

Saskia Nowak, Marina Vukoman, Svenja Helten

Pflege im Quartier

**Informations- und Versorgungsbedarfe in der (vor-)pflegerischen Versorgung
am Beispiel Gelsenkirchen – Verbesserung und Aufbau realer Strukturen, un-
terstützt durch digitale Technik**

Abschlussbericht



Arbeitsgruppe „(Stadt-)Gesellschaften im Wandel“

Pflege im Quartier

Herausgeberin: Fachhochschule Dortmund, FB Angewandte Sozialwissenschaften,
Arbeitsgruppe (Stadt-)Gesellschaften im Wandel
Emil-Figge-Str. 44, 44227 Dortmund

Projektteam: Svenja Helten, Sara Kessler, Nicole Mousset, Saskia Nowak, Florian Schönberger, Marina Vukoman, Christina Walter

Projektleitung: Prof. Dr. Harald Rüßler

© Bei Autorinnen/August 2019 – Alle Rechte vorbehalten.

Pflege im Quartier – Abschlussbericht

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	i
Abbildungsverzeichnis	iii
Tabellenverzeichnis	iv
Einleitung	1
Teil A: Hintergrund und Forschungsstand	4
1 Das Projekt „Pflege im Quartier“	4
2 Pflegestrukturen in Deutschland.....	7
2.1 Rahmenbedingungen der ambulanten pflegerischen Versorgung	7
2.2 Häusliche Pflegearrangements	13
2.3 Versorgungsstrukturen	21
3 Digitalisierung in der Pflege und bei Hilfebedarf	27
Teil B: Bedarfsanalyse und Aufbau von Vernetzungs- und Informationsstrukturen	31
4 Methodisches Vorgehen der Bedarfsanalyse	31
4.1 Hospitation und Qualitative Leitfadenterviews mit Pflegebedürftigen und Angehörigen	31
4.2 Schriftliche Befragung von pflegerelevanten Akteuren.....	35
4.3 Qualitative leitfadengestützte Expert*inneninterviews.....	40
5 Ergebnisse der Bedarfsanalyse	43
5.1 Bedarfe von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen	43
5.2 Schriftliche Befragung pflegerelevanter Akteure.....	52
5.3 Bedarfe aus Sicht der Expert*innen	74
5.4 Zusammenfassung.....	81
6 Aufbau von Vernetzungs- und Informationsstrukturen in Gelsenkirchen	86
6.1 Verbesserung der realen Versorgungsstrukturen	86
6.2 Formen digitaler Unterstützung.....	93
6.3 Ausblick.....	104
Teil C: Kosten-Nutzen-Analyse	106
Einleitung	106
7 Methodisches Vorgehen.....	108
7.1 Literaturrecherche zur Erschließung des Untersuchungsfeldes	108
7.2 Vernetzungsanalyse und Systembild.....	108
8 Konstruktion der Szenarien	110
8.1 Expert*innenworkshops	110
8.2 Auswertung der Expert*inneninterviews	112

8.3	Finalisierung der Szenarien	112
9	Generierung von Nutzertypen	115
9.1	Merkmale der Nutzertypen	115
9.2	Beschreibung der Nutzertypen	116
10	Kosteneffizienz-Analyse.....	120
10.1	Literaturanalyse Fraktur des Femurs.....	120
10.2	Berechnungsgrundlagen	124
10.3	Kosten des Szenarios 1: Inanspruchnahme von Beratungsleistungen	133
10.4	Kosten des Szenarios 2: Nutzung eines Pflegeinformationsportals für Gelsenkirchen	140
10.5	Kosten des Szenarios 3: Medikamentenmanagement zum digitalen Abruf des Medikationsplans.....	146
10.6	Kosten des Szenarios 4: Informierendes Entlassmanagement	150
10.7	Kosten des Szenarios 5: Ortungsfunktion	154
10.8	Zusammenfassung: Übersicht des Einsparpotenzials.....	158
10.9	Kritische Würdigung des methodischen Vorgehens	159
11	Implikationen und Ausblick.....	161
	Literaturverzeichnis	162
	Anhang	175
	Anhang A: Sample qualitative Interviews mit Betroffenen	175
	Anhang B: User-Stories	177
	Anhang C: Infokarte	181
	Anhang D: Szenarien	183

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Projektstruktur: Teilprojekte und Arbeitspakete	6
Abbildung 2 Versorgungsarten in Deutschland, NRW und Gelsenkirchen (2017)	14
Abbildung 3 Einflussfaktoren auf Techniknutzung und -bereitschaft.....	29
Abbildung 4 Vorgehen User-Story-Entwicklung	35
Abbildung 5 Derzeitig ausgeübter Beruf.....	53
Abbildung 6 Rücklauf der einzelnen Einrichtungen.....	53
Abbildung 7 Position innerhalb der Einrichtung.....	54
Abbildung 8 Hauptträger der Einrichtung.....	55
Abbildung 9 Leistungen in Bezug auf mögliche Schnittstellen zu anderen Einrichtungen	56
Abbildung 10 Einschätzung der pflegerischen Versorgungslage in Gelsenkirchen	58
Abbildung 11 Einschätzung der Versorgungslage in Gelsenkirchen	59
Abbildung 12 Organisation der Übergänge zwischen Haus- und Facharzt/-ärztin sowie Hausarzt/-ärztin und Krankenhaus	61
Abbildung 13 Organisation der Übergänge zwischen Krankenhaus und ambulanter bzw. stationärer Pflege	62
Abbildung 14 Organisation der Übergänge zwischen Ärztlichem Notdienst und ambulanter Pflege bzw. Hausarzt/-ärztin.....	63
Abbildung 15 Häufigkeit der Notwendigkeit einer Weiterleitung.....	64
Abbildung 16 Wichtigste Kooperationspartner*innen bzw. Kooperationseinrichtungen.....	65
Abbildung 17 Netzwerkkreis der Ärzt*innen mit Kontakthäufigkeit.....	67
Abbildung 18 Verarbeitete und gesammelte Daten.....	69
Abbildung 19 Form der Daten zum Austausch mit anderen Einrichtungen	70
Abbildung 20 Wunsch nach Zusammenarbeit	73
Abbildung 21 Übersicht Module der digitalen Plattform „Pflege im Quartier“	95
Abbildung 22 Ausschnitt Modul Pflegeinformationen	97
Abbildung 23 Eingabemaske Pflegeaufgaben	99
Abbildung 24 Selbstsorgetagebuch	100
Abbildung 25 Oberfläche Mobiler Wegweiser	101
Abbildung 26 Notruffunktion	101
Abbildung 27 Standortfunktion	102
Abbildung 28 Medikamentenplan	103
Abbildung 29 Scanfunktion Medikamentenplan.....	103
Abbildung 30 Datenschutzeinstellungen	104
Abbildung 31 Visualisierung des Vorgehens im Arbeitspaket 08: Kosten-Nutzen-Analyse	107
Abbildung 32 Finanzierung der DRGs	126
Abbildung 33 Stufenkonzept der rehabilitativen medizinischen Versorgung.....	131
Abbildung 34 Prozessverlauf Basisszenario 1, Kaminsky	135
Abbildung 35 Prozessverlauf Alternativszenario 1, Kaminsky.....	136
Abbildung 36 Prozessverlauf Basisszenario 1, Kameier	138
Abbildung 37 Prozessverlauf Alternativszenario 1, Kameier	139
Abbildung 38 Prozessverlauf Basisszenario 2, Kaminsky	141
Abbildung 39 Prozessverlauf Alternativszenario 2, Kaminsky.....	142
Abbildung 40 Prozessverlauf Basisszenario 2, Kameier	144
Abbildung 41 Prozessverlauf Alternativszenario 2, Kameier	145

Abbildung 42 Prozessverlauf Basisszenario 3, Pössmann	147
Abbildung 43 Prozessverlauf Alternativszenario 3, Pössmann	148
Abbildung 44 Prozessverlauf Basisszenario 3, Ükcel	149
Abbildung 45 Prozessverlauf Alternativszenario 3, Ükcel.....	149
Abbildung 46 Prozessverlauf Basisszenario 4, Kaminsky	151
Abbildung 47 Prozessverlauf Alternativszenario 4, Kaminsky.....	152
Abbildung 48 Prozessverlauf Basisszenario 4, Kameier	153
Abbildung 49 Prozessverlauf Alternativszenario 4, Kameier	154
Abbildung 50 Prozessverlauf Basisszenario 5, Pössmann.....	155
Abbildung 51 Prozessverlauf Alternativszenario 5, Pössmann	156
Abbildung 52 Prozessverlauf Basisszenario 5, Ükcel	157
Abbildung 53 Prozessverlauf Alternativszenario 5, Ükcel.....	158
Abbildung 54 Infokarte Frontansicht	181
Abbildung 55 Infokarte Rückseite.....	182
Abbildung 56 Szenario 1: Inanspruchnahme von Beratungsleistungen	183
Abbildung 57 Szenario 2: Nutzung eines Pflegeinformationsportals für Gelsenkirchen	184
Abbildung 58 Szenario 3: Medikamentenmanagement zum digitalen Abruf des Medikationsplans ..	185
Abbildung 59 Szenario 4: Informierendes Entlassmanagement	186
Abbildung 60 Szenario 5: Ortungsfunktion	186

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Zusammensetzung der Grundgesamtheit.....	36
Tabelle 2 Handlungsbedarfe in Gelsenkirchen.....	60
Tabelle 3 Kooperationspartner*innen und Kontakthäufigkeit der Ärzt*innen.....	66
Tabelle 4 Angebotswünsche der Akteure	71
Tabelle 5 Inhalte der Fachdiskussionen im Überblick.....	87
Tabelle 6 Entlassene und Verstorbene Patienten*innen (Ohne Stundenfälle) 2016 nach Alter, Verweildauer und Fachabteilung für die Krankheitsart S00 - T98.....	122
Tabelle 7 Kosten einer stationären Rehabilitation im Bereich der Bewegungsorgane pro Tag bei einem jährlichen Wachstum von 4,23%.....	132
Tabelle 8 Kostenaufstellung Basisszenario 1, Kaminsky	135
Tabelle 9 Kostenaufstellung Alternativszenario 1, Kaminsky.....	137
Tabelle 10 Kostenaufstellung Basisszenario 1, Kameier	138
Tabelle 11 Kostenaufstellung Alternativszenario 1, Kameier.....	139
Tabelle 12 Kostenaufstellung Basisszenario 2, Kaminsky	141
Tabelle 13 Kostenaufstellung Alternativszenario 2, Kaminsky.....	143
Tabelle 14 Kostenaufstellung Basisszenario 2, Kameier	144
Tabelle 15 Kostenaufstellung Alternativszenario 2, Kameier.....	146
Tabelle 16 Kostenaufstellung Basisszenario 3, Pössmann	147
Tabelle 17 Kostenaufstellung Alternativszenario 3, Pössmann.....	148
Tabelle 18 Kostenaufstellung Basisszenario 3, Ükcel	149
Tabelle 19 Kostenaufstellung Alternativszenario 3, Ükcel.....	150
Tabelle 20 Kostenaufstellung Basisszenario 4, Kaminsky	151
Tabelle 21 Kostenaufstellung Alternativszenario 4, Kaminsky.....	152
Tabelle 22 Kostenaufstellung Basisszenario 4, Kameier	153

Tabelle 23 Kostenaufstellung Alternativszenario 4, Kameier.....	154
Tabelle 24 Kostenaufstellung Basisszenario 5, Pössmann	155
Tabelle 25 Kostenaufstellung Alternativszenario 5, Pössmann.....	156
Tabelle 26 Kostenaufstellung Basisszenario 5, Ükcel	157
Tabelle 27 Kostenaufstellung Alternativszenario 5, Ükcel.....	158
Tabelle 28 Sample Interviewstudie PiQ	175
Tabelle 29 User-Stories	177

Einleitung

Der hier vorliegende Bericht beinhaltet Teilergebnisse des Forschungs- und Entwicklungsverbundprojektes „Pflege im Quartier“ (PiQ), welches im Zeitraum 2016 bis 2019 an der Fachhochschule Dortmund (Fachbereiche Informatik und Angewandte Sozialwissenschaften) in Kooperation mit Praxispartner*innen aus den Bereichen Altenhilfe/-arbeit und Pflege in Gelsenkirchen durchgeführt wurde. Ziel des Projektes war es, die Versorgung und Teilhabe von pflegebedürftigen Menschen durch die Vernetzung von Versorgungsstrukturen, verknüpft mit dem Aufbau digitaler Unterstützungsstrukturen, zu verbessern. Der Bericht fokussiert dabei die Teilprojekte (TP) bzw. Arbeitspakete (AP), die im Fachbereich Angewandte Sozialwissenschaften durchgeführt wurden und nimmt damit eine primär *sozialwissenschaftliche* wie auch eine *ökonomische* Perspektive ein. Dazu zählen die Teilprojekte „Bestandsanalyse/Evaluation“ und „Kosten-/Effizienzanalyse“ (vgl. Kapitel 1). Der Bericht beinhaltet zusammengefasst somit den Forschungsstand zur häuslichen Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf und ihren Angehörigen, die empirischen Erhebungen, die Beschreibung der Interventionen im Feld und (prototypisch entwickelten) digitalen Produkte sowie die Kosteneffizienz-Analyse aus Sicht potenzieller Kostenträger. Diese Inhalte werden in drei Teile (A-C) untergliedert, die im Folgenden überblickshaft skizziert werden.

In **Teil A** geben wir zu Beginn einen Überblick über das interdisziplinäre Projekt „Pflege im Quartier“ (Kapitel 1). Danach betrachten wir die (Alten-)Pflegestrukturen in Deutschland und Gelsenkirchen, Referenzstadt des Projektes PiQ. Dazu geben wir einen Einblick in die (gesetzlichen) Grundlagen des Pflegesystems in Deutschland sowie die Aufgaben und Herausforderungen pflegerrelevanter Akteure. Zudem werden wir Daten der amtlichen Statistik heranziehen, um aufzuzeigen, welchen Stellenwert die häusliche Versorgung älterer Menschen erreicht hat (Kapitel 2). Abschließend betrachten wir den Digitalisierungstrend und den praktischen Einsatz von Technik in der pflegerischen Versorgung (Kapitel 3).

In **Teil B** liegt der Fokus auf den empirischen Teilbereichen des Projektes, wie die Bedarfsanalyse und die Evaluation der realen und digitalen Prozesse sowie Entwicklungen im Projekt. Ziel der Bedarfsanalyse war es, die Anforderungen an eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgungsstruktur in Gelsenkirchen einerseits sowie an digitale Produkte andererseits zu erfassen und diese kontinuierlich in den Prozess des PiQ-Projektes einzuspeisen. Die Bedarfe und Anforderungen wurden dabei aus verschiedenen Perspektiven erhoben, nämlich aus Sicht der Betroffenen (Angehörige und Menschen mit Pflegebedarf) und aus Sicht verschiedener professioneller Akteure aus dem medizinischen und pflegerischen Sektor. Grundlegend war dabei der Fokus auf eine gelingende häusliche Versorgung. Nachdem wir das methodische Vorgehen der Bedarfsanalyse dargestellt haben (Kapitel 4), werden wir auf die Stichprobe bzw. die Samples und konkreten Ergebnisse, sprich auf die Bedarfe, die wir in den Befragungen erhoben haben, eingehen. Abschließend werden wir die Ergebnisse zusammenfassen und diskutieren (Kapitel 5). Zuletzt wird der anwendungsbezogene Teil des Projektes beschrieben und damit der Auf- und Ausbau von Vernetzungs- und Informationsstrukturen in und für Gelsenkirchen, sowohl auf realer als auch auf digitaler Ebene (Kapitel 6).

In **Teil C** wird die Kosten-Nutzen-Analyse dargestellt, die die Ermittlung der Kosteneffizienz der entwickelten digitalen Anwendungen und realen (Vernetzungs-)Strukturen zum Ziel hatte. Die Kosteneffizienzanalyse dient dazu, die ökonomischen Vorteile einer integrierten Versorgung auf Quartiersebene

zu erläutern und somit auch, eine nachhaltige Finanzierung entsprechender Strukturen zu ermöglichen. Für die Analyse wird daher die Perspektive der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung (GKV u. GPV) eingenommen, die als potenzielle Kostenträger eine umfassend und qualitativ hochwertige Versorgung ihrer Versicherten anstreben (sollten), gleichzeitig aber unter dem Gebot der Wirtschaftlichkeit agieren. Durch die Kosteneffizienzanalyse wird die Sinnhaftigkeit der Aufnahme der im PiQ-Projekt etablierten Strukturen in die Regelversorgung aufgezeigt. Dazu haben wir auf Basis einer Literaturrecherche ein Systembild zur Eingrenzung des Untersuchungsfeldes erstellt (Kapitel 7). Mittels der Ergebnisse der Bedarfsanalyse nahmen wir im Zuge projektinterner Expert*innenworkshops sowie Expert*inneninterviews mit pflegeassoziierten Dienstleistern in Gelsenkirchen Situationsbeschreibungen vor, die nachfolgend als Szenarien für die Ermittlung der Kosten dienten (Kapitel 8). Des Weiteren entwickelten wir vier verschiedene Typen von Nutzer*innen der PiQ-Anwendungen, die die konstruierten Szenarien im Zuge der Kostenbewertung durchlaufen (Kapitel 9). Auf dieser Basis führten wir anschließend die eigentliche Analyse der Kosten aus Perspektive der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen durch. Teil C schließt mit einer zusammenfassenden Betrachtung der Ergebnisse sowie mit einer kritischen Würdigung des methodischen Vorgehens (Kapitel 10).

Zum Schluss fassen wir die Erkenntnisse in ihrer Gesamtheit zusammen und wagen einen Ausblick auf mögliche Implikationen für die Makro-, Meso- und Mikroebene der (vor-)pflegerischen Versorgung älterer Menschen, die sich daraus ergeben (Kapitel 11).

Das gesamte Projektteam bedankt sich an dieser Stelle für die Offenheit, mit der uns die Menschen und Familien, die wir für die Interviews besuchen durften, entgegengetreten sind. Wenn auch nicht alle Bedarfe im Projektprozess adressiert werden konnten, hoffen wir dennoch, mit den Funktionen der digitalen Pflegeplattform und der Smartphone-App einige Herausforderungen des Alltags abmildern zu können sowie durch die (neuen) Vernetzungsstrukturen vor Ort, Informations- und Kommunikationsflüsse verbessert zu haben

Darüber hinaus bedankt sich der Fachbereich Angewandte Sozialwissenschaften bei den Projektpartner*innen für die konstruktive Zusammenarbeit. Aus unserer Sicht hat vor allem Technikentwicklung, die interdisziplinär bearbeitet wird, also verschiedene Perspektiven miteinbezieht, ein sehr hohes Potenzial für die Nützlichkeit und Nutzbarkeit, wenngleich es ein herausfordernder und zeitaufwändiger Weg bis zur Fertigstellung ist.

Wichtigste Erkenntnisse auf einen Blick

- Die Art des Pflegeeintritts (schleichend oder akut) erfordert unterschiedliche Beratungsansätze, die die spezifischen Fragen und Bedarfe adressieren. Eine gelungene Einrichtung des Pflegearrangements mit der Ausstattung aller benötigten Hilfen ist ein wesentlicher Faktor für Zufriedenheit im Verlauf der Pflegesituation.
- Informations- und Beratungsbedarfe formulieren Pflegebedürftige und Angehörige trotz bereits in Anspruch genommener Beratungsangebote, und zwar sowohl in Beratungsstellen als

auch in der häuslichen Versorgungssituation beispielweise nach § 37 Abs. 3 SGB XI¹. Dies deutet darauf hin, dass eine kontinuierliche Begleitung der Pflegesettings notwendig erscheint, um auf im Verlauf einer Pflegebedürftigkeit sich verändernde Bedarfe reagieren zu können.

- Neben pflegenden Angehörigen sollte auch das weitere Netzwerk für die Bedarfe und Interessen sensibilisiert werden. Damit können auch nicht direkt betroffene Personen als Multiplikator*innen von pflegerelevanten Informationen sowie Rechte der Betroffenen dienen.
- Soziale Ungleichheiten werden im Pflegesetting verstärkt. Spezielle (beruflich erworbene) Kompetenzen, ein heterogenes soziales Netzwerk und weitere Ressourcen werden relevant, wenn es darum geht, die Pflegesituation zufriedenstellend zu organisieren und Ansprüche geltend zu machen.
- Die Autonomie und Selbstbestimmung Pflegebedürftiger und Angehöriger sollten einen größeren Stellenwert in die Versorgungsstrukturen erhalten. Dabei können auch neue Technologien unterstützen. Diese sollten möglichst so gestaltet sein, dass der Mehrwert offensichtlich ist und Skepsis in Bezug auf Datenschutz und -sicherheit minimiert wird.
- Aus Sicht der pflegerelevanten Dienstleister ist einerseits der Mangel an Kurzzeitpflegeplätzen und andererseits die aufwendige Recherche zu freien Plätzen dringliche Angelegenheiten, die in Zukunft neuer Ideen und Konzepte bedürfen.
- Insgesamt, so sehen es Betroffene wie auch die professionellen Akteure, sollte über niedrigschwelligere Informationsangebote diskutiert werden, um auch diejenigen zu erreichen, die bislang kaum durch die üblichen Angebote angesprochen werden. Auch dazu können Informations- und Kommunikationsmedien hilfreich sein.
- Die digitale Unterstützung von Information und Kommunikation im häuslichen Pflegesetting kann aus gesundheitsökonomischer Perspektive als sinnvoll eingestuft werden, da neben einer Förderung der Lebensqualität von informell Pflegenden und Pflegebedürftigen auch Kosteneinsparungen zugunsten von gesetzlicher Krankenversicherung und Privater Krankenversicherung zu erwarten sind
- Eine notwendige Gelingens-Bedingung stellt eine angemessene digitale Infrastruktur für alle an den Kommunikationsprozessen beteiligten Akteuren dar; des Weiteren müssen diese über bestimmte Kompetenzen verfügen, die dazu befähigen, die entsprechenden Technologien und Kommunikationswege auch nutzen zu können
- Ebenfalls unerlässlich ist in diesem Zusammenhang ein allgemeiner Konsens darüber, dass die digitalen Medien und Anwendungen tatsächlich von den Betroffenen als auch den professionellen Akteuren genutzt werden

¹ Pflegebedürftige müssen in regelmäßigen Abständen einen Beratungseinsatz in Anspruch nehmen, wenn sie Pflegegeld beziehen. Hierbei handelt es sich um eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit, die im Regelfall eine zugelassene Pflegeeinrichtung durchführt.

Teil A: Hintergrund und Forschungsstand

Saskia Nowak und Marina Vukoman

1 Das Projekt „Pflege im Quartier“

Das Projekt „Pflege im Quartier (PiQ)“ wurde durch das Land NRW sowie die EU im Zuge des Europäischen Fonds für Regionale Entwicklung „Investitionen in Wachstum und Beschäftigung“ (OP EFRE NRW) über einen Zeitraum von drei Jahren (2016-2019) gefördert. Das PiQ-Projekt gehörte dabei zum „Leitmarktwettbewerb Gesundheit.NRW“. Ziel des Projektes war es, Informationen zu Pflege Themen sowie die Versorgung und Teilhabe von pflegebedürftigen Menschen durch den Ausbau realer Strukturen in Gelsenkirchen, verknüpft mit dem Aufbau einer digitalen Pflegeplattform, zu verbessern. Ergänzt wurde der digitale Bereich durch eine sogenannte Mobilitäts-App (Mobiler Wegweiser). Pflege wurde dabei im Projekt als weite Begrifflichkeit gefasst und meint sowohl die Pflegebedürftigkeit im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) als auch darüber hinaus alle Unterstützungsbedarfe, die nicht im Leistungsrecht verankert sind.

Ganz konkret sollten die Informations- und Kommunikationsflüsse sowie die Beratungszugänge rund um das Thema der (vor-)pflegerischen Versorgung verbessert werden. Weiterhin sollte ein miteinander verzahnter Auf- und Ausbau von Netzwerken auf Stadt- und Quartiersebene sowie digitaler Strukturen auf der Pflegeplattform erzielt werden. Darüber hinaus wurde eine App entwickelt, die den Teilnehmenden eine Optimierung ihrer Mobilität und Teilhabe ermöglichen sollte. Über allem stand das übergeordnete Ziel, den Menschen durch die entwickelten und aufgebauten Strukturen einen längeren, selbstbestimmten Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen.

Da ein solches Vorhaben eine Zusammenarbeit unterschiedlicher Disziplinen erfordert, setzte sich das Projektkonsortium aus verschiedenen (Praxis-)Partner*innen zusammen. Die Konsortialführung hatte hierbei Frau Prof. Dr. Britta Böckmann aus dem Fachbereich Informatik (Medizininformatik) inne. Der Fachbereich war im Projekt vor allem für die Entwicklung der digitalen Pflegeplattform, die Sicherstellung der Kompatibilität digitaler Schnittstellen sowie für den Datenschutz zuständig. Darüber hinaus war vom selben Fachbereich auch die Softwareentwicklung unter Leitung von Prof. Dr. Sabine Sachweh beteiligt. Der Arbeitsschwerpunkt lag hier in der Umsetzung der digitalen Pflegeplattform sowie die Entwicklung einer Mobilitäts-App. Der dritte Projektpartner der Fachhochschule Dortmund war der Fachbereich Angewandte Sozialwissenschaften unter der Leitung von Prof. Dr. Harald Rüssel, dessen Team für die Bedarfs- und Anforderungsanalyse, Evaluation sowie die Kosten-Nutzen-Analyse zuständig war.

Neben der Fachhochschule Dortmund beteiligten sich im Verbundprojekt mehrere Praxispartner*innen, die eng mit dem Pflegekontext verzahnt sind. Dazu zählte zum einen das Generationennetz Gelsenkirchen e. V., ein Zusammenschluss verschiedener professioneller Akteure vor Ort. Mitglieder sind z. B. ambulante Pflegedienste, Pflegeheime, Krankenhäuser, die Alzheimergesellschaft u. v. a. m. Das Generationennetz Gelsenkirchen e. V. entwickelt bereits seit 2005 im Rahmen der offenen Altenhilfe gemeinsam mit der Stadt Gelsenkirchen quartiersnahe Strukturen, die älteren Bürger*innen Unter-

stützung und Hilfe im Bedarfsfall ermöglichen sollen. Im Projektkontext verantwortete der Praxispartner vor allem den Ausbau sowie die Verbesserung der realen quartiersbezogenen (Versorgungs-)Strukturen und organisierte die Vernetzung pflegerelevanter Akteure.

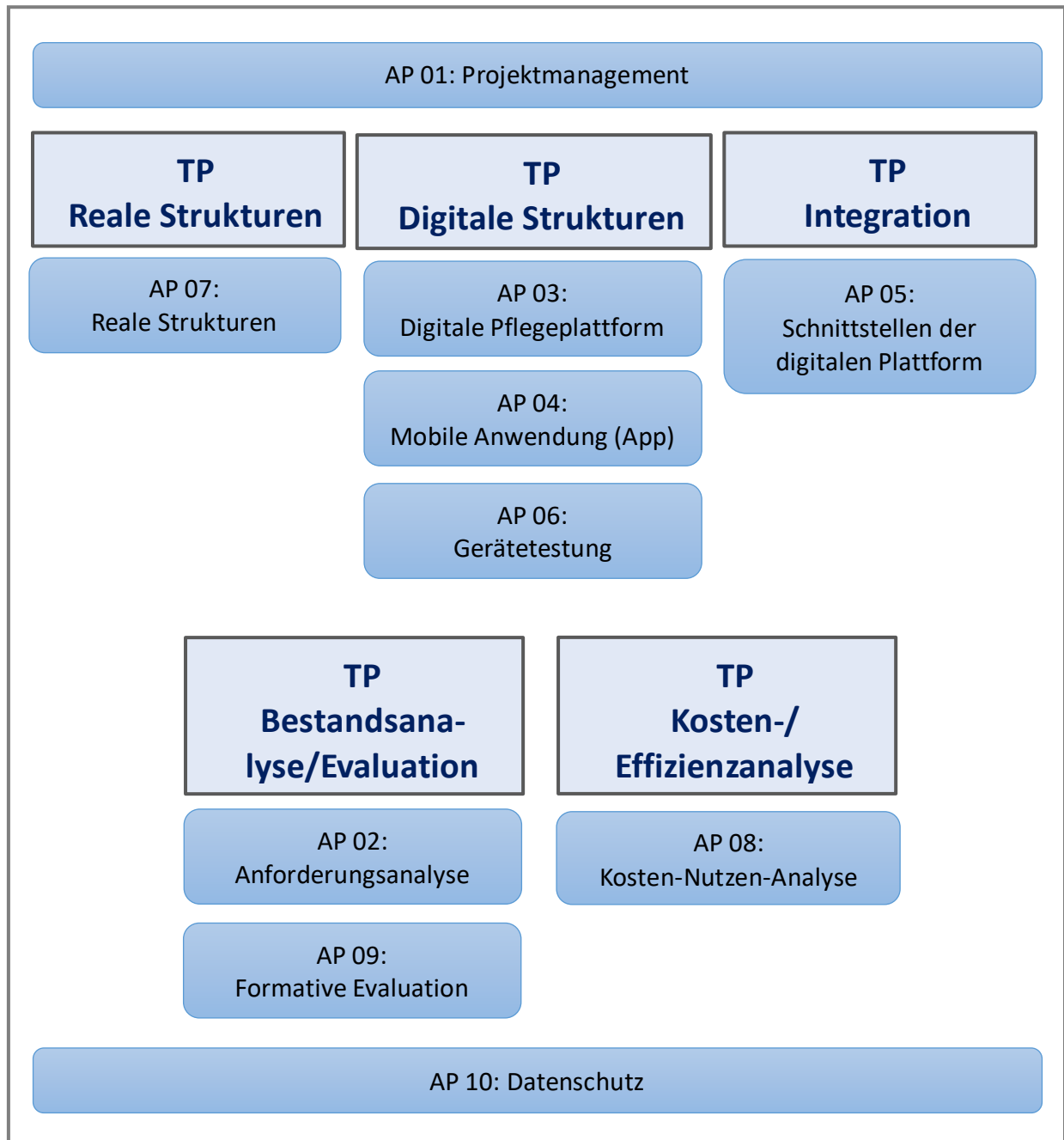
Als weiterer Praxispartner beteiligte sich der Ambulante Pflegedienst Gelsenkirchen GmbH (APD), der das Projektvorhaben mit der fachlichen und praxisnahen Expertise seiner Mitarbeiter*innen unterstützt hat. Der APD war unter anderem damit befasst, empirische Zugänge zu bestimmten Personengruppen herzustellen, wie beispielsweise für die Hospitationen und Interviews der Bedarfserhebung. Das BiG-Bildungsinstitut im Gesundheitswesen gemeinnützige GmbH mit Sitz in Essen war ebenfalls als Praxispartner am Projektvorhaben beteiligt. Zentrale Aufgabe war hier vor allem die Ausgestaltung der Schulungs- und Beratungsinhalte, die einen wichtigen Bestandteil auf der digitalen Plattform darstellen.

Wie in der nachfolgenden Abbildung 1 zu sehen ist war das Projekt in fünf verschiedene Teilprojekte unterteilt, die jeweils eigene Arbeitspakete umfassten. Das Projektmanagement (AP 01) sowie das Arbeitspaket zum Datenschutz (AP 10) waren dabei unabhängig von den verschiedenen Teilprojekten angelegt. Beim Teilprojekt „Reale Strukturen“ lag der Fokus auf der Erfassung und Optimierung der realen Versorgungsstrukturen vor Ort sowie der Vernetzung mit weiteren Akteuren im Quartier. Demgegenüber umfasste das Teilprojekt „Digitale Strukturen“ die Entwicklung der digitalen Plattform, der App sowie der Gerätetestung. Das Teilprojekt „Integration“ war dafür zuständig standardisierte technische Schnittstellen für die medizinische und pflegerische Dokumentation zu entwickeln sowie die Verknüpfung mit der digitalen QuartiersNETZ-Plattform herzustellen. Das Teilprojekt der „Bestandsanalyse/Evaluation“ war für die Bedarfserhebung (Anforderungsanalyse) zu Beginn des Projektes sowie die formative Evaluation während des Projektes zuständig. Als letztes Teilprojekt ist die „Kosten-/Effizienzanalyse“ zu benennen. Bei diesem Arbeitspaket ging es darum, die monetären Kosten und Nutzen, der im Projekt entwickelten „Produkte“ hypothetisch aus der Perspektive der Krankenkassen szenarienbasiert zu ermitteln.

Die einzelnen Teilprojekte und Arbeitspakete standen allerdings nicht allein für sich, sondern es gab in vielen Punkten interdisziplinäres Zusammenwirken, um gemeinsam an den gesetzten Zielen zu arbeiten. So bildete sich beispielsweise die projektinterne Arbeitsgruppe „Plattform Content“ aus jeweils einem Verantwortlichen der einzelnen Arbeitspakete, um gemeinsam Inhalte für die Plattform zu generieren. Auch die Interviews mit Personen in unterschiedlichsten Versorgungssituationen wurden teilweise im sogenannten Tandemformat (Grates, Heming, Vukoman, Schabsky & Sorgalla, 2019) von den Sozialwissenschaftler*innen und Informatikern, die hier ihre technikbezogenen Fragen einbrachten, durchgeführt und gemeinsam an der Technikentwicklung gearbeitet (vgl. Kapitel 4.1.3).

Einmal monatlich fand ein Treffen des gesamten Projektkonsortiums statt, bei dem alle Teilprojektleiter*innen über ihre Fortschritte und aktuellen Arbeiten sprachen. Zudem wurde direkt zu Beginn sowohl ein wissenschaftlicher Beirat mit Expert*innen zu den jeweiligen Projektschwerpunkten als auch ein Begleitgremium mit den relevanten Akteuren u. a. auf Entscheidungsebene aus Gelsenkirchen gebildet. Diese trafen sich zu Beginn des Projektes jeweils zweimal jährlich und wurden im weiteren Verlauf zusammengelegt, um das Projekt als Berater*innen zu unterstützen. Weiterhin gab es je nach Bedarf in verschiedener Zusammensetzung weitere Gruppenbildungen im Projektkontext. So hatte sich beispielsweise die Gruppe „Real“ herausgebildet, die aus den praxisnahen Projektpartner*innen vor Ort und den Sozialwissenschaftler*innen bestand.

