterkategorie: Organisation/Koordination	• Die Befragten erbringen aus ihrer Sicht organisatorische und koordinative Aufgaben zusätzlich zu ihrer eigentlichen medizinischen Tätigkeit, die sie häufig an ihre Grenzen bringen. • Vier Befragte beschreiben, dass ihre Praxis sich häufig bei Fachärztinnen und Fachärzten um Termine für ihre Patientinnen und Patienten bemühen, damit diese in einem medizinisch vertretbaren und sinnvollen zeitlichen Rahmen weiterbehandelt werden: ○ Ein Befragter erklärt, dass Patientinnen und Patienten mit der Bitte auf ihn zukommen, einen Termin bei Fachärztinnen und Fachärzten zu machen. ○ Drei Befragte geben an, dass dies in dem Umfang, in dem dies nötig ist, häufig nicht leistbar ist und viele Ressourcen der Mitarbeitenden der Praxis bindet. ○ Die Wahrnehmung von Terminen vermittelt durch die Terminservicestelle der KV ist für weniger mobile Patientinnen und Patienten herausfordernd. • Die Befragten nennen, dass weitere organisatorische Prozesse wie z. B. die Organisation von Transporten zur ambulanten Weiterbehandlung viele Ressourcen binden: ○ Häufig tritt dies bei Patientinnen und Patienten ohne Unterstützung im sozialen Umfeld auf. • Weniger organisatorische Tätigkeiten würden Kapazitäten für eigentliche ärztliche Tätigkeiten schaffen.
Unterkategorie: Vermischung verschiedener Problemlagen	• Aus Sicht der Befragten bestehen Herausforderungen beim gleichzeitigen Vorliegen medizinischer, sozialer und/oder finanzieller Problemlagen. • Ihr Fokus liegt v. a. auf medizinischen Herausforderungen.

Unterkategorie: Bürokratische Prozesse und rechtliche Fragen Unterkategorie: Zusammenarbeit mit stationären Einrichtungen	• Zum Teil müssen aber auch durch die Krankheit bedingte soziale oder finanzielle Herausforderungen bewältigt werden → aufgrund zeitlich und personell begrenzter Ressourcen ist dies nicht immer möglich. • Zusätzlich besitzen sie keine umfassende Kenntnis aller Anlaufstellen für soziale und finanzielle Aspekte in der Region. • Zwei Befragten geben an, ihren Patientinnen und Patienten bei bürokratischen Prozessen und (sozial-)rechtlichen Aspekten nur bedingt weiterhelfen zu können. • Alle Befragten geben an, bei der Kommunikation mit stationären Einrichtungen zumindest zeitweise an ihre Grenzen zu stoßen. • Der Übergang zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sollte fließender gestaltet werden.
Oberkategorie: CM Ausgestaltung	
Unterkategorie: Zugang Unterkategorie: Zielgruppe Unterkategorie: Aufgaben	• Vier Befragte wünschen sich einen Zugang ausschließlich über Hausärztinnen und Hausärzte oder Fachärztinnen und Fachärzten: ○ Es ist schwierig für Patientinnen und Patienten zu definieren, ob sie tatsächlich einen Bedarf für CM haben. ○ GL werden eine Kapazitätsgrenze haben, daher sollte der Zugang reguliert sein. • Zwei Befragte geben an, dass die Art des Zuganges egal ist: ○ Wichtig ist eine Gegenprüfung durch GL. ○ Ein standardisierter enger Austausch unabhängig vom Zugang mit Hausärztinnen und Hausärzten ist wichtig. ○ Die Flexibilität der GL hat eine hohe Bedeutung. • Ein Befragter erklärt, dass er einen kombinierten Zugang sowohl niederschwellig als auch über Haus- und Fachärztinnen und Haus- und Fachärzte bevorzugt. • Folgende Zielgruppen werden genannt: ○ V. a. ältere, multimorbide und chronisch erkrankte Personen haben Bedarf. ○ Multimorbide Menschen, die häufig krisenhafte Phasen durchleben und immer wieder ins Krankenhaus müssen. ○ Personen, bei denen eine Vermischung von Problemlagen (medizinisch, sozial und finanziell) vorliegt. ○ Personen mit Einschränkungen der Alltagskompetenzen, z. B. fehlendes soziales Netzwerk, keine Möglichkeiten zur eigenständigen Recherche, mangelnde Systemkenntnis, ungesicherte Medikamenteneinnahme. • Folgende Aufgaben werden genannt: ○ Umfassende Einschätzung der IST-Situation des Betroffenen (medizinisch, sozial und finanziell). ○ Verpflichtender enger Austausch mit Hausärztinnen und Hausärzten. ○ Ansprechstation für Hausärztinnen und Hausärzte hinsichtlich bestehender Angebote. ○ Vermittlung von formellen und informellen Angeboten, besonders für soziale und finanzielle, rechtliche Belange und damit verbunden organisatorische und koordinative Aufgaben. ○ Vereinbarungen von Terminen. ○ Einbezug des sozialen Umfelds der Patientinnen und Patienten sowie Angehörigenunterstützung.

	○ Intensives Monitoring und Darstellung einer durchgehenden Bezugsperson für Patientinnen und Patienten. Darunter fällt z. B. die Kontrolle, ob Maßnahmen, die aus Sicht der Hausärzteschaft medizinisch notwendig sind, auch durchgeführt wurden. Z. B. wurden die von Hausärztinnen und Hausärzten empfohlene Fachärztinnen und Fachärzte tatsächlich aufgesucht? ○ Vermittlung von Zusatzinformationen bei komplexen Fällen, die über die Inhalte des Entlassbriefes aus dem Krankenhaus hinausgehen. ○ Vorzeitige Übermittlung des Entlassbriefes an die Hausärzteschaft bei komplexen Fällen, sodass diese den ersten Hausarztbesuch nach stationärem Aufenthalt ihrer Patientinnen und Patienten besser vorbereiten können. ○ Vernetzung bereits bestehender Angebote und bekannter machen bereits bestehender Angebote bei den Hausarztpraxen.
Unterkategorie: Einsatzort	• Die Mobilität von GL ist wichtig. • Fünf Befragte sprechen sich für Standort in einem zu entstehenden Gesundheitszentrum aus: ○ Hier muss allerdings genau geprüft werden, welche Professionen sich im Gesundheitszentrum ansiedeln, damit GL als neutral wahrgenommen werden. ○ Ein Befragter gibt an, sich eine Ansiedlung im ambulanten Bereich zu wünschen, da hier ein erheblicher Teil der Versorgung von chronisch erkrankten Menschen abläuft.
Unterkategorie: Schnittstelle/Kontakt	• Vier Befragte geben an, dass ein telefonischer Kontakt wichtig ist. Es könnte jedoch schwierig werden, die Hausarztpraxis telefonisch zu erreichen, da hier häufig alle Leitungen belegt sind. Dennoch ist die Kommunikation über das Telefon unerlässlich. • Drei Befragte wünschen sich Unterstützung durch ein IT-System für den Austausch. Es werden verschiedene Vorschläge genannt: ○ Erreichbarkeit über Homepage und E-Mail. ○ Errichtung einer digitalen Plattform mit einer Art E-Mail-Kommunikation, Tools für Aufgaben, Wiedervorlagen, Messenger Dienst oder Chat Funktion. ○ Anbindung an KIM. ○ Nutzung von Chat Kommunikation. • Zwei Befragte geben an, dass die Art des Austausches egal ist, solange es eine niederschwellige Kommunikation und eine gute Erreichbarkeit gibt. • Die Klärung datenschutzrechtlicher Themen ist elementar. Ein Teil der Befragten gibt an, dass sie ihren Patientinnen und Patienten ein Datenschutzblatt vorlegen → GL müssten in dieses Datenschutzblatt integriert werden. • Die Zusammenarbeit mit GL sollte möglichst flexibel und unbürokratisch ausgestaltet sein.
Unterkategorie: Neutralität	• GL sollten Vorschläge machen, welche Angebote für Patientinnen und Patienten bestehen und müssen hierbei darauf achten, dass neutral alle möglichen Dienstleistenden in der Region vorgeschlagen werden.
Unterkategorie: Kompetenz- und Qualifikationsprofil	• Folgende Kompetenzen werden genannt: ○ Sehr gute Vernetzung in der Region/ Aufbau von Netzwerkstrukturen ○ Umfassendes Wissen über bestehende Versorgungsangebote ○ Gute Erreichbarkeit, schnelle Rückmeldungen und Flexibilität ○ Organisationsfähigkeit

- Durchhaltevermögen
- Empathie
- Kommunikationsfähigkeit
- Folgende Qualifikationen werden genannt:
 - Medizinische Grundkenntnisse und eine medizinisch-pflegerische Grundausbildung sind sinnvoll, da so ein Verständnis für medizinische Vorgänge gegeben ist.
 - Eine befragte Person gibt an, dass es eventuell sinnvoll wäre, Personen einzustellen, die sowohl ein Studium im Bereich der Sozialen Arbeit absolviert haben, als auch eine medizinische Grundausbildung haben.
 - Eine befragte Person gibt an, dass ein sozialpädagogischer Hintergrund sinnvoll ist.

3.5.4 Diskussion und Fazit der Ergebnisse

Basierend auf den Ergebnissen lassen sich folgende Erkenntnisse zusammenfassen sowie erste Ansatzpunkte für ein SCM ableiten, die auch gemeinsam mit der AG CM diskutiert wurden:

- Die befragten Hausärztinnen und Hausärzte nennen v. a. Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartner im medizinischen und pflegerischen Bereich und weniger aus anderen sozialen Bereichen wie z. B. Beratungsangebote. Hier könnten GL ansetzen.
- Die Angaben der Literatur bezüglich Herausforderungen in der Kommunikation mit Fachärztinnen und Fachärzten können bestätigt werden. Die befragten Hausärztinnen und Hausärzte nennen Optimierungsbedarf im Hinblick auf die Kommunikation mit stationären Einrichtungen. GL könnten dazu beitragen, Übergänge zwischen verschiedenen Sektoren zu verbessern durch die Weiterleitung von Informationen zwischen den Sektoren. Beispielsweise könnten GL stationären Einrichtungen Informationen über das häusliche Umfeld der Patientinnen und Patienten geben. Außerdem könnten sie Hausärztinnen und Hausärzte über den Ablauf möglicher Klinikaufenthalte informieren und somit Inhalte, die über den Entlassbrief hinausgehen, nennen. Digitale Lösungen und eine zeitnahe Übermittlung von Arztbriefen über das System KIM werden von der AG CM als weiterer potenzieller Lösungsvorschlag angeregt. Eine Anbindung von GL an KIM könnte sinnvoll sein.
- Die befragten Hausärztinnen und Hausärzte geben an, dass sie teilweise CM Elemente wie Hausbesuche oder Terminvereinbarungen übernehmen. Sie sehen sich v. a. als GL im Gesundheitswesen, die an weitere Gesundheitsdienstleistende wie z. B. Fachärztinnen und Fachärzte oder Heilmittelerbringende weiterleiten und Befunde entsprechend zusammenführen.
- Gleichzeitig nennen die Teilnehmenden aber Grenzen der alltäglichen Arbeit. Sie können z. B. nicht immer eine intensive Bezugspersonenbetreuung gewährleisten, in dem Sinne, ob von ihnen empfohlene Maßnahmen von Patientinnen und Patienten zeitnah umgesetzt werden. Dies könnte durch GL übernommen werden.
- Beim gleichzeitigen Vorliegen von medizinischen, sozialen und/oder finanziellen Problemen geben die Hausärztinnen und Hausärzte an, ihren Fokus v. a. auf die medizinische Problemlage zu legen. Aufgrund zeitlich begrenzter Ressourcen ist es nicht immer möglich, noch zusätzliche soziale Problematiken zu lösen. Auch sind Hausärztinnen und Hausärzten nicht alle Anlaufstellen für soziale und finanzielle Aspekte bekannt. Hier könnten GL ansetzen und verschiedene komplexe Problemlagen von Patientinnen und Patienten berücksichtigen. Auch bei rechtlichen Fragen oder bürokratischen Prozessen, könnten GL recherchieren und an die richtigen Stellen im System verweisen.

- Die Hausärztinnen und Hausärzte berichten, dass sie v. a. mündliche Vorschläge machen, was die nächsten Schritte in der medizinischen Versorgung sind und es aufgrund zeitlicher Abhängigkeiten auch nicht immer sinnvoll ist, einen Behandlungsplan aufzustellen. GL könnten einen schriftlichen Versorgungsplan aufstellen.
- Die Angaben aus der Literatur werden bestätigt, dass Organisations- und Beratungsbedarf aus Sicht der Hausärztinnen und Hausärzte viel Zeit in Anspruch nehmen. Hier könnten GL bei Patientinnen und Patienten entlasten, die in dem CM Prozess eingeschlossen sind. Dies setzt bei der Organisation von z. B. Arztterminen aber auch voraus, dass GL bekannt sind und eine Akzeptanz z. B. in Facharztpraxen vorliegt, dass auch GL Termine vereinbaren können.
- Die AG regt ebenfalls an, dass GL auf Systemebene ansetzen und auf Optimierungsbedarfe in der Versorgungslandschaft hinweisen könnten.
- Die Teilnehmenden der Befragung geben vielfältige Anregungen zur konkreten Ausgestaltung eines SCMs, u. a. zu Zugang, Zielgruppe, Aufgaben, Einsatzort, Kontakt und Kompetenz- und Qualifikationsprofil. Das CM sollte aus Sicht der Befragten von einer externen Stelle ausgeführt werden. Diese in Tabelle 7 ausführlich dargestellten Ideen sollten nach Betrachtung aller Befragungen im Konzept für ein SCM aufgenommen werden.

3.6 Befragung von Fachärztinnen und Fachärzten im Raum Ettenheim-Lahr

3.6.1 Theoretische Grundlagen: Aufgaben und Herausforderungen von Fachärztinnen und Fachärzten bei der Versorgung von chronisch erkrankten und multimorbiden Personen

Niedergelassene und stationäre Fachärztinnen und Fachärzte sowie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten leisten elementare Beiträge zur Versorgung von chronisch erkrankten und multimorbiden Personen. Zur Sicherstellung einer durchgängigen Gesundheitsversorgung sind aufeinander abgestimmte Abläufe der verschiedenen am Versorgungsprozess beteiligten Akteurinnen und Akteure notwendig.⁹⁸ Aufgrund der Fragmentierung des deutschen Gesundheitswesens finden sich verschiedene Schnittstellen zwischen unterschiedlichen am Versorgungsprozess beteiligten Gruppen.⁹⁹ Zwischen niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten und anderen niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten sowie Hausärztinnen und Hausärzten bestehen verschiedene organisatorische Rahmenbedingungen, woraus Kommunikations- und Kooperationsdefizite resultieren können.¹⁰⁰ Außerdem stehen Fachärztinnen und Fachärzte vor Herausforderungen, wenn bei Überweisungen von Hausärztinnen und Hausärzten Informationen nicht in ausreichendem Maß weitergegeben

⁹⁸ Vgl. Stumm (2020), S. 823 sowie Bundesärztekammer (Hrsg.) (2011), S. 8f.

⁹⁹ Vgl. Rethmeier-Hanke (2019), S. 375f. sowie Stumm (2020), S. 823.

¹⁰⁰ Vgl. Lang et al. (2019), S. 824; Bösner et al. (2011), S. 371 sowie Bühring (2015), S. 55.

wurden. Zusätzlich ist es für niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte sowie Hausärztinnen und Hausärzte herausfordernd, falls Kolleginnen und Kollegen aus dem stationären Bereich Informationen zeitverzögert weitergeben.¹⁰¹

3.6.2 Ziele und Methodisches Vorgehen

Ziele:

- Erfassung eines Stimmungsbildes des Ist-Standes der ambulanten und stationären Strukturen und eventuellen Bedarfen aus Sicht der befragten Fachärztinnen und Fachärzten sowie psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (Bestandsanalyse).
- Erfassung der Übernahme von CM ähnlichen Tätigkeiten aus Sicht der befragten Fachärztinnen und Fachärzte sowie psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (Bestandsanalyse).
- Erfassung der Wünsche von Fachärztinnen und Fachärzten sowie psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Hinblick auf die Ausgestaltung eines CMs im Ortenaukreis (Bedarfsanalyse).

Methodisches Vorgehen:

Es wurden Interviews mit Fachärztinnen und Fachärzten sowie psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durchgeführt. Fachärztinnen und Fachärzte besitzen häufig ein größeres Einzugsgebiet als z. B. Hausärztinnen und Hausärzte. Daher wurden Fachärztinnen und Fachärzte in der gesamten Region Lahr sowie aus dem angrenzenden Landkreis Emmendingen bzw. genauer der Stadt Herbolzheim miteinbezogen. Zu den am häufigsten in Deutschland auftretenden chronischen Erkrankungen zählen Herz-, Kreislauf-, Krebs-, Muskel- und Skeletterkrankungen, Diabetes mellitus sowie psychische und neurologische Störungen.¹⁰² Es wurden Facharztgruppen identifiziert, die i. d. R. bei den Behandlungen dieser Erkrankungen involviert sind. Auch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurden in die Befragung miteinbezogen. Insgesamt wurden im Altkreis Lahr 52 Praxen und somit 89 Ärztinnen und Ärzte oder psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowohl schriftlich als auch telefonisch für ein Interview angefragt. Den Praxen wurde angeboten, dass die Interviews vor Ort, telefonisch oder per Videokonferenz und flexibel je nach zeitlicher Verfügbarkeit durchgeführt werden können. Die Praxen folgender Fachrichtungen wurden angefragt: Nephrologie (2), Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (3), Psychotherapeutische Medizin (5), Psychiatrie und Psychotherapie (1), Neurologie, Psychiatrie und

¹⁰¹ Vgl. Goss (2015), S. 242.

¹⁰² Vgl. Güthlin, Köhler und Dieckelmann (2020), S. 23 sowie Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2016), S. 46.

Psychotherapie (3), Psychiatrie und Neurologie (1), Neurologie (1), Psychologie (1), Psychologische Psychotherapie (4), Innere Medizin und Nephrologie (1), Innere Medizin und Gastroenterologie (1), Innere Medizin und Gastroenterologie, Endokrinologie und Diabetologie, Hämatologie und Onkologie (1), Innere Medizin und Kardiologie (2), Innere Medizin und Angiologie (1), Viszeralchirurgie (2), Unfallchirurgie (1), Schmerztherapie (1), Orthopädie und Unfallchirurgie (5), Urologie (3), Frauenheilkunde und Geburtshilfe (8), Dermatologie (2), Kinder- und Jugendmedizin (4).

Mit den Vertreterinnen und Vertretern der Praxen wurden leitfadengestützte semistrukturierte Interviews durchgeführt. Die Entwicklung des Fragebogens zur Befragung der Fachärztinnen und Fachärzten bzw. psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten orientierte sich an dem Fragebogen zur Befragung der Hausärztinnen und Hausärzten. Einzelne Fragen wurden im Vergleich zum Interviewleitfaden der Befragung von Hausärztinnen und Hausärzten modifiziert, um sie auf die Tätigkeiten der Fachärztinnen und Fachärzte zuzuschneiden. Die Befragungen wurden zwischen September und November 2021 in persönlichen Treffen oder telefonisch durchgeführt. Die Dauer betrug zwischen 20 und 40 Minuten. Die Auswertung der Interviews erfolgte in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015).¹⁰³

Beschreibung der Stichprobe:

Insgesamt willigten 19 Praxen in eine Befragung ein. Die anderen Praxen standen aufgrund von Zeitmangel, keinem Interesse oder der grundsätzlichen Ablehnung von Interviews nicht für eine Befragung zur Verfügung. Die 19 Befragten stammen aus Praxen folgender Fachrichtungen: Psychotherapeutische Medizin (1), Psychologische Psychotherapie (2), Psychiatrie und Psychotherapie (1), Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie (2), Innere Medizin und Gastroenterologie (1), Nephrologie (1), Frauenheilkunde und Geburtshilfe (2), Innere Medizin und Kardiologie (1), Chirurgie und Unfallchirurgie (1), Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (1), Innere Medizin und Angiologie (1), Innere Medizin und Gastroenterologie, Endokrinologie und Diabetologie, Hämatologie und Onkologie (1), Orthopädie und Unfallchirurgie (1), Kinder- und Jugendmedizin (1), Schmerztherapie (1), Chirurgie und Viszeralchirurgie (1). Sie sind Fachärztinnen und Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie (1), Innere Medizin und Gastroenterologie (1), Innere Medizin und Nephrologie, Endokrinologie/Diabetologie, Diabetologie, Lipidologie (1), Innere Medizin und Kardiologie (1), Innere Medizin und Angiologie (1), Innere Medizin und Hämatologie sowie internistische Onkologie (1), Frauenheilkunde und Geburtshilfe (2), Psychiatrie und Psychotherapie (2), Chirurgie und Unfallchirurgie (1), Neurologie (1), Orthopädie (1), Kinder- und Jugendmedizin (1), spezielle Schmerztherapie (1) sowie

¹⁰³ Vgl. Mayring (2015), S. 62, 69f.

Chirurgie und Viszeralchirurgie (1). Zusätzlich wurde eine Diplom-Psychologin und Psychotherapeutin (1) sowie ein Diplom-Sozialpädagoge und Psychotherapeut für Kinder- und Jugendliche befragt (1). Unter den Befragten waren 13 Männer und sechs Frauen. Die befragten Fachärztinnen und Fachärzte bzw. psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind in Ettenheim (9), Lahr (6), Kippenheim (1), Schuttertal (1) und Herbolzheim (2) tätig. Fünf der befragten Fachärztinnen und Fachärzte sind sowohl ambulant in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) als auch stationär im Krankenhaus tätig. Ein befragter Facharzt hat sich ebenfalls niedergelassen und arbeitet zusätzlich als Belegarzt in zwei stationären Einrichtungen. Ein weiterer befragter Facharzt ist sowohl in der Klinik, als auch ambulant mittels persönlicher Ermächtigung tätig. Eine weitere Befragte ist ausschließlich im stationären Sektor und neun befragte Fachärztinnen und Fachärzte sind ausschließlich im ambulanten Sektor tätig.

3.6.3 Ergebnisse

Die Ergebnisse lassen sich in vier Oberkategorien und 18 Unterkategorien einteilen (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: Ergebnisse der Befragung von Fachärztinnen und Fachärzten (n=19)¹⁰⁴

Identifizierte Kategorie	Inhalt
Oberkategorie: Zusammenarbeit mit Versorgungsanbietenden	
Unterkategorie: Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartner	• Je nach Fachrichtung der befragten Fachärztinnen und Fachärzte und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten variieren die Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartner. • Es werden folgende Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartner genannt: ○ Hausärztinnen und Hausärzte ○ Fachärztinnen und Fachärzte verschiedener Fachrichtungen (Es gibt Unterschiede in Abhängigkeit der eigenen Fachrichtung) ○ Stationäre Einrichtungen ○ Selbsthilfegruppen ○ Gesundheitsnetzwerk Ettenheim ○ Krankenkassen ○ Zentrum für chronische Wunden ○ Heilmittelerbringenden ○ Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie erklären, auch Kontakte zu Betreuenden, Einrichtungen für betreutes Wohnen, Pflegeheimen oder Sozialarbeitern zu haben. ○ Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben zusätzlich Kontakte zu Schulen, Jugendämtern, verschiedenen Beratungsstellen. ○ Fachärztinnen und Fachärzte für Onkologie nennen, auch mit Brückenpflege/SAPV sowie Hospizvereinen zusammenzuarbeiten. ○ Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin haben Kontakte zu den Frühen Hilfen sowie dem Präventionsnetzwerk Ortenaukreis. Unterkategorie: Austausch mit Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern • Zwölf Befragte beschreiben einen schriftlichen Austausch mit anderen Ärztinnen und Ärzten: ○ Teilweise wird das Informationssystem KIM zum Austausch von Arztbriefen genutzt. ○ Die elektronische Patientenakte (ePA) befindet sich in der Umsetzung. ○ Ein Befragter beschreibt, dass Briefe oder Überweisungen von Hausärztinnen und Hausärzten z. T. nur unzureichende Informationen enthalten. • Teilweise besteht ein telefonischer Austausch mit anderen Ärztinnen und Ärzten: ○ Eine Befragte gibt an, dass es nicht immer einfach ist, den richtigen Zeitpunkt abzusprechen, bei dem sowohl Fachärztinnen und Fachärzte sowie Hausärztinnen und Hausärzte erreichbar sind. • Drei befragte Ärztinnen und Ärzte geben an, v. a. telefonisch mit weiteren Professionen im Gesundheitswesen wie Krankenkassen oder Selbsthilfegruppen in Kontakt zu stehen.

¹⁰⁴ Quelle: Eigene Darstellung.

	• Die befragten psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten geben ebenfalls an, v. a. zu telefonieren. Sie erhalten aber auch Arztbriefe. Es gibt eher selten Kontakte zu Hausärztinnen und Hausärzten. • Es besteht ein Austausch im Rahmen der Schmerztherapie durch interdisziplinäre Schmerzkonferenzen. • Die Zusammenarbeit mit stationären Einrichtungen bzw. Krankenhäusern ist unterschiedlich ausgestaltet: ○ Überweisungen und z. T. Arztbriefe werden versendet. ○ Fachärztinnen und Fachärzte, die gleichzeitig, sowohl stationär als auch ambulant z. B. in MVZs tätig sind, beschreiben eine sehr gute Zusammenarbeit mit den Kliniken, da sie selbst einen nahtlosen Übergang zwischen stationärer und ambulanter Versorgung anbieten können. ○ Zusammenarbeit mit Kliniken läuft besonders gut, wenn man Ansprechpersonen persönlich kennt. ○ Kennt man keine Ansprechperson läuft der Austausch v. a. schriftlich ab.
Oberkategorie: CM Umsetzung (Kategorie zeigt, auf welche Weise Kernelemente des CMs von den Befragten im Alltag umgesetzt werden können.).	
Unterkategorie: Lotsen im Gesundheitswesen	• Fünf Befragte geben an, Patientinnen und Patienten an weitere Fachärztinnen und Fachärzte weiter zu verweisen, die für die Diagnosestellung und Behandlung der Erkrankungen notwendig sind. Ist es im Zusammenhang mit der Erkrankung notwendig, z. B. die Ernährung umzustellen oder das Rauchen zu entwöhnen, machen sie auf entsprechende Angebote aufmerksam, falls sie diese kennen. • Vier Befragte sprechen an, sich vorrangig auf ihr Fachgebiet zu fokussieren, da sie hierauf spezialisiert sind. • Sechs Befragte erklären, bei anderen Erkrankungen außerhalb ihres Fachgebietes an andere Fachärztinnen und Fachärzte weiterzuleiten. • Zwei Befragte schildern, dann an Hausärztinnen und Hausärzte zurück zu lotsen, damit diese den Überblick behalten. • Die Befragten geben an, dass sie versuchen, bei sozialen oder finanziellen Problemen ihrer Patientinnen und Patienten, die richtigen Anlauf- und Beratungsstellen zu vermitteln: ○ Teilweise werden diese Problematiken nicht systematisch abgefragt. Befragte, v. a. aus den Bereichen der Psychologie, Psychiatrie oder psychologischen Psychotherapie geben an, diese Aspekte immer abzufragen. ○ Die Vermittlung ist nicht immer möglich, da die Befragten keinen Gesamtüberblick über alle bestehenden Angebote für alle möglichen Belange der Patientinnen und Patienten haben. ○ Eine intensive Begleitung und Bezugspersonenbetreuung ist oftmals nicht möglich wie z. B. die Überwachung, ob Patientinnen und Patienten entsprechende Angebote wirklich aufsuchen und wahrnehmen.
Unterkategorie: Durchführung von Verlaufskontrolle/Monitoring	• Neun Befragte erklären, dass dies durch das regelmäßige Vorstellen der Patientinnen und Patienten in der Praxis abgedeckt wird. • Zwei Befragte erläutern, zu versuchen, gleich Anschlusstermine für Kontrolluntersuchungen zu machen. • Bei akuten Fällen bestehen engmaschige Termine. • Ein Befragter gibt an, bei Bedarf nochmal mit den Patientinnen und Patienten zu telefonieren.
Unterkategorie: Erstellung eines Behandlungsplans	• Alle Befragten geben an, Medikamentenpläne zu berücksichtigen und entsprechend zu ergänzen. • Fünf Befragte erklären, dass die Erstellung eines Behandlungsplans durch intensive Gespräche mit den Patientinnen und Patienten und der entsprechenden schriftlichen Dokumentation in Arztbriefen abgedeckt ist.

Unterkategorie: Einbezug des sozialen Umfelds	• Eine Befragte erklärt, dass einige Patientinnen und Patienten trotz intensiver Gespräche nicht alle Inhalte behalten und wiedergeben könnten → eine Art schriftlicher Behandlungsplan, der Patientinnen und Patienten gegeben wird, könnte sinnvoll sein. • Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie teilweise psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten geben an, eine Bedarfsanalyse ihrer Patientinnen und Patienten durchzuführen und entsprechend einen umfassenden Versorgungsplan aufzustellen → eine umfassende Kenntnis über alle möglichen Versorgungsangebote ist bei ihnen jedoch nicht vorhanden und eine intensive Einzelfallbetreuung nicht leistbar. • Befragte, vorwiegend aus den Bereichen der Psychologie, Psychiatrie, Neurologie, psychologische Psychotherapie, Kinder- und Jugendmedizin sowie Schmerztherapie geben an, das soziale Umfeld der Patientinnen und Patienten einzubeziehen. Patientinnen und Patienten erzählen von sich aus darüber oder die Befragten fragen dies explizit ab. Sie stehen auch mit Angehörigen in Kontakt. • Vertreterinnen und Vertreter anderer Fachgebiete geben an, nach dem sozialen Umfeld der Patientinnen und Patienten zu fragen, wenn dies aus ihrer Sicht für den Fall relevant ist. • Alle Befragten geben an, dass Angehörige eingebunden werden, wenn diese bei Terminen dabei sind. Falls sie nicht dabei sind, werden diese in Einzelfällen gesondert kontaktiert. • Drei Befragte versuchen, soziale Themen anzusprechen. Häufig fehlt hierzu die Zeit. • Die Befragten unterstützen die Patientinnen und Patienten teilweise bei organisatorischen Prozessen: ○ Es erfolgt eine Unterstützung bei der Organisation von Transporten. ○ Es erfolgt die Kontaktaufnahme zur Hausärzteschaft, dass ein Ausweis auf Behinderung erstellt werden muss, falls Patientinnen und Patienten sie auf eine entsprechende Problematik hinweisen.
Oberkategorie: Grenzen in der alltäglichen Arbeit	
Unterkategorie: Engmaschiges Monitoring und Begleitung	• Befragten können oftmals nicht so nah am Fall dranbleiben, um zu überprüfen, ob von ihnen empfohlene Maßnahmen tatsächlich zeitnah umgesetzt werden. • Dies kann erst bei einer erneuten Vorstellung der Patientinnen und Patienten in der Praxis auffallen. Je nach Krankheitslage kann dies erst zu einem späteren Zeitpunkt der Fall sein. • Intensive Bezugspersonenbetreuung kann nicht immer gewährleistet werden.
Unterkategorie: Organisation/Koordination	• Die Befragten und ihre Praxismitarbeitenden übernehmen aus ihrer Sicht organisatorische Tätigkeiten, die zeitliche und personelle Ressourcen binden und über ihre eigentliche medizinische Tätigkeit hinausgehen. • Ein Befragter gibt an, recht häufig Transporte für Patientinnen und Patienten zu organisieren, damit diese ambulanten Gesundheitsdienstleistungen wahrnehmen können. Dies ist besonders bei Patientinnen und Patienten ohne Unterstützung aus dem sozialen Umfeld der Fall. • Ein Befragter berichtet, dass bestimmte ambulante Behandlungen in Krankenhäusern durchführbar und medizinisch vertretbar sind, wenn sichergestellt wird, dass die Patientinnen und Patienten in der darauffolgenden Nacht nicht alleine sind. Häufig wird doch eine Übernachtung notwendig, wenn Patientinnen und Patienten es nicht rechtzeitig geschafft haben, dies zu organisieren.

Unterkategorie: Vermischung verschiedener Problemlagen	• Ein Befragter veranschaulicht, dass es nicht immer möglich ist, Patientinnen und Patienten bei der Terminorganisation zu unterstützen. Dies ist für bestimmte Patientinnen und Patienten aber z. B. aufgrund ihres Krankheitsbildes und mangelnder Alltagskompetenz eine große Herausforderung. • Ein Befragter beschreibt, sich mehr Vorinformationen durch die Hausärzteschaft zu wünschen. • Ein Befragter erklärt, dass Patientinnen und Patienten mit komplexen Versorgungsbedarfen z. T. Unterstützung brauchen, alle medizinisch relevanten Informationen, die sie bereits in ihren persönlichen Unterlagen besitzen, zu ordnen.
Unterkategorie: Kenntnis von Hilfsangeboten	• Aus Sicht eines Teils der Befragten kommen häufig zu medizinischen Herausforderungen auch noch soziale Herausforderungen für die Patientinnen und Patienten hinzu. • Die Befragten nennen, dass sie die medizinischen Tätigkeiten auf ihrem Fachgebiet forcieren würden. Aus Zeitgründen können sie sich nur bedingt mit sozialen Belangen der Patientinnen und Patienten auseinandersetzen; hier sehen sie Bedarfe. • Ein Befragter beschreibt, dass es hilfreich wäre, mehr Informationen aus dem häuslichen Umfeld zu haben. • Eine Befragte beschreibt, dass es aus ihrer Sicht im Klinikalltag recht lange dauert, bis das soziale Umfeld der Patientinnen und Patienten analysiert und z. B. Überleitungsmaßnahmen in Anschlussbehandlungen eingeleitet werden.
Unterkategorie: Bedarf an verstärktem Gatekeeping	• Aus Sicht einer Befragten gibt es einen Bedarf für ein verstärktes Gatekeeping seitens der Hausärzteschaft. • Die Befragten geben an, dass eine sehr hohe Anzahl von Patientinnen und Patienten bei ihnen vorstellig werden. • Teilweise besteht der Wunsch, dass Hausärztinnen und Hausärzte bereits etablierte Priorisierungssysteme der Facharztpraxen stärker nutzen.
Unterkategorie: Sprach- und Kommunikationsbarrieren	• Eine Befragte äußert den Wunsch, dass die Hausärzteschaft den Zugang zur Fachärzteschaft noch stärker steuert, indem sorgfältige Voruntersuchungen geführt werden und noch mehr darauf geachtet wird, welche Informationen auf Überweisungen gegeben werden. • Eine Befragte sieht ein Problem in Doppeluntersuchungen. • Einige Patientinnen und Patienten verstehen aufgrund von Sprach- und Kommunikationsbarrieren die systematischen Abläufe im Gesundheitswesen nicht. Sprachliche Hürden erschweren die Kommunikation von Diagnosen.
Oberkategorie: CM Ausgestaltung	
Unterkategorie: Zugang	• Neun Befragte befürworten Zugang ausschließlich über Haus- und Fachärztinnen und Haus- und Fachärzte: ◦ Diese können abschätzen, wer Bedarf für ein CM hat. So können Ressourcen der GL zielgerichtet eingesetzt werden.

Unterkategorie: Zielgruppe	○ Patientinnen und Patienten, die einen Hilfebedarf haben und sich nicht im System zurechtfinden, finden GL auch nicht eigenständig. ○ Die Bedeutung wird betont, dass auch Fachärztinnen und Fachärzte GL einschalten können. ○ Andere an der Versorgung beteiligte Professionen sollten ebenfalls über die Existenz von GL informiert sein wie z. B. die Breast Care oder Parkinson Nurse. • Zehn Befragte sprechen sich für einen kombinierten Zugang (sowohl durch Haus- und Fachärztinnen und Haus- und Fachärzte als auch freier Zugang) aus: ○ Patientinnen und Patienten sollten selbst die Chance haben, sich zu informieren. ○ Ärztinnen und Ärzte könnten gleichzeitig das Angebot bekannter machen und Hemmungen nehmen. • Zusätzlich wird angesprochen, dass es einer Überprüfung durch GL bedarf, ob bei Patientinnen und Patienten ein Bedarf für ein CM vorliegt. • Es werden folgende Zielgruppen genannt: ○ Ältere, chronisch erkrankte und multimorbide Personen haben Bedarf. ○ Personen mit Einschränkungen der Alltagskompetenz, z. B. mangelnde Unterstützung aus dem sozialen Umfeld, keine Systemkenntnis des Gesundheitswesens, keine Möglichkeit zur umfassenden Recherche. ○ Je nach Krankheitsbild und Komplexität gehören auch jüngere Menschen, z. B. Kinder und Jugendliche zur Zielgruppe. ○ Angehörige haben ebenfalls Bedarf. • Fachärztinnen und Fachärzte geben explizit an, Bedarf in ihrem Fachbereich zu sehen: ○ Dialysepatientinnen und Dialysepatienten, v. a. mit fehlendem sozialen Netzwerk haben Bedarf. ○ Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen haben Bedarf. ○ Onkologische Patientinnen und Patienten, die nicht durch Brückenpflege oder SAPV betreut werden haben Bedarf. ○ Patientinnen und Patienten der HNO haben Bedarf. ○ Chronisch erkrankte und multimorbide Personen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendmedizin und deren Angehörige haben Bedarf. ○ Ambulante Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen haben Bedarf. ○ V. a. ältere Patientinnen und Patienten der Viszeralchirurgie haben Bedarf.
Unterkategorie: Aufgaben	• Es werden folgende Aufgaben genannt: ○ Umfassende Einschätzung der IST-Situation des Betroffenen (medizinisch, sozial und finanziell). ○ Verpflichtender enger Austausch mit der Hausärzteschaft und je nach Bedarf mit der Fachärzteschaft. ○ Überblick über die Gesamtheit aller bestehenden Hilfsangebote in der Region. ○ Vernetzung bereits bestehender Hilfsangebote. ○ Verbesserung der Vernetzung verschiedener fachärztlicher Professionen und anderen Gesundheitsdienstleistern. ○ Abstimmung des Hilfesystems. ○ Vermittlung von formellen und informellen Angeboten, besonders für soziale und finanzielle, rechtliche Belange und damit verbunden organisatorische und koordinative Aufgaben. ○ Einbezug des sozialen Umfelds und Angehörigenunterstützung. ○ Intensives Monitoring und Darstellung einer durchgehenden Bezugsperson für Patientinnen und Patienten.

	○ Begleitung zu Arztterminen. ○ Organisation und Ordnung bereits bestehender Befunde und Arztbriefe und Weiterleitung dieser an die entsprechenden Fachärztinnen und Fachärzte. ○ Unterstützung der Patientinnen und Patienten bei der Kommunikation mit Krankenkassen. ○ Aufklärungsarbeit im CM Prozess, wann die Haus- und wann die Fachärzteschaft aufgesucht werden müssen. ○ Eventuell Übernahme von Abfragen im Hinblick auf Nebenwirkungen etc. nach entsprechender Schulung.
Unterkategorie: Einsatzort	• Elf Befragte geben an, dass sie einen Standort im Klinikum oder in einem zu entstehenden Gesundheitszentrum befürworten. Der Standort ist bekannt und wird mit Qualität und Expertise verbunden. • Drei Befragte schlagen einen Standort möglichst zentral in Ettenheim z. B. am Rathaus vor. • Vier Befragte erklären, dass der Standort irrelevant ist, solange die GL erreichbar sind und ihre Aufgaben durchführen. • Alle Befragten erläutern, dass die Mobilität der GL eine zentrale Rolle spielt.
Unterkategorie: Schnittstelle/Kontakt	• Neun Befragte geben an, telefonisch in Kontakt treten zu wollen: ○ GL sollten einen Anrufbeantworter haben und zeitnah zurückrufen. ○ Problematisch ist die Erreichbarkeit der Arztpraxen aufgrund der Belegung von Leitungen. • Zwölf Befragte halten eine Unterstützung durch ein IT System für sinnvoll. Es werden folgende Vorschläge gemacht: ○ Nutzung von E-Mails zur Klärung von Organisatorischem. ○ Einrichtung eines gesicherten E-Mail-Verkehrs zur Versendung von vertraulichen Daten. ○ Einrichtung einer Chat Funktion (So kann jeder antworten, wenn es sich in den Praxisalltag integrieren lässt). • Umsetzung könnte herausfordernd werden → viele Ärztinnen und Ärzte nutzen unterschiedliche Softwareprogramme • Zwei Befragte schlagen vor, dass GL den persönlichen Kontakt mit Fachärztinnen und Fachärzten suchen, in dem sie Patientinnen und Patienten hin und wieder zu Arztbesuchen begleiten. Dies ermöglicht es, kurz vor Ort gemeinsame Zielsetzungen abzusprechen und sich auszutauschen. • Alle Befragten weisen darauf hin, dass die Zusammenarbeit so unbürokratisch wie möglich gehalten werden sollte. Andernfalls stellt sie keine Entlastung dar.
Unterkategorie: Kompetenz- und Qualifikationsprofil	• Folgende Kompetenzen werden genannt: ○ Sehr gute Vernetzung in der Region/Aufbau von Netzwerkstrukturen ○ Umfassendes Wissen über bestehende Versorgungsangebote ○ Empathie ○ Offenheit ○ Kenntnisse von bürokratischen Prozessen ○ Organisationsfähigkeit ○ Geduld ○ Teamfähigkeit ○ Kommunikationsfähigkeit • Folgende Qualifikationen werden genannt:

- Medizinisch-pflegerische Grundausbildung
- Sozialpädagogische Grundausbildung ergänzt um medizinisch-pflegerische Grundkenntnisse
- Ausbildung zur psychiatrischen Fachpflegekraft

3.6.4 Diskussion und Fazit der Ergebnisse

Basierend auf den Ergebnissen lassen sich folgende Erkenntnisse zusammenfassen sowie erste Ansatzpunkte für ein SCM ableiten, die auch gemeinsam mit der AG CM diskutiert wurden:

- Die Ergebnisse der Befragung der Fachärztinnen und Fachärzten bzw. psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten weisen Ähnlichkeiten zum Stimmungsbild der Hausärztinnen und Hausärzte auf.
- Die Befragten haben vielfältige Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartner im Gesundheitsbereich. Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie sowie psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nennen auch Kontakte in andere Bereiche.
- Austausch mit Fachärztinnen und Fachärzten anderer Professionen besteht v. a., wenn dies zur Diagnosestellung notwendig ist. Der Austausch mit Hausärztinnen und Hausärzten erfolgt v. a. über Arztbriefe. Aktuell besteht für Haus- und Fachärztinnen und Haus- und Fachärzte die Möglichkeit, Qualitätszirkel einzuberufen, um z. B. Schnittstellenproblematiken zu besprechen. GL könnten ansetzen und für eine weitere Vernetzung sorgen, indem z. B. Fallkonferenzen einberufen werden. Die Zusammenarbeit zwischen den befragten Fachärztinnen und Fachärzten und stationären Einrichtungen läuft gut, v. a. dann, wenn eine gleichzeitige Anstellung im MVZ oder gute persönliche Kontakte vorhanden sind. Dies zeigt, dass ein gutes persönliches Verhältnis zu Ärztinnen und Ärzten sowie räumliche Nähe auch für GL sinnvoll sein könnten.
- Teilweise übernehmen die Fachärztinnen und Fachärzte bzw. psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus ihrer Sicht auch CM Kernelemente wie eine Lotsenfunktion im Gesundheitswesen oder Verlaufskontrollen. Die Fachärztinnen und Fachärzten fokussieren sich dabei v. a. auf ihr Fachgebiet und sehen sich hierbei als Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für Sorgen und Nöte rund um die Erkrankung in ihrem Fachgebiet.
- Dennoch nennen die Befragten auch Grenzen ihrer alltäglichen Arbeit wie die Vermischung verschiedener Problemlagen oder mangelnde Kenntnisse von Hilfsangeboten im sozialen oder finanziellen Bereich. Bei Problemen innerhalb ihres Fachgebietes, die auch soziale oder finanzielle Herausforderungen beinhalten, können sie nicht intensiv begleiten und haben auch kein Wissen über alle möglichen Angebote. Dies könnte Aufgabe für GL sein.
- Als weitere Grenzen in der alltäglichen Arbeit geben Befragte an, nicht immer eine intensive Bezugspersonenbetreuung gewährleisten und z. B. überprüfen zu können, ob empfohlene Maßnahmen auch tatsächlich zeitnah umgesetzt wurden. Diese intensive Einzelfallbetreuung könnte Aufgabe von GL sein.

- Für ganz engmaschige Verlaufskontrollen und dem telefonischen „Nachfassen“ fehlt den Ärztinnen und Ärzten die Zeit. Bei Dialysepatientinnen und Dialysepatienten, die dreimal in der Woche zur Dialyse vor Ort sind, besteht dadurch natürlich ein reger Austausch. Auch bei akuten psychischen Erkrankungen gibt es unter Umständen sogar täglichen Austausch mit Ärztinnen und Ärzten. Wenn die Krankheit dann aber stabiler wird, ist der Austausch in dieser Intensität nicht mehr möglich.
- Die Fachärztinnen und Fachärzte berichten, dass sie v. a. mündliche Vorschläge machen, was die nächsten Schritte in der medizinischen Versorgung sind und sie dies in Arztbriefen festhalten. GL könnten einen schriftlichen Versorgungsplan aufstellen, der auch soziale und finanzielle Herausforderungen anspricht und in einfacher Sprache darstellen, was wann zu tun ist.
- Die Befragten sprechen zeitintensive organisatorische und koordinative Tätigkeiten an. GL könnten entlasten, in dem sie bei Patientinnen und Patienten, die im CM Prozess eingeschlossen sind, organisatorische Tätigkeiten übernehmen.
- Bei Patientinnen und Patienten, die im CM Prozess eingeschlossen sind, könnten GL die Hausärzteschaft im Bereich des Gatekeeping unterstützen.
- Die Befragten nennen außerdem Sprach- und Kommunikationsbarrieren. GL könnten einen Beitrag dazu leisten, Diagnosen, Untersuchungen etc. in einfacher Sprache zu vermitteln, sodass diese auch für „Nicht-Mediziner“ verständlich werden. Sie könnten das Versorgungssystem in einfacher Sprache erklären und entsprechende Anlaufstellen vermitteln. Darüber hinaus könnten GL auf Sprachkursen verweisen, Dolmetscherdienste einschalten etc.