Abbildung 1 Projektstruktur: Teilprojekte und Arbeitspakete



(Quelle: Projektantrag PiQ, eigene Darstellung)

2 Pflegestrukturen in Deutschland

In diesem Kapitel wird der für das Projekt relevante Forschungsstand dargelegt. Dazu zählen die pflegebezogenen gesetzlichen Grundlagen (SGB XI und APG NRW), statistische Daten zur häuslichen Versorgung, der Forschungsstand zu Pflegearrangements, die Lebenslagen pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen in der Häuslichkeit sowie die Versorgungsstrukturen (in Gelsenkirchen) und die Beschreibung relevanter Akteure der pflegerischen Versorgung. Zunächst blicken wir jedoch auf das Pflegesystem und die damit einhergehende Pflegepraxis in Deutschland.

2.1 Rahmenbedingungen der ambulanten pflegerischen Versorgung

2.1.1 Das Pflegesystem in Deutschland

Insgesamt favorisieren und unterstützen die meisten Länder der Europäischen Union die familiäre Pflege älterer Menschen (Lamura et al., 2006), jedoch gibt es unterschiedliche Wohlfahrtsregime (Schmid, 2010), die unterschiedliche Strategien bei der Versorgung älterer Menschen mit Pflegebedarf verfolgen. Nach Leitner (2013) lässt sich das deutsche Pflegesystem als „expliziter Familialismus“ typisieren. Das bedeutet, dass *explizit* gewollt und gefördert wird, dass Pflege in Deutschland insbesondere in der Familie im Rahmen eigener Häuslichkeit organisiert und durchgeführt wird (Leitner, 2013).² Dieses wird unter anderem dadurch ermöglicht, dass das Dienstleistungsangebot der ambulanten Pflege sehr gut ausgebaut ist und pflegende Angehörige in unterschiedlichen Bereichen bei der Pflege unterstützt werden, sei es im Bereich der Beratung, in Form von monetärer Unterstützung oder durch gesetzliche Bestimmungen, um beispielsweise Pflege und Beruf gut miteinander vereinbaren zu können. Das hat sich insbesondere in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts mit der Entwicklung der Pflegeversicherung und dem damit einhergehenden Aufbau von pflegerischen Versorgungsstrukturen entwickelt; denn vor diesen Maßnahmen galt in Deutschland der „implizite Familialismus“ (Leitner, 2013).

Ein weiteres Merkmal des „expliziten Familialismus“ ist die Finanzierung der Pflegekosten. Diese ist in Deutschland eine Mischfinanzierung zwischen Staat (gesetzliche Pflegeversicherung und weitere staatliche Leistungen) und den privaten Leistungen (private Pflegeversicherung, Vermögen, Eigenleistungen). Dabei wird auch das Vermögen von Angehörigen zur Deckung der Kosten herangezogen und verpflichtet somit Angehörige zur „Pflegeübernahme“. Da sich viele Familien die hohen Kosten der stationären Pflege nicht leisten können, werden u. a. aufgrund dessen familiäre, häusliche Pflegesettings gewählt, die jedoch – ebenfalls aus Kostengründen – häufig mit prekären Versorgungsverhältnissen

² Neben dem expliziten Familialismus lassen sich weitere Idealtypen der Pflegesysteme bzw. Wohlfahrtsregime unterscheiden (Leitner 2013):

- Impliziter Familialismus: die Pflegeverantwortung liegt allein bei der Familie, auch aus Gründen der Alternativlosigkeit (z. B. in Griechenland, Italien)
- Optionaler Familialismus: hier besteht die Wahlfreiheit, ob die Pflege zu Hause organisiert wird oder andere Dienste genutzt werden. Insgesamt herrscht in diesem System eine größere Offenheit im Zugang zu den pflegeassoziierten Diensten (z. B. in Schweden, Dänemark)
- De-familialismus: die Pflegeverantwortung wird insbesondere durch den Staat getragen. Ein sehr gut ausgebautes ambulantes und stationäres Pflegeangebot sorgt dafür, es gibt dagegen aber kein Recht auf Pflege bzw. Zeit für Pflege innerhalb der Familie (kein reales Beispiel vorhanden)

(z. B. Unterversorgung oder Überforderung) verknüpft sind (Dallinger & Theobald, 2008; Hielscher, Kirchen-Peters, Nock & Ischebeck, 2017). Eine Besonderheit in Europa stellt das dänische Modell dar, in dem Angehörige, die Pflegeaufgaben übernehmen, bei der Kommune angestellt werden können (Schmid, 2014).

Interessant scheint der Zusammenhang zwischen dem jeweiligen Pflegesystem und der Einstellung der Bürger*innen zum Thema Pflegeverantwortung zu sein. So meinen befragte Bürger*innen in Dänemark (mit knapp 90 %) und Schweden (mit knapp 71 %), dass die Verantwortung für die Betreuung von hilfebedürftigen, älteren Personen vor allem oder ausschließlich beim Staat liege, während diese Meinung nur von ca. 24 % der deutschen Befragten (Italien und Spanien ähnliche Zahlen) geteilt wird (Mühling & Adam, 2014). Einerseits wird Angehörigenpflege also normativ eingefordert, andererseits wird diese jedoch gesellschaftlich kaum anerkannt, was unter anderem dadurch deutlich wird, dass pflegende Angehörige kaum Rechte auf direktmonetäre Entschädigung haben.³ Im Gegenteil: Studien zeigen, dass Pflegende in der Gefahr sind, gesellschaftlich isoliert zu werden. Die Zahl der Besuche in einem Pflegehaushalt durch Freunde und Bekannte ist erheblich reduziert und innerhalb der Familie wird die Hauptpflegeperson kaum unterstützt (Gröning, 2002).

2.1.2 Gesetzliche Grundlagen der Pflegeversicherung

In Deutschland sind die Vorgaben, Pflichten und Rechte zur sozialen Pflegeversicherung im elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) geregelt. Nähere Bestimmungen sind auf Landesebene gesondert festgelegt: In Nordrhein-Westfalen wurde am 01.10.2014 das *Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demographiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen* (GEPa NRW) beschlossen. Das GEPa NRW vereint das *Gesetz zur Weiterentwicklung des Landespflegegesetzes und Sicherung einer unterstützenden Infrastruktur für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige*, kurz als *Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen* (APG NRW) bekannt, mit dem *Wohn- und Teilhabegesetz* (WTG), welches im Zuge dessen weiterentwickelt wurde. Das Land NRW möchte damit „einen Rahmen für das altenpolitische Handeln bei der Gestaltung und Begleitung des gesellschaftlichen Wandels in der Folge der demografischen Entwicklung [...] setzen“ (Bothe & Grobe, 2016, S. 346). Das heißt, das APG NRW soll insbesondere mit Blick auf die Zukunft der Versorgungsstrukturen im Quartier, der Unterstützungsangebote von Angehörigen und anderen Pflegepersonen sowie alternativen Wohnformen agieren (Bothe & Grobe, 2016) und damit vor allem die ambulante Versorgung stärken. Im Folgenden werden kurz die wesentlichen, alltagspraktischen Grundlagen zur sozialen Pflegeversicherung dargestellt – zuerst anhand des SGB XI und anschließend exemplarisch einige Grundlagen mit Bezug auf das APG NRW.⁴

Träger der Pflegeversicherung sind die Pflegekassen, wobei die damit verbundenen Aufgaben in der Regel durch die Krankenkassen wahrgenommen werden. Finanziert werden die Aufgaben und Leistungen durch einkommensabhängige Beiträge zur Pflegeversicherung für alle Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Hauptaufgabe der Pflegeversicherung ist die Hilfeleistung

³ Das Pflegegeld wird an die pflegebedürftige Person gerichtet; diese ist jedoch nicht verpflichtet, das Pflegegeld an die Pflegeperson weiterzugeben. Es gibt jedoch Entschädigungen beispielsweise in Form von Rentenbeitragszahlungen bei geringer Erwerbstätigkeit (unter 30 Stunden).

⁴ Veränderungen in der Pflegeinfrastruktur, die mit dem GEPa NRW einhergehen, sind nicht Inhalt der nachfolgenden Darstellung.

für Pflegebedürftige, die aufgrund der Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind (§ 1 SGB XI). Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben ermöglichen. Damit einher geht die freie Wahl der Pflegebedürftigen hinsichtlich der Einrichtungen, Dienste und Träger für die Leistungserbringung. Dabei sollen geschlechtsspezifische Unterschiede und kultursensible sowie religiöse Bedarfe bezüglich der Pflege berücksichtigt und umgesetzt werden (§ 2 SGB XI). Die Pflegeversicherung unterstützt vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft von Verwandten und weiteren Angehörigen, wie z. B. Freund*innen und Nachbar*innen. Daraus ergibt sich der Grundsatz, dass teilstationäre Pflege sowie Kurzzeitpflege stets einen Vorrang vor vollstationärer Pflege innehaben (§ 3 SGB XI). Zu den Leistungen der Pflegeversicherung zählen Dienst-, Sach- und Geldleistungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei Haushaltsführung sowie die Kostenerstattung. Art und Umfang der Leistungen richten sich nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit sowie der jeweiligen Pflegesituation. Die Leistungen sollen die familiäre, nachbarschaftliche und ehrenamtliche Pflege und Betreuung sowohl ergänzen als auch entlasten. Vor einer drohenden Pflegebedürftigkeit sollen zudem frühzeitig Leistungen zur Prävention, Krankenbehandlung und medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden. Die Versicherten sollen aktiv zu der Vermeidung einer Pflegebedürftigkeit beitragen, u. a. durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung und Teilnahme an eben genannten präventiven Angeboten. Die Pflegekassen müssen Aufklärung leisten, Auskunft erteilen und die Versicherten in gleichen Maßen wie ihre Angehörigen in einer ihnen verständlichen Weise informieren (§§ 4-7 SGB XI). Personen, die Leistungen erhalten, haben einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch Pflegeberater*innen. Zu ihren Aufgaben gehören u. a. den Hilfebedarf zu erfassen und zu analysieren, einen Versorgungsplan zu erstellen und die erforderlichen Maßnahmen einzuleiten. Die Pflegekassen teilen nach dem ersten Antrag entweder einen konkreten Beratungstermin, mit Angabe der Kontaktperson, mit oder stellen einen Beratungsgutschein, mit der Nennung von geeigneten Beratungsstellen, aus. Zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten richten die Pflege- und Krankenkassen (nach Bestimmung durch die jeweilige Landesbehörde) Pflegestützpunkte ein. Pflegestützpunkte sollen u. a. eine umfassende und unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem SGB XI und zur Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen und Hilfeangeboten ermöglichen (§§ 7a-7c SGB XI).

Im § 7a SGB XI sind die *Aufgaben der Pflegeberatung* wie folgt beschrieben:

- Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung der Feststellungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (§ 7a Abs. 1 Nr. 1 SGB XI),
- Erstellung eines individuellen Versorgungsplans (§ 7a Abs. 1 Nr. 2 SGB XI),
- Unterstützung bei der Durchführung des Versorgungsplans (§ 7a Abs. 1 Nr. 3 SGB XI),
- Überwachung und Anpassung des Versorgungsplans (§ 7a Abs. 1 Nr. 4 SGB XI) und
- bei komplexen Hilfebedarfen: Auswertung und Dokumentation des Hilfeprozesses (§ 7a Abs. 1 Nr. 5 SGB XI).

Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind Menschen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit oder ihrer Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe anderer bedürfen. Es muss sich um körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen und gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen, die nicht selbstständig zu kompensieren bzw. zu bewältigen sind, handeln. Außerdem muss die Pflegebedürftigkeit auf Dauer (genauer: mindestens sechs Monate) und in außerordentlicher Schwere bestehen. Für die Feststellung einer Pflegebedürftigkeit werden die fol-

genden Bereiche herangezogen: Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (§ 14 SGB XI). Anhand der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten werden Pflegegrade vergeben; es sind die Pflegegrade 1 bis 5 vorgesehen. Mithilfe eines modularisierten Begutachtungsinstrumentes werden Punkte für die Schwere der Beeinträchtigungen verteilt, wobei die Module jeweils unterschiedlich gewichtet sind (§ 15 SGB XI). Die Pflegekassen beauftragen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder andere unabhängige Gutachter*innen zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit (§ 18 Abs. 1 SGB XI). Die Pflegeversicherung gewährt u. a. folgende Leistungen: Pflegesachleistungen, Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen, eine Kombination von Geldleistung und Sachleistungen, einen Entlastungsbetrag, Pflegehilfsmittel und Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen, Pflegeberatung, Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege sowie vollstationäre Pflege (§ 28 SGB XI). Die Leistungen nach der Pflegeversicherung müssen wirksam und wirtschaftlich sein, das heißt sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Leistungen dürfen nur von Leistungserbringern in Anspruch genommen werden, mit denen entsprechende Verträge mit den Pflegekassen abgeschlossen wurden (§ 29 SGB XI). Leistungen der Pflegeversicherung werden auf Antrag, frühestens ab dem Zeitpunkt an dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen, gewährt (§ 33 SGB XI). Im Rahmen der Pflegegrade 2 bis 5 wird u. a. eine Pflegesachleistung bei häuslicher Pflege gewährt, die durch einen ambulanten Pflegedienst erbracht wird.⁵ Des Weiteren wird anstelle oder in Kombination ein Pflegegeld bei häuslicher Pflege gewährt, wenn die Pflege von Angehörigen oder anderen selbst beschafften Pflegepersonen vorgenommen wird. Darüber hinaus müssen Pflegegeldbezieher*innen in regelmäßigen Abständen einen Beratungseinsatz durch anerkanntes Fachpersonal in der eigenen Häuslichkeit wahrnehmen (§§ 36-37 SGB XI). Spezielle Regelungen für die Privatpflichtversicherung sind im § 110 Abs. 3 SGB XI erlassen, auf die soll hier aber nicht näher eingegangen werden.

Das Alten- und Pflegegesetz NRW hat das Ziel, die leistungsfähigen und nachhaltigen Unterstützungsstrukturen für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen sowie ihren Angehörigen durch die Förderung der Entstehung, Entwicklung und Qualität von Dienstleistungen, Beratungsangeboten, Pflegeeinrichtungen und alternativen Wohnformen sicherzustellen. Dabei gelte es stets, das Selbstbestimmungsrecht von älteren und pflegebedürftigen Menschen zu sichern, die Rolle der Angehörigen anzuerkennen und diese in die Planung und Umsetzung von Angeboten einzubinden und dabei zu unterstützen (§ 1 APG NRW). Neben der Berücksichtigung von geschlechts- und kulturspezifischen Bedürfnissen, sollen Armut und sozialer Ausgrenzung entgegengewirkt und stets die UN-Behindertenrechtskonvention berücksichtigt werden. Auch sollen die Angebote möglichst orts- oder stadtteilbezogen weiterentwickelt und initiiert werden, um es den Menschen zu ermöglichen, an dem Ort ihrer Wahl wohnen zu können (§ 2 APG NRW). Die Kreise und kreisfreien Städte sind verpflichtet, eine den örtlichen Bedarfen entsprechende pflegerische Angebotsstruktur sicherzustellen, und beziehen hierbei die kreisangehörigen Städte und Gemeinden ein. Dies gilt auch für nicht pflegerische Angebote für ältere, pflegebedürftige, von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen sowie für pflegende Angehörige, wenn diese Angebote nachweisbar dazu beitragen, den aktuellen oder späteren Bedarf an pflegerischen Angeboten zu vermeiden oder zu verringern (§ 4 APG NRW). Pflegebedürftige, von Pflegebedürftigkeit

⁵ Pflegegrad 1 ist für geringfügig hilfsbedürftige Versicherte vorgesehen. Daher werden für diesen Grad kein Pflegegeld und keine Sachleistungen gewährt. Personen haben jedoch Anspruch auf den Entlastungsbetrag, Wohnraumanpassungen, Pflegekurse oder eine Pflegeberatung.

bedrohte Menschen sowie ihre Angehörigen haben Anspruch auf trägerunabhängige Beratung über ihre Ansprüche und Unterstützungsmöglichkeiten in ihrer jeweiligen Situation (§ 6 APG NRW). Zur Weiterentwicklung und Verbesserung der örtlichen Unterstützungsangebote und Pflegeplanung sind die Kommunen angehalten, eine sogenannte „Kommunale Konferenz Alter und Pflege“ in der Regel zweimal jährlich durchzuführen. An dieser sollen die örtlichen Vertreter*innen der medizinischen und pflegerischen Infrastruktur der Kommunen beteiligt sein (§ 8 APG NRW).

2.1.3 Gesetzliche Regelungen für pflegende Angehörige

Pflegepersonen sind Personen, die nicht erwerbsmäßig eine pflegebedürftige Person in ihrer häuslichen Umgebung pflegen. Leistungen zur sozialen Sicherung erhält eine Pflegeperson, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mindestens 10 Stunden wöchentlich an mindestens zwei Tagen in der Woche pflegt (§ 19 SGB XI). Pflegende Angehörige oder anderweitig ehrenamtliche Pflegepersonen haben ein Anrecht auf unentgeltliche Schulungskurse zum Thema Pflege, die von den Pflegekassen durchgeführt werden. Ziele der Kurse sind die Förderung und Stärkung von sozialem Engagement in der Pflege sowie die Vermittlung von Fertigkeiten, um die Pflege eigenständig durchzuführen. (§ 45 SGB XI). Die Kreise und kreisfreien Städte haben zudem für ein bedarfsgerechtes Angebot an Unterstützungsleistungen für pflegende Angehörige zu sorgen. Dies umfasst insbesondere Qualifizierungsangebote, Rechtsinformationen und Erfahrungsaustausch (§ 17 APG NRW).

Damit pflegende Angehörige, die erwerbstätig sind, Beruf und Pflege vereinbaren können, gibt es unterschiedliche Zeitrechte:

- In akut auftretenden Pflegesituationen kann eine bis zu zehntägige Auszeit von der Arbeit genommen werden, um die Pflege zu organisieren beziehungsweise sicherzustellen; seit dem 01.01.2015 wird dafür als Lohnersatzleistung das Pflegeunterstützungsgeld gewährt.
- Außerdem haben berufstätige pflegende Angehörige – je nach Betriebsgröße – Anspruch auf eine unbezahlte vollständige oder teilweise Freistellung von bis zu sechs Monaten (nach dem Pflegezeitgesetz) beziehungsweise auf eine Reduzierung der Wochenarbeitszeit auf mindestens 15 Stunden für bis zu zwei Jahre (nach dem Familienpflegezeitgesetz).
- Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I) wurde mehr Geld für Kurzzeit-, Tages- oder Nachtpflege sowie Verhinderungspflege zur Verfügung gestellt, um pflegende Angehörige stärker zu entlasten (Rothgang, Kalwitzki, Müller, Runte & Unger, 2015).
- Mit dem Inkrafttreten des zweiten und dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II und III) haben Pflegepersonen Versicherungsschutz nach SGB III (Arbeitslosenversicherung). Dafür muss vor Aufnahme der Pflege Tätigkeit bereits eine Arbeitslosenversicherung bestanden (z. B. durch eine Teilzeitbeschäftigung) oder sie müssen entsprechende Leistungen bezogen haben.

Pflegende Angehörige können darüber hinaus eine Reihe weiterer Unterstützungsleistungen erhalten. Die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen entrichten für entsprechende Pflegepersonen Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn die Pflegepersonen nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind und eine pflegebedürftige Person (Pflegegrad 2-5) mindestens 10 Stunden wöchentlich pflegen (§ 44 SGB XI).

2.1.4 Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff

Seit der Einführung der Pflegeversicherung zum 01.01.1995 änderten sich nicht nur wesentliche Inhalte innerhalb des SGB XI (wie z. B. die Weiterentwicklung von Pflegestufen zu den o. g. Pflegegraden), sondern auch der Pflegebedürftigkeitsbegriff als solcher. So wird dieser zu Beginn der Einführung der Pflegeversicherung folgendermaßen definiert:

Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen (Bundesministerium für Gesundheit, 1997, S. 9).

Es wird deutlich, dass sich Pflegebedürftigkeit demnach stark an der defizitären „Verrichtung“ von alltäglichen Aufgaben orientierte, wohingegen die aktuelle Gesetzesgrundlage den Fokus auf die beeinträchtigte Selbstständigkeit und/oder Beeinträchtigungen der Fähigkeiten der Menschen richtet und dafür verschiedene Bereiche des menschlichen Lebens berücksichtigt. Diese Änderung beruht auf dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II), welches seit 2017 stärker den Fokus auf den Menschen als Individuum mit seiner eigenen Lebenssituation und seinen spezifischen Beeinträchtigungen und Fähigkeiten legt (Bundesministerium für Gesundheit, 2017).

Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können (§ 14 SGB XI).

Damit einhergehend hat sich auch die Feststellung von Pflegebedürftigkeit, also die Begutachtung, verändert. Gleichgeblieben ist jedoch die Regelung, dass Leistungen nach der Pflegeversicherung nur auf Antrag und bei entsprechenden Leistungsvoraussetzungen, wie zum Beispiel die Dauer der Beeinträchtigung von mindestens sechs Monaten, gewährt werden. Beständig ist auch die ausführende Instanz bei Pflegebegutachtungen; diese wird im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Regel vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung durchgeführt. Vor der Gesetzesreform bezüglich der Umstellung von Pflegestufen zu Pflegegraden wurde eine formularisierte Begutachtung durchgeführt, die insbesondere den Fokus auf Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung legte. Der Hilfebedarf wurde jedoch maßgeblich anhand seiner Häufigkeit und an seinem zeitlichen Aufwand gemessen, also stark quantifiziert. Die formularisierte Begutachtung wurde hin zu einer *modularisierten Begutachtung* geändert (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. [MDS] & GKV-Spitzenverband, 2017). Der Hilfebedarf wird nunmehr nicht mehr vorrangig anhand seiner Quantität gemessen, sondern anhand der möglichen Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen, also anhand seiner Qualität. Dabei bilden die Module „Mobilität“, „kognitive und kommunikative Fähigkeiten“, „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“, „Selbstversorgung“, „Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebezogenen Anforderungen und Belastungen“ sowie „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakt“ die Grundlage für die Begutachtung. Die Module fließen allerdings, wie bereits oben erwähnt, mit unterschiedlicher Gewichtung in das Gutachten ein (§§ 14 f. SGB XI).

2.2 Häusliche Pflegearrangements

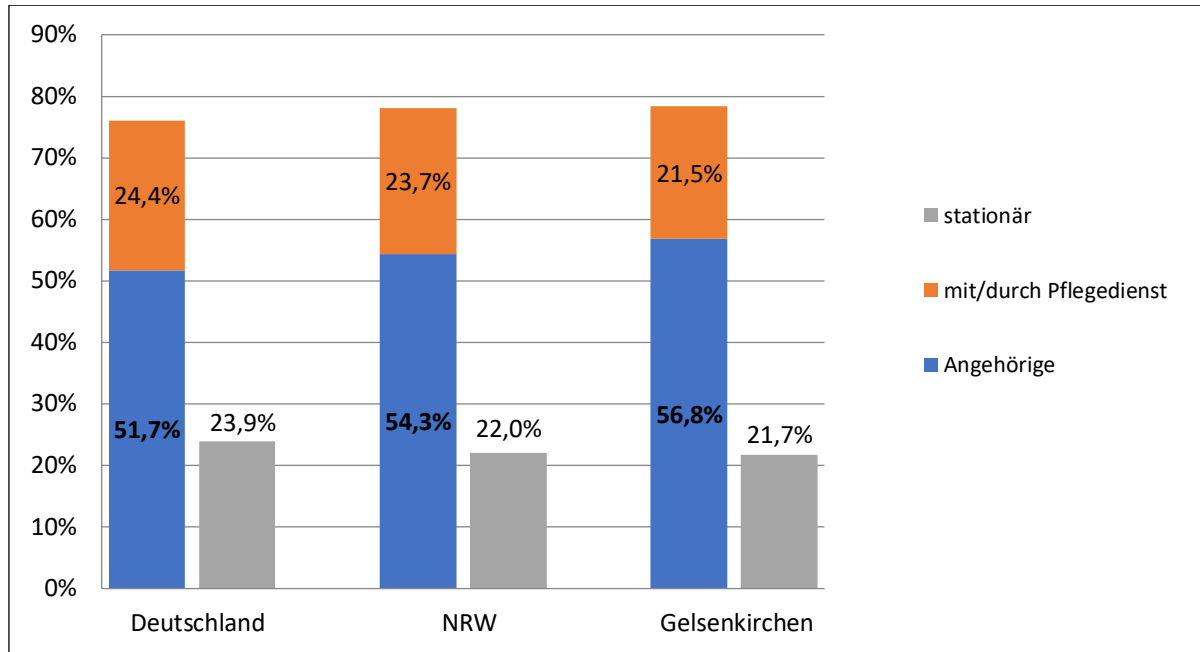
2.2.1 Daten zur Pflegebedürftigkeit und Versorgung

In Deutschland galten im Jahr 2017 etwa 3,4 Millionen Menschen als pflegebedürftig im Sinne des Pflegegesetzes. Dies entspricht einem Zuwachs von 19 % bezogen auf das Jahr 2015, was mit einem deutlich gestiegenen Bedarf an Pflegedienstleistungen und zunehmenden Unterstützungsbedarf einhergeht (Statistisches Bundesamt, 2018a). Insgesamt erhalten aber weitaus mehr Menschen Unterstützung durch ihre Angehörigen, wie z. B. die Begleitung zu Ärzt*innen, Einkaufs- und Haushaltshilfen etc. Festzuhalten ist, dass die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland in den letzten zehn Jahren anstieg, jedoch weniger dramatisch als vermutet wurde. Gründe für den auf den ersten Anblick starken Anstieg sind die sich verändernden Geschlechter- und Altersstrukturen in der Bevölkerung sowie die Erweiterung des antragsberechtigten Personenkreises in den letzten Jahren (Schwinger & Tsiasioti, 2018). Nichtsdestotrotz gibt es durch die Zunahme der absoluten Zahlen auch einen stark angestiegenen Bedarf an einer Ausweitung der Versorgungsstrukturen, sowohl stationärer und teilstationärer Versorgung als auch an ambulanten Diensten. Nach Vorausberechnungen sollen im Jahr 2045 sogar 4,5 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig sein (Demografie-Portal, o.J.).

Von den in Deutschland lebenden Pflegebedürftigen wurden im Jahr 2017 ein Viertel (24 %) vollstationär in Heimen und etwa drei Viertel (76 %) zu Hause versorgt. Von den Menschen, die zu Hause versorgt wurden (ca. 2,6 Millionen Menschen), wurden etwa 68 % allein durch Angehörige (Bezug von Pflegegeld) und ca. 32 % zusammen mit oder ausschließlich durch ambulante Pflegedienste versorgt (Statistisches Bundesamt, 2018a). Allerdings beziehen nicht alle Unterstützungsbedürftigen Leistungen aus der Pflegeversicherung, so dass die Zahl der Unterstützungs- bzw. Pflegehaushalte vermutlich noch höher liegt. Es gibt zwischen 3 und 5 Millionen private Pflegepersonen, die sich zum größten Teil im jungen Seniorenalter befinden. Ein Viertel aller Frauen zwischen 60 und 64 Jahren und ein knappes Fünftel der gleichaltrigen Männer unterstützt Angehörige. Jüngere unterstützen meist ein Elternteil, Ältere häufig den Partner oder die Partnerin. Personen im hohen Alter leisten allerdings den höchsten zeitlichen Umfang an Unterstützung (Nowossadeck, Engstler & Klaus, 2016).

In einer Studie zu Versorgungsarrangements wurde untersucht, wie viele Personen sich an der Pflege beteiligen. Die Ergebnisse zeigen, dass in mehr als der Hälfte der befragten Haushalte, jeweils eine weitere Person neben der Hauptpflegeperson an der Pflege beteiligt war. Daneben sind in jedem dritten Haushalt noch weitere Verwandte, Freund*innen oder Nachbar*innen involviert (Hielscher et al., 2017). In einer Studie, die den „Pflegemix der Zukunft“ ins Zentrum ihres Erkenntnisinteresses gerückt hat, wurde festgestellt, dass in vielen Fällen nicht der Gesundheitszustand und damit der Pflegebedarf des Bedürftigen über die Wahl des Pflegesettings entscheidet, „sondern das Nicht-Vorhandensein einer pflegerischen Infrastruktur“ (Hackmann, 2014, S. 14), also die Wahl dann auf eine häusliche Versorgung fällt, wenn keine stationären Strukturen vorhanden sind.

Abbildung 2 Versorgungsarten in Deutschland, NRW und Gelsenkirchen (2017)



(Quellen: IT.NRW, 2018; Statistisches Bundesamt, 2018a, 2018b; eigene Berechnungen)

Vergleicht man die Daten zur Pflegebedürftigkeit in Deutschland, NRW und dem Modellstandort Gelsenkirchen (Abbildung 2), dann wird deutlich, dass in *Gelsenkirchen* der Anteil derjenigen, die zu Hause allein durch Angehörige gepflegt werden, mit 56,8 % am höchsten liegt. Eine mögliche Erklärung kann darin begründet sein, dass in *Gelsenkirchen* vor allem traditionellere (Arbeiter-)Milieus zu finden sind, die sich im Sinne der Verpflichtung eher dazu bereit erklären, Angehörige zu Hause zu versorgen. Eine weitere Erklärung ist der im Vergleich zu Deutschland unterdurchschnittliche sozioökonomische Status der Bevölkerung in *Gelsenkirchen* (IT.NRW, 2017b). Dadurch sind mit einer Pflegesituation häufig ökonomische Restriktionen verbunden, so dass eine stationäre Versorgung sowie die Versorgung mithilfe verschiedener Pflegedienstleister nicht umsetzbar sind und das Pflegegeld möglicherweise als finanzieller Ausgleich angesehen wird.

2.2.2 Forschungsstand zu häuslichen Pflegearrangements

Pflegende Angehörige

Die Bereitschaft zur Übernahme wie zur Weiterführung von Pflegetätigkeiten ist bei Angehörigen insgesamt sehr hoch, was auch die Untersuchung zur Einstellung der Verantwortung zur Pflege von pflegenden Angehörigen belegt; je höher die (damalige) Pflegestufe, umso geringer war die Bereitschaft, die Pflege abzugeben (Döhner, Lamura, Lüdecke & Mnich, 2007). Allerdings bestehen bei der Bereitschaft zur Angehörigenpflege durchaus soziale Unterschiede: Hohe Bildung, hohes Einkommen und ein hoher beruflicher Status verringern diese; wohl auch, weil die Möglichkeit zur Finanzierung professioneller Pflege bei dem benannten Personenkreis stärker vorhanden ist (Blinkert & Klie, 2004). Eine hohe Bedeutung zur Pflegeübernahme hat außerdem das Ausmaß der gefühlten filialen Verpflichtung, also das normative Solidaritätsempfinden zwischen den Generationen (Reziprozität). Die häusliche Pflegedauer liegt im Durchschnitt etwa zwischen sechs bis acht Jahren vom Pflegeeintritt bis zum Umzug in ein Pflegeheim oder dem Tod des pflegebedürftigen Angehörigen (Runde, Giese, Kaphengst & Hess, 2009).

Die Aussage „Pflege ist weiblich“ bewährt sich nach wie vor. Denn nicht nur der Anteil *pflegebedürftiger* Frauen ist mit 63 % höher (Statistisches Bundesamt, 2018a), sondern auch der Anteil der *pflegenden* Frauen mit 64 % (Rothgang et al., 2015). Innerhalb der filialen Pflege sind es vor allem Töchter und Schwiegertöchter, die sich für die Pflege verantwortlich fühlen und diese auch übernehmen (Backes et al., 2008; Gröning, 2007).

Die Belastung von Angehörigen nimmt bei Zusammenlebenden insbesondere dann zu, wenn sie sich um eine an Demenz erkrankte Person kümmern und je höher die Pflegestufe bzw. der Pflegegrad ist (Schwinger, Tsiasioti & Klauber, 2016). 71 % der pflegenden Angehörigen von Demenzerkrankten weisen ausgeprägte körperliche und psychische Beschwerden auf (Graessel & Schrimmer, 2003). Vor allem die Verhaltensauffälligkeiten bei Demenzerkrankten stellen eine besondere Belastung für die pflegenden Angehörigen dar (Pinquart, 2016). Untersucht man weitere Einflussfaktoren auf den Belastungsgrad zeigt sich, dass nur das Haushaltseinkommen signifikanten Einfluss auf den Belastungsgrad hat – je geringer das Einkommen, desto höher die Belastung. Angehörige der mittleren bis höheren sozialen Schichten erhalten auch häufiger professionelle Unterstützung als Angehörige in den niedrigeren sozialen Lagen (Naegele & Reichert, 2000). Somit haben weder der Pflegeaufwand noch das Geschlecht oder das Alter einen signifikanten Einfluss auf die Belastung der pflegenden Angehörigen (Schwinger, Tsiasioti et al., 2016). Frauen fühlen sich subjektiv jedoch stärker belastet (39,2 %) als Männer (20,3 %). Und in den höheren Altersgruppen wird eine stärkere Belastung empfunden als in den jüngeren, dies hingegen vor allem bei Männern (Nowossadeck et al., 2016). Möglicherweise liegt das an bestimmten Copingstrategien von jüngeren Männern, die auch eher in der Lage sind, sich Hilfe von außen zu holen (Auth, Dierkes, Leiber & Leitner, 2016). Wünsche pflegender Angehöriger zur Unterstützung sind vor allem mehr Freiräume, Auszeiten und Entlastungen durch Dritte. Insgesamt fühlt sich jede dritte Pflegeperson nicht gut unterstützt, bei besonders belasteten pflegenden Angehörigen ist es sogar jede*r Zweite (Schwinger, Tsiasioti et al., 2016).

Die Bedeutung von (Unterstützungs-)Netzwerken für pflegebedürftige Menschen

Ein wichtiger Faktor bezüglich der Versorgung und Pflege stellen die persönlichen (Unterstützungs-)Netzwerke für die Betroffenen dar. Als Rahmung bestimmen sie zum einen maßgeblich die Organisation sowie die konkrete Ausgestaltung der jeweiligen Pflegesituation und sind zum anderen ein wesentlicher Faktor bei der Frage, in wie weit pflegebedürftigen Menschen weiterhin eine Form von sozialer Teilhabe entsprechend ihrer noch verbliebenen eigenen Ressourcen möglich ist.

Wie bereits einleitend in diesem Kapitel dargelegt, werden etwa drei Viertel der Pflegebedürftigen zu Hause gepflegt, hiervon wiederum 68 % durch Angehörige und 32 % durch oder mit Unterstützung ambulanter Pflegedienste (Statistisches Bundesamt, 2018a). 29 % der Hilfe- und/oder Pflegebedürftigen leben in einem Ein-Personenhaushalt und 55 % in einem Zwei-Personenhaushalt (Hielscher et al., 2017).⁶ Bei einer anderen Studie (SOEP), die einen weiteren Begriff von Pflegebedürftigkeit verwendet und dadurch nicht nur Personen erfasst, die nach dem SGB als pflegebedürftig gelten, stellt sich das Bild etwas anders dar: hier geben sogar 44 % der befragten Hilfe- und Pflegebedürftigen an, alleine zu

⁶ Hier wurden Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI ab 65 Jahren befragt.

leben.⁷ Hier wird die Wichtigkeit persönlicher Netzwerke gerade außerhalb von stationären Einrichtungen deutlich, um eine erfolgreiche Bewältigung der Lebensphase der Pflegebedürftigkeit zu gewährleisten. Jedoch stellt sich die Realität so dar, dass fast jede*r fünfte der Alleinlebenden keine Vertrauensperson benennen konnte, auf die in Krisensituationen zurückgegriffen werden kann (Naumann, 2014).

Die Ergänzung von Pflegepersonen durch Nachbar*innen, Bekannte und/oder Familienangehörige und die jeweilige Kooperationsbereitschaft und -fähigkeit aller Akteure untereinander sind mitentscheidend für die Lebensqualität aller Beteiligten. Heusinger und Klünder (2005a) betonen an dieser Stelle, dass das soziale Netzwerk derjenige Raum ist, in dem – auf der Grundlage der dort kultivierten Einstellungen – die Umgangsweisen und das Verhalten der einzelnen Netzwerkmitglieder positiv wie negativ sanktioniert werden können. Im Laufe der Entwicklung eines Hilfe- und Pflegebedarfs wird das Hinzuziehen von professionell Pflegenden zunehmend wahrscheinlich. Dennoch ist es die gemeinsame biografische Erfahrung, die dafür sorgt, dass die häusliche Pflegesituation oft ganz eigenen, individuellen Spielregeln unterworfen ist, die das Leben und den Umgang miteinander regeln. Aber um ein Öffnen für Akteure von außen zu ermöglichen, ist eine „intern zufriedenstellende Gewichtung von Vertrauen und Kontrolle“ (Zeman, 2002, S. 162) erforderlich. Wenn diese vorhanden ist, erhöht dies die Fähigkeit und Bereitschaft zur Mitwirkung und verhindert Ablehnung und Rückzug. In Unterstützungs- und Pflegesettings handeln auch professionell Pflegenden über ihre reine Funktion als Mitarbeiter*innen einer Institution hinaus. Das liegt unter anderem daran, dass diese Pflegekonstellationen häufig über eine längere Zeit andauern und dabei tief in die Privatsphäre der zu Pflegenden eindringen, wobei Schamgrenzen deutlich überschritten werden. Durch die längerfristig stattfindende Pflegesituation wird nicht selten eine persönliche Beziehung zueinander aufgebaut. Diese wird von den Pflegebedürftigen in der Regel als enger beschrieben als von den professionell Pflegenden (Heusinger & Klünder, 2005b).

Wohnen im Alter

Wohnverhältnisse haben eine zentrale Bedeutung für die Lebensqualität (nicht nur) im Alter. Dabei sind u. a. eine barrierearme Umgebung, die Infrastruktur sowie gute nachbarschaftliche Beziehungen besonders relevant (Saup, 1993). Schaut man sich die statistischen Daten an, so sieht man, dass nur wenige ältere Menschen (5,6 % der 70 bis 80-Jährigen) im Jahr 2014 in einer barrierefreien/-reduzierten Wohnung lebten. Selbst von den mobilitätseingeschränkten Personen (hier: Menschen, die ein Hilfsmittel, wie z. B. Gehilfe, Rollator, Rollstuhl benutzen) bewohnten lediglich 6,9 % eine solche Wohnung. Dennoch schätzt die Mehrheit (89,7 %) der 40- bis 85-Jährigen ihre Wohnsituation als gut ein (Nowossadeck & Mahne, 2017). Dies kann auf das sogenannte „Wohnzufriedenheitsparadoxon“ zurückgeführt werden, demnach es eine starke Diskrepanz gibt zwischen objektiven Wohnbedingungen und der subjektiven Wahrnehmung dessen (Rüßler, 2007).

Kaum Unterschiede sind in der Bewertung der wohnumfeldnahen Infrastruktur von älteren Menschen mit und ohne Mobilitätseinschränkung zu erkennen. So gaben 2014 knapp 70 % der Menschen, die ein Mobilitätshilfsmittel benutzen, jedoch über 75 % (76,4 %) der Menschen ohne Hilfsmittelnutzung an,

⁷ Von den befragten Haushalten wurden alle privatlebenden Personen ab 65 Jahren berücksichtigt, „die angeben, in ihrem Alltag Hilfe oder Pflege zu benötigen. Entsprechend international üblicher Klassifikation gilt in dieser Studie eine Person als pflegebedürftig, wenn sie in mindestens einer alltäglichen Aufgabe wie Anziehen, Treppen steigen, Körperpflege oder Haushaltsführung eingeschränkt selbständig ist“ Naumann (2014, S. 9).

dass ihnen genügend Einkaufsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Eine ausreichende ärztliche Versorgung im Wohnumfeld bejahen drei Viertel (75,5 %) der mobilitätseingeschränkten Personen und 80,8 % der Nichtnutzer*innen von Mobilitätshilfsmitteln (Nowossadeck & Mahne, 2017). Neben dem Wohnen und der Infrastruktur in der näheren Wohnumgebung, ist auch die direkte Nachbarschaft für die Wohnzufriedenheit von zentraler Bedeutung, insbesondere dann, wenn innerhalb der Nachbarschaft gute Beziehungen und damit Unterstützungsleistungen gegeben sind (Günther, 2015). Darüber hinaus, so zeigen Studien, sind Nachbar*innen vor allem Informationsträger*innen, die sowohl über Informationen zum Stadtteil, als auch über rechtliches und gesundheitsbezogenes Wissen verfügen und andere Nachbar*innen damit versorgen (Günther, 2015). Jedoch kommen die Autor*innen des Deutschen Alterssurveys zu einem kritischen Ergebnis:

Die Befunde des DEAS 2014 zeigen, dass Nachbarschaften da besser funktionieren, wo mehr Ressourcen zur Verfügung stehen: zum Beispiel in besseren Wohngebieten und bei gesundheitlich und in ihrer Mobilität weniger eingeschränkten Menschen. In einfachen Wohnlagen haben im Jahr 2014 etwa ein Fünftel (21,4 Prozent) keinen oder nur eine Person in der Nachbarschaft, die für einen Gefallen in Frage käme – in gehobenen Wohnlagen trifft dies nur auf 7,9 Prozent zu. In der Regel können in einem nachbarschaftlichen Hilfe- und Unterstützungsmix Benachteiligungen nicht ausgeglichen werden, denn nachbarschaftliche Unterstützung ist in hohem Maße auf Reziprozität angelegt: Menschen, die dauerhaft weniger geben können als andere, bekommen auch weniger Hilfe als andere – obwohl gerade sie die Hilfe besonders nötig hätten. Das Potenzial, Hilfe und Unterstützung aus der Nachbarschaft zu erhalten, ist also in der Bevölkerung ungleich verteilt. (Berner, Mahne, Wolff & Tesch-Römer, 2017, S. 389).

Medikamenteneinnahme älterer Menschen

Im höheren Lebensalter steigt die Wahrscheinlichkeit für chronische Erkrankungen und Multimorbidität an. Damit geht die Wahrscheinlichkeit einher, auf ein Medikament oder oft mehrere Medikamente (Polypharmazie, Multimedikation) angewiesen zu sein (Hessel, Gunzelmann, Geyer & Brähler, 2000; Schaeffer, Müller-Mundt & Haslbeck, 2007). Bei den über 60-Jährigen erfolgt statistisch gesehen pro Arztbesuch eine Medikamentenverordnung (Hessel et al., 2000). Gerade Polypharmazie stellt wiederum insbesondere ältere Patientinnen und Patienten aufgrund der hohen Komplexität vor größere Herausforderungen (Eggert, Sulmann & Teubner, 2019). Um ihre Wirkung zu erzielen und um Neben- und Wechselwirkungen zu vermeiden oder zu reduzieren, müssen diese Medikamente nach genauen Vorgaben über den Tagesverlauf eingenommen werden. Hier können alterungs- bzw. krankheitsbedingte Defizite die korrekte Einnahme erschweren; das können sowohl manuelle als auch kognitive Einschränkungen sein, wie z. B. nachlassende Sehkraft und Feinmotorik sowie Vergesslichkeit (Pohlmann & Fraunhofer, 2016). Gleichzeitig ist infolge von altersbedingten körperlichen Veränderungen beispielsweise eine verstärkte oder länger anhaltende Wirkung bestimmter Medikamente möglich (Thürmann & Schmiedl, 2011).

Eine Studie von Hessel et al. (2000) hat gezeigt, dass zwei Drittel der Befragten (ab 61 Jahre und älter) mindestens ein Medikament täglich einnehmen, mehr als die Hälfte eines oder mehrere pro Tag. Weiter beachtenswert in dieser Studie ist, „dass Medikamente häufig auch ohne diagnostizierte Erkrankung und ohne ärztliche Verordnung konsumiert werden“ (Hessel et al., 2000, S. 297). Ein Umstand, der besonders im Zusammenhang mit unerwünschten Wechselwirkungen bedeutsam wird. Zudem stehen ca. 20 % der verschriebenen Medikamente für Ältere auf der sogenannten PRISCUS-Liste und sind damit eher ungeeignet für ältere Menschen (Schwinger, Jürchott & Tsiasioti, 2017). In dem Medikationsplan, auf den Patient*innen seit dem 1. Oktober 2016 einen gesetzlichen Anspruch haben (§ 31a SGB V), sofern sie mindestens drei verschiedene Medikamente verordnet bekommen, sollen

auch Medikamente aufgeführt werden, die nicht vom Arzt verordnet wurden; jedoch basieren diese Angaben jeweils auf der Selbstauskunft der Patient*innen.

Nicht allein die sachgerechte Einnahme stellt Betroffene vor Herausforderungen und erfordert eine nicht zu unterschätzende Anpassungsleistung. Die Integration der (korrekten) Einnahme in die alltägliche Lebenspraxis gehört hier ebenfalls dazu. Ebenso bedacht werden sollte, dass „auch die Beobachtung, Deutung und Kommunikation von Symptomen, der Umgang mit unangenehmen Begleiterscheinungen und mit sich anbahnenden schweren Neben- und Wechselwirkungen der Arzneimittel sowie die Informationssuche und -beschaffung [...]“ (Müller-Mundt & Schaeffer, 2011, S. 6) im Rahmen einer zielführenden und sicheren Therapie gewährleistet sein sollten. Neben den Ressourcen und Anpassungsleistungen betroffener Älterer sind auf der anderen Seite die fachlichen und sozialen Kompetenzen der Behandelnden wichtig, um in einem partnerschaftlichen Verhältnis (siehe auch „Adherence“⁸) zu einer erfolgreichen Integration von oft komplexen Medikationen in die Routinen der Lebenspraxis überzuführen (Ludwig, 2008). Einen nicht unwesentlichen Anteil an der sicheren und korrekten Einnahme von Medikamenten haben pflegende Angehörige. So gaben nach einer Studie des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) 76 % der befragten informell Pflegenden an, bei der Medikation zu unterstützen (Eggert et al., 2019). Darunter fällt etwa die Beschaffung von Medikamenten oder die Erinnerung des pflegebedürftigen Angehörigen an die Medikamenteneinnahme. Die Belastung mit diesen Aufgaben ist dabei relativ hoch. So sagen 63 % der involvierten Angehörigen, dass sie bestimmte Tätigkeiten des Medikationsprozesses als belastend erleben. Genannt werden vor allem die Aufklärung des Pflegebedürftigen über die Wirkungsweise, die Informationsbeschaffung zu Wechsel- und Nebenwirkungen sowie die Meldung dieser an die Ärzteschaft bzw. an den Pflegedienst. Zudem scheinen Medikationsfehler häufiger aufzutreten, wenn mehrere Personen an dieser beteiligt sind (Eggert et al., 2019).

Informiertheit und Nutzung von Unterstützungsangeboten (der Pflegeversicherung)

Das *Zentrum für Qualität in der Pflege* befragte im Rahmen einer Untersuchung informell Pflegende zwischen 40 und 85 Jahren unter anderem bezüglich ihrer Informiertheit zu gesetzlichen Ansprüchen. Insgesamt stimmten 56 % der Aussage (eher) zu, dass sie sich gut über die Leistungen der Pflegeversicherung für pflegende Angehörige informiert fühlen. Etwas mehr (67 %) fühlten sich (eher) gut darüber informiert, welche Leistungen dem pflegebedürftigen Angehörigen zustehen und 79 % der Pflegenden wissen, wo sie eine individuelle Pflegeberatung erhalten (Eggert, Storch, & Sulmann, 2018). Zwar sind Angebote der Pflegeversicherung, wie z. B. Tages- und Kurzzeitpflege mehrheitlich bekannt, sie passen jedoch meist aus anderen Gründen nicht in die jeweilige Situation, beispielsweise, weil sie zu teuer sind oder die Angebote nicht in der Nähe verfügbar waren (Schwinger, Jürchott, Tsiasioti & Rehbein, 2016).

Bei einer Befragung des ZQP von Personen ab 18 Jahren *mit und ohne persönliche Pflegeerfahrung* zeigt sich ein etwas anderes Bild (Eggert & Vähjunker, 2015):

- 75 % fühlten sich in Bezug auf Ihre Leistungsansprüche (sehr) schlecht informiert.

⁸ Adherence meint „the extent to which a person’s behaviour – taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider.“ (WHO (2003, S. 3).

- Selbst 63 % der Befragten mit persönlicher Pflegeerfahrung fühlten sich unzureichend informiert.
- 59 % der Befragten ist der Anspruch auf individuelle, unabhängige und kostenlose Beratung im Pflegefall unbekannt.
- 25 % der Befragten gaben an, eine auf das Thema Pflege spezialisierte wohnortnahe Beratungsstelle zu kennen.
- 8 % kannten einen konkreten Pflegestützpunkt.
- Insgesamt weiß jede*r fünfte Befragte, wie er/sie in einem Pflegefall vorgehen müsste.

Es kann davon ausgegangen werden, dass Personen mit längerer Pflegeerfahrung auch eine bessere Informiertheit aufweisen. Personen, die eher plötzlich Unterstützung in Bezug auf eine Pflegebedürftigkeit benötigen, sind jedoch möglicherweise nicht ausreichend über Ihre Rechte und Möglichkeiten der Unterstützung informiert.

Im Zusammenhang mit einer Evaluation von Pflegestützpunkten wurden die Nutzer*innen darüber befragt, wie sie von dem Angebot der Beratung erfahren haben.

In Hamburg zeigt sich, dass regionale Informationswege über Zeitungen (31,1 %) neben der Information durch Behörden (16,3 %) und der Mund-zu-Mund Propaganda (11,2 %) am effektivsten (n=3921) sind. Das Internet spielte hier nur eine relativ untergeordnete Rolle (6,6 %). (...) Ähnliche Ergebnisse bezüglich der Informationswege wurden für Brandenburg veröffentlicht: Hier sind die Informationswege (n=194) Zeitung, Flugblatt und Internet (34 %) zusammengefasst. Freunde, Bekannte und Angehörige decken ebenfalls einen hohen Anteil der Information von Beratungssuchenden (16 %) ab (Klie, Frommelt & Schneekloth, 2011, S. 39).

Dennoch zeigen aktuellere Studien, dass sich rund 59 % der Befragten zu den Themen Gesundheit und Pflege im Internet informieren (Eggert & Vähjunker, 2015). Trotz klarer Zuständigkeiten, die gesetzlich festgeschrieben sind, kann die Beratungslage insgesamt eher als intransparent sowie recht uneinheitlich bewertet werden.

Seit Inkrafttreten des PSG I im Januar 2009 besteht ein Anspruch auf Pflegeberatung nach § 7a SGB XI.⁹ Seit dem PSG II (Januar 2016) haben auch Angehörige und ehrenamtliche Helfer*innen einen eigenständigen Anspruch auf Beratung (sofern Pflegebedürftige zustimmen). Es besteht eine ausgesprochen heterogene Beratungslandschaft mit unterschiedlichen Beratungsaufträgen. So findet die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in Pflegestützpunkten, Pflegekassen, bei COMPASS (Private Pflegeberatung), in ambulanten Pflegediensten, kommunalen Stellen oder Einrichtungen der Wohlfahrtspflege statt. Daneben existieren Angebote, die von privaten Unternehmen angeboten werden und solche, die aus dem Bereich der Selbsthilfe stammen (Büscher, Oetting- Roß, & Sulmann, 2016). Pflegenden Angehörigen wünschen sich laut der Eurofamcare Studie (2006) in erster Linie Beratung im Bereich der Hilfen, die zur Verfügung stehen und wie darauf zurückgegriffen werden kann sowie über Krankheitsbilder der Pflegebedürftigen. Sie wünschen sich weniger Unterstützung durch Gespräche mit anderen Betroffenen (Döhner & Lüdecke, 2005). Pflegenden Angehörigen in Deutschland nannten vor allem Hausärzt*innen und weitere Angehörige des Gesundheitssystems (56,1 %) als wichtigste Ansprechpartner*innen

⁹ Aktuell wird die Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen nach § 7a Abs. 9 SGB XI neu evaluiert. Der Bericht zu den gewonnenen Erkenntnissen soll am 30.06.2020 vorliegen. (https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte/pflege_laufende_projekte_8/pflegeberatungsstrukturen.jsp).

für die Hilfe beim Zugang zu Diensten, gefolgt von Familie, Freund*innen und Nachbar*innen (23,4 %), Ämter und Beratungsstellen (12,6 %) und Kranken-/Pflegeversicherung (11,4 %). Im Vergleich dazu war die Bedeutung von Ämtern (50,8 %) in Schweden zentraler als Familie und Freund*innen (7,7 %) (Lamura et al., 2006). Neuere Studien zeigen, dass nur 62 % der befragten pflegenden Angehörigen Beratung über Unterstützungsleistungen erhalten haben. 53 % der Personen, die eine Pflegeberatung in Anspruch genommen haben, haben diese in einer Beratungsstelle der Pflegekasse erhalten und 31 % in der eigenen Häuslichkeit durch die Pflegekasse (Schwinger, Tsiasioti et al., 2016).¹⁰ Weiter heißt es:

Neben der Pflegekasse gaben die Hälfte der Befragten den ambulanten Pflegedienst (48,4 %) und den (Haus-)Arzt (47,6 %) als Beratungsquelle an. Beratungsstellen der Kirchen bzw. der freien Wohlfahrts-pflege oder kommunale Beratungsstellen wurden hingegen seltener erwähnt. Nur eine Minderheit hat sich in einem Pflegestützpunkt beraten lassen (Schwinger, Tsiasioti et al., 2016, S. 207).

In einer Untersuchung zu den relevanten Anliegen in Beratungsgesprächen mit Pflegebedürftigen und Angehörigen wurden folgende Themen am häufigsten besprochen bzw. bilden die Informationsbedarfe ab (Nickel, Born, Hanns & Brähler, 2011):

- Informationen zum Versorgungssystem (27,8 %)
- Informationen zu individuellen Zugangsmöglichkeiten (28,7 %)
- Informationen zu regionalen Anbietern (15,8 %)
- Situations- und krankheitsspezifische Fragen (27,8 %)

Allgemeine Aussagen über die Inanspruchnahme von Pflegeberatungsangeboten durch Menschen mit Migrationshintergrund sind aufgrund sehr unterschiedlicher Datenlagen kaum zu treffen, da unter anderem der Migrationsstatus nicht einheitlich definiert wird (Tezcan-Güntekin, 2015). Am Beispiel russischsprachiger Migrant*innen wird laut einer Studie im Jahr 2011 deutlich, dass diese nur zu 10 % überhaupt von der Existenz einer Beratung wissen und diese trotz offensichtlichen Bedarfs nicht in Anspruch nehmen. Die Gründe für die eher weniger ausgeprägte Inanspruchnahme können zum Beispiel der unklare Versicherungsstatus, Scham, Diskriminierung in Beratungssituationen oder Kommunikationsprobleme sein (Tezcan-Güntekin, 2015).

Die Einstellungen zu Beratungsangeboten sind sehr unterschiedlich. So glauben 15 % der Befragten ab 18 Jahren mit und ohne Pflegeerfahrung, dass eine Beratung durch Hausärzt*innen oder Pflegedienste ausreichend sei. Demgegenüber halten 57 % eine spezialisierte Beratung für notwendig (bei Pflegeerfahrenen sind es 75 %). 44 % der Befragten gaben an, dass die Nähe zum Wohn- bzw. Arbeitsort und die Kostenfreiheit des Beratungsangebotes eine Rolle spielen. (Eggert & Vähjunker, 2015). Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Ratsuchenden es als hilfreich empfanden, wenn eine Beratung stattfand und sie stellten eine Verbesserung der Pflegesituation fest. Für einige stellt jedoch die Inanspruchnahme (oft durch Informationsdefizite) eine Hürde dar (Böttcher, Buchwald & Kohte, 2013). Die Bewertung durch hoch belastete Befragte einer Studie weist jedoch darauf hin, dass hier keine ausreichende Unterstützung durch Beratung stattfand:

[N]ur 37 % der hoch Belasteten finden, dass die Pflegeberatung sehr geholfen hat, wobei dies unter den niedrig Belasteten schon auf fast die Hälfte (49,3 %) zutrifft. Darüber hinaus denken 9 %, dass die Beratung

¹⁰ Hier waren Mehrfachnennungen möglich, da Beratungen häufig mehr als einmal in Anspruch genommen werden.

„wenig‘ bis ‚gar nicht‘ geholfen habe, während dieser Anteil in der Gruppe der niedrig Belasteten nur 3 % beträgt (Schwinger, Tsiasioti et al., 2016, S. 207).

2.3 Versorgungsstrukturen

Nachdem die Daten zu häuslichen Pflegearrangements in Deutschland dargestellt wurden, werden in diesem Kapitel zum einen die zentralen Stakeholder der pflegerischen Versorgung in den Kommunen im Allgemeinen dargestellt und zum anderen die Versorgungsstrukturen konkret in Gelsenkirchen.

2.3.1 Zentrale Stakeholder der häuslichen Versorgung

Im Pflegesystem gibt es eine Vielzahl an verschiedenen Akteuren, aus unterschiedlichen Professionen, die regelmäßig Kontakt zu pflegenden Angehörigen und Menschen mit Pflegebedarf haben. Die medizinische Versorgung von Pflegebedürftigen nimmt dabei einen großen Stellenwert in der Gesamtversorgung ein. Problematisch ist, dass die medizinische Versorgung eine andere gesetzliche Grundlage (SGB V) sowie einen anderen Kostenträger als die pflegerische innehat. Dadurch „liegt die Verantwortung für die medizinische Versorgung und deren Qualität bei anderen Entscheidungsträgern als die Verantwortung für die pflegerische Versorgung“ (Broge, Stegbauer, Woitzik & Willms, 2018, S. 137). Folgend werden einige für die pflegerische und medizinische Versorgung zentrale Stakeholder sowie exemplarisch ihre wesentlichen Herausforderungen in der Praxis dargestellt.

*Allgemeinmediziner*innen (Hausarzt*innen)*

Hausarzt*innen gelten als besonders wichtige Ansprechpartner*innen für Ältere in gesundheitlichen Fragen. Insgesamt haben ca. 96 % der Bevölkerung 65+ einen Hausarzt oder eine Hausärztin und frequentieren diese häufig. So besuchten beispielsweise im Jahr 2014 nahezu alle Pflegebedürftigen (95,4 %) ihren Hausarzt/ihre Hausärztin. (Schwinger, Jürchott et al., 2016). Menschen ab 65 Jahren haben durchschnittlich alle zwei Monate einen Termin und mit höherem Alter steigt diese Frequenz weiter an (Saß, Wurm & Ziese, 2009b). Hausarzt*innen dienen allgemein als recht früher Kontakt von Betroffenen mit – meist komplexeren – Problemlagen¹¹. Im Alter liegen diese besonders im Bereich der somatischen Beschwerden: Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Apparates und Durchblutungsstörungen (z. B. Hyperlipidämie, Krampfadern, Herzinsuffizienz und Bluthochdruck, Arteriosklerose und koronare Herzkrankheiten) sowie Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates, wie Gelenk-, Bandscheiben-, Rücken- und Knochenleiden. Psychische Beschwerden nehmen im Alter nicht überdurchschnittlich zu, im Detail sind jedoch Demenzen und Depressionen im Alter vertreten (Saß et al., 2009b).

Neben dem Besuch bei Hausarzt*innen hatten die meisten Pflegebedürftigen (84,5 %) im Jahr 2014 mindestens einen Kontakt zu einer Facharztpraxis. (Schwinger, Jürchott et al., 2016). Im Alter verändern sich nicht nur die Erkrankungen, sondern auch die Disziplinen von Ärzt*innen, die aufgesucht werden. So verlieren mit Zunahme des Alters insbesondere Gynäkolog*innen und Zahnärzt*innen an Bedeutung. Häufiger werden hingegen die gerade genannten Allgemeinmediziner*innen sowie Augenärzt*innen, Internist*innen und Urolog*innen aufgesucht (Saß, Wurm & Ziese, 2009a).

¹¹ Einschätzung im Rahmen der 5. Fachdiskussion in Gelsenkirchen.

In ihren Praxen und Niederlassungen haben Ärzt*innen häufig mit verschiedensten Problemen zu tun. So leiden sie oftmals unter einer zeitlichen Überforderung u. a. aufgrund der Berücksichtigung der sozialen Indikationen der Patient*innen. Auch stehen sie vermehrt der Herausforderung gegenüber, ihre Expertise zu erweitern. Dies ist insbesondere bezüglich sich stetig ändernder Richtlinien zur Heilmittelverordnung (u. a. verschiedene Möglichkeiten und Finanzierungswege) der Fall (Tesch-Römer & Wurm, 2009). Problematisch ist ebenfalls, dass „[g]enderspezifische Aspekte [...] wenig in der ärztlichen Behandlung berücksichtigt [werden]“ (Achenbach, 2010, S. 313). So ergibt sich zum Beispiel bei der Behandlung von multimorbiden Frauen 65+, häufig der Verlust des Status als Ansprechpartner*innen. Stattdessen erlangen professionelle Pflegefachkräfte, insbesondere von ambulanten Pflegediensten einhergehend mit einer intakten Vertrauensbeziehung, diesen Status. Verstärkt wird dieses Phänomen bei weiblichen Pflegekräften, da dort „von Frau zu Frau“ die Probleme geschildert werden können (Achenbach, 2010).

Doch auch für die Patient*innen ergeben sich Probleme im hausärztlichen Kontakt. Beispielsweise haben Kruse, Schmitz, Wöller, Heckrath und Tress (2004) in ihrer Studie herausgefunden, dass bei knapp 40 % der Patient*innen ihre psychische Symptomatik übersehen wurde. Weiter stellten sie fest, dass trotz des zentralen Stellenwertes von Hausärzt*innen mehr als die Hälfte (52 %) der Patient*innen in der Studie ihre psychischen Beschwerden nicht mitteilten, obwohl diese später der beteiligten Psychotherapeutin geschildert wurden (Kruse et al., 2004).

Kurzzeit- und Tagespflege

Wenn die häusliche Pflege nicht sichergestellt ist oder diese ergänzt werden muss, können Pflegebedürftige ab dem Pflegegrad 2 eine teilstationäre Pflege – die Tages- oder Nachtpflege – in Anspruch nehmen (§ 41 Abs. 1 SGB XI). Die Kurzzeitpflege soll hingegen die Versorgung von Pflegebedürftigen z. B. nach Krankenhausaufenthalten oder häuslichen Krisensituationen gewährleisten (§ 42 Abs. 1 SGB XI).

Trotz des Ziels der Entlastung, schränken diese Betreuungsangebote die Flexibilität der Pflegenden ein. So steht das Entlastungsangebot z. B. in Form einer Tagespflege bei Angehörigen in der Kritik, da diese „gezwungen“ sind sich an die Betreuungszeiten der Angebote zu richten und sich diese nicht an den spezifischen Lebensumständen der Patient*innen und ihren Angehörigen orientieren. So können beispielsweise durch die begrenzten Kapazitäten in einer Einrichtung nur noch bestimmte Tage frei sein, die jedoch nicht zu den Arbeitszeiten der Pflegepersonen passen (Frewer-Graumann, 2014). Die Angebote der Kurzzeit- und Tagespflege werden trotz aller Belastungen daher eher selten in Anspruch genommen: „Eine Tages- und Nachtpflege nutzen im Laufe eines Jahres 4 %, Kurzzeitpflege 12 % und Verhinderungspflege 24 % aller ambulant Pflegebedürftigen“ (Schwinger, Tsiasioti et al., 2016, S. 190).

Ambulante (Pflege-)Dienste

Seit dem Bestehen der Pflegeversicherung ist die Relevanz von ambulanten Pflegediensten innerhalb der deutschen Pflegelandschaft, durch die Schaffung flächendeckender Strukturen ambulanter Versorgung (Hämel, 2012) enorm gestiegen. „Da die Pflegeversicherung als Teilkaskoversicherung nicht bedarfsdeckend ist, ist ein Ressourcenmix zur Sicherstellung des Pflegebedarfs de facto festgeschrieben“ (Hämel, 2012, S. 130). Ganz im Sinne der Prägung der deutschen Pflegelandschaft (Familienorientierung des Wohlfahrtregimes, Subsidiaritätsprinzip etc.) sind ambulante Dienste eine zwingend notwendige Ergänzung zur Ermöglichung der Prämisse „ambulant vor stationär“ (siehe *Gesetzliche Grundlagen der Pflegeversicherung*). Auch kommen sie aus professioneller Sicht erst bei privater Überforderung –

zur Verhinderung von Heimaufenthalten, welche ohne kooperatives Pflegearrangement die unweigerliche Folge wären – zum Einsatz (Haber Kern, 2009). In dieser Logik hat das „Kundenparadigma“ Einzug gefunden, nach dem Pflegebedürftige als nachfragemächtige Konsument*innen angesehen werden sollen, die eigenständig Sachleistungen am Pflegemarkt einkaufen (Hämel, 2012).

Trotz des steigenden Bedarfs und einer Ausweitung an ambulanten Pflegeangeboten, bestehen noch deutliche Defizite in der Versorgungsqualität (List, Ryl & Schelhase, 2009). In der (ambulanten) Pflegearbeit gilt es, alle Gegebenheiten in der Dokumentation zu vermerken. Das bedeutet, dass die Dokumentation einen großen Stellenwert einnimmt und damit einen großen Zeitaufwand mit sich bringt. Es werden verschiedene Dokumentationsebenen unterschieden, z. B. das Abzeichnen von erbrachten Leistungen mit Kürzeln, kleine Berichte über Besonderheiten an dem jeweiligen Tag und etwas umfangreichere Berichte mindestens einmal die Woche. Die gesetzlichen Vorgaben zu einer detaillierten Dokumentation erhöhen jedoch den Arbeitsaufwand und entwickeln sich zu bürokratischen Hürden in der Pflege (Hielscher, Nock, Kirchen-Peters & Blass, 2013). Trotz dieser Anforderung gibt es in der Praxis keine einheitlichen Dokumentationsweisen (List et al., 2009).

Krankenhäuser

Ältere Menschen ab 65 Jahren werden häufiger Patient*innen eines Krankenhauses und haben durchschnittlich eine längere Krankenhausverweildauer als Personen unter 65 Jahren: Im Jahr 2006 machten über 40 % der Patient*innen Menschen über 65 Jahren aus (Saß et al., 2009a). Im Jahr 2015 betrug in deutschen Krankenhäusern die Fallzahl von Menschen ab 60 Jahren über 10 Millionen. Im Jahr 2020 soll diese 11,16 Millionen und im Jahr 2030 sogar 13,33 Millionen betragen (Deloitte, 2015). Typische Gründe für einen Krankenhausaufenthalt bei Älteren sind Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems und Krebserkrankungen. Bei Hochaltrigen sind vermehrt Verletzungen, z. B. nach Stürzen der Grund für die Einweisung (Saß et al., 2009a). Auch Pflegebedürftige werden oft im Krankenhaus behandelt. So war fast die Hälfte der Pflegebedürftigen (48,3 %) im Jahr 2014 mindestens einmal im Krankenhaus. In jedem zehnten Fall (9,8 %) wurde während oder kurz nach dem Aufenthalt eine Pflegebedürftigkeit festgestellt (Schwinger, Jürchott et al., 2016).

Besonders im Bereich der Versorgung von älteren Patient*innen ist eine Problemlage der reibungslose Übergang in verschiedene Versorgungssegmente; so z. B. von der akuten stationären Behandlung zurück in die häusliche Umgebung oder in eine andere stationäre Versorgung, wie eine Rehabilitationsmaßnahme. Durch die problembehafteten Übergänge, fehlende weiterführende ambulante Therapiemöglichkeiten oder fehlende Unterstützung im Alltag werden erneute Krankenhausaufenthalte begünstigt, wodurch die Betroffenen in einem Kreislauf gefangen sind, der nur durch ein funktionierendes Entlassmanagement wieder verlassen werden kann (Saß et al., 2009a).

Pflegekasse und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Die Pflegekasse ist als Kostenträger verantwortlich für die Pflege in Deutschland. Damit z. B. ambulante Pflegeanbieter mit der Pflegekasse abrechnen können, benötigen diese einen gemeinsamen Versorgungsvertrag, u. a. mit der Zusicherung die festgelegten Qualitätsstandards einzuhalten (Büscher & Krebs, 2018). Die Pflegekassen arbeiten mit dem MDK zusammen, um die Pflegegesetze umzusetzen. Der MDK ist eine neutrale medizinisch-pflegerische-Fachbehörde und soll zum einen die Begutachtung von (potenziell) Pflegebedürftigen und zum anderen die Qualitätssicherung der Pflege übernehmen (Hielscher et al., 2013). Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 wurde der Stellenwert des

MDK nochmals gestärkt, in dem eine jährliche Prüfung von Pflegeeinrichtungen und die Veröffentlichung der Ergebnisse verpflichtet wurden (Büscher, Wingenfeld & Igl, 2018). Problematisch erscheint die Tatsache, dass trotz eines vorherrschenden Marktes an Versicherungen in Deutschland bei der Wahl der zuständigen Pflegekasse keine Auswahl getroffen werden, so wie es z. B. bei der Krankenversicherung der Fall ist (Greß, 2018).