3.7 Befragung von berufsverwandten Gruppen

3.7.1 Theoretische Grundlagen: Anwendungen und Ausprägungen von Case Management bei berufsverwandten Gruppen

Wie in Abschnitt 2.4 dargestellt findet CM in verschiedenen Bereichen Anwendung.¹⁰⁵ Im Rahmen der Bestands- und Bedarfsanalyse wurden daher sogenannte berufsverwandte Gruppen befragt. Diese wurden in diesem Projekt als Akteurinnen und Akteure definiert, die CM bereits anwenden oder ähnliche Tätigkeiten ausüben. Eine Zusammenfassung hierzu befindet sich unter Abschnitt 2.6 (Tabelle 4). Nachfolgend wird ausführlicher auf die theoretischen Grundlagen zu Regelungen des Entlassmanagements, der Pflegeberatung, der Pflegestützpunkte, der VERAHS, der SAPV und der Sozialpsychiatrischen Dienste eingegangen.

¹⁰⁵ Vgl. Monzer (2018), S. 44.

Abbildung 6: Überblick zu den Aufgaben des Entlassmanagements¹⁰⁶

Durch das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) haben Krankenversicherte einen Anspruch auf Krankenhaus Entlassmanagement erhalten.¹⁰⁷ Krankenhäuser sind gemäß § 39 Abs. 1a SGB V gesetzlich verpflichtet, eine Sektorenübergreifende Versorgung beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung zu unterstützen.¹⁰⁸ Ein Rahmenvertrag zwischen GKV-Spitzenverband, Deutscher Krankenhausgesellschaft und kassenärztlicher Bundesvereinigung bestimmt die Inhalte des Entlassmanagements. U. a. sollen folgende Aufgaben durchgeführt werden:

- Feststellung des voraussichtlichen Bedarfs für eine Anschlussversorgung nach der Krankenhausbehandlung anhand von standardisierten Erhebungsinstrumenten durch ein multidisziplinäres Team im Krankenhaus. Für Personengruppen mit komplexen Versorgungsbedarfen gelten spezielle Standards.
- Aufstellung eines Entlassplans entsprechend des erfassten Bedarfs.
- Prüfung der Erforderlichkeit von einer Anschlussmedikamentation, fortdauernder Arbeitsunfähigkeit und weiterer verordnungs- bzw. veranlassungsfähiger Leistungen (z. B. SAPV, Kurzzeitpflege, Haushaltshilfe).
- Bei Bedarfen, die die Kranken- bzw. Pflegekasse betreffen, nimmt das Krankenhaus rechtzeitig Kontakt zu diesen auf z. B. im Bereich Pflege, häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe, Rehabilitation, Hilfsmittelversorgung, häusliche Versorgung sowie bei genehmigungspflichtigen Leistungen und im Rahmen der Übergangsversorgung (Kurzzeitpflege).
- Das Krankenhaus ist gemeinsam mit der Kranken- und Pflegekasse dafür verantwortlich, dass rechtzeitig vor der Entlassung die Versorgung organisiert wird, um den Entlassplan umsetzen zu können. Dies beinhaltet z. B. die rechtzeitige Kontaktaufnahme zu notwendigen Leistungserbringenden (z. B. Vertragsärzteschaft, Reha-Einrichtungen, ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen) sowie die Sicherstellung, dass diese zeitgerecht eingesetzt werden.¹⁰⁹

Hinsichtlich der praktischen Relevanz lässt sich festhalten, dass das Entlassmanagement durch den Fokus auf den Übergang nach der Krankenhausbehandlung auf einen engen Bereich begrenzt und kurzfristig ausgelegt ist.¹¹⁰

¹⁰⁶ Quelle: Eigene Darstellung.

¹⁰⁷ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2023) o. S.

¹⁰⁸ § 39 Abs. 1a SGB V i.d.F. vom 29.10.2020.

¹⁰⁹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2023), o. S. sowie Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement) i.d.F. vom 13.10.2016.

¹¹⁰ Vgl. Braeseke et al. (2018), S. 32.

Abbildung 7: Überblick zu den Aufgaben der Pflegeberatung¹¹¹

2018 wurden vom GKV-Spitzenverband Leitlinien zur einheitlichen Pflegeberatung nach § 7a SGB XI beschlossen, welche 2021 nochmals geändert wurden. Pflegeberatung wird v. a. von Pflegeberaterinnen der Pflegekassen, Beratenden von Dienstleistungen und von Beratenden bei Pflegestützpunkten durchgeführt. Auch Beratende bei Pflegediensten, Kommunen oder sonstigen Beratungsstellen können Pflegeberatung durchführen.¹¹² Pflegeberatung ist eine „individuelle und umfassende Beratung und Hilfestellung durch eine Pflegeberaterin oder einen Pflegeberater bei der Auswahl sowie Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsbedarf ausgerichtet sind“¹¹³. Anspruch auf eine Beratung nach § 7a SGB XI haben Personen, „welche Leistungen nach dem SGB XI beziehen sowie Personen, bei denen ein Antrag auf Leistungen aus dem SGB XI gestellt wurde und ein erkennbarer Bedarf für Hilfe und Beratung besteht oder ein Bedarf zur Begutachtung zur Feststellung einer Pflegebedürftigkeit vorliegt“¹¹⁴. Die Pflegeberaterinnen sollen folgende Tätigkeiten ausüben:

- Feststellung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs, insbesondere hinsichtlich der gesundheitlichen Situation, Hilfe- und Unterstützungsbedarf in der alltäglichen Lebensführung, Wohn- und Lebenssituation, Hilfe- und Unterstützungsbedarf im Bereich der Mobilität, Situation der Angehörigen oder weiteren Personen.
- Basierend auf den festgestellten Bedarfen findet eine Beratung statt. Die Beratung erfolgt zu gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen, pflegerischen und sozialen Hilfen. Eventuell wird auch hinsichtlich der Vorbereitung auf die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit beraten.
- Die Pflegeberaterinnen erstellen einen Versorgungsplan entsprechend einer standardisierten Vorlage.
- Die Pflegeberaterinnen soll auf die Umsetzung der Maßnahmen des Versorgungsplans hinwirken. Dies setzt eine entsprechende regionale Vernetzung voraus. Das Hinwirken auf erforderliche Maßnahmen beinhaltet:
 - Abhängig von der Selbsthilfekompetenz vermitteln die Pflegeberaterinnen Kontaktdaten zu Hilfsangeboten oder suchen nach Abstimmung mit den beratenden Personen selbst den Kontakt.
 - Bei Bedarf organisieren die Pflegeberaterinnen die Begleitung zur Maßnahme.
 - Die Pflegeberaterinnen übermitteln Leistungsanträge an die Pflege- oder Krankenkasse.
 - Auf Wunsch erfolgt eine Veranlassung der Einbindung von am Versorgungsprozess beteiligten Akteurinnen und Akteuren.

¹¹¹ Quelle: Eigene Darstellung.

¹¹² Vgl. Dehl et. al (2020), S. 188.

¹¹³ Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vom 07. Mai 2018 i.d.F. vom 20.12.2021.

¹¹⁴ Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vom 07. Mai 2018 i.d.F. vom 20.12.2021.

- Pflegeberatenden überwache die Durchführung z. B. durch Nachfragen, ob Versorgungsmaßnahmen umgesetzt wurden oder Begleitung der beratenden Personen und ggf. Anpassung des Versorgungsplans.
- Pflegeberatende informieren über Leistungen zur Entlastung von Pflegepersonen.¹¹⁵

Die Pflegeberatung gilt als beendet, wenn eine Absprache zwischen Pflegeberatenden und ratsuchenden Menschen getroffen wird, dass alle Ziele erreicht sind oder kein Wunsch mehr nach Pflegeberatung besteht. Eine Beendigung kann ebenfalls vorliegen, wenn keine Verbesserung der Versorgungssituation erwartbar ist.¹¹⁶ Wie dargestellt wird im Gesetzesstext das CM als Teil der Pflegeberatung detailliert beschrieben. Zielgruppe der Pflegeberatung sind Klientinnen und Klienten mit attestiertem Pflegebedarf. Der Fokus liegt auf der pflegerischen Versorgung.¹¹⁷ Die Pflegeberatung kommt folglich erst spät im Krankheitsverlauf zum Tragen.¹¹⁸

Abbildung 8: Überblick zu den Aufgaben der Pflegestützpunkte¹¹⁹

Die Aufgaben der Pflegestützpunkte sind in § 7c Abs. 2 SGB XI geregelt. Demnach gehören zu den Aufgaben:

- § 7c Abs. 2 Nr. 1 SGB XI: Umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote einschließlich der Pflegeberatung nach § 7a in Verbindung mit den Richtlinien nach §17 Absatz 1a.
- § 7c Abs. 2 Nr. 2 SGB XI: Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen.
- § 7c Abs. 2 Nr.3 SGB XI: Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.¹²⁰

In den einzelnen Bundesländern gibt es rahmenvertragliche Bestimmungen zu den Aufgaben der Pflegestützpunkte. Hierin werden die Aufgaben und die Finanzierung der Pflegestützpunkte konkretisiert. Die Inhalte des Tätigkeitsbereichs „Auskunft und Beratung“ bezugnehmend auf § 7c Abs. 2 Nr.1 SGB XI werden in BW wie folgt näher ausgeführt:

¹¹⁵ Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vom 07.Mai 2018 i.d.F. vom 20.12.2021.

¹¹⁶ Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vom 07.Mai 2018 i.d.F. vom 20.12.2021.

¹¹⁷ Vgl. Braeseke et al. (2018), S. 33.

¹¹⁸ Vgl. Braeseke et al. (2018), S. 36.

¹¹⁹ Quelle: Eigene Darstellung.

¹²⁰ § 7c SGB XI i.d.F. vom 16.09.2022.

- Aufklärung und Auskunft: Diese zielt auf die Wiedergabe von Informationen zu Fragen rund um die Pflegebedürftigkeit ab, z. B. über Leistungen der Pflegekassen oder Leistungen anderer Träger. Die Aufklärung und Auskunft ist fallabschließend und beinhaltet keine Notwendigkeit von Folgekontakten.
- Beratung: Diese umfasst vier Schritte: I. Eine Problemanalyse und Erarbeitung einer Zielsetzung, II. Daraus abgeleitete Planung von Maßnahmen, die der Zielerreichung dienen (Versorgungsplan), III. Interventionsdurchführung, IV. Abschluss der Beratung. Die Beratung kann fallabschließend sein. Jedoch sind auch Folgekontakte mit Klientinnen und Klienten möglich.
- CM: Zielt auf Menschen mit komplexen Versorgungsbedarfen ab. Die Unterstützung von mehreren Akteurinnen und Akteuren gleichzeitig ist erforderlich. Im Beratungs- und Interventionskonzept der Pflegebedürftigkeit liegt ein instabiles Pflegesetting vor. CM umfasst folgende Schritte: I. Problemanalyse und Erarbeitung von Zielsetzung (Assessment), II. Planung von Maßnahmen (Versorgungsplan), III. Interventionsdurchführung (Intervention), IV. Interventionssteuerung und -überwachung (Monitoring), V. Reflexion, Evaluation und Abschluss der Beratung (Evaluation). Die Unterstützung erfolgt über einen längeren Zeitraum, stellt jedoch keine dauerhafte Begleitung dar. Wenn Klientinnen und Klienten oder pflegende Angehörige die Pflege wieder selbst organisieren können, endet die Unterstützung. Eine erneute Aufnahme bei Veränderung der Situation ist möglich.¹²¹

Tebest et al. (2015) untersuchten 2015 alle 48 Pflegestützpunkte in BW. Dabei wurden die Pflegestützpunkte durch eine Querschnittsstudie bezüglich ihrer Nachfrage und Leistungsangebote im Zeitraum vom 1. Juni bis 31. November 2012 ausgewertet.¹²² Die Ergebnisse zeigen, dass 66,4 % der Klientinnen und Klienten zwischen 70 und 90 Jahre alt sind. Personen unter 60 Jahre machen 10,9 % der Klientinnen und Klienten aus.¹²³ Bei der Erhebung der nachgefragten Leistungen wurden zwischen drei verschiedenen Leistungsarten unterschieden:

1. Einzelinformation: Dabei wurden nur Leistungen mit einbezogen, in denen Auskünfte unabhängig der persönlichen Situation gegeben worden sind, ohne Fallabklärung.
2. Beratung: Hilfe und Unterstützungsleistungen, welche Klientinnen und Klienten befähigen, die Situation selbstständig zu bewältigen. Dazu zählen Informationen und emotionale Unterstützungsleistungen.
3. CM: „wird dann erbracht, wenn die Klienten oder deren soziales Umfeld nicht in der Lage sind, die eigene Situation selbstständig zu bewältigen“¹²⁴.

¹²¹ Rahmenvertrag zur Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte nach § 7c Abs. 6 SGB XI in BW i.d.F. von 2018.

¹²² Vgl. Tebest et al. (2015), S. 734.

¹²³ Vgl. Tebest et al. (2015), S. 735.

¹²⁴ Tebest et al. (2015), S. 734.

In der Erhebung machen Einzelinformationen (41,6 %) und Beratung (40,6 %) den größten Anteil der Leistungen des Pflegestützpunktes aus. CM wird mit 17,6 % am wenigsten als Leistung von den Pflegestützpunkten durchgeführt.¹²⁵

Braeseke, Pflug und Beikirch (2018) befragten 184 Pflegestützpunkte in Deutschland schriftlich zu ihrer Tätigkeit, u. a. zur Umsetzung von CM. Insgesamt nahmen an der Befragung zwei von 52 Pflegestützpunkten in BW teil.¹²⁶ Im Hinblick auf den Einsatz von CM wurde darauf abgezielt, herauszufinden, in welchem Umfang dieses umgesetzt wurde und in welchem Umfang Versorgungspläne erstellt wurden. Darüber hinaus sollte herausgefunden werden, wie die Kooperation mit anderen Akteurinnen und Akteuren in diesem Zusammenhang erfolgte.¹²⁷ Die Autorinnen und Autoren zogen folgendes Fazit:

- In Bezug auf Strukturen, Arbeitsweisen und hinsichtlich des Verständnisses von Begrifflichkeit der Pflegestützpunkte liegt eine große Heterogenität vor.¹²⁸
- CM wird von 90 % der Pflegestützpunkte durchgeführt. Auch Versorgungspläne, in der Regel unter Berücksichtigung von Standards, werden erstellt. 21 Pflegestützpunkte aus Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Thüringen setzen kein CM um.
- In der Praxis wird CM in unterschiedlicher Form erprobt, was sich u. a. daran erkennen lässt, dass nur etwa 50 % der befragten Pflegestützpunkte die Erarbeitung eines Versorgungsplans beabsichtigt. Etwa ein Drittel führt v. a. eine Vermittlerrolle aus.
- Die CM Fälle machen nach Schätzungen der Autoren im Landesdurchschnitt zwischen einem Prozent und einem Drittel von allen Beratungsfällen aus.
- Häufig wird erklärt, welche Ansprüche auf Dienstleistungen bestehen oder Kontaktdaten zu Hilfsangeboten vermittelt. Darüber hinaus findet bei etwa jedem zweiten Fall eine Hilfestellung bei der Antragsstellung statt und es wird geprüft, ob eingeleitete Maßnahmen passen oder geändert werden müssen.
- Bei weniger als einem Drittel der Fälle nehmen Beraterinnen und Berater selbst Kontakt zu Dienstleistenden auf.
- Bei 14 % bzw. 12 % der Fälle erfolgt die Koordination des Einsatzes unterschiedlicher Leistungserbringender oder Fallbesprechungen.
- Zusammenarbeit im Einzelfall findet v. a. statt mit: Pflege- und Krankenkassen, Pflegeeinrichtungen, Dienst- und Unterstützungsleistenden, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK).
- Herausforderungen sehen die befragten Pflegestützpunkte über alle Bundesländer hinweg bezüglich der Kooperation mit stationären Einrichtungen wie Krankenhäusern und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten.¹²⁹

¹²⁵ Vgl. Tebest et al. (2015), S. 737.

¹²⁶ Vgl. Braeseke, Pflug und Beikirch (2018), S. 92f.

¹²⁷ Vgl. Braeseke, Pflug und Beikirch (2018), S. 135f.

¹²⁸ Vgl. Braeseke, Pflug und Beikirch (2018), S. 191.

¹²⁹ Vgl. Braeseke, Pflug und Beikirch (2018), S. 192f.

In Deutschland existieren verschiedene Delegationsmodelle im Hinblick auf den stärkeren Einbezug von nichtärztlichem Personal zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung.¹³¹ Hierzu zählen in BW u. a.:

- Weiterbildung von MFAs zur Nicht-ärztlichen Praxisassistentenz (NäPa) (organisiert durch die Bundesärztekammer und in BW ebenfalls angeboten von der Gesunden Kinzigtal GmbH).¹³² Die Vergütung des Einsatzes von NäPas erfolgt durch das kollektivvertragliche System, in dem die KV die Gesamtvergütung über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab an Ärztinnen und Ärzten vergibt.¹³³
- Weiterbildung von MFAs zur VERAH (organisiert durch den Verband der medizinischen Fachberufe in Fortbildung und dem Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzteverband).¹³⁴ Die Vergütung von VERAHS in BW kann über die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) erfolgen.¹³⁵

Ziel der Angebote ist es, delegierte, arztentlastende Tätigkeiten auszuüben.¹³⁶ Eine gegenseitige Anerkennung ist möglich.¹³⁷ Sowohl VERAH als auch NäPa können z. B. bei der Wundversorgung und Blutdruckkontrolle helfen. Im Curriculum der VERAHS wird CM explizit genannt. Außerdem können sie bei der Erstellung von Versorgungsplänen, durch die Verwendung von Assessmentverfahren, durch die Ausführung von delegierten Hausbesuchen, durch die Bildung von Schnittstellen zwischen Ärztinnen und Ärzten, Patientinnen und Patienten sowie sozialen Netzwerken, durch die Beurteilung und Dokumentation von chronischen Wunden, durch die nach Abstimmung selbstständige Durchführung der Behandlung sowie durch die Optimierung des Praxismanagements unterstützen.¹³⁸

Freund et al. (2011) führten in BW eine qualitative Befragung von zwölf Hausärztinnen und Hausärzten und acht MFAs aus zehn Hausarztpraxen durch.¹³⁹ Es zeigte sich, dass MFAs bereits routinemäßig Hausbesuche durchführten, für wesentliche Kernelemente des CMs wie eine umfassende Bestandsanalyse oder Versorgungsplanung im Alltag aber die Zeit fehlte. Darüber hinaus delegierten die Hausärztinnen und Hausärzte die Aufgaben des CMs nicht an die MFAs weiter und wirkten somit einer Implementierung von CM entgegen.¹⁴⁰

Mergenthal et al. (2013) evaluierten den Einsatz in der HzV in BW durch eine Befragung von 294 VERAHS.¹⁴¹ Sie wiesen nach, dass VERAHS in Hausarztpraxen zu einer arztentlastenden Umverteilung von Aufgaben führten und chronisch erkrankte Menschen durch eine durchgängige Betreuung

¹³⁰ Quelle: Eigene Darstellung.

¹³¹ Vgl. Mergenthal et al. (2015), S. 62.

¹³² Vgl. Mergenthal et al. (2015), S. 64.

¹³³ Vgl. Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzteverband e. V. (Hrsg.) (2022a), o. S.

¹³⁴ Vgl. Mergenthal et al. (2015), S. 64.

¹³⁵ Vgl. Mergenthal et al. (2015), S. 64 sowie Hausärzteverband BW (Hrsg.) (2022), o. S.

¹³⁶ Vgl. Mergenthal et al. (2015), S. 63.

¹³⁷ Vgl. Redaelli et al. (2014), S. 518.

¹³⁸ Vgl. Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzteverband e. V. (Hrsg.) (2022b), o. S.

¹³⁹ Vgl. Freund et al. (2011), S. 324.

¹⁴⁰ Vgl. Freund et al. (2011), S. 328f.

¹⁴¹ Vgl. Mergenthal et al. (2013), S. 386.

und weitere Ansprechperson von dem Programm profitierten.¹⁴² Bezüglich der Ausübung von CM lässt sich folgendes festhalten: 53 % der VERAHs erklärten, in den vorangegangenen zwölf Monaten zumindest teilweise CM Aufgaben ausgeführt zu haben. 42 % gaben die komplette Durchführung eines CMs in den letzten 12 Monaten an.¹⁴³ Es zeigte sich, dass die Aufgaben der Koordination und Organisation deutlich häufiger durchgeführt wurden, als die Prozessaufgaben des CMs (selbständig Falleinschätzung durchführen, Hilfeplanerstellung und nochmalige Durchführung einer Falleinschätzung). Z. B. wurde die nochmalige Durchführung der Falleinschätzung von 47 % der VERAHs nie durchgeführt.¹⁴⁴

Ein speziell in BW praktiziertes CM Modell, welches durch VERAHs ausgeführt wird, ist das Hausarztpraxis-basierte **CM** für chronisch kranke Patientinnen und Patienten (PraCMan). Eine VERAH übernimmt im Rahmen des Programms Aufgaben des CMs multimorbider Patientinnen und Patienten, die folgende Kriterien erfüllen:

- AOK Versicherter in BW, der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnimmt,
- Mindestens zweijährige Versicherung bei der AOK,
- Mindestalter 18 Jahre,
- Diagnose eines Diabetes mellitus Typ 2 und/oder COPD und/oder Herzinsuffizienz.¹⁴⁵

Abbildung 10: Überblick zu den Aufgaben der SAPV¹⁴⁶

„Die SAPV [...] ist ein intensiviertes, multiprofessionelles (ambulantes) palliativmedizinisches Unterstützungsangebot für schwer kranke und sterbende Patientinnen und Patienten in besonders komplexen Belastungssituationen“¹⁴⁷. Im Bereich der Palliativversorgung wird nicht die Heilung von Krankheiten, sondern die Linderung von Symptomen und Leid fokussiert. Die spezifischen Bedürfnisse und Wünsche der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen stehen im Fokus. Für gesetzlich versicherte Personen besteht ein Anspruch auf SAPV. Ziel ist die Verbesserung der Lebensqualität und Selbstbestimmung von Menschen mit schwersten, weit fortgeschrittenen Erkrankungen.¹⁴⁸ Zu den Aufgaben der SAPV zählen u. a. alle Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung, die individuell notwendige Abstimmung diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen sowie Beratung, Anleitung und Begleitung der verordnenden oder behandelnden Ärztinnen und Ärzten, Leistungserbringenden, der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen durch Leistungserbringende nach § 132 d SGB V.¹⁴⁹

¹⁴² Vgl. Mergenthal et al. (2013), S. 387.

¹⁴³ Vgl. Mergenthal et al. (2013), S. 389.

¹⁴⁴ Vgl. Mergenthal et al. (2013), S. 390.

¹⁴⁵ Vgl. PraCMan, AOK und Hausärzterverband BW (Hrsg.) (2022), o. S.

¹⁴⁶ Quelle: Eigene Darstellung.

¹⁴⁷ Alt-Epping und Nauck (2015), S. 430.

¹⁴⁸ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2022), o. S.

¹⁴⁹ Vgl. GKV Spitzenverband und MDS (Hrsg.) (2019), S. 23.

Abbildung 11: Überblick zu den Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste¹⁵⁰

Sozialpsychiatrische Dienste stellen einen Bestandteil der ambulanten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen dar. Sie sind eine Anlaufstelle sowohl für Betroffene als auch für Angehörige, Kommunen oder die Polizei. Sie sind Leistungserbringende nach § 5 PsychKHG und haben die Aufgabe, für ein definiertes Einzugsgebiet ambulante Hilfen zu leisten. Dazu zählen die aufsuchende sozialpsychiatrische Vorsorge, Nachsorge und psychosoziale Krisenintervention sowie die Vermittlung weitgehender Hilfen. Zur Zielgruppe zählen Menschen mit psychischen Erkrankungen, die basierend auf einer zu vermutenden oder diagnostizierten psychischen Erkrankung hinsichtlich der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft beeinträchtigt sind oder bei denen eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht.¹⁵¹

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es gemäß der identifizierten Literatur bereits verschiedene CM Anwendungen gibt. Diese sind u. a. für einzelne Schnittstellen (Entlassmanagement) vorgesehen oder für bestimmte Zielgruppen (z. B. AOK Versicherte) ausgelegt. Im Kontext der Pflegebedürftigkeit gibt es gemäß Literatur bereits ausgeprägte Angebote.

3.7.2 Ziele und Methodisches Vorgehen

Ziele:

- Identifikation und Analyse der Ausgestaltung von vorhandenen CM Angeboten im südlichen Ortenaukreis zur Vermeidung des Aufbaus von Doppelstrukturen (Bestandsanalyse).
- Erfassung der Wünsche von Akteurinnen und Akteuren berufsverwandter Gruppen im Hinblick auf die Ausgestaltung eines CMs im Ortenaukreis (Bedarfsanalyse).

Methodisches Vorgehen:

Bezugnehmend auf den räumlichen Schwerpunkt des Projektes rund um Ettenheim wurden in dieser Region Akteurinnen und Akteure einbezogen, die CM im Zusammenhang mit gesundheitlicher Versorgung bereits anwenden oder in diesem Bereich CM ähnliche Tätigkeiten ausüben. Einerseits wurden diese Personengruppen aufgrund im Vorfeld durchgeführter Literaturrecherchen identifiziert. Andererseits erfolgte eine Identifikation durch Befragte, die in den Interviews auf weitere potenzielle Interviewpartnerinnen und Interviewpartner verwiesen oder durch vorab geführte Telefonate mit potenziellen berufsverwandten Gruppen. Es wurden Personen folgender Institutionen für ein Interview telefonisch oder per E-Mail angefragt: Pflegestützpunkt, Sozialer Dienst/Entlassmanagement Ortenau Klinikum, Soziale Dienste gesetzlicher Krankenkassen mit Niederlassungen in der südlichen Ortenau, Palliativ-Team Ortenau,

¹⁵⁰ Quelle: Eigene Darstellung.

¹⁵¹ Verwaltungsvorschrift des Sozialministeriums für die Förderung von sozialpsychiatrischen Diensten (VwV-SpDi) i.d.F. vom 20.10.2020.

Wohlfahrtsverbände, Pflegeheime, Pflegedienste, Einrichtung für Wundversorgung, Werkstätte für Menschen mit Behinderung, Generationsübergreifendes Wohnprojekt, VERAHs in Hausarztpraxen in Ettenheim, Nachbarschaftshilfen, Sozialpsychiatrischer Dienst Landratsamt Ortenaukreis.

Es wurden semistrukturierte leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Die Interviews fanden zwischen Oktober 2021 und Januar 2022 bei persönlichen Treffen, per Telefon oder Videokonferenz statt. Sie dauerten zwischen 32 und 70 Minuten. Anschließend erfolgte eine qualitative inhaltliche und induktive Kategorienbildung in Anlehnung an Kuckartz.¹⁵²

Beschreibung der Stichprobe:

Insgesamt willigten 22 Vertreterinnen und Vertreter folgender 14 berufsverwandter Gruppen in eine Befragung ein: Pflegestützpunkt, Sozialer Dienst/Entlassmanagement Ortenau Klinikum, Soziale Dienste gesetzlicher Krankenkassen mit Niederlassungen in der südlichen Ortenau, Palliativ-Team Ortenau, Wohlfahrtsverbände, Pflegeheime, Einrichtung für Wundversorgung, Werkstätte für Menschen mit Behinderung, Generationsübergreifendes Wohnprojekt, VERAHs in Hausarztpraxen in Ettenheim, Sozialpsychiatrischer Dienst Landratsamt Ortenaukreis. Die 22 Befragten gehören folgenden Professionen an: (Sozial-) Pädagogik (5), Soziale Arbeit (1), Altenpflege (4), Gesundheits- und Krankenpflege (3), Pflegefachkraft (2), Pflegeberatung (2), Betriebswirtschaft (1), Heilerziehungspflege (2), Jugend- und Heimerziehung (1), Zahnmedizinische Fachangestellte (1).

Zusätzlich wurden zwei Vertreterinnen der Betreuungsbehörde des Landratsamtes Ortenaukreis befragt, um Hintergrundinformationen zur Anregung von Betreuungen zu erhalten.

3.7.3 Ergebnisse

Die Ergebnisse der Befragung von berufsverwandten Gruppen (siehe Tabelle 9) können anhand von vier Oberkategorien und 15 Unterkategorien strukturiert werden.

¹⁵² Vgl. Kuckartz (2018), S. 100.

Tabelle 9: Ergebnisse der Befragung berufsverwandter Gruppen (n = 14 befragte Institutionen)¹⁵³

Identifizierte Kategorie	Inhalt
Oberkategorie: Qualifikationen	
Unterkategorie: Weiterbildung im Bereich CM	• Neun Befragte geben an, dass sie innerhalb ihrer Ausbildung CM behandelt haben. Sie sehen sich daher als ausreichend qualifiziert für die Ausführung eines CMs. • Vier Befragte erklären, dass sie sich speziell in ihrer Institution in Bezug auf CM weiterbilden. • Vier Befragte haben sich durch ihre Fortbildung zum Pflegeberater nach § 7a SGB XI im Bereich des CMs weitergebildet.
Oberkategorie: CM Auffassung	
Unterkategorie: Definition von CM	• Alle Befragte definieren CM mit Schlagworten hinsichtlich des Begriffs Koordination: ◦ Sie stellen zum einen die Beratung und Vermittlung in den Fokus, welche das CM charakterisiert. ◦ Die Befragten nennen zum anderen das Ziel der Sicherstellung einer stabilen ambulanten Versorgung. • Zwei Befragte gehen darauf ein, dass sie unter CM auch eine intensive Einzelfallbetreuung verstehen.
Unterkategorie: Bezeichnung von CM	• Auch hier wird v. a. auf die Koordinationsfunktion und Organisationsfunktion im Bereich des CMs hingewiesen. • CM als englischer Begriff wird teilweise kritisch gesehen, da dieser schwer verständlich für die Bevölkerung ist.
Oberkategorie: Ablauf der Tätigkeiten der befragten berufsverwandten Gruppen	
Unterkategorie: Zugang	• Der meistgenannte Zugang ist das Netzwerk zu anderen Dienstleistenden. ◦ Sieben Befragte geben an, dass Klientinnen und Klienten durch das Entlassmanagement an sie weitervermittelt werden. ◦ Weiter werden die Hausärzteschaft, Pflegestützpunkte, Krankenkassen sowie ambulante Pflegedienste genannt. • Vier Befragte nehmen über die Angehörigen Kontakt auf. Dies kann zusätzlich gewichtet werden, da diese die Angehörigen als hauptsächlichen Kanal angeben. • Die befragten gesetzlichen Krankenkassen nutzen interne medizinische Daten, um Klientinnen und Klienten mit Bedarfen für Beratungen zu identifizieren. Dies begrenzt sich auf die eigenen Versicherten. • Fünf Befragte bieten einen freien Zugang an.

¹⁵³ Quelle: Eigene Darstellung.

Unterkategorie: Falleinschätzung	• Alle 14 Befragten führen nach Angaben der Befragten eine Bestands- und Bedarfsanalyse aus, welche unterschiedlich ausgeprägt ist. Es kann unterschieden werden in: ◦ Standardisierte Erhebung auf den eigenen Bereich begrenzt. ◦ Umfangreiche Erhebung auch von zusätzlichen Bedürfnissen. • Die Befragten geben zusätzlich folgende Erfahrungen bei der Bestands- und Bedarfsanalyse wieder: ◦ Das sensible Thema der Schuldnerberatung benötigt besonderes Feingefühl (Sozialdienst KV). ◦ Die Nutzung von internen Daten z. B. Pflegegrad, Wissen über beteiligte Akteurinnen und Akteure vor dem ersten Besuch (Sozialdienst gesetzlicher Krankenkassen) ist hilfreich. ◦ Mit der Bedarfs- und Bestandsanalyse beginnt die Auftragserklärung (Pflegestützpunkt). • Durch einen Hausbesuch kann eine bessere Bedarfs- und Bestandsanalyse durchgeführt werden (Wohlfahrtsverband und Palliativteam).
Unterkategorie: Hilfeplanung	• Alle befragten Institutionen stellen für Klientinnen und Klienten einen Versorgungsplan auf. Es kann unterschieden werden zwischen: ◦ Versorgungsplan nur für eigene Dienstleistungen. ◦ Versorgungsplan nur für pflegerische Aspekte. ◦ Versorgungsplan für pflegerische und gesundheitliche Aspekte. ◦ Voll umfangreicher Versorgungsplan u. a. mit Einbezug von sozialen Aspekten.
Unterkategorie: Leistungssteuerung und Ausgestaltung des Netzwerks	• Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten: ◦ Acht Befragte haben nur in Ausnahmefällen direkte Kontakte zu Hausärztinnen und Hausärzten. ◦ Hauptsächlich die stationären Einrichtungen berichten von regelmäßigen direkten Kontakten zu Hausärztinnen und Hausärzten. ◦ Ambulante Beratungsdienste berichten von Herausforderungen durch Überlastung der Hausärztinnen und Hausärzte. • Zusammenarbeit mit Fachärztinnen und Fachärzten: ◦ Nur drei der Befragten erwähnen einen direkten Kontakt zu Fachärztinnen und Fachärzten. ◦ Ein Befragter spricht von Schwierigkeiten bei der Kontaktaufnahme. • Zusammenarbeit mit stationären Einrichtungen: ◦ Zehn Befragte sehen Verbesserungspotenziale in Bezug auf das Entlassmanagement von Kliniken. ◦ Sie geben an, dass es v. a. bei Entlassungen an oder direkt vor Wochenenden Herausforderungen gibt. ◦ Sie äußern den Wunsch nach einem standardisiertem Entlassbrief. ◦ Sie nennen, dass die Begleitung durch das Entlassmanagement zeitlich begrenzt ist. • Zusammenarbeit mit gesetzlichen Betreuerinnen und gesetzlichen Betreuer: ◦ Elf Befragte erwähnen im Interview gesetzliche Betreuerinnen und gesetzliche Betreuer. ◦ Sieben Befragte erwähnen dabei Verbesserungspotenziale in ihrer Zusammenarbeit. ◦ Vier Befragte sehen eine Chance bei der Entlastung der gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer durch GL.

Unterkategorie: Überwachung Unterkategorie: Evaluation Unterkategorie: Zielgruppe (Kategorie erfasst die Zielgruppen der berufsverwandten Gruppen entsprechend ihrer Altersstruktur.)	• Zusammenarbeit mit pflegenden Angehörigen: ○ Die Bedeutung von pflegenden Angehörigen im Prozess des CMs wird betont. V. a. bei der Übernahme von Pflegeaufgaben und der Weitervermittlung sind Angehörige ein wichtiger Faktor. Personen ohne Angehörige sind entsprechend schwerer zu versorgen. • Der Zeitraum der Begleitung ist unterschiedlich ausgestaltet: ○ Die Befragten geben an, dass sie die Klientinnen und Klienten in einer Zeitspanne von kurzen Zeiträumen (einmalige Beratung) bis zu Jahren (in Ausnahmen) begleiten. Beispielsweise hat der Sozialdienst der Klinik/ das Entlassmanagement nur begrenzte Spielräume zur Überwachung nach Entlassung in die ambulante Versorgung. ○ Die Zeitspanne der meisten Befragten, in der sie die Klientinnen und Klienten begleiten, dauert in der Regel bis zu einer Stabilisierung. • Je nach Tätigkeitsfeld der berufsverwandten Gruppen variiert die Ausgestaltung der Verlaufskontrolle: ○ Vier Befragte nennen, dass sie die Intensivität der Verlaufskontrolle in Abhängigkeit der Bedarfe der Klientinnen und Klienten gestalten ○ Vier Befragte wünschen sich engmaschiger kontrollieren zu können. Aus Zeitgründen ist dies nicht im Rahmen einer intensiven Einzelfallbetreuung möglich. ○ Ein Befragter gibt an, dass sich engmaschige Verlaufskontrollen aus regelmäßigen Hausbesuchen ergeben, die in ihrem Tätigkeitsfeld unerlässlich sind. • Drei Befragte sprechen von großen Vorteilen durch eine Evaluation. • Zwei Befragte wünschen sich die Möglichkeit einer Evaluation. • Sieben Befragte betreuen Personen über 60 Jahre. • Sechs Befragte geben an, Personen aller Altersgruppen zu betreuen. Quantitativ sind dies dennoch v. a. ältere Personengruppen. Dies liegt nach Angaben der Befragten aber auch am Tätigkeitsschwerpunkt, der v. a. im Bereich der Pflegeberatung bzw. Stabilisierung der Pflegesituation liegt.
Oberkategorie: Wünsche/Anregungen bezüglich einer Ausgestaltung eines SCMs	
Unterkategorie: Zugang	• Ein Befragter gibt an, einen Zugang über Haus- bzw. Fachärztinnen und Haus- bzw. Fachärzte zu bevorzugen. • Acht Befragte sprechen sich für einen freien Zugang aus. • Vier Befragte nennen eine Kombinationslösung (über Haus- bzw. Fachärztinnen und Haus- bzw. Fachärzte sowie freier Zugang). • Drei Befragte sprechen eine aufsuchende Struktur an.

Unterkategorie: Zielgruppe

- Folgende Zielgruppen werden genannt:
 - Personen mit fehlendem sozialem Netzwerk haben Bedarf.
 - Personen ohne Anbindung an Hausärzteschaft haben Bedarf.
 - Kinder und Jugendliche haben Bedarf.
 - Personen mit chronisch psychischen Erkrankungen haben Bedarf.
 - Personen mit komplexen Problemlagen (medizinisch, sozial, finanziell) haben Bedarf.

Unterkategorie: Aufgaben

- Folgende Aufgaben werden genannt:
 - Vernetzung bereits bestehender Beratungs-/ und Hilfsangebote und Bekanntmachung dieser.
 - Weitervermittlung an bereits bestehende Beratungs-/ und Hilfsangebote.
 - Vereinbarung von Terminen.
 - Begleitung zu Terminen.
 - Förderung der Gesundheitskompetenz der Klientinnen und Klienten.
 - Unterstützung der Klientinnen und Klienten in der Kommunikation mit der Ärzteschaft.
 - Enger Kontakt zu den Ärztinnen und Ärzten.

Unterkategorie: Einsatzort

- Sechs Befragte sprechen sich für den Standort in einem zu entstehenden Gesundheitszentrum aus.
- Zwei Befragte nennen das Rathaus in Ettenheim.
- Ein Befragter nennt Räumlichkeiten von Krankenkassen.
- Drei Befragte erklären, dass der Einsatzort egal ist. Wichtiger ist die Mobilität von GL.

Unterkategorie: Zugang

- Ein Befragter gibt an, einen Zugang über Haus- bzw. Fachärztinnen und Haus- bzw. Fachärzte zu bevorzugen.
- Acht Befragte sprechen sich für einen freien Zugang aus.
- Vier Befragte nennen eine Kombinationslösung (über Haus- bzw. Fachärztinnen und Haus- bzw. Fachärzte sowie freier Zugang).
- Drei Befragte sprechen eine aufsuchende Struktur an.

3.7.4 Diskussion und Fazit der Ergebnisse

Basierend auf den Ergebnissen lassen sich folgende Erkenntnisse zusammenfassen sowie erste Ansatzpunkte für ein SCM ableiten, die auch gemeinsam mit der AG CM diskutiert wurden:

- Die Befragten zeigen ein unterschiedliches Verständnis hinsichtlich des Begriffs CM. Koordinative und organisatorische Aspekte werden in den Vordergrund gestellt, Fallüberwachungen und intensive Einzelfallbetreuung werden seltener genannt.
- Damit einhergehend geben alle Befragten unterschiedliche Ausprägungen bei der Umsetzung der Phasen eines CMs an, zum Teil werden nur einzelne Phasen des CMs umgesetzt. CM wird v. a. im Hinblick auf koordinative Aufgaben verstanden und ausgeübt. Wohlfahrtsverbände vermitteln v. a. eigene Dienstleistungen.
- Die Literatur kann bestätigt werden, dass CM in einzelnen Bereichen umfassend entsprechend dem Prozessstand der DGCC umgesetzt wird:
 - CM wird besonders bereits im Kontext der Pflegebedürftigkeit abgedeckt. Für die Zielgruppe der pflegebedürftigen Menschen gibt es somit umfangreiche CM Angebote. Dies muss bei der Erarbeitung des Konzeptes des vorliegenden Projektes beachtet werden.
 - Auch für einzelne Gruppen von Versicherten gibt es in der Region bereits CM Angebote. Z. B. bietet der Soziale Dienst der AOK neben Pflegeberatung auch die Durchführung eines gezielten CMs für ihre Versicherten an. Auch die befragten VERAHS üben u. a. CM für die Versicherten aus, jedoch unter Berücksichtigung zeitlich begrenzter Ressourcen bei einer Reihe von Aufgaben.
 - Patientinnen und Patienten, die stationär z. B. in Pflegeheimen, in einem generationsübergreifenden Wohnprojekt und in Werkstätten für Menschen mit Behinderung untergebracht versorgt sind, erhalten bereits eine umfassende und intensive Einzelfallbetreuung. Dies muss bei der Entwicklung eines Konzeptes für ein SCM berücksichtigt werden.
 - Der Klinik Sozialdienst/das Entlassmanagement wendet CM an. Die Befragten nennen Verbesserungspotenziale im Hinblick auf die Zusammenarbeit. Hier könnte ein SCM ansetzen.

Folglich ist festzuhalten: Die Literatur, die darstellt, dass CM umgesetzt, jedoch auf bestimmte Schnittstellen, Zielgruppen oder Kontexte begrenzt angewendet wird, kann bestätigt werden. Dies ist bei der Konzeptentwicklung zu berücksichtigen, um Doppelstrukturen zu vermeiden.

- Es gibt starke Parallelen der Vorgehensweise im CM zur Arbeit im sozialpsychiatrischen Dienst, der Anlaufstelle für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist und u. a. den persönlichen Hilfebedarf klärt sowie weiterführende Hilfe- und Therapieangebote vermittelt. Ein SCM könnte ansetzen, wenn zu den psychischen Erkrankungen weitere somatische Erkrankungen hinzukommen und der sozialpsychiatrische Dienst in diesem Bereich Unterstützung benötigt.
- Weiterhin gibt es starke Parallelen der Vorgehensweise im CM zur Arbeit in der Drogenhilfe. Steht eine Suchtproblematik im Vordergrund werden hier Bestands- und Bedarfsanalysen durchgeführt und es erfolgt eine Vermittlung von Hilfen sowie eine Überwachung.
- Es kann identifiziert werden, dass v. a. die direkte Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten eine Herausforderung darstellt und hier noch Bedarfe bestehen.
- Die AG CM identifiziert Parallelen zu gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern, die für Gesundheitsfürsorge bestellt sind. Hier sollten Doppelstrukturen vermieden werden. Die Befragten der Betreuungsbehörde geben an, dass bei Bestellung von gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer für den Bereich Gesundheitsfürsorge eine Form von Bestands- und Bedarfsanalyse durchgeführt und auch Organisatorisches geklärt wird. GL würden eine Doppelstruktur darstellen. Der Umfang der Fälle pro Betreuerin bzw. Betreuer variiert. In der Regel werden ca. 50 Fälle betreut, es existieren jedoch auch Betreuerinnen und Betreuer mit über 100 Fällen. Es bestehen Unterschiede bezüglich der Betreuungsintensität und dem Umfang von Aufgaben. V. a. für Betreuerinnen und Betreuer, die außerhalb des Bereichs Gesundheit tätig sind, wären GL als Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner vorteilhaft.
- Die Wünsche der Befragten im Hinblick auf die Inhalte eines SCMs sind bei der Konzepterstellung zu beachten.

3.8 Befragung weiterer Stakeholder

3.8.1 Apothekenkammer

Ziele:

- Erfassung der Übernahme von CM ähnlichen Tätigkeiten von Apotheken aus Sicht des Vertreters der Apothekenkammer (Bestandsanalyse).
- Erfassung der Wünsche von Apothekerinnen und Apothekern im Raum Ettenheim im Hinblick auf die Ausgestaltung eines CMs im Ortenaukreis (Bedarfsanalyse).

Methodisches Vorgehen:

Mit einem Vertreter der Apothekenkammer wurde ein leitfadengestütztes semistrukturiertes Interview durchgeführt. Das Interview fand im Januar 2022 statt und dauerte 37 Minuten. Im Anschluss wurde das Interview in Anlehnung an Mayring (2015) ausgewertet.¹⁵⁴

Ergebnisse:

Die Ergebnisse lassen sich in drei Oberkategorien und zehn Unterkategorien einteilen (siehe Tabelle 10).

¹⁵⁴ Vgl. Mayring (2015), S. 62, 69f.

Tabelle 10: Ergebnisse der Befragung des Vertreters der Apothekenkammer (n=1)¹⁵⁵

Identifizierte Kategorie	Inhalt
Oberkategorie: Zusammenarbeit mit Versorgungsanbietenden	
Unterkategorie: Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartner	• Es werden folgende Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartner genannt: ○ Hausärztinnen und Hausärzte ○ Fachärztinnen und Fachärzte ○ Pflegedienste ○ Pflegeheime ○ Drogenhilfe
Unterkategorie: Austausch zwischen Apotheken und Hausärztinnen und Hausärzten	• Der Austausch erfolgt u. a. mit den Praxen vor Ort z. B. bei Medikamentenlieferungen. • Die telefonische Erreichbarkeit von Ärztinnen und Ärzten auf regulärer Praxis-Telefonnummer ist häufig schwierig. Von vielen Hausärztinnen und Hausärzten gibt es Notfallnummern. • Manche Apotheken nutzen Messenger-Dienste für Organisatorisches. • Wünschenswert ist ein datenschutzkonformes elektronisches Kommunikationssystem, z. B. über KIM.
Oberkategorie: CM Umsetzung	
Unterkategorie: Lotsen im Gesundheitswesen	• Kundinnen und Kunden in der Apotheke sprechen ihre medizinischen Herausforderungen und Sorgen an. Häufig kommt dies bei akuten Fällen vor, also kurz nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einem Sturz oder einem Schlaganfall. Die Apotheke versucht dann entsprechend zu unterstützen und verweist z. B. auf Pflegedienste.
Oberkategorie: CM Ausgestaltung	
Unterkategorie: Zugang	• Zu Beginn der Pilotphase bevorzugt der Befragte eine Zuweisung von Klientinnen und Klienten durch Hausärztinnen und Hausärzte: ○ Das Angebot kann so bekannter gemacht werden. ○ Hausärztinnen und Hausärzte können einschätzen, wer wirklich Bedarf für CM hat. • Die Zuweisung durch Klinik Sozialdienst/Entlassmanagement wäre sinnvoll. • Langfristig sollte ein freier Zugang das Ziel sein.