In Bezug auf die Begutachtung potenziell Pflegbedürftiger durch den MDK belegen Studien, dass die Verfahren häufig nicht gleich verlaufen, so dass es zu Zweifeln an der Validität der Ergebnisse kommt (Simon, 2004). So bekämen etwa Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status und Frauen oftmals einen geringeren Pflegegrad (vormals Pflegestufe) als vergleichbare männliche Personen oder Menschen mit einem höherem sozioökonomischen Status (Schmucker, 2011). Weiterhin werden Begutachtungsverfahren von den anwesenden Personen beeinflusst: Die Anwesenheit von externen Pflegefachkräften erzielen eine höhere (damalige) Pflegestufe. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Nicht-Anwesenheit zu geringeren (damaligen) Pflegestufen führen kann (Simon, 2004). Diese Problemlagen scheinen bis heute nicht gelöst und führen dazu, dass sich soziale Ungleichheiten in der Pflegebedürftigkeit reproduzieren.

2.3.2 Versorgungsstrukturen in Gelsenkirchen

Das PiQ-Projekt zielt darauf ab, die Strukturen (vor-)pflegerischer Versorgung auf Quartiersebene zu optimieren. Das soll durch die Bereitstellung von Informationen, verbesserten Kommunikationsstrukturen und die Förderung von Teilhabemöglichkeiten durch eine umfassende Vernetzung aller am Pflegeprozess beteiligten Akteur*innen und Institutionen erreicht werden.

Als Referenzgebiet wurden gezielt vier Quartiere in Gelsenkirchen gewählt, die infra- und sozialstrukturell stark divergieren (Krön, Grates & Rübler, 2017). Diese Quartiere werden als stellvertretend für das Ruhrgebiet betrachtet. Das Ruhrgebiet ist mit seiner Bevölkerungsstruktur anderen Regionen Deutschlands demographisch etwa fünf bis zehn Jahre voraus (Naegele & Reichert, 2005). So finden sich hier beispielsweise sehr hohe Anteile von Menschen mit Migrationsgeschichte und älteren Menschen, vergleichsweise hohe Quoten der Arbeitslosigkeit sowie ein überproportionaler Rückgang der Bevölkerung. Technische Innovationen wie Digitalisierungen im Bereich der Pflege oder Vernetzungsprozesse auf Quartiersebene dienen hier somit als Modell, das als stellvertretend für andere Regionen in Deutschland betrachtet werden kann.

Die pflegerischen Strukturen gestalten sich laut der Pflegebedarfsplanung der Stadt Gelsenkirchen im Erhebungsjahr 2017 wie folgt. Zu diesem Zeitpunkt gab es 24 vollstationäre Pflegeheime mit insgesamt 2.641 Pflegeplätzen. Diese halten insgesamt 161 eingestreute Kurzzeitpflegeplätze bereit, wobei es zusätzlich zwei reine Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit insgesamt 41 Versorgungsplätzen gibt. Ergänzend dazu bietet die Versorgungslandschaft in Gelsenkirchen sechs Tagespflegeeinrichtungen, die 113 Plätze zur Verfügung haben. Die ambulante Versorgungslandschaft gestaltet sich in Gelsenkirchen mit 36 Anbietern sehr differenziert. Speziell für Menschen mit demenziellen Erkrankungen gibt es zudem 27 Wohngruppen von sieben Anbietern, die 229 Plätze dieser alternativen Versorgungsform zur Verfügung stellen.

Laut der Stadt Gelsenkirchen reichen sowohl die vollstationären Pflegeplätze, als auch die Anzahl der Kurzzeitpflegeplätze unter der Annahme zweier verschiedener Rechnungsmodelle¹² bis zum Ende des Jahres 2020 für die Versorgung der Gelsenkirchener Bevölkerung aus. Lediglich im Bereich der (teilstationären) Tagespflegeplätze sieht die Stadt einen zusätzlichen Bedarf, aufgrund einer gesteigerten Nachfrage im Jahr 2015 (Stadt Gelsenkirchen, 2017).

Neben diesen pflegerischen Versorgungsstrukturen gibt es eine Vielzahl niedrigschwelliger Beratungsangebote, die sich über die gesamte Stadt verteilen. Wichtig sind hier die zwei Pflegestützpunkte sowie die kommunale Beratungsstelle als Anlaufstelle für Bürger*innen zu allen pflegerischen Fragestellungen zu nennen. Zudem ist hier als wichtiger Akteur in der Beratungslandschaft vor allem das Generationennetz Gelsenkirchen e. V. aufzuführen. Als Vernetzung zwischen der Stadtverwaltung, Pflege- und Wohnungsunternehmen, der Wohlfahrt sowie bürgerschaftlich Engagierten betreibt das Generationennetz über die Stadt verteilt vier Infocenter, die qualifizierte Beratung zu allen Fragen des Alter(n)s anbieten. Darüber hinaus existieren 30 Außenstellen (Stand 2019) der Infocenter, die die Möglichkeit bieten auch im direkten Wohnumfeld eine Beratung in Anspruch zu nehmen. Betrieben werden diese Außenstellen von einzelnen Mitgliedern des Generationennetzes. Das dient insbesondere zur Dezentralisierung von Beratung(szugängen). Bei den Infocentern können die Bürger*innen ebenfalls wichtige Informationen zum spezifischen Thema Demenz oder Wohnen bekommen. Darüber hinaus gibt es weitere Beratungsstellen, die spezielle Beratung zum Thema der demenziellen Erkrankungen anbieten. Da sei zum einen die Alzheimergesellschaft Gelsenkirchen e. V. zu nennen, weiterhin die „Fachstelle Demenz“ der Caritas, die städtische Beratungsstelle „Pflege, Alter, Demenz“ (PFAD) sowie das Demenz-Servicezentrum für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte (bis Ende 2018). Weiterhin gibt es in Gelsenkirchen zum Stand Januar 2019 15 Selbsthilfegruppen für Angehörige von Menschen mit demenziellen Veränderungen sowie 27 Wohngemeinschaften inklusive zwei, die speziell auf Menschen mit demenziellen Erkrankungen und Migrationshintergrund ausgerichtet sind.

Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Versorgungslandschaft in Gelsenkirchen ist die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG). Diese besteht aus sieben einzelnen Arbeitskreisen (AK). Der AK Altenarbeit wird beispielsweise von einem Sprecherrat geleitet mit dem Ziel der Vernetzung und Planung von Maßnahmen und Projekten zur stetigen Verbesserung der Altenhilfestrukturen in Gelsenkirchen. Mitglieder sind hier gesundheits- und pflegerelevante Akteure aus den ambulanten und teilstationären Sektoren, Kosten- bzw. Leistungsträger (z. B. Vertreter*innen der Pflegekassen, Krankenhäuser, Beratungsstelle/Betreuungsstelle der Stadt Gelsenkirchen, die Fachstelle Demenz, die Alzheimer Gesellschaft e. V., das Generationennetz Gelsenkirchen e. V., die Gelsenkirchener Pflegeselbsthilfe).¹³

Darüber hinaus gibt es in Gelsenkirchen die Kommunale Konferenz Pflege und Alter (§ 8 APG NRW). Die Geschäftsführung dieser Konferenz wird dabei von dem Referat Soziales der Stadt Gelsenkirchen wahrgenommen. Der/die Vorsitzende ist der Vorstand für Arbeit und Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz der Stadt Gelsenkirchen. Teilnehmer*innen der kommunalen Pflegekonferenz sind

¹² Das erste Modell geht dabei davon aus, dass die aktuellen Pflegezahlen des letzten aktuellen Datenbestandes der Pflegeversicherung auch dem zukünftigen Bedarf entsprechen. Die Berechnung erfolgt dann über die Umlage der Pflegezahlen auf die Bevölkerungsprognosen für das Zieljahr. Demgegenüber erfasst das zweite Modell nicht nur die Daten aus dem Ausgangsjahr 2015, sondern bezieht alle Erhebungszeitpunkte bis zum Jahr 2009 mit ein. Für weitere Informationen zur Berechnung und zum Vorgehen siehe Stadt Gelsenkirchen (2017).

¹³ Internetauftritt des Arbeitskreises Altenarbeit der PSAG: http://www.psag-ge.de/?page_id=208.

beispielsweise Vertreter*innen der kommunalen Seniorenvertretung und des kommunalen Integrationsrates. Darüber hinaus ein Akteur der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft, ein*e Vertreter*in der behandelnden Ärzt*innen sowie Vertreter*innen der Kranken- und Pflegekassen, aus Pflegeeinrichtungen, der Krankenhäuser und des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung. Weiterhin ist ebenfalls ein*e Vertreter*in der Bewohner*innen, Angehörigen oder Betreuer*innen der Wohngemeinschaften mit Betreuungsleistungen bzw. Altenwohngemeinschaften sowie ein*e Vertreter*in der örtlichen Selbsthilfegruppen Teil der Pflegekonferenz.

2.3.3 Vernetzung in der Altenhilfe und Pflege

Verschiedene Studien und Modellprojekte weisen darauf hin, dass eine bedarfsgerechte und nutzer*innenorientierte Versorgung insbesondere dann gegeben ist, wenn die Vernetzung zwischen den Akteuren der Bereiche Pflege, Medizin und Psychosoziales sowie zwischen den Sektoren ambulant und (teil-)stationär verstärkt würde (vgl. u. a. Bönisch, 2017; Höhmann, Müller-Mundt & Schulz, 2004; Kunze & Roth, 2014; Salzmänn-Zöbeley, Pfänder, Vallon & Weiser, 2006; Schäfer-Walkmann & Traub, 2017). Die Vernetzungen können beispielsweise in Form von zentralen Instanzen, die das Netzwerk koordinieren oder durch direkte Kooperationsformen zwischen den Akteuren organisiert werden (Höhmann et al., 2004).

Insgesamt wird in Gelsenkirchen durch verschiedene Gremien und institutionalisierte Kooperationen Vernetzungsarbeit im Bereich der Altenhilfe und Pflege gewährleistet. Man kann jedoch nicht automatisch davon ausgehen, dass diese Netzwerkarbeit direkt in die Lebensrealität der Menschen mit Pflegebedarf und ihren Angehörigen hineinwirkt. Dennoch ist Gremienarbeit einerseits relevant für persönliche Kontakte zwischen den Akteuren, die ggf. zu einer verstärkten Kooperation führt und die sektorübergreifende Versorgung stärkt. Andererseits haben vor allem institutionalisierte Kooperationsformen den Mehrwert, dass sie eher legitimiert sind und durch die Führungsebene unterstützt werden. Darüber hinaus sind diese Formen der Vernetzung über Personalwechsel hinweg verbindlicher und ermöglichen somit Kooperationen, die nicht geknüpft sind an persönlichen Beziehungen zwischen professionellen Akteuren.

3 Digitalisierung in der Pflege und bei Hilfebedarf

Der demografische Wandel und der prognostizierte Fachkräftemangel rücken derzeit den möglichen Einsatz digitaler Lösungen im Pflegebereich stärker in den Fokus. Gerade den Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) „[...] werden in diesem Zusammenhang große Potenziale bei der Verbesserung der Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung, dem Abbau von Bürokratie und der Steigerung der Effizienz im Gesundheitswesen zugesprochen“ (Roland Berger GmbH, 2017, S. 7). Im Vergleich mit anderen Branchen zeigt sich allerdings gerade der Pflege- und Gesundheitsbereich aufgrund seines starken interaktiven Personenbezugs als niedrig digitalisiert und auch die weitere Entwicklung schreitet hier nur langsam voran (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie, 2018).

Eine Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit hat aber nachgewiesen, dass IKT für die Akteure im Pflegebereich ein zentrales Entwicklungsthema darstellt. Die Erwartungen der Pflegeakteure reichen dabei von effizienteren Einsätzen knapper Ressourcen, über eine Flexibilisierung und Qualitätsverbesserung bestehender Prozesse und Abläufe bis hin zu Impulsen für Prozessentwicklungen. Darüber hinaus lässt sich auch die Erwartung erkennen, dass durch den Einsatz von IKT in der Pflege eine bessere Vernetzung der Leistungsanbieter*innen und anderer Akteure erreicht werden kann (Roland Berger GmbH, 2017; Rösler, Schmidt, Merda & Melzer, 2018). Das Projekt „Hospimatix“ hat etwa das Patientenzimmer der Zukunft vor Augen, welches an Smart Home Installationen zu Hause erinnert und in dem mobilitätseingeschränkte Patient*innen per Sprachsteuerung Fenster schließen und Heizungen steuern können, um die Pflegekräfte von solchen Aufgaben zu entlasten (Bechtel, 2019). Weiter soll es auch möglich sein sprachgesteuert z. B. über akute Schmerzen zu informieren. Diese Information wird der Pflegefachkraft und im Bedarfsfall dem Arzt/der Ärztin weitergeleitet, so dass kurzfristig und zeitnah eine nötige Medikation verabreicht werden kann. Eine weitere Studie hat ergeben, dass die befragten Pflegekräfte dem Einsatz von Technik generell positiv gegenüberstehen, allerdings nur insoweit wie die Technik nicht den persönlichen Umgang zu den Bewohner*innen ersetzt. Zudem wurden Bedenken zu Fehlfunktionen geäußert, was deutlich macht, dass die Einführung von technischen Unterstützungen immer auch von Schulungen und Trainingseinheiten begleitet werden sollte (Claßen et al., 2010).

Im ambulanten Bereich sind hingegen oftmals mehrere verschiedene Akteure an der Versorgung eines/einer Patient*in beteiligt. Die pflegebedürftige Person stellt in diesem Fall das Zentrum einer sehr komplexen Versorgungslage dar. Umso wichtiger ist eine gute Vernetzung und Zusammenarbeit der beteiligten Akteure. Beispielsweise wird eine Person von einem ambulanten Pflegedienst betreut und gleichzeitig in einer Tagespflegeeinrichtung versorgt. Die Pflegedokumentation wird in beiden Einrichtungen unabhängig voneinander geführt, es treten Doppelungen auf, aber eventuell auch unterschiedliche Diagnosen die in unterschiedlichen Maßnahmen resultieren. An dieser Stelle wäre der Einsatz einer gemeinsamen, elektronischen Pflegedokumentation im Schnittstellenmanagement sehr sinnvoll. Somit würden aufwendige Übergabegespräche und ein möglicher Informationsverlust umgangen (Braeseke, Meyer-Rötz, Pflug & Haaß, 2017). Allerdings lässt sich auch nicht von der Hand weisen, dass digitale Lösungen, die für die Pflege konzipiert werden, oftmals noch an der Realität vorbeigehen. So stellt gerade eine Pflegebedürftigkeit eine sehr komplexe Lebenslage dar. Technische Lösungen, die in diesem Bereich (mit) eingesetzt werden sollen, müssen also eine Vielzahl an Faktoren berücksichtigen und vor allem muss der „Ausgangspunkt für technische Entwicklungen im

Pflegebereich [...] die Bedürfnis- und Bedarfslagen von pflegebedürftigen Menschen und deren Bezugspersonen“ (Elsbernd, Lehmeier, Schilling, Warendorf & Wu, 2014, S. 12) sein.

Nichtsdestotrotz spielt Technik im Alltag vieler Menschen eine immer wichtigere Rolle. Die ARD/ZDF-Onlinestudie 2018 zeigt, dass 2018 erstmals über 90 % der Bevölkerung Zugang zum Internet haben und dieses mindestens selten nutzen. 77 % geben zudem an, dieses täglich zu nutzen. Den höchsten Zuwachs in der täglichen Internetnutzung verzeichnen die älteren Personengruppen. So nutzen in der Altersgruppe 60 bis 69 Jahre inzwischen mehr als 60 % täglich das Internet und in der Altersgruppe der ab 70-Jährigen immerhin auch rund 40 % (Frees & Koch, 2018). Das Internet bietet vermehrt auch die Möglichkeit sich über Krankheiten zu informieren und Informationen zu bestimmten Symptomen bereits vor dem Arztbesuch einzuholen. Eine Studie hat dabei ergeben, dass Gesundheitsportale inzwischen den/die Arzt/Ärztin als am häufigsten genutzte Quelle für Gesundheitsfragen abgelöst haben¹⁴ (Krüger-Brand, 2009).

Expertenforen im Internet gibt es inzwischen in großer Anzahl; dabei können Fragen zu bestimmten Beschwerden oder auch zu Medikamenten gestellt werden. Aber wie verlässlich sind die Antworten und bekommt man diese wirklich von einem/einer Facharzt/-ärztin? Die Verbraucherzentrale NRW hat zu diesen Expertenforen eine empirische Untersuchung angestellt (Verbraucherzentrale NRW, 2015). Dabei wurde unter anderem die Qualität von zehn verschiedenen Expertenforen anhand von verschiedenen Kriterien, wie z. B. die Aufklärung über das Krankheitsbild oder auch über Nebenwirkungen, analysiert. Die Ergebnisse zeigen, dass die vorgegebenen Mindestanforderungen im Hinblick auf die Qualität von keinem der zehn Expertenforen erfüllt werden konnten. Eine weitere Studie kommt zu ähnlichen Ergebnissen, auch hier wurde die Qualität der untersuchten Informationen durchschnittlich mit „ausreichend (4+)“ bewertet (Central Krankenversicherung AG, 2015). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass durchaus großes Verbesserungspotential in diesem Bereich herrscht. Helfen würden einheitliche Mindeststandards, die es den Verbraucher*innen ermöglichen, valide Informationen schnell zu erkennen und die Antworten dementsprechend einschätzen zu können. Schlussfolgern kann man zusätzlich, dass diese Foren nicht das persönliche Gespräch ersetzen können und daher eine Information über professionelle Ansprechpartner*innen nicht fehlen darf.

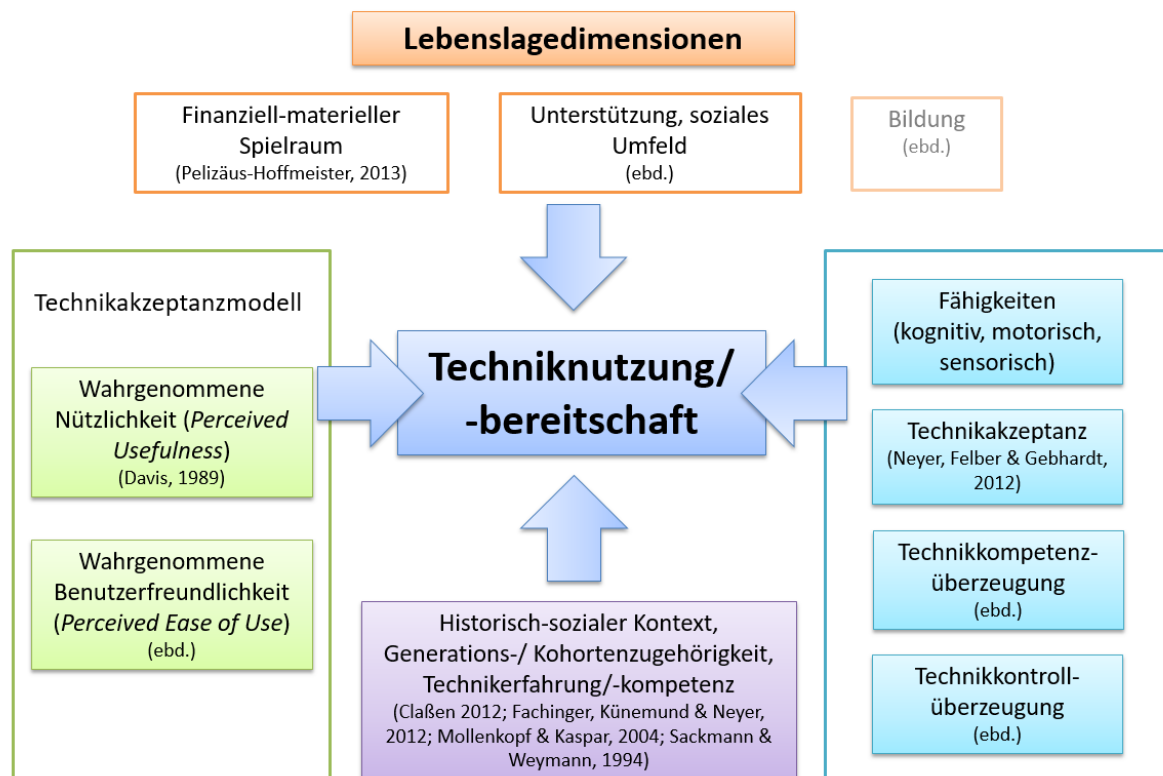
Neben dem Internet als Informationsort bieten die technischen Möglichkeiten eine Vielzahl weiterer Unterstützungsformen gerade für pflegebedürftige Menschen. Hier sei beispielsweise die Pflege- und Rehabilitationstechnik genannt, die Geräte umfasst, die „[...] in geriatrischen Einsatzbereichen sensorische, motorische und kognitive Beeinträchtigungen [...] erkennen, [...] behandeln und aus[...]gleichen sowie als Informations- und Kommunikationssysteme rehabilitative Behandlung und Pflege [...] erleichtern und [...] unterstützen“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001, S. 262). Technische Assistenzen können ältere Menschen in ihrem Alltag unterstützen und somit auch bei eingeschränkter Gesundheit einen längeren Verbleib in der eigenen Häuslichkeit mit mehr Selbstständigkeit ermöglichen (Biniok & Lettkemann, 2017). Zudem kann mit Hilfe technischer Unterstützungsangebote die gesellschaftliche Teilhabe und die Lebensqualität insgesamt auch bei einer Pflegebedürftigkeit aufrechterhalten werden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2017). Dabei werden verschiedene Lebensbereiche und Problemlagen angesprochen, beispielsweise eine Wohnung, die mithilfe technischer Hilfsmittel an die Bedürfnisse angepasst wird (Künemund, 2015). Ein anderer, nicht weniger wichtiger Aspekt sind soziale

¹⁴ Abgefragt wurde hier der Zeitraum der letzten zwölf Monate. Für weitere Informationen siehe Krüger-Brand (2009).

Beziehungen und Kontakte. So kann Technik gerade in diesem Bereich helfen, Kommunikation zu erleichtern und Sicherheit zu vermitteln. Beispielsweise sei hier der Einsatz von Systemen zur Sturzerkennung zu nennen, der einerseits den Pflegebedürftigen selbst Sicherheit bieten kann und andererseits Angehörigen die Möglichkeit bietet, bei einem Sturz schnell informiert zu werden und somit auch schnelle Hilfestellung zu ermöglichen. Eine aktuelle Studie hat dabei ergeben, dass über 80 % der Befragten ein solches System sehr bzw. eher befürworten würden (Eggert, Sulmann & Teubner, 2018). Einen Ortungssensor, der hilft eine verwirrte Person ausfindig zu machen empfinden sogar über 90 % als sinnvoll (Eggert et al., 2018).

Allerdings hat sich in der Erfahrung das „Dilemma der Techniknutzung“ (Enste, 2016) gezeigt: gerade die Personen, die auf Hilfe angewiesen sind und für die Technik im Alltag eine große Unterstützung bieten würde, nutzen diese nicht. Eine generelle Technikablehnung von älteren Menschen konnte inzwischen in einigen Studien widerlegt werden (Beil, Cihlar & Kruse, 2015; Claßen et al., 2010; Georgieff, 2009; Grauel & Spellerberg, 2007), es lässt sich jedoch vermuten, dass gerade in dieser Zielgruppe viele Ängste und Informationsdefizite eine Techniknutzung behindern. Wie bereits erwähnt bringt eine Pflegebedürftigkeit immer eine sehr komplexe Lebenslage mit sich. Diese hat neben vielen anderen Aspekten einen großen Einfluss auf die Bereitschaft eine bestimmte Technik zu nutzen. In der nachfolgenden Abbildung 3 sind zur besseren Übersicht einige dieser Aspekte zusammengetragen.

Abbildung 3 Einflussfaktoren auf Techniknutzung und -bereitschaft



(Quelle: Eigene Darstellung)

Da sei zunächst einmal die Lebenslagedimension, wie der Grad der Unterstützung und das soziale Umfeld ebenso wie der finanzielle materielle Spielraum zu nennen, die einen Einfluss auf die Techniknutzung ausüben (Pelizäus-Hoffmeister, 2013). Weiterhin spielen die vorhandenen Fähigkeiten im kognitiven, motorischen und sensorischen Bereich eine wichtige Rolle. Dann sei das Modell der Technikbe-

reitschaft von Neyer, Felber und Gebhardt (2012) zu nennen, welches auf dem Technikakzeptanzmodell (Davis, 1989) aufbaut, dieses jedoch um Persönlichkeitsmerkmale ergänzt, die einen Einfluss auf die Nutzung ausüben. Das Technikakzeptanzmodell beruht dabei auf der Annahme, dass die Techniknutzung zum einen durch die wahrgenommene Nützlichkeit (*Perceived Usefulness*) und zum anderen durch die wahrgenommene Benutzerfreundlichkeit (*Perceived Ease of Use*) bestimmt wird. Das Modell der Technikbereitschaft ergänzt dieses nun zum einen um die Technikakzeptanz, die das persönliche Interesse an technischen Innovationen meint. Weiterhin spielt die Technikkompetenz- ebenso wie die Technikkontrollüberzeugung eine wichtige Rolle (Neyer et al., 2012). Oftmals gilt die Annahme, dass das kalendarische Alter ebenfalls prägend für die Techniknutzung ist. Nach Sackmann und Weymann (1994) ist an dieser Stelle aber vielmehr die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Generation und damit den jeweiligen Erfahrungen, die die Älteren in ihrer späten Jugend und im jungen Erwachsenenalter gemacht haben, prägend für ihre Technikhandhabung und Nutzungsbereitschaft. Somit wirkt sich auch der historisch-soziale Kontext der Älteren auf ihre Techniknutzungsbereitschaft aus. In diesem Zusammenhang lassen sich auch die Auswirkungen von Erfahrungswerten im Umgang mit Technik nicht von der Hand weisen (Claßen, 2012; Fachinger, Künemund & Neyer, 2012; Mollenkopf & Kaspar, 2004).

Teil B: Bedarfsanalyse und Aufbau von Vernetzungs- und Informationsstrukturen

Saskia Nowak und Marina Vukoman

4 Methodisches Vorgehen der Bedarfsanalyse

Im PiQ-Projekt war es wichtig zu erfahren, wie die Gegebenheiten und die Versorgung vor Ort aus Sicht der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen aber auch aus Sicht der Expert*innen gestaltet sind und welche Bedarfe sich jeweils zeigen. Daher wurde bereits zu Beginn des Projektes die Bestandsaufnahme exemplarisch und explorativ in Form von leitfadengestützten Interviews mit den Pflegebedürftigen und Angehörigen durchgeführt. Um nun aber nicht nur auf die Perspektiven der Betroffenen zurückgreifen zu können, erschien es sinnvoll, ebenfalls die pflegerelevanten Akteure vor Ort zu befragen. Neben qualitativen leitfadengestützten Expert*inneninterviews kam daher die schriftliche Befragung zum Einsatz, die sich an alle pflegerelevanten professionellen Akteure in ganz Gelsenkirchen richtete, um somit ein umfassendes Bild der aktuellen Versorgungslage, der wichtigen Handlungsbedarfe und auch der perspektivischen Wünsche zu erhalten. In diesem Kapitel wird zunächst die methodische Vorgehensweise der qualitativen Leitfadeninterviews, der schriftlichen Befragung der pflegerelevanten Akteure sowie der leitfadengestützten Expert*inneninterviews näher erläutert, bevor im anschließenden Kapitel 5 die konkreten Ergebnisse der Erhebungen dargestellt werden. Die Bedarfsanalyse folgte dabei folgenden zentralen Fragestellungen:

- Welche alltagspraktischen Probleme werden bei Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörigen deutlich?
- Welche realen und digitalen Möglichkeiten gibt es bereits oder könnten entwickelt werden, um die ermittelten Bedarfe zu decken und diesbezügliche Probleme zu lösen? Welche Lücken bleiben möglicherweise bestehen?
- Welche Bedarfe sehen professionelle Akteure aus den Bereichen der Unterstützung, Pflege und Beratung sowohl für die eigene Arbeit als auch für Betroffene?

4.1 Hospitation und Qualitative Leitfadeninterviews mit Pflegebedürftigen und Angehörigen

4.1.1 Hospitation zur explorativen Erfassung der Pflegepraxis

Um einen ersten Einblick in den beruflichen Alltag eines ambulanten Pflegedienstes zu erhalten, zur Erfassung der häuslichen Versorgungssituationen der späteren Interviewpartner*innen, für die Entwicklung der Szenarien in der Kosten-Nutzen-Analyse und zur allgemeinen Felderschließung (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014), wurden zu Beginn des Projektes Hospitationen geplant, die im Oktober 2016 sowohl durch den Fachbereich Sozialwissenschaften als auch durch den Fachbereich Medizininformatik durchgeführt wurden. Die Hospitationen fanden zum einen in der ambulanten Pflege und zum anderen im ambulant betreuten Wohnen statt, wobei jeweils eine Pflegefachkraft über einen halben Tag bei ihren ambulanten Diensten begleitet wurde.

Als Erhebungsmethode wurde die Teilnehmende Beobachtung gewählt, da sie für einen explorativen Zugang zum Feld geeignet erscheint (Döring & Bortz, 2016). Ergänzend dazu wurden Kurzinterviews mit Pflegefachkräften sowie mit sogenannten „Patient*innen“ geführt (insbesondere Verständnisfragen). Damit erhielten wir qualitatives Datenmaterial in Form von Beobachtungsnotizen und (kurzen) Gesprächstranskripten. Die Beobachtungen bzw. die erhobenen Daten wurden auf Grundlage eines vorab erstellten Beobachtungsbogens erfasst (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014).

Die Aufzeichnungen und Eindrücke wurden in einer gemeinsamen Teamsitzung diskutiert und reflektiert und u. a. erste Ideen für mögliche digitale Lösungen der dort entdeckten Problemlagen in der Versorgung entwickelt. Grundsätzlich ging es aber zunächst darum, sich einen guten Eindruck von der Organisation der häuslichen Versorgung zu verschaffen, bevor das Forschungsteam die Interviewstudie plante und durchführte. Zusätzlich diente die Hospitation zur Entwicklung des Leitfadens für die Planung und Durchführung der Interviews im Feld der häuslichen Pflege.

4.1.2 Qualitative Interviews – Datenerhebung und -auswertung

Die Bedarfserhebung und -auswertung folgte einem qualitativen Untersuchungsdesign, um eine detaillierte Analyse verschiedener Pflegekontexte, komplexer Problemlagen und Netzwerke der Befragten durchführen zu können. Zudem sollte so eine zeitnahe Definition von Anforderungen auf Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse sichergestellt werden. Um die (vor-)pflegerischen Bedarfe von Menschen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf sowie deren Angehörigen in Gelsenkirchen zu erfassen (Datenerhebung), wählten wir den Zugang über qualitative, problemzentrierte Leitfadeninterviews (Witzel, 1985). Das Problemzentrierte Interview eignet sich besonders für die subjektbezogene empirische Erfassung gesellschaftlich relevanter Problemstellungen und beinhaltet folgende drei Grundpositionen (Witzel, 2000):

- Die Problemzentrierung unter Kenntnisnahme der objektiven Strukturen des Problems,
- die Gegenstandorientierung mit der Offenheit zur flexiblen Handhabung des Leitfadens¹⁵ sowie zuletzt
- die Prozessorientierung, bei der „die Befragten ihre Problemsicht ‚ungeschützt‘ in Kooperation mit dem Interviewer entfalten“ (Witzel, 2000, S. 4) und dadurch neue Sichtweisen und Aspekte zum Thema entwickeln.

Es geht vor allem darum, Befragte dazu anzuregen, Erlebtes in Bezug auf die vorab definierten Probleme zu erzählen und zu reflektieren (Witzel, 2000). Die Interviewform begreift „die Befragten als Experten ihrer Orientierungen und Handlungen [...], die im Gespräch die Möglichkeit zunehmender Selbstvergewisserung mit allen Freiheiten der Korrektur eigener oder der Intervieweraussagen wahrnehmen können“ (Witzel, 2000, S. 12). Instrumente des problemzentrierten Interviews sind der Kurzfragebogen, zur Ermittlung von Sozialdaten der Befragten¹⁶, ein Leitfaden mit den anzusprechenden Themenbereichen sowie das Postskriptum, in dem wesentliche Inhalte des Gesprächs und Eindrücke zum Interview festgehalten werden.

¹⁵ Narrative Anteile sind genauso erlaubt, wie allgemeine und spezifische Sondierungen des Gesprächs durch Nachfragen.

¹⁶ Der Kurzfragebogen erhob Daten zu Geschlecht, Geburtsjahr, Migrationshintergrund, Wohnquartier, Wohnsituation, Bildungsgrad, subjektiver Skala zur finanziellen Situation und zum Gesundheitszustand, Pflegegrad und weitere formale Aspekte der Pflegebedürftigkeit.

Um die Relevanz des Netzwerks abzubilden und darüber intensiver ins Gespräch zu kommen, setzten wir am Ende des Interviews zusätzlich eine strukturierte, egozentrierte Netzwerkkarte ein (Hollstein & Pfeffer; Kahn & Antonucci, 1980). Der oder die Co-Interviewer*in hatte die Aufgabe, alle im Interview genannten Personen, Institutionen, Dienstleister und weitere Akteure auf Zettel zu notieren. Am Ende des Interviews wurden die Befragten gebeten, die Akteure nach subjektiver Relevanz für die Bewältigung der Pflegesituation auf der egozentrierten Netzwerkkarte zu verteilen. Je näher am inneren Kreis, desto wichtiger waren die Akteure. Die Karte half dabei, ein besseres Verständnis für die Größe, Bedeutung und Qualität der persönlichen Netzwerke zu erhalten.

Nach der Hospitation, einer ausführlichen Recherche zum Forschungsstand sowie der Aufarbeitung des Themenfeldes, wurde der Leitfaden entwickelt, der sich an den folgenden Themenbereichen orientierte:

- Geschichte der Pflegebedürftigkeit und Alltagsgestaltung (z. B. Pflegeeintritt, Antragsstellung, Organisation der Pflegesituation)
- Belastungen, die mit der Pflegebedürftigkeit einhergehen
- Ressourcen zur Bewältigung der Pflegesituation
- Informationsquellen; Nutzung von und Erfahrungen mit Beratungsangeboten
- Nutzung von und Einstellung zu Informations- und Kommunikationstechnologien
- Soziales Netzwerk

Nach der Prüfung des Leitfadens in Pre-Tests und anschließender Anpassung desselben, wurden Interviewpartner*innen akquiriert. Dieses gelang insbesondere durch eine gute Vernetzung zu ambulanten Pflegediensten in Gelsenkirchen. Das Besondere der Erhebung war die Durchführung der (meisten) Interviews im interdisziplinären Tandem. Es waren jeweils ein*e Sozialwissenschaftler*in und ein Medizininformatiker an der Gesprächsführung beteiligt. Diese Vorgehensweise sollte sicherstellen, dass alle, für die jeweilige Disziplin relevanten Sachverhalte und Themen ausreichend besprochen wurden.

Die Auswahl der Interviewpartner*innen erfolgte auf Grundlage vorab definierter Kriterien, um eine exemplarische Abbildung des Feldes herzustellen. Dabei orientierte sich das Sampling an dem Verfahren qualitativer „Stichprobenpläne“ (Kelle & Kluge, 2010). Wir erfassten dabei sozialstrukturelle, kulturelle und pflegerelevante Merkmale, die, wie bereits in vorliegenden Studien gezeigt wurde, bedeutsam für die Herstellung des Pflegearrangements sein können. Zu nennen sei etwa das Vorhandensein eines sozialen Netzwerks oder die finanzielle Situation. Daher erfolgte die Auswahl der Interviewpartner*innen nach diesen Vorgaben:

- Pflegebedürftigkeit (nach Pflegegraden)
- Mobilität (Niveau körperlicher Verfasstheit)
- Alter und Geschlecht
- Migrationshintergrund
- Haushaltsgröße (auch alleinlebend)
- Sozioökonomischer Status (subjektive Einschätzung) und soziale Inklusion (subjektive Einschätzung)
- Inanspruchnahme verschiedener Unterstützungsleistungen
- Ausgewogenheit bezüglich des Wohnquartiers in Gelsenkirchen

Die Befragten konnten mit Unterstützung der Praxispartner*innen in Gelsenkirchen gewonnen werden. Für die Ansprache wählten wir einen Handzettel, der die wichtigsten Informationen zum Interview, wie Themenbereiche, Zusicherung der Anonymität, voraussichtliche Dauer des Interviews, Datenschutz und weitere Aspekte beinhaltete. Ausgestattet mit diesem Informationsschreiben, wurden bestimmte Personen von den Praxispartner*innen angesprochen. Um ein möglichst heterogenes Sample zu erhalten, wurden die Befragten sukzessive kontaktiert und Termine mit ihnen vereinbart. Die Interviews fanden fast ausschließlich bei den Befragten zu Hause statt. Ein Interview wurde in einem Café und ein weiteres in einer Beratungsstelle geführt. Alle Interviews wurden auf einem Aufnahmegerät aufgenommen und anschließend nach einfachen Regeln, die auf den Inhalt des Gesagten fokussieren, transkribiert (Dresing & Pehl, 2018). Dabei nutzten wir für Namen und Orte Pseudonyme. Die Dauer der Interviews variierte zwischen 31 Minuten und knapp zwei Stunden (Durchschnitt: 82 Minuten).

Als Auswertungsmethode wurde die qualitative zusammenfassende Inhaltsanalyse gewählt, um den in den Interviews enthaltenen Sinn zu analysieren. Im Zentrum der Inhaltsanalyse steht die systematische Entwicklung eines am Material orientierten Kategoriensystems (Kuckartz, 2016; Mayring, 2010). Die Auswertung des Interviewmaterials erfolgte zunächst fallbezogen und beinhaltete die jeweilige Erarbeitung eines Portraits der einzelnen Befragten oder Befragtenpaare. Dieses beschrieb sowohl biografische Aspekte als auch derzeitige oder zurückliegende Probleme in der Pflegesituation. Dieses Vorgehen half dem Forscherteam, sich einen Überblick über verschiedene Pflegearrangements zu machen, die häufig geformt sind durch den sozioökonomischen Status, die Biografie, das soziale Netzwerk und weitere Faktoren (Bauer & Büscher, 2008). Diese rahmenden Bedingungen wurden durch die Portraits übersichtlicher herausgestellt. Anschließend wurden die Interviews mithilfe der Software *MaxQda* codiert und Kernkategorien von Problembereichen in der oder *durch* die Pflegesituation gebildet. Es folgten ausführliche Problembeschreibungen sowie die Formulierung von Bedarfen. Für die Analyse der Anforderungen bezogen auf digitale Lösungen, wurden zudem gemeinsam mit den Kolleg*innen der Medizininformatik aus den Bedarfen User-Stories entwickelt (Grates et al., 2019).

4.1.3 Entwicklung von User Stories als interdisziplinäre Auswertungsstrategie

Diese User-Stories wurden in gemeinsamen Workshops mit Sozialwissenschaftler*innen und Medizininformatikern ausgehend von den Problembeschreibungen entwickelt. Die Entwicklung von User-Stories ist eine Methode des User-centred-designs in der Informatik, um die potenziellen Nutzer*innen, die technische Lösung und den möglichen Mehrwert zu beschreiben. Es geht dabei um die Beschreibung von Software-Anforderungen in Alltagssprache. Daher ist die Entwicklung von User-Stories auch hilfreich für die Verständigung der beiden Disziplinen über Kontexte, Probleme und Lösungen (Grates et al., 2019).

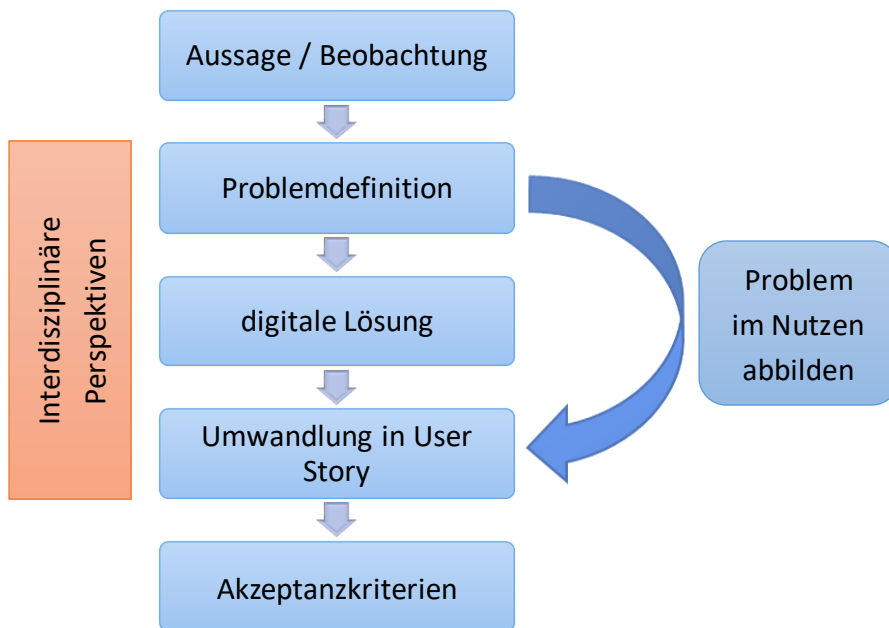
Eine User-Story folgt dem Schema: Als (Rolle) möchte ich (digitale Lösung anwenden), um (Nutzen/Problembewältigung)¹⁷

*Beispiel: Als pflegende*r Angehörige*r möchte ich alle lokalen Beratungsangebote gebündelt und transparent auf der digitalen Plattform angezeigt bekommen, um eine zeitaufwändige Suche zu vermeiden.*

¹⁷ Aus dem Englischen: “As a (role) I want (something) so that (benefit)” Cohn (2013).

Das genaue Vorgehen im Projekt „Pfleger im Quartier“ kann in der Abbildung 4 nachvollzogen werden. Ausgehend von der im Interview getätigten Aussage der Befragten bzw. in der Hospitation gemachten Beobachtung wurde interpretativ analysiert, um welches Problem es sich im Detail wohl handelt. Nach der Problemanalyse erfolgt eine ausführliche Problembeschreibung, das mit dem analytischen Schritt der Paraphrasierung der zusammenfassenden Inhaltsanalyse verglichen werden kann (Mayring, 2010). Im interdisziplinären Team wurde sodann darüber diskutiert, welche digitalen Anwendungen diese Probleme/Bedarfe (möglicherweise) zu lösen oder abzumildern vermögen. Auf Grundlage dieser Überlegungen wurden eine oder mehrere digitale Lösungen entwickelt und diese dann in User-Stories umgewandelt. Die Softwareentwicklung leitet aus diesen User Stories im weiteren Verlauf der Entwicklung bestimmte Akzeptanzkriterien, die die digitalen Lösungen ein weiteres Mal differenzieren sowie Anforderungen ab, um die digitale Anwendung schließlich umzusetzen. Wichtig bei der beschriebenen Vorgehensweise ist der interdisziplinäre Blick auf die Schritte Problemdefinition, digitale Lösungen sowie die Umwandlung in die User-Story. Weiterhin wurde jederzeit berücksichtigt, im Nutzen möglichst einen Bezug zum ursprünglichen Problem/Bedarf herzustellen, um die Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten.

Abbildung 4 Vorgehen User-Story-Entwicklung



(Quelle: Eigene Darstellung)

4.2 Schriftliche Befragung von pflegerelevanten Akteuren

Die schriftliche Befragung der Akteure in Gelsenkirchen war Teil der formativen Evaluation des Projektes. Folgende Fragestellungen bildeten die zentralen Themenblöcke der Befragung:

- Zum einen war es wichtig zu erfahren, wie die Akteure die aktuelle Versorgungslage, das vorhandene Angebot und die Organisation der Übergänge in Gelsenkirchen einschätzen. Zum anderen sollte aufgezeigt werden, wo die Akteure wichtige Handlungsbedarfe für die Zukunft sehen.
- Weiterhin war es wichtig zu erfahren, zu welchen Akteuren am häufigsten eine Weiterleitung notwendig ist und ob bereits Kooperationen mit bestimmten Partner*innen bestehen.

- Da das Projekt nicht nur auf realer, sondern auch auf der digitalen Ebene agiert, wurde zudem abgefragt, welche Informationssysteme beispielsweise schon genutzt werden oder ob Standards wie der Bundeseinheitliche Medikationsplan bereits umgesetzt und genutzt werden.
- Abschließend richtete sich der Fokus auf die Zukunftsperspektiven. Die Akteure wurden hier nach Angebotswünschen und Kooperationspartner*innen für eine zukünftige Zusammenarbeit befragt.

4.2.1 Durchführung der Erhebung

Die schriftliche Befragung war darauf ausgerichtet, – als eine Vollerhebung – alle pflegerelevanten Institutionen in Gelsenkirchen einzubeziehen. Dabei stellte sich zu Beginn das Problem heraus, dass die Grundgesamtheit nicht bekannt war. Durch aufwendige Recherchen, z. B. im Internet, durch die Infrastrukturdatenbank der Stadt Gelsenkirchen sowie durch Gespräche mit Verantwortlichen der Stadt und einer Auswahl nach vorab festgelegten Kriterien, konnte letztendlich eine Liste aller Institutionen zusammengestellt werden. Ziel der Auswahl war es, möglichst alle Perspektiven von Institutionen, Einrichtungen und Praxen in ganz Gelsenkirchen abzubilden, die im engen Sinne für die Versorgung älterer Menschen zuständig sind. Die relevanten Aufgaben waren zum einen medizinische und pflegerische und zum anderen beratende Tätigkeiten sowohl im (teil-)stationären als auch im ambulanten Bereich.

Da die Befragung arbeitsbereichbezogen durchgeführt wurde, wurden teilweise mehrere Ansprechpartner*innen aus den verschiedenen Arbeitsfeldern einer Institution angeschrieben. Wenn zutreffend, wurden zusätzlich auch jeweils die Geschäftsführer*innen angeschrieben. In der nachfolgenden Tabelle 1 ist zu sehen, wie sich die Stichprobe zusammensetzt.

Tabelle 1 Zusammensetzung der Grundgesamtheit

Institution	Ansprechpartner*in	Anzahl der versendeten Fragebögen
Apotheken	<ul style="list-style-type: none"> • Inhaber*in 	1
Sanitätshäuser	<ul style="list-style-type: none"> • Inhaber*in 	1
Niedergelassene (Fach-)Arztpraxen (selbstständige Ärzte/Ärztinnen, keine Angestellten) ¹⁸	<ul style="list-style-type: none"> • Inhaber*in 	1
Physiotherapie und Ergotherapie	<ul style="list-style-type: none"> • Inhaber*in 	1
Ambulante Pflegedienste	<ul style="list-style-type: none"> • Geschäftsführung/ Leitung • Pflegedienstleitung • Leitung Tagespflege (wenn nicht vorhanden, ein anderer Bereich der häuslichen Betreuung) 	3

¹⁸ An dieser Stelle wurden die Ärzt*innen ausgewählt, die für die Versorgung älterer Menschen am relevantesten erschienen.

Institution	Ansprechpartner*in	Anzahl der versendeten Fragebögen
Stationäre Pflegeheime, Kurzzeitpflege, Intensivpflege	<ul style="list-style-type: none"> • Einrichtungsleitung • Pflegedienstleitung • Sozialer Dienst 	3
Pflege- und Seniorenberatung, wie z. B. Infocenter, städt. Beratung	<ul style="list-style-type: none"> • Ein*e zuständige*r Mitarbeiter*in 	1
Pflegestützpunkte und Pflegeberatung der Krankenkassen	<ul style="list-style-type: none"> • Teamleitung • Pflegeberatung 	2
Krankenhäuser	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegedirektion • Ärztliche Direktion • Pflegedienstleitung • Sozialer Dienst/ Entlassmanagement 	4
Rehaklinik	<ul style="list-style-type: none"> • Leitende*r Arzt/Ärztin • Pflegedienstleitung • Physiotherapie • Psychologischer Dienst • Sozialer Dienst 	5
Betreuungsdienste und Gesellschaften, wie z. B. Hospizvereine, Alzheimergesellschaften	<ul style="list-style-type: none"> • Koordinator*in 	1

Ein stationäres Pflegeheim bekam beispielsweise drei Fragebögen zugesendet, davon sollte jeweils einer von der Einrichtungsleitung, von der Pflegedienstleitung und vom Sozialen Dienst ausgefüllt werden. So konnten insgesamt 894 Fragebögen an 727 Institutionen bzw. Einrichtungen versendet werden. Neben dem Fragebogen beinhaltete die Sendung ein Anschreiben sowie ein Hinweisschreiben zu der Befragung. Diesem konnten die Institutionen dann jeweils entnehmen, wer einen Fragebogen erhalten sollte. Zudem lag ein Rücksendeumschlag bei, der bereits frankiert war. Es war allerdings ebenfalls die Möglichkeit gegeben, den Fragebogen online auszufüllen und auf elektronischem Wege an das Forscherteam zurückzusenden. Vorab wurde die Befragung auf der Projekthomepage, der Homepage der Stadt Gelsenkirchen und auch in der Zeitung WAZ angekündigt, um somit die adressierten Akteure auf die Befragung aufmerksam zu machen und einen hohen Rücklauf zu generieren. Zudem erfolgte nach drei Wochen eine postalische Erinnerung an die Befragung.

4.2.2 Inhalte der Befragung

Der Fragebogen gliederte sich thematisch in fünf Frageblöcke. Im ersten Teil wurden dabei Fragen zum Beruf, dem Arbeitsbereich und der Einrichtung gestellt. Bei der ersten Frage konnten die Befragten zunächst aus 13 vorgegebenen Antwortmöglichkeiten ihren jeweiligen Beruf, den sie derzeit ausüben, auswählen (z. B. „Arzt/Ärztin“, „Medizinische*r Fachangestellte*r“ oder „Physiotherapeut*in“). Zu-

sätzlich gab es ein Feld „Sonstiges“, in das die Berufe eingetragen werden konnten, die sich den genannten Optionen nicht zuordnen ließen. Als letzte Antwortoption konnte zudem „keine Angabe“ angekreuzt werden. Die zweite Frage richtete sich auf die Einrichtung, in der die Befragten arbeiten. Auch an dieser Stelle waren wiederum 13 Möglichkeiten (z. B. „Krankenhaus“, „ambulanter Pflegedienst“ oder „Sanitätshaus“) vorgegeben; es gab ein Feld für „Sonstiges“ oder es konnte „keine Angabe“ angekreuzt werden. Anschließend konnten diejenigen Personen, die in einer Fach- oder Hausarztpraxis arbeiten, angeben, ob diese einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) angehört. Eine ganz ähnliche Frage schloss sich für Personen eines ambulanten Pflegedienstes an, die gefragt wurden, ob bei diesem auch Tagespflege angeboten wird.

Anschließend wurde nach der Position, die in der vorher genannten Einrichtung eingenommen wird, gefragt. Hier waren vier Antworten vorgegeben („Inhaber*in“, „Geschäftsführer*in“, „Mitarbeiter*in mit Leitungsfunktion“ und „Mitarbeiter*in ohne Leitungsfunktion“) oder es konnte wiederum „keine Angabe“ angekreuzt werden. Die Frage nach dem Hauptträger der Einrichtung erfolgte anschließend, wobei aus sechs vorgegebenen Kategorien gewählt werden, „Sonstiges“ eingetragen oder „keine Angabe“ gemacht werden konnte.

Bei der nachfolgenden Frage ging es um die Leistungen, die den Kund*innen/Patient*innen in Bezug auf mögliche Schnittstellen zu anderen Einrichtungen angeboten werden. Hierbei waren wiederum sechs Wahlmöglichkeiten vorgegeben (z. B. „(Pflege-)Beratung“, „Case Management“ oder „Unterstützung bei der Kontaktaufnahme“), wobei die Befragten an dieser Stelle mehr als nur eine Antwort ankreuzen konnten. Zudem bestand auch hier die Möglichkeit, im Feld „Sonstiges“ weitere Leistungen zu ergänzen oder keine Angabe zu machen. Anschließend wurde gefragt, ob die Angesprochenen oder ihre Einrichtung Mitglied im Generationennetz Gelsenkirchen e. V. sind („ja“, „nein“, „weiß ich nicht“). Dann sollten sie die Relevanz der eigenen Arbeit bzw. des Arbeitsbereichs für die Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen in Gelsenkirchen einschätzen. Hierbei konnte zwischen fünf verschiedenen Antwortoptionen gewählt werden („sehr relevant“, „eher relevant“, „teils/teils“, „wenig relevant“ oder „überhaupt nicht relevant“). Die abschließende Frage des ersten Frageblocks bildete die nach einer Spezialisierung im eigenen Arbeitsgebiet („ja“, „nein“, „keine Angabe“). Wurde an dieser Stelle „ja“ angekreuzt, hatten die Befragten in einem weiteren freien Textfeld die Möglichkeit den Bereich anzugeben, in dem die Spezialisierung vorliegt.

Der zweite große Frageblock thematisierte die Versorgungslage für Menschen mit Pflegebedarf in Gelsenkirchen. Dabei sollte zunächst die Verfügbarkeit vorgegebener Angebote auf einer dreistufigen Skala bewertet werden („zu gering“, „genau richtig“, „zu groß“). Auch an dieser Stelle gab es die Möglichkeit, „weiß nicht“ anzukreuzen. Abgefragt wurden hier 14 vorgegebene Angebote wie „Tagespflegeplätze“, „Rehabilitation“, aber auch „Begegnungsstätten“ oder „Freizeitangebote“. Die anschließende Frage 12 war ein freies Textfeld, in welches die Befragten eintragen konnten, welche wichtigen Handlungsbedarfe sie für die Versorgung älterer Menschen mit Pflegebedarf in Gelsenkirchen mit Blick auf die nähere Zukunft sehen. Den letzten großen Frageblock zum Thema Versorgung in Gelsenkirchen bildete eine Einschätzungsfrage. An dieser Stelle sollte die Organisation der Übergänge bzw. Übergabe in verschiedenen Bereichen in Gelsenkirchen auf einer fünfstufigen Skala (1 = „sehr gut organisiert“, 5 = „sehr schlecht organisiert“) bewertet werden. Auch hier gab es wieder die Möglichkeit sich zu enthalten und als zusätzliche Option „weiß nicht“ anzukreuzen. Einige Bereiche waren beispielsweise „vom Hausarzt zum Facharzt“ und umgekehrt oder aber auch „vom Krankenhaus zur ambulanten Pflege“.

Den dritten thematischen Block bildeten die Fragen zum Thema Kooperationen. Dabei sollten die Befragten zunächst angeben, wie oft sie einen Beratungsbedarf feststellen, der eine Weiterleitung an eine*n Ansprechpartner*in außerhalb der eigenen Disziplin notwendig macht. Hierbei konnte zwischen fünf vorgegebenen Antwortoptionen gewählt werden („immer“, „oft“, „manchmal“, „selten“, „nie“). Anschließend sollte in einem offenen Antwortfeld angegeben werden, zu welchen Disziplinen in einem solchen Fall eine Weiterleitung am häufigsten nötig ist. Dann ging es darum, die bereits bestehenden Kooperationen der Befragten in Erfahrung zu bringen. Sie hatten nun die Möglichkeit fünf Kooperationspartner*innen in freie Textfelder einzutragen und zusätzlich noch anzugeben, ob mit diesen jeweils eine formal vereinbarte Kooperation besteht. In der nachfolgenden Frage sollte zu den jeweiligen Kooperationspartner*innen noch die Kontakthäufigkeit angegeben werden, wobei zwischen sechs vorgegebenen Möglichkeiten ausgewählt werden konnte („täglich“, „1 x pro Woche“, „1 x pro Monat“, „1 x im Halbjahr“, „1 x im Jahr“ oder „seltener“). Zusätzlich konnte auch hier „keine Angabe“ gemacht werden. Anschließend sollten die Befragten angeben, ob sie Hemmnisse oder Schwierigkeiten in der Kooperation mit Akteuren aus der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung sehen („ja“, „nein“, „weiß ich nicht“). Wurde diese Frage mit „ja“ beantwortet, konnte in einem weiteren freien Textfeld eingetragen werden, welche Hemmnisse oder Schwierigkeiten die Befragten sehen. Diese Frage bildete den Abschluss des dritten Themenblocks.

Im darauffolgenden vierten Teil des Fragebogens ging es um die datenbezogenen Organisationsabläufe. Einleitend sollte dazu zunächst beantwortet werden, ob im Praxisalltag Informationssysteme zur Verwaltung von Kunden- oder Patientendaten genutzt werden („ja“, „nein“, „weiß ich nicht“). Hatten die Befragten „ja“ angekreuzt konnten sie in einem freien Textfeld auflisten, welche Informationssysteme konkret genutzt werden. Anschließend wurde erfragt, welche Daten überhaupt verarbeitet oder gesammelt werden. An dieser Stelle konnten aus sieben vorgegebenen Optionen (z. B. „Abrechnungsdaten“, „(Pflege-)Diagnosen“ oder „Medikation“) mehrere Antworten ausgewählt werden, im Feld „weitere Daten“ ein Freitext ergänzt werden oder auch „keine“ angekreuzt werden. Darauf folgte die Frage, ob es mobile Zugänge zu den genutzten Informationssystemen in der Einrichtung gibt, wie beispielsweise ein Tablet oder Smartphone. Wurde an dieser Stelle „ja“ angekreuzt, konnten in einem freien Textfeld wiederum die jeweiligen genutzten Geräte eingetragen werden.

Anschließend richtete sich der Fokus auf die Organisation der Daten – konkreter: auf die Form, in welcher ein Datenaustausch mit anderen Einrichtungen erfolgt. Dabei sollte für den Pflegeüberleitungsbogen, Arztbrief und den Medikationsplan jeweils angegeben werden ob diese „in Papierform“, „digital“ oder „beides“ genutzt werden. Zudem bestand auch hier wiederum die Möglichkeit „keine Angabe“ oder „trifft nicht zu“ anzukreuzen. Im Anschluss daran wurden Standards abgefragt, die in der Einrichtung bereits umgesetzt werden. Hier war es wiederum möglich, mehrere der vorgegebenen Antworten („eArztbrief“, „ePflegebericht“, „Bundeseinheitlicher Medikationsplan“, „Strukturierte Informationssammlung (SIS)“) anzukreuzen. Zudem konnten auch hier bei „Sonstige“ in das offene Textfeld weitere Standards eingetragen werden oder „keine“ angekreuzt werden. Daraufhin folgte die Frage, ob die Möglichkeit besteht, den neuen bundeseinheitlichen Medikationsplan mittels Barcode-Scanner einzuscannen („ja“, „nein“, „weiß ich nicht“). Im letzten Teil dieses Themenblocks sollten die Befragten angeben, ob ihnen in den letzten drei Monaten wichtige medizinische und/oder pflegerische Informationen beim ersten Kontakt mit Kund*innen oder Patient*innen fehlten. Wurde „ja“ angekreuzt, konnte in einem Textfeld eingetragen werden, welche Informationen fehlten.

Der abschließende Themenkomplex „Perspektiven“ bestand aus zwei Fragen, bei denen jeweils ein großes freies Textfeld vorgegeben war, so dass die Befragten hier ihre Antwort eintragen konnten. Die

erste Frage richtete sich dabei auf mögliche Angebote, die die Arbeit in Bezug auf die Versorgung von älteren Menschen mit Pflegebedarf in Zukunft erleichtern würden. Bei der letzten Frage des Bogens konnte abschließend eingetragen werden, mit wem die Befragten gerne zusammenarbeiten würden, um die eigene Arbeit zu optimieren.

4.2.3 Auswertung

Die Datenauswertung wurde mit dem Statistikprogramm SPSS (Version 24) durchgeführt. Vorab erfolgten eine Bereinigung und manuelle Überprüfung der eingelesenen Daten. So wurden zunächst alle fehlenden Werte mit -99 codiert und die Antworten manuell auf Sinnhaftigkeit überprüft. Als Beispiel sei die Frage 22 zu nennen, bei der die Befragten ankreuzen sollten, ob die jeweiligen Daten „in Papierform“ oder „digital“ ausgetauscht werden. Hatten Personen hier bei beiden Möglichkeiten ein Kreuz gesetzt wurden sie manuell auf „beides“ umcodiert. Zudem wurden die Antwortangaben unter „Sonstiges“ bei allen Variablen überprüft und ggf. den vorgegebenen Kategorien zugeordnet, insofern eine Passung vorlag. Nach der Bereinigung der vorliegenden Daten wurden schließlich erste deskriptive Auswertungen in Form von Häufigkeitstabellen, aber auch Diagrammen und Abbildungen durchgeführt. Die aufbereiteten Ergebnisse sollen im nachfolgenden Kapitel ausführlich dargestellt und erläutert werden. Vorab sei zudem zu erwähnen, dass auf ganze Zahlen gerundet und sich nur auf die gültigen Prozentangaben bezogen wird. Bei einigen Variablen erschien es sinnvoll, die Antworten unter Bezugnahme auf verschiedene Untergruppierungen näher zu betrachten. Dabei wird vor allem auf die unterschiedlichen Berufsgruppen zurückgegriffen, um die gegebenen Antworten differenzierter analysieren zu können.

4.3 Qualitative leitfadengestützte Expert*inneninterviews

Neben den qualitativen Interviews mit Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen und der schriftlichen Befragung der pflegerelevanten Akteure aus Gelsenkirchen wurden zudem leitfadengestützte Expert*inneninterviews durchgeführt. Ursprünglich wurden diese primär für die *Kosten-Nutzen-Analyse*, die ebenfalls Teil des Projektes war, durchgeführt (siehe Teil C). Auf Basis des in diesem Rahmen, d. h. unter Kosten-Nutzen-Aspekten, entwickeltes Stakeholdertableaus konnte eine Eingrenzung zu den für die thematischen Schwerpunkte relevanten Professionen vorgenommen werden. Für die Stadt Gelsenkirchen entsprechende Vertreter*innen aus diesen Professionen wurden mithilfe der Kontakte der Praxispartner*innen ausfindig gemacht und kontaktiert. Die Kontaktaufnahme erfolgte zum Teil auch über die Mitarbeiter*innen der Fachhochschule Dortmund. Dies war vor allem dann der Fall, wenn seitens der Praxispartner*innen noch kein persönlicher Kontakt zu diesen Personen bestand bzw. wenn die Expert*innen bereits an einer der Veranstaltungen durch das PiQ-Projekt in Gelsenkirchen teilnahmen und so eine persönliche Ansprache möglich war. Bei bereits bestehendem persönlichen Kontakt bzw. sogar einer Zusammenarbeit mit dem Generationennetz wurden die Interviewpartner*innen über die dortigen Mitarbeiterinnen gewonnen.

4.3.1 Auswahl der Expert*innen

Losgelöst von der Annahme, dass jeder Mensch als „Expert*in“, zumindest seines eigenen Lebens angesehen werden kann, liegt hier eine andere Definition zu Grunde. Als Expert*innen werden in diesem Fall Personen angesehen, die „[...] über ein spezifisches Rollenwissen verfügen, solche zugeschrieben

bekommen und diese besondere Kompetenz für sich selbst in Anspruch nehmen“ (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 119). Häufig erfolgt die Zuschreibung dieser Rolle über die jeweilige Berufsrolle. Den Expert*innen wird dabei „[...] unterstellt, keinerlei persönliche oder institutionelle Interessen zu vertreten, sondern aufgrund ihres Wissens und ihrer Erfahrungen möglichst objektiv zu argumentieren, zu bewerten oder zu beraten“ (Niederberger & Wassermann, 2015a, S. 12). Dabei sind natürlich Einflüsse der eigenen Vorstellungen und Werte nicht auszuschließen.

Das generierte Wissen lässt sich dabei zum einen als *Kontext-* und/oder als *Betriebswissen* klassifizieren. Das *Betriebswissen* umfasst dabei subjektive Informationen über eigenes Routinehandeln, Regeln und Mechanismen im institutionalisierten Kontext. Demgegenüber bezieht sich das *Kontextwissen* auf möglichst objektive Informationen über die Akteure, Institutionen und Regeln über Bereiche, in denen der/die Experte/Expertin selbst nicht aktiv ist, etwa Aktivitäten in angrenzenden Handlungsfeldern (Wassermann, 2015). Als Erhebungsinstrument solcher Expert*inneninterviews bietet sich ein leitfadengestütztes Interview an. Somit kann das Interview thematisch auf das Expert*innenwissen ausgerichtet werden und bietet gleichzeitig den Raum und die Möglichkeiten für narrative Passagen, um auch unvorhergesehene Informationen erfahren zu können (Niederberger & Wassermann, 2015b; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014).

4.3.2 Datenerhebung: Der Interviewleitfaden

Vorab wurde den Teilnehmenden ein Handzettel mit den wichtigsten Informationen zum Projekt und dem Forschungsvorhaben ausgehändigt. Dabei wurden zudem auch das Erkenntnisinteresse der Interviews sowie die Themenbereiche genauer dargelegt. Die Teilnehmenden wurden weiterhin über die Anonymisierung der Interviews sowie den Datenschutz aufgeklärt.

Zu Beginn der leitfadengestützten Interviews wurde der berufliche Werdegang sowie die derzeitige Tätigkeit der Befragten ermittelt. Die Besonderheiten, Spezialisierungen bzw. Alleinstellungsmerkmale der jeweiligen Organisation oder Tätigkeit wurden erfasst und die typischen, alltäglichen Aufgaben berichtet. In diesem Zusammenhang wurde gezielt nach den Aktivitäten gefragt, die in einem direkten Zusammenhang mit Hilfe- oder Pflegebedürftigen bzw. informell Pflegenden stehen. In einem nächsten thematischen Block ging es speziell um die Formen der Zusammenarbeit mit anderen professionellen Akteur*innen im weitesten Sinne. Nach der Häufigkeit und Art der gegenseitigen Kommunikation wurde ebenso gefragt wie nach einer Zusammenarbeit oder Kooperationen, die fehlen, um die beruflichen Aufgaben zufriedenstellend erfüllen zu können bzw. die Bedarfe der Hilfe- und Pflegebedürftigen oder informell Pflegenden zu bedienen. Auch die Daten, die die Akteure in diesem Kontext untereinander austauschen, wurden nach Art und Medien gesondert erfragt. Bei beiden thematischen Abschnitten wurden immer auch die potenziellen Schwierigkeiten und Herausforderungen angesprochen, die möglicherweise bestehen. Dabei wurden die Befragten dazu ermutigt, von ihren Erfahrungen zu Lösungsansätzen bzw. ihren Bedarfen, um diese Herausforderungen bewältigen zu können, zu berichten. Ein dritter thematischer Abschnitt betraf den Aspekt der Technik: Hier ging es einerseits darum herauszufinden, welche digitalen Programme bzw. Medien in der alltäglichen Arbeit bereits genutzt werden und wie eine Sammlung von Daten im Allgemeinen erfolgt. Anschließend wurde eine kurze Beschreibung des im Rahmen des PiQ-Projektes geplanten Pflegeinformationsportals gegeben und nach der Bereitschaft, dieses zu nutzen gefragt. Dabei sollten die Befragten auch beschreiben, über welche Funktionen eine entsprechende Plattform verfügen müsste, um sie als hilfreich einzustufen.

Des Weiteren wurde auch erfragt, ob die Befragten potenzielle Nutzer*innen, d. h. Hilfe- oder Pflegebedürftige bzw. informell Pflegende auf die Nutzung der Plattform aufmerksam machen bzw. diese bei der Registrierung auf dem Portal unterstützen würden.

Die Interviews wurden jeweils von einer Sozialwissenschaftlerin in den beruflichen Räumlichkeiten der Expert*innen durchgeführt und nach vorheriger Absprache auf Tonband aufgezeichnet. Diese Vorgehensweise ermöglichte eine anschließende Transkription des gesamten Interviews und somit eine ausführliche Analyse. Die Dauer der Interviews variierte zwischen 31 Minuten und knapp 90 Minuten, im Durchschnitt lag die Interviewzeit bei 54 Minuten.

4.3.3 Auswertung der Expert*inneninterviews

Neben den mit Bezug auf den Kosten-Nutzen-Aspekt generierten Ergebnissen (zur Auswertungsmethode und zur Ergebnisdarstellung hierzu siehe die entsprechenden Ausführungen in Teil C), erschien es sinnvoll, das Datenmaterial der Expert*inneninterviews ebenfalls zu nutzen, um die bisherigen Erkenntnisse aus den Betroffenen-Interviews und aus der Befragung perspektivisch anzureichern.

Für die sich hierauf beziehende Auswertung des Materials beschränkten wir uns auf die Auswertung von vier Expert*inneninterviews. Da die Versorgungslage von demenziell Erkrankten und ihrer Angehörigen in einer Master-Thesis separat untersucht wurde (Lukas, 2019), wurde hier darauf verzichtet, die Thematik „Demenz“ explizit in Augenschein zu nehmen. Demnach blieben zur weiteren Analyse die Interviews mit Akteuren aus den anderen Versorgungsbereichen übrig. Aufgrund von geringem Informationsgehalt und Aussagekraft entschlossen wir uns letztendlich dazu die Auswertung auf vier Interviews zu beschränken. Dies ermöglichte auch die Zeitressourcen intensiver in die Auswertung dieser vier Fälle zu investieren. Das Sampling beinhaltete nunmehr einen Entlassmanager, einen Hausarzt, einen Geschäftsführer eines ambulanten Pflegedienstes sowie eine Pfarrerin.