¹⁵⁵ Quelle: Eigene Darstellung.

Unterkategorie: Zielgruppe	• Der Befragte nennt chronisch erkrankte und multimorbide Personen mit akuten Problematiken und unvorhergesehenen Herausforderungen. Wenn sich die Versorgungslage stabilisiert hat, können GL den Fall abschließen.
Unterkategorie: Aufgaben	• Folgende Aufgaben werden genannt ○ Umfassende Einschätzung der IST-Situation des Betroffenen (medizinisch, sozial und finanziell). ○ Vermittlung von formellen und informellen Angeboten, besonders für soziale und finanzielle, rechtliche Belange und damit verbunden organisatorische und koordinative Aufgaben. ○ Vereinbarungen von Terminen. ○ Einbezug des sozialen Umfelds der Patientin bzw. des Patienten und Angehörigenunterstützung. ○ Intensives Monitoring und Darstellung einer durchgehenden Bezugsperson für Patientinnen und Patienten. ○ Vernetzung bereits bestehender Angebote und Bekanntmachung dieser.
Unterkategorie: Einsatzort	• Der Befragte benennt das patientenorientierte Gesundheitszentrum in Ettenheim als idealen Standort.
Unterkategorie: Schnittstelle/Kontakt	• Aus Sicht des Befragten sollte eine Einbindung in KIM angestrebt werden. • Organisatorisches kann datenschutzkonform per E-Mail abgeklärt werden. • Geplante Telefonate sind sinnvoll.
Unterkategorie: Kompetenz- und Qualifikationsprofil	• Folgende Kompetenzen werden genannt: ○ Empathie ○ Kenntnisse verschiedener medizinischer Bereiche • Folgende Qualifikationen werden genannt: ○ Medizinisch-pflegerische Grundausbildung
Unterkategorie: Öffentlichkeitsarbeit	• Es sollten Flyer erstellt werden. Diese können in Apotheken ausgelegt und/oder gezielt herausgeben werden. Auch Hausärztinnen und Hausärzte können Flyer gezielt herausgeben. • Ein Poster am Standort ist sinnvoll. • Eine Pressemitteilung in der Zeitung zur Bekanntheitssteigerung ist notwendig.

3.8.2 Physiotherapeutenverband

Ziele:

- Erfassung der Übernahme von CM ähnlichen Tätigkeiten von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten aus Sicht des Vertreters des Physiotherapeutenverbandes (Bestandsanalyse).
- Erfassung der Wünsche Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten im Raum Ettenheim im Hinblick auf die Ausgestaltung eines CMs im Ortenaukreis (Bedarfsanalyse).

Methodisches Vorgehen:

Mit einem Vertreter des Landesverbandes Physiotherapie in BW wurde ein leitfadengestütztes semistrukturiertes Interview durchgeführt. Das Interview fand im Januar 2022 statt und dauerte 23 Minuten. Im Anschluss wurde das Interview in Anlehnung an Mayring (2015) ausgewertet.¹⁵⁶

Ergebnisse:

Die Ergebnisse lassen sich in vier Oberkategorien und elf Unterkategorien einteilen (siehe Tabelle 11).

¹⁵⁶ Vgl. Mayring (2015), S. 62, 69f.

Tabelle 11: Ergebnisse der Befragung des Vertreters des Landesverbandes für Physiotherapie (n=1)¹⁵⁷

Identifizierte Kategorie	Inhalt
Oberkategorie: Zusammenarbeit mit Versorgungsanbietenden	
Unterkategorie: Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartner Unterkategorie: Austausch mit Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern	• Es werden folgende Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartner genannt: ○ Hausärztinnen und Hausärzte ○ Fachärztinnen und Fachärzte ○ Sanitätshäuser ○ Pflegedienste • Austausch mit Sanitätshäusern und Pflegediensten: ○ Es findet ein unkomplizierter Austausch per Telefon statt. Die Inhalte des Austauschs sind von Anliegen der Patientinnen und Patienten abhängig. Z. B geht es um die Besprechung der Situation oder um Transportmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten. • Austausch mit Ärztinnen und Ärzten: ○ Es besteht eine direkte telefonische Erreichbarkeit bei Fragen. ○ Organisatorisches kann per E-Mail geklärt werden. ○ Ärztinnen und Ärzten, die Physiotherapie verordnen, sind ansprechbar. ○ Ärztinnen und Ärzte, die Physiotherapie verordnen können, können einen Therapiebericht anfordern. • Austausch mit Kliniken: ○ Aus Sicht des Befragten besteht wenig Austausch.
Oberkategorie: CM Umsetzung	
Unterkategorie: Lotsen im Gesundheitswesen	• Der Befragte erklärt, dass im Bereich Physiotherapie an verordnende Ärztinnen und Ärzte oder an Sanitätshäuser weitergeleitet wird. Bezüglich Sanitätshäuser können Tipps gegeben werden, was notwendig ist. • Bei sozialen Problemen wird auch an Hausärztinnen und Hausärzte zurückgeleitet, da diese den Gesamtüberblick haben.
Oberkategorie: Grenzen in der alltäglichen Arbeit	
Unterkategorie: Fachkräftemangel	• Es gibt einen großen Bedarf an Fachkräften. • Zum Teil bestehen lange Wartezeiten für Patientinnen und Patienten. • Patientinnen und Patienten haben Mühe Praxen zu finden, die Hausbesuche durchführen.

¹⁵⁷ Quelle: Eigene Darstellung.

	• Es ist ein Schulgeld für den Besuch der Schule für Physiotherapie erforderlich.
Oberkategorie: CM Ausgestaltung	
Unterkategorie: Zugang	• Der Befragte befürwortet die Zuweisung durch Hausärztinnen und Hausärzte, da diese den Bedarf für CM sehen. • Darüber hinaus spricht er sich für einen freien Zugang aus. Betroffene haben so auch selbst die Möglichkeit, auf GL zuzugehen.
Unterkategorie: Zielgruppe	• Folgende Zielgruppen werden genannt: ○ Chronisch erkrankte und multimorbide Personen haben Bedarf. ○ Es sollte keine Altersbeschränkung geben. ○ Maßgeblich sollte die Einschränkung der Alltagskompetenz sein wie z. B. ein fehlendes soziales Netzwerk, mangelnde Systemkenntnis.
Unterkategorie: Aufgaben	• Folgende Aufgaben werden genannt: ○ Betreuung von Schnittstellen. ○ Kenntnisse sämtlicher Versorgungsangebote in der Region.
Unterkategorie: Einsatzort	• Aus Sicht des Befragten ist der Standort zunächst irrelevant. Der Zugang ist entscheidend.
Unterkategorie: Schnittstelle/Kontakt	• Aus Sicht des Befragten sollten möglichst vielfältige Kontaktmöglichkeiten angestrebt werden. Die Kommunikationskanäle sollten entsprechend der Bedarfe der Klientinnen und Klienten ausgewählt werden. • Er hält persönliche Gespräche oder Telefonate für wichtig. • Zu Abklärung von Organisatorischem sollten E-Mails genutzt werden.
Unterkategorie: Kompetenz- und Qualifikationsprofil	• Folgende Qualifikationen werden genannt: ○ Einheitlich geregeltes Berufsbild ist wünschenswert. Es sollte Qualifikationsanforderungen für GL geben. ○ Medizinisch-pflegerischer Hintergrund ○ Studium der sozialen Arbeit ○ Mehrjährige Berufserfahrung • Folgende Kompetenzen werden genannt: ○ Empathie
Unterkategorie: Öffentlichkeitsarbeit	• Es sollte Flyer mit einer anschaulichen Beschreibung der Tätigkeiten in leichter Sprache geben. Die Flyer sollte bei der Hausärzteschaft, bei Heilmittelerbringenden oder Pflegediensten ausliegen. • Es sollte eine Pressemitteilung in der regionalen Presse veröffentlicht werden.

3.8.3 Diskussion und Fazit der Ergebnisse

Basierend auf den Ergebnissen lassen sich folgende Erkenntnisse zusammenfassen sowie erste Ansatzpunkte für ein SCM ableiten:

- Beide Vertreter sehen Bedarf für ein SCM. Sowohl Apotheken als auch Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten versuchen, bei Anliegen ihrer Patientinnen und Patienten weiterzuhelfen und auch auf ihnen bekannte, bestehenden Versorgungsangebote hinzuweisen. Eine Stelle, die den Gesamtüberblick über alle bestehenden Versorgungsangebote hat, wird befürwortet.
- Die Vertreterinnen und Vertreter betonen aufgrund eigener Erfahrungen, dass persönliche Kontakte mit anderen Leistungserbringenden notwendig sind. Dies ist bei der Erstellung eines Konzeptes für ein SCM zu beachten.
- Beide Vertreter haben konkrete Vorstellungen bezüglich der Ausgestaltung eines SCMs. Diese müssen in die Konzeptüberlegung einfließen.

3.9 Expertenhearing

Basierend auf den Ergebnissen der Bestands- und Bedarfsanalyse wurde ein erstes Konzept (K 1) entwickelt, das anschließend verschiedenen Expertinnen und Experten sowohl aus Wissenschaft als auch aus der Praxis per E-Mail zugesendet wurde. Diese hatten ausreichend Zeit, sich mit dem Konzeptentwurf auseinanderzusetzen. Danach wurden leitfadengestützte qualitative Interviews per Telefon oder Videokonferenz durchgeführt. Die Befragungen erfolgten im Februar und März 2022 und dauerten zwischen 37 Minuten und 2 Stunden 15 Minuten. Tabelle 12 zeigt, welche Expertinnen und Experten befragt wurden. Basierend auf den Ergebnissen der Expertenbefragungen wurde das Konzept nochmals angepasst. Das überarbeitete Konzept (K 2) wird in Kapitel 3.10 dargestellt.

Tabelle 12: Befragte Expertinnen und Experten zur Weiterentwicklung des Konzeptes für ein SCM¹⁵⁸

Expertinnen und Experten	Position/Expertise
Expertinnen und Experten aus der Wissenschaft	
Prof. Dr. Michael Ewers	Direktor des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaften Charité Berlin, Expertise im Bereich der Sektorenübergreifenden Versorgung und Fragen der Fall- und Versorgungssteuerung
Prof. Dr. Peter König	Leiter des Instituts Mensch, Technik und Teilhabe an der Hochschule Furtwangen

¹⁵⁸ Quelle: Eigene Darstellung.

Prof. Dr. Michael Monzer	Projektmanager beim Amt für Soziales in Stuttgart, Forschung, Weiterbildung und Implementationsberatung im Bereich Care Management und CM
Prof. Dr. Peter Löcherbach	Professur für Sozialarbeitswissenschaft an der Katholischen Hochschule Mainz, Vorstandsvorsitzender der DGCC
Expertinnen und Experten aus der Praxis bzw. anderen CM Projekten	
Malte Behmer	Stellvertretender Geschäftsführer & Leitung Politik beim BMC
Nicole Hasselberg	Inklusions-Lotsin im Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf
Anja Rethmeier-Hanke	Stabstelle Medizinische Steuerung und Entwicklung Klinik Lippe, Projekt Regionales Versorgungskonzept – CM in Lippe
Dr. med. Heidrun Sturm	Leitung Bereich Gesundheitssysteme – innovative Versorgung am Universitätsklinikum Tübingen, Projekt CM und Care Management Tübingen

3.10 Konzept vor der Pilotphase (K 2)

3.10.1 Aufgaben von Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen

Tabelle 13: Erster Konzeptentwurf: Aufgaben von GL¹⁵⁹

Aufgaben von GL	GL sollen insgesamt drei Aufgabenblöcke übernehmen, die nachfolgend dargestellt werden.
Aufgabenblock I: Information und Vermittlung	
Jedem Menschen, der GL mit einem Anliegen aufsucht, sollen zumindest Kontaktdaten der für ihn passenden Anlaufstelle übermittelt werden. Dies bedeutet, dass die GL bei Bedarf auch einmalige Auskünfte geben und kein umfassendes SCM durchführen. Ziel ist es, dass kein Mensch von GL abgewiesen wird. GL sollten auch Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für Selbsthilfegruppen, Kommunen und Ärztinnen und Ärzte aus der Region sein, falls diese eine einmalige Auskunft benötigen. Die Kontaktdaten der Hilfsangebote, die GL bei einmaligen Auskünften herausgeben, sollten so präzise und aktuell wie möglich sein. (Ansprechpersonen, Öffnungszeiten, Telefonnummer). Außerdem sollten GL Klientinnen und Klienten mit umfangreicherem Beratungsbedarf an bereits bestehende Hilfs- und Beratungsangebote vermitteln, falls deren Anliegen in den bereits bestehenden Angeboten abgedeckt werden können. Die Vermittlung sollte durch die GL begleitet werden, sodass eine Übergabe der Klientinnen und Klienten reibungslos funktioniert.	

¹⁵⁹ Quelle: Eigene Darstellung.

Aufgabenblock II: SCM

Für die Menschen, die nicht an ein bereits existierendes Hilfsangebot vermittelt werden können, wird bei Erfüllung der Einschlusskriterien für die Zielgruppe ein SCM durchgeführt.

Dieses startet mit der Klärungsphase. Hier finden im Rahmen des Access GL sowie Klientinnen und Klienten zusammen (siehe Zugang). Im Anschluss führen GL im Rahmen der Fallklärung eine Gegenprüfung durch, ob tatsächlich ein Bedarf für ein umfassendes SCM gegeben ist. Falls dies der Fall ist, werden Klientinnen und Klienten in den Prozess aufgenommen und eine Datenschutzvereinbarung bzw. Schweigepflichtentbindung durch die Klientinnen und Klienten unterschrieben.

In der Phase der Falleinschätzung findet in der Regel ein Hausbesuch durch GL statt. Bei der Falleinschätzung soll die Versorgungs- und Lebenssituation (Ressourcen und Probleme) der Klientinnen und Klienten erfasst werden. Die GL beziehen sowohl gesundheitliche, als auch durch Krankheiten/Einschränkungen bedingte soziale und finanzielle Bedarfe ein und haben ein offenes Ohr für Sorgen und Ängste der Klientinnen und Klienten. Gerade im Hinblick auf medizinische Belange sollte ein verpflichtender enger Austausch mit den Hausärztinnen und Hausärzten bzw. bei Bedarf mit den Fachärztinnen und Fachärzten stattfinden. Somit werden sowohl subjektive als auch objektive Bedarfe der Klientinnen und Klienten erfasst. Die GL überprüfen bei Bedarf den Medikamentenplan der Klientinnen und Klienten und stimmen diesen ggf. mit den Hausärztinnen und Hausärzten ab. Bei der Falleinschätzung arbeiten die GL mit verschiedenen Einschätzungs-Instrumenten, die sie bei jeder Klientin bzw. bei jedem Klienten individuell anpassen. Die GL sollen die Falleinschätzungen sowohl mit Stift und Papier als auch digital vornehmen, um beide Möglichkeiten hinsichtlich ihrer Praxistauglichkeit zu erproben.

Im Rahmen der Hilfeplanung sollen die Ziele der Klientinnen und Klienten mit ihnen und ihren Angehörigen definiert und besprochen werden. Entsprechend der analysierten Bedarfe sollten Leistungen geplant und priorisiert werden. Ein Versorgungsplan wird gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten aufgestellt und an diese in einfacher Sprache weitergeleitet, um die Förderung der Gesundheitskompetenz zu forcieren. Der Versorgungsplan wird sowohl von den GL als auch den Klientinnen und Klienten unterschrieben, um zu signalisieren, dass dieser umgesetzt werden soll.

Darauf folgen die Leistungssteuerung sowie weitere organisatorische Tätigkeiten. Formelle und informelle Leistungen werden entsprechend des Versorgungsplans vermittelt. Teilweise begleiten die GL zu Terminen, um Gespräche mit Ärztinnen und Ärzten und auch Therapeutinnen und Therapeuten zu führen und das weitere Vorgehen unkompliziert vor Ort abstimmen zu können. Die GL sollten bei Bedarf dabei unterstützen, Arztbesuche im Hinblick auf eine partizipative Entscheidungsfindung vorzubereiten. Bei Bedarf unterstützen die GL bei der Kommunikation mit Kostenträgern, der Organisation von Transporten, Terminvereinbarungen sowie beim Sortieren vorhandener Unterlagen wie Arztbriefen etc. Außerdem sollten sie evidenzbasierte Gesundheitsinformationen und Kompetenz hinsichtlich des Findens von evidenzbasierten Gesundheitsinformationen und der Frage „wie unterscheide ich gute von unseriösen Gesundheitsinformationen“ vermitteln.

Der Phase der Überwachung kommt besondere Bedeutung zu. Die GL gewährleisten eine intensive Bezugspersonenbetreuung und nehmen sich Zeit für die Klientinnen und Klienten. Sie stellen sicher, dass die von Ärztinnen und Ärzten empfohlenen Maßnahmen umgesetzt werden. Informationen zwischen den Sektoren sollen weitergegeben werden, indem die GL z. B. Kenntnis darüber haben, wann

sich Klientinnen und Klienten in stationärer oder in ambulanter Behandlung befinden. Beispielsweise können GL dem Sozialdienst/Entlassmanagement einer stationären Einrichtung Hinweise auf die häusliche Umgebung der Klientinnen und Klienten geben und umgekehrt Hausärztinnen und Hausärzte über den Ablauf des Klinikaufenthalts informieren.

Außerdem bewerten die GL die Effektivität der bisher im Rahmen des Versorgungsplans umgesetzten Maßnahmen und passen diese ggf. an. Hierbei sollten Ärztinnen und Ärzte oder andere Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner einbezogen werden. Bei Bedarf können die GL Fallkonferenzen einberufen.

Im Rahmen der Evaluation des SCMs findet der Abschluss des Prozesses statt. Die GL prüfen gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten die im Prozess erbrachten Leistungen nach den Kriterien im Versorgungsplan. Die GL führen mit den Klientinnen und Klienten eine Analyse der Stärken und Schwächen des vorangegangenen Prozesses durch, um für die Zukunft zu lernen.

Folgende Themenbereiche werden in Aufgabenblock II bedient:

- Gesundheitsversorgung (Gesundheitsförderung, Prävention, Gesundheitskompetenz, Medizinische Versorgung, Rehabilitation, Pflege)
- Soziale Themen
- Rechtliche Themen
- Finanzielle Themen

Bezüglich des Zeitpunktes der Beendigung von Aufgabenblock II sind mehrere Möglichkeiten zu nennen.

Zum einen kann Aufgabenblock II ungeplant beendet werden. Hierbei kann es zu einem Abbruch durch Klientinnen und Klienten kommen. Die Interpretation dieser Abbrüche kann für GL herausfordernd sein, da Klientinnen und Klienten den Grund für den Abbruch selten mitteilen. Hier sollten die GL versuchen, durch Diskussion, Recherche und Analyse die Gründe für den Abbruch nachzuvollziehen, um für die Zukunft lernen zu können. Außerdem kann es zu ungeplanten Abbrüchen durch die GL kommen. Gründe hierfür sind nachweislich ressourcenvernichtende Gegebenheiten wie z. B. betrügerische Verhaltensweisen, grobe Unzuverlässigkeit, Gewalttätigkeiten seitens der Klientinnen und Klienten. Möglich wäre eine ungeplante Beendigung auch, wenn Leistungserbringende unbeabsichtigt ihre Tätigkeiten mit den Klientinnen und Klienten in starkem Maß ausdehnen, sodass die Klientinnen und Klienten keine Erfordernisse mehr für ein SCM sehen.

Andererseits kann Aufgabenblock II geplant beendet werden. Mehrere Möglichkeiten sind hierbei denkbar. Beispielsweise kann Aufgabenblock II beendet werden, wenn die in der Falleinschätzung identifizierten Herausforderungen abschließend gelöst werden konnten und kein weiterer Unterstützungsbedarf besteht. Aufgrund der komplexen Problemlagen der Zielgruppe für Aufgabenblock II ist anzunehmen, dass diese Art von Abschlüssen eher selten vorkommt. Darüber hinaus kann ein Fall auch dann abgeschlossen werden, wenn ein Hilfe- und Versorgungsnetzwerk in der Form organisiert werden konnte, dass die Beteiligten dies in Eigenregie beibehalten können. Dies kann durch eine zuverlässige dauerhafte Organisation von Hilfsangeboten in der korrekten inhaltlichen und zeitlichen Zusammenstellung erreicht werden. Voraussetzung hierfür ist, dass es erreichbare Angebote vor Ort gibt. Die Organisation kann dann durch Klientinnen und Klienten, deren Angehörige oder durch die beteiligten Regelhilfen weitergeführt werden. Weiterhin kann Aufgabenblock II geplant beendet wer-

den, wenn ein Wechsel der Zuständigkeiten identifiziert wird. Beispielsweise kann sich bei der Falleinschätzung oder bei der Hilfeplanung ergeben, dass ein Fall bei durch ein bereits bestehendes Angebot übernommen werden kann. (Dies würde dann den Tätigkeiten in Aufgabenblock I entsprechen, jedoch zu einem späteren Zeitpunkt, wenn Aufgabenblock II schon begonnen wurde und z. B. erst bei einer eingehenderen Falleinschätzung eine Übermittlung stattfindet).¹⁶⁰

Aufgabenblock III: Förderung der Sektorenübergreifenden Kommunikation im Ortenaukreis

Die GL spiegeln der AG „Sektorenübergreifende Versorgung“ der KGK die Versorgungssituation wider, um so auf Themen aufmerksam zu machen und neue Projekte anzustoßen. Austausch und Begegnung können darauf aufbauend initiiert werden. Die GL identifizieren ggf. vorhandene Lücken bei Versorgungsangeboten und macht hierauf aufmerksam.

3.10.2 Unterstützung der Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen

Tabelle 14: Erster Konzeptentwurf: Unterstützung der GL¹⁶¹

Unterstützung der GL	Die GL sollen in ihrer Tätigkeit auf unterschiedliche Art und Weise unterstützt/entlastet werden:
Kollegiale Fallberatung und Supervision	
	Für GL soll die Möglichkeit zur kollegialen Fallberatung und Supervision geschaffen werden. So können Erfahrungen ausgetauscht und der Umgang mit herausfordernden Situationen besprochen werden.
Gewährleistung der Sicherheit bei Hausbesuchen	
	Die GL dokumentieren genau, wann, wo und bei wem sie welche Hausbesuche durchführen. Während GL einen Hausbesuch durchführen, muss im Hintergrund die telefonische Erreichbarkeit von Kolleginnen und Kollegen gewährleistet werden. Zusätzlich sollten die GL bei Hausbesuchen ein GPS Notfallgerät mit sich führen, der die Benachrichtigung der Leitstelle in Notfällen ermöglicht.
Entlastung bei administrativen Tätigkeiten	
	Die GL sollten bei administrativen Tätigkeiten durch Kolleginnen und Kollegen aus Sekretariatsbereichen entlastet werden.

Falls eine Überlastung der GL festgestellt wird, müssen individuell weitere Maßnahmen zur Entlastung dieser festgelegt werden. Kriterien, die auf eine Überlastung der GL hindeuten sind:

- Eine überdurchschnittlich hohe Krankheitsquote, was mehr als 11,2 Arbeitsunfähigkeits-Tagen pro Jahr entspricht.^{162,163}
- Das Vorliegen von Absentismus.

¹⁶⁰ Vgl. Monzer (2018), S. 294-303.

¹⁶¹ Quelle: Eigene Darstellung.

¹⁶² Vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hrsg.) (2023), o. S.

¹⁶³ Bei der Anzahl der durchschnittlichen Krankheitstage von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern im Jahr 2021 des Statistischen Bundesamtes wurden nur Krankmeldungen erfasst, die eine Abwesenheitsdauer von drei Tagen überschreiten.

- Eine überdurchschnittlich hohe Anzahl an Überstunden. Diese liegt bei weiblichen Vollzeitkräften bei mehr als 1,8 und bei männlichen Vollzeitkräften bei mehr als 2,6 Überstunden pro Woche. Bei weiblichen Teilzeitkräften liegt dies bei mehr als 1,5, bei männlichen Teilzeitkräften bei mehr als 1,9 Überstunden pro Woche.¹⁶⁴

3.10.3 Zielgruppen für Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen

Tabelle 15: Erster Konzeptentwurf: Zielgruppen für GL¹⁶⁵

Die Zielgruppe unterscheidet sich je nach Aufgabenblock (siehe)
Zielgruppe (Aufgabenblock I)
Alle Menschen im Ortenaukreis.
Zielgruppe (Aufgabenblock II)
<i>Im Fokus stehen vulnerable Zielgruppen</i> • Chronisch erkrankte und multimorbide Personen sowie deren Angehörige • Keine Altersbeschränkung • Art der Erkrankung(en) nicht im Vordergrund • Komplexität des Falles und Einschränkungen der Alltagskompetenzen stehen im Vordergrund, z. B. ○ Vermischung verschiedener Problemlagen (medizinisch, sozial, finanziell) ○ Fehlendes soziales Netzwerk ○ Mangelnde Systemkenntnis ○ Informationsdefizite zu vorhandenen Unterstützungsmaßnahmen und eingeschränkte Fähigkeiten zur umfassenden eigenständigen Recherche ○ Ungesicherte Medikamenteneinnahme ○ Drehtüreneffekt bezüglich stationärer Behandlungen ➔ Zur Zielgruppe gehören nicht diejenigen Menschen, die bereits zufriedenstellend in die Palliativversorgung (SAPV/Brückenpflege) oder in das CM der Pflegestützpunkte eingebunden sind. <i>Die KGK möchte in der Pilotphase prüfen, ob die Zielgruppe für Aufgabenblock II noch spezifischer definiert werden sollte.</i> Um die Zielgruppe für alle Stakeholder transparent zu gestalten, wurden Einschlusskriterien operationalisiert, welche voraussichtlich in der Pilotphase weiterentwickelt werden. Diese sind: Muss immer erfüllt sein: ☐ Bereitschaft zur Mitarbeit der Klientinnen und Klienten <i>oder</i> Mitarbeit von Angehörigen/Betreuenden bei Vorliegen von kognitiven Einschränkungen bei Klientinnen und Klienten Mindestens drei Kriterien müssen erfüllt sein von: ☐ Vorliegen einer multimorbiden Situation (mindestens drei chronische Erkrankungen) ☐ Neue, zusätzlich aufgetretene komplexe Erkrankung ☐ Verschlechterung der bisherigen Erkrankung (Akut Fall) ☐ Schwierigkeiten, sich im Gesundheits- und Hilfesystem zurechtzufinden (kognitive Einschränkungen, Informationsdefizite zu vorhandenen Unterstützungsmaßnahmen, eingeschränkte Fähigkeiten zur Recherche) ☐ Überforderung bei persönlichen, finanziellen, soziale Schwierigkeiten
Zielgruppe (Aufgabenblock III)
• Netzwerk SCM Ortenaukreis • KGK Ortenaukreis

¹⁶⁴ Wagner (2020), S. 50.

¹⁶⁵ Quelle: Eigene Darstellung.

3.10.4 Zugang zu Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen

Tabelle 16: Erster Konzeptentwurf: Zugang zu GL¹⁶⁶

Der Zugang zu GL soll über drei Wege stattfinden. Zunächst ist eine Komm-Struktur geplant.
Haus- und Fachärztinnen und Haus- und Fachärzte sowie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Die Ärztinnen und Ärzte sowie die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können einschätzen, wer einen Bedarf für ein SCM (Aufgabenblock II) hat und an welchen Stellen sie als Ärztinnen und Ärzte Entlastung durch GL benötigen. Durch sie kann das Angebot des SCMs bekannter gemacht werden. Außerdem senkt eine Vermittlung durch Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Hemmschwelle bei den Klientinnen und Klienten, das Angebot anzunehmen. Klientinnen und Klienten, die sich wenig im Gesundheitswesen zurechtfinden, finden von alleine keine GL. Zusätzlich stellt es eine gute Ausgangsbasis für die weitere Zusammenarbeit dar, wenn Ärztinnen und Ärzte die GL kontaktieren und einschalten.
Sozialer Dienst/ Entlassmanagement des Ortenau Klinikums
Hat das Entlassmanagement bzw. der soziale Dienst den Eindruck, dass Patientinnen und Patienten eine dauerhafte Begleitung durch GL benötigen, sollen sie die Möglichkeit haben, die Patientinnen und Patienten auf dieses Angebot aufmerksam zu machen. Sie können mit deren Einwilligung GL kontaktieren, um Drehtüreneffekten vorzubeugen.
Freier Zugang
Durch einen freien Zugang kann sichergestellt werden, dass auch Klientinnen und Klienten Kontakt zu GL aufnehmen können, falls ihre Ärztinnen und Ärzte diesen kritisch gegenüberstehen. Zusätzlich kann das Angebot der GL bei Selbsthilfegruppen, Pflegestützpunkten oder der Quartiersarbeit bekannter gemacht werden, sodass diese ihre Klientinnen und Klienten darauf aufmerksam machen und diese dann den freien Zugangsweg nutzen können.

Um allen Menschen die Inanspruchnahme des SCMs zu ermöglichen, sollen GL Zugriff auf einen Dolmetscherpool erhalten und alle Informationen entsprechend der Gesundheitskompetenz der Klientinnen und Klienten anbieten (siehe Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz¹⁶⁷). Es kann auf ehrenamtliche GL für Migrantinnen und Migranten, professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher, ehrenamtliche Dolmetscherinnen und Dolmetscher und Gebärdendolmetscherinnen und Gebärdendolmetscher zurückgegriffen werden. Zudem können Klientinnen und Klienten auf Wunsch von eigens ausgewählten Dolmetscherinnen und Dolmetschern begleitet werden. Im Rahmen der Pilotphase soll erprobt werden, ob die angedachten Zugangswege ausreichen, um die Zielgruppe zu erreichen. Es ist zu prüfen, ob weitere Portale zur Zielgruppenerreichung genutzt werden müssen und eine aufsuchende Struktur in einer zweiten Aufbauphase ergänzt werden muss.

¹⁶⁶ Quelle: Eigene Darstellung.

¹⁶⁷ Vgl. Schaeffer et al. (Hrsg.) (2020).

3.10.5 Einsatzort/Ansiedlung von Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen

Tabelle 17: Erster Konzeptentwurf: Einsatzort/Ansiedlung von GL¹⁶⁸

Mit der im Juli 2018 vom Kreistag beschlossenen „Agenda 2030“ wird das Ortenau Klinikum ab spätestens 2030 seine stationären Leistungen an den vier Krankenhausstandorten in Offenburg, Lahr, Wolfach und Achern zentrieren. Die Standorte in Oberkirch, Kehl und Ettenheim werden aufgegeben und als **patientenorientierte Gesundheitszentren** mit Portalfunktion weitergeführt. Für die südliche Ortenau, die im Rahmen des Projektes fokussiert wird, bietet sich daher ein Standort im Gesundheitszentrum Ettenheim an. Der Ort des Klinikums bzw. des Gesundheitszentrums ist in der Bevölkerung bekannt und wird mit Expertise und Qualität verbunden. Darüber hinaus sind kurze Wege zu Fachärztinnen und Fachärzten im Gesundheitszentrum ansiedeln gegeben. Außerdem wird im Gesundheitszentrum in Ettenheim eine geriatrische Rehabilitation angesiedelt, wodurch weitere Bedarfe für GL entstehen könnten. Falls das Projekt für den gesamten Ortenaukreis verstetigt werden sollte, müssen weitere Überlegungen bezüglich der Standorte und der Finanzierung der GL angestrebt werden. Zusätzlich muss darauf geachtet werden, dass der **Zugang barrierefrei** ist (u. a. Leitsystem für Blinde).

3.10.6 Kompetenz- und Qualifikationsprofil von Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen

Tabelle 18: Erster Konzeptentwurf: Kompetenz- und Qualifikationsprofil von GL¹⁶⁹

Qualifikation
Langfristig sollte die Bildung eines multiprofessionellen Teams angestrebt werden, bei dem idealerweise unterschiedliche Sprachen gesprochen werden. Hierzu sind folgende Berufsbilder denkbar: • Medizinisch-pflegerische Ausbildung • Studium der Pflegewissenschaften oder des Pflegemanagements • Studium der Sozialen Arbeit • Studium Community Health Care und Nursing oder vergleichbare/r Ausbildung/Studiengang Eine mindestens fünfjährige einschlägige Berufserfahrung sollte vorliegen. Darüber hinaus ist eine CM Weiterbildung, zertifiziert durch die DGCC, wünschenswert.
Kompetenzen
Fähigkeiten: • Kommunikations- und Beratungsfähigkeit (Mehrsprachigkeit wünschenswert) • Organisationsfähigkeit • Sehr gute Vernetzung in der Region sowie Fähigkeiten zum Aufbau von Netzwerkstrukturen → Netzwerkkompetenz • Problemlösungsfähigkeit • Ganzheitliches Denken • Fähigkeit, Patientinnen und Patienten zu aktivieren • Diplomatische Fähigkeiten • Interkulturelle Kompetenz

¹⁶⁸ Quelle: Eigene Darstellung.

¹⁶⁹ Quelle: Eigene Darstellung.

Wissen:

- (Sozial-)rechtliche Kenntnisse
- Umfangreiches Wissen, welche Versorgungsangebote und Versorgungsstrukturen in der Region bestehen

Personale Kompetenzen:

- Empathie
- Selbstständige Arbeitsweise
- Geduld
- Offenheit für Neues (v. a. Offenheit, sich neues Wissen anzueignen)
- Flexibilität
- Durchsetzungsvermögen

3.10.7 Neutralität und Datenschutz

Tabelle 19: Erster Konzeptentwurf: Neutralität und Datenschutz¹⁷⁰

Neutralität
Die GL sind verpflichtet, patientenorientiert zu agieren. Die Neutralität der GL sollte durch eine Anstellung bei einer Organisation gewahrt werden, die keine wirtschaftlichen Interessen verfolgt. Im Rahmen des Pilotprojektes ist dies durch die Anstellung bei der KGK bzw. dem Landratsamt Ortenaukreis, Gesundheitsamt, gewährleistet. Die Interessen der GL sollten vor deren Einstellung überprüft werden. Außerdem sollten die GL entsprechend dem allgemeinen Verständnis von CM Vorschläge machen, welche Leistungserbringenden aufgesucht werden können und hierbei alle in der Region verfügbaren Leistungserbringenden einbeziehen. Die GL sind folglich verpflichtet, träger- und leistungserbringerneutral zu beraten und zu vermitteln. Es handelt sich hierbei um eine nicht-verbindliche Beratung. Darüber hinaus sollte eine freie Lotsenwahl bestehen. Zusätzlich kann die Neutralität von GL gestärkt werden, indem diese einen hohen Wissensfundus besitzen und verschiedene Hospitationen bei anderen Leistungserbringenden wie Arztpraxen, Eingliederungshilfe, Pflegeeinrichtungen, Entlassmanagement etc. durchführen.
Datenschutz
Die Klientinnen und Klienten müssen, sobald Aufgabenblock II getätigt wird, explizit über die Einhaltung des Datenschutzes informiert werden. Zusätzlich müssen sie durch das Unterzeichnen einer Datenschutzerklärung in der Klärungsphase der Weitergabe von personenbezogenen Daten zustimmen.

3.10.8 Kontakt/Ausgestaltung Schnittstelle

Tabelle 20: Erster Konzeptentwurf: Kontakt/Ausgestaltung Schnittstelle¹⁷¹

Kontakt mit Klientinnen und Klienten
Die GL halten den Kontakt zu Klientinnen und Klienten über verschiedene Kanäle. Zum einen gibt es in der Phase der Falleinschätzung einen verpflichtenden Hausbesuch. Auch die Begleitung zu Terminen bei Haus- und Fachärztinnen und Haus- und Fachärzten ist möglich. Folglich sind persönliche

¹⁷⁰ Quelle: Eigene Darstellung.

¹⁷¹ Quelle: Eigene Darstellung.

Treffen wichtige Bestandteile im Austausch zwischen GL sowie Klientinnen und Klienten. Darüber hinaus sollte es, angepasst an den individuellen Bedarf der Klientinnen und Klienten, unterschiedliche Kontaktmöglichkeiten geben wie z. B. Telefonate, Videokonferenzen oder Klärung von organisatorischen Details per E-Mail-Verkehr.

Kontakt mit Leistungserbringenden

Der Kontakt zu Leistungserbringenden kann einerseits durch die Begleitung zu Terminen vor Ort hergestellt werden. Darüber hinaus sollte der telefonische Kontakt gesucht werden. Es ist notwendig, dass die GL einen Anrufbeantworter verwenden und zeitnah Rückrufe tätigen. Allerdings könnte die telefonische Erreichbarkeit von Ärztinnen und Ärzten herausfordernd werden. Hier könnten Telefonate vorab durch den Austausch in einem Messenger Dienst oder per E-Mail verabredet werden. So ist sichergestellt, dass beide Parteien entsprechend vorbereitet und erreichbar sind. Sensible Daten wie Arztbriefe o.ä. könnten zu Beginn der Pilotphase nach Einverständnis der Klientinnen und Klienten per Fax oder gesichertem E-Mail-Verkehr ausgetauscht werden. Mittel- bis langfristig ist jedoch eine Errichtung einer digitalen Plattform anzustreben, über die sowohl ein datenschutzkonformer Austausch von sensiblen Daten und Dokumenten sowie eine Kommunikation per Chatfunktion möglich ist. Denkbar ist hier, den sich in Ettenheim und Umgebung etablierende Kommunikationsdienst KIM der KV zu nutzen und eine entsprechende Anbindung von GL anzustreben. KIM ermöglicht es Praxen, medizinische Dokumente elektronisch und sicher über die Telematikinfrastruktur (TI) zu versenden und zu empfangen. Die KV bietet einen eigenen KIM-Dienst, speziell für Niedergelassene, an. Um den regelmäßigen Kontakt mit den Hausärztinnen und Hausärzten zu halten, sollten diese z. B. über den Hausbesuch und die Aufstellung des Versorgungsplans informiert werden.

Interne Dokumentation

Die Arbeit der GL sollte durch eine interne CM Softwarelösung vereinfacht werden. Die Software sollte folgende Aspekte ermöglichen:

- Dokumentation der Tätigkeiten des CMs
- Elektronische Klienten-/Patientenakte (Kalender, Assessment Instrumente, Versorgungsplan, Datenbank)
- Einbeziehung von Adressdaten für eine „Datenbank“
- Schnittstellen zu Textverarbeitungsprogrammen
- Möglichkeit, z. B. Daten sicher mit Arztpraxen austauschen zu können sowie mit Arztpraxen kommunizieren zu können

3.11 Praktische Erprobung des Konzeptes und Formative Evaluation

3.11.1 Durchführung der Pilotphase

Im Zeitraum April 2022 bis Dezember 2022 wurde das Konzept (K 2) durch eine GL (50 %) erprobt. Aufgrund dieser begrenzter Ressourcen und der Komplexität der angestrebten Tätigkeiten, konnte das erarbeitete Konzept noch nicht vollständig umgesetzt werden. Zu Beginn wurden v. a. Aufgabenblock I und Aufgabenblock II ausgeübt. Der Fokus lag auf Aufgabenblock II. Tabelle 21 stellt das Vorgehen bezüglich der Aufgabenblöcke dar.

Tabelle 21: Umsetzung der Aufgabenblöcke in der Pilotphase¹⁷²

Aufgabenblock I: Information und Vermittlung
Aufgabenblock I wurde zeitnah erprobt, um z. B. Erkenntnisse über die Häufigkeit und Art der gegebenen Auskünfte zu gewinnen. Die GL hat einmal wöchentlich eine offene Sprechstunde von 8.30 Uhr -11.00 Uhr im Rathaus in Ettenheim angeboten und die telefonische Erreichbarkeit gewährleistet.
Aufgabenblock II: SCM
In der Pilotphase wurde eine Kooperation mit zwei Hausarztpraxen in Ettenheim durchgeführt. Beide Hausarztpraxen stellten der GL Räumlichkeiten zur Verfügung, die sie jeweils drei Stunden pro Woche belegte. Sie konnte somit Präsenz zeigen und kurze Wege nutzen. Der Prozess der Zusammenarbeit mit den Arztpraxen, welcher in Abbildung 12 dargestellt wird, wurde im Vorfeld mit den Praxen so abgestimmt. Zu Beginn identifizierten Hausärztinnen und Hausärzte den Bedarf für ein SCM und zogen das Dokument Einschlusskriterien¹⁷³ heran. Sie kreuzten die Einschlusskriterien entsprechend an und ergänzten diese ggf. in einem freien Textfeld durch weitere Informationen. Die Hausärztinnen und Hausärzte holten sich die Einwilligung ein, dass erste personenbezogene Daten an die GL weitergegeben werden dürfen. MFAs der Praxis stellten der GL einen Termin für ein erstes Treffen mit Klientinnen und Klienten in einen Kalender ein. Ggf. erfolgte die Terminabsprache auch direkt zwischen der GL und den Klientinnen und Klienten. Darauf folgend fand das erste Treffen statt. Die GL überprüfte nochmals, ob ein Bedarf für ein SCM vorlag und nahm die Klientinnen und Klienten in den SCM Prozess auf. Die Klientinnen und Klienten willigten nach Aushändigung einer Datenschutzinformation in die Datenschutzerklärung¹⁷⁴ ein. Anschließend hielt die GL ggf. Rücksprache mit den Hausärztinnen und Hausärzten. In der Regel fand dann ein Hausbesuch statt, bei dem die GL die Falleinschätzung durchführte und anschließend an Hausärztinnen und Hausärzte mit einem kurzen Feedbackbogen¹⁷⁵ berichtete. Die GL stellte einen Versorgungsplan auf. Dieser wurde im Hinblick auf ausgewählte, relevante Aspekte mit den Hausärztinnen und Hausärzten abgestimmt. Die GL hatte die Maßnahmen im Blick und führte ggf. anfallende Anpassungen durch. Falls aus Sicht der GL nötig, fanden weitere kurze Hausbesuche zur Klärung von Organisatorischem statt. Der Austausch mit den Praxen wurde durch eine wöchentliche Besprechung mit jeweils einer festen Ansprechpartnerin bzw. einem festen Ansprechpartner pro Praxis gewährleistet. Thematisiert wurden neue Fälle sowie, falls aus Sicht der GL notwendig, der aktuelle Stand von laufenden Fällen.

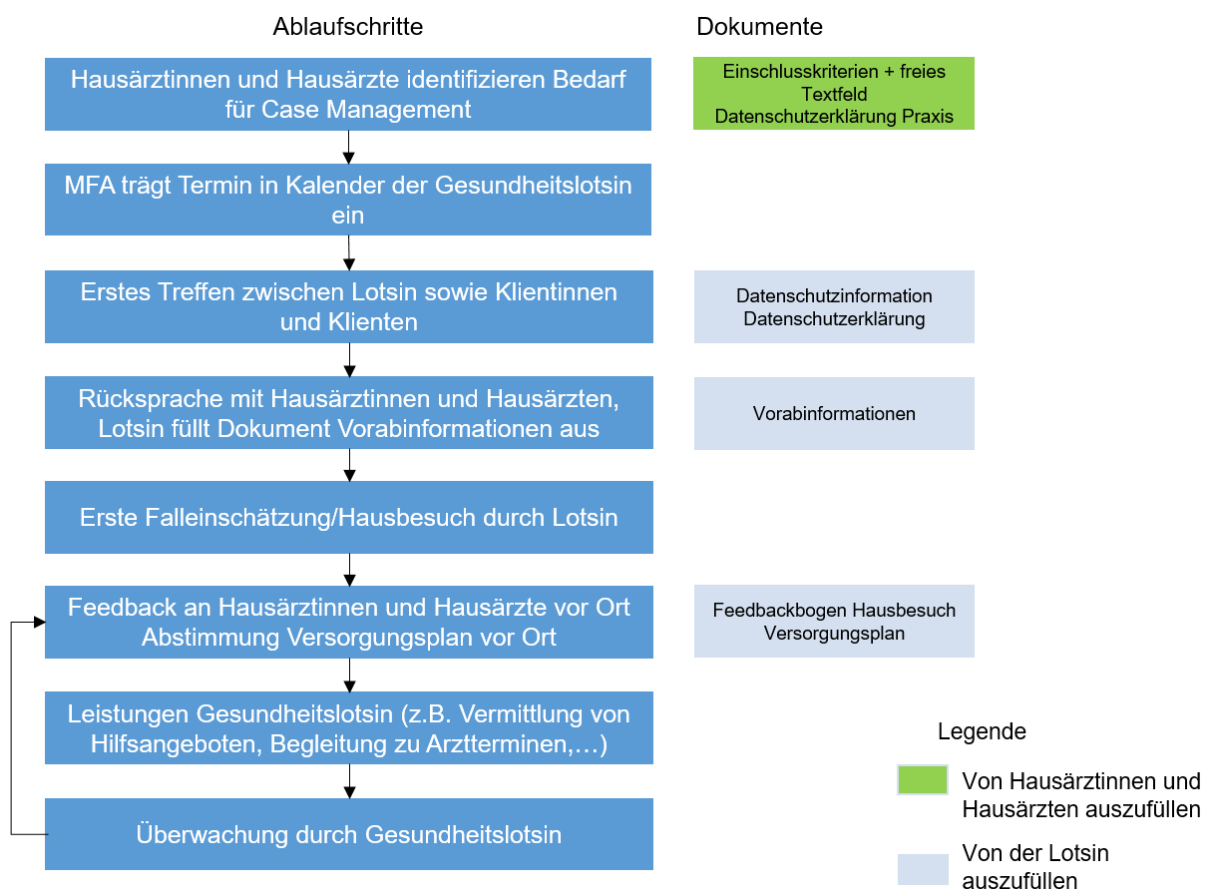
¹⁷² Quelle: Eigene Darstellung.

¹⁷³ Das Dokument kann auf Anfrage beim Herausgeber angefordert werden.

¹⁷⁴ Die Dokumente können auf Anfrage beim Herausgeber angefordert werden.

¹⁷⁵ Das Dokument kann auf Anfrage beim Herausgeber angefordert werden.