Diese vier Fälle boten allerdings die Möglichkeit einen differenzierten Einblick in die Versorgungslage aus den verschiedenen Perspektiven zu erlangen und die bisherigen Erkenntnisse zu ergänzen. Der Fokus lag in der Auswertung vor allem auf Hemmnissen und Schwierigkeiten, die von den Expert*innen in ihrem jeweiligen Arbeitsumfeld beschrieben und erläutert wurden. Aufgrund der geringen Fallzahl entschieden wir uns hier die Interviews einzelfallanalytisch und zugleich kontrastiv zu rekonstruieren. Ziel war es vor allem die versorgungs- und vernetzungsbezogenen Erkenntnisse aus den Interviews mit den Angehörigen und Pflegebedürftigen sowie diejenigen aus der schriftlichen Befragung durch Sichtweisen der Expert*innen perspektivisch und exemplarisch zu ergänzen – hierzu wahrgenommene Hemmnisse bzw. Schwierigkeiten standen dabei im Zentrum der Aufmerksamkeit. Im Rahmen einer *Sequenzanalyse*, die von Fall zu Fall durchgeführt wurde, wurde parallel dazu, im Fallkontrast versucht, die je typische, das heißt fallspezifische Sicht auf die (vor-)pflegerische Versorgungssituation in Gelsenkirchen herauszudestillieren.

5 Ergebnisse der Bedarfsanalyse

5.1 Bedarfe von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen

Im folgenden Kapitel sollen die Ergebnisse der Bedarfsanalyse anhand der Interviews mit Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen dargestellt werden. Dazu gehen wir zunächst auf das Sample der Interviewstudie ein sowie darauffolgend auf die geschilderten Bedarfe und Schwierigkeiten der pflegerischen Versorgung in der eigenen Häuslichkeit. Diese lassen sich unter den Aspekten Pflegeeintritt und -organisation, Informations- und Beratungsbedarfe, Informationsschnittstellen, Medikamenteneinnahme, Unterstützungsnetzwerk, Selbstbestimmung sowie dem Umgang mit digitalen Medien fassen.

5.1.1 Beschreibung des Samples

Im Zeitraum Februar 2017 bis Februar 2018 wurden insgesamt 15 problemzentrierte Interviews mit insgesamt 20 Personen durchgeführt.¹⁹ Davon waren vier Interviews mit Menschen mit Pflegebedarf, sechs Interviews mit pflegenden Angehörigen und fünf Paar- bzw. Familieninterviews²⁰. Letztere wurden gemeinsam sowohl mit den Betroffenen als auch mit den Pflegepersonen durchgeführt. Das Sample kann als ausgewogen und relativ heterogen hinsichtlich der oben genannten Kriterien betrachtet werden (vgl. dazu die Sampletabelle im Anhang A). Zusammengefasst lässt sich das Sample wie folgt beschreiben:

- Altersspanne: 47 – 87 Jahre
- Sowohl männliche als auch weibliche Pflegepersonen und Personen mit einem Pflegegrad
- Pflegegrade: 2 – 4
- Alle Befragten waren bereits mehrere Jahre in der Pflegesituation
- Pflegearrangements:
 - alleinlebend oder zusammen mit Partner*in oder Tochter/Sohn;
 - Pflegende: Freund*innen, Neffen, Töchter, Söhne sowie vor allem Ehepartner*innen;
 - ausschließlich informelle Pflege oder „Kombinationspflege“
- Unterschiedliche gesundheitliche Einschränkungen
- Sowohl mobile als auch mobil stark eingeschränkte Personen
- Angehörige von Menschen mit demenzieller Erkrankung (eingeschränkte Alltagskompetenz)
- Finanzielle Lage (Selbsteinschätzung) sehr heterogen
- Netzwerkgröße und -qualität sehr heterogen
- Migrationshintergrund: 2x polnisch, 1x türkisch

¹⁹ Zwei Interviews konnten nicht in die Auswertung mit einfließen: In einem Fall wurde um die Löschung des Interviews gebeten (keine Fallnummer). In einem anderen Fall konnte das Gespräch aufgrund einer vorab nicht kommunizierten Demenz, methodisch nicht einwandfrei durchgeführt und ausgewertet werden (Fall 5).

²⁰ Als Paar- bzw. Familieninterviews gelten diejenigen Interviews, die mit zwei oder mehr Personen einer Familie geführt werden (Przyborski und Wohlrab-Sahr, 2014). In unserem Sampling handelte es sich um Interviews mit Ehepartner*innen sowie (Schwieger-)Müttern mit ihren (Schwieger-)Töchtern.

5.1.2 Ergebnisse der Interviewstudie

In den Interviews mit Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörigen wurden unterschiedliche Probleme und Bedürfnisse wie auch verschiedenartige Formen der Bewältigung in Bezug auf den eigenen Pflegealltag (implizit) zum Ausdruck gebracht. Die Ergebnisse, die wir hierauf bezogen im Folgenden darstellen, fokussieren die Bedarfe, die sich aus den Interviews qualitativ-inhaltsanalytisch in Form von Kategorien (deduktiv/induktiv) erschließen ließen (Kuckartz, 2016; Mayring, 2010). Diese unterscheiden sich nicht grundlegend von denen anderer Studien zu Belastungen und Schwierigkeiten Pflegebedürftiger und pflegender Angehöriger. Jedoch konnte zusätzlich durch die Schwerpunktsetzung der Interviews auf Informations- und Kommunikationsschnittstellen im Pflegealltag, eine genauere Analyse der Schwierigkeiten in der Interaktion mit unterschiedlichen Akteuren aus dem Gesundheits- und Pflegebereich entlang der Interviews erfolgen. Damit sind insbesondere Informationsverluste und Beratungsbedarfe gemeint, die aus Schnittstellenproblemen resultieren. Im Kapitel 6.2 werden mögliche digitale Lösungen zu den Bedarfen dargestellt. Diese sind als exemplarische Beispiele für digitale Lösungen zu verstehen. Daneben gibt es weitere Möglichkeiten, nicht zuletzt im Bereich der realen Versorgung selbst, auf Bedarfe und Schwierigkeiten in einer Pflegesituation lösungsorientiert einzugehen.

Pflegeeintritt und -organisation

Als wichtige Schnittstelle für die zufriedenstellende Organisation des Pflegearrangements konnte die Art und Weise des Eintritts in die Pflegesituation identifiziert werden. In Bezug auf den **Pflegeeintritt** wurde deutlich, dass die Befragten entweder durch einen schleichenden Prozess oder durch einen akuten Notfall in die Pflegesituation gelangten und somit Informationen über pflegerelevante Aspekte (Vorgehen beim Stellen eines Antrags, Leistungsansprüche, Ablauf von Begutachtungen etc.) vor allem situations- und ortsgebunden erhielten. Die Interviewpartner*innen waren nur in Maßen über diese Aspekte vorab informiert. Ein präventives Informationsverhalten bezogen auf Pflege ist laut einer Studie des Zentrums für Qualität in der Pflege grundsätzlich eher selten: Nur jede*r Fünfte ab 18 Jahren meint zu wissen, wie in einem Pflegefall vorzugehen sei (Eggert & Vähjunker, 2015).

Mit unterschiedlichen Pflegeeintritten werden auch unterschiedliche Informations- und Beratungsangebote wahrgenommen. Beispielweise ist eine Pflegebedürftigkeit aufgrund eines **akuten Notfalls** (z. B. durch Schlaganfall oder eines Sturzes) mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden. In einem Krankenhaus sind üblicherweise Mitarbeiter*innen des Sozialdienstes oder des Pflegeüberleitungs- bzw. Entlassmanagements die Ansprechpartner*innen der Wahl, wenn es darum geht, einen Pflegegrad²¹ zu beantragen und alles Weitere für die Entlassung vorzubereiten. In den Interviews wurde deutlich, dass ein plötzlich eintretender Fall der Pflegebedürftigkeit sowohl mit einer großen psychischen Belastung als auch mit dem zeitlichen Druck, alles zügig organisieren zu müssen einhergeht, ohne dass bei der Planung klar sei, wie der tatsächliche Alltag aussehen wird. Die Überforderung in solchen Fällen wird anhand der zwei Zitate²² deutlich:

²¹ In den Interviews wurde aufgrund des Zeitraums der Beantragungen von Pflegestufen gesprochen. Der Lesbarkeit und Verständlichkeit halber verwenden wir den Begriff der Pflegegrade.

²² Zur besseren Lesbarkeit wurden die Zitate aus dem empirischen Material in diesem Bericht geglättet.

A12w: Und dann kam er ja drei Tage nach Hause und dann kam er in die Reha. Da hab ich drei Nächte gedacht, wenn das jetzt Dein Leben ist? Das hätte ich nicht ausgehalten. Also war ganz schlimm. (Pflegerische Ehefrau, F12)

Und:

A7w: Na ja und dann ging das alles holterdipolter. Die haben mir dienstags gesagt, dass die ihn freitags nach Hause schicken oder in ein Heim halt und äh und dann musste er innerhalb von ein paar Tagen musste die Wohnung umgeräumt werden [...] Dekubitusmatratze reingekommen, weil, ich hatte innerhalb, wie gesagt in der Nacht innerhalb von Minuten vom sechzigjährigen in ein sechs Wochen altes Baby.“. (Pflegerische Ehefrau, F7)

Die Gleichzeitigkeit von verschiedenen Belastungsfaktoren macht dabei eine qualitativ hochwertige, professionelle Begleitung notwendig, auch um zu eruieren, ob eine häusliche Versorgung überhaupt in Erwägung zu ziehen ist. Bei einer befragten Familie wurde eine solche Begleitung offensichtlich nicht gewährleistet, denn die Versorgungslage stellte sich als äußerst prekär dar: Zum einen war die pflegende Ehefrau selbst gesundheitlich stark beeinträchtigt auf der anderen Seite habe der Ehemann ungerne Hilfen fremder Menschen (z. B. durch den ambulanten Pflegedienst) angenommen bis hin zu verbal aggressiven Auseinandersetzungen diesbezüglich. Die gesundheitliche Versorgung der Ehefrau rückte aufgrund der zeitlich und körperlich intensiven Pflege des Ehemanns in den Hintergrund und führte so fast zu einem Zusammenbruch des Pflegesettings. Dieses Beispiel soll nur stellvertretend dafür stehen, dass eine intensive Beratung vor der Übernahme einer Pflegetätigkeit besonders sinnvoll und notwendig ist, um frühzeitig bei der Entscheidungsfindung zu unterstützen. Auch eine Begleitung bis zur „Einrichtung“ des häuslichen Pflegearrangements und der Installation benötigter Hilfen, ist offensichtlich notwendig, um etwaige Schwierigkeiten in der ganz konkreten Situation, sei es baulicher oder sozialer Natur, zu identifizieren und zu bearbeiten. Auch andere Studien verweisen darauf, dass Pflege häufig bis zur physischen und psychischen Belastungsgrenze und darüber hinaus reicht (Graessel & Schrimmer, 2003; Naegele & Reichert, 2000; Nowossadeck et al., 2016; Schwinger, Tsiasioti et al., 2016). Bei „**schleichenden**“ Prozessen in die **Pflegebedürftigkeit** (z. B. in Folge einer chronisch fortschreitenden Erkrankung) wurden beispielsweise durch Hausärzt*innen wichtige Informationen über die Erkrankung und die Beantragung des Pflegegrads, wenn eine Pflegebedürftigkeit absehbar war, vermittelt. Auch Angehörige von Facharztpraxen scheinen wichtige Ansprechpartner*innen rund um das Thema Pflege, beispielsweise bei Fragen der Höherstufung in Zusammenhang mit einer Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands der Patient*innen zu sein. Die Schnittstelle Hausärzt*innen ist damit eine wichtige in Bezug auf die unmittelbare Weitervermittlung an entsprechende Beratungsstellen, da diese nach wie vor häufig die ersten Kontaktpersonen sind, wenn es um pflegerische Belange geht (Eggert & Vähjunker, 2015; Klie, Frommelt & Schneekloth, 2012). Offensichtlich auch deshalb, um sich durch die Einschätzung der Ärzt*innen gegenüber der Pflegekasse abzusichern, wie folgendes Zitat zeigt:

I: Wenn Sie das Gefühl haben, es verändert sich was- ich nenn es mal Pflegestatus- wie würden Sie dann vorgehen? [...]

A7w: Wahrscheinlich erstmal den Hausarzt, weil der muss ja wissen, was hat sich verändert? Hat sich zum Guten oder zum Schlechten verändert? Ja und, wenn er irgendwann ne Diagnose gestellt hat, der Arzt, dann kann ich mit dieser Diagnose zur [...], also zur Krankenkasse gehen und sagen hier meine Herrschaften, bei meinem Mann hat sich das um soundso viel verschlechtert. (Pflegerische Ehefrau, F7)

Informations- und Beratungsbedarf

Die Interviews zeigten eine Reihe an Themen im Bereich der pflegerischen Versorgung auf, über die es wenig oder nicht ausreichendes Wissen zu geben scheint, um das Pflegearrangement bedarfsorientiert und subjektiv zufriedenstellend auszugestalten. Insgesamt wurde deutlich, wie in Kapitel 2.2.2 bereits dargestellt, dass es häufig kein ausreichendes Wissen über pflegebezogene Themen, wie z. B. Leistungen der Pflegeversicherung und Ansprüche, sowohl für Pflegebedürftige als auch für pflegende Personen, Freizeitgestaltung bei Pflegebedarf sowie Finanzielles oder Steuerangelegenheiten gab. Es zeigte sich, dass häufig Informationen über Ansprüche eher stückweise und lückenhaft erlangt werden und es dadurch einer gewissen Zufälligkeit unterliegt, wer wann welche Informationen erhält.

Lokale Beratungsstellen der Kommune sowie die Gelsenkirchener Pflegestützpunkte waren bei unseren Befragten oft nicht bekannt. Auch die Pflegekassen selbst wurden nur von einzelnen Befragten als beratende Instanz wahrgenommen, vielmehr bewerten die Betroffenen die Pflegekassen als Instanz gegenüber der man sein Recht geltend machen muss; die Kommunikation mit den Kassen scheint offenbar problembehaftet. Beispielweise könne in einigen Fällen nicht überblickt werden, ob sich der „Aufwand“ eines Antrags auf weitere Leistungen lohne und bei Ablehnung, inwiefern ein Widerspruch Erfolg verspreche.²³ Folgende Zitate machen die Schwierigkeiten aus Sicht der Betroffenen im Umgang mit den Pflegekassen und dem Medizinischen Dienst der Pflegekassen deutlich:

A1m: Als ich aus dem Kranken nach Hause kam, hab ich erst die zwei [Anm.: Pflegestufe] gehabt. [...] Dann kam der Medizinische Dienst, hatte nochmal gecheckt, so und dann haben sie mich auf einmal auf NULL. [...] AUF NULL! [...] Ja, und dann bin ich gegen die Krankenkasse vor Gericht, hab ich natürlich gewonnen, ja und dann mussten die mir alles nachzahlen und dann, die eins [Anm.: Pflegestufe]. [...] Ja, gut, also viele hätten sich auch gar nicht getraut, gegen [die Krankenkasse] vor Gericht zu gehn oder so. (Pflegebedürftiger Mann, F1)

Und:

A3m: [...] Ich krieg auch eine Verhinderungspflege. Antrag stell ich immer EIN. Ich wusste nicht, dass ich Anspruch hab auf Verhinderungspflege. Und das hab ich im AUGUST erfahren und da hab ich den Antrag gestellt und den Betrag hab ich ausgezahlt gekriegt. Ne, da gibt's keine Probleme, ABER die Krankenkasse ERZÄHLT natürlich nicht, was für Ansprüche ich HABE. Von sich, von sich aus erzählen die das nicht. Ich muss das immer selber recherchieren.

I1: Ja. Wie haben Sie das erfahren mit der Verhinderungspflege?

A3m: Vom Kollegen hab ich das erfahren. Von meinem Freund. (Pflegebedürftiger Mann, F3)

Es zeigt sich an der Problematik, dass es einen dringenden Bedarf nach kostenlosen und als neutral wahrgenommenen Beratungsstellen gibt, ergänzend zu Beratungen durch die Pflegekassen, um Schwierigkeiten, die im Kontakt mit der eigenen Pflegekasse auftreten, besprechen zu können oder in solchen Fällen auf andere Angebote ausweichen zu können.

Bei einer **länger bestehenden Pflegesituation** zeigt sich eine ganz eigene Spezifik der Bedarfe. Zwar werden bei Pflegegeldempfänger*innen regelmäßige Beratungseinsätze durch Fachkräfte (insbeson-

²³ Weiterführend zum Thema Nicht-Nutzung von Leistungen der Pflegeversicherung z. B. Schwinger, Tsiasioti und Klauber (2016)

dere der ambulanten Pflege) durchgeführt, diese werden von den Interviewpartner*innen oftmals jedoch nicht als hilfreich bzw. nicht als Beratung wahrgenommen. Möglicherweise scheint es hier Qualitätsunterschiede zu geben. Die Befragten geben z. B. an, dass Ansprüche in Bezug auf die Leistungen für pflegende Angehörige – trotz der Beratungseinsätze – nicht bekannt seien. Das bedeutet nicht zwangsläufig, dass dahingehend keine Beratung stattgefunden hat. Es ist aber möglich, dass die Informationen zu Ansprüchen pflegender Angehöriger insbesondere zu Beginn eine Pflegesituation aus der Perspektive der Betroffenen als weniger relevant angesehen werden als versorgungsbezogene Informationen. Daher kann es vorkommen, dass Angehörige derartige Informationen (z. B. Entlastungsansprüche) als zufällig erworbene Informationen wahrnehmen (z. B. durch Nachbar*innen, Freund*innen, andere Angehörige) oder nur auf konkrete Nachfrage erhalten (z. B. durch Hausärzt*innen). Insgesamt ist die Suche nach adäquaten Informationen häufig mit sehr viel Zeit verbunden, die anderweitig für die Versorgung und Selbstsorge benötigt werde. Beispielsweise können Fragen zu Erkrankungen nicht immer durch einen Besuch bei Hausärzt*innen geklärt werden, da diese Information zeitnah benötigt werde.

Insgesamt, so kann festgehalten werden, ist die erst- und einmalige Beratung nach § 7a SGB XI²⁴ sowie die Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI²⁵ für einige Menschen mit Pflegebedarf sowie deren Angehörigen nicht ausreichend. Die Beratung wäre dann als angemessen einzustufen, wenn erstens eine bedarfs- und situationsgerechte pflegerische und soziale Versorgung gewährleistet und zweitens damit eine Gleichheit sowohl in der Verfügbarkeit als auch Nutzung von Dienstleistungen und in der Wahrnehmung von Rechtsansprüchen hergestellt würde (Bauer & Büscher, 2008; Behrens, 2008). Zudem können laut Heinrich, Nickel und Brähler (2013) „Bedarfskonstellationen entstehen, die Behinderung, Krankheit und Pflege verbinden. Betroffene wünschen sich dann einen Ansprechpartner, der eine umfassende und auf ihre Situation ausgerichtete Beratung leisten kann.“ (Heinrich et al., 2013, S. 7). Dass das Wissen und die Verfügbarkeit von Ansprechpartner*innen nicht immer gegeben sind, zeigt das nächste Zitat. Hier konnten auf Nachfrage keine konkreten Akteure genannt werden, um sich im Bedarfsfall zu informieren:

I1: Wenn Sie Rat brauchen oder Informationen suchen, an wen wenden Sie sich da?

A7w: Gibts keinen.

I1: Gibt es denn auch Leute, die vielleicht mit einem Informationsangebot an Sie herantreten?

A7w: Nein. Bis jetzt gibts da niemand (Pflegerische Ehefrau, F7)

Die Bedarfsanalyse hat außerdem gezeigt, dass auf Seiten der Angehörigen und Menschen mit Pflegebedarf oftmals kein Bedarfsbewusstsein existierte, d. h. zum Beispiel, dass eine Überlastung des häuslichen Pflegesettings erst relativ spät wahrgenommen wird und deshalb nicht auf (bekannte) Entlastungsangebote der Pflegeversicherung zurückgegriffen wird (Hielscher et al., 2017).

²⁴ Pflegebedürftige in Deutschland haben einen Anspruch auf individuelle Pflegeberatung durch die Pflegekassen. Diese erweiterte Pflegeberatung zielt darauf ab, den Pflegebedürftigen eine umfassende Unterstützung bei der Auswahl und Inanspruchnahme notwendiger Hilfe- und Pflegeleistungen zukommen zu lassen und auf die dazu erforderlichen Maßnahmen hinzuwirken.

²⁵ Pflegebedürftige müssen in regelmäßigen Abständen einen Beratungseinsatz in Anspruch nehmen, wenn sie Pflegegeld beziehen. Hierbei handelt es sich um eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit, die im Regelfall eine zugelassene Pflegeeinrichtung durchführt.

Ein großer Informations- und Beratungsbedarf besteht auch in Bezug auf Fragen und **Angelegenheiten, die über das Pflegeleistungsrecht hinausgehen** (wie z. B. Verwahrlosung, psychische Probleme, Armut). Hier scheinen auf Seiten der Betroffenen die Zuständigkeiten entweder nicht eindeutig zu sein oder es fällt schwer, die richtigen Ansprechpartner*innen auszumachen. In den Interviews wurde deutlich, dass Sorgen über die Zukunft und Fragen zur Versorgung des Angehörigen, wenn die eigene Gesundheit sich verschlechtert und die Versorgungssituation aus anderen Gründen nicht aufrechterhalten werden könnte sehr präsent waren. Die Befragten nahmen weiterhin nicht an, dass diese Themen durch die übliche Beratung adressiert werden. Zu den Sorgen gehörten unbeantwortete Fragen, ob die Pflege noch leistbar sei, wenn sich der Zustand verändere. Die eigene Gesundheit als Limitation der Pflegeübernahme wurde dabei am häufigsten angesprochen. Hier machten sich in unserem Sample vor allem pflegende Ehepartner*innen die größten Sorgen oder der Zustand wurde verdrängt, wie in diesem Zitat zum Ausdruck gebracht wird:

A6w: Ich muss mal so sagen: Ich darf nicht krank werden. Und wahrscheinlich, weil ich mir das immer einrede, bin ich auch nicht wirklich krank (lacht). (Pflegerin Ehefrau, F6).

Eine weitere große Belastung, die aus Sicht der Betroffenen nicht über Pflegeberatung adressiert werde, ist die zusätzliche Aufgabe, neben der Pflege die Verwaltungstätigkeiten zu übernehmen, insbesondere wenn es damit vor der Pflegebedürftigkeit keinerlei Berührungspunkte gab:

A12w: Also was mir besonders schwerfällt. Mir persönlich jetzt, weil das vorher immer mein Mann gemacht hat, ist diese Zettelwirtschaft [...] Die deutsche Bürokratie. Wir kriegen ja Post, Post, Post und ach! Da muss man zur [Krankenversicherung]. Das fällt mir schwer, weil ich da so überhaupt nicht diesen, weil ich mich da nicht drum gekümmert hab, weil er das immer erledigt hat. Aber jetzt gut, nach drei Jahren komm ich da schon ganz gut mit klar. Ja klar! Am Anfang hab ich gedacht: Um Gottes Willen! (Pflegerin Ehefrau, F12)

Und:

A14m: Ja und dann kommt der ganze Papierkram. Und der Papierkram macht einen fertig. Was es heute da alles für Möglichkeiten gibt. (Pflegerin Ehemann, F14)

Neben einem Ausbau der realen Beratungsstrukturen, sind hier offenbar Informationen über zusätzliche Angebote sowie die Sensibilisierung für Zukunftsfragen notwendig, damit sich pflegende Angehörige mit diesen Angelegenheiten und Bedarfen nicht allein gelassen fühlen.

Informationsschnittstellen

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen interagieren im Alltag, wie andere Menschen auch, mit vielen unterschiedlichen professionellen Akteuren. Zur Abgrenzung werden hier nur *pflegerelevante* Schnittstellen und Aspekte der Interaktion beleuchtet. **Informationsschnittstellen** (Kontaktpunkte, in denen personenbezogene Informationen ausgetauscht werden) sind insbesondere dann fehleranfällig, wenn die Informationsübermittlung hauptsächlich über die Selbstausskunft der Patient*innen stattfindet (Levy et al., 2018). Die Qualität der Informationen kann dabei nicht gewährleistet oder überprüft werden. Für eine gute einrichtungsübergreifende Versorgung, so wie es im Pflegefall häufig der Fall ist, ist ein gelingender Informationsaustausch jedoch besonders wichtig (Broge et al., 2018). Die Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen Dienstleistern und Akteuren, die in ein Pflegearrangement eingebunden sind, wie z. B. Hausärzt*innen, ambulante Pflegedienste und Krankenhäuser, sind jedoch häufig nicht ausreichend gut gestaltet (siehe Kapitel 2.3.1) Auch auf der Ebene der Patient*innen bzw.

Pflegebedürftigen und deren Angehörigen wirkt sich das unzureichende Informationsmanagement aus. So gebe es beispielsweise aus Sicht der Betroffenen keine kontinuierliche und systematische Informationsweitergabe durch den Pflegedienst an die Angehörigen. Auch die Tagespflege werde in einigen Fällen nicht dokumentiert, es gebe keinen Kontakt zu Angehörigen und keinen Informationsfluss zu weiteren Dienstleistern, wie etwa zwischen Tagespflege und Pflegedienst. So entstehe der Eindruck, dass keine ganzheitliche Versorgung möglich sei. Auch das Informationsmanagement im Krankenhaus sei mit unterschiedlichen Problemen behaftet. Eine Einweisung in ein Krankenhaus sei durch schlechte oder komplizierte Informationsweitergaben geprägt. Wenn beispielsweise der Medikationsplan nicht vorliege, so liege die Verantwortung bei den Angehörigen, die Medikamente richtig zu benennen.

Einnahme von Medikamenten

In den Interviews wurde auch die **Medikamenteneinnahme** thematisiert. Hier wurde in einigen Fällen von Schwierigkeiten berichtet, den Überblick über die Tabletteneinnahme zu behalten, vor allem wenn es sich um eine große Anzahl von Tabletten handelt und damit das Einnehmen unübersichtlich wurde. Diese Problematik, die mit höherem Alter und hoher Medikamentenanzahl steigt, wurde bereits in vielen Studien aufgezeigt (Pohlmann & Fraunhofer, 2016). Eine zuverlässige, termingerechte Einnahme war für unsere Interviewpartner*innen, die Schwierigkeiten damit hatten, insbesondere durch die Kontrolle der Angehörigen notwendig und nur dadurch gewährleistet. So berichtete ein Ehepaar:

I: Und da [Anm.: Medikamenteneinnahme] denken Sie auch immer dran?

A12w: Ja klar! [...]

A12m: Ja, sie muss natürlich immer mal nachgucken, dass ich sie [die Tabletten] genommen habe, ne?

A12w: Ja ja, das muss ich immer kontrollieren, ne? Er hatte mal eine Phase, ja das war glaube ich, vor Ostern, ne? Da hatte er die immer vergessen, ne? Und seitdem frag ich immer. (Pflegerpartner, F12)

Gleichzeitig äußerten Pflegebedürftige den Wunsch, die Autonomie und Selbständigkeit in Bezug auf die Medikamenteneinnahme so lange wie möglich zu erhalten, wie folgendes Zitat deutlich macht:

A4m: ‚Papa, du brauchst Dich um nichts mehr kümmern.‘ Ich sag, noch bin ich ich. Auch mit den Medikamenten, und so weiter. So lange ich kann, ich möchte meine Selbstständigkeit so lange wie möglich aufrechterhalten. (Pflegebedürftiger Mann, F4)

Im Falle, dass Angehörige nicht oder nur unzureichend über die eingenommenen Medikamente informiert waren, wurden Versorgungsprobleme beschrieben, zu denen es im Zuge einer Krankenhausaufnahme gekommen ist, weil Angehörige auf Grund ihrer Unkenntnis entsprechende Medikamente nicht mitgegeben bzw. nachbestellen konnten.

Daneben sprachen Angehörige und Pflegebedürftige von weiteren Unsicherheiten bei der Medikamenteneinnahme. Beispielsweise sei nicht immer deutlich, welche Medikamente für welche Indikation eingenommen werden. Bei einer größeren Anzahl eingenommener Medikamente wurde zudem von Verunsicherungen und Sorge über Wechselwirkungen gesprochen.

Unterstützungsnetzwerk

Die ungleiche Versorgungslage in der Pflege ist u. a. bedingt durch das (Nicht-)Vorhandensein **sozialer Netzwerke** bzw. sozialen Kapitals (Bourdieu, 1986). In unserem Sample zeigte sich, wie bereits in anderen Untersuchungen zuvor, dass Personen mit einem umfangreichen (familiären) Netzwerk eher davon ausgehen, über ihre Ansprüche gut informiert zu sein. Grundsätzlich sind Verwandte und Freund*innen wichtige Ansprechpartner*innen sowohl für Informationen als auch für Unterstützungsleistungen, insbesondere wenn diese selbst Pflegeerfahrungen haben. So wurden etwa professionelle Beratungsangebote abgelehnt, wenn Freund*innen oder Verwandte aus Sicht der Betroffenen über genügend Informationen verfügten:

I1: Und bei dieser ganzen Beantragung, als Sie das erste Mal einen Antrag gestellt haben, hatten Sie da Unterstützung von jemandem? [...]

A12w: Nee, beim ersten Mal haben wir alleine gemacht, ne? Und beim zweiten Mal hatte ich jemanden, der sich ein bisschen damit auskannte und beim dritten Mal. Ich hab ne Freundin, die arbeitet in der Altenpflege, die hat mir dann geholfen und das, ja, das war dann ganz gut. Wenn das Ottonormalverbraucher – die stellen ja da Fragen, dass ich denke... (Pflegerin Ehefrau, F12)

Und:

A2w: Ja ja, ich könnte das nutzen, aber wie gesagt, ich wende mich dann immer erstmal an die Tochter und wenn die dann sagt, ja dann gehen wir dahin oder da, dann macht die das schon. (Pflegerin bedürftige Frau, F2)

Aus diesem Grund ist neben der Sensibilisierung für Informationen, Beratungen und möglichen Ansprüchen der Menschen mit Pflegebedarf, ebenfalls die **Ansprache von Angehörigen** im weiteren Sinne notwendig. Das heißt, dass neben den *pflegenden* Angehörigen auch das weitere Umfeld (z. B. Nachbar*innen, Bekannte) zu sensibilisieren ist, um auch andere Multiplikator*innen zu erreichen und so den Informationsfluss zu verbessern.²⁶

In einigen Interviews wurde berichtet, dass das Privatleben seit der Pflegesituation auf der Strecke bleibe: Freund*innen zögen sich zurück und ehemalige Netzwerke brechen weg. Daher wurde die besondere Relevanz von Freundschaften, die auch Krankheiten überstehen, und dadurch wichtige emotionale Unterstützung seien, hervorgehoben. Auch neue Netzwerke werden hier besonders betont, insbesondere solche, die ebenfalls Pflegerfahrungen gemacht haben und sich somit in die Situation hineinversetzen können. Gleichzeitig, wie oben schon erwähnt, dienen Netzwerke dem Informationsfluss: Nicht wenige der Befragten berichteten davon, wichtige Informationen zur Pflege über Freund*innen und Bekannte zu erhalten. Kontakte werden allerdings auch von Seiten der Pflegebedürftigen bzw. Angehörigen aufgrund von Scham für die eigene Krankheit bzw. deren Symptomen abgebrochen. Daher bedarf es möglicherweise einer verstärkten Aufklärung darüber, was Demenz bedeutet, welches Verhalten auftreten und wie der richtige Umgang mit Demenzerkrankten aussehen kann.

Die Netzwerke von pflegenden Angehörigen und Menschen mit Pflegebedarf schwinden also einerseits, andererseits können scheinbar auch Gefühle des Alleinseins oder der Einsamkeit auftreten, wenn

²⁶ In seinem Aufsatz „The strength of weak ties“ weist Granovetter bereits 1973 darauf hin, dass besonders „schwache“ Beziehungen relevant sind für Informationsflüsse (Granovetter (1973)).

das Netzwerk besonders groß ist. Gründe hierfür können die nicht benannten Hilfsbedarfe gegenüber Verwandten sein. Beispielsweise sollen die eigenen Kinder laut Aussagen der Befragten nicht allzu sehr belastet werden, da sie aus Sicht der Eltern ihr eigenes Leben zu bewältigen haben. Unterstützung wird darüber hinaus dann nicht angenommen, wenn die Angst vor zu viel Veränderung in der eingerichteten Situation schwerer wiege, als der wahrgenommene Hilfebedarf (z. B. Umzug zu den Kindern). Zudem wird davon berichtet, dass es mit unangenehmen Gefühlen verbunden sei, wenn Hilfe von Nachbar*innen in Anspruch genommen werde. Gleichzeitig sei die Finanzierung von Leistungen allein über das Betreuungsgeld sehr schwer, da die Dienstleistungen häufiger benötigt würden. Hier scheinen insbesondere diejenigen digitalen Funktionen und realen Unterstützungsangebote notwendig, die das häusliche Pflegearrangement stärken und die Möglichkeit für neue soziale Kontakte ermöglichen.

Autonomieerhaltung und Selbstbestimmung

Eines der wichtigsten Anliegen der Pflegebedürftigen unseres Samples, war die eigene Autonomie und Selbstbestimmung. Trotz Einschränkungen sollte die eigene Selbstständigkeit weitgehend erhalten bleiben, was sogar dazu führen kann, dass Unterstützungsangebote abgelehnt werden, insbesondere die der Kinder. So berichtet ein Interviewpartner:

A4m: [...] ich wollte meine Selbstständigkeit etwas erhalten. Nämlich ich. Es ist eine Unterordnung und ein (...) Kürzen des Selbstbewusstseins, wenn man alles von anderen machen lässt. Darum hab ich auch immer Ärger mit meinen Kindern. (Pflegebedürftiger Mann, F4)

Die Bedeutung der eigenen Mobilität und Unabhängigkeit wird für das eigene Selbstwertgefühl und die Lebensqualität, so belegen Studien, als sehr hoch eingestuft (Wilde, 2014). Dabei gewinnt z. B. das Zufußgehen mit steigendem Alter an Bedeutung (Hefter & Götz, 2013) bei gleichzeitigem Anstieg des Sturzrisikos. Fehlende oder fußläufig nicht erreichbare Infrastrukturen sind somit, auch laut Aussagen unserer Interviewpartner*innen, stark einschränkend. Es fehle hier an möglichen Alternativen der Mobilität, insbesondere, wenn der Nahverkehr keine ausreichende Alternative bieten würde. Auch Barrieren im Wohnumfeld sowie der eigene gesundheitliche Zustand würden zu Unsicherheiten in der Mobilität führen und es entstünden Ängste, das Haus alleine zu verlassen. Insbesondere Personen, die auf einen Rollstuhl, Rollator oder Gehstock angewiesen sind, berichteten von Schwierigkeiten, sich im nahen Umfeld zu bewegen (z. B. aufgrund hoher Bordsteine, Ampelschaltungen, Schlaglöcher, Erhöhungen durch Baumwurzeln, Verkehr). Man Sorge sich außerdem darum, dass man es nicht bis zur nächsten Bushaltestelle schaffe oder dass die eigenen Kräfte so stark nachließen, dass man in eine Notsituation kommen könnte. Daraus resultierte für einen Interviewpartner:

A3m: Ich geh nicht raus. Ich TRAU mich nicht raus zu gehen. (Pflegebedürftiger Mann, F3)

Teilweise führe die Unsicherheit und Sturzgefahr auch dazu, dass selbst die eigene Terrasse oder der Garten ungenutzt bleiben und es so zu einem vollständigen Rückzug in den Innenbereich der Häuslichkeit komme. Dies sind nur einige Beispiele, die aufzeigen, dass Mobilität häufig mit Unsicherheiten sowohl für pflegende Angehörige, als auch für Pflegebedürftige selbst einhergeht und damit die Autonomie stark einschränkt.

Umgang mit Informations- und Kommunikationstechnik (IKT)

Ein Thema, welches aufgrund des Projekteinhalts thematisiert wurde, war die Einstellung zu und Nutzung von Technik im Alltag. In Kapitel 3 wurde bereits auf den Forschungsstand und die theoretischen

Grundlagen zur Nutzung von Technik im Alter hingewiesen. In unserem Sample stellt es sich folgendermaßen dar: Neben Befragten, die ganz selbstverständlich Smartphones und andere internetfähige Geräte im Alltag nutzen, für diese sozusagen der Zugang zu den digitalen Lösungen kein Problem darstellen würde, gab es einige Befragte, die, laut eigener Aussagen, „mit dem Internet nichts anfangen“ können. Dieser Personenkreis beschreibt die Ablehnung eher als Misstrauen über den Wahrheitsgehalt der Informationen aus dem Internet oder hat grundsätzlich kein Interesse daran, Technik bzw. Informations- und Kommunikationstechnologien kennenzulernen, zu verstehen und zu nutzen. Für diejenigen, die Technik verwenden, stellt hingegen das Internet eine wichtige Informationsquelle dar. Dies vor allem in Bezug auf die eigenen Ansprüche und Leistungen der Pflegekasse. Auch gab es Personen, die insbesondere durch ihre eigene Immobilität verstärkt auf IKT zugreifen und sich so online Informationen einholen sowie den Kontakt zu Verwandten, Freund*innen und Bekannten aufrechterhalten. Hier zeigt sich deutlich die Wichtigkeit von IKT als Kommunikationsmittel. Daneben gab es auch eine dritte Gruppe, die IKT nicht nutzen, dem aber grundsätzlich offen gegenüberstehen, jedoch skeptisch sind, was den Datenschutz anbelangt oder sich die Techniknutzung nicht zutrauen.

Einige Befragte waren offen gegenüber einer digitalen Plattform sowie einer Applikation, mit den möglichen Funktionen, wie z. B. die Ortungsfunktion, digitaler Medikationsplan, Notruftaste sowie als Informationspool speziell für Gelsenkirchen. Der Nutzen beispielsweise einer Ortungsfunktion wog für diese Befragten größer, als die Offenlegung der eigenen Daten gegenüber Angehörigen.

5.2 Schriftliche Befragung pflegerelevanter Akteure

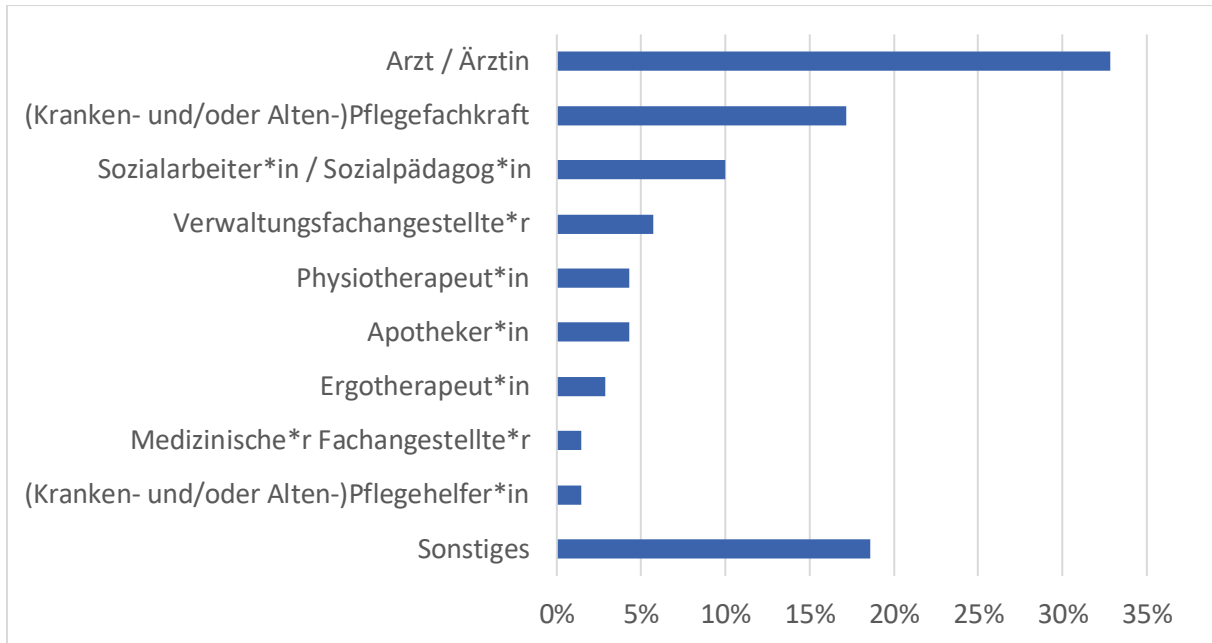
In diesem Kapitel werden die deskriptiven Ergebnisse der schriftlichen Befragung dargestellt. Dabei wird zunächst die Stichprobe genauer beschrieben und analysiert. Anschließend erfolgt die Auswertung der Fragen zur Versorgungslage in Gelsenkirchen. Das dritte Unterkapitel widmet sich den Fragen zu bereits bestehenden Kooperationen. Anschließend werden die Ergebnisse der Analyse der Organisation der Daten dargestellt. Abschließend werden in dem fünften Unterkapitel die Fragen zu den Perspektiven näher analysiert und erläutert.

5.2.1 Beschreibung der Stichprobe

Nach Abzug der stichprobenneutralen Ausfälle verringerte sich die Bruttostichprobe auf 862 versendete Fragebögen. Die Nettostichprobe der auswertbaren Fragebögen lag bei 70. Das entspricht einer Rücklaufquote von 8,1 %. Wirft man einen genauen Blick auf die Stichprobe, zeigt sich, dass die Haus- und Fachärzt*innen rund ein Drittel der Stichprobe ausmachen (Abbildung 5)²⁷.

²⁷ Fast 20 % der Befragten haben bei „Sonstiges“ einen Beruf eingetragen. Soweit möglich wurden die Antworten den vorgegebenen Kategorien zugeordnet. Aufgrund der Vielzahl differenzierter Nennungen war eine Zuordnung allerdings in den meisten Fällen nicht möglich. So wurde beispielsweise „Gerontolog*in“, „Kommunalbeamt*in“ oder auch „pharmazeutisch-technische*r Assistent*in“ genannt.

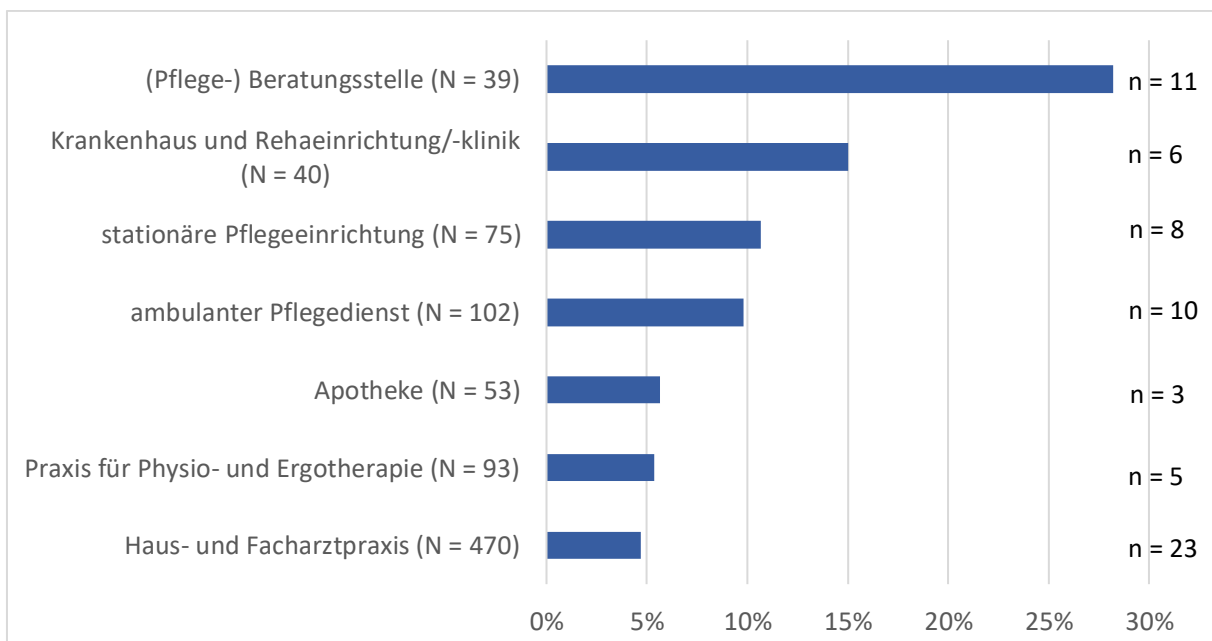
Abbildung 5 Derzeitig ausgeübter Beruf



(Anmerkung: n = 70, n = Anzahl der gültigen Fälle)

Vor dem Hintergrund, dass nicht alle Einrichtungen die gleiche Anzahl an Fragebögen zugesendet bekommen haben, erschien es sinnvoll, die vorliegenden Fragebögen im Zusammenhang mit den verschickten zu betrachten. In der nachfolgenden Abbildung 6 ist der Rücklauf der einzelnen Einrichtungen zu sehen.

Abbildung 6 Rücklauf der einzelnen Einrichtungen



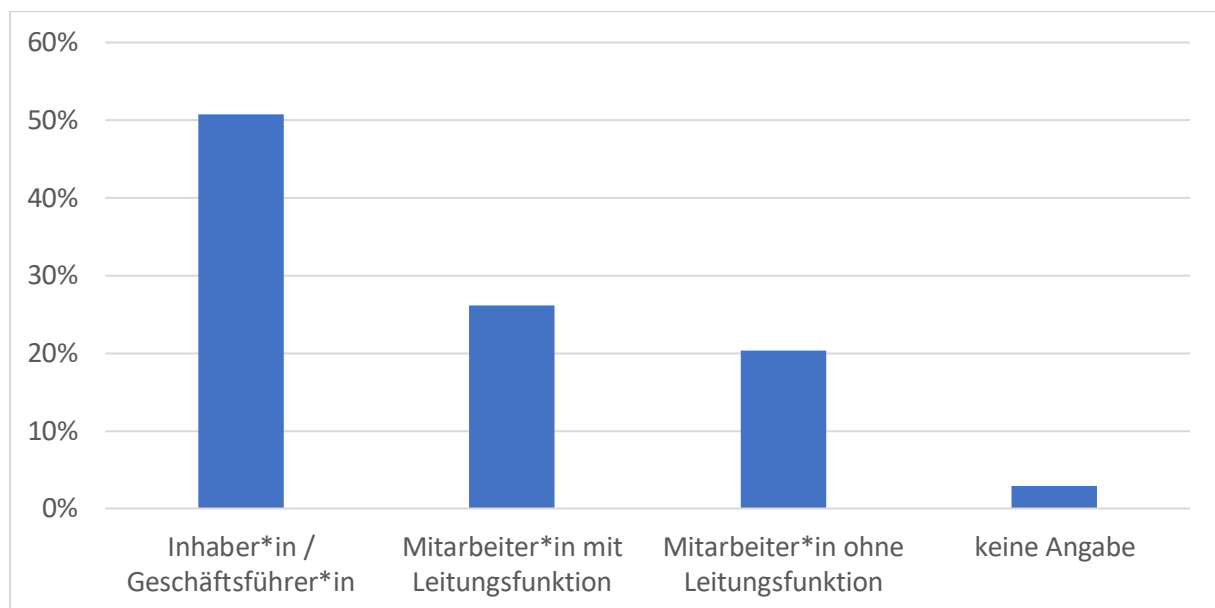
(Anmerkung: N = Anzahl der angeschriebenen Akteure, n = Anzahl der zurückgesendeten Fragebögen)

Dabei wird deutlich, dass gerade die (Pflege-)Beratungsstellen mit über 28 % den höchsten Rücklauf erzielen konnten. Mit deutlichem Abstand folgen dann die Krankenhäuser bzw. Rehaeinrichtungen.

Dort wurden insgesamt 40 Akteure angeschrieben und 6 Fragebögen zurückgesendet, was einem Rücklauf von 15 % entspricht. Die stationären Pflegeeinrichtungen (11 %) sowie die ambulanten Pflegedienste (10 %) konnten ähnlich gut erreicht werden. Darauf folgen die Apotheken (6 %) und Praxen für Ergo- und Physiotherapie (5 %). Das Schlusslicht bilden die Haus- und Facharztpraxen mit einem Rücklauf von knapp unter 5 %. Obwohl diese Gruppe also den größten Teil der Stichprobe ausmacht, wurden sie im Vergleich zu den anderen Einrichtungen und Institutionen weniger gut erreicht. Anzumerken sei an dieser Stelle, dass drei Personen unter „Sonstiges“ Einrichtungen eingetragen haben, die sich den vorhandenen Auswahlmöglichkeiten nicht zuordnen ließen („Kommune“, „Sozialpsychiatrischer Dienst“ und „Stadtverwaltung“), so dass sie hier nicht in die Auswertung der Rücklaufquoten einbezogen werden konnten.

In der nachfolgenden Abbildung 7 sind die Ergebnisse der Frage nach der jeweiligen Position, die die Befragten in der Einrichtung innehaben, zu sehen. Dabei zeichnete sich sehr deutlich ab, dass mehr als die Hälfte der Befragten als Inhaber*in oder Geschäftsführer*in fungierten.²⁸ Rund ein Viertel der Befragten gab an, als Mitarbeiter*in mit Leitungsfunktion zu arbeiten und jede*r Fünfte als Mitarbeiter*in ohne Leitungsfunktion.

Abbildung 7 Position innerhalb der Einrichtung

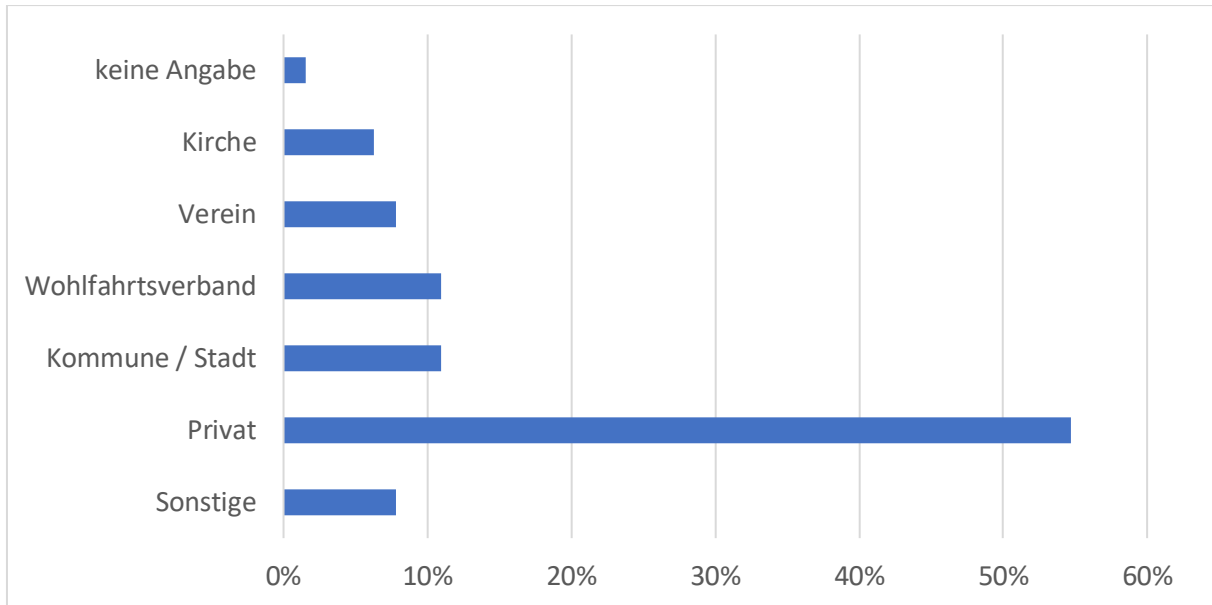


(Anmerkung: n = 69, n = Anzahl der gültigen Fälle)

Wie in der nachfolgenden Abbildung 8 sichtbar wird, war in den meisten Einrichtungen der Hauptträger der Einrichtungen die Privatperson (55 %). Mit großem Abstand folgte dann die Kommune bzw. Stadt oder der Wohlfahrtsverband (jeweils 11 %). Vereine waren nur in rund 8 % der Fälle Hauptträger und Kirchen in nur 6 %. Die Kategorie „Sonstiges“ wurde von rund 8 % der Befragten angekreuzt. Angegeben wurde hier „Krankenkassen“ oder der „Verband der Privaten Krankenversicherung“.

²⁸ Zur besseren Übersicht wurden diese beiden Kategorien zusammengefasst, da die Auswertung gezeigt hat, dass viele der Befragten sowohl Inhaber*in als auch Geschäftsführer*in angegeben haben.

Abbildung 8 Hauptträger der Einrichtung



(Anmerkung: n = 65, n = Anzahl der gültigen Fälle)

Die letzte Frage in diesem thematischen Block zur Beschreibung der Stichprobe bildete die Frage nach einer Spezialisierung in dem eigenen Arbeitsfeld. Mehr als die Hälfte der Befragten (54 %) gab hierbei an, auf einen bestimmten Bereich spezialisiert zu sein, 39 % wiesen keine Spezialisierung vor und 7 % haben keine Angabe gemacht. Anschließend konnten die Befragten in einem freien Textfeld angeben, in welchem Bereich sie spezialisiert seien. Die Ärzt*innen gaben dabei vor allem die verschiedenen Fachbereiche an, in denen sie spezialisiert sind. Dabei wurde die Allgemeinmedizin, Reisemedizinische Beratung, die Behandlung von Diabetes-Patient*innen, Ernährungsmedizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Psychotherapie, Radioonkologie, Rheumatologie, aber auch die Zahnmedizin sowie die Spezialisierung auf die urologische Versorgung genannt. Ein*e Apotheker*in gab an, sich auf Diabetes, Stützstrümpfe und Hilfsmittel spezialisiert zu haben. Ein*e Ergotherapeut*in behandelt Patient*innen vor allem bei neurologischen Erkrankungen, wie Schlaganfälle, Parkinson oder rheumatischen Erkrankungen und ein*e Physiotherapeut*in gab an, im Bereich Orthopädie, Pädiatrie und Neurologie spezialisiert zu sein. Die Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen waren vor allem auf eine Beratung rund um das Thema älter werden in Gelsenkirchen, die Begleitung von bürgerschaftlichem Engagement, der Quartiersentwicklung, dem Thema Demenz sowie der Begleitung der Selbstorganisation spezialisiert. Hier wurde zudem auch die Vergabe von barrierefreiem Wohnraum sowie die Organisation der Übergänge vom stationären in den ambulanten Versorgungssektor sowie Netzwerkarbeit genannt. Die Verwaltungsfachangestellten gaben auch seniorengerechte Wohnungen (barrierefrei), Wohngemeinschaften für Menschen mit besonderen Einschränkungen (Demenz) und die existenzsichernden Leistungen nach SGB XII als Spezialisierung an. Die (Kranken- und/oder Alten-)Pflegefachkräfte bzw. -helfer*innen verfügen über einer Spezialisierung in der Betreuung von Pflege-Wohngemeinschaften bzw. der ambulanten Pflege.

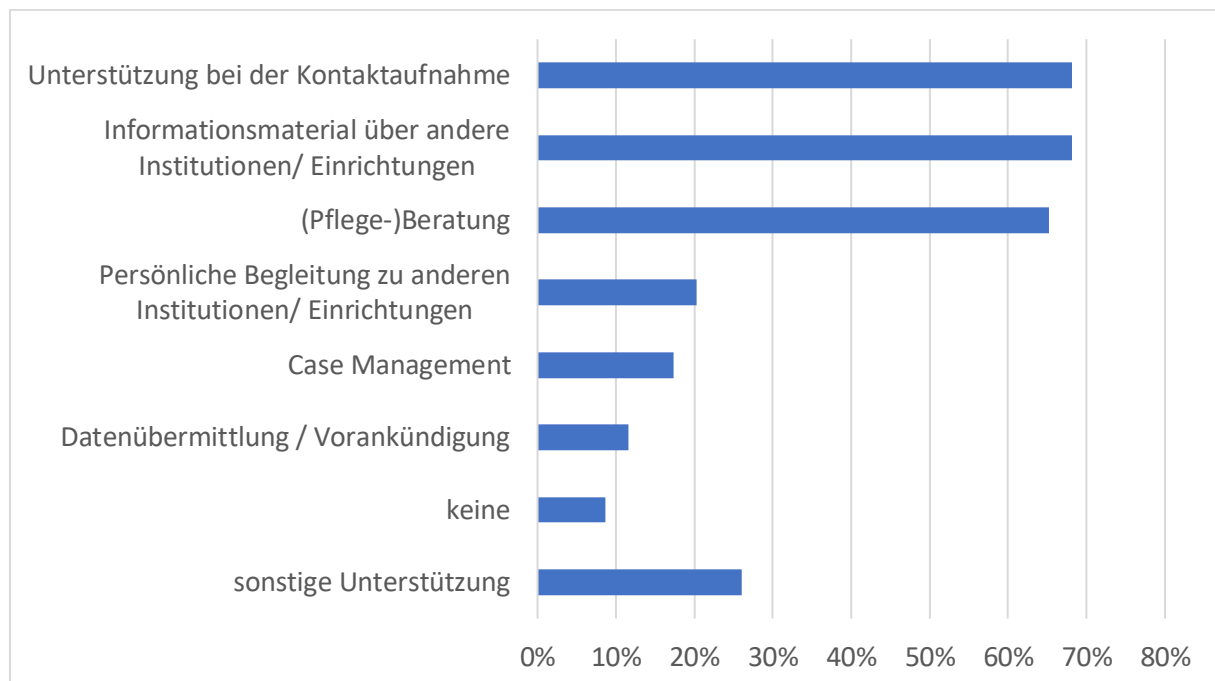
Im nachfolgenden Kapitel sollen die Ergebnisse zur Versorgungslage in Gelsenkirchen näher erläutert werden.

5.2.2 Versorgung in Gelsenkirchen

In Abbildung 9 sind die Leistungen, die in Bezug auf mögliche Schnittstellen zu anderen Einrichtungen angeboten werden, abgebildet. Dabei konnten die Befragten zwischen mehreren Antwortmöglichkeiten auswählen und auch mehr als nur eine Option ankreuzen.

Fast 70 % gaben dabei an, Unterstützung bei der Kontaktaufnahme zu leisten und Informationsmaterial über andere Institutionen bzw. Einrichtungen zur Verfügung zu stellen. Eine (Pflege-)Beratung wird ebenfalls von rund 65 % der Fälle angeboten. Mit deutlichem Abstand hat immerhin noch rund jede*r Fünfte angegeben, eine persönliche Begleitung zu anderen Institutionen bzw. Einrichtungen anzubieten. Rund 17 % der Befragten gaben zudem an, dass in der jeweiligen Einrichtung auch ein Case Management zur Verfügung steht. Rund 12 % bieten ihren Kund*innen bzw. Patient*innen zudem auch eine Datenübermittlung bzw. Vorankündigung an. Rund jede*r Vierte ergänzte zudem sonstige Unterstützungsleistungen, wie z. B. Engagementförderung, Fort- und Weiterbildung für pflegende Angehörige, Hausbesuche in Pflegeeinrichtungen, Kontakt zu und Aufbau von Selbsthilfegruppen oder auch die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sowie Beratungseinsätze nach § 37 Nr. 3 SGB XI.

Abbildung 9 Leistungen in Bezug auf mögliche Schnittstellen zu anderen Einrichtungen



(Anmerkung: n = 197, n = Anzahl der gültigen Nennungen, Mehrfachnennungen möglich, Frage: „Welche Leistungen bieten Sie (bietet Ihr Arbeitsbereich) Ihren Kund*innen/Patient*innen in Bezug auf mögliche Schnittstellen zu anderen Einrichtungen an?“)

Anschließend konnten die Befragten angeben, ob sie oder ihre Einrichtung Mitglied im Generationennetz Gelsenkirchen e. V. sind. Rund ein Drittel der Befragten bejahte diese Frage (35 %), etwas mehr als die Hälfte verneinte diese (54 %) und 11 % gaben an, es nicht genau zu wissen.

In der darauffolgenden Frage sollten die Befragten die Relevanz ihrer eigenen Arbeit bzw. ihres Arbeitsbereichs für die Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen in Gelsenkirchen einschätzen. 67 % bewerteten die eigene Arbeit dabei als sehr relevant. Weitere 10 % schätzten die eigene Arbeit

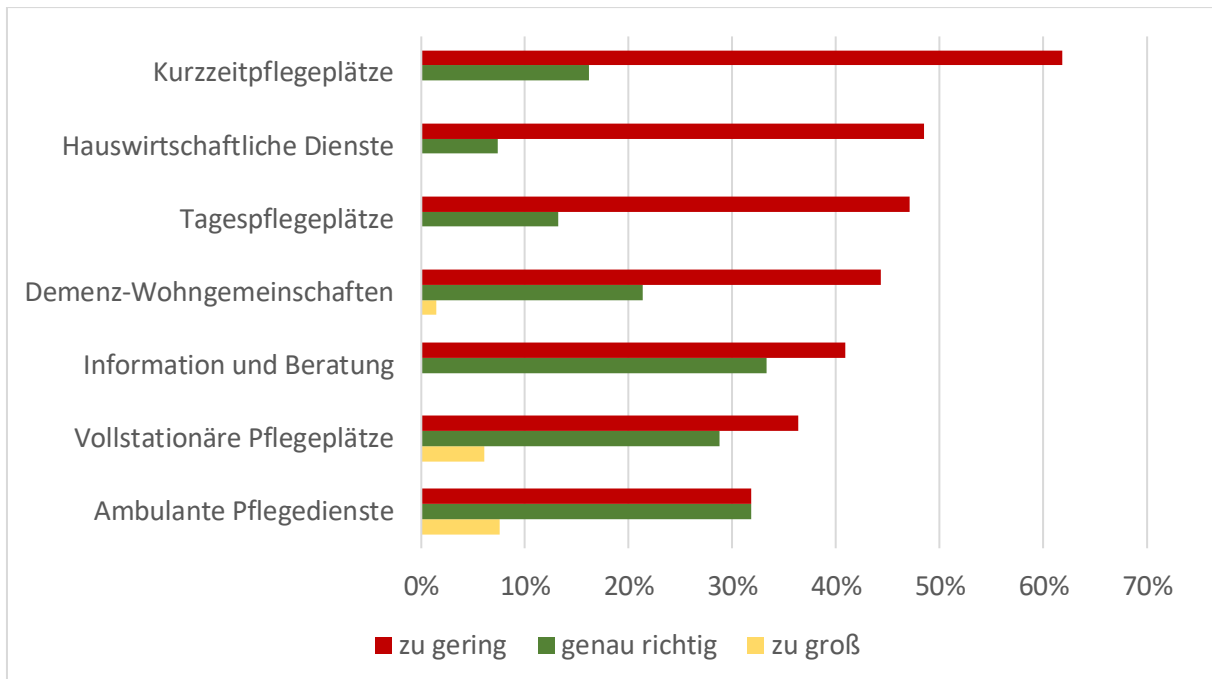
immerhin noch als eher relevant ein und ähnlich viele Personen (11 %) als zum Teil relevant. Demgegenüber sagten rund 9 % die eigene Arbeit sei nur wenig relevant und zwei Personen (3 %) gaben sogar an, sie sei gar nicht relevant.

Die Abbildung 10 zeigt die Einschätzung der aktuellen Versorgungslage für ältere Menschen mit Pflegebedarf in Gelsenkirchen. Vorab sei anzumerken, dass bei einigen Variablen ein Großteil der Befragten „weiß nicht“ angekreuzt hat. Zur besseren Übersicht sind diese Werte aber nicht in die Abbildung mit aufgenommen worden. Es werden lediglich die anderen drei Antwortoptionen dargestellt.

Es wird deutlich, dass aus Sicht der Befragten vor allem ein *Mangel an Kurzzeitpflegeplätzen* vorherrscht. So haben von den Befragten über 60 % angegeben, dass die Versorgung hier zu gering sei. Nur ca. 16 % gaben an, die Versorgung sei in diesem Bereich genau richtig. Auch die hauswirtschaftlichen Dienste scheinen den Bedarf nicht decken zu können, hier bewertete auch fast die Hälfte der Befragten die Versorgungslage als zu gering und nur etwa 7 % bewerteten diese als genau richtig. Hier zeigte sich allerdings mit fast 45 % ein Großteil der Befragten, der diese Frage nicht beurteilen konnte und „weiß nicht“ angekreuzt hat. Ähnliches ist auch bei der Frage nach der *Versorgung mit Tagespflegeplätzen* zu beobachten, wo ebenfalls um die 40 % „weiß nicht“angaben. Allerdings schätzte ebenfalls fast die Hälfte der Befragten (47 %) die Versorgungssituation als zu gering ein. Demgegenüber bewerteten aber auch 13 % diese als genau richtig. Bei den *Demenz-Wohngemeinschaften* gaben immerhin noch 45 % an, dass die Versorgung zu gering sei, demgegenüber schätzte aber auch jede*r Fünfte diese als genau richtig ein und eine Person gab an, dass die Versorgungslage an dieser Stelle zu groß sei.

Zum Thema *Beratung und Information* näherten sich die Einschätzungen etwas an, rund 40% schätzten die Versorgung als zu gering ein, allerdings sagte auch rund jede*r Dritte sie sei genau richtig. Ebenfalls mehr als jede*r Dritte bewertete die *Ausstattung mit vollstationären Pflegeplätzen* als zu gering, demgegenüber sagten aber auch 29 % aus, es wäre genau richtig und ca. 6 % schätzten das Angebot sogar als zu groß ein. Bezüglich der ambulanten Versorgung zeigte sich ein sehr ausgeglichenes Bild. Hier schätzten jeweils 32 % die Versorgung als zu gering und genau richtig ein. Weitere 8 % bewerteten das Angebot allerdings auch als zu groß.

Abbildung 10 Einschätzung der pflegerischen Versorgungslage in Gelsenkirchen

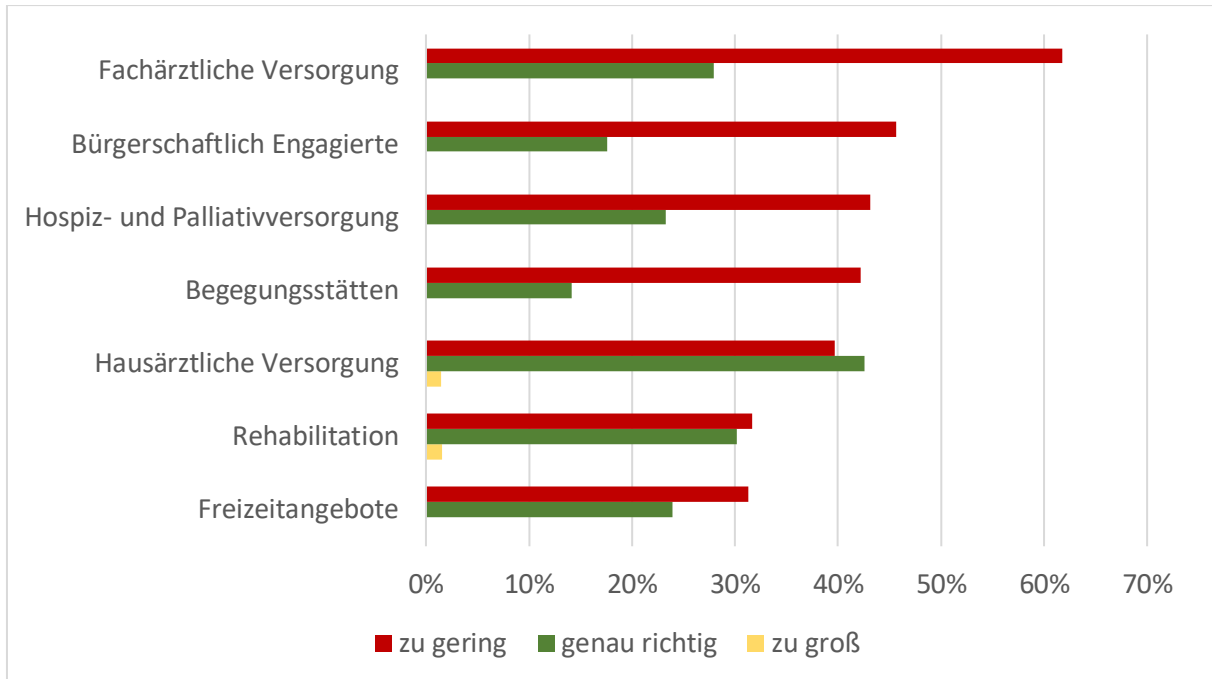


(Anmerkung: n = 66-70, n = Anzahl der gültigen Fälle, Frage: „Bitte bewerten Sie die Verfügbarkeit folgender Angebote. Das Angebot ist...“)

In der nachfolgenden Abbildung 11 kann ebenfalls die Versorgungslage in Gelsenkirchen für weitere Einrichtungen abgelesen werden. Hier gaben etwas mehr als 60 % der Befragten an, dass die *fachärztliche Versorgung* zu gering sei. Demgegenüber schätzten aber auch rund 28 % die Versorgungslage als genau richtig ein. Bezüglich der *bürgerschaftlich Engagierten* sahen etwa 47 % eine Unterversorgung, wohingegen ca. 18 % die Versorgung als ausreichend und genau richtig bewerteten. Die Versorgung mit Angeboten im Bereich der *Hospiz- und Palliativversorgung* gestaltet sich ähnlich. 43 % sahen eine Unterversorgung, zeitgleich schätzten 23 % die aktuelle Lage als genau richtig ein. Die Angebotsstrukturen von *Begegnungsstätten* wurden von 14 % als genau richtig angesehen, demgegenüber sahen mehr als 40 % an dieser Stelle eine Unterversorgung.