Abbildung 12: Vorgehensweise in der Pilotphase zu Aufgabenblock II¹⁷⁶



Um die GL aufgrund ihrer begrenzten Ressourcen vor einer Überlastung zu schützen, wurde die Öffentlichkeitsarbeit auf wenige Maßnahmen beschränkt. Es wurde klar kommuniziert, dass es sich noch nicht um ein Angebot der Regelversorgung, sondern um ein erstes Pilotangebot handelte. Am 29. Juni 2022 fand eine Auftaktveranstaltung in Ettenheim statt. Ziel war es, über die Ergebnisse der Bestands- und Bedarfsanalyse sowie der Tätigkeiten der GL zu informieren. An der Veranstaltung nahmen ca. 35 Personen teil. Zusätzlich wurden Flyer¹⁷⁷ erstellt. Diese wurden von den Hausärztinnen und Hausärzten an Klientinnen und Klienten gegeben, bei denen sie Bedarf für ein SCM sahen.

Des Weiteren wurden verschiedene CM Software Lösungen recherchiert und die Software Quovero zur Unterstützung der GL ausgewählt. Quovero ermöglicht die Begleitung und Dokumentation aller Phasen des CM Prozesses sowie deren statistische Auswertung. Es kann je nach Fall flexibel zwischen einer ausführlichen Erfassung eines CMs und einer weniger detail-

¹⁷⁶ Quelle: Eigene Darstellung.

¹⁷⁷ Der Flyer kann bei Bedarf beim Herausgeber angefordert werden.

lierten Dokumentation gewechselt werden. Zusätzlich impliziert die Software Chat- und Kalenderfunktionen.¹⁷⁸ Darüber hinaus besteht bei Quohero neben der Dokumentation des CMs die Möglichkeit, weitere Zusatzmodule hinzu zu buchen (Stand Dezember 2022):

- Wegweiser: Aufbereitung der Datenbank der GL, um diese im Internet darzustellen.
- Portale: Möglichkeit, Klientinnen und Klienten und ihren Angehörigen sowie Leistungserbringenden einen geschützten Zugang zur Software zu gewähren. Diese können so z. B. kommunizieren, Dokumente einstellen oder Termine einsehen.
- Anbindung an TI: Eine Anbindung an die TI ist vorgesehen.
- Eine Anbindung an die Entlassmanagement-Plattform Recare befindet sich Absprache.

3.11.2 Formative Evaluation

Ziele:

- Modifizierung und/oder Verbesserung des im Vorfeld der Pilotphase erarbeiteten Konzeptes.
- Überprüfung, ob sich das Angebot von GL in die aktuellen Versorgungsstrukturen implementieren lässt.
- Überprüfung der Akzeptanz des Angebots.

Methodisches Vorgehen:

Das Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung (IAIV) des Universitätsklinikums Tübingen entwickelte ein Evaluationskonzept im Rahmen der Durchführung eines analogen, durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration BW aus Mitteln des Landes BW, unterstützten Projektes („Aufbau eines Primärversorgungsnetzwerkes durch das Angebot eines Case- und Care Managements für ärztliche Praxen im ländlichen Raum“).

Dieses Evaluationskonzept wurde der KGK Ortenaukreis für das hier beschriebene Projekt zur Verfügung gestellt und durch die KGK auf die spezifischen Anforderungen ihres Projektes angepasst. Durch das IAIV wurde hierzu ein vom IAIV entwickeltes Befragungsinstrument für Klientinnen und Klienten, eine Tabelle zur Erfassung der Befragungsergebnisse sowie ein Excel-Dokumentations-Template zur Verfügung gestellt. Die Befragungsergebnisse sowie die Dokumentation der Arbeit der GL auf Basis des Dokumentations-Templates wurden durch das IAIV ausgewertet.

¹⁷⁸ Weitere Informationen finden Sie unter <https://www.synectic.de/software/quohero-case-management/> [13.12.2022].

Die folgenden Tabellen Tabelle 22, Tabelle 23, Tabelle 24 und Tabelle 25 zeigen das vom IAIV Tübingen entwickelte und von der KGK angepasste Evaluationskonzept.

Tabelle 22: Evaluationskonzept bezüglich Ressourcen¹⁷⁹

Ressourcen: Strukturen und Aufwendungen, die notwendig sind, um das Konzept zu etablieren				
Merkmale/Zielgröße	Forschungsfragen	Datenquellen/Operationalisierung	Erhebungszeitpunkte	Auswertungsmethoden
Personelle Ressourcen	(1) Wie viele Klientinnen und Klienten hat die GL pro Zeiteinheit betreut? (1a) Wie viele in Aufgabenblock I? (1b) Wie viele in Aufgabenblock II?	(1) Dokumentations-Template/Software	- Start der Pilotphase - fortlaufend (Anpassungen)	deskriptiv
	(2) Mit wie vielen Hausärztinnen und Hausärzte arbeitete die GL zusammen?			
	(3) Mit welchen zentralen Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern sowie regionalen Leistungserbringenden arbeitete die GL zusammen?			
	(4) Wie war das Projekt-Team / Projekt-Partnerinnen und Partner ausgestaltet?	(1) Stellenplan		
Qualifikations- und Kompetenzprofil GL	(1) Konnten die im Konzept festgelegten erforderlichen Qualifikationen und Kompetenzen der GL bestätigt werden oder sind Anpassungen des Konzeptes notwendig?	(1) Abgleich Tätigkeitsprofil entsprechend der Pilotphase mit Konzeptbeschreibung (2) Transkripte Experteninterviews	Projektabschlussphase	qualitativ: retrospektive Dokumentenanalyse
Zielgruppe//Klientinnen und Klienten	(1) Wurden Klientinnen und Klienten eingeschlossen, die gemäß dem Konzept eingeschlossen werden sollten? (2) Müssen weitere Zugangsmöglichkeiten geschaffen werden, um die Klientinnen und Klienten zu erreichen, die am meisten davon profitieren würden?	(1) Dokumentations-Template/Software (2) Transkripte Experteninterviews	Projektabschlussphase	qualitativ: retrospektive Dokumentenanalyse
Infrastruktur/ Ausstattung GL	(1) Was sind die erforderlichen Bestandteile der Infrastruktur (Ausstattung)? Wie sollte die Ausstattung der GL aussehen (Büro, Transport, Kommunikation etc.)?	(1) Projektmanagement: Protokolle, Rechnungen	- Start der Pilotphase - fortlaufend (Anpassungen)	qualitativ: retrospektive Dokumentenanalyse
Knowhow für die Implementierung des Projektes/ Umsetzung des Konzeptes	(1) Konzept für ein CM (2) Dokumentationskonzept und Instrumente inkl. Informationstechnologie (3) Qualitätsmanagement/Evaluationskonzept (4) Kommunikationskonzept	(1) Ergebnisse Bestands- und Bedarfsanalyse und das entsprechende Konzept (2) Prozessanpassungen (3) Protokolle AG Sitzungen	- Start der Pilotphase - fortlaufend (Anpassungen)	deskriptiv

¹⁷⁹ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an das zur Verfügung gestellte Konzept des IAIV (2022).

		(4) Dokumentations-Template/Software		
Organisationsstruktur und formale Prozesse	(1) Organisatorische und örtliche Anbindung der GL (2) Kostenträgerschaft (Finanzierung und Vergütung) (3) Zuweisungsprozess Hausärzteschaft: Einweisung, Feedback, Abschluss	(1) Ergebnisse Bestands- und Bedarfsanalyse und das entsprechende Konzept (2) Verwendungsnachweis	- Start der Pilotphase - fortlaufend (Anpassungen)	deskriptiv
Laufende Implementierungskosten	(1) Laufende Kosten Infrastruktur (2) Laufende Kosten Personal	(1) Verwendungsnachweis	fortlaufend	deskriptiv

Tabelle 23: Evaluationskonzept bezüglich Leistungen und Fallarbeit¹⁸⁰

Leistungen: Versorgungsleistung // Fallarbeit						
Merkmale/Zielgröße	Forschungsfragen	Datenquellen/Operationalisierung	Erhebungsinstrumente/Indikatoren/Datentypen	Erhebungszeitpunkte	Auswertungsmethoden	Ergebnis/Dokument
Profil der Klientinnen und Klienten	(1) Welche Merkmale haben Klientinnen und Klienten, die von der Hausärzteschaft überwiesen werden?	(1) Dokumentations-Template/Software	(1) Befragungsdaten Patientenaufnahme: - Sozio-Demographie - Lebenskontext - Versorgungssituation - Diagnosen - Einweisungsgrund	T0 (Aufnahme)	(1) deskriptive statische Auswertung	(1) Bedarfskriterien: quantifizierter Katalog und Profil von Klientinnen und Klienten
Aufgabenprofil GL	(1) Welche Tätigkeiten sind in Aufgabenblock I angefallen? (2) Welche fallbezogenen Aufgaben sind während der Projektlaufzeit in Aufgabenblock II angefallen? Welche Tätigkeiten wurden erbracht? (3) Welche Tätigkeiten sind in Aufgabenblock III angefallen?	(1) Dokumentations-Template/Software	(1) Dokumentation der Tätigkeiten in Aufgabenblock I - Art und Umfang der Auskünfte - Anzahl Übergaben an andere Leistungserbringende (2) Dokumentation der Fallarbeit in Aufgabenblock II - Art und Umfang der Betreuung/Tätigkeiten	fortlaufend	(1) deskriptive statistische Auswertung der dokumentierten Tätigkeiten	(1) Quantifiziertes Aufgabenspektrum der GL und Konzeptbestätigung/-anpassung

¹⁸⁰ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an das zur Verfügung gestellte Konzept des IAIV (2022).

			- Medizinische/pflegerische Zusatzaufgaben - Merkmale und Umfang der Hilfeplanung - Kontakte zu Leistungserbringenden und Medien - Anzahl Übergaben an andere Leistungserbringende			
Zeitaufwand GL (fallbezogen)	(1) Anzahl Klientinnen und Klienten in Aufgabenblock I und Aufgabenblock II /Kontakte/Fälle (2) Umfang Aufgabenblock I (3) Umfang unmittelbare Fallarbeit Aufgabenblock II	(1) Dokumentations-Template/ Software	(1) Anzahl Klientinnen und Klienten (2) Zeitangaben in Minuten	fortlaufend	(1) deskriptive statische Auswertung	(1) Totalzahl Laufzeit; Klientinnen und Klienten pro Monat (2) Mittelwert Zeitaufwand pro Klient/Fall
Durch GL vermittelte weitere Leistungen	(1) Mit wem arbeitet die GL zusammen? An wen wird überwiesen?	(2) Dokumentations-Template/ Software	(1) Analyse der Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner	fortlaufend, kummulativ	(1) deskriptive statistische Auswertung	(1) Tabelle Häufigkeiten involvierter Kooperierender
Zeitaufwand Hausarztpraxen	(1) Wieviel Zeit wurde je Fall aufgebracht, mehr Zeit oder Entlastung?	(1) Experteninterviews Ärzteschaft		gegen Ende	(1) qualitativ	

Tabelle 24: Evaluationskonzept bezüglich Leistungen und Versorgungsorganisation/Versorgungsnetzwerk¹⁸¹

Leistungen Versorgungsleistung // Versorgungsorganisation/ Versorgungsnetzwerk						
Merkmale/Zielgröße	Forschungsfragen	Datenquellen/ Operationalisierung	Erhebungsinstrumente/Indikatoren/Datentypen	Erhebungszeitpunkte	Auswertungsmethoden	Ergebnis/Dokument

¹⁸¹ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an das zur Verfügung gestellte Konzept des IAIV (2022).

Prozessänderungen	(1) Welche Prozessänderungen haben sich im Verlauf ergeben?	(1) Prozessänderungs-Tabelle; Prozessschaubild	(1) Vorgänge	fortlaufend	(1) qualitativ, deskriptiv	(1) Konzeptbestätigung/-anpassung, Bericht
Zeitaufwand GL (übrige Aufgaben)	(1) Umfang allgemeine administrative Aufgaben (ohne Fallbezug, wie z. B. Schulungen, Supervision)	(1) Dokumentations-Template/ Software	(1) Minuten	fortlaufend	(1) deskriptive statistische Auswertung	(1) Mittelwert Zeitaufwand pro Arbeitsschritt
Interprofessioneller Arbeitsprozess	(1) Definition des Arbeitsprozesses der GL (Kommunikation, Art der Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringenden): Wie lässt sich der Arbeitsprozess in Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und Hausärzten sowie anderen Leistungserbringenden zukünftig gestalten?	(1) Experteninterviews mit Leistungserbringenden	(1) Vorgänge	Mehrfach im Projektverlauf	(1) qualitativ, deskriptiv	(1) Konzeptbestätigung/-anpassung, Bericht

Tabelle 25: Evaluationskonzept bezüglich Wirkungen bei der Zielgruppe¹⁸²

Wirkungen: Akzeptanz, Qualität						
Merkmale/Zielgröße	Forschungsfragen	Datenquellen/Operationalisierung	Erhebungsinstrumente/Indikatoren/Datentypen	Erhebungszeitpunkte	Auswertungsmethoden	Ergebnis/Dokument
Erfahrungen Klientinnen und Klienten quantitativ	(1) Wie zufrieden sind Nutzende des Angebots mit der Versorgungsleistung?	(1) Quantitative Befragung	(1) Vom IAIV entwickeltes Fragebogeninstrument zu Qualität und Zufriedenheit	Entlassung + maximal ein Monat	(1) deskriptive statistische	(1) Zufriedenheits- bzw. Bewertungs-

¹⁸² Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an das zur Verfügung gestellte Konzept des IAIV (2022).

	(2) Wie bewerten die Nutzende die Qualität des Angebots?	Totalerfassung ab 12/2022			Auswertung	profil Klientinnen und Klienten
Erfahrungen Leistungserbringende = Ärzteschaft, Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartner, GL	(1) Ist das Angebot hilfreich für Ihre Arbeit? (2) Verbessert es die Patientenversorgung? Was genau? (3) Aufwand – im Vergleich zum Nutzen – Bewertung? (4) Fragen zu Prozess, Ablauf: Verbesserungsvorschläge, Hürden, Förderfaktoren	(1) Experteninterviews	(1) Leitfadengestützte Experteninterviews mit dem regionalen Netzwerk	Abschlussphase des Projektes	(1) qualitative Inhaltsanalyse (induktiv)	(1) Bewertung der Versorgungsleistung und des Implementierungsprozesses aus der Expertenperspektive; Handlungsempfehlungen (2) Vorher-Nachher-Vergleich der Interviews im Rahmen der Bestands- und Bedarfsanalyse und nach Durchführung der Pilotphase
Zielerreichungsgrad der patienten-individuellen Ziele	(1) Wirksamkeit der von der GL eingeleiteten Maßnahmen (Zielerreichung)	(1) Dokumentations-template/ Software	(1) Für einzelne Problembereiche vereinbarte Ziele (2) Erreicht und nicht erreichte Ziele (3) Gründe bei nicht erfolgter Zielerreichung	T0 (Aufnahme) T1 (Entlassung) Für Klientinnen und Klienten: Subjektive Zielerreichung	(1) deskriptive statistische Auswertung	(1) Häufigkeit der Zielerreichung der von GL eingeleiteten Maßnahmen, Grund für Nichterreichen (in Anteilen)

Zur Erfassung der Wirkungen bei der Zielgruppe wurden, wie aus Tabelle 25 ersichtlich, die Erfahrungen der Leistungserbringenden durch leitfragengestützte semi-strukturierte Interviews aufgenommen. Hierbei wurden fünf Personen folgender Institutionen befragt:

- Kooperierende Hausarztpraxis 1 (n=1)
- Kooperierende Hausarztpraxis 2 (n=1)
- Pflegestützpunkt Lahr (n=1)
- Betreuungsbehörde Landratsamt Ortenaukreis (n=1)
- AOK Sozialer Dienst (n=1)

Die Interviews wurden im Zeitraum zwischen November und Dezember 2022 bei persönlichen Treffen geführt. Sie dauerten zwischen 35 und 45 Minuten. Anschließend erfolgte eine qualitativ inhaltliche Auswertung in Anlehnung an Mayring (2015).¹⁸³ Unter den fünf Befragten waren vier Frauen und ein Mann.

Des Weiteren wurde im Dezember 2022 ein leitfadengestütztes semistrukturiertes Interview mit der GL zu ihren Erfahrungen geführt. Dieses dauerte eine Stunde und wurde ebenfalls qualitativ inhaltlich in Anlehnung an Mayring (2015) ausgewertet.¹⁸⁴

Ergebnisse:

Die folgenden Tabellen Tabelle 26, Tabelle 27, Tabelle 28 und Tabelle 29 stellen die Ergebnisse der formativen Evaluation dar. Die Anzahl der Klientinnen und Klienten pro Zeiteinheit, das Profil der Klientinnen und Klienten, das Aufgabenprofil der GL zu Aufgabenblock I und Aufgabenblock II, der Zeitaufwand der GL (übrige Aufgaben), die Erfahrungen der Klientinnen und Klienten quantitativ sowie der Zielerreichungsgrad der klientenindividuellen Ziele wurden durch das IAIV ausgewertet.

¹⁸³ Vgl. Mayring (2015), S. 62, 69f.

¹⁸⁴ Vgl. Mayring (2015), S. 62, 69f.

Tabelle 26: Evaluationsergebnisse bezüglich Ressourcen¹⁸⁵

Ressourcen: Strukturen und Aufwendungen, die notwendig sind, um das Konzept zu etablieren		
Merkmale/Zielgröße	Forschungsfragen	Ergebnisse
Personelle Ressourcen	- Wie viele Klientinnen und Klienten hat die GL pro Zeiteinheit betreut? - Wie viele in Aufgabenblock I? - Wie viele in Aufgabenblock II?	- Die GL hat im Zeitraum vom 21.04.2022 bis 31.12.2022 im Rahmen ihrer 50 % Tätigkeit Fälle betreut. Abzüglich Fehlzeiten beläuft sich der Zeitraum auf 97 Arbeitstage. Insgesamt wurden 41 Fälle identifiziert. - Es gab 21 Einzelauskünfte und neun Übergaben in Aufgabenblock I. Die Zahl der Fälle in Aufgabenblock I beläuft sich somit auf 30. - In Aufgabenblock II wurden elf SCM Fälle bearbeitet.
	Mit wie vielen Hausärztinnen und Hausärzten arbeitete die GL zusammen?	- Im Vorfeld der Pilotphase wurden alle vier Hausarztpraxen in Ettenheim angefragt, ob sie Interesse an der Zusammenarbeit mit der GL haben. Zwei Hausarztpraxen haben zugesagt. - In beiden Hausarztpraxen arbeiteten jeweils sieben Ärztinnen und Ärzte. Insgesamt 14 Ärztinnen und Ärzte konnten der GL somit Fälle zuweisen.
	Mit welchen zentralen Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern sowie regionalen Leistungserbringenden arbeitete die GL zusammen?	- Zu den zentralen Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern sowie regionalen Leistungserbringenden zählten: - Betreuungsbehörde Ortenaukreis - AOK CompetenceCenter Sozialer Dienst Lahr - Pflegestützpunkt Lahr - Ansprechpartnerinnen im Rathaus Ettenheim - Kommunaler Sozialer Dienst Lahr - Psychologische Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche - Frühe Hilfen Lahr - Pflegedienste in Ettenheim und Umgebung - Suchtberatungsstelle Lahr - Kooperierende Hausarztpraxen Ettenheim
	Wie war das Projekt-Team / Projekt-Partnerinnen und Partner ausgestaltet?	- Eine Stelle EG 13, Umfang: 100 % war als Projektleitung tätig. - Eine Stelle EG 8, Umfang: 50 % war als Projektassistentz/GL tätig. - Zwei Praktikantenstellen, Umfang: 100 %, waren für die Dauer von insgesamt sieben Monaten im Projekt involviert. - Es wurde einer Bachelor Arbeit, Umfang: 100 %, mit der Dauer von vier Monaten im Rahmen des Projektes umgesetzt.

¹⁸⁵ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an das Evaluationskonzept des IAIV.

		• Die Leiterin der Geschäftsstelle der KGK Ortenaukreis hat mit einem Umfang von ca. 30 % mitgearbeitet. • Die Leiterin des Gesundheitsamtes Ortenaukreis hat in einem Umfang ca. 5 % mitgearbeitet. • Projektpartner war das Ortenau Klinikum.
Qualifikations- und Kompetenzprofil GL	• Konnten die im Konzept festgelegten erforderlichen Qualifikationen und Kompetenzen der GL bestätigt werden oder sind Anpassungen des Konzeptes notwendig?	• Die erforderlichen Qualifikationen und Kompetenzen aus dem Konzept konnten bestätigt werden. Insbesondere wurde die Bedeutung von einer medizinisch-pflegerischen Ausbildung, sozialrechtlichen Kenntnissen und einem umfangreichen Wissen, welche Versorgungsangebote und Versorgungsstrukturen in der Region bestehen, deutlich. Für GL ist es wichtig, Distanz zu den Fällen zu wahren. Zusätzlich wurde ersichtlich, dass ein multiprofessionelles Team aufgebaut werden sollte.
Zielgruppe//Klientinnen und Klienten	• Wurden Klientinnen und Klienten eingeschlossen, die gemäß dem Konzept eingeschlossen werden sollten? • Müssen weitere Zugangsmöglichkeiten geschaffen werden, um die Klientinnen zu erreichen, die am meisten davon profitieren würden?	• Menschen mit chronischen Erkrankungen und Multimorbidität wurden eingeschlossen, die vor komplexen Herausforderungen standen und deren Alltagskompetenz eingeschränkt war. Da während der Pilotphase noch nicht alle Zugangswege des Konzeptes erprobt werden konnten, konnten auch nicht alle beabsichtigten Zielgruppen erreicht werden. Insbesondere Menschen mit Migrationshintergrund wurden nur in geringem Ausmaß erreicht. • Im Rahmen der Interviews mit Leistungserbringenden wurde deutlich, dass alle im Konzept vorgesehenen Zugangswege zukünftig genutzt werden sollten. ○ Insbesondere die Bedeutung des Zugangswegs des Entlassmanagements wurde von fünf Befragten hervorgehoben. Gleichzeitig wurde betont, dass im Hinblick mit der Zusammenarbeit des Entlassmanagements zukünftig darauf geachtet werden sollte, keine Aufgaben des Entlassmanagements zu übernehmen. ○ Im Hinblick auf den offenen Zugang wurde zusätzlich darauf hingewiesen, dass es für die zukünftige GL herausfordernd werden könnte, abzugrenzen, was tatsächliche SCM Fälle sind und eine genaue Definition ihrer zukünftigen Aufgaben erforderlich ist.
Infrastruktur/ Ausstattung GL	• Was sind die erforderlichen Bestandteile der Infrastruktur (Ausstattung)? Wie sollte die Ausstattung der GL aussehen (Büro, Transport, Kommunikation etc.)?	• Erforderliche Bestandteile der Infrastruktur sind: Büro, Informationstechnologie Ausstattung/Kommunikation, Transport, Gewährleistung der Sicherheit bei Hausbesuchen sowie Informationsmaterialien. ○ <u>Büro</u>: In der Pilotphase hat die GL verschiedene Räumlichkeiten genutzt (in beiden kooperierenden Hausarztpraxen und im Rathaus), da das Gesundheitszentrum in Ettenheim noch nicht in Betrieb war und sie dennoch in Ettenheim Präsenz zeigen und nah vor Ort sein wollte. Es hat sich gezeigt, dass dies für die GL herausfordernd war, da sie immer wieder mit neuen Gegebenheiten konfrontiert war und viele Unterlagen zu verschiedenen Orten transportieren musste. Daher sollte zukünftig ein festes Büro vor Ort in Ettenheim im Gesundheitszentrum genutzt werden. Eine entsprechende Büroausstattung (Schreibtisch, Schreibtischstuhl, Roll-Container, Besprechungstisch und -stühle, mindestens zwei Schränke zur Aufbewahrung von Informationsmaterialien und vertraulichen Dokumenten) muss gegeben sein. ○ <u>Informationstechnologie Ausstattung/Kommunikation</u>: Folgende Ausstattung war notwendig: Smartphone, Laptop und Dockingstation, zwei Bildschirme, Maus, Tastatur, Tablet für Hausbesuche.

		○ <u>Transport</u>: Die GL hat ihren privaten PKW für Dienstfahrten genutzt und die Fahrtwege entsprechend abgerechnet. ○ <u>Gewährleistung der Sicherheit bei Hausbesuchen</u>: Im Rahmen der Pilotphase wurde das GPS-Notrufsystem der Netze BW eingesetzt, um im Notfall per einfachem Knopfdruck einen Notruf an die Leitstelle absetzen zu können. Es werden dann entsprechende, im Vorhinein abgestimmte, Maßnahmen eingeleitet. Die Nutzung setzte eine entsprechende Schulung der Anwenderinnen und Anwender voraus. ○ <u>Informationsmaterialien</u>: Zur Ausstattung der GL gehörte eine Auswahl an verschiedenen Informationsflyern zu Versorgungsangeboten in der Region sowie Informationsmaterialien zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung auch in leichter Sprache.
Knowhow für die Implementierung des Projektes/ Umsetzung des Konzeptes	• Konzept für ein CM • Dokumentationskonzept und Instrumente inklusive Informationstechnologie • Qualitätsmanagement/Evaluationskonzept • Kommunikationskonzept	• Es wurde ein Konzept für ein CM (siehe Abschnitt 3.10) mit folgenden Faktoren erstellt: ○ Aufgaben von GL ○ Unterstützung von GL ○ Zielgruppen von GL ○ Zugang zu GL ○ Einsatzort/Ansiedlung von GL ○ Kompetenz- und Qualifikationsprofil von GL ○ Neutralität und Datenschutz ○ Kontakt/Ausgestaltung Schnittstelle • Es wurde ein Dokumentationskonzept und Instrumente inklusive Informationstechnologie entwickelt: ○ Dazu zählten Grundlagendokumente in Zusammenarbeit mit den Hausarztpraxen: ▪ Einschlusskriterien ▪ Vorabinformationen ▪ Rückmeldung Hausbesuch ○ Dazu zählten ein Wissensspeicher zur Dokumentation von Rechercheergebnissen. ○ Der CM Prozess wurde mittels einer Dokumentations-Template/Software erfasst. Diese ermöglichte folgende Dokumentationen: ▪ Dokumentation der Tätigkeiten der GL inkl. Erfassung des zeitlichen Umfangs einzelner Tätigkeiten ▪ Erfassung von Stammdaten von Klientinnen und Klienten ▪ Erfassungen von Daten zur gesundheitlichen Situation ▪ Erfassung von Daten zur gesetzlichen Betreuung ▪ Erfassung einer Fallakte: • Erfassung Klärungsphase: Formalitäten und Problemlagen • Erfassung Falleinschätzung: Herausforderungen und Ressourcen von Klientinnen und Klienten, Nutzung von standardisierten Instrumenten (Netzwerkkarte, Ecomap, Begutachtungsinstrument, Problemnetz) • Erfassung Versorgungsplan und Strategieentwicklungsmatrix • Erfassung Fallüberwachung

- Erfassung Evaluation
 - Dokumentation des Verlaufs des CMs
- Vorhandene Datenbanken wurden genutzt und erweitert. Darüber hinaus wurde sukzessiv eine eigene Datenbank angelegt. Folgende Leistungserbringende/Angebote wurden eingeschlossen:
 - Angebote Gesundheitsförderung und Prävention
 - Angebote Steigerung der Gesundheitskompetenz
 - Selbsthilfegruppen
 - Angebote Begegnung/Freizeit
 - Angebote Beratung/Vermittlung (allgemeine Lebensberatung, familiäre Probleme, Schwangerschaftsberatung)
 - Angebote Beratung/Vermittlung (wirtschaftliche Fragen, Schuldnerberatung)
 - Beratung bei sozialrechtlichen Themen
 - Angebote Bildung/Ausbildung
 - Angebote soziale Gruppenarbeit
 - Rechtliche Betreuung
 - Niedergelassene Haus- und Fachärztinnen und Haus- und Fachärzten
 - Heilmittelerbringende (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Podologie, Masseurinnen und Masseur/Medizinische Bademeisterinnen und Bademeister)
 - Kliniken
 - Rehabilitationsstätten
 - Sonstige therapeutische Einrichtungen
- Ein Kalender zur Festlegung von Terminen wurde genutzt.
- Dokumente zur Sicherstellung des Datenschutzes wurden eingesetzt. Hierzu zählten folgende Dokumente:
 - Datenschutzinformation
 - Datenschutzerklärung
- Es wurde ein Evaluationskonzept (siehe Abschnitt 3.11.2) eingesetzt. Dies enthielt folgende Elemente:
 - Evaluationskonzept hinsichtlich Ressourcen
 - Evaluationskonzept hinsichtlich Leistungen: Versorgungsleistung // Fallarbeit
 - Evaluationskonzept hinsichtlich Leistungen: Versorgungsleistung // Versorgungsorganisation // Versorgungsnetzwerk
 - Evaluationskonzept hinsichtlich Wirkungen
- Es wurde ein Kommunikationskonzept erarbeitet. Hierzu zählten folgende Elemente:
 - Durchführung einer Auftaktveranstaltung des Projektes zur Information über das Projekt und mit dem Ziel der Bildung einer AG CM
 - Sitzungen der AG CM zum Einbezug der Kenntnisse und Erfahrungen lokaler Expertinnen und Experten im Rahmen der Bestands- und Bedarfsanalyse, Konzeptentwicklung und Pilotphase sowie zur Schaffung von Transparenz über den Projektstand

		○ Darstellung des Projektstandes und Einholung weiterer Expertise in den Gremien der KGK (AG Sektorenübergreifende Versorgung, Lenkungskreis) ○ Vorstellung des Projektes beim AOK CompetenceCenter Sozialer Dienst ○ Vorstellung des Projektes beim Tag des Patientenlotsen in Berlin ○ Vorstellung des Projektes beim Forum innovative Versorgung Tübingen: Regionale integrierte Versorgung in der Praxis – Vom Modellvorhaben in die Praxis ○ Vorstellung des Projektes bei der AG Pflege und Versorgung Lahr ○ Flyer, Flyer in leichter Sprache und Flyer in Fremdsprachen (englisch, arabisch, rumänisch, türkisch, russisch) ○ Veröffentlichung von Pressemitteilungen für den Auftakt des Projektes sowie den Auftakt der Pilotphase ○ Darstellung des Projektes auf der Homepage der KGK
Organisationsstruktur und formale Prozesse	• Organisatorische und örtliche Anbindung der GL • Kostenträgerschaft (Finanzierung und Vergütung) • Zuweisungsprozess Hausärzteschaft: Einweisung, Feedback, Abschluss	• Die organisatorische und örtliche Anbindung der GL wurde wie folgt gestaltet: ○ Die Projektassistenz/GL war beim Gesundheitsamt Ortenaukreis – KGK im Rahmen des Projektes angestellt. ○ Im Rahmen des ersten Projektjahres und der Durchführung der Bestands- und Bedarfsanalyse war die Projektassistenz/GL in den Räumlichkeiten des Gesundheitsamtes tätig. ○ Aufgrund des noch laufenden Klinikbetriebs im Ortenau Klinikum Ettenheim im Jahr 2022 wurde für die Pilotphase des Projektes (zweites Projektjahr) beschlossen, dort noch keine Räumlichkeiten zu nutzen. Es sollte u. a. auch vor dem Hintergrund der Covid-19 Pandemie vermieden werden, dass viel Publikumsverkehr im Klinikum stattfindet. Stattdessen wurde mit den kooperierenden Hausarztpraxen vereinbart, dass die GL jeweils einen halben Tag pro Woche dort verbringt, Büroräumlichkeiten nutzen, Erstgespräche mit Klientinnen und Klienten vor Ort führen sowie den Austausch mit Hausärztinnen und Hausärzten suchen kann. Darüber hinaus wurde einmal wöchentlich eine offene Sprechstunde im Rathaus in Ettenheim angeboten. Die restliche Arbeitszeit hat die GL an ihrem Arbeitsplatz im Gesundheitsamt bzw. im Home-Office verbracht. • Die Kostenträgerschaft (Finanzierung und Vergütung) war wie folgt geregelt: ○ Das Projekt wurde mittels einer Fördersumme von 332.443,00 € (Eigenmittel in Höhe von 33.600,00 €) finanziert. Das Projekt wurde unterstützt vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration BW aus Mitteln des Landes BW. ○ Folgende Stellen wurden vergütet: ▪ Projektleitung: Stelle EG 13, 100 % ▪ Projektassistenz/GL: Stelle EG 8, 50 % ▪ Zwei Praktikantinnen und Praktikanten • Der Zuweisungsprozess durch die Hausärzteschaft wird in Abbildung 12 dargestellt.

Tabelle 27: Evaluationsergebnisse bezüglich Leistungen und Fallarbeit¹⁸⁶

Leistungen: Versorgungsleistung // Fallarbeit		
Merkmale/Zielgröße	Forschungsfragen	Ergebnisse
Profil der Klientinnen und Klienten (n=11)	Welche Merkmale haben Klientinnen und Klienten des SCMs (Aufgabenblock II)?	- Das Profil der Klientinnen und Klienten wurde auf Grundlage der Fälle in Aufgabenblock II (n=11) erarbeitet. Die detaillierte quantitative Darstellung des Profils der Klientinnen und Klienten ist in der Auswertung des IAIV im Anhang zu finden. - Im Durchschnitt waren die betreuten Personen knapp 70 Jahre alt, mit einer Altersspanne von 32 bis 92 Jahren, wobei fast zwei Drittel über 65 Jahre alt war. Frauen waren im Schnitt etwas älter. - Die betreuten Personen lebten sowohl allein (36,4 %), aber mehr mit Ehepartnern oder Angehörigen zusammen (63,6 %). Über die Hälfte (54,5 %) gab an, Angehörige im Haus oder in der unmittelbaren Nachbarschaft zu haben. Nur ein(e) Klient(in) hat angegeben, gar keine Angehörigen zu haben. - Die GL arbeitete etwas häufiger mit Angehörigen (54,5 %) als mit den betreuten Personen (45,5 %) selbst, wobei hier nur wenige Fälle zur Auswertung vorliegen. Die meisten Angehörigen (54,4 %) gehörten zum Haushalt der Klientinnen und Klienten oder lebten in der Nachbarschaft. - Die Mehrheit der Klientinnen und Klienten wohnte zur Miete (54,5 %) und bezog Altersrente (63,6 %). Ein gutes Viertel (27,3 %) gab dabei an, dass der Lebensunterhalt nicht (ausreichend) gesichert sei. - Knapp die Hälfte der Klientinnen und Klienten (45,5 %) hatte einen Pflegegrad. - Bei über der Hälfte der Klientinnen und Klienten (n=6) waren chronische Erkrankungen das primäre Problem, bei weiteren drei ein sekundäres. Belastende Lebenssituationen und Ereignisse betrafen insgesamt sechs Klientinnen und Klienten als primäres oder sekundäres Problem, Depression und psychische Erkrankungen kamen in drei Fällen vor. Eine Person sollte aufgrund der Multimorbidität bei Organisation der Versorgung unterstützt werden. - Die häufig (≥zweimal) in Verbindung mit der Inanspruchnahme der Unterstützungsleistung der GL vorkommende medizinische Diagnosen waren Depression, Diabetes Mellitus, Parkinson (je drei Nennungen), Adipositas, Arthrose, Inkontinenz, Herz-Kreislauf-Erkrankung (je zwei Nennungen), wobei in mehreren Fällen zwei und mehr Diagnosen bei einer Person festgestellt wurden. - Auf Grundlage des Klassifikationssystems „PraxisOrientierte Pflegediagnostik“ (POP) konnten von der GL im Verfahren der Falleinschätzung bei Klientinnen und Klienten 13 relevante pflegerische Situationen diagnostiziert werden. Die am häufigsten beeinträchtigten Lebensbereiche waren Selbstorganisation und Haushaltsführung (je sieben Fälle), Energie/Kraft, Coping und körperliche Mobilität (je sechs Fälle) sowie soziale Interaktion (fünf Fälle).

¹⁸⁶ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an das Evaluationskonzept des IAIV.

Aufgabenprofil GL Zeitaufwand GL (fallbezogen) Durch GL vermittelte weitere Leistungen	• Welche Tätigkeiten sind in Aufgabenblock I angefallen? • Welche fallbezogenen Aufgaben und sind in Aufgabenblock II angefallen? Welche Tätigkeiten wurden erbracht? • Welche Tätigkeiten sind in Aufgabenblock III angefallen? • Anzahl Klientinnen und Klienten in Aufgabenblock I und Aufgabenblock II /Kontakte/Fälle • Umfang Aufgabenblock I • Umfang unmittelbare Fallarbeit Aufgabenblock II • Mit wem arbeitet die GL zusammen? An wen wird überwiesen?	• Bei den älteren Patienten (≥ 65 Jahren) standen beeinträchtigte Haushaltsführung und eingeschränkte körperliche Mobilität im Vordergrund (je sechs Fälle). Bei den jüngeren (< 65 Jahren) war das beeinträchtigte Coping das häufigste pflegerrelevante Problem (vier Fälle). • Die detaillierte quantitative Darstellung des Aufgabenprofils der GL zu Aufgabenblock I und Aufgabenblock II ist in der Auswertung des IAIV im Anhang zu finden. • Zusammenfassung von Aufgabenblock I: ○ Es wurden insgesamt 99 Vorgänge bei 30 Beratungsgesuchen dokumentiert. Im Mittel wurden 23 Minuten pro Vorgang aufgewandt. ○ Die meiste Zeit (je ca. ein Drittel des Gesamtaufwands und jeweils knapp eine halbe Stunde) wurde für Beratung und Koordination aufgewandt. ○ Ratsuchende verteilten sich zu fast gleichen Teilen auf Betroffene selbst ($n=12$), Angehörige ($n=9$) und andere ($n=9$). ○ Ca. ein Drittel (9 von 30) der Ratsuchenden wurden weitervermittelt, davon die meisten an Pflegestützpunkte. ○ Die Dauer der Einzelkontakte variierte stark zwischen zehn und 90 Minuten, im Mittel eine knappe halbe Stunde. ○ Rund 80 % der Kontakte mit regionalen Hilfsstellen fanden telefonisch statt (18 von 23 Kontaktaufnahmen). ○ 17 von 19 Kontakte mit Hausärztinnen und Hausärzten fanden persönlich bei Leistungserbringenden vor Ort statt. • Zusammenfassung von Aufgabenblock II: ○ Es wurden von der GL insgesamt 517 Einzelvorgänge dokumentiert, die rund 186 Stunden in Anspruch nahmen. Der Großteil der Zeit entfiel auf die Prozesse der Hilfeplanung (ca. 46 Stunden; 24,6 %) und koordinative Vorgänge (ca. 41 Stunden; 22,3 %), gefolgt von Dokumentation (ca. 28 Stunden; 15,2 %), Recherche (ca. 27 Stunden; 14,6 %) und Monitoring (ca. 20 Stunden; 10,8 %). ○ Erste Falleinschätzungen, die insgesamt 5,2 % des Zeitaufwandes ausmachten, dauerten im Schnitt 49 Minuten und fanden zu 50 % bei Leistungserbringenden vor Ort statt. Zu jeweils 25 % erfolgte hierfür ein Hausbesuch bzw. eine telefonische Erhebung der Situation. ○ Von der GL wurden elf Fälle "geöffnet" und "Fallakten" angelegt, auf deren Grundlage schließlich das "Klientenprofil" erarbeitet wurde. Vier der aufgenommenen Fälle wurden nach der Erfassung der Situation an weitere regionale Hilfsstellen weitergeleitet, darunter je zwei an den Pflegestützpunkt und den sozialen Dienst der AOK. Bei den sieben verbliebenen Fällen wurde umfassende Fallsteuerung mit Hilfeplanung, Umsetzung und Fallüberwachung durchgeführt, wobei die Betreuungsdauer pro Fall 144 Kalendertage mit 23 Kontaktaufnahmen und ca. 24 Arbeitsstunden im Schnitt betrug. Fünf dieser Fälle konnten planmäßig abgeschlossen werden, bei zwei weiteren war der planmäßige Abschluss nicht möglich, da die Klientinnen und Klienten ihre Teilnahme am Projekt vorzeitig widerrufen haben.
--	---	--

		○ Vier Fälle hatten belastende Lebenssituationen. Die Betreuungsdauer war hier für jüngere Klientinnen und Klienten (<65 Jahre) länger mit mehr Kontakten (bei nur zwei Klientinnen und Klienten). ○ Sechs Klientinnen und Klienten (die meisten) hatten chronische Erkrankungen als primäres Versorgungsproblem. Hier hatten allerdings die fünf älteren Klientinnen und Klienten eine deutlich längere Betreuungsdauer. ○ Rund 81 % der Arbeitszeit im Aufgabenblock II hat die GL für Kontakte mit Leistungserbringenden und Klientinnen und Klienten aufgewandt, was den kommunikativen Charakter ihrer Tätigkeit unterstreicht. Kontakte mit Klientinnen und Klienten nahmen rund 38 % ihrer Arbeitszeit bzw. 70 Arbeitsstunden in Anspruch und fanden hauptsächlich telefonisch statt (131 von 183 Kontaktaufnahmen). Darüber hinaus wurden 15 Hausbesuche vorgenommen, die im Schnitt 46 Minuten dauerten. Weitere 15 persönliche Kontakte mit Klientinnen und Klienten mit einer durchschnittlichen Dauer von 50 Minuten fanden bei Leistungserbringenden vor Ort statt. ○ Die Kommunikation der GL mit regionalen Anbietenden dauerte rund 60 Stunden, was ca. 31 % ihrer Arbeitszeit im Aufgabenblock II ausmachte. Weitere wichtige Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner waren Hausärztinnen und Hausärzte. Hier betrug der Zeitaufwand der GL (und im Umkehrschluss auch der Ärztinnen und Ärzte) für kommunikative Vorgänge insgesamt 23 Stunden, d. h. 2,1 Stunden pro Fall im Schnitt. ○ Von der Hausarztpraxis eins gab es sieben Überweisungen an die GL. Die Hausarztpraxis zwei hat vier Klientinnen und Klienten überwiesen. ● Zusammenfassung von Aufgabenblock III: ○ Die GL hat der KGK darüber hinaus die Versorgungssituation vor Ort wiedergespiegelt. Sie hat weitergegeben, dass pflegende Angehörige in Ettenheim keine Anbietenden für das Beratungsgespräch nach § 37 Abs. 3 SGB XI finden. ● Zusammenfassung weiterer Ergebnisse: ○ Über die elf CM - Fälle im Aufgabenblock II (formales CM) hinaus sind auch im Aufgabenblock I Situationen/Fälle vorgekommen, die von der GL einen koordinativen Ansatz über die Einzelauskunft hinaus benötigten. Für diese Fälle wurde eine Klienten-ID vergeben und weitere Schritte eingeleitet, die zumindest ansatzweise SCM beinhalteten (z. B. Falleinschätzung und Recherche). ○ Von diesen insgesamt 21 Fällen wurde von einer Person das Unterstützungsangebot direkt abgelehnt. Eine weitere erhielt nach der Recherche eine einmalige Beratung. Fünf Personen wurden nach Klärung an andere Hilfsstellen weitergeleitet. Weitere sieben Weiterleitungen fanden nach Erhebung der Bedarfssituation durch die GL (Falleinschätzung) statt. Bei den sieben verbliebenen Personen wurde eine umfassende Fallsteuerung mit Hilfeplanung, Zielvereinbarung, Umsetzung und Überwachung durchgeführt, wobei ca. drei Viertel der Ziele zumindest teilweise erreicht wurden.
--	--	---

Zeitaufwand Hausarztpraxen	Wie viel Zeit wurde je Fall aufgebracht, mehr Zeit oder Entlastung?	- Beide kooperierenden Arztpraxen geben an, dass jeweils eine Ärztin bzw. ein Arzt pro Woche Treffen von rund zwanzig Minuten mit der GL hatten, um sich über den Stand von aktuellen Fällen oder über neue Fälle auszutauschen. Eine pauschale Zeitangabe pro Fall ist aus ihrer Sicht schwierig. Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass kommunikative Vorgänge etwa 2,1 Stunden pro Fall im Schnitt erforderten. - Die regelmäßige, kurze stichwortartige Dokumentation des Stands des Falls durch die GL im Dokument „Rückmeldung“ wurde von den befragten Hausärztinnen und Hausärzten als entlastend beschrieben, da die Ansprechperson in der Praxis dieses dann an die zuständigen ärztlichen Kolleginnen und Kollegen weiterleiten konnte. - Eine Arztpraxis gibt an, dass der Organisationsaufwand der MFAs, Termine für die GL für Erstgespräche zu vereinbaren und Räumlichkeiten zu buchen, recht umfangreich war. Dies könnte verschlankt werden, in dem die GL selbst ihre Termine ausmacht und ein eigenes Büro in der Nähe hat. - Die Vertreterinnen und Vertreter der kooperierenden Arztpraxen geben an, dass der Aufwand für die Ärztinnen und Ärzte relativ gering war. Der Einschluss neuer Klientinnen und Klienten lief unkompliziert. Das Dokument „Einschlusskriterien“, das durch die Ärztinnen und Ärzte ausgefüllt werden musste, war gut praktikabel und aufwandsarm. - Die GL konnte aus Sicht der Befragten v. a. im Hinblick auf sozialrechtliche Fragen, die Übersicht und Vermittlung von verschiedenen Versorgungsangeboten in der Region an Klientinnen und Klienten und der Fallüberwachung entlasten. Für die größte Entlastung konnte sie aber bei den Klientinnen und Klienten sorgen.
-----------------------------------	---	--

Tabelle 28: Evaluationsergebnisse bezüglich Leistungen und Versorgungsorganisation/Versorgungsnetzwerk¹⁸⁷

Leistungen Versorgungsleistung // Versorgungsorganisation/ Versorgungsnetzwerk		
Merkmale/Zielgröße	Forschungsfragen	Ergebnisse
Prozessänderungen	Welche Prozessänderungen haben sich im Verlauf ergeben?	- Folgende Prozessänderungen haben sich bei der Zusammenarbeit mit den Hausarztpraxen ergeben: - Das Dokument Einschlusskriterien wurde zum Teil gefaxt oder persönlich übergeben. Die digitale datensichere Übermittlung soll zukünftig forciert werden. - Nicht in allen Fällen haben die MFAs der Arztpraxis der GL einen Termin für ein erstes Treffen mit den Klientinnen und Klienten eingestellt. Zum Teil hat die GL auch selbst Kontakt mit den Klientinnen und Klienten aufgenommen, um ein erstes Treffen zu vereinbaren. - Erste Treffen fanden in der Hausarztpraxis oder bei einem Hausbesuch statt. Die häufigen Wechsel der Büroräumlichkeiten und die Fahrten zwischen den verschiedenen Praxen führten zu Herausforderungen für die GL.

¹⁸⁷ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an das Evaluationskonzept des IAIV.

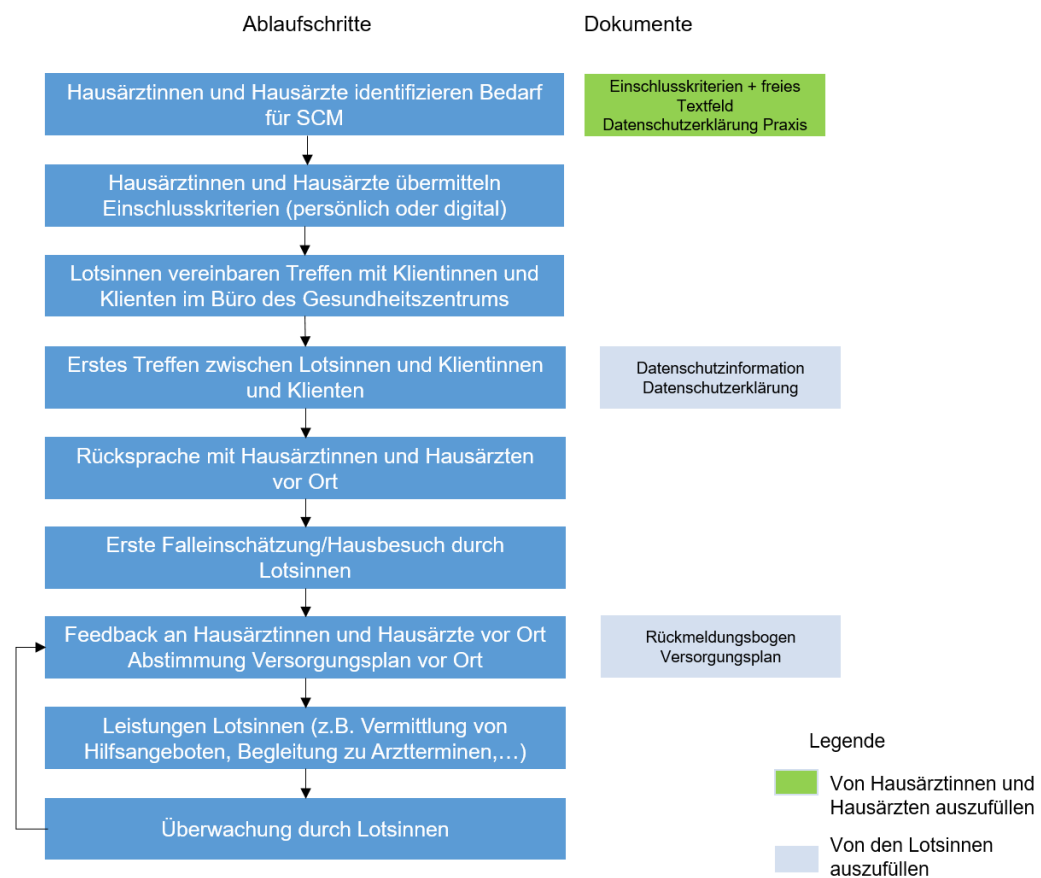
- Jeweils eine Ärztin bzw. ein Arzt aus den kooperierenden Hausarztpraxen hat sich pro Woche etwa zwanzig Minuten Zeit genommen, um aktuelle und neue Fälle zu besprechen. Die GL musste auf die Besprechungen z. T. im Wartezimmer der Hausarztpraxis warten.
- Folgende Prozessänderungen haben sich bei Aufgabenblock I (Information und Vermittlung) ergeben:
 - Anhand des Dokuments Einschlusskriterien und Schilderungen der Hausärztinnen und Hausärzte konnte die GL ggf. auch nach einem Gespräch mit den Klientinnen und Klienten feststellen, dass der Fall an ein bereits vorhandenes CM Angebot abgegeben werden kann. Die GL hat in der Regel angeboten, den Kontakt zu dem entsprechenden Angebot herzustellen. Sie hat entweder die Kontaktdaten des Angebots weitergegeben oder bei Einverständnis der Klientinnen und Klienten die Verantwortlichen beim jeweiligen Angebot gebeten, die Klientinnen und Klienten zu kontaktieren.
- Folgende Prozessänderungen haben sich bei Aufgabenblock II (SCM) ergeben:
 - Die Phasen des CMs wurden in der Regel eingehalten, jedoch gab es in Abhängigkeit des Falls leichte Anpassungen.
 - Bereits im Erstgespräch wurde ggf. neben der Fallklärung bereits eine erste Falleinschätzung vorgenommen. Eine detaillierte Falleinschätzung folgte meist etwa eine Woche später. Manche Klientinnen und Klienten benötigten einen intensiveren Vertrauensaufbau, um von allen ihren Herausforderungen zu berichten.
 - Falls sich im Rahmen der Fallklärung oder der Falleinschätzung gezeigt hat, dass diese Fälle komplett an bereits vorhandene CM Fälle abgegeben werden können, wurde dies auch in dieser Phase des Aufgabenblocks II getan. Es wurde Kontakt zu den Angeboten aufgenommen und der Fall wurde kurz geschildert und abgestimmt, ob der Fall abgegeben werden kann.
 - Ein Versorgungsplan wurde bei Klientinnen und Klienten des Aufgabenblocks II immer aufgestellt und formelle und informelle Angebote vermittelt sowie der Verlauf des Falls überwacht. Die Bedeutung von Fallkonferenz wurde deutlich, jedoch ist es herausfordernd, diese bei einer hohen Anzahl von Beteiligten zu organisieren.
- Folgende Prozessänderungen haben sich bei Hausbesuchen ergeben:
 - Die GL hat nicht bei allen Klientinnen und Klienten aus Aufgabenblock II einen Hausbesuch gemacht, da sie dies nicht in jedem Fall als sinnvoll erachtet hat.
 - Bei einem immobilen Klienten hat die GL drei Hausbesuche gemacht, um Unterschriften zu erhalten.
- Folgende Änderungen haben sich bei den Dokumenten für ein SCM ergeben:
 - Das Dokument „Einschlusskriterien“ wurde im Rahmen der Pilotphase angepasst und ergänzt um kurze Angaben zu persönlichen Daten der Klientinnen und Klienten (Kontaktdaten und Krankenversicherung). Des Weiteren wurde ein Feld zum Zuweisungsgrund der Hausarztpraxis eingefügt.
 - Die GL hat das ausgefüllte Dokument „Rückmeldung Hausbesuch“ nicht nur nach dem Hausbesuch an die Hausarztpraxen übermittelt, sondern das Dokument in regelmäßigen Abständen mit kurzen Informationen zum aktuellen Stand im Fall gefüllt und an die Arztpraxis weitergegeben. Daher wurde das Dokument in „Rückmeldung SCM“ umbenannt.
 - Das Dokument Vorabinformationen wurde nicht durch Gespräche mit Ärztinnen und Ärzten, sondern durch Gespräche mit Klientinnen und Klienten ausgefüllt.

Zeitaufwand GL (übrige Aufgaben)	Umfang allgemeine administrative Aufgaben (ohne Fallbezug, wie z. B. Schulungen, Supervision)	- Die detaillierte quantitative Darstellung des Zeitaufwandes GL (übrige Aufgaben) ist in der Auswertung des IAIV im Anhang zu finden. - Weitere 193 Arbeitsvorgänge wurden außerhalb von Aufgabenblock I und Aufgabenblock II dokumentiert. 175 davon wurden auch zeitlich erfasst und haben rund 160 Arbeitsstunden in Anspruch genommen. 73,5 % (ca. 117 Stunden) dieser Tätigkeit bestand aus Erledigung administrativer Aufgaben, 26,5 % (42 Stunden) aus der Netzwerktaetigkeit in Form von Kontakten mit unterschiedlichen regionalem Akteurinnen und Akteuren (n=43). Die Hauptansprechpartnerinnen und Hauptansprechpartner waren Hausärztinnen und Hausärzte (n=19).
Interprofessioneller Arbeitsprozess	Definition des Arbeitsprozesses der GL (Kommunikation, Art der Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringenden): Wie lässt sich der Arbeitsprozess in Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und Hausärzten sowie anderen Leistungserbringenden zukünftig gestalten?	Die zukünftige Gestaltung von Aufgabenblock I (Information und Vermittlung) soll wie folgt aussehen: - Die offene Sprechstunde soll stärker als zuvor forciert werden und ab 2023 drei Mal wöchentlich im Gesundheitszentrum Ettenheim stattfinden. Eine telefonische Erreichbarkeit soll ebenfalls gewährleistet werden. In der offenen Sprechstunde sollen einzelne Auskünfte zu vorhandenen Versorgungsangeboten gegeben werden (Aufgabenblock I). Darüber hinaus soll diese auch als Zugangsweg für ein SCM (Aufgabenblock II) dienen. Dies setzt voraus, dass eine genaue Gegenprüfung durch die GL vorliegt, ob es sich bei dem Anliegen der Klientinnen und Klienten um einen CM Fall handelt. - Darüber hinaus sollen CM Fälle komplett an bereits vorhandene CM Angebote übergeben werden. - Hierbei ist vorgesehen, dass nach Schilderung der Problemlagen, die GL das Einverständnis der Klientinnen und Klienten einholen, ihren Fall an Mitarbeitende anderer Institutionen abgeben und die Telefonnummer weitergeben zu dürfen. - Im Rahmen der Fallübergabe sollte – nach schriftlichem Einverständnis der Klientinnen und Klienten – ein kurzer bilateraler Austausch (v. a. telefonisch) mit den Kolleginnen und Kollegen der jeweiligen Institutionen stattfinden, wer für den CM Fall die besten Ressourcen und Kompetenzen hat. Es hat sich gezeigt, dass Fälle v. a. mit Schwerpunkt Kontext der Pflegebedürftigkeit und Pflegeversicherungsleistungen an das CM der Pflegestützpunkte abgegeben werden können. Fälle von AOK Versicherten können mit dem Sozialen Dienst der AOK abgestimmt und ggf. übergeben werden. - Die GL sollten bei den Klientinnen und Klienten ankündigen, dass sich jemand aus einer anderen Institution bei ihnen melden wird. - Die Vermittlung sollte durch die GL begleitet werden, sodass eine Übergabe der Klientinnen und Klienten reibungslos funktioniert. - Nach Fallübergabe muss gegenüber den Klientinnen und Klienten und ggf. auch gegenüber den Zuweisenden klar kommuniziert werden, wer der zukünftige Ansprechpartner ist. - Möchte der Leistungserbringende nach Fallübergabe nochmals Kontakt zur GL aufnehmen, um eine Rückmeldung zu geben, kann dies nach erfolgter Datenschutzerklärung telefonisch oder datenschutzkonform digital erfolgen. Die zukünftige Gestaltung von Aufgabenblock II SCM – Zugang durch Hausarztpraxen soll wie folgt ausgestaltet sein (siehe auch Abbildung 13)

- Weiterhin wird eine Kooperation mit Hausarztpraxen in Ettenheim angestrebt. Die GL sollen einmal wöchentlich in der Praxis Präsenz zeigen, sich mit den Ärztinnen und Ärzten in abgestimmten Zeitfenstern besprechen und kurze Wege nutzen.
- Die Hausärztinnen und Hausärzte identifizieren den Bedarf für ein SCM und ziehen hierzu die Einschlusskriterien heran. Die Einschlusskriterien werden entsprechend angekreuzt und ggf. in einem freien Textfeld durch weitere Informationen ergänzt.
- Die Hausärztinnen und Hausärzte holen sich die Einwilligung ein, dass erste personenbezogene Daten an GL weitergegeben werden dürfen.
- Die GL nehmen daraufhin selbst Kontakt zu den Klientinnen und Klienten auf und vereinbaren einen ersten Termin in der Regel in ihrem Büro im patientenorientierten Gesundheitszentrum in Ettenheim.
- Darauf folgend findet das erste Treffen statt. Die GL überprüfen nochmals, ob ein Bedarf für ein SCM vorliegt und nehmen die Klientinnen und Klienten in den SCM Prozess auf. Die Klientinnen und Klienten erhalten eine Datenschutzinformation und willigen in die Datenschutzerklärung ein.
- Anschließend halten die GL Rücksprache mit den Hausärztinnen und Hausärzten.
- In der Regel findet dann ein Hausbesuch statt, bei dem die GL die Falleinschätzung durchführen und anschließend an die Hausärztinnen und Hausärzte mit einem kurzen Rückmeldebogen berichtet. Bei Bedarf kann im Rückmeldebogen im weiteren Verlauf der Zusammenarbeit auch öfter die wesentliche Entwicklung des Falls stichpunktartig zusammengefasst und den Hausärztinnen und Hausärzten zur Verfügung gestellt werden. Die GL stellen einen Versorgungsplan auf.
- Dieser kann bei Bedarf in Hinblick auf ausgewählte, relevante Aspekte mit Hausärztinnen und Hausärzten abgestimmt werden.
- Die GL führen anschließend eine Fallüberwachung und ggf. anfallende Anpassungen durch.
- Den Hausarztpraxen werden Flyer zur Verfügung gestellt, die die Hausärztinnen und Hausärzte als Information an Klientinnen und Klienten geben können, wenn diese Bedarf für ein SCM aufweisen.
- **Die zukünftige Gestaltung Aufgabenblock II SCM – Zugang durch das Entlassmanagement: soll wie folgt ausgestaltet sein (siehe auch Abbildung 14)**
 - Auch hier sollen die GL einmal in der Woche in einem festgelegten Zeitfenster den persönlichen Austausch mit den Mitarbeitenden des Entlassmanagements des Ortenau Klinikums Lahr suchen. Dies kann ggf. zu einem späteren Zeitpunkt noch auf den Standort Offenburg ausgeweitet werden.
 - Die Mitarbeitenden des Entlassmanagements identifizieren anhand des Dokument Einschlusskriterien Patientinnen und Patienten mit Bedarf für ein SCM.
 - Parallel holen sich die Mitarbeitenden das Einverständnis zur Weitergabe personenbezogener Daten mittels einer Datenschutzerklärung ein.
 - Das Formular wird übermittelt.
 - Die GL vereinbaren ein erstes Treffen mit den Klientinnen und Klienten entweder noch in der Klinik, in ihrem Büro oder in der Häuslichkeit der Klientinnen und Klienten.
 - Es findet eine Prüfung statt, ob ein Bedarf für ein SCM vorliegt.
 - Falls ja, werden die Klientinnen und Klienten durch die Einwilligung in die Datenschutzerklärung der GL in den SCM Prozess aufgenommen.

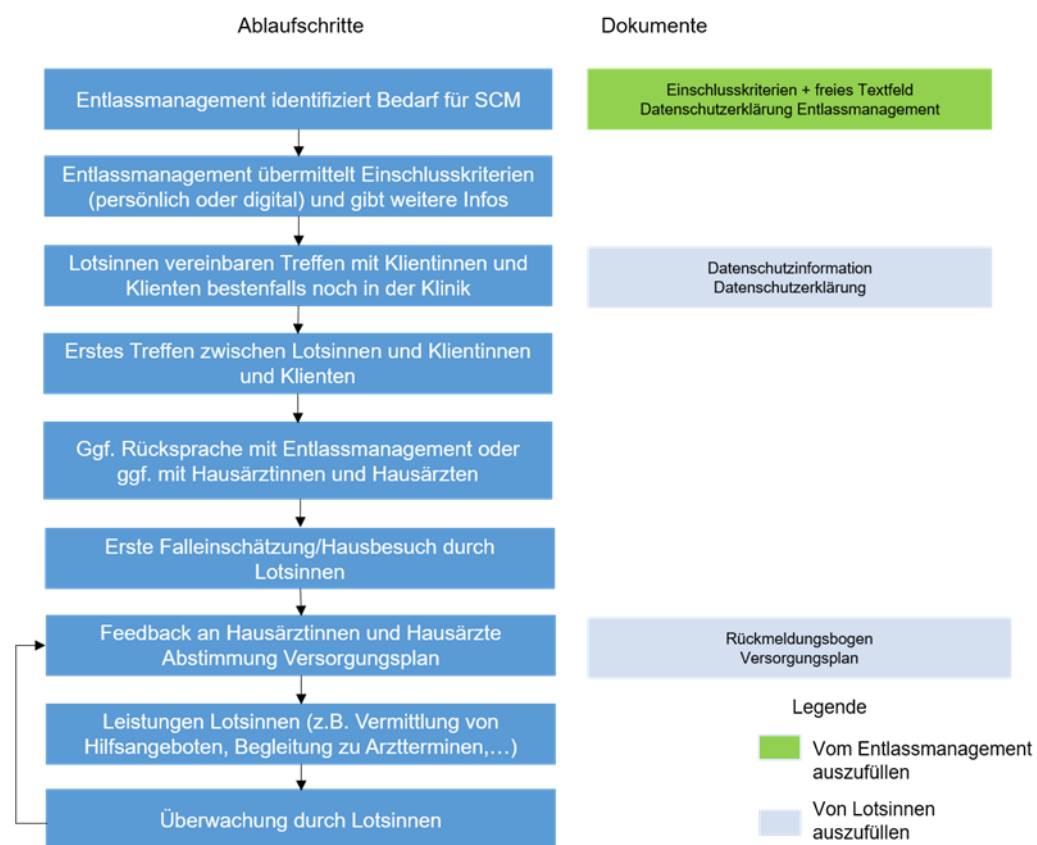
- Ggf. kann im Anschluss daran eine Rücksprache mit dem Entlassmanagement oder der zuständigen Hausärzteschaft erfolgen.
- Eine Falleinschätzung findet statt, ggf. auch unter Durchführung eines Hausbesuchs. Ein Feedbackbogen zum Hausbesuch wird den Hausärztinnen und Hausärzten zur Verfügung gestellt. Bei Wunsch kann dieser auch öfter zur Dokumentation des Falles übermittelt werden.
- Die GL stellen einen Versorgungsplan auf. Dieser kann in Hinblick auf ausgewählte, relevante Aspekte mit den Hausärztinnen und Hausärzten abgestimmt werden.
- Die GL führen anschließend die Fallüberwachung und ggf. anfallende Anpassungen durch.
- **Die zukünftige Gestaltung von Aufgabenblock II SCM – Zugang durch offene Sprechstunde soll wie folgt ausgestaltet sein** (siehe auch Abbildung 15)
 - Das erste Treffen findet bei der offenen Sprechstunde statt. Die GL müssen prüfen, ob die Einschlusskriterien für ein SCM erfüllt sind.
 - Bei Interesse können Rücksprachen mit den Hausärztinnen und Hausärzten gehalten werden.
 - Eine Falleinschätzung findet statt, ggf. unter Durchführung eines Hausbesuches. Ein Feedbackbogen zum Hausbesuch kann den Hausärztinnen und Hausärzten bei Interesse zur Verfügung gestellt werden. Bei Wunsch kann dieser auch öfter zur Dokumentation des Falls übermittelt werden.
 - Die GL stellen einen Versorgungsplan auf. Dieser kann in Hinblick auf ausgewählte, relevante Aspekte mit den Hausärztinnen und Hausärzten abgestimmt werden.
 - Die GL führen anschließend die Fallüberwachung und ggf. anfallende Anpassungen durch.

Abbildung 13: Zukünftige Vorgehensweise zu Aufgabenblock II – Zugang durch Hausarztpraxen¹⁸⁸



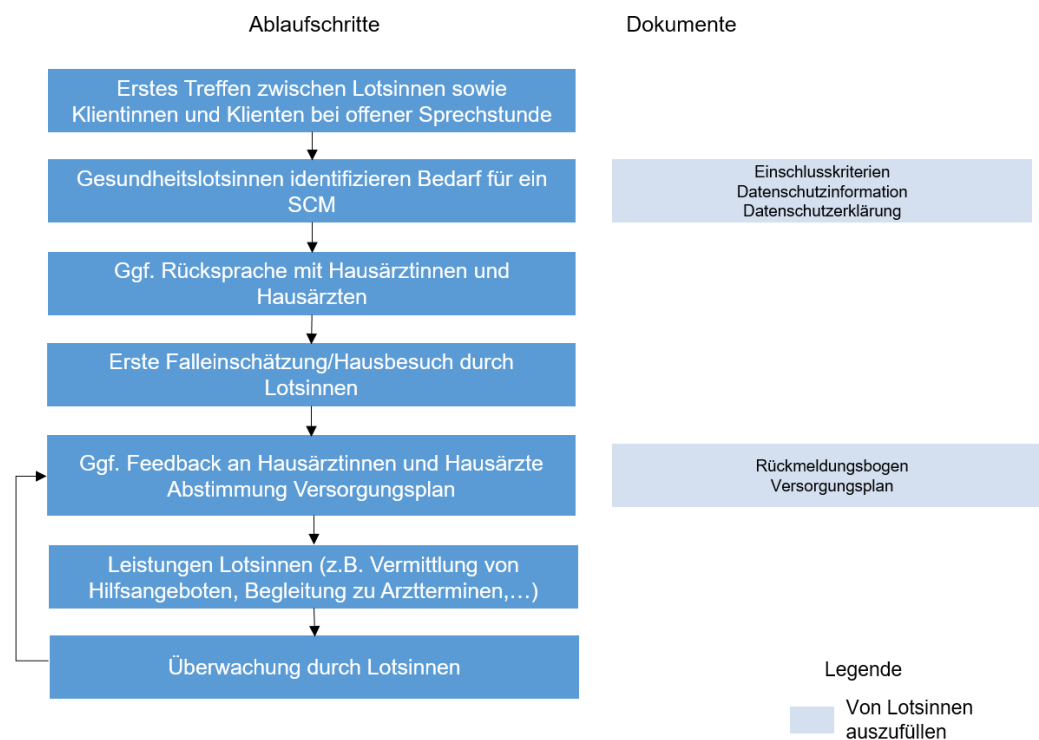
¹⁸⁸ Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung 14: Zukünftige Vorgehensweise zu Aufgabenblock II - Zugang durch das Entlassmanagement¹⁸⁹



¹⁸⁹ Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung 15: Zukünftige Vorgehensweise zu Aufgabenblock II - Zugang durch die offene Sprechstunde¹⁹⁰



¹⁹⁰ Quelle: Eigene Darstellung.

Tabelle 29: Evaluationsergebnisse bezüglich Wirkungen bei der Zielgruppe¹⁹¹

Wirkungen: Akzeptanz, Qualität		
Merkmale/Zielgröße	Forschungsfragen	Ergebnisse
Erfahrungen Klientinnen und Klienten quantitativ	- Wie zufrieden sind Nutzende des Angebots mit der Versorgungsleistung? - Wie bewerten die Nutzende die Qualität des Angebots?	- Am Ende der Betreuungszeit der GL wurden an alle elf Klientinnen und Klienten im Aufgabenblock II Fragebögen ausgeteilt. Sechs davon kamen ausgefüllt zurück (Rücklaufquote 55 %) und konnten ausgewertet werden. - Die detaillierte quantitative Darstellung der Auswertung der Fragebögen ist in der Auswertung des IAIV im Anhang zu finden. - Insgesamt wurden die Fragen mit hoher Zustimmung beantwortet. - Nach der Zusammenfassung der Kategorien zeigt sich nachfolgendes Bild: - Die Kategorie Zugang und Barrieren wird als sehr gut bewertet. - Sechs Befragte stimmen voll zu, dass die Kontaktaufnahme mit der GL einfach war. - Fünf Befragte stimmen voll zu, dass die Erreichbarkeit der GL im Allgemeinen gut war. Eine Antwort fehlt. - Sechs Befragte stimmen voll zu, dass sie die Wartezeit auf Beratungstermine als angemessen empfunden haben. - Die Kategorie Kommunikation wird als sehr gut bewertet. - Fünf Befragte stimmen voll zu, dass die GL ihnen das Gefühl vermittelt hat, willkommen zu sein. Ein Befragter stimmt dem eher zu. - Fünf Befragte stimmen voll zu, dass die GL sich ausreichend Zeit für sie genommen hat. Ein Befragter stimmt dem eher zu. - Fünf Befragte stimmen voll zu, dass die GL ihre Fragen verständlich beantwortet hat. Ein Befragter stimmt dem eher zu. - Drei Befragte stimmen voll zu, dass die GL sie ausreichend informiert hat, was geplant und durchgeführt wurde und wird. Ein Befragter stimmt dem eher zu. Ein Befragter sieht dies teils, teils gegeben. Ein Befragter antwortet nicht. - Die Kategorie Partizipative Entscheidungsfindung wird heterogener beantwortet. - Vier Befragte stimmen voll zu, dass die GL ausreichend auf ihre Bedürfnisse eingegangen ist. Zwei Befragte stimmen eher zu. - Drei Befragte stimmen voll zu, dass die GL gemeinsam mit ihnen Ziele festgelegt hat. Zwei Befragte stimmen eher zu. Ein Befragter antwortet nicht. - Drei Befragte stimmen voll zu, dass ausreichend besprochen wurde, wie und wie viel ihre Angehörigen einbezogen werden. Ein Befragter stimmt eher zu. Zwei Befragte nannten keine Angabe, da sie keine Angehörigen haben bzw. diese nicht einbezogen wurden.

¹⁹¹ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an das Evaluationskonzept des IAIV.

- Für die Kategorie Unterstützung von Selbstmanagement gibt es generell eine hohe Zustimmung, es fällt jedoch auf, dass einige Teilnehmende nur teils, teils oder eher nicht zustimmen konnten.
 - Drei Befragte stimmen voll zu, dass die GL sie ausreichend darüber informiert hat, wo sie die notwendige Unterstützung bekommen oder wie sie sich selbst helfen können. Zwei Befragte stimmen eher zu. Ein Befragter stimmt eher nicht zu.
 - Ein Befragter stimmt voll zu, dass er gut befolgen konnte, was ihm die GL geraten hat. Zwei Befragte stimmen eher zu. Ein Befragter sieht dies teils, teils gegeben. Zwei Befragte geben keine Angabe an, dass die Lotsin sie nicht weiterverwiesen hat.
 - Zwei Befragte stimmen voll zu, dass die Unterstützungsangebote, an die die GL sie verwiesen hat, hilfreich waren. Zwei Befragte stimmen eher zu. Ein Befragter sieht dies teils, teils gegeben. Ein Befragter gibt keine Angabe an, da er sich bereits zuvor gut zurecht fand.
 - Ein Befragter stimmt voll zu, dass die GL seine Fähigkeiten verbessert hat, sich in den vielfältigen Angeboten des Gesundheitssystems zurechtzufinden. Zwei Befragte stimmen eher zu. Ein Befragter stimmt teils teil zu und ein Befragter stimmt dem eher nicht zu. Ein Befragter macht keine Angabe.
 - Ein Befragter stimmt voll zu, dass die GL geholfen hat, mit seiner Lebens- und Gesundheitssituation besser zurechtzukommen. Ein Befragter stimmt eher zu. Zwei Befragte stimmen teils, teils zu und ein Befragter stimmt dem eher nicht zu. Eine Angabe fehlt.
- Die Kategorie Koordination und Kontinuität wird in Bezug auf die Abstimmung mit Hausärztinnen und Hausärzten sehr gut bewertet. Bei den Fragen, bei den es darum geht, ob weiterführende Behandlungen tatsächlich stattfinden könnten, fällt auf, dass entweder keine Angabe gemacht oder die Frage ganz ausgelassen wurde.
 - Drei Befragte stimmen voll zu, dass die geplante Unterstützung oder Behandlung tatsächlich durchgeführt oder angebahnt wurden. Ein Befragter stimmt zu. Ein Befragter stimmt eher nicht zu. Eine Angabe fehlt.
 - Alle Befragten stimmen voll zu, dass sie den Eindruck hatten, dass sich die GL gut mit ihren Hausärztinnen und Hausärzten abstimmte.
 - Zwei Befragte stimmen voll zu, dass die GL ihnen geholfen hat, die Behandlungen oder Leistungen zu bekommen, die sie brauchen. Zwei Befragte stimmen eher zu. Zwei Antworten fehlen.
- Die Zustimmung in der Kategorie Sicherheit und Vertrauen ist sehr hoch.
 - Drei Befragte stimmen voll zu, dass sie mit der GL gut über persönliche Dinge reden konnten. Ein Befragter stimmt dem eher zu. Ein Befragter sieht dies teils, teils gegeben. Ein Befragter nennt keine Angabe.
 - Vier Befragte stimmen voll zu, dass sie sich auf die GL bei organisatorischen Dingen verlassen konnten. Ein Befragter stimmt eher zu. Eine Antwort fehlt.
- Die Zustimmung für die Kategorie allgemeine Wahrnehmung ist sehr hoch.
 - Vier Befragte stimmen voll zu, dass die GL sie entlastet hat. Ein Befragter stimmt dem eher zu. Ein Befragter stimmt dem eher nicht zu.

- Zwei Befragte stimmen voll zu, dass die GL ihre Angehörigen entlastet hat. Ein Befragter stimmt dem zu. Drei Befragte machen keine Angabe, da sie keine Angehörigen haben oder diese nicht einbezogen wurden.
- Drei Befragte stimmen voll zu, dass sie im Großen und Ganzen mit dem Unterstützungsangebot zufrieden sind. Zwei Befragte stimmen eher zu. Ein Befragter stimmt eher nicht zu.
- Vier Befragte stimmen voll zu, dass sie das Unterstützungsangebot der GL weiterempfehlen würden. Zwei Befragte stimmen eher zu.
- Zwei Befragte stimmen voll zu, dass sie das Unterstützungsangebot der GL gerne auch in Zukunft in Anspruch nehmen würden. Drei Befragte stimmen zu. Eine Antwort fehlt.
- Die Befragten machen nachfolgende Angaben in Freitextfeldern zur Frage, ob sie etwas beim Angebot der GL besonders gut oder hilfreich fanden.
 - Die GL hat immer versucht, sich in die krankheitsbedingte Situation einzufinden. Das ist besonders bei psychischen Erkrankungen schwer. Sie hat eine sehr gute Vernetzung zu Ärztinnen und Ärzten. Sie kann gut Termine koordinieren.
 - • Die GL war jederzeit für ein Telefonat bereit.
 - • Sie hatte immer ein offenes Ohr und war zur Stelle, wenn ich sie brauchte.
 - • Die GL ging voll auf die Problematik meines Anliegens ein.
 - • Sie versucht, mir zu helfen.
 - • Gute Beratung
- Die Befragten machen nachfolgende Angaben in Freitextfeldern zur Frage, ob es etwas gab, das sie beim Angebot der GL nicht gut oder problematisch fanden.
 - Nichts. Wenn nicht lag es an der Krankheit.
 - Sie hat sich nicht persönlich, sondern über eine zweite Ansprechperson für mich eingesetzt. Es ging um eine private Versicherung, bei der ich früher versichert war. Die zweite Person hat mit der privaten Versicherung zusammengearbeitet. Ich habe der GL gesagt, dass ich mit der Versicherung nichts mehr zu tun haben möchte. Ich bin von der Versicherung enttäuscht. Der Kontakt hängt aber wohl mit der Privatversicherung zusammen und ich komme bei keiner gesetzlichen Versicherung mehr unter. Ich war 18 Jahre lang bei einer anderen gesetzlichen Versicherung und 18 Jahre einer zweiten gesetzlichen Versicherung. Aus finanziellen Gründen bin ich damals bei der privaten Versicherung gelandet. Die private Versicherung ist heute viel zu teuer und ich kann diese von meiner Rente nicht mehr bezahlen!
- Die Befragten machen nachfolgende Angaben in Freitextfeldern zur Frage, ob aus ihre Sicht etwas an der Arbeit der GL verbessert werden kann.
 - Genaueres Wissen über Behördenabläufe.
- Die Befragten machen nachfolgende Angaben, ob sie sonst noch etwas mitteilen möchten.
 - Nein. Es war toll, eine GL zu haben. Sonst ist man aufgeschmissen.
 - Die GL hat ihre Sache gut gemacht.

		○ Ich hätte es begrüßt, wenn die GL über Whatsapp oder Telegram erreichbar gewesen wäre. Dann hätten dadurch manchmal Informationen schneller und unproblematischer weitergegeben werden können. ○ Hätte gerne Hilfe beim Beantragen von Hilfeleistungen bekommen – dies kam nie zustande.
Erfahrungen Leistungserbringende = Ärzteschaft, Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartner, GL	• Ist das Angebot hilfreich für die Arbeit? • Verbessert es die Versorgung der Klientinnen und Klienten? Was genau? • Aufwand – im Vergleich. zu Nutzen – Bewertung? • Fragen zu Prozess, Ablauf: Verbesserungsvorschläge, Hürden, Förderfaktoren	Siehe Tabelle 30
Zielerreichungsgrad der kranken-individuellen Ziele	• Wirksamkeit der von der GL eingeleiteten Maßnahmen (Zielerreichung)	• Die detaillierte quantitative Darstellung des Zielerreichungsgrads der kranken-individuellen Ziele ist in der Auswertung des IAIV im Anhang zu finden. • Bei Aufgabenblock II hat sich die Unterstützung der GL im Allgemeinen als hilfreich erwiesen. Drei Viertel der im Rahmen der Hilfestellung mit Klientinnen und Klienten vereinbarten Ziele wurden zumindest teilweise erreicht. Die wichtigsten Hindernisse bei der Zielerreichung waren Abhängigkeit von der Weiterführung der Maßnahmen durch andere Akteurinnen und Akteure (n=3), geänderte Lebensverhältnisse (n=3) sowie nicht ausreichende Motivation bzw. Kooperationsbereitschaft der Betroffenen (n=3).

Tabelle 30: Erfahrungen Leistungserbringende während der Pilotphase (n=6)¹⁹²

Identifizierte Kategorie	Inhalt
Oberkategorie: Bewertung der Zusammenarbeit	
Unterkategorie: Bereicherung der Arbeit der Leistungserbringenden	• Fünf Befragte geben an, dass die Zusammenarbeit mit der GL hilfreich für ihre Arbeit war. • Zwei Befragte betonen, dass gerade der enge Kontakt, den die GL zu den Hausarztpraxen hatte, sehr hilfreich gewesen ist. • Vier Befragte geben an, dass die Zusammenarbeit unkompliziert und einfach geklappt hat. • Eine Befragte gibt an, dass das Projekt räumlich sehr eingeschränkt auf die Region Ettenheim war.

¹⁹² Quelle: Eigene Darstellung.

Unterkategorie: Verbesserung der Versorgung der Klientinnen und Klienten	• Drei Befragte geben an, dass die Arbeit der GL eine Entlastung für Klientinnen und Klienten war. • Ein Befragter erklärt, dass die Fälle zum Teil kompliziert und schwierig waren und nicht für alle Situationen eine Lösung gefunden werden konnte. Bei vielen Klientinnen und Klienten konnten die Probleme zwar nicht vollständig gelöst, aber die Versorgungslage verbessert werden. Die Komplexität von Fällen wurde häufig erst im Verlauf der Betreuung deutlich. • Eine Befragte gibt an, dass es eine große Nachfrage seitens der Klientinnen und Klienten gab. • Folgende Verbesserungen der Versorgung gab es aus Sicht der Befragten: ○ Die GL hatte eine umfassende Kenntnis über bestehende Hilfsangebote. ○ Die GL konnte Hilfestellung bei komplizierten Problemen und Vermischung von Problemlagen (medizinisch, sozial, finanziell) leisten. U. a. zu sozialrechtlichen Themen, bei der Kommunikation mit Krankenkassen und bei der Kommunikation mit Behörden. ○ Sie hat sich Zeit für Sorgen und Ängste genommen. ○ Sie hat medizinische Inhalte in einfache Sprache übersetzt. ○ Sie konnte an Fällen dranbleiben und diese überwachen.
Unterkategorie: Relation Aufwand/Nutzen	• Vier Befragte zeigen auf, dass der Aufwand in Bezug auf die Zusammenarbeit mit der GL überschaubar war, da die Zusammenarbeit unkompliziert und zügig ablief. Der Nutzen überwog den Aufwand. • Eine Befragte erklärt, dass das Verhältnis von Aufwand und Nutzen ausgeglichen war und dies eine Win-Win Situation für Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartner sowie GL dargestellt hat. • Eine Befragte spricht an, dass die Arbeit als Mitglied in der AG CM etwas zeitaufwendiger gewesen war, sich dies aber gelohnt hat, da der Austausch und die Vernetzung in der Region sehr hilfreich waren. • Eine Befragte einer Arztpraxis spricht an, dass es einen Aufwand bezüglich der Raumplanung für MFAs gab und es toll wäre, wenn man diesen zukünftig geringer gestalten könnte, indem die GL eigene Räumlichkeiten nutzen.
Unterkategorie: Veränderung Zusammenarbeit der Leistungserbringenden untereinander	• Vier Befragte geben an, dass sich Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringenden verbessert hat. Genannt werden die Intensivierung des Austauschs mit den Pflegestützpunkten, die Intensivierung des Austauschs mit Hausärztinnen und Hausärzten und die Steigerung der Kenntnisse über Angebote im pflegerischen, sozialrechtlichen Beratungs- und Betreuungsbereich. • Eine Befragte erklärt, dass sich die Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringenden nicht verändert hat, was aber daran liegt, dass ihre Institution bereits den Auftrag hat, an andere Hilfsangebote zu vermitteln.
Oberkategorie: Tätigkeiten der GL	
Unterkategorie: Information und Vermittlung (Aufgabenblock I)	• Einmalige Auskünfte kamen vor, aber aufgrund bewusst eingesetzter geringer Werbung noch nicht in starkem Ausmaß. • Fälle wurden komplett abgegeben. Ein besonders enger Austausch bestand diesbezüglich zwischen dem AOK Sozialen Dienst und dem Pflegestützpunkt. Die Übergaben verliefen reibungslos. Zwei Befragte geben

Unterkategorie: SCM (Aufgabenblock II)

an, dass wenige Klientinnen und Klienten nach der Übergabe doch wieder bei der GL angerufen haben. Hier war dann nochmal eine Klärung notwendig.

- Zum Teil haben Leistungserbringende ihren Wissensschatz über bestehende Versorgungsangebote erweitert und dann direkt an diese verwiesen. In anderen Fällen wurde die GL immer als Zwischenstation eingeschaltet.
 - Außerdem haben Beratungsstellen an die GL verwiesen, an die die GL in diesem Fall selbst verwiesen hätte. Es war nicht klar, warum diese Angebote nicht weiterhelfen konnten.
 - Zwei Befragte geben an, dass eine detaillierte Übersicht über die Inhalte und Abgrenzung verschiedener Hilfsangebote notwendig ist. Die Versorgungslandschaft ist unübersichtlich und eine solche Übersicht gibt es noch nicht.
 - Zwei Befragte erklären, dass es auch zukünftig Sinn mache, wenn GL den bilateralen Austausch suchen, welche Fälle abgegeben werden können. Dies sollte davon abhängig gemacht werden, wer für den Fall die geeigneten Ressourcen und das beste Netzwerk hat.
-
- Aufgabenblock II wurde ebenfalls durchgeführt.
 - Besonders zu Beginn sind Fälle zeitintensiv, da Fälle z. T. akut waren, die Falleinschätzung einige Zeit in Anspruch genommen hat und Recherchearbeiten notwendig waren.
 - Bei einigen Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern hatte die GL feste Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner. Dies hat die Zusammenarbeit vereinfacht. Bei vielen Angeboten hatte die GL keine festen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner. Sie musste immer wieder erklären, wer sie ist, was sie genau macht und dies hat viel Zeit gekostet.
 - Im Rahmen der Pilotphase hat das Einberufen von runden Tischen nicht geklappt. Gründe hierfür waren eine erschwerte Terminfindung und dass es potenzielle Teilnehmende sinnvoller fanden, den runden Tisch erst zu einem späteren Zeitpunkt durchzuführen. Die Bedeutung von runden Tischen für ein SCM wird betont.
 - Im Rahmen von Aufgabenblock II hat die GL auch zu Versorgungsangeboten recherchiert und diesbezüglich telefoniert.
 - Eine Befragte erklärt, dass medizinische Herausforderungen auch Grundlage für die Anregung einer rechtlichen Betreuung sein können. Entsprechend könnten GL zum Teil auch überbrücken, bis eine rechtliche Betreuung angeregt ist.
 - Ein Befragter nennt, dass die GL die Rolle des „Kümmerers“ eingenommen hat und es eine große Bedeutung hatte, dass sie Ängste und Sorgen der Klientinnen und Klienten angehört hat.
 - Drei Befragte nennen weiterhin, dass es wichtig ist, Aufgabenblock II nochmals etwas zu spezifizieren bezüglich der erforderlichen Tätigkeiten der GL.
 - Es wird genannt, dass es z. B. auch akute und suizidale Klientinnen und Klienten geben kann. Hier muss geklärt werden, wie sich GL verhalten sollen.
 - Eine Befragte nennt, dass GL noch stärker Schnittstellen einbeziehen sollten. GL sollten sich medizinisch fokussieren und z. B. erklären, was Aussagen von Ärztinnen und Ärzten bedeuten, die Gesundheitskompetenz fördern oder prüfen, ob Arzttermine eingehalten werden. Für z. B. sozialrechtliche Themen sollten

Unterkategorie: Förderung der Sektorenübergreifenden Kommunikation im Ortenaukreis (Aufgabenblock III)	GL sich v. a. darauf konzentrieren, an vorhandene Hilfen zu vermitteln und den Überblick über alle am Fall beteiligten Hilfen zu behalten. • Ein Befragter erklärt, dass sie die GL wenig damit beauftragt haben, Termine bei Fachärztinnen und Fachärzten zu vereinbaren. Es gibt aktuell in bestimmten Fachgebieten wenig Kapazitäten, sodass es unfair gewesen wäre, die GL an diesen Aufgaben zu messen. • GL bekommen die aktuelle Versorgungssituation vor Ort mit. Das Spiegeln dieser Versorgungssituation wird von zwei Befragten als wichtige Aufgabe angesehen und dies wurde auch umgesetzt.
Oberkategorie: Unterstützung der GL	• Die Bedeutung einer kollegialen Fallberatung wird von einer Befragten betont. Um Fälle vorzustellen, ist ein gegenseitiges Vertrauensverhältnis notwendig, da man hier auch viel von seiner persönlichen Sichtweise und Einstellung preisgibt. • Eine Befragte betont die Bedeutung einer neutralen Supervision.
Oberkategorie: Zielgruppen	• Erreicht wurden nach Angaben der Befragten chronisch erkrankte und multimorbide Menschen mit komplexen Problemlagen und einer Einschränkung der Alltagskompetenz. • Eine Befragte gibt an, dass der Fokus v. a. auf akuten Erkrankungen liegen sollten. Es gibt auch multimorbide Menschen mit gut eingestellten Erkrankungen, die keinen Bedarf für CM hätten. • Häufig standen neben der Erkrankung die sozialen Problemlagen im Vordergrund. • Menschen mit Migrationshintergrund wurden im Rahmen der Pilotphase mit Fokus auf den Zugang durch Hausärztinnen und Hausärzte wenig erreicht. • Um die Vielzahl der verschiedenen Klientinnen und Klienten abzudecken, könnte ein Art „Lotsenpool“ sinnvoll sein, auch um Schnittstellen Themen besser zu bedienen.
Oberkategorie: Zugang	• Vier Befragte geben an, dass der im Konzept vorgesehene Zugang durch das Entlassmanagement zeitnah erprobt werden sollte, da sie diesem eine große Bedeutung beimessen. Ein Befragter gibt zu bedenken, dass in diesem Zusammenhang klar abgegrenzt werden muss, wo die Aufgaben der GL beginnen und was die Aufgaben des Entlassmanagements sind, sodass GL nicht reine Aufgaben des Entlassmanagements übernehmen. • Vier Befragte erklären, dass der Zugang durch Hausärztinnen und Hausärzte aus dem Konzept bestätigt werden kann und weiterhin erprobt werden sollte. Hausärztinnen und Hausärzte können einschätzen, wer Bedarf für ein SCM hat. • Ein Befragter gibt ebenfalls an, dass Fachärztinnen und Fachärzte mögliche Zuweiser darstellen könnten. • Eine Befragte gibt an, dass der offene Zugang wichtig ist. In diesem Zusammenhang muss nochmal klar definiert werden, was die genauen Aufgaben der GL sind. Diese müssen auch der Bevölkerung klargemacht

	werden. Beispielsweise sind Fälle aufgetreten, bei denen Menschen keine Hausärztinnen und Hausärzte gefunden haben und sich dann an die GL gewendet haben. Es ist zu klären, ob dies dann auch ein CM Fall ist. Darüber hinaus ist zu klären, was mit akuten Fällen passiert, die eigentlich keinen CM Fall darstellen.
Oberkategorie: Einsatzort/Ansiedlung	• Eine Befragte erklärt, dass ein Ort wichtig ist, der zentral liege und gut erreichbar sei. • Vier Befragte nennen das Zentrum für Gesundheit in Ettenheim als möglichen Einsatzort. Der Standort ist bei der Bevölkerung bekannt und es gebe dort auch eine ärztliche Versorgung. Es wird betont, dass sicherzustellen ist, dass das Zentrum für Gesundheit gut zu erreichen (mit Öffentlichem Personennahverkehr oder Hol- und Bringdiensten) ist.
Oberkategorie: Datenschutz	• Eine Befragte gibt an, dass geklärt werden muss, inwiefern ihre Institution Informationen an GL weitergeben dürfen. Hierzu ist von ihrer Seite ebenfalls eine Datenschutzerklärung und Schweigepflichtentbindung einzuholen. • Zwei Befragte sprechen darüber hinaus an, wie Informationen datenschutzkonform von Ihrer Institution an GL übermittelt werden können. Als möglicher Lösungsweg wird Cryptshare genannt. Mittel- bis langfristig sollte KIM genutzt werden. • Das Ausfüllen der Datenschutzinformation und Datenschutzerklärung bezüglich der SCM Fälle in Aufgabenblock II durch die Klientinnen und Klienten hat reibungslos geklappt.
Oberkategorie: Kontakt/Ausgestaltung Schnittstelle	• Drei Befragte erklären, dass der Kontakt in den Hausarztpraxen v. a. durch den persönlichen Austausch einmal in der Woche gehalten wurde. Es fanden einmal wöchentlich Gespräche von etwa 20 Minuten zwischen der GL und einer Ärztin bzw. einem Arzt aus den Kooperationspraxen statt. Die Übermittlung von Dokumenten fand persönlich oder per Fax statt. Dies sollte zukünftig datenschutzkonform digital stattfinden. • Vier Befragte geben an, dass der Kontakt zu Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern v. a. telefonisch oder bei allgemeinen Auskünften per E-Mail stattgefunden hat. Dies kann gerne so beibehalten werden.
Oberkategorie: Förderfaktoren	• Folgende Faktoren werden als notwendig für die Verstetigung des Projektes angesehen: ○ Verstärkte personelle Ressourcen zur Deckung des Bedarfs (n=2) ○ Zugang durch das Entlassmanagement (n=2) ○ Neutralität von GL (n=1) ○ Saubere Abgrenzung zu vorhandenen Versorgungsangeboten bzw. Strukturierung von vorhandenen CM Angeboten mittels einer Art Lotsenpool. (n=2) ○ Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für GL mit einheitlich geregelter Finanzierung (n=2) ○ Vergütung des Zeitaufwands hinsichtlich Absprachen mit GL (n=1). ○ Hohe Bedeutung der Akzeptanz vor Ort (n=1)

3.11.3 Diskussion und Fazit

Basierend auf den Ergebnissen der formativen Evaluation lassen sich folgende Erkenntnisse zusammenfassen:

- Die formative Evaluation zeigt, dass nur kleine Anpassungen des Konzeptes K 2 notwendig sind. Die Anpassungen sind in Abschnitt 4.1 gelb markiert. Diese beinhalten v. a. eine detaillierte Beschreibung der Zusammenarbeit mit Leistungserbringenden sowie Ergänzungen im Hinblick auf die Durchführung eines SCMs und der internen Dokumentation. Das Konzept K 2 beinhaltet Aspekte, die in der Pilotphase aufgrund räumlich und zeitlich begrenzter Ressourcen noch nicht umgesetzt werden konnten. Dies sollte zukünftig nachgeholt werden. So sollten alle in K 2 angedachten Zugangswege genutzt werden. Zusätzlich wird im Rahmen einer Bachelor Arbeit geprüft, ob weitere Zugangswege zum Erreichen vulnerabler Zielgruppen notwendig sind. Für die GL ist es außerdem wichtig, wie bereits in K 2 definiert, ein festes Büro zu haben. Außerdem sollte ein multiprofessionelles Team gebildet werden. Dadurch kann z. B. eine gegenseitige Vertretung gewährleistet werden.
- Im Rahmen des Projektes wurden umfassende personelle, finanzielle und infrastrukturelle Ressourcen eingesetzt (siehe Tabelle 26). Die Implementierung des Projektes erforderte einen umfassenden Wissensaufbau und Vorbereitung. Dazu zählten die Erarbeitung eines Konzeptes für ein SCM, ein Dokumentationskonzept, ein Qualitätsmanagement/Evaluationskonzept und ein Kommunikationskonzept. Die im Vorfeld der Pilotphase festgelegten Qualifikationen und Kompetenzen von GL konnten bestätigt werden.
- Die Evaluationsergebnisse im Hinblick auf Leistungen und Fallarbeit (siehe Tabelle 27) zeigen, dass im Zeitraum der Pilotphase von der GL 30 Fälle in Aufgabenblock I und elf Fälle in Aufgabenblock II bearbeitet wurden. Die im Konzept vor der Pilotphase erarbeiteten Aufgaben und Tätigkeiten konnten bestätigt werden. In Aufgabenblock I fanden sowohl einmalige Auskünfte als auch Übergaben an andere CM Angebote in der Region statt. In Aufgabenblock II wurde ein SCM durchgeführt. Die Menschen wurden entsprechend ihrer Bedarfe (und nicht entsprechend der Logik von Sektoren) versorgt. Der kommunikative Charakter eines SCMs kann durch die Evaluation unterstrichen werden. Des Weiteren fielen administrative Tätigkeiten an. Durch das SCM wurden multimorbide Personen mit komplexen Problemlagen (medizinisch, sozial, finanziell) erreicht. Personen mit Migrationshintergrund müssen noch stärker erreicht werden.
- Hinsichtlich der Evaluation bezüglich Leistungen und Versorgungsorganisation/Versorgungsnetzwerk (siehe Tabelle 28) lässt sich festhalten, dass durch die praktische Er-

fahrungen die Prozesse mit den Hausarztpraxen, in Aufgabenblock I und in Aufgabenblock II im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) weiterentwickelt werden konnten. Zudem wurden die SCM Dokumente angepasst.

- Die Wirkungen bei der Zielgruppe (siehe Tabelle 29) wurden u. a. mittels Fragebögen unter den SCM Klientinnen und Klienten erhoben. Die Ergebnisse waren überwiegend positiv. Der Zugang zur GL sowie die Kommunikation mit der GL wurden als sehr gut bewertet. Auch für die Unterstützung und Selbstmanagement gab es generell eine hohe Zustimmung. Die Abstimmung mit Hausärztinnen und Hausärzten lief aus Sicht der Befragten sehr gut. Bei der Bewertung, ob weiterführende Behandlungen tatsächlich stattfinden konnten, ist auffällig, dass keine Angaben gemacht wurden oder die Frage ausgelassen wurde. Sicherheit und Vertrauen zur GL sowie die allgemeine Wahrnehmung wurden sehr gut eingeschätzt. Aufgrund der geringen Stichprobe (n=6) der Fragebögen sind weitere Ergebnisse abzuwarten.
- Die Erfahrungen der Leistungserbringenden (n=6) waren ebenfalls positiv. Die Zusammenarbeit wurde als hilfreich für ihre Arbeit empfunden und die Versorgung der Klientinnen und Klienten hat sich aus Sicht der Befragten verbessert. Bei vier Befragten hat sich die Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringenden durch die GL verbessert. Die Zusammenarbeit wurde als unkompliziert beschrieben. Es wurden weitere Anregungen zur Prozessoptimierung gegeben.
- Die Dokumentation der Tätigkeiten der GL zeigen, dass rund drei Viertel der im Rahmen der Hilfestellung mit Klientinnen und Klienten vereinbarten Zielen zumindest teilweise erreicht wurden.

4 Handlungsempfehlungen

4.1 Handlungsempfehlungen zur Ausgestaltung eines Case Managements in der südlichen Ortenau¹⁹³

4.1.1 Aufgaben von Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen

Tabelle 31: Konzept: Aufgaben von GL¹⁹⁴

Aufgaben von GL	GL sollen insgesamt drei Aufgabenblöcke übernehmen, die nachfolgend dargestellt werden.
Aufgabenblock I: Information und Vermittlung	
Jedem Menschen, der GL mit einem Anliegen aufsucht, sollen zumindest Kontaktdaten der für ihn passenden Anlaufstelle übermittelt werden. Dies bedeutet, dass GL bei Bedarf auch einmalige Auskünfte geben und kein umfassendes SCM durchführen. GL sollten auch Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für Selbsthilfegruppen, Kommunen, Betreuungsbehörde und Ärztinnen und Ärzte aus der Region sein, falls diese eine einmalige Auskunft benötigen. Die Kontaktdaten der Hilfsangebote, die GL bei einmaligen Auskünften herausgeben, sollten so präzise und aktuell wie möglich sein (Ansprechpartner, Öffnungszeiten, Telefonnummer). Außerdem sollten GL Klientinnen und Klienten mit umfangreicherem Beratungsbedarf an bereits bestehende Hilfs- und Beratungsangebote vermitteln, falls deren Anliegen in den bereits bestehenden Angeboten abgedeckt werden können. Hierzu zählen z. B. die Pflegestützpunkte oder der AOK Soziale Dienst. Im Rahmen der Fallübergabe sollte - nach Einverständnis der Klientinnen und Klienten - ein kurzer bilateraler Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen der jeweiligen Institution stattfinden zur Klärung, wer für den CM Fall die besten Kompetenzen und Ressourcen hat. Es hat sich gezeigt, dass Fälle v. a. mit Schwerpunkt Pflegeversicherungsleistungen im Kontext der Pflegebedürftigkeit an das CM der Pflegestützpunkte abgegeben werden können. Fälle von AOK Versicherten können mit dem Sozialen Dienst der AOK abgestimmt und dann ggf. übergeben werden. Die GL sollten bei den Klientinnen und Klienten ankündigen, dass sich jemand aus einer anderen Institution bei ihnen melden wird. Die Vermittlung sollte durch die GL begleitet werden, sodass eine Übergabe der Klientinnen und Klienten reibungslos funktioniert. Nach Fallübergabe muss gegenüber den Klientinnen und Klienten und ggf. auch gegenüber den Zuweisenden klar kommuniziert werden, wer der zukünftige Ansprechpartner ist.	
Aufgabenblock II: SCM	
Für die Menschen, die nicht an ein bereits existierendes Hilfsangebot vermittelt werden können, wird bei Erfüllung der Einschlusskriterien für die Zielgruppe ein SCM durchgeführt. Dieses startet mit der Klärungsphase. Hier finden im Rahmen des Access GL sowie Klientinnen und Klienten zusammen (siehe Zugang). Im Anschluss führen GL im Rahmen der Fallklärung eine Gegenprüfung durch, ob tatsächlich ein Bedarf für ein umfassendes SCM gegeben ist. Falls dies der	

¹⁹³ Änderungen im Vergleich zu K 2 sind gelb markiert.

¹⁹⁴ Quelle: Eigene Darstellung.

Fall ist, werden Klientinnen und Klienten in den Prozess aufgenommen und eine Datenschutzvereinbarung bzw. Schweigepflichtentbindung durch die Klientinnen und Klienten unterschrieben.

In der Phase der Falleinschätzung findet in der Regel ein Hausbesuch durch GL statt. Bei der Falleinschätzung soll die Versorgungs- und Lebenssituation (Ressourcen und Probleme) der Klientinnen und Klienten erfasst werden. Die GL beziehen sowohl gesundheitliche, als auch durch Krankheiten/Einschränkungen bedingte soziale und finanzielle Bedarfe ein und haben ein offenes Ohr für Sorgen und Ängste der Klientinnen und Klienten. Gerade im Hinblick auf medizinische Belange sollte ein verpflichtender enger Austausch mit den Hausärztinnen und Hausärzten bzw. bei Bedarf mit den Fachärztinnen und Fachärzten stattfinden. Somit werden sowohl subjektive als auch objektive Bedarfe der Klientinnen und Klienten erfasst. Die GL überprüfen bei Bedarf den Medikamentenplan der Klientinnen und Klienten und stimmen diesen ggf. mit den Hausärztinnen und Hausärzten ab. Bei der Falleinschätzung arbeiten die GL mit verschiedenen Einschätzungs-Instrumenten, die sie bei jeder Klientin bzw. bei jedem Klienten individuell anpassen. Die GL sollen die Falleinschätzungen sowohl mit Stift und Papier als auch digital vornehmen, um beide Möglichkeiten hinsichtlich ihrer Praxistauglichkeit zu erproben. Die Dauer des Assessments ist unterschiedlich. Manche Probleme zeigen sich erst im Laufe der Fallarbeit, da erst dann ein Vertrauensaufbau zwischen Klientinnen und Klienten sowie GL vorliegt.

Im Rahmen der Hilfeplanung sollen die Ziele der Klientinnen und Klienten mit ihnen und ihren Angehörigen definiert und besprochen werden. Entsprechend der analysierten Bedarfe sollten Leistungen geplant und priorisiert werden. Ein Versorgungsplan wird gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten aufgestellt und an diese in einfacher Sprache weitergeleitet, um die Förderung der Gesundheitskompetenz zu forcieren. Der Versorgungsplan wird sowohl von den GL als auch den Klientinnen und Klienten unterschrieben, um zu signalisieren, dass dieser umgesetzt werden soll.

Darauf folgen die Leistungssteuerung sowie weitere organisatorische Tätigkeiten. Formelle und informelle Leistungen werden entsprechend des Versorgungsplans vermittelt. Teilweise begleiten die GL zu Terminen, um Gespräche mit Ärztinnen und Ärzten und auch Therapeutinnen und Therapeuten zu führen und das weitere Vorgehen unkompliziert vor Ort abstimmen zu können. Die GL sollten bei Bedarf dabei unterstützen, Arztbesuche im Hinblick auf eine partizipative Entscheidungsfindung vorzubereiten. Bei Bedarf unterstützen die GL bei der Kommunikation mit Kostenträgern, der Organisation von Transporten, Terminvereinbarungen sowie beim Sortieren vorhandener Unterlagen wie Arztbriefen etc. Außerdem sollten sie evidenzbasierte Gesundheitsinformationen und Kompetenz hinsichtlich des Findens von evidenzbasierten Gesundheitsinformationen und der Frage „wie unterscheide ich gute von unseriösen Gesundheitsinformationen“ vermitteln.

Der Phase der Überwachung kommt besondere Bedeutung zu. Die GL gewährleistet eine intensive Bezugspersonenbetreuung und nimmt sich Zeit für die Klientinnen und Klienten. Sie stellen sicher, dass die von Ärztinnen und Ärzten empfohlenen Maßnahmen umgesetzt werden. Informationen zwischen den Sektoren sollen weitergegeben werden, indem die GL z. B. Kenntnis darüber haben, wann sich Klientinnen und Klienten in stationärer oder in ambulanter Behandlung befinden. Beispielsweise können GL dem Sozialdienst/Entlassmanagement einer stationären Einrichtung Hinweise auf die häusliche Umgebung der Klientinnen und Klienten geben und umgekehrt Hausärztinnen und Hausärzte über den Ablauf des Klinikaufenthalts informieren.

Außerdem bewerten die GL die Effektivität der bisher im Rahmen des Versorgungsplans umgesetzten Maßnahmen und passen diese ggf. an. Hierbei sollten Ärztinnen und Ärzte oder andere Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner einbezogen werden. Bei Bedarf können die GL Fallkonferenzen einberufen. Diesen kommt eine besondere Bedeutung zu, da Klientinnen und Klienten zum Teil viele Hilfsangebote in Anspruch nehmen, ohne dass diese voneinander wissen. Fallkonferenzen können dabei helfen, den Austausch zu fördern und eine Abstimmung der Aufgaben zu ermöglichen. Bei Bedarf können die Klientinnen und Klienten bei den Fallkonferenzen dabei sein.

Im Rahmen der Evaluation des SCMs findet der Abschluss des Prozesses statt. Die GL prüfen gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten die im Prozess erbrachten Leistungen nach den Kriterien im Versorgungsplan. Die GL führen mit den Klientinnen und Klienten eine Analyse der Stärken und Schwächen des vorangegangenen Prozesses durch, um für die Zukunft zu lernen.

Folgende Themenbereiche werden in Aufgabenblock II bedient:

- Gesundheitsversorgung (Gesundheitsförderung, Prävention, Gesundheitskompetenz, Medizinische Versorgung, Rehabilitation, Pflege) (u. a. Organisation einer Reha)
- Soziale Themen (u. a. Kontaktpflege)
- Rechtliche Themen (u. a. Anregung von Betreuung)
- Finanzielle Themen (u. a. Vermittlung Schuldnerberatung)

Im Hinblick auf soziale, rechtliche, finanzielle Themen sollen v. a. passende Versorgungsangebote identifiziert und vermittelt werden. Bei gesundheitlichen Themen können GL inhaltlich tiefgreifendere Hilfestellungen geben (z. B. Medikamentenplan anschauen, Gesundheitskompetenz fördern, Verbesserung Schnittstellen zur Ärzteschaft.)

Die GL müssen über eine umfassende Datenbank zu den konkreten Hilfsangeboten in der Region verfügen.

Bezüglich des Zeitpunktes der Beendigung von Aufgabenblock II sind mehrere Möglichkeiten zu nennen.

Zum einen kann Aufgabenblock II ungeplant beendet werden. Hierbei kann es zu einem Abbruch durch Klientinnen und Klienten kommen. Die Interpretation dieser Abbrüche kann für GL herausfordernd sein, da Klientinnen und Klienten den Grund für den Abbruch selten mitteilen. Hier sollten die GL versuchen, durch Diskussion, Recherche und Analyse die Gründe für den Abbruch nachzuvollziehen, um für die Zukunft lernen zu können. Außerdem kann es zu ungeplanten Abbrüchen durch die GL kommen. Gründe hierfür sind nachweislich ressourcenvernichtende Gegebenheiten wie z. B. betrügerische Verhaltensweisen, grobe Unzuverlässigkeit, Gewalttätigkeiten seitens der Klientinnen und Klienten. Möglich wäre eine ungeplante Beendigung auch, wenn Leistungserbringende unbeabsichtigt ihre Tätigkeiten mit den Klientinnen und Klienten in starkem Maß ausdehnen, sodass die Klientinnen und Klienten keine Erfordernisse mehr für ein SCM sehen.

Andererseits kann Aufgabenblock II geplant beendet werden. Mehrere Möglichkeiten sind hierbei denkbar. Beispielsweise kann Aufgabenblock II beendet werden, wenn die in der Falleinschätzung identifizierten Herausforderungen abschließend gelöst werden konnten und kein weiterer Unterstützungsbedarf besteht. Aufgrund der komplexen Problemlagen der Zielgruppe für Aufgabenblock II ist anzunehmen, dass diese Art von Abschlüssen eher selten vorkommt.

Darüber hinaus kann ein Fall auch abgeschlossen werden, wenn ein Hilfe- und Versorgungsnetzwerk in der Form organisiert werden konnte, dass die Beteiligten dies in Eigenregie beibehalten können.

Dies kann durch eine zuverlässige dauerhafte Organisation von Hilfsangeboten in der korrekten inhaltlichen und zeitlichen Zusammenstellung erreicht werden. Voraussetzung hierfür ist, dass es erreichbare Angebote vor Ort gibt. Die Organisation kann durch Klientinnen und Klienten, deren Angehörige oder durch die beteiligten Regelhilfen weitergeführt werden. Weiterhin kann Aufgabenblock II geplant beendet werden, wenn ein Wechsel der Zuständigkeiten identifiziert wird. Beispielsweise kann sich bei der Falleinschätzung oder bei der Hilfeplanung ergeben, dass ein Fall bei durch ein bereits bestehendes Angebot übernommen werden kann. (Dies würde den Tätigkeiten in Aufgabenblock I entsprechen, jedoch zu einem späteren Zeitpunkt, wenn Aufgabenblock II schon begonnen wurde und z. B. erst bei einer eingehenderen Falleinschätzung eine Übermittlung stattfindet).¹⁹⁵

Aufgabenblock III: Förderung der Sektorenübergreifenden Kommunikation im Ortenaukreis

Die GL spiegeln der AG „Sektorenübergreifende Versorgung“ der KGK die Versorgungssituation wider, um so auf Themen aufmerksam zu machen und neue Projekte anzustoßen. Austausch und Begegnung können darauf aufbauend initiiert werden. Die GL identifizieren ggf. vorhandene Lücken bei Versorgungsangeboten und machen hierauf aufmerksam.

4.1.2 Unterstützung von Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen

Tabelle 32: Konzept: Unterstützung von GL¹⁹⁶

Unterstützung der GL	Die GL sollen in ihrer Tätigkeit auf unterschiedliche Art und Weise unterstützt/entlastet werden:
Kollegiale Fallberatung und Supervision	
Für GL soll die Möglichkeit zur kollegialen Fallberatung und Supervision geschaffen werden. So können Erfahrungen ausgetauscht und der Umgang mit herausfordernden Situationen besprochen werden.	
Gewährleistung der Sicherheit bei Hausbesuchen	
Die GL dokumentieren genau, wann, wo und bei wem sie welche Hausbesuche durchführen. Während GL einen Hausbesuch durchführen, muss im Hintergrund die telefonische Erreichbarkeit von Kolleginnen und Kollegen gewährleistet werden. Zusätzlich sollten die GL bei Hausbesuchen ein GPS Notfallgerät mit sich führen, der die Benachrichtigung der Leitstelle in Notfällen ermöglicht.	
Entlastung bei administrativen Tätigkeiten	
Die Nutzung einer entsprechenden Software erleichtert die Durchführung, Dokumentation und Auswertung der Tätigkeiten durch standardisierte Vorgaben.	

Falls eine Überlastung der GL festgestellt wird, müssen individuell weitere Maßnahmen zur Entlastung dieser festgelegt werden. Kriterien, die auf eine Überlastung der GL hindeuten sind:

¹⁹⁵ Vgl. Monzer (2018), S. 294-303.

¹⁹⁶ Quelle: Eigene Darstellung.

- Eine überdurchschnittlich hohe Krankheitsquote, was mehr als 11,2 Arbeitsunfähigkeits-Tagen pro Jahr entspricht.¹⁹⁷¹⁹⁸
- Vorliegen von Absentismuss
- Eine überdurchschnittlich hohe Anzahl an Überstunden. Diese liegt bei weiblichen Vollzeitkräften bei mehr als 1,8 und bei männlichen Vollzeitkräften bei mehr als 2,6 Überstunden pro Woche. Bei weiblichen Teilzeitkräften liegt dies bei mehr als 1,5, bei männlichen Teilzeitkräften bei mehr als 1,9 Überstunden pro Woche.¹⁹⁹

4.1.3 Zielgruppen für Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen

Tabelle 33: Konzept: Zielgruppen für GL²⁰⁰

Die Zielgruppe unterscheidet sich je nach Aufgabenblock (siehe)
Zielgruppe (Aufgabenblock I)
Alle Menschen im Ortenaukreis.
Zielgruppe (Aufgabenblock II)
<i>Im Fokus stehen vulnerable Zielgruppen:</i> • Chronisch erkrankte und multimorbide Personen sowie deren Angehörige • Keine Altersbeschränkung • Art der Erkrankung(en) nicht im Vordergrund • Komplexität des Falles und Einschränkungen der Alltagskompetenzen stehen im Vordergrund, z. B. ◦ Vermischung verschiedener Problemlagen (medizinisch, sozial, finanziell) ◦ Fehlendes soziales Netzwerk ◦ Mangelnde Systemkenntnis ◦ Informationsdefizite zu vorhandenen Unterstützungsmaßnahmen und eingeschränkte Fähigkeiten zur umfassenden eigenständigen Recherche ◦ Ungesicherte Medikamenteneinnahme ◦ Drehtüreneffekt bezüglich stationärer Behandlungen ➔ Zur Zielgruppe gehören nicht diejenigen Menschen, die bereits zufriedenstellend in die Palliativversorgung (SAPV/Brückenpflege) oder in das CM der Pflegestützpunkte eingebunden sind. Um die Zielgruppe für alle Stakeholder transparent zu gestalten, wurden Einschlusskriterien operationalisiert, welche voraussichtlich in der Pilotphase weiterentwickelt werden. Diese sind: Muss immer erfüllt sein: ☐ Bereitschaft zur Mitarbeit der Klientinnen und Klienten <i>oder</i> Mitarbeit von Angehörigen/Betreuenden bei Vorliegen von kognitiven Einschränkungen bei Klientinnen und Klienten Mindestens drei Kriterien müssen erfüllt sein von: ☐ Vorliegen einer multimorbiden Situation (mindestens drei chronische Erkrankungen) ☐ Neue, zusätzlich aufgetretene komplexe Erkrankung ☐ Verschlechterung der bisherigen Erkrankung (Akut Fall) ☐ Schwierigkeiten, sich im Gesundheits- und Hilfesystem zurechtzufinden (kognitive Einschränkungen, Informationsdefizite zu vorhandenen Unterstützungsmaßnahmen, eingeschränkte Fähigkeiten zur Recherche) ☐ Überforderung bei persönlichen, finanziellen, sozialen Schwierigkeiten

¹⁹⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hrsg.) (2023), o. S.

¹⁹⁸ Bei der Anzahl der durchschnittlichen Krankheitstage von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern im Jahr 2021 des Statistischen Bundesamtes wurden nur Krankmeldungen erfasst, die eine Abwesenheitsdauer von drei Tagen überschreiten.

¹⁹⁹ Vgl. Wagner (2020), S. 50.

²⁰⁰ Quelle: Eigene Darstellung.

Zielgruppe (Aufgabenblock III)
• Netzwerk SCM Ortenaukreis • KGK Ortenaukreis

4.1.4 Zugang zu Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen

Tabelle 34: Konzept: Zugang zu GL²⁰¹

Der Zugang zu GL soll über drei Wege stattfinden. Eine Komm-Struktur ist vorgesehen.
Haus- und Fachärztinnen und Haus- und Fachärzte sowie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Die Ärztinnen und Ärzte sowie die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können einschätzen, wer einen Bedarf für ein SCM (Aufgabenblock II) hat und an welchen Stellen sie als Ärztinnen und Ärzte Entlastung durch GL benötigen. Durch sie kann das Angebot des SCMs bekannter gemacht werden. Außerdem senkt eine Vermittlung durch Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Hemmschwelle bei den Klientinnen und Klienten, das Angebot anzunehmen. Klientinnen und Klienten, die sich wenig im Gesundheitswesen zurechtfinden, finden von alleine keine GL. Zusätzlich stellt es eine gute Ausgangsbasis für die weitere Zusammenarbeit dar, wenn Ärztinnen und Ärzte die GL kontaktieren und einschalten.
Sozialer Dienst/ Entlassmanagement des Ortenau Klinikums
Hat das Entlassmanagement bzw. der soziale Dienst den Eindruck, dass Patientinnen und Patienten eine dauerhafte Begleitung durch GL benötigen, sollen sie die Möglichkeit haben, die Patientinnen und Patienten auf dieses Angebot aufmerksam zu machen und mit deren Einwilligung GL kontaktieren, um Drehtüreneffekten vorzubeugen.
Freier Zugang
Durch einen freien Zugang kann sichergestellt werden, dass auch Klientinnen und Klienten Kontakt zu GL aufnehmen können, falls ihre Ärztinnen und Ärzte diesen kritisch gegenüberstehen. Zusätzlich kann das Angebot der GL bei Selbsthilfegruppen, Pflegestützpunkten oder der Quartiersarbeit bekannter gemacht werden, sodass diese ihre Klientinnen und Klienten darauf aufmerksam machen und diese den freien Zugangsweg nutzen können. Der freie Zugang erfordert eine intensive Gegenprüfung durch GL, ob ein Fall für ein SCM gegeben ist.

Um allen Menschen die Inanspruchnahme des SCMs zu ermöglichen, wird die GL Zugriff auf einem Dolmetscherpool erhalten und alle Informationen entsprechend der Gesundheitskompetenz der Klientinnen und Klienten anbieten (siehe Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz²⁰²). Es kann auf ehrenamtliche GL für Migrantinnen und Migranten, professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher, ehrenamtliche Dolmetscherinnen und Dolmetscher und Gebärdendolmetscherinnen und Gebärdendolmetscher zurückgegriffen werden. Zudem können

²⁰¹ Quelle: Eigene Darstellung.

²⁰² Vgl. Schaeffer et al. (Hrsg.) (2020).

Klientinnen und Klienten auf Wunsch von eigens ausgewählten Dolmetscherinnen und Dolmetschern begleitet werden.

4.1.5 Einsatzort/Ansiedlung GL

Tabelle 35: Konzept: Einsatzort/Ansiedlung GL²⁰³

Mit der im Juli 2018 vom Kreistag beschlossenen „Agenda 2030“ wird das Ortenau Klinikum ab spätestens 2030 seine stationären Leistungen an den vier Krankenhausstandorten in Offenburg, Lahr, Wolfach und Achern zentrieren. Die Standorte in Oberkirch, Kehl und Ettenheim werden aufgegeben und als **patientenorientierte Gesundheitszentren** mit Portalfunktion weitergeführt. Für die südliche Ortenau, die im Rahmen des Projektes fokussiert wird, bietet sich daher ein Standort im Gesundheitszentrum Ettenheim an. Der Ort des Klinikums bzw. des Gesundheitszentrums ist in der Bevölkerung bekannt und wird mit Expertise und Qualität verbunden. Darüber hinaus wären kurze Wege zu Fachärztinnen und Fachärzten, die sich im Gesundheitszentrum ansiedeln, gegeben. Außerdem wird im Gesundheitszentrum in Ettenheim eine geriatrische Rehabilitation angesiedelt, wodurch weitere Bedarfe für GL entstehen könnten. Falls das Projekt für den gesamten Ortenaukreis verstetigt werden sollte, müssen weitere Überlegungen bezüglich der Standorte und der Finanzierung der GL angestrebt werden. Zusätzlich muss darauf geachtet werden, dass der **Zugang barrierefrei** ist (u.a. Leitsystem für Blinde). **Eine gute Erreichbarkeit des Gesundheitszentrums mit öffentlichen Verkehrsmitteln und/oder Hol- und Bringdiensten ist anzustreben.**

4.1.6 Kompetenz- und Qualifikationsprofil von Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen

Tabelle 36: Konzept: Kompetenz- und Qualifikationsprofil von GL²⁰⁴

Qualifikation
Langfristig sollte die Bildung eines multiprofessionellen Teams angestrebt werden, bei dem idealerweise unterschiedliche Sprachen gesprochen werden. Hierzu sind folgende Berufsbilder denkbar: • Medizinisch-pflegerische Ausbildung • Studium der Pflegewissenschaften oder des Pflegemanagements • Studium der Sozialen Arbeit • Studium Community Health Care und Nursing oder vergleichbare/r Ausbildung/Studiengang Eine mindestens fünfjährige einschlägige Berufserfahrung sollte vorliegen. Darüber hinaus ist eine CM Weiterbildung, zertifiziert durch die DGCC wünschenswert.
Kompetenzen
Fähigkeiten: • Kommunikations- und Beratungsfähigkeit (Mehrsprachigkeit wünschenswert) • Organisationsfähigkeit • Sehr gute Vernetzung in der Region sowie Fähigkeiten zum Aufbau von Netzwerkstrukturen → Netzwerkkompetenz • Problemlösungsfähigkeit • Ganzheitliches Denken • Fähigkeit, Patientinnen und Patienten zu aktivieren • Diplomatische Fähigkeiten

²⁰³ Quelle: Eigene Darstellung.

²⁰⁴ Quelle: Eigene Darstellung.

- Interkulturelle Kompetenz

Wissen:

- (Sozial-)rechtliche Kenntnisse v. a. bezüglich Verantwortlichkeiten und Aufgaben verschiedener Institutionen und Behörden, Rechten und Pflichten von Klientinnen und Klienten.
- Umfangreiches Wissen, welche Versorgungsangebote und Versorgungsstrukturen in der Region bestehen

Personale Kompetenzen:

- Empathie
- Selbstständige Arbeitsweise
- Geduld
- Offenheit für Neues (v. a. Offenheit, sich neues Wissen anzueignen)
- Flexibilität
- Durchsetzungsvermögen

4.1.7 Neutralität und Datenschutz

Neutralität

Die GL sind verpflichtet, patientenorientiert zu agieren.

Die Neutralität der GL sollte durch eine Anstellung bei einer Organisation gewahrt werden, die keine wirtschaftlichen Interessen verfolgt. Im Rahmen des Pilotprojektes ist dies durch die Anstellung bei der KGK bzw. dem Landratsamt Ortenaukreis, Gesundheitsamt, gewährleistet.

Die Interessen der GL sollten vor deren Einstellung überprüft werden. Außerdem sollte die GL entsprechend dem allgemeinen Verständnis von CM Vorschläge machen, welche Leistungserbringenden aufgesucht werden können und hierbei alle in der Region verfügbaren Leistungserbringenden einbeziehen. Die GL sind folglich verpflichtet, träger- und leistungserbringerneutral zu beraten und zu vermitteln. Es handelt sich hierbei um eine nicht-verbindliche Beratung. Darüber hinaus sollte eine freie Lotsenwahl bestehen.

Zusätzlich kann die Neutralität von GL gestärkt werden, indem diese einen hohen Wissensfundus besitzen und verschiedene Hospitationen bei anderen Leistungserbringenden wie Arztpraxen, Eingliederungshilfe, Pflegeeinrichtungen, Entlassmanagement etc. durchführen.

Datenschutz

Die Klientinnen und Klienten müssen, sobald Aufgabenblock II getätigt wird, explizit über die Einhaltung des Datenschutzes informiert werden. Zusätzlich müssen sie durch das Unterzeichnen einer Datenschutzerklärung in der Klärungsphase der Weitergabe von personenbezogenen Daten zustimmen. Im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit Netzwerkpartnern im Rahmen von Aufgabenblock II ist zu beachten, dass ggf. auch der Netzwerkpartner seinerseits eine Datenschutzerklärung bei den Klientinnen und Klienten einholen muss, um umgekehrt Informationen an die GL weiterleiten zu können.

4.1.8 Kontakt/Ausgestaltung Schnittstelle

Tabelle 37: Konzept: Kontakt/Ausgestaltung Schnittstelle²⁰⁵

Kontakt mit Klientinnen und Klienten
Die GL halten den Kontakt zu Klientinnen und Klienten über verschiedene Kanäle. Zum einen gibt es in der Phase der Falleinschätzung einen verpflichtenden Hausbesuch. Auch die Begleitung zu Terminen bei Haus- und Fachärztinnen und Haus- und Fachärzten ist möglich. Folglich sind persönliche Treffen wichtige Bestandteile im Austausch zwischen GL sowie Klientinnen und Klienten. Darüber hinaus sollte es, angepasst an den individuellen Bedarf der Klientinnen und Klienten, unterschiedliche Kontaktmöglichkeiten geben wie z. B. Telefonate, Videokonferenzen oder Klärung von organisatorischen Details per E-Mail-Verkehr.
Kontakt mit Leistungserbringenden
Der Kontakt zu Leistungserbringenden kann einerseits durch die Begleitung zu Terminen vor Ort hergestellt werden. Darüber hinaus sollte der telefonische Kontakt gesucht werden. Es ist notwendig, dass die GL einen Anrufbeantworter verwenden und zeitnah Rückrufe tätigen. Allerdings könnte die telefonische Erreichbarkeit von Ärztinnen und Ärzten herausfordernd werden. Hier könnten Telefonate vorab durch den Austausch in einem Messenger Dienst oder per E-Mail verabredet werden. So ist sichergestellt, dass beide Parteien entsprechend vorbereitet und erreichbar sind. Sensible Daten wie Arztbriefe o. ä. könnten zu Beginn der Pilotphase nach Einverständnis der Klientinnen und Klienten per sicherem Dateitransfer ausgetauscht werden. Mittel- bis langfristig ist jedoch eine Errichtung einer digitalen Plattform anzustreben, über die sowohl ein datenschutzkonformer Austausch von sensiblen Daten und Dokumenten sowie eine Kommunikation per Chatfunktion möglich ist. Denkbar ist hier, den sich in Ettenheim und Umgebung etablierende Kommunikationsdienst KIM der KV zu nutzen und eine entsprechende Anbindung von GL anzustreben. KIM ermöglicht es Praxen, medizinische Dokumente elektronisch und sicher über die TI zu versenden und zu empfangen. Die KV bietet einen eigenen KIM-Dienst, speziell für Niedergelassene, an. Um den regelmäßigen Kontakt mit den Hausärztinnen und Hausärzten zu halten, sollten diese z. B. über den Hausbesuch und die Aufstellung des Versorgungsplans informiert und ein wöchentlicher Austausch angestrebt werden.
Interne Dokumentation
Die Arbeit der GL sollten durch eine interne CM Softwarelösung vereinfacht werden. Eine Software trägt Standardisierung der Arbeit von GL bei. Erworbenes Wissen kann archiviert und für Vertretungspersonen zugänglich gemacht werden. Die Software sollte folgende Aspekte ermöglichen: • Dokumentation der Tätigkeiten der GL • Elektronische Klienten-/Patientenakte (Kalender, Assessment Instrumente, Versorgungsplan, Datenbank) • Einbeziehung von Adressdaten für eine „Datenbank“ • Schnittstellen zu Textverarbeitungsprogrammen • Möglichkeit, z. B. Daten sicher mit Arztpraxen austauschen zu können sowie mit Arztpraxen kommunizieren zu können Es ist darauf zu achten, dass die Softwarelösung die Arbeit der GL unterstützt. Sie sollte daher leicht bedienbar und anwenderfreundlich gestaltet sein.

²⁰⁵ Quelle: Eigene Darstellung.

4.2 Handlungsempfehlungen zur Überführung des erarbeiteten Konzeptes in die Regelversorgung

4.2.1 Schaffung organisatorischer, finanzieller und rechtlicher Voraussetzungen

Wie in Abschnitt 2.6 erläutert besteht eine Veröffentlichung von ersten relevanten medizinischen und gesundheitsökonomischen Ergebnissen verschiedener Lotsen-Modelle. Der BMC spricht sich daher dafür aus, einen „regelhaften Anspruch auf Lotsenleistungen für Patientinnen und Patienten in komplexen Versorgungslagen zu schaffen“²⁰⁶. Voraussetzung für die Überführung von GL in die Regelversorgung ist die bundesweite Bereitstellung von umfassenden Informationen aus verschiedenen Praxis-Projekten, um eine Standardisierung voranzubringen. Der BMC hat mit seiner AG „Gesundheitslotsen“ hierzu im Jahr 2023 erste Eckpunkte zu Leistungsumfang, Qualifikation und zur organisatorischen und rechtlichen Verankerung veröffentlicht.²⁰⁷ Darüber hinaus sind weitere evidenzbasierte Ergebnisse zur Evaluation der Effektivität von verschiedenen CM Programmen notwendig. Die Verstetigung von innovativen Versorgungsformen wie die der GL benötigt politische Unterstützung auf Bundesebene. Wie in Abschnitt 0 dargestellt gibt es momentan keine umfassende sozialrechtliche Grundlage für die Arbeit von GL.²⁰⁸ Das im Koalitionsvertrag 2021 beschriebene Vorhaben, einen Pfad vorzugeben, wie die Arbeit von GL in die Regelversorgung überführt werden kann, sollte daher umgesetzt werden. Hierzu zählt auf Bundesebene zum einen die Entwicklung eines Konzeptes, wie unterschiedliche Lotsen-Angebote koordiniert und organisiert werden können (strukturelle Basis) und wie ein Implementierungsplan aussehen kann. Verschiedene indikations-spezifische Lotsenangebote müssen dafür harmonisiert werden. Außerdem sollten regional bereits vorhandene Angebote sowie die Rolle der Kommunen berücksichtigt werden. Da des Weiteren eine regionale Netzwerkarbeit essenziell ist, sollten Lotsenangebote regional verankert und gesteuert werden.

Zum anderen muss bundesweit eine Abgrenzung oder Harmonisierung zu oder mit anderen innovativen Versorgungsformen entstehen. Hierfür müssen Abgrenzungseckpunkte mit z. B. Community Health Nurses oder zur Gemeindeschwester festgelegt werden. Diese führen im Vergleich zu GL Versorgungstätigkeiten aus.²⁰⁹

Zusätzlich ist die Entwicklung einer Finanzierungssystematik und einer umfassenden rechtlichen Grundlage erforderlich. U. a. sollten folgende Fragestellungen in diesem Zusammenhang bundesweit geklärt werden: Inwiefern ist eine Sozialgesetzbuch-übergreifende Verankerung möglich, um die Sektorenübergreifende Arbeit von GL und die Arbeit in interdisziplinären/-

²⁰⁶ BMC (2023), S. 4.

²⁰⁷ Vgl. BMC (2023), S. 3-11.

²⁰⁸ Vgl. Braeseke et al. (2018), S. 35.

²⁰⁹ Vgl. BMC (2023), S. 6.

professionellen Versorgungsteams zu vergüten? Wie können Leistungen von GL abgerechnet werden? Welche Abrechnungs- und Steuerungssystematik ist für Kostenträger (Krankenkassen) attraktiv? Das in Kapitel 2.7 vorgestellte Projekt „LEX LOTSEN-OWL“ kann hierzu wichtige Erkenntnisse liefern.

Auf Landesebene sollten die oben genannten Aufgaben im Bund aktiv eingefordert werden. Darüber hinaus sollten die Länder dazu beitragen, Erfahrungen und Wissen aus den von ihnen geförderten CM Angeboten zu bündeln, um mit den gewonnenen Ergebnissen die Forderungen an den Bund zu untermauern.

4.2.2 Maßnahmen zur Förderung der Zusammenarbeit der Professionen im Gesundheitswesen

Zur Unterstützung der Umsetzung von CM Angeboten sind Maßnahmen zur Förderung der Zusammenarbeit der Professionen im Gesundheitswesen notwendig.

Für eine Sektorenübergreifende Versorgung müssen bundesweit strukturelle und rechtliche Voraussetzungen geschaffen werden. Dazu zählt die Entwicklung einer transparenten Übersicht zu bestehenden Angeboten im Bereich der Gesundheitsversorgung und Strukturierung des kleinteiligen Systems. Parallelstrukturen sollten zusammengeführt, bürokratische Prozesse verschlankt und verschiedene Aufgaben an zentralen Stellen gebündelt werden. Außerdem müssen finanzielle Voraussetzungen für eine Sektorenübergreifende Versorgung entstehen. Die interprofessionelle Zusammenarbeit sollte finanziell vergütet werden (evtl. Pauschale einmal im Quartal). Zusätzlich sollte eine gebührenrechtliche Regelung für Kooperationen gefunden werden (z. B. eine interdisziplinäre Abrechnung). Eine Abrechnung im Team könnte Konkurrenz zwischen den Professionen vermeiden und die interprofessionelle Zusammenarbeit stärken.

Darüber hinaus sollte die Zusammenarbeit der Professionen gefördert werden, in dem bundesweit gute Bedingungen für die digitale Vernetzung zwischen verschiedenen Leistungserbringenden des Gesundheitswesens sowie für eine schnelle, datensichere digitale Kommunikation entwickelt werden. Diese ist für die Sektorenübergreifende Arbeit der GL essenziell. Besondere Bedeutung hat die Anbindung an eine gemeinsame digitale Plattform und die Möglichkeit eines sicheren Datentransfers und Austauschs mit Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern. Dies kann GL entlasten und zur Effizienz ihrer Tätigkeiten beitragen. Voraussetzung hierfür ist, dass möglichst viele Leistungserbringende eine digitale Plattform nutzen. Es sollten daher solche Bedingungen geschaffen werden, die dazu führen, dass alle vorgesehenen Akteurinnen und Akteure eine digitale Plattform zeitnah und umfassend verwenden. Darüber hinaus ist besonders die TI-Anwendung ePA für GL relevant. Auch hier sollten Rah-

menbedingungen entwickelt werden, die die Anzahl der Nutzungen durch gesetzlich Versicherte steigern. GL sollten daher unter Beachtung der Verschwiegenheitspflicht Zugriff auf die ePA erhalten, nachdem die Klientinnen und Klienten diesen gewährt haben.²¹⁰

Außerdem ist eine bundes- und landesweite Förderung von professionsübergreifenden Ausbildungen notwendig. Eine konsequente interdisziplinäre Lehre zur Steigerung von interdisziplinärem Denken und Handeln auf Augenhöhe kann der Sozialisation der einzelnen Berufsgruppen in geschlossenen Systemen vorbeugen. In Ausbildungen sollten Kenntnisse vermittelt werden, wie Teamarbeit und Kommunikation in Teams gestaltet werden können.²¹¹

Für ein CM ist es darüber hinaus unerlässlich, auf Kreisebene ein regional angepasstes Netzwerk aufzubauen, regionale Öffentlichkeitsarbeit durchzuführen und regelmäßige Netzwerkarbeit zu betreiben. Ziel muss es sein, die innovative Versorgungsform der GL bekannt zu machen, Transparenz zu schaffen, die Akzeptanz zu steigern und das Angebot kontinuierlich weiter zu entwickeln. Verschiedene Akteurinnen und Akteure vor Ort wie z. B. Ärztinnen und Ärzte, Heilmittelbringende, Pflegekräfte, berufsverwandte Gruppen sowie auch Selbsthilfegruppen müssen in Konzeptentwicklung und interprofessionelle Prozessdefinitionen eingebunden werden. Der persönliche Kontakt und die Vorstellung des Modells z. B. in Arztpraxen oder beim Entlassmanagement ist gerade zu Beginn der praktischen Umsetzungsphase und zur Erschließung neuer Zugangswege unerlässlich. Dies kann durch die GL selbst als auch durch Vorgesetzte erfolgen. Das Angebot der GL ist bei folgenden Zielgruppen bekannt zu machen: Leistungserbringende der primären Gesundheitsversorgung und berufsverwandte Gruppen zur Verbesserung der Sektorenübergreifenden Zusammenarbeit sowie den im Konzept definierten Zielgruppen. Hierfür kann eine crossmediale Kampagne (Flyer, Visitenkarten, Plakate, Anzeigen über örtliche Zeitungen, Website, Akquise-Mails, Social Media Beiträge) genutzt werden. Zur Steigerung der Qualität der Versorgung durch GL ist auf Einzelfallebene immer wieder der Kontakt zu weiteren Leistungserbringenden bzw. Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern zu suchen.

4.2.3 Maßnahmen der Qualitätssicherung

Um die Qualität der Arbeit der GL zu sichern, ist es wichtig, bundesweit einheitliche Standards bezüglich der Qualifikation von GL zu schaffen. Der BMC stellt in seinem Positionspapier dar, dass die Qualifikationen von GL an die Inhalte für CM und Care Management angelehnt werden sollten. Er gibt konkrete Empfehlungen für die Ausgestaltung der Qualifikation.²¹² Diese sollten berücksichtigt werden. U. a. wird dargestellt, dass eine abgeschlossene

²¹⁰ Vgl. BMC (2023), S. 7.

²¹¹ Vgl. Schmitz et al. (2022), S. 2.

²¹² Vgl. BMC (Hrsg.) (2023), S. 8.

Ausbildung und Berufserfahrung entsprechend des einzusetzenden Aufgabengebietes Voraussetzung für die Teilnahme an einer CM Weiterbildung sein sollte.²¹³ Zulassungsregeln und Weiterbildungsrichtlinien der DGCC sollten beachtet werden.²¹⁴

Außerdem sollten zur Sicherstellung der Qualität der praktischen Arbeit von GL Mechanismen zur Qualitätssicherung und Überwachung der Wirksamkeit auf Kreisebene implementiert werden. Vorgesetzte der GL (z. B. Koordinierungsstelle Sektorenübergreifende Versorgung) sollten dies in regelmäßigen Abständen prüfen.

- Es sollte eine regelmäßige statistische Erhebung der Fallzahlen und Auswertung der Tätigkeiten der GL erfolgen. Entsprechend sollte eine Prüfung erfolgen, ob die im Konzept festgelegten Tätigkeiten und Prozesse umgesetzt werden. Bei möglichen Abweichungen sollten Maßnahmen für einen KVP festgelegt werden.
- Es sollte einen regelmäßigen Austausch mit Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern zu vorhandenen Prozessen der interprofessionellen Zusammenarbeit und Maßnahmen zur Erzielung eines KVPs geben.
- Eine standardisierte Dokumentation sollte eingehalten werden.
- Es bedarf einer Sicherstellung von Vertretungs- und Nachrückregelungen von GL.²¹⁵

4.2.4 Schaffung von ergänzenden Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz von chronisch erkrankten und multimorbiden Personen

„Gesundheitskompetenz basiert auf allgemeiner Literalität und umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten oder verbessern“²¹⁶.

Im Jahr 2014 wurde eine erste repräsentative Umfrage zur Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung in Deutschland (HLS-GER 1) durchgeführt. Damals schätzten rund 46 % der Befragten die eigene Gesundheitskompetenz als exzellent und ausreichend ein, rund 54 % der Befragten schätzten ihre Kompetenzen dagegen nur als eingeschränkt ein.²¹⁷ Die Folgestudie "Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland (HLS-GER 2)" zeigt, dass sich die Gesundheitskompetenz in Deutschland graduell verschlechtert hat. Den im Jahr 2020 Befragten fällt es sogar noch schwerer als den im Jahr 2014 Befragten, die komplexen Informationen

²¹³ Vgl. BMC (Hrsg.) 2023), S. 8.

²¹⁴ Vgl. DGCC (Hrsg.) (2019), o. S.

²¹⁵ Vgl. BMC (Hrsg.) (2023), S. 9.

²¹⁶ Schaeffer und Pelikan (2017), S. 12.

²¹⁷ Vgl. Hurrelmann, Klinger und Schaeffer (2020), S. 5.

zu Gesundheit und Krankheit angemessen zu verarbeiten: 64,2 % verfügen über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz. Eine wesentliche Ursache wird nach den Angaben der Befragten in der Menge, Vielfalt und auch Widersprüchlichkeit der (zunehmend digitalen) Informationen gesehen sowie darin, dass auch Falsch- und Fehlinformationen zu Gesundheitsthemen zugenommen haben.²¹⁸

Besonderen Unterstützungsbedarf bei der Gesundheitskompetenz haben nach den Befunden beider Studien insbesondere ältere Menschen, chronisch erkrankte Personen und Menschen mit einem niedrigeren Bildungs- oder Einkommensstatus. Im Unterschied zur Erhebung 2014 schneiden aber 2020 auch jüngere Altersgruppen deutlich schlechter ab.²¹⁹

Die Folgen geringer Gesundheitskompetenz erweisen sich zu beiden Zeitpunkten als gravierend. Menschen mit einer geringeren Gesundheitskompetenz haben im Vergleich einen schlechteren selbst eingeschätzten Gesundheitszustand, bewegen sich weniger und ernähren sich ungesünder als Befragte mit einer hohen Gesundheitskompetenz. Außerdem fallen Bevölkerungsgruppen mit einer geringen Gesundheitskompetenz durch eine überdurchschnittlich häufige Nutzung des Gesundheitssystems auf.²²⁰

Die Ergebnisse beider Studien zeigen, wie essenziell es ist, stärker in die Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu investieren und geeignete Rahmenbedingungen für eine nutzerfreundliche Gestaltung der Versorgungsangebote zu schaffen.²²¹

Entsprechend dem dargestellten Konzept sollen auch die GL auf verschiedene Weise zur Förderung der Gesundheitskompetenz ihrer Klientinnen und Klienten beitragen. Wie in Abschnitt 4.1.1 dargestellt, vermitteln sie u. a. evidenzbasierte Gesundheitsinformationen sowie Kenntnisse zum Finden dieser Informationen. Sie bestärken Klientinnen und Klienten darin, ihre Angelegenheiten zukünftig selbst regeln zu können.²²² Darüber hinaus ist denkbar, dass das Angebot von GL durch weitere Angebote im Bereich der Gesundheitskompetenzförderung ergänzt wird.

Auf Bundes- und Landesebene sollten Projekte und innovative Versorgungsformen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz gefördert werden²²³ wie z. B. Gesundheitskioske. Dies setzt eine Definition von Tätigkeitsfeldern sowie eine bundesweite Harmonisierung und Abgrenzung zu bestehenden Angeboten wie z. B. dem der GL voraus.

²¹⁸ Vgl. Hurrelmann, Klinger und Schaeffer (2020), S. 5 sowie Schaeffer et al. (2021), S. 21f.

²¹⁹ Vgl. Hurrelmann, Klinger und Schaeffer (2020), S. 5 sowie Schaeffer et al. (2021), S. 21f.

²²⁰ Vgl. Hurrelmann, Klinger und Schaeffer (2020), S. 15-17 sowie Schaeffer et al. (2021), S. 46-56.

²²¹ Vgl. Hurrelmann, Klinger und Schaeffer (2020), S. 20 sowie Schaeffer et al. (2021), S. 96f.

²²² Vgl. Braeseke et al. (2018), S. 29.

²²³ Vgl. Schaeffer et al. (Hrsg.) (2020), S. 37.

Des Weiteren sollte bundesweit die Verfügbarkeit von evidenzbasierten Gesundheitsinformationen und deren Bekanntheitssteigerung gerade bei vulnerablen Zielgruppen ausgebaut werden. Außerdem sollten Möglichkeiten geschaffen werden, Selbstmanagement-Programme, Patientenschulungen für chronisch erkrankte Personen krankenkassenübergreifend umzusetzen. Evaluierte Programme²²⁴ liegen vor, allerdings müssen Finanzierungsmöglichkeiten geschaffen werden.

Zusätzlich sind auf Kreisebene geeignete Angebote zur Förderung der Gesundheitskompetenz insbesondere für vulnerablen Zielgruppen, zu schaffen bzw. auszuweiten. Z. B. sollte eine Kampagne zur Sensibilisierung der Bevölkerung bezüglich des Zugangs zur medizinischen Versorgung (Navigation im Gesundheitswesen) forciert werden. Darüber hinaus gibt es im Ortenaukreis den „Gesundheitswegweiser“ - eine für Bürgerinnen und Bürger online zugängliche Datenbank²²⁵, die einen Überblick über vorhandenen Versorgungsangebote im Sozial- und Gesundheitsbereich im Kreis gibt. Diese Datenbank sollte kontinuierlich gepflegt und im Hinblick auf Nutzerfreundlichkeit und Barrierefreiheit weiterentwickelt werden. Zusätzlich sollte die Datenbank bekannter gemacht werden.

²²⁴ Weitere Informationen finden Sie unter <https://zepg.de/> [15.03.2023].

²²⁵ Weitere Informationen finden Sie unter <https://www.gesundheitswegweiser-ortenau.de/Gesundheitswegweiser/> [15.02.2023].

5 Zusammenfassung und Ausblick

Menschen mit chronischen Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen finden sich immer schwerer im komplizierten und fragmentierten deutschen Gesundheitssystem zurecht. Die KGK Ortenaukreis hat im Rahmen des vorliegenden Projektes u. a. eine Bestands- und Bedarfsanalyse in der südlichen Ortenau durchgeführt. Ziel der Analyse war es, vorhandene Strukturen im ambulanten und stationären Bereich zu analysieren und ggf. vorhandene Schnittstellenprobleme sowie ggf. fehlende Strukturen zu identifizieren.

U. a. wurden folgende Erkenntnisse gewonnen:

- Chronisch erkrankte und multimorbide Personen teilen mit, dass an ihrer Versorgung vielfältige Akteurinnen und Akteure aus medizinischen, aber auch sozialen Bereichen beteiligt sind. Es ist wichtig, ein hohes Maß an Eigeninitiative zu zeigen oder Angehörige zu haben, um diese Vielzahl der Leistungserbringenden zu koordinieren, Informationen über mögliche Gesundheitsleistungen einzuholen und Termine zu vereinbaren. Es bestehen Sorgen, wenn die Eigeninitiative nicht aufgebracht werden kann. Die Befragten äußern den Wunsch der Optimierung der Vernetzung zwischen verschiedenen Fachgebieten und unterschiedlichsten Versorgungsanbietenden. Auch die Übergänge zwischen ambulanter und stationärer Versorgung könnten fließender gestaltet werden. Die Befragten geben konkrete Wünsche in Bezug auf die Ausgestaltung eines CMs an.
- Haus- und Fachärztinnen und Haus- und Fachärzte sowie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten äußern, dass sie vielfältige Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartner v. a. im medizinischen Bereich haben. Sie übernehmen bereits CM Kernelemente wie Hausbesuche oder Terminvereinbarungen. Die Befragten sehen sich selbst als Lotsinnen und Lotsen im Gesundheitswesen. Sie nennen aber auch Grenzen in der alltäglichen Arbeit. Sie können nicht immer eine intensive Bezugspersonenbetreuung und ein engmaschiges Monitoring gewährleisten. Außerdem kennen sie nicht alle Anlaufstellen für soziale oder finanziellen Aspekte, zu denen sie Patientinnen und Patienten schicken können. Organisatorische Tätigkeiten binden viel Zeit. Die Befragten nennen ebenfalls detaillierte Wünsche in Bezug auf ein CM.
- Es gibt bereits vielfältige Angebote, die CM ausüben (berufsverwandte Gruppen). CM wird besonders im Kontext der Pflegebedürftigkeit abgedeckt. Auch für einzelne Gruppen von Versicherten gibt es CM Angebote. Patientinnen und Patienten, die stationär versorgt werden, erhalten ebenfalls eine umfassende und intensive Einzelfallbetreuung. Auch der Klinik Sozialdienst/Entlassmanagement wendet CM an. CM wird folglich auf bestimmte Schnittstellen, Zielgruppen oder Kontexte begrenzt bereits angewendet.

Dies wurde bei der Konzeptentwicklung zur Vermeidung von Doppelstrukturen berücksichtigt. Befragte berufsverwandte Gruppen haben konkrete Vorstellungen im Hinblick auf die Ausgestaltung eines CMs durch GL.

Basierend auf der Bedarfs- und Bestandsanalyse wurde gemeinsam mit einer AG ein Konzept für ein CM entwickelt. So wurde sichergestellt, dass Bürgerinnen und Bürger aktiv an der Konzeptentwicklung beteiligt sind. Ein Expertenhearing diente zur Verbesserung des Konzeptes. Dieses wurde im Zeitraum April 2022 bis Dezember 2022 praktisch erprobt und formativ evaluiert. Die formative Evaluation hat gezeigt, dass das Konzept in die vorhandenen Versorgungsstrukturen implementiert werden konnte. Klientinnen und Klienten sowie Leistungserbringende bewerteten das Angebot positiv. Um die Wirksamkeit des Angebotes sowie eine Kosteneinsparung nachzuweisen, müsste sich eine Wirksamkeitsanalyse bzw. summative Evaluation anschließen. Basierend auf den Erkenntnissen der Pilotphase wurde das Konzept leicht angepasst. Das ausführliche Konzept ist in Abschnitt 4.1 dargestellt. Tabelle 38 fasst die wesentlichen Inhalte zusammen.

Tabelle 38: Kernelemente des Konzeptes zur Ausgestaltung eines Case Managements in der südlichen Ortenau²²⁶

Faktoren des Konzeptes und deren Ausgestaltung
Aufgaben von GL
Aufgabenblock I: Information und Vernetzung • Durchführung von einmaligen Auskünften • Bei CM Fällen, die in andere CM Angebote passen: Fallübergaben Aufgabenblock II: SCM • Durchführung eines CMs entsprechend dem DGCC Regelkreis (Klärungsphase; Falleinschätzung; Hilfeplanung; Überwachung; Evaluation) Aufgabenblock III: Förderung der Sektorenübergreifenden Kommunikation im Ortenaukreis • Widerspiegeln der Versorgungssituation vor Ort in der KGK
Unterstützung der GL
• Durchführung von kollegialer Fallberatung und Supervision • Gewährleistung der Sicherheit bei Hausbesuchen durch Dokumentation des Hausbesuchs, Gewährleistung von telefonischer Erreichbarkeit von Kolleginnen und Kollegen und Mitführung eines GPS Notfallgeräts • Nutzung einer Software
Zielgruppen von GL
Aufgabenblock I: Information und Vernetzung • Alle Menschen im Ortenaukreis Aufgabenblock II: SCM • Chronisch erkrankte und multimorbide Personen sowie deren Angehörige

²²⁶ Quelle: Eigene Darstellung.

- Keine Altersbeschränkung
- Art der Erkrankung(en) nicht im Vordergrund
- Komplexität des Falles und Einschränkungen der Alltagskompetenzen stehen im Vordergrund, z. B.
 - Vermischung verschiedener Problemlagen (medizinisch, sozial, finanziell)
 - Fehlendes soziales Netzwerk
 - Mangelnde Systemkenntnis
 - Informationsdefizite zu vorhandenen Unterstützungsmaßnahmen und eingeschränkte Fähigkeiten zur umfassenden eigenständigen Recherche
 - Ungesicherte Medikamenteneinnahme
 - Drehtüreneffekt bezüglich stationärer Behandlungen

Aufgabenblock III: Förderung der Sektorenübergreifenden Kommunikation im Ortenaukreis

- Netzwerk SCM Ortenaukreis
- KGK Ortenaukreis

Zugang zu GL

- Haus- und Fachärztinnen und Haus- und Fachärzte sowie psychologische Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten
- Sozialer Dienst/Entlassmanagement des Ortenau Klinikums
- Freier Zugang über eine offene Sprechstunde

Einsatzorte/Ansiedlung GL

- Zentrum für Gesundheit Ettenheim

Kompetenz- und Qualifikationsprofil von GL

Qualifikationen

- Langfristige Gestaltung eines multiprofessionellen Teams mit folgenden denkbaren Berufsbildern:
 - Medizinisch-pflegerische Ausbildung
 - Studium der Pflegewissenschaften oder des Pflegemanagements
 - Studium der Sozialen Arbeit
 - Studium Community Health Care und Nursing oder vergleichbare/r Ausbildung/Studiengang
- Mindestens fünfjährige einschlägige Berufserfahrung
- CM Weiterbildung nach DGCC wünschenswert

Kompetenzen

Fähigkeiten:

- Kommunikations- und Beratungsfähigkeit (Mehrsprachigkeit wünschenswert)
- Organisationsfähigkeit
- Sehr gute Vernetzung in der Region sowie Fähigkeiten zum Aufbau von Netzwerkstrukturen → Netzwerkkompetenz
- Problemlösungsfähigkeit
- Ganzheitliches Denken
- Fähigkeit, Patientinnen und Patienten zu aktivieren
- Diplomatische Fähigkeiten

- Interkulturelle Kompetenz

Wissen:

- (Sozial-)rechtliche Kenntnisse v. a. bezüglich Verantwortlichkeiten und Aufgaben verschiedener Institutionen und Behörden, Rechten und Pflichten von Klientinnen und Klienten.
- Umfangreiches Wissen, welche Versorgungsangebote und Versorgungsstrukturen in der Region bestehen

Personale Kompetenzen:

- Empathie
- Selbstständige Arbeitsweise
- Geduld
- Offenheit für Neues (v. a. Offenheit, sich neues Wissen anzueignen)
- Flexibilität
- Durchsetzungsvermögen

Neutralität und Datenschutz

Neutralität

- Patientenorientiertes Agieren
- Anstellung bei einer Organisation, die keine wirtschaftlichen Interessen verfolgt
- Verpflichtung einer träger- und leistungserbringerneutralen Beratung sowie einer nicht-verbindlichen Beratung
- Freie Lotsenwahl

Datenschutz

- Einholung Datenschutzinformation und Datenschutzerklärung bei SCM durch GL
- Ggf. Einholung Datenschutzerklärung auch durch Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern

Kontakt/Ausgestaltung Schnittstelle

Kontakt mit Klientinnen und Klienten

- In der Regel Hausbesuch
- Möglichkeit der Begleitung zu Terminen
- Anpassungen an den individuellen Bedarf

Kontakt mit Leistungserbringenden

- Treffen vor Ort
- Telefonate
- Austausch von Daten via sicherem Dateitransfer
- Anbindung der GL an KIM wünschenswert
- Wöchentlicher Austausch

Interne Dokumentation

- Software

Die im Projekt gewonnenen Erkenntnisse können als Grundlage für die Etablierung eines CMs in anderen Regionen genutzt werden. Regionale Besonderheiten sind zu beachten und das

Konzept entsprechend anzupassen. Die KGK Ortenaukreis führt die Pilotphase bis Dezember 2024 weiter. Mit insgesamt drei GL (Stellenumfang jeweils 50 %), die im Zentrum für Gesundheit Ettenheim verortet sind, sollen weitere praktische Erkenntnisse gewonnen werden. Das Konzept kann somit vollständig umgesetzt werden. Alle Zugangswege werden erprobt.

Zur Überführung von CM Projekten in die Regelversorgung sind weitere elementare Schritte notwendig. Hierzu wurden Handlungsempfehlungen gegeben. Diese beinhalten folgende Aspekte:

1. Schaffung organisatorischer, finanzieller und rechtlicher Voraussetzungen

Es existieren bundesweit vielfältige GL und CM Projekte. Die Erkenntnisse dieser Projekte müssen gebündelt und bundesweit bereitgestellt werden, um eine Standardisierung zu forcieren. Weitere Wirksamkeitsanalysen sind notwendig. Um die Arbeit von GL in die Regelversorgung zu überführen, bedarf es politischer Unterstützung. Zum einen muss ein Konzept entwickelt werden, wie unterschiedliche CM Angebote koordiniert und organisiert werden können. Ein Implementierungsplan ist festzulegen. Andererseits muss eine Abgrenzung oder Harmonisierung von GL mit anderen Versorgungsformen erfolgen. Zusätzlich sollte eine Finanzierungssystematik und eine umfassende rechtliche Grundlage erarbeitet werden. Es ist u. a. zu klären, inwiefern eine Sozialgesetz-übergreifende Verankerung möglich ist. Auch muss definiert werden, wie Leistungen von GL abgerechnet werden können. Ein aktuelles Projekt der Deutschen Schlaganfall-Hilfe beschäftigt sich mit diesen Fragestellungen und kann wichtige Erkenntnisse liefern.

2. Maßnahmen zur Förderung der Zusammenarbeit der Professionen im Gesundheitswesen

Für die Sektorenübergreifende Arbeit der GL müssen bundesweit Voraussetzungen für die digitale Vernetzung zwischen verschiedenen Leistungserbringenden des Gesundheitswesens sowie für die schnelle, sichere digitale Kommunikation geschaffen werden. Die Nutzung von einer gemeinsamen digitalen Plattform, z. B. KIM stellt ein Kernelement dar. Es sollten Bedingungen geschaffen werden, die eine optimale Nutzung bei möglichst vielen Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens ermöglichen. Auch die Anzahl an Nutzungen der ePA sollte gesteigert werden.

Darüber hinaus ist eine bundes- und landesweite Förderung von professionsübergreifenden Ausbildungen erforderlich. Dies fördert u. a. interdisziplinäres Denken sowie Teamarbeit und kommt der Sektorenübergreifenden Tätigkeit von GL zu gute.

Auf Kreisebene muss ein regional angepasstes Netzwerk aufgebaut und regelmäßige Netzwerkarbeit betrieben werden. Prozesse mit Leistungserbringenden sind zu definieren und regelmäßig zu überprüfen. Außerdem ist Öffentlichkeitsarbeit durchzuführen.

3. Maßnahmen der Qualitätssicherung

Auf Bundesebene müssen einheitliche Standards bezüglich der Qualifikationen von GL geschaffen werden. Auf Kreisebene sollten Mechanismen zur Qualitätssicherung und Überwachung der Wirksamkeit etabliert werden. Hierzu zählt u. a. eine regelmäßige statistische Überprüfung der Fallzahlen und Auswertungen der Tätigkeiten der GL sowie die kontinuierliche Verbesserung von Prozessen. Zudem sollte eine standardisierte Dokumentation etabliert und eine Vertretungs- und Nachrückregelung sichergestellt werden.

4. Schaffung von ergänzenden Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz von chronisch erkrankten und multimorbiden Personen

GL sollen zur Förderung der Gesundheitskompetenz ihrer Klientinnen und Klienten beitragen. Darüber hinaus sind weitergehende Maßnahmen erforderlich. Bund und Länder sollten Projekte und innovative Versorgungsformen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung wie z. B. Gesundheitskioske fördern. Außerdem sollten bundesweit digitale evidenzbasierte Gesundheitsinformationen vorangetrieben werden.

Auf Kreisebene kann eine Kampagne zur Sensibilisierung der Bevölkerung bezüglich des Zugangs zur medizinischen Versorgung beitragen. Außerdem sollte die Datenbank „Gesundheitswegweiser“ hinsichtlich Nutzerfreundlichkeit und Barrierefreiheit weiterentwickelt sowie bekannter gemacht werden. Auch Selbstmanagement Programme, Patientenschulungen und Angebote im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention für chronisch erkrankte und multimorbide Personen sollten auf Kreisebene umgesetzt und ausgebaut werden. Zusätzlich sollten über GL hinausgehende Schulungen und Beratungen im Bereich von evidenzbasierten Gesundheitsinformationen angeboten werden.

Literaturverzeichnis

Alt-Epping, B. und F. Nauck (2015): Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV), *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 4 (58), 430-435.

Augurzky, B. und I. Kolodziej (2018): *Fachkräftebedarf im Gesundheits- und Sozialwesen 2030. Gutachten im Auftrag des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung*, zuletzt abgerufen am 04.07.2022 unter https://www.sachverstaendigen-rat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/gutachten/jg201819/arbeitspapiere/Arbeitspapier_06-2018.pdf.

Ballreich, S. (2021): *Im statistischen Porträt: Der Ortenaukreis*, zuletzt abgerufen am 07.02.2023 unter https://www.statistik-bw.de/Service/Veroeff/Monatshefte/PDF/Beitrag21_12_07.pdf.

Bösner, S., S. Träger, O. Hirsch, A. Becker, M. Ilhan, E. Baum und N. Donner-Banzhoff (2011): Vom Hausarzt zum Facharzt – aktuelle Daten zu Überweisungsverhalten und -motiven, *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 87 (9), 371-377.

Braeseke, G., S. Huster, C. Pflug, S. Rieckhoff, J. Ströttchen, H.-D. Nolting und S. H. Meyer-Rötz (2018): *Studie zum Versorgungsmanagement durch Patientenlotsen*, zuletzt abgerufen am 07.02.2023 unter https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e22175/e23322/e23323/e23325/attr_objs23366/I-GES_Versorgungsmanagement_durch_Patientenlotsen_042018_ger.pdf.

Braeseke, G., C. Pflug und E. Beikirch (2018): *Studie zur Erfüllung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie der Qualitätssicherung in Pflegestützpunkten*, zuletzt abgerufen am 14.02.2023 unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Endbericht_KVQSPS_IGES_gesamt_Finanz_20181220.pdf.

Brinkmeier, M. (2023): Eckpunkte zur Governance von Patientenlotsen: Das LEX LOTSEN OWL-Projekt, *Case Management*, 20 (1), 26-30.

Bühning, P. (2015): Bessere Versorgung durch Zusammenarbeit, *Deutsches Ärzteblatt*, 112 (2), 120-121.

Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (2013): *Daseinsvorsorge in ländlichen Räumen unter Druck: Wie reagieren wir auf den demografischen Wandel?*, zuletzt abgerufen am 09.01.2023 unter <https://www.ble-medianservice.de/7135/daseinsvorsorge-in-laendlichen-raeumen-unter-druck-wie-reagieren-auf-den-demografischen-wandel>.

Bundesärztekammer (Hrsg.) (2011): Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer: Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen, zuletzt abgerufen am 08.02.2023 unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/FachberufeProzessverbesserung.pdf.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2023): *Entlassmanagement*, zuletzt abgerufen am 14.02.2023 unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/entlassmanagement.html>.

Bundesverband für Managed Care e. V.(BMC) (Hrsg.) (2023): *Gesundheitslotsen – Wegbegleiter für eine bessere Versorgung: Impulse zum Leistungsumfang, zur Qualifikation sowie zur organisatorischen und rechtlichen Verankerung von Gesundheitslotsen*, zuletzt abgerufen am 07.02.2023 unter <https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/2023-01-12-BMC-Positionspapier-Gesundheitslotsen.pdf>.

Dehl, T., H.-D. Nolting, C. Pflug, J. Rellecke, R. Rieckhoff und J. Kl. Wolff (2020): *Evaluation der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen gemäß § 7a Absatz 9 SGB XI*, zuletzt abgerufen am 14.02.2023 unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/pflegeberatung/20200331_IGES_Evaluation_Pflegeberatung_Abschlussbericht.pdf.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) (Hrsg.) (2017): Multimorbidität: S3-Leitlinie, 8-9, zuletzt abgerufen am 08.02.2023 unter <https://www.degam.de/mwg-internal/de5fs23hu73ds/progress?id=DpmfJqQtJCNcxUn36DiZ6CV6O8X-1EohhRWYZ5DGCB4>.

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e. V. (DGCC) (Hrsg.) (2012): *Was ist Case Management?*, zuletzt abgerufen am 07.02.2023 unter <https://www.dgcc.de/case-management/>.

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e. V. (DGCC) (Hrsg.) (2019): *Standards und Richtlinien für die Weiterbildung Case Manager und Case Managerin DGCC*, zuletzt abgerufen am 15.02.2023 unter <https://www.dgcc.de/cm-weiterbildung/weiterbildungs-standards/weiterbildungsrichtlinien/>.

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e. V. (DGCC) (Hrsg.) (2020): *Case Management Leitlinien – Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen*, 2. Aufl., Heidelberg.

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e. V. (DGCC) (Hrsg.) (2022): *CM im Handlungsfeld der Arbeitsmarktintegration*, zuletzt abgerufen am 07.02.2023 unter <https://www.dgcc.de/dgcc/fachgruppen/cm-im-handlungsfeld-der-arbeitsmarktintegration/>.

Die Bundesregierung (Hrsg.) (2021): Koalitionsvertrag 2021, zuletzt abgerufen am 14.02.2023 unter <https://www.bundesregierung.de/re-source/blob/974430/1990812/1f422c60505b6a88f8f3b3b5b8720bd4/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>.

Die Techniker (Hrsg.) (2023): *Innovationsfonds*, zuletzt abgerufen am 07.02.2023 unter <https://www.tk.de/presse/themen/gesundheitsystem/innovationen/innovationen-nrw-2059354?tkcm=aaus>.

Ewers, M. (1996): *Case Management: Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung*, Discussion Paper P96_208, Wissenschaftszentrum Berlin.

Ex, P., M. Behmer und V. Amelung (2020): Mit Patientenlotsen Managed Care ermöglichen: Eine Übersicht der Neuen Versorgungsformen im Innovationsfonds, *Monitor Versorgungsforschung*, 4, 33-35.

Freund, T., S. Geißler, C. Mahler, F. Peters-Klimm und J. Szecsenyi (2011): Case Management in der Hausarztpraxis – Alter Wein in neuen Schläuchen? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 87 (7/8), 324-331.

Galle, G. (2021): Patientenlotsen: Die Innovation der Versorgung der 2020er-Jahre, *Case Management*, 18 (3), 117-122.

Gembris, R., I. Bleiker, M. Gevorski und I. Stefanski (2014): *Case Management: Ein Leitfaden*, zuletzt abgerufen am 07.02.2023 unter https://www.fh-mittelstand.de/fileadmin/Forschung/CaMa_Leitfaden_final.pdf.

Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2022): *Spezialisierte ambulante Palliativversorgung*, zuletzt abgerufen am 20.12.2022 unter <https://www.g-ba.de/themen/veranstalte-leistung/palliativversorgung/>.

GKV Spitzenverband und MDS (Hrsg.) (2019): *Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) und stationäre Hospizversorgung*, zuletzt abgerufen am 20.12.2022 unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/20190213_BGA_SAPV_und_stationare_Hospizversorgung_final.pdf.

Goetz, K., J. Szecsenyi, G. Laux, S. Joos, M. Beyer und A. Miksch (2013): Wie beurteilen chronisch kranke Patienten ihre Versorgung? Ergebnisse aus einer Patientenbefragung im Rahmen der Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg, *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 107 (6), 379-385.

Goss, F. (2015): Datentransfer zwischen Versorgungsebenen (Praxis-Krankenhaus, Praxis-Praxis) – Die Sicht des Mediziners, *Aktuelle Kardiologie*, 4 (4), 242-247.

Güthlin, C., S. Köhler und S. Dieckelmann (2020): Chronisch krank sein in Deutschland: Zahlen, Fakten und Versorgungserfahrungen, zuletzt abgerufen am 08.02.2023 unter <http://publikationen.ub.uni-frankfurt.de/frontdoor/index/index/docId/55045>.

Hartung, M. und N. Schneider (2016): Sozialarbeit und hausärztliche Versorgung: eine Literaturübersicht, *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 92 (9), 363-366.

Hausärzteverband BW (Hrsg.) (2022): *Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH)*, zuletzt abgerufen am 20.12.2022 unter <https://www.hausarzt-bw.de/verah>.

Hurrelmann, K., J. Klinger und D. Schaeffer (2020): *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Vergleich der Erhebungen 2014 und 2020*, zuletzt abgerufen am 15.02.2023 unter https://pub.uni-bielefeld.de/download/2950303/2950404/HLS-GER%201_2020.pdf.

Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung Universitätsklinikum Tübingen (2022): CCM Evaluationskonzept. Unveröffentlicht.

Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzteverband e. V. (Hrsg.) (2022a): *VERAH Abrechnung über HZV und EBM*, zuletzt abgerufen am 20.12.2022 unter <https://www.ihf-fobi.de/fortbildungen-mfa/haeufigste-fragen/abrechnung-einer-verah>.

Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzteverband e. V. (Hrsg.) (2022b): *Was sind VERAH?*, zuletzt abgerufen am 20.12.2022 unter <https://www.verah.de/was-ist-verah/was-sind-verah>.

Klaehn, A.-K., J. Jaschke, F. Freigang und M. Arnold (2022): Cost-effectiveness of Case Management: A Systematic Review, *The American Journal of Managed Care*, 28 (7), 294-e302.

Klapper, B. (2018). Das PORT-Modell als Perspektive: Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum: patientenorientiert – wohnortnah – integrierend, *KU Gesundheitsmanagement*, 87 (8), 45-47.

Klie, T. und M. Monzer (2008): Case Management in der Pflege, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 41, 92-105.

Kuckartz, U. (2018): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*, 4. Aufl., Weinheim.

Landesgesundheitskonferenz Baden-Württemberg (Hrsg.) (2010): *AG Standortfaktor Gesundheit: Bericht der Projektgruppe Kommunale Gesundheitskonferenzen*.

Lang, C., M. Gottschall, M. Sauer, J. Köberlein-Neu, A. Bergmann und K. Voigt (2019): „Da kann man sich ja totklingeln, geht ja keiner ran“- Schnittstellenprobleme zwischen stationärer, hausärztlichen und ambulant-fachspezialisierter Patientenversorgung aus Sicht Dresdner Hausärzte, *Das Gesundheitswesen*, 81 (10), 822-830.

Mayring, P. (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*, 12. Aufl., Weinheim.

Mergenthal, K., M. Beyer, C. Güthlin und F. M. Gerlach (2013): Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg, *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 107 (6), 386-393.

Mergenthal, K., M. Leifermann, M. Beyer, F.M. Gerlach und C. Güthlin (2015): Delegation hausärztlicher Tätigkeiten an qualifiziertes medizinisches Fachpersonal in Deutschland – eine Übersicht, *Das Gesundheitswesen*, 77 (8/9), 62-68.

Monzer, M. (2018): *Case Management Grundlagen*, 2. Aufl., o. O.

Nussbaumer, G. (2015): Case Management und prozessorientierte Pflege, in: Von Reibnitz, C. (Hrsg.): *Case Management: praktisch und effizient*, 2. Aufl., (S. 38-51), Berlin Heidelberg.

Ose, D., B. Broge, B. Riens und J. Szecsenyi (2008): Mit Überweisung vom Hausarzt zum Spezialisten – Haben Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) einen Einfluss? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 84 (8), 321-326.

PraCMan, AOK und Hausärzteverband BW (Hrsg.) (2022): *FAQs PraCMan*, zuletzt abgerufen am 20.12.2022 unter https://www.hausarzt-bw.de/01-Content/HZV/besondere-leistungen-in-der-hzv/pracman/2021_10_01_FAQs%20PraCMan_final.pdf.

Redaelli, M., S. Bassüner, D. Teschner und S. Stock (2014): Medizinische Fachangestellte können mehr: Online-Befragungen von VERAH-Absolventen und Praxisinhabern, *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 90 (12), 517-522.

Rethmeier-Hanke, A. (2019): Vernetzte Versorgung: Ein Schlagwort mit Leben füllen, *Das Krankenhaus*, 111 (5), 375-376.

Robert Bosch Stiftung GmbH (Hrsg.) (2021): *PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung*, zuletzt abgerufen am 20.02.2023 unter https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/documents/2021-03/PORT-Flyer_012021.pdf.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2014): *Chronische Krankheiten Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012*, zuletzt abgerufen am 08.02.2023 unter www.rki.de/geda.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2016): *Gesundheit in Deutschland – Die wichtigsten Entwicklungen*, zuletzt abgerufen am 14.02.2023 unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/kurzfassung_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile.

Ruckstuhl, M. (2004): *Case Management und die Versicherungswelt Schweiz*, zuletzt abgerufen am 07.02.2023 unter <https://www.perspectiven.ch/down/cmruckstuhl.pdf>.

Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2003): *Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität Kurzfassung*, zuletzt abgerufen am 08.02.2023 unter https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2003/Kurzfassung_2003.pdf.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2009): *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens Kurzfassung*, zuletzt abgerufen am 08.02.2023 unter https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Sondergutachten_2009/Kurzfassung_2009.pdf.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2018): *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung*, zuletzt abgerufen am 07.02.2023 unter https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf.

Sahin, C., O. Iseringhausen, K. Hower, C. Liebe, A. Rethmeier-Hanke und B. Wedmann (2018): Regionales Versorgungskonzept Geriatrie im Kreis Lippe: Struktureffekte und Netzwerkbildung im Case Management-basierten Modellprojekt, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 51 (3), 322-328.

Schaeffer, D. (2006): Bewältigung chronischer Erkrankung: Konsequenzen für die Versorgungsgestaltung und die Pflege, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39 (3), 192-201.

Schaeffer, D. und J. Halsbeck (2016): Bewältigung chronischer Krankheit, in: Richter, M. und K. Hurrelmann (Hrsg.): *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*, 1. Aufl., (S. 243-257), Wiesbaden.

Schaeffer, D. und J. M. Pelikan (2017): Health Literacy Begriff, Konzept, Relevanz, in Schaeffer, D. und J. M. Pelikan (Hrsg.): *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven*, 1. Aufl., (S. 11-18), Bern.

Schaeffer, D., K. Hurrelmann, U. Bauer und K. Kolpatzig (Hrsg.) (2020): *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz: Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*, zuletzt abgerufen am 08.03.2023 unter <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/aktionsplan/>.

Schaeffer, D., E.-M. Berens, S. Gille, L. Griesse, J. Klinger, S. de Sombre, D. Vogt und K. Hurrelmann (2021): *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2*, zuletzt abgerufen am 15.02.2023 unter https://pub.uni-bielefeld.de/download/2950305/2950403/HLS-GER%202_Ergebnisbericht.pdf.

Schmitz, D., B. Becker, K. Schütz und U. Höhmann (2022): (Normalisierungs-)Strategien von Lehrenden und Lernenden in interdisziplinären Lehr-/Lernkontexten, *die hochschullehre*, 8 (1), 1-15.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hrsg.) (2023): *Qualität der Arbeit: Krankenstand*, zuletzt abgerufen am 22.02.2023 unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-2/krankenstand.html#:~:text=2021%20waren%20Arbeitnehmerinnen%20und%20Arbeitnehmer,11%2C2%20Arbeitstage%20krank%20gemeldet>.

Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe (Hrsg.) (2023): *OWL wird Modellregion für Patientenlotsen*, zuletzt abgerufen am 07.02.2023 unter <https://www.schlaganfall-hilfe.de/de/aktuelles/2022/owl-wird-modellregion-fuer-patientenlotsen>.

Stumm, J. (2020): Koordination der Versorgung multimorbider Patienten*innen. Konzepte zur Unterstützung der Hausärzt*innen: eine qualitative Studie, zuletzt abgerufen am 08.02.2023 unter https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/29387/diss_j.stumm.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Stumm, J., L. Peter, U. Sonntag, L. Kümpel, C. Heintze und S. Döpfmer (2021): Nichtmedizinische Aspekte der Versorgung multimorbider Patienten*innen in der Hausarztpraxis. Welche Unterstützung und Kooperationen werden gewünscht? Fokusgruppen mit Berliner Hausärzt*innen, *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 158, 66-73.

Tebest, R., T. Mehnert, H. Nordmann und S. Stock (2015): Angebot und Nachfrage von Pflegestützpunkten: Ergebnisse der Evaluation aller baden-württembergischen Pflegestützpunkte, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 48 (8): 734-739.

Wagner, S. (2020): *IAB-Forschungsbericht: Entwicklung von Erwerbstätigkeit, Arbeitszeit und Arbeitsvolumen nach Geschlecht*, zuletzt abgerufen am 15.02.2023 unter <https://doku.iab.de/forschungsbericht/2020/fb1620.pdf>.

Wissert, M. (2001): *Unterstützungsmanagement als Rehabilitations- und Integrationskonzept bei der ambulanten Versorgung älterer, behinderter Menschen*, 1. Aufl., o. O.

Anhang

Zusammenfassende Ergebnisse der quantitativen Datenauswertung für das Projekt durch das Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung Universitätsklinikum Tübingen



Zusammenfassende Ergebnisse der quantitativen Datenauswertung für das Projekt

„Entwicklung eines Konzeptes für ein Sektorenübergreifendes Case Management (SCM) für chronisch erkrankte und multimorbide Personen in patientenorientierten Gesundheitszentren im Ortenaukreis“

- Charakteristika von betreuten Personen („Patientenprofil“)
- Tätigkeitsprofil der Gesundheitslotsin (GL)
- Erfahrung der Klientinnen und Klienten mit dem Angebot

Instituts für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung
Universitätsklinikum Tübingen

März 2023

Erstellt von:

Olivia Rau,

Dr. Dr. med. Heidrun Sturm,

Ursula Boltenhagen

Inhaltsverzeichnis

I. Deskriptive Auswertung der Dokumentation durch die Gesundheitslotsin (GL)	2
Betreute Personen ("Patientenprofil")	2
Tätigkeitsprofil der Gesundheitslotsin (GL).....	7
Aufgabenblock I (offene Sprechstunde)	7
Aufgabenblock II (formales Case-Management)	9
Weitere zusammengefasste Ergebnisse	13
II. Analyse der Klienten-Befragung zur Zufriedenheit mit dem Angebot „Gesundheitslotsin“ (GL)	15
Erfahrung der Klientinnen und Klienten mit dem Unterstützungsangebot.....	15
Hintergrund.....	15
Rücklauf.....	15
Ergebnisse	15

TEIL 1

I. Deskriptive Auswertung der Dokumentation durch die Gesundheitslotsin (GL)

Betreute Personen ("Patientenprofil")

Case Management Fälle (n =)		Gesamt 11 100%	Frauen 8 72,7%	Männer 3 27,3%
Soziodemografische Merkmale				
Alter PT in Jahren	Spanne MW	32–92 68	37–92 70	32–78 61
Altersgruppen	< 65 J	4 36,4%	3 37,5%	1 33,3%
	≥ 65 J	7 63,6%	5 62,5%	2 66,7%
Lebenssituation	lebt mit (Ehe-)Partner	3 27,3%	1 12,5%	2 66,7%
	lebt mit anderen Angehörigen	4 36,4%	4 50,0%	0 0,0%
	alleinlebend	4 36,4%	3 37,5%	1 33,3%
Servicenutzer(in)	Patient(in) selbst	5 45,5%	3 37,5%	2 66,7%
	Angehörige	6 54,5%	5 62,5%	1 33,3%
Angehörigen	im Haus o. in der Nachbarschaft	6 54,5%	4 50,0%	2 66,7%
	im o. am Ort	3 27,3%	3 37,5%	0 0,0%
	entfernt	1 9,1%	0 0,0%	1 33,3%
	keine Angehörigen	1 9,1%	1 12,5%	0 0,0%
Wohnsituation	Eigentum	3 27,3%	2 25,0%	1 33,3%
	Miete	6 54,5%	5 62,5%	1 33,3%
	prekär [1]	2 18,2%	1 12,5%	1 33,3%
Beschäftigungsstatus	Altersrente	7 63,6%	5 62,5%	2 66,7%
	Langzeit-AU (> 6 Wochen)	2 18,2%	1 12,5%	1 33,3%
	Arbeitssuchend	1 9,1%	1 12,5%	0 0,0%
	Volle Erwerbsminderung	1 9,1%	1 12,5%	0 0,0%
Lebensunterhalt	Gesichert (eigenes Einkommen)	6 54,5%	4 50,0%	2 66,7%
	Gesichert (öffentliche Beihilfen)	2 18,2%	2 25,0%	0 0,0%
	Nicht ausreichend gesichert	3 27,3%	2 25,0%	1 33,3%
Fallbezogene Problemlagen [2]				
Zuweisungsgrund (Bedarf laut Empfehlungsschreiben)	Koordination von Leistungen	5 45,5%	3 37,5%	2 66,7%
	Familiäre / häusliche Situation	3 27,3%	3 37,5%	0 0,0%
	Chronische Erk. / Multimorbidität	3 27,3%	2 25,0%	1 33,3%
Pflegebedürftigkeit	Pflegebedürftig insgesamt	5 45,5%	5 62,5%	0 0,0%
	...davon Pflegegrad 2	3 27,3%	3 37,5%	0 0,0%
	...davon Pflegegrad 3	2 18,2%	2 25,0%	0 0,0%
Versorgungssituation laut Assessment (primär)	Chronische Erkrankungen und Zustände	6 54,5%	4 50,0%	2 66,7%
	Belastende Lebenssituationen und Ereignisse	4 36,4%	3 37,5%	1 33,3%
	Depression und psychische Erkrankungen	1 9,1%	1 12,5%	0 0,0%
Versorgungssituation laut Assessment (sekundär)	Chronische Erkrankungen und Zustände	3 27,3%	3 37,5%	0 0,0%
	Belastende Lebenssituationen und Ereignisse	2 18,2%	1 12,5%	1 33,3%
	Depression und psychische Erkrankungen	2 18,2%	1 12,5%	1 33,3%
	Multimorbidität	1 9,1%	1 12,5%	0 0,0%
	keine	3 27,3%	3 37,5%	0 0,0%

Tabelle 1 (Teil 1). Patientenprofil – Soziodemografische Merkmale und fallbezogene Problemlagen

Notizen:

[1] n=1 Verwahrlosung, vermüllte Wohnung; lebt in einem Abhängigkeitsverhältnis; n=1 Patient lebt alleine, ist Langzeit-AU und kann die Miete nicht bezahlen (Kategorie: Lebensunterhalt nicht (ausreichend) gesichert)

[2] Bedarfe/Versorgungssituationen je Altersgruppe werden im Tätigkeitsprofil aufgeführt.

Zusammenfassung soziodemografische Merkmale und fallbezogene Problemlagen:

Im Durchschnitt waren die betreuten Personen knapp 70 Jahre alt, mit einer Altersspanne von 32 bis 92 Jahren, wobei fast zwei Drittel über 65 Jahre alt war. Frauen waren im Schnitt etwas älter.

Die betreuten Personen leben sowohl allein (36,4 %), aber mehr mit Ehepartnern oder Angehörigen zusammen (63,6 %), wobei über die Hälfte angab, Angehörige im Haus oder in der unmittelbaren Nachbarschaft zu haben. Nur ein(e) Patient(in) hat angegeben, gar keine Angehörigen zu haben.

Die Gesundheitslotsin (GL) arbeitet etwas häufiger mit Angehörigen als mit den betreuten Personen selbst, wobei hier nur wenige Fälle zur Auswertung vorliegen. Die meisten Angehörigen gehören zum Haushalt des Patienten.

Die Mehrheit der Klienten wohnt zur Miete und bezieht Altersrente. Ein gutes Viertel gab dabei an, dass der Lebensunterhalt nicht (ausreichend) gesichert sei.

Knapp die Hälfte der Klienten hat einen Pflegegrad.

		Vorkommen (Nennungen)	Häufigkeit
Versorgungssituationen: primär und sekundär [1]			
Versorgungssituationen, von der GL beim Assessment erfasst (Mehrfachnennungen pro PT möglich)	Chronische Erkrankungen und Zustände	9	47,4%
	— PT < 65 J	3	15,8%
	— PT ≥ 65 J	6	31,6%
	Belastende Lebenssituationen und Ereignisse	6	31,6%
	— PT < 65 J	3	15,8%
	— PT ≥ 65 J	3	15,8%
	Depression und psychische Erkrankungen	3	15,8%
	— PT < 65 J	2	10,5%
	— PT ≥ 65 J	1	5,3%
	Multimorbidität	1	5,3%
	— PT ≥ 65 J	1	5,3%
Häufige (Vorkommen ≥ 2) medizinische Diagnosen [2]			
Medizinische Diagnosen von den HÄ mitgeteilt (Mehrfachnennungen pro PT möglich)	Depression	3	17,6%
	— PT < 65 J	2	11,8%
	— PT ≥ 65 J	1	5,9%
	Diabetes mellitus	3	17,6%
	— PT < 65 J	1	5,9%
	— PT ≥ 65 J	2	11,8%
	Parkinson	3	17,6%
	— PT ≥ 65 J	3	17,6%
	Adipositas	2	11,8%
	— PT < 65 J	1	5,9%
	— PT ≥ 65 J	1	5,9%
	Arthrose	2	11,8%
	— PT ≥ 65 J	2	11,8%
	Inkontinenz	2	11,8%
	— PT < 65 J	1	5,9%
	— PT ≥ 65 J	1	5,9%
	Herz-Kreislauf-Erkrankung	2	11,8%
	— PT ≥ 65 J	2	11,8%

Tabelle 1 (Teil 2). Patientenprofil – Diagnostische Merkmale und Versorgungssituationen

Notizen:

[1] 100 % = Summe aus vorkommenden primären und sekundären Versorgungssituationen laut Assessment (s. Abschnitt "Fallbezogene Problemlagen")

[2] 100 % = Summe aus allen häufig (≥ 2) vorkommenden Diagnosen

Zusammenfassung diagnostische Merkmale und Versorgungssituationen:

Bei über der Hälfte der Klienten sind chronische Erkrankungen das primäre Problem, bei weiteren 3 ein Sekundäres. Belastende Lebenssituationen und Ereignisse betreffen insgesamt 6 Patienten als primäres oder sekundäres Problem, Depression und psychische Erkrankungen kommen in 3 Fällen vor. Eine Person sollte aufgrund der Multimorbidität bei Organisation der Versorgung unterstützt werden.

Die häufig (≥ 2 -mal) in Verbindung mit der Inanspruchnahme der Unterstützungsleistung der GL vorkommende medizinische Diagnosen sind Depression, Diabetes Mellitus, Parkinson (je 3 Nennungen), Adipositas, Arthrose, Inkontinenz, Herz-Kreislauf-Erkrankung (je 2 Nennungen), wobei in mehreren Fällen 2 und mehr Diagnosen bei einer Person festgestellt wurden.

Auf Grundlage des Klassifikationssystems „**PraxisOrientierte Pflegediagnostik**“ (POP) konnten von der GL im Assessment-Verfahren bei Patienten 13 relevante pflegerische Situationen diagnostiziert werden. Die am häufigsten beeinträchtigten Lebensbereiche sind Selbstorganisation und Haushaltsführung (je 7 Fälle), Energie/Kraft, Coping und körperliche Mobilität (je 6 Fälle) sowie soziale Interaktion (5 Fälle). (vgl. Tab. Pflegerische Diagnosen)

Bei den älteren Patienten (≥ 65 J) standen beeinträchtigte Haushaltsführung und eingeschränkte körperliche Mobilität im Vordergrund (je 6 Fälle). Bei den jüngeren (< 65 J) war das beeinträchtigte Coping das häufigste pflegerelevante Problem (4 Fälle).

		Vorkommen (Nennungen)	Häufigkeit
Pflegerische Diagnosen [1]			
Pflegerische Situationen von der GL diagnostiziert (Mehrfachnennungen pro PT möglich)	Selbstorganisation beeinträchtigt (50182)	7	13,0%
	— PT < 65 J	3	5,6%
	— PT ≥ 65 J	4	7,4%
	Haushaltsführung beeinträchtigt (50162)	7	13,0%
	— PT < 65 J	1	1,9%
	— PT ≥ 65 J	6	11,1%
	Energie/Kraft beeinträchtigt (50022)	6	11,1%
	— PT < 65 J	3	5,6%
	— PT ≥ 65 J	3	5,6%
	Coping des Betroffenen beeinträchtigt (80012)	6	11,1%
	— PT < 65 J	4	7,4%
	— PT ≥ 65 J	2	3,7%
	Körperliche Mobilität beeinträchtigt (50052)	6	11,1%
	— PT ≥ 65 J	6	11,1%
	Soziale Interaktion beeinträchtigt (60021)	5	9,3%
	— PT < 65 J	2	3,7%
	— PT ≥ 65 J	3	5,6%
	Erschöpfung (50032)	4	7,4%
	— PT < 65 J	3	5,6%
	— PT ≥ 65 J	1	1,9%
	Wissen beeinträchtigt (80222)	3	5,6%
	— PT < 65 J	1	1,9%
	— PT ≥ 65 J	2	3,7%
	Schmerzen (70132)	3	5,6%
	— PT < 65 J	1	1,9%
	— PT ≥ 65 J	2	3,7%
	Flüssigkeitshaushalt defizitär, Risiko (20041)	2	3,7%
	— PT ≥ 65 J	2	3,7%
	Selbstpflege Essen/Trinken beeinträchtigt (50122)	2	3,7%
	— PT ≥ 65 J	2	3,7%
	Aktivität, umfassend beeinträchtigt (50012)	2	3,7%
	— PT ≥ 65 J	2	3,7%
	Selbstwertschätzung gering (80112)	1	1,9%
	— PT < 65 J	1	1,9%
Häufige (Vorkommen ≥ 3) POP-Diagnosen bei PT < 65 J	Coping des Betroffenen beeinträchtigt (80012)	4	
	Selbstorganisation beeinträchtigt (50182)	3	
	Energie/Kraft beeinträchtigt (50022)	3	
	Erschöpfung (50032)	3	
Häufige (Vorkommen ≥ 3) POP-Diagnosen bei PT ≥ 65 J	Haushaltsführung beeinträchtigt (50162)	6	
	Körperliche Mobilität beeinträchtigt (50052)	6	
	Selbstorganisation beeinträchtigt (50182)	4	
	Energie/Kraft beeinträchtigt (50022)	3	
	Soziale Interaktion beeinträchtigt (60021)	3	

Tabelle 1 (Teil 3). Patientenprofil – Pflegerische Diagnosen

Notizen:

[1] 100 % = Summe aus allen vorkommenden pflegerischen Diagnosen

Tätigkeitsprofil der Gesundheitslotsin (GL)

Aufgabenblock I (offene Sprechstunde)¹

			Zeitaufwand der GL, vorgangsbezogen [1]					
			Spanne (min)	MW (min)	MW (h)	Total (min)	Total (h)	Anteil (%)
Tätigkeiten der GL im Aufgabenblock I (Offene Sprechstunde)								
Vorgänge	Alle dokumentierten Vorgänge im Aufgabenblock I	99	5–120	23	0,4	2250	37,5	100,0%
	Beraterische Vorgänge	25	10–60	29	0,5	725	12,1	32,2%
	Koordinative Vorgänge (Kommunikation mit Schnittstellen) [2]	42	5–120	20	0,3	840	14,0	37,3%
	Erstassessments	3	20–90	47	0,8	140	2,3	6,2%
	Vorgänge der Hilfeplanung	2	10–30	20	0,3	40	0,7	1,8%
	Dokumentationsvorgänge	15	10–60	22	0,4	335	5,6	14,9%
	Vorgänge zur Recherche	8	5–30	16	0,3	125	2,1	5,6%
	Sonstige Vorgänge (nicht näher bezeichnet)	4	5–15	11	0,2	45	0,8	2,0%
Fälle	Beratungsgesuche gesamt [3]	30						
	— von Betroffenen bzw. Erkrankten selbst	12						
	— von Angehörigen	9						
	— von anderen (nicht näher bezeichnet)	9						
	Durchgeführte Einzelauskünfte [4]	20	10–60	30	0,5	605	10,1	26,9%
	Erweiterte Beratungsfälle mit Klärung und Koordination [5]	10	60–500	145	2,4	1540	25,7	68,4%
	Weiterleitungen an andere regionale Hilfsstellen	9						
	— an PSP	6						
	— an AOK Sozialdienst	2						
	— an andere Stellen (nicht näher bezeichnet) [6]	1						
Kontakte	Einzelkontakte mit ratsuchenden Personen [7]	38	10–90	27	0,5	1035	17,3	46,0%
	— zum Zwecke der Einzelauskunft [8]	20	5–60	30	0,5	605	10,1	26,9%
	— zum Zwecke der erweiterten Beratung [9]	18	10–90	24	0,4	430	7,2	19,1%
	Kontakte mit regionalen Angeboten und Hilfsstellen (Dienst)	23	5–120	22	0,4	510	8,5	22,7%
	— PSP	10	10–35	19	0,3	185	3,1	8,2%
	— AOK Sozialdienst	12	5–120	26	0,4	315	5,3	14,0%
	— Sozialstation	1	10	10	0,2	10	0,2	0,4%
	Kontakte mit regionalen Angeboten und Hilfsstellen (Weg)	23						
	— per Telefon	18						
	— sonstige Kontaktwege	5						
	Kontakte mit Hausärzt(inn)en	19	5–60	16	0,3	300	5,0	13,3%
	— persönlich (beim LE vor Ort)	17	5–60	16	0,3	270	4,5	12,0%
	— telefonisch	2	10–20	15	0,3	30	0,5	1,3%
	Sonstige Kontakte (hier MFA)	1	15	15	0,3	15	0,3	0,7%

Tabelle 1. Tätigkeit der GL im Aufgabenblock I

Notizen:

[1] Ohne Fahrzeit

[2] Summe Kategorien: Abstimmung mit Leistungserbringer (LE); Rückmeldungen an HA; Zuweisungsgespräche

[3] Summe Kategorien: Alle Einzelauskünfte ohne ID (=20); Personen mit ID im A-Block I (=10)

[4] Alle Einzelauskünfte ohne ID (=20)

[5] Alle Fälle mit ID (=10)

[6] Übergabe von EJ40 hatte keinen Vermerk, an wen.

(...Fortsetzung auf Seite 8...)

¹ Umfasst zum einen einmalige anonyme Auskünfte zu vorhandenen Versorgungsangeboten. Alle Bürgerinnen und Bürger hatten im Projekt die Möglichkeit im Rahmen einer offenen Sprechstunde und somit eines offenen Zugangs auch einmalige Fragen zu stellen. (Z.B. Welche Möglichkeiten zur XY Beratung gibt es in der Nähe?“). Da es sich hierbei um kein Case Management handelt, sondern um eine kurze einmalige anonyme Auskunft, konnte hier keine Klienten ID erfasst werden. Frau Ruder hat dies kenntlich gemacht, indem sie statt einer Klienten-ID „Aufgabenblock I“ ergänzt hat.

Zum anderen umfasst Aufgabenblock I die komplette Übergabe von tatsächlichen Case Management Fällen an bereits vorhandenen Case Management Angebote wie die Case Management Angebote der AOK und der Pflegestützpunkte. Wenn bereits nach kurzer Schilderung zu Beginn des Falls klar war, dass dies ein eindeutiger Fall z.B. für den Pflegestützpunkt ist, hat Frau Ruder selbst kein Case Management begonnen, sondern den Fall sofort dorthin abgegeben. – Angaben laut Projektleitung LK Ortenau

(...Fortsetzung...)

[7] Da einige Beratungsgesuche nicht direkt beim ersten Kontakt zum Ergebnis geführt haben und weitere Kontakte benötigten (z. B. nach Klärung und Recherche), übersteigt die Anzahl der Einzelkontakte die der Beratungsgesuche. Im Abschnitt „Fälle“ werden somit die einzelnen Problemfälle gezählt. Im Abschnitt „Kontakte“ werden alle Kontaktaufnahmen zu verschiedenen Zwecken gezählt. Manchmal waren pro Problemfall (=Beratungsgesuch) mehrere Kontaktaufnahmen nötig.

[8] Alle Einzelauskünfte ohne ID. In diesen Fällen gab es je einen Einzelkontakt (=Einzelauskunft) pro Beratungsgesuch.

[9] Alle Kontakte der GL mit Klienten (PT und AGH) mit ID. In einigen Fällen war mehr als 1 Einzelkontakt pro Beratungsgesuch nötig.

Zusammenfassung Aufgabenblock I (offene Sprechstunde):

In der freien Sprechstunde wurden insgesamt 99 Vorgänge bei 30 Beratungsgesuchen dokumentiert. Im Mittel wurden 23 min pro Vorgang aufgewandt.

Die meiste Zeit (je ca. 1/3 des Gesamtaufwands und jeweils knapp eine halbe Stunde) wurde für Beratung und Koordination aufgewandt.

Ratsuchende verteilten sich zu fast gleichen Teilen auf Betroffene selbst (n=12), Angehörige (n=9) und andere (n=9).

Zehn der 30 Beratungssuchenden wurden zumindest ansatzweise in ein Case-Management überführt.

Ca. 1/3 (9 von 30) der Ratsuchenden wurden weitervermittelt, davon die meisten an PSP.

Die Dauer der Einzelkontakte variierte stark zwischen 10 und 90 Minuten, im Mittel eine knappe halbe Stunde.

Rund 80 % der Kontakte mit regionalen Hilfsstellen fanden telefonisch statt (18 von 23 Kontaktaufnahmen). 17 von 19 Kontakte mit Hausärzten fanden persönlich beim Leistungserbringer (LE) vor Ort statt.

Aufgabenblock II (formales Case-Management)²

Tätigkeiten der GL im Aufgabenblock II (formales Case-Management)			Zeitaufwand der GL, vorgangsbezogen [1]					
			Spanne (min)	MW (min)	MW (h)	Total (min)	Total (h)	Anteil (%)
Vorgänge	Alle dokumentierten Vorgänge im Aufgabenblock II	517	5–120	22	0,4	11145	185,8	100,0%
	Erst-Assessment-Vorgänge	12	5–90	49	0,8	585	9,8	5,2%
	— davon beim LE vor Ort	6	30–90	63	1,1	375	6,3	3,4%
	— davon beim Hausbesuch	3	45–75	58	1,0	175	2,9	1,6%
	— davon telefonisch	3	5–15	12	0,2	35	0,6	0,3%
	Vorgänge der Hilfeplanung	131	5–120	21	0,4	2745	45,8	24,6%
	Monitoring-Vorgänge	61	5–60	20	0,3	1205	20,1	10,8%
	Folge-Assessment-Vorgänge	1	45	45	0,8	45	0,8	0,4%
	Beratungsgespräche mit Klienten	11	5–65	31	0,5	340	5,7	3,1%
	Abschlussgespräche	7	10–20	15	0,3	105	1,8	0,9%
	Recherche-Vorgänge	68	5–90	24	0,4	1625	27,1	14,6%
	Dokumentationsvorgänge	77	5–60	22	0,4	1695	28,3	15,2%
	Koordinative Vorgänge (Kommunikation mit Schnittstellen) [2]	133	5–60	19	0,3	2480	41,3	22,3%
	Sonstige Vorgänge	16	5–60	20	0,3	320	5,3	2,9%

Tabelle 2 (Teil 1). Tätigkeit der GL im Aufgabenblock II – Vorgänge

Notizen:

[1] Ohne Fahrzeit

[2] Summe Kategorien: Abstimmung mit LE; Rückmeldungen an HA; Zuweisungsgespräche

		Anzahl	Zeitaufwand der GL, fallbezogen [1]						Betreuungsdauer (d) [2]			ntakte mit Klienten		
			Spanne (min)	MW (min)	MW (h)	Total (min)	Total (h)	Anteil (%)	Spanne	MW	Median	Spanne	MW	Median
Fälle	Case-Management-Fälle von der GL aufgenommen	11	90–2040	1013	16,9	11145	185,8	100,0%	2–221	106	133	1–36	17	13
	Nach Assessment an regionale Hilfsstellen übergeben	4	90–735	293	4,9	1170	19,5	10,5%	1–133	39	12	1–13	5	2
	— an PSP	2	135–175	435	7,3	870	14,5	7,8%	2–4	3	3	1–13	7	7
	— an AOK Sozialdienst	2	90–210	150	2,5	300	5,0	2,7%	9–133	71	71	2	2	2
	Fallsteuerung mit Planung und Umsetzung durchgeführt	7	395–2040	1425	23,8	9975	166,3	89,5%	48–221	144	147	8–35	23	24
	— davon planmäßig abgeschlossen	5	900–2040	1555	25,9	7775	129,6	69,8%	78–221	151	147	13–32	24	24
	— davon unplanmäßig abgeschlossen [4]	2	395–1805	1100	18,3	2200	36,7	19,7%	48–207	128	128	8–35	22	22
	belastende Lebenssituation als primäre Versorgungssituation	4	135–1530	992	16,5	1983	33,0	17,8%	9–147	94	109	1–24	15	18
	— PT < 65 J	2	900–1400	1150	19,2	2300	38,3	20,6%	78–140	109	109	13–24	19	19
	— PT ≥ 65 J	2	135–1530	833	13,9	1665	27,8	14,9%	9–147	78	78	1–23	12	12
	chronische Erkrankung als primäre Versorgungssituation	6	90–2040	696	11,6	2688	44,8	24,1%	2–221	98	91	2–32	14	8
	— PT < 65 J	1	395	395	6,6	395	6,6	3,5%	48	48	48	8	8	8
	— PT ≥ 65 J	5	90–2040	996	16,6	4980	83,0	44,7%	2–221	108	133	2–32	16	13
	psych. Erkrankung / Depr. als primäre Versorgungssituation	1	1805	1805	30,1	1805	30,1	16,2%	107	107	107	36	36	36
	— PT < 65 J	1	1805	1805	30,1	1805	30,1	16,2%	107	107	107	36	36	36
	PT < 65 J	4	395–1805	1125	18,8	4500	75,0	40,4%	48–207	118	109	8–35	20	19
	— belastende Lebenssituation als primäre VS [5]	2	900–1400	1150	19,2	2300	38,3	20,6%	78–140	109	109	13–24	19	19
	— psych. Erkrankung/Depression als primäre VS	1	1805	1805	30,1	1805	30,1	16,2%	107	107	107	36	36	36
	— chronische Erkrankung als primäre VS	1	395	395	6,6	395	6,6	3,5%	48	48	48	8	8	8
	PT ≥ 65 J	7	90–2040	949	15,8	6645	110,8	59,6%	2–221	99	133	1–32	15	13
	— chronische Erkrankung als primäre VS	5	90–2040	996	16,6	4980	83,0	44,7%	2–221	108	133	2–32	16	13
	— belastende Lebenssituation als primäre VS	2	135–1530	833	13,9	1665	27,8	14,9%	9–147	78	78	1–23	12	12

Tabelle 2 (Teil 2). Tätigkeit der GL im Aufgabenblock II – Fälle

Notizen:

[1] Ohne Fahrzeit

[2] Kalendertage; gerundet auf ganze Tage

[3] Anzahl Einzelkontakte der GL mit PT bzw. Angehörigen pro Fall in der jeweiligen Kategorie; gerundet auf ganze Zahlen.

[4] Grund: Beide Patientinnen waren an der weiteren Projektteilnahme nicht interessiert und stiegen aus.

[5] VS = Versorgungssituation

² Case Management mit allen Phasen nach DGCC. (Auch Fallübergaben zu späteren Zeitpunkten, nachdem ein Case Management Fall durch Frau Ruder begonnen wurde, zählt dazu.) – Angaben laut Projektleitung LK Ortenau

			Zeitaufwand der GL, vorgangsbezogen [1]					
			Spanne (min)	MW (min)	MW (h)	Total (min)	Total (h)	Anteil (%)
Kontakte	Alle kommunikativen Vorgänge / Kontakte der GL	431	5–120	20	0,3	9080	151,3	81,5%
	Kontakte mit Klienten	183	5–120	23	0,4	4175	69,6	37,5%
	— per Telefon	131	5–60	19	0,3	2485	41,4	22,3%
	— per Hausbesuch	15	10–120	46	0,8	685	11,4	6,1%
	— beim LE vor Ort	15	5–90	50	0,8	750	12,5	6,7%
	— per E-Mail	19	5–25	10	0,2	185	3,1	1,7%
	— sonstige Kontaktwege (nicht näher bezeichnet)	3	10–45	23	0,4	70	1,2	0,6%
	Kontakte mit Hausärzt(inn)en	87	5–60	16	0,3	1380	23,0	12,4%
	— beim LE vor Ort	77	5–60	16	0,3	1265	21,1	11,4%
	— per Telefon	8	5–30	13	0,2	105	1,8	0,9%
	— per E-Mail	1	5	5	0,1	5	0,1	0,0%
	— sonstige Kontaktwege (nicht näher bezeichnet)	1	5	5	0,1	5	0,1	0,0%
	Kontakte mit regionalen Angeboten und Hilfsstellen	161	5–60	22	0,4	3525	58,8	31,6%
	— AXA PKV Regionalstelle	27						
	— Betreuungsbehörde	17						
	— Rehaklinik	9						
	— Caritas	8						
	— AOK Sozialdienst	8						
	— Pflegeheim	6						
	— Psychologische Beratungsstelle	6						
	— Rentenversicherung	6						
	— Fachärzte und -ärztinnen	5						
	— PSP	5						
	— Betreutes Wohnen	4						
	— Sozialamt	4						
	— Suchtberatung	4						
	— VdK	4						
	— Frühe Hilfen	3						
	— Schuldnerberatung	3						
	— TK Regionalstelle	3						
	— Kommunale Arbeitsförderung Ortenaukreis (KOA)	2						
	— Kommunaler Sozialer Dienst	2						
	— Sozialpsychiatrischer Dienst	2						
	— Amtsgericht	2						
	— Sonstige	31						

Tabelle 2 (Teil 3). Tätigkeit der GL im Aufgabenblock II – Kontakte

Notizen:

[1] Ohne Fahrzeit; 100 % Zeit = Zeit aller Vorgänge der GL im Aufgabenblock II (s. Abschnitt 1 "Vorgänge")

		Anzahl	Anteil (%)
Inanspruchnahme	Zuweisungen gesamt	11	100%
	— von der Praxis Friedrichstraße	7	63,6%
	— von der Praxis Luisenstraße	4	36,4%
	Klient(inn)en der GL waren die Erkrankten bzw. Patienten	5	45,5%
	Klien(inn)en der GL waren die Angehörigen	6	54,5%
Ergebnisse	Im Rahmen der Hilfeplanung vereinbarten Ziele [1]	36	100%
	vollständig erreichte Ziele	17	47,2%
	teilweise erreichte Ziele [2]	9	25,0%
	— da andere Stellen oder Akteure die Weiterführung übernahmen	3	8,3%
	— da Motivation bzw. Kooperationsbereitschaft der Beteiligten nicht ausreichend war	1	2,8%
	— da Klient(in) die Zielvereinbarung zurückgezogen hat	1	2,8%
	— keine Gründe teilweiser Erreichung angegeben	4	11,1%
	nicht erreichte Ziele [3]	6	16,7%
	— aufgrund geänderter Verhältnisse	3	8,3%
	— da Motivation bzw. Kooperationsbereitschaft der Beteiligten nicht ausreichend war	2	5,6%
	— keine Gründe der Nichterreichung angegeben	1	2,8%
	Zielerreichung war nicht möglich	2	5,6%
	— da Klient(in) die Zielvereinbarung zurückgezogen hat	2	5,6%
	Status der Zielerreichung unklar [4]	2	5,6%

Tabelle 2 (Teil 4). Tätigkeit der GL im Aufgabenblock II – Inanspruchnahme und Ergebnisse

Notizen:

[1] Hilfeplanung im Rahmen des umfassenden Case-Managements wurde in 7 Fällen durchgeführt (s. Abschnitt 2 „Fälle“).

[2] Qualitativ erfasste Hindernisse (Freitext) wurden bei der Auswertung in 4 Kategorien aufgeteilt

[3] Qualitativ erfasste Hindernisse (Freitext) wurden bei der Auswertung in 3 Kategorien aufgeteilt

[4] Projektleitung LK Ortenau: „Felder sind v.a. dann frei, wenn die Zielerreichung noch nicht angegeben werden konnte, da das Verfahren länger dauert als der Zeitraum der Begleitung durch das CM“.

Zusammenfassung Aufgabenblock II (formales Case-Management):

Im Aufgabenblock II wurden von der GL insgesamt 517 Einzelvorgänge dokumentiert, die rund 186 Stunden in Anspruch nahmen. Der Großteil der Zeit entfiel auf die Prozesse der Hilfeplanung (ca. 46 h; 24,6 %) und koordinative Vorgänge (ca. 41 h; 22,3 %), gefolgt von Dokumentation (ca. 28 h; 15,2 %), Recherche (ca. 27 h; 14,6 %) und Monitoring (ca. 20 h; 10,8 %).

Erstassessments, die insgesamt 5,2 % des Zeitaufwandes ausmachten, dauerten im Schnitt 49 min und fanden zu 50 % beim LE vor Ort statt, zu jeweils 25 % erfolgte hierfür ein Hausbesuch bzw. eine telefonische Erhebung der Situation.

Von der GL wurden 11 Fälle "geöffnet" und "Fallakten" angelegt, auf deren Grundlage schließlich das "Patientenprofil" erarbeitet wurde. Vier der aufgenommenen Fälle wurden nach der Erfassung der Situation an weitere regionale Hilfsstellen weitergeleitet, darunter je 2 an den Pflegestützpunkt (PSP) und den AOK-Sozialdienst. Bei den sieben verbliebenen Fällen wurde umfassende Fallsteuerung mit Hilfeplanung, Umsetzung und Monitoring durchgeführt, wobei die Betreuungsdauer pro Fall 144 Kalendertage mit 23 Kontaktaufnahmen und ca. 24 Arbeitsstunden im Schnitt betrug. Fünf dieser Fälle konnten planmäßig abgeschlossen werden, bei zwei weiteren war der planmäßige Abschluss nicht möglich, da Klient(inn)en ihre Teilnahme am Projekt vorzeitig widerrufen haben.

4 Fälle hatten belastende Lebenssituationen. Die Betreuungsdauer war hier für jüngere Patienten (<65 J) länger mit mehr Kontakten und einer längeren Betreuungsdauer (bei nur 2 Klienten).

6 Patienten (die meisten) hatten chronische Erkrankungen als primäres Versorgungsproblem. Hier hatten allerdings die 5 älteren Patienten eine deutlich längere Betreuungsdauer.

Rund 81 % der Arbeitszeit im Aufgabenblock II hat GL für Kontakte mit LE und Klienten aufgewandt, was den kommunikativen Charakter ihrer Tätigkeit unterstreicht. Kontakte mit Klienten nahmen rund 38 % ihrer Arbeitszeit bzw. 70 Arbeitsstunden in Anspruch und fanden hauptsächlich telefonisch statt (131 von 183 Kontaktaufnahmen), darüber hinaus wurden 15 Hausbesuche vorgenommen, die im Schnitt 46 Minuten dauerten. Weitere 15 persönliche Kontakte mit Klienten mit einer durchschnittlichen Dauer von 50 Minuten fanden beim LE vor Ort statt.

Kommunikation der GL mit regionalen Anbietern dauerte rund 60 Stunden, was ca. 31 % ihrer Arbeitszeit im Aufgabenblock II ausmachte. Weitere wichtige Ansprechpartner waren Hausärzte und -ärztinnen, hier betrug der Zeitaufwand der GL (und im Umkehrschluss auch der Ärzte) für kommunikative Vorgänge insgesamt 23 Stunden, d. h. 2,1 Stunden pro Fall im Schnitt.

Von der Praxis in der Friedrichstraße gab es 7 Überweisungen an die GL, die Praxis in der Luisenstraße hat 4 Klient(inn)en überwiesen.

Die Unterstützung der GL hat sich im Allgemeinen als hilfreich erwiesen, $\frac{3}{4}$ der im Rahmen der Hilfestellung mit Klienten vereinbarten Ziele wurden zumindest teilweise erreicht. Die wichtigsten Hindernisse bei der Zielerreichung waren Abhängigkeit von der Weiterführung der Maßnahmen durch andere Akteure (n=3), geänderte Lebensverhältnisse (n=3) sowie nicht ausreichende Motivation bzw. Kooperationsbereitschaft der Betroffenen (n=3).

Weitere zusammengefasste Ergebnisse

		AB I	AB II	Gesamt	Anteil (%)
Koordinative Arbeit der GL in den Aufgabenblocks I + II					
Fälle	Fälle mit Klärungs- und Koordinationsbedarf [1]	10	11	21	100,0%
	Unterstützungsangebot direkt abgelehnt	1		1	4,8%
	Nach Klärung fand eine einmalige Beratung statt	1		1	4,8%
	Fall nach Klärung an andere Hilfsstellen weitergeleitet	5		5	23,8%
	— an PSP	2		2	9,5%
	— an AOK Sozialdienst	2		2	9,5%
	— an andere (nicht näher bezeichnet) [2]	1		1	4,8%
	Fall nach Assessment an andere Hilfsstellen übergeben	3	4	7	33,3%
	— an PSP	3	2	5	23,8%
	— an AOK Sozialdienst		2	2	9,5%
	Fallarbeit mit Planung und Umsetzung durchgeführt		7	7	33,3%
	— planmäßig abgeschlossen		5	5	23,8%
	— unplanmäßig abgeschlossen [3]		2	2	9,5%

Tabelle 3. Koordinative Arbeit der GL in den Aufgabenblocks I + II – Fälle mit CM bzw. CM-Ansätzen

Notizen:

[1] Wenn Bedarfe der Klienten über die Einzelauskunft hinausreichen: 10 Fälle mit ID aus Block I + alle 11 Fälle aus Block II

[2] Übergabe von EJ40 hatte keinen Vermerk an wen.

[3] Grund: Beide Patientinnen waren an der weiteren Projektteilnahme nicht interessiert und stiegen aus.

			Zeitaufwand der GL, vorgangsbezogen [1]						
			Anzahl	Spanne (min)	MW (min)	MW (h)	Total (min)	Total (h)	Anteil (%)
Tätigkeiten der GL ohne Fallbezug (außerhalb von AB I und AB II)									
Vorgänge	Alle dokumentierten Vorgänge ohne Fallbezug	193							
	— Administrative Tätigkeit ohne Zeiterfassung	18							
	Vorgänge mit Zeiterfassung	175	5–480	54	0,9	9510	158,5	100,0%	
	— Administrative Tätigkeit	132	5–255	53	0,9	6990	116,5	73,5%	
	— Netzwerkarbeit	43	15–480	59	1,0	2520	42,0	26,5%	
Kontakte	Alle Kontakte im Rahmen der Netzwerkarbeit	43							
	— Hausärzte und -ärztinnen	19							
	— PSP	3							
	— Sonstige [2]	21							

Tabelle 4. Tätigkeiten der GL ohne Fall- bzw. Personenbezug (außerhalb von AB I und AB II)

Notizen:

[1] Ohne Fahrzeit

[2] Darunter:

— Gesundes Kinzigtal

— Krebshilfe Offenburg

— Palliativstützpunkt

— Brücke e. V.

— Betreuungsbehörde

— Bürgerbüro Ettenheim

— KGK

— IAIV Tübingen

Zusammenfassung weitere Ergebnisse:

Über die 11 Case-Management-Fälle im Aufgabenblock II (formales Case Management) hinaus sind auch im Aufgabenblock I (offene Sprechstunde) Situationen/Fälle vorgekommen, die von der GL einen koordinativen Ansatz über die Einzelauskunft hinaus benötigten. Für diese Fälle wurde eine Klienten-ID vergeben und weitere Schritte eingeleitet, die zumindest ansatzweise Case Management beinhalteten (z.B. Assessment und Recherche). Von diesen insgesamt 21 Fällen wurde von einer Person das Unterstützungsangebot direkt abgelehnt, eine weitere erhielt nach der Recherche eine einmalige Beratung, 5 Personen wurden nach Klärung an andere Hilfsstellen weitergeleitet, weitere 7 Weiterleitungen fanden nach Erhebung der Bedarfssituation durch GL (Assessment) statt. Bei den 7 verbliebenen Personen wurde umfassende Fallsteuerung mit Hilfeplanung, Zielvereinbarung, Umsetzung und Monitoring durchgeführt, wobei ca. $\frac{3}{4}$ der Ziele zumindest teilweise erreicht wurden.

Weitere 193 Arbeitsvorgänge wurden außerhalb von Aufgabenblock I und Aufgabenblock II dokumentiert, 175 davon wurden auch zeitlich erfasst und haben rund 160 Arbeitsstunden in Anspruch genommen. 73,5 % (ca. 117 h) dieser Tätigkeit bestand aus Erledigung administrativer Aufgaben, 26,5 % (42 h) aus der Netzwerktätigkeit in Form von Kontakten mit unterschiedlichen regionalen Akteuren (n=43). Die Hauptansprechpartner waren dabei Hausärzte und -ärztinnen (n=19).

TEIL 2

II. Analyse der Klienten-Befragung zur Zufriedenheit mit dem Angebot „Gesundheitslotsin“ (GL)

Erfahrung der Klientinnen und Klienten mit dem Unterstützungsangebot

Hintergrund

Der Fragebogen bestand aus 25 Items aus 7 inhaltlichen Kategorien:

- (1) Zugang, Barrieren – Items 1, 2, 3
- (2) Kommunikation – Items 4, 5, 6, 10
- (3) Partizipative Entscheidungsfindung – Items 8, 9, 17
- (4) Unterstützung von Selbstmanagement – Items 7, 11, 12, 21, 22
- (5) Koordination und Kontinuität – Items 13, 14, 20
- (6) Sicherheit und Vertrauen – Items 15, 16
- (7) Allgemeine Wahrnehmung – Items 18, 19, 23, 24, 25

Antwortmöglichkeiten basierten auf einer fünf-stufigen Likert-Skala und wurden wie folgt kodiert:

- 5 = stimme voll zu,
- 4 = stimme eher zu,
- 3 = teils, teils,
- 2 = stimme eher nicht zu,
- 1 = stimme gar nicht zu.

Die zusätzliche Option „keine Angabe“ (= 0) war auch ankreuzbar, wenn die Frage für die Teilnehmende/den Teilnehmenden nicht zu beantworten war, da sie nicht zutraf (Item 12, 17, 19, 21). Davon zu unterscheiden waren die Fragen, die von den Teilnehmenden nicht beantwortet wurden, d. h. vereinzelt blieben Zeilen leer.

Rücklauf

Am Ende der Betreuungszeit der GL wurden an alle 11 Klienten im Aufgabenblock II Fragebögen ausgeteilt. 6 davon kamen ausgefüllt zurück (Rücklaufquote 55 %) und konnten ausgewertet werden. Bei folgenden Items (2, 9, 10, 11, 13, 16, 20, 22, 25) fehlte jeweils eine Antwort, d. h. 6 % der Gesamtheit aller Antwortoptionen (n = 6, 25 Items → 150 Antworten, 9 fehlend).

Ergebnisse

Insgesamt wurden die Fragen mit hoher Zustimmung beantwortet. Nach Kategorien zusammengefasst zeigt sich folgendes Bild:

Kategorie 1 – Zugang, Barrieren

Der Zugang zur GL wurde ausschließlich mit der Ausprägung 5 „stimme voll zu“ (bei einer fehlenden Antwort) bewertet (Tabelle 1).

	Item 1 <i>Die Kontaktaufnahme mit der GL war einfach.</i>	Item 2 <i>Im Allgemeinen war die Erreichbarkeit der GL gut.</i>		Item 3 <i>Die Wartezeit auf die Beratungstermine habe ich als angemessen empfunden.</i>
Likert-Skalen-Wert	5	5	fehlend	5
Ergebnisse (n)	6	5	1	6
Ergebnisse (%)	100	83,3	16,7	100

Tabelle 1: Fragen zu Zugang und Barrieren (n = 6)

Kategorie 2 – Kommunikation

Die Kommunikation mit der GL wurde von den befragten Personen ebenfalls als sehr gut bewertet. In diese Kategorie gehören die Items 4, 5, 6 und 10. Die Antworten zu Item 10 streuen etwas mehr als die Antworten zu den Items 4, 5 und 6, die ausschließlich voll oder eher zustimmend ausfallen. Die Transparenz dessen, was für die Patientinnen und Patienten von der GL geplant und durchgeführt wurde, wurde einmal nur teils, teils gesehen, eine Person beantwortete diese Frage nicht.

	Item 4 <i>...hat mir das Gefühl vermittelt, willkommen zu sein.*</i>		Item 5 <i>...hat sich ausreichend Zeit für mich genommen.*</i>		Item 6 <i>...hat meine Fragen verständlich beantwortet.*</i>		Item 10 <i>...hat mich ausreichend darüber informiert, was geplant und durchgeführt wurde und wird.*</i>			
Likert-Skalen-Wert	5	4	5	4	5	4	5	4	3	fehlend
Ergebnisse (n)	5	1	5	1	5	1	3	1	1	1
Ergebnisse (%)	83,3	16,7	83,3	16,7	83,3	16,7	50,0	16,7	16,7	16,7

Tabelle 2: Fragen zur Kommunikation (n=6)

Legende:

*Die Frage lautete jeweils: Über die Gesundheitslotsin kann ich im Großen und Ganzen Folgendes sagen: Die GL...

Kategorie 3 – Partizipative Entscheidungsfindung

Die Möglichkeit, partizipativ mit der GL zu Entscheidungen zu kommen, Items 8, 9 und 17 wurde etwas heterogener beantwortet. Frage 17 war für einige der Teilnehmenden nicht zutreffend, deshalb wurde „keine Angabe“ angekreuzt. In diesem Fall muss die Grundgesamtheit von 6 Teilnehmenden um 2 reduziert werden, die, da sie keine Angehörigen hatten, die Frage nicht beantworten konnten. So liegt die Zustimmung auch bei dieser Frage bei 100 % (75 % „stimme voll zu“, 25 % „stimme eher zu“).

	Item 8 ...ist ausreichend auf meine Bedürfnisse eingegangen.*		Item 9 ...hat mit mir gemeinsam Ziele festgelegt.*			Item 17 Wie und wie viel meine Angehörigen einbezogen wurden, wurde mit mir im Vorfeld ausreichend besprochen.		
Likert-Skalen-Wert	5	4	5	4	fehlend	5	4	Keine Angabe**
Ergebnisse (n)	4	2	3	2	1	3	1	2
Ergebnisse (%)	66,7	33,3	50,0	33,3	16,7	50 (75,0)	16,7 (25,0)	33,3

Tabelle 3: Fragen zur partizipativen Entscheidungsfindung (n = 6)

Legende:

* Die Frage lautete jeweils: Die GL ...

**Im Fragebogen war angegeben: „wenn Sie keine Angehörigen haben bzw. diese nicht einbezogen wurden, kreuzen Sie bitte "keine Angabe" an“. Deshalb wurden diese Antworten zu den beantworteten Fragen gezählt.

Kategorie 4 – Unterstützung von Selbstmanagement

Die Items 7, 11, 12, 20 und 21 generieren Aussagen dazu, inwieweit das Angebot der GL das Selbstmanagement der Patientinnen und Patienten unterstützen konnte.

Auch in dieser Kategorie zeigt sich zwar grundsätzlich eine hohe Zustimmung, es fällt aber auf, dass einige Teilnehmende nur teils, teils oder eher nicht zustimmen konnten. Bei Item 12 und 21 wurde dazu aufgefordert, „keine Angabe“ anzukreuzen, wenn die Frage nicht zutreffend sei. Insofern muss hier von jeweils n = 5 statt n = 6 ausgegangen werden (Prozentzahlen in Klammern).

	Item 7 ...hat mich ausreichend darüber informiert, wo ich die notwendige Unterstützung bekomme oder wie ich mir selbst helfen kann.*			Item 11 Das, was mir die GL geraten hat, konnte ich gut befolgen.**				Item 12 Die Unterstützungsangebote, an die mich die GL verwiesen hat, waren hilfreich.***			
Likert-Skalen-Wert	5	4	2	5	4	3	k. A.	5	4	3	k.A.
Ergebnisse (n)	3	2	1	1	2	1	2	2	2	1	1
Ergebnisse (%)	50,0	33,3	16,7	16,7	33,3	16,7	33,3	33,3 (40)	33,3 (40)	16,7 (20)	16,7

Tabelle 4a: Fragen zur Unterstützung zu Selbstmanagement (n = 6)

Legende:

*Die Frage lautete: Die GL ...

**Die Anweisung zur Frage lautete: „wenn Sie nicht weiter verwiesen wurden, kreuzen Sie bitte „keine Angabe“ an“. Deshalb wurden diese Antworten zu den beantworteten Fragen gezählt.

***Die Anweisung zur Frage lautete: „wenn Sie sich bereits vorher gut zurechtfinden, kreuzen Sie bitte „keine Angabe“ an“. Deshalb wurden diese Antworten zu den beantworteten Fragen gezählt.

	Item 21 ...hat meine Fähigkeit verbessert, mich in den vielfältigen Angeboten des Gesundheitssystems zurechtzufinden.*					Item 22 ...hat mir geholfen, mit meiner Lebens- und Gesundheitssituation besser zurechtzukommen.*				
Likert-Skalen-Wert	5	4	3	2	k.A.	5	4	3	2	fehlend
Ergebnisse (n)	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1
Ergebnisse (%)	16,7 (20)	33,3 (40)	16,7 (20)	16,7 (20)	16,7	16,7	16,7	33,3	16,7	16,7

Tabelle 4b: Fragen zur Unterstützung zu Selbstmanagement (n = 6)

Legende:

*Die Frage lautete jeweils: Die Unterstützung der GL...

Kategorie 5 – Koordination und Kontinuität

Drei Items (13, 14 und 20) sind unter der Überschrift Koordination und Kontinuität zusammengefasst. Die Frage nach der Abstimmung der GL mit der Hausärztin oder dem Hausarzt wurde von der überwiegenden Zahl der Teilnehmenden mit voller Zustimmung beantwortet. Bei den beiden Fragen, bei denen es darum geht, ob weiterführende Behandlungen tatsächlich stattfinden konnten, fällt auf, dass entweder keine Angabe gemacht oder die Frage ganz ausgelassen wurde. Auch diejenigen, die die Frage beantwortet haben, stimmen mit unter 80% (Item 13) oder sogar unter 70 % (Item 20) voll oder eher zu.

	Item 13 Die geplante Unterstützung oder Behandlungen wurden tatsächlich durchgeführt (oder sind angebahnt).				Item 14 Ich hatte den Eindruck, dass die GL sich gut mit meinem Hausarzt/meiner Hausärztin abstimmte.	Item 20 ...hat mir geholfen, die Behandlungen oder Leistungen zu bekommen, die ich brauchte.*		
Likert-Skalen-Wert	5	4	2	Fehlend	5	5	4	Fehlend/ k.A.
Ergebnisse (n)	3	1	1	1	6	2	2	2
Ergebnisse (%)	50,0	16,7	16,7	16,7	100,0	33,3	33,3	33,3

Tabelle 5: Fragen zu Koordination und Kontinuität (n = 6)

Legende:

*Die Frage lautete: Die GL...

Kategorie 6 – Sicherheit und Vertrauen

Item 15 und 16 fragten zu Sicherheit und Vertrauen, die die GL den Patientinnen und Patienten geben konnte. In dieser Kategorie ist die Zustimmung hoch.

	Item 15 <i>Ich konnte mit der GL gut über persönliche Dinge reden.</i>				Item 16 <i>Ich konnte mich auf die GL bei organisatorischen Dingen verlassen.</i>		
Likert-Skalen-Wert	5	4	3	k.A.	5	4	fehlend
Ergebnisse (n)	3	1	1	1	4	1	1
Ergebnisse (%)	50,0	16,7	16,7	16,7	66,7	16,7	16,7

Tabelle 6: Sicherheit und Vertrauen (n = 6)

Kategorie 7 – Allgemeine Wahrnehmung

Fünf Items (18, 19, 23, 24 und 25) fragten nach der allgemeinen Wahrnehmung des Angebotes GL, nach Zufriedenheit, Weiterempfehlung und danach, ob das Angebot auch selbst gerne weiter in Anspruch genommen werden würde. In dieser Kategorie muss Frage 19 gesondert betrachtet werden. Sie richtet sich darauf, ob nach Ansicht der Teilnehmenden Angehörige entlastet wurden und konnte nur beantwortet werden, wenn Angehörige dabei waren. 3 Teilnehmende haben diese Frage nicht beantworten können und somit zeigen die Werte in Klammern die prozentuale Verteilung innerhalb der Gruppe von n = 3 Befragten. Insgesamt ist auch in dieser Kategorie eine hohe Zustimmung zu erkennen.

	Item 18 <i>...hat mich entlastet*</i>			Item 19 <i>...hat meine Angehörigen entlastet. **</i>		
Likert-Skalen-Wert	5	4	2	5	4	k.A.
Ergebnisse (n)	4	1	1	2	1	3
Ergebnisse (%)	66,7	16,7	16,7	33,3 (66,7)	16,7 (33,3)	50,0

	Item 23 <i>Im Großen und Ganzen bin ich mit dem Unterstützungsangebot der GL zufrieden.</i>			Item 24 <i>Ich würde das Unterstützungsangebot der GL weiterempfehlen.</i>		Item 25 <i>Ich würde das Unterstützungsangebot der GL gerne auch in Zukunft in Anspruch nehmen.</i>		
Likert-Skalen-Wert	5	4	2	5	4	5	4	fehlend
Ergebnisse (n)	3	2	1	4	2	2	3	1
Ergebnisse (%)	50,0	33,3	16,7	66,7	33,3	33,3	50,0	16,7

Tabelle 7: Fragen nach der Allgemeinen Wahrnehmung (n = 6)

Legende:

*Die Frage lautete jeweils: Die GL...

**Im Fragebogen war angegeben: „wenn Sie keine Angehörigen haben bzw. diese nicht einbezogen wurden, kreuzen Sie bitte "keine Angabe" an“. Deshalb wurden diese Antworten zu den beantworteten Fragen gezählt.

Antworten auf Fragen mit Freitexteingabe

1. Gab es etwas, was Sie beim Angebot der GL besonders gut oder hilfreich fanden, wenn ja, was?

- Die Gesundheitslotsin hat immer versucht, sich in die krankheitsbedingte Situation einzufinden. Das ist besonders bei psychischen Erkrankungen schwer. Sie hat eine sehr gute Vernetzung zu Ärzten. Sie kann gut Termine koordinieren
- Die Gesundheitslotsin war jederzeit für ein Telefonat bereit.
- Sie hatte immer ein offenes Ohr und war zur Stelle, wenn ich sie brauchte.
- Die Gesundheitslotsin ging voll auf die Problematik meines Anliegens ein. Sie versucht, mir zu helfen.
- Gute Beratung

2. Gab es etwas, das Sie beim Angebot der GL nicht gut oder problematisch fanden, wenn ja, was?

(Bitte geben Sie gern auch mögliche Lösungsansätze an.)

- Nichts. Wenn nicht lag es an der Krankheit
- Sie hat sich nicht persönlich, sondern über eine zweite Ansprechperson für mich eingesetzt. Es ging um die AXA, bei der ich früher versichert war und die zweite Person mit der AXA zusammenarbeitet. Ich habe der Gesundheitslotsin gesagt, dass ich mit der AXA nichts mehr zu tun haben möchte. Ich bin von der AXA enttäuscht. Der Kontakt hängt aber wohl mit der Privatversicherung bei AXA zusammen und ich komme bei keiner gesetzlichen Versicherung mehr unter. Ich war 18 Jahre lang bei der Barmer und 18 Jahre bei der TK. Aus finanziellen Gründen bin ich damals bei der AXA gelandet. Die AXA ist heute viel zu teuer und ich kann diese von meiner Rente nicht mehr bezahlen!

3. Was kann aus Ihrer Sicht an der Arbeit der GL verbessert werden?

- Genaueres Wissen über Behördenabläufe.

4. Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?

- Nein. Es war toll, eine Gesundheitslotsin zu haben. Sonst ist man aufgeschmissen.
- Die Gesundheitslotsin hat ihre Sache gut gemacht.
- Ich hätte es begrüßt, wenn die Gesundheitslotsin über Whatsapp oder Telegram erreichbar gewesen wäre. Dann hätten dadurch manchmal Informationen schneller und unproblematischer weitergegeben werden können.
- Hätte gerne Hilfe beim Beantragen von Hilfeleistungen bekommen – dies kam nie zustande.