Im Hinblick auf die *hausärztliche Versorgung* zeigte sich zum ersten Mal eine Mehrheit davon überzeugt, dass die Versorgungslage genau richtig sei (43 %), wohingegen etwas weniger Befragte hier einen Mangel sahen (40 %). Zudem gab hier auch ein*r Befragte*r an, das Angebot sei zu groß. Bezüglich der *Angebote zur Rehabilitation* waren die Einschätzungen fast ausgeglichen. Die Annahme, es läge eine Unterversorgung vor (32 %) wird dabei nur knapp vor der ausreichenden Versorgungslage (30 %) genannt. Abschließend sollte die *Angebotslage von Freizeitaktivitäten* bewertet werden. Hierbei sahen rund 31 % einen Mangel an Angeboten, wohingegen 24 % die Versorgungslage als genau richtig einschätzten.

Abbildung 11 Einschätzung der Versorgungslage in Gelsenkirchen



(Anmerkung: n = 64-69, n = Anzahl der gültigen Fälle, Frage: „Bitte bewerten Sie die Verfügbarkeit folgender Angebote. Das Angebot ist...“)

Nach der Einschätzung der aktuellen Versorgungsangebote wurden die Befragten gebeten, Handlungsbedarfe, die sie für die Versorgung von älteren Menschen mit Pflegebedarf im Hinblick auf die nähere Zukunft in Gelsenkirchen sehen, aufzulisten. 39 Personen haben an dieser Stelle ihre Meinung zu möglichen Handlungsbedarfen geäußert. Diese lassen sich, wie in Tabelle 2 zu sehen ist, in fünf thematische Schwerpunkte unterteilen.

Die Akteure haben dabei zum einen Handlungsbedarfe bezüglich pflegerischer Versorgungsangebote, Beratung und Information, aber auch Quartiersarbeit und infrastruktureller Versorgung sowie Personalmangel und einer besseren Kooperation und Zusammenarbeit genannt. Bei den pflegerischen Versorgungsangeboten wurde vor allem ein ausreichendes Angebot von hauswirtschaftlicher und pflegerischer Versorgung im Quartier hervorgehoben. Dazu wurde die Tagesbetreuung, die häusliche Betreuung aber auch der Mangel an (notfalleingängigen) Kurzzeitpflegeplätzen sowie der Tages- und Nachtpflege hervorgehoben. Zudem forderte einer der Akteure mehr Unterstützung bei pflegenden (Ehe-)Partner*innen. Hervorzuheben sind an dieser Stelle auch die speziellen Angebote für Menschen mit einer demenziellen Erkrankung. Weiterhin nannten viele Akteure Aspekte zum Thema Beratung und Information und auch hier mit speziellem Schwerpunkt für Menschen mit Demenz und deren Angehörige. Hilfesuchende müssen niedrigschwellig Begleitung und Unterstützung aus einer Hand und bestenfalls wohnortnah erhalten können. Ein weiterer wichtiger Punkt war die Quartiersarbeit und die infrastrukturelle Versorgung. Hier wurden vor allem die Aspekte Wohnen im Alter, Soziale Kontakte und Freizeitangebote benannt. Die Quartiersarbeit müsse noch weiterentwickelt werden, um fußläufige Einkaufsmöglichkeiten zu bieten, die Angebote in den Stadtteilen auszubauen und generell eine bessere Vernetzung im Stadtteil zu erzielen. Hervorzuheben sei hier auch der Handlungsbedarf Angebote zur Nutzung des Entlastungsbetrages zu konzipieren. Der Personalmangel stellt ein weiteres wichtiges Handlungsfeld dar. So wurde angemerkt, dass der Pflegenotstand sich bemerkbar mache und dringend Fachpersonal benötigt wird.

Tabelle 2 Handlungsbedarfe in Gelsenkirchen

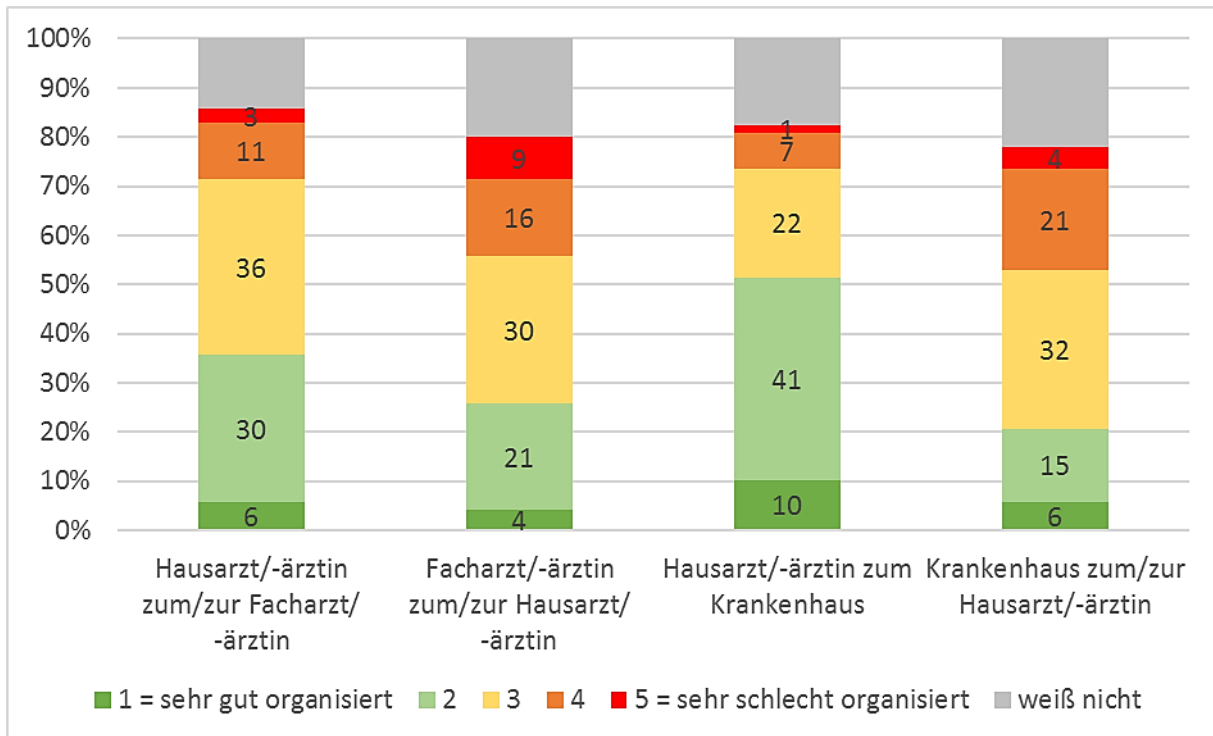
Zusammenfassung	Beispiel Freitext
Pflegerische Versorgungsangebote	<ul style="list-style-type: none"> • „Einrichtung von Kurzzeitpflegeplätzen.“ • „Mehr Unterstützung beim pflegenden (Ehe-)Partner!“ • „[...] ausreichendes Angebot von hauswirtschaftlicher und pflegerischer Versorgung im Quartier.“ • „Tages- und Nachtpflege [...].“ • „Unterstützung der häuslichen Versorgung.“
Beratung und Information	<ul style="list-style-type: none"> • „Aufbau niedrigschwelliger Angebote für Menschen mit Demenz [...].“ • „Fehlende Demenzberatung.“ • „Initiierung und Aufbau von niedrigschwelligen Angeboten in Gelsenkirchen.“ • „Ratsuchende müssen aus einer Hand Begleitung und Unterstützung erfahren.“
Quartiersarbeit, infrastrukturelle Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • „Angebote in den Stadtteilen, fußnahe Einkaufsmöglichkeiten [...].“ • „Ausbau Nachbarschaftshilfe für Senioren, bessere Vernetzung im Stadtteil, Haushaltshilfen, Mehrgenerationen Projekte.“ • „Dienstleister, die Angebote zur Nutzung des Entlastungsbetrages konzipieren.“ • „[...] Freizeitangebot, Information und Beratung.“ • „Schaffung von barrierefreiem Wohnraum in allen Stadtteilen.“ • „Entwicklung der Quartiersarbeit.“
Personalmangel	<ul style="list-style-type: none"> • „‘Pflegenotstand‘ mit den Folgen für pflegerische Einrichtungen (ambulant, teilstationär und stationär).“ • „Bedarf an qualifiziertem Pflegepersonal soll ordentlich gedeckt werden und ausreichend personelle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.“ • „Gewinnung von Fachkräften in der Kranken- und Altenpflege.“ • „[...] seitens der Ärztekammer mehr Fachärzte zulassen, Neurologen sind dringend (!) gebraucht.“
Bessere Kooperation	<ul style="list-style-type: none"> • „Bessere Koordinierung der Überleitung.“ • „Mehr Verzahnung, Information, Qualitäts-Verbesserung auf allen Ebenen [...].“

(Anmerkung: Frage: „Welche wichtigsten Handlungsbedarfe sehen Sie für die Versorgung älterer Menschen mit Pflegebedarf in Gelsenkirchen mit Blick auf die nähere Zukunft?“)

Hier sind allerdings nicht nur die Kranken- und Altenpflegekräfte miteingeschlossen, vielmehr hoben die Befragten hervor, dass es auch ein Handlungsbedarf sei, mehr Fachärzt*innen zuzulassen. Der letzte Punkt betrifft die bessere Kooperation und Zusammenarbeit der Akteure. Hier wurde angemerkt, dass die Überleitung besser zu koordinieren sei und es eine bessere Verzahnung, Information sowie Qualitätsverbesserung auf allen Ebenen geben sollte.

Als Abschluss des Themenblocks sollten die Befragten die Organisation von Übergängen/Übergaben in verschiedenen vorgegebenen Bereichen auf einer fünfstufigen Skala (1 = „sehr gut organisiert“, 5 = „sehr schlecht organisiert“) einschätzen. Zur besseren Übersicht sind die zehn zu bewertenden Bereiche nicht in einem Diagramm dargestellt, sondern wurden thematisch in drei verschiedene Diagramme aufgeteilt. Daher sind in der Abbildung 12 zunächst die Übergänge zwischen Haus- und Facharzt/-ärztin sowie Hausarzt/-ärztin und Krankenhaus abgebildet.

Abbildung 12 Organisation der Übergänge zwischen Haus- und Facharzt/-ärztin sowie Hausarzt/-ärztin und Krankenhaus



(Anmerkung: n = 68-70, n = Anzahl der gültigen Fälle, Frage: „Wie schätzen Sie die Organisation der Übergänge/Übergabe in den folgenden Bereichen für Gelsenkirchen ein?“)

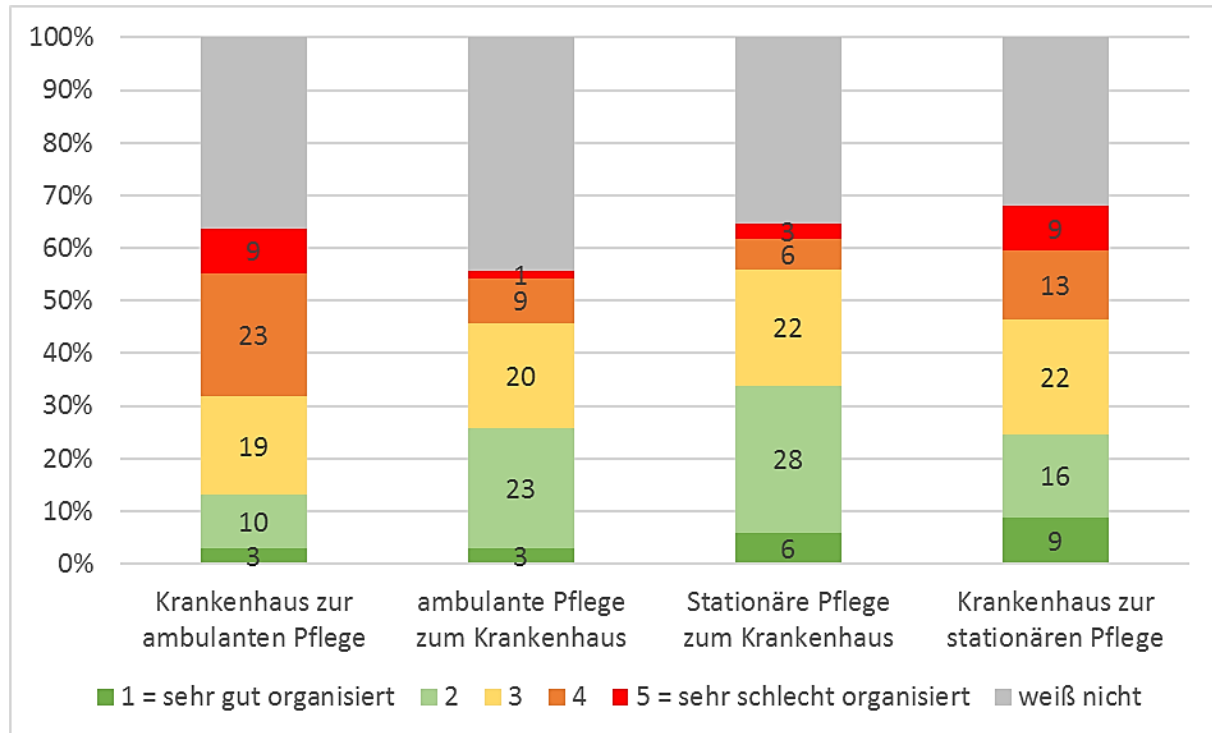
Die erste Säule bildet dabei die Einschätzung der Übergänge von dem/der Haus- zum/zur Facharzt/-ärztin ab. Hier schätzten rund 36 % der Befragten den Übergang als (sehr) gut organisiert ein. Ebenso viele Personen bewerteten diesen als mittelmäßig organisiert, wohingegen rund 14 % die Organisation der Übergänge als (eher) schlecht einschätzten. Wird ein*e Patient*in von dem/der Facharzt/-ärztin zum/zur Hausarzt/-ärztin weitergeleitet, so scheinen die Übergänge schon etwas weniger gut zu funktionieren, wie in der zweiten Säule der Abbildung zu sehen ist. Immerhin jede*r Vierte schätzte diese Überleitung noch als (sehr) gut ein. Weitere 30 % bewerteten sie noch als mittelmäßig, wohingegen auch jede*r Vierte die Organisation der Übergänge in diesem Bereich als (sehr) schlecht einstuft.

Die dritte Säule spiegelt die Einschätzung der Organisation der Übergänge von dem/der Hausarzt/-ärztin zum Krankenhaus wider. Hier schätzte mehr als die Hälfte der Befragten die Organisation als (sehr) gut ein. Ein weiteres Fünftel der Akteure bewertete diese immerhin noch als mittelmäßig und nur 8 % als (sehr) schlecht organisiert. Die letzte Säule zeigt wiederum die Überleitung vom Krankenhaus zu dem/der Hausarzt/-ärztin. Hier zeigte sich ein deutlicher Unterschied. Rund ein Fünftel bewertete die Übergänge hier noch als (sehr) gut organisiert. Ein weiteres Drittel schätzte sie als mittelmäßig ein,

wohingegen auch rund jede*r Vierte aussagte, die Übergänge seien an dieser Stelle (sehr) schlecht organisiert.

Die nachfolgende Abbildung 13 zeigt die Einschätzung der Organisation der Übergänge zwischen dem Krankenhaus und der ambulanten sowie der stationären Pflege.

Abbildung 13 Organisation der Übergänge zwischen Krankenhaus und ambulanter bzw. stationärer Pflege



(Anmerkung: n = 68-70, n = Anzahl der gültigen Fälle, Frage: „Wie schätzen Sie die Organisation der Übergänge/Übergabe in den folgenden Bereichen für Gelsenkirchen ein?“)

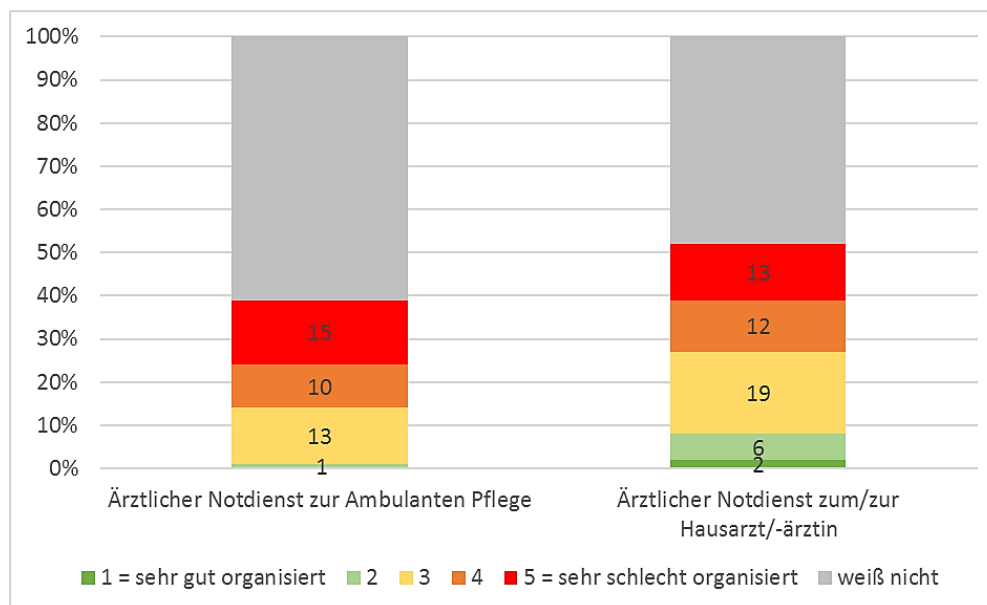
Beim Übergang vom Krankenhaus zur ambulanten Pflege zeigte sich, dass nur 13 % der Befragten die Übergänge als (sehr) gut organisiert einschätzten. 19 % bewerteten diese immerhin noch als mittelmäßig. Weitere 23 % gaben an, dass das Übergangsmanagement schlecht organisiert sei und fast 10 % bewerteten dieses sogar als sehr schlecht. Beim umgekehrten Übergang, also von der ambulanten Pflege ins Krankenhaus, zeigte sich das Bild etwas positiver. Mehr als jede*r Vierte sah den Übergang als (sehr) gut organisiert an. Ein weiteres Fünftel bewertete diesen immerhin noch als mittelmäßig und nur 10 % schätzten diesen als (sehr) schlecht ein. Hier zeigte sich allerdings auch, dass ein Großteil der Befragten (44 %) diese Aussage nicht bewerten konnte und „weiß nicht“ angekreuzt hat (grauer Balken).

Der zweite Teil der Grafik zeigt die Ergebnisse der Organisation der Übergänge zwischen der stationären Pflege und dem Krankenhaus. Hierbei schätzte jede*r Dritte die Überleitung als (sehr) gut ein und rund jede*r Fünfte noch als mittelmäßig. Lediglich 9 % bewerteten den Übergang an dieser Stelle als (sehr) schlecht organisiert. Vom Krankenhaus zur stationären Pflege zeigte sich ein etwas anderes Bild. Hier schätzte jede*r Vierte die Organisation als (sehr) gut ein und ein weiteres Fünftel der Befragten noch als mittelmäßig. Weitere 13 % bewerteten den Übergang als schlecht und noch einmal 9 % sogar als sehr schlecht organisiert. Damit schätzte an dieser Stelle also auch rund jede*r Fünfte die Organisation der Übergänge vom Krankenhaus zur stationären Pflege als (sehr) schlecht ein.

Die Abbildung 14 zeigt den letzten Teil der Frage nach der Organisation der Übergänge und zwar einerseits zwischen dem Ärztlichen Notdienst und der ambulanten Pflege und andererseits zwischen dem Ärztlichen Notdienst und dem/der Hausarzt/-ärztin. Hier sei allerdings vorab auf den sehr großen Teil der Befragten verwiesen, die diese Frage nicht beantworten konnten und mit „weiß nicht“ bewertet haben (61 %; 49 %). Den Übergang vom Ärztlichen Notdienst zur ambulanten Pflege bewertete keiner der Befragten als sehr gut und nur eine*r als gut organisiert (1 %). Weitere 13 % schätzten diesen noch als mittelmäßig organisiert ein. Eine schlechte Organisation der Übergänge bewerteten weitere 10 % der Befragten und als sehr schlecht stuften weitere 15 % die Organisation der Überleitung in diesem Bereich ein.

Die Bewertung der Übergänge vom ärztlichen Notdienst zum/zur Hausarzt/-ärztin fielen etwas besser aus. Hier stuften 8 % die Organisation als (sehr) gut ein. Ein gutes weiteres Fünftel der Befragten bewertete die Überleitung immerhin noch als mittelmäßig. Eine (sehr) schlechte Überleitung schrieb rund jede*r Vierte der Organisation vom ärztlichen Notdienst zum Hausarzt zu.

Abbildung 14 Organisation der Übergänge zwischen Ärztlichem Notdienst und ambulanter Pflege bzw. Hausarzt/-ärztin



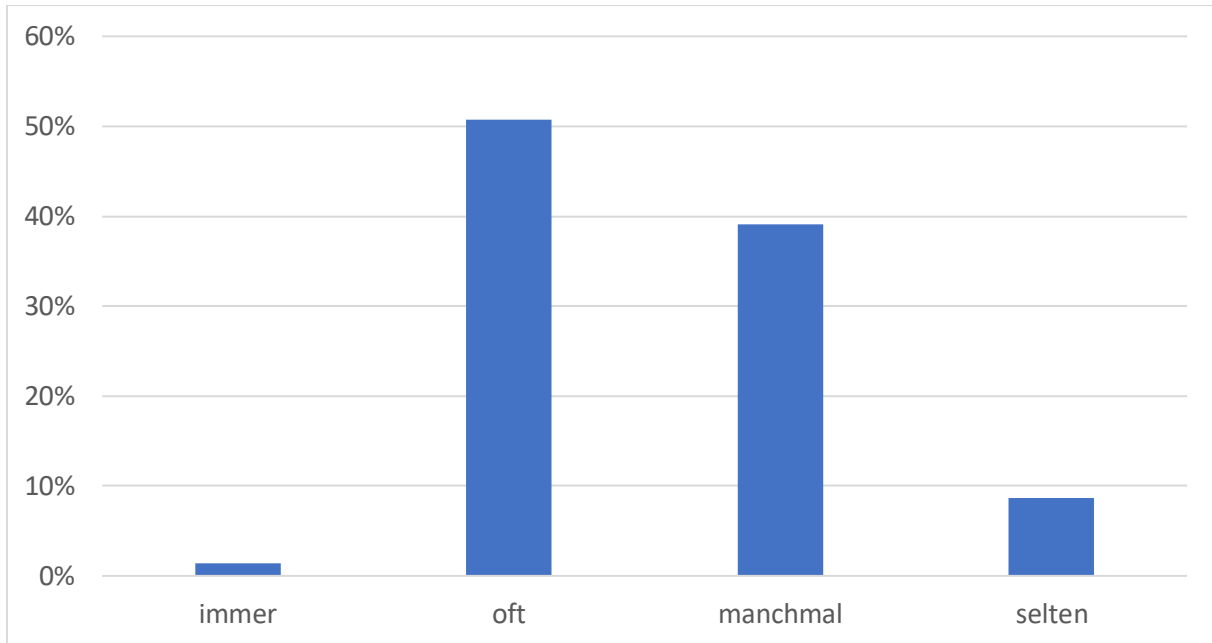
(Anmerkung: n = 68-69, n = Anzahl der gültigen Fälle, Frage: „Wie schätzen Sie die Organisation der Übergänge/Übergabe in den folgenden Bereichen für Gelsenkirchen ein?“)

In dem nachfolgenden Kapitel werden nun die Ergebnisse der Befragung zum Thema Kooperationen vorgestellt.

5.2.3 Kooperationen

Zu Beginn dieses Frageblocks wurde zunächst abgefragt, wie häufig es vorkommt, dass die Akteure bei ihren Kund*innen bzw. Patient*innen einen Beratungsbedarf feststellen, der eine Weiterleitung an Ansprechpartner*innen außerhalb der eigenen Disziplin notwendig macht (siehe Abbildung 15). Eine Person gab dabei ein, dies sei immer der Fall. Etwas mehr als die Hälfte der Akteure sagte, dies sei oft der Fall und weitere 39 % müssen ihre Patient*innen zumindest manchmal an Ansprechpartner*innen außerhalb der eigenen Disziplin weiterleiten. Bei etwa 9 % der Fälle kam eine solche Weiterleitung nur selten vor.

Abbildung 15 Häufigkeit der Notwendigkeit einer Weiterleitung

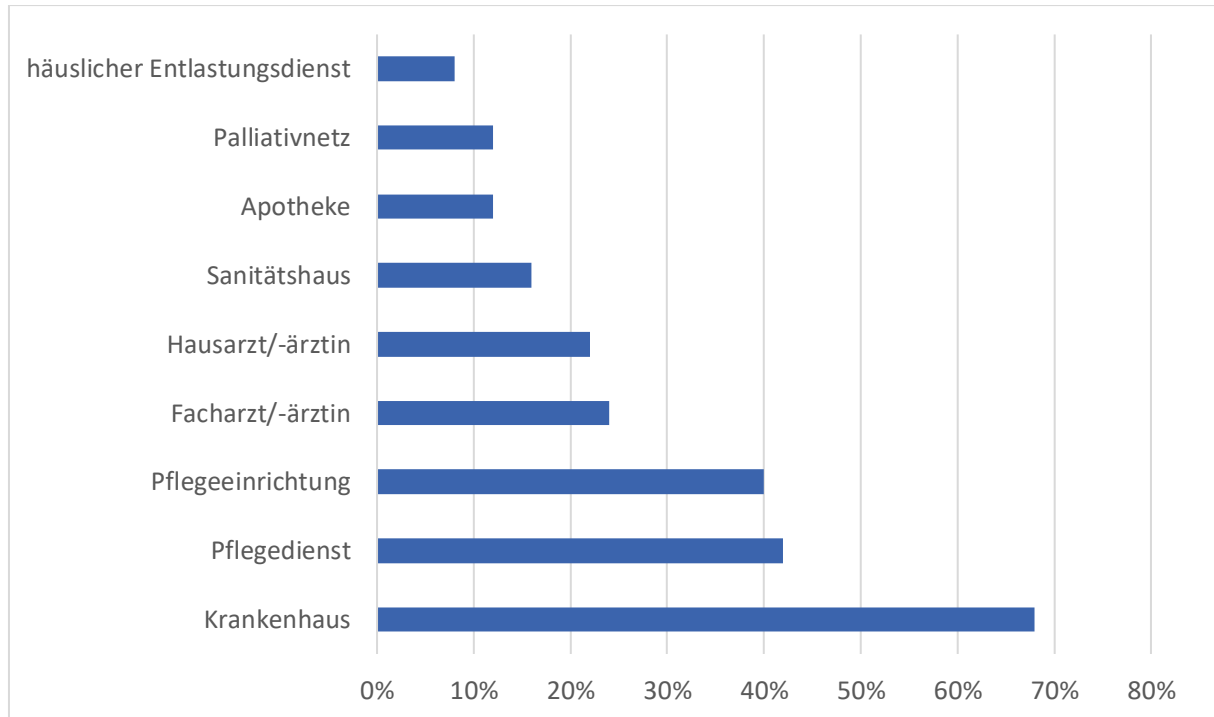


(Anmerkung: n = 69, n = Anzahl der gültigen Fälle, Frage: „Wie häufig kommt es vor, dass Sie bei Kund*innen/Patient*innen einen Beratungsbedarf feststellen, der eine Weiterleitung an Ansprechpartner*innen außerhalb Ihrer Disziplin notwendig macht?“)

Anschließend sollten die Befragten angeben, zu welchen Disziplinen in solchen Fällen weitergeleitet würde. Die Ärzt*innen gaben hier die verschiedensten Bereiche an, wie die Allgemeinmedizin, das Krankenhaus, ambulante Pflegeeinrichtungen und hauswirtschaftliche Hilfe, Beratungsstellen, Fachärzt*innen, aber auch die Krankenkasse oder Bürgercenter sowie die Kurzzeitpflege und das Palliativnetz. Bei den Apotheker*innen wurde vor allem an den/die Haus- oder Facharzt/-ärztin sowie Pflegedienste weitergeleitet. Die Ergo- und Physiotherapeut*innen gaben hier die Weiterleitung an (Fach-)Ärzt*innen, Psychiater*innen oder Pflegefachkräfte an. Weiter gaben diese auch die Hilfestellung diverser Beantragungen vom Schwerbehindertenausweis über die Beantragung eines Pflegegrades oder eines Heimplatzes an, bei denen an zuständige Stellen verwiesen wurde. Die Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen und Verwaltungsfachangestellten verwiesen oft an Fachärzt*innen, ambulante Pflegedienste, die Pflegeberatung, die Pflegekassen, das Referat Soziales und den allgemeinen sozialen Dienst, die Physiotherapie, aber auch an Vermieter*innen. Zudem gab eine Person an dieser Stelle an, die Weiterleitungen seien zu unterschiedlich und individuell, um eine allgemeingültige Aussage treffen zu können.

Bei den (Kranken- und/oder Alten-) Pflegefachkräften wurde an das Entlassmanagement, Fachärzt*innen oder Krankenhäuser, die Krankengymnastik, Reha-Einrichtungen oder vollstationäre Einrichtungen weitergeleitet. Aber auch Disziplinen wie Essen auf Rädern, Hausnotrufsysteme oder hauswirtschaftliche Leistungen wurden an dieser Stelle benannt. Zudem sei an dieser Stelle hervorzuheben, dass vor allem Palliativ- und Wundzentren mehrfach als Disziplin, an die eine Weiterleitung erfolgt, genannt wurden.

Im anschließenden Frageblock konnten die Befragten ihre fünf wichtigsten Kooperationspartner*innen eintragen und zudem angeben, ob eine formal vereinbarte Kooperation bestehe. In der nachfolgenden Abbildung 16 sind die am häufigsten genannten Kooperationspartner*innen zu sehen.

Abbildung 16 Wichtigste Kooperationspartner*innen bzw. Kooperationseinrichtungen

(Anmerkung: n = 50, n = Anzahl der gültigen Fälle, Frage: „Im Folgenden bitten wir Sie Ihre fünf wichtigsten Kooperationspartner/Kooperationseinrichtungen in Bezug auf die Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf zu notieren.“)

Insgesamt wurden von den 50 Akteuren 41 verschiedene Kooperationspartner*innen bzw. -einrichtungen benannt. Zur besseren Übersicht sind in die Abbildungen nur diejenigen, die mindestens viermal genannt wurden, aufgenommen worden.²⁹ Als wichtiger Kooperationspartner wurde der häusliche Entlastungsdienst von vier Akteuren genannt (8 %), gefolgt von den Hausärzt*innen und Fachärzt*innen, die von 11 % bzw. 12 % der Befragten als wichtige Kooperationspartner*innen angesehen werden. Am dritthäufigsten wurden stationäre Pflegeeinrichtungen genannt (40 %) und mit leichtem Abstand die ambulanten Pflegedienste (42 %). Als wichtigster Kooperationspartner wurde das Krankenhaus von fast 70 % der Befragten angegeben.

Eine formal vereinbarte Kooperation lag am häufigsten mit Sanitätshäusern vor (6 Nennungen), dicht gefolgt von Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern, die jeweils von fünf Befragten genannt wurden. Vier Befragte gaben an, mit einer Apotheke eine formal vereinbarte Kooperationsvereinbarung getroffen zu haben und drei mit dem Palliativnetz. Jeweils zwei Befragte nannten Schulungszentren, Pflegedienste, die Fachstelle Demenz sowie das Generationennetz Gelsenkirchen e. V. und das Kontaktbüro

²⁹ Jeweils einmal genannt wurden: Betreuungsstelle, biovis Diagnostik MVZ GmbH, Evangelische Kirchen, Hausnotruf, Kindertagesstätte, Kommune, Kurzzeitpflege, Landhausküche, Pflegenden Angehörige, Pflegestützpunkt, Reha Klinik, Referat Soziales, Seniorenvertreterinnen, Sozialamt, Sozialdienst, Transportunternehmen, Wohnheim, Wohlfahrtsverbände.

Jeweils zweimal genannt wurden: Alzheimergesellschaft, Clearingstelle Pflege, Fachstelle Demenz, Hospizverein, Kontaktbüro Pflegeselbsthilfe (KOPS), Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK), Pflegekasse, Praxen, Schulungszentrum, Vermieter.

Jeweils dreimal genannt wurden: Beratungsstelle der Stadt (PFAD), Generationennetz Gelsenkirchen e. V., Tagespflege, Wundzentrum.

Pflegeselbsthilfe (KOPS) als Kooperationspartner mit einer formalen Vereinbarung. Von je einem/einer der Befragten wurde hier das Wundzentrum, die Kindertagesstätte der/die Facharzt/-ärztin, Hospizvereine, der häusliche Entlastungsdienst, die Alzheimergesellschaft, Wohlfahrtsverbände, Landhausküche, Seniorenvertreterinnen, Pflegekasse, die Kommune sowie der Hausnotruf genannt.

Im Nachfolgenden soll die Verteilung im Zusammenhang mit der Kontakthäufigkeit noch einmal genauer beleuchtet werden. Dafür werden allerdings nur die Kooperationspartner*innen bzw. -einrichtungen der Ärzt*innen näher in den Blick genommen (siehe Tabelle 3), da diese Gruppe den größten Teil der Stichprobe ausmacht und somit ein umfassendes Bild aufgezeigt werden kann.³⁰

Tabelle 3 Kooperationspartner*innen und Kontakthäufigkeit der Ärzt*innen

	täglich	1 x pro Woche	1 x pro Monat	1 x im Halbjahr	1 x im Jahr	keine Angabe	Gesamt
Pflegeeinrichtung	7	33	20	7	7	7	81
Pflegedienst	27	33	0	0	0	13	73
Krankenhaus	7	13	27	0	0	13	60
Facharzt/-ärztin	0	7	7	0	0	7	21
Wohnheim	0	0	7	0	0	0	7
Apotheke	7	0	0	0	0	0	7
Palliativnetz	0	0	0	0	7	0	7
Hausarzt/-ärztin	0	7	0	0	0	0	7
Gesamt	48	93	61	7	14	40	263

(Anmerkung: n = 15, n = Anzahl der gültigen Fälle, Angaben in % der gültigen Nennungen, Mehrfachnennungen möglich)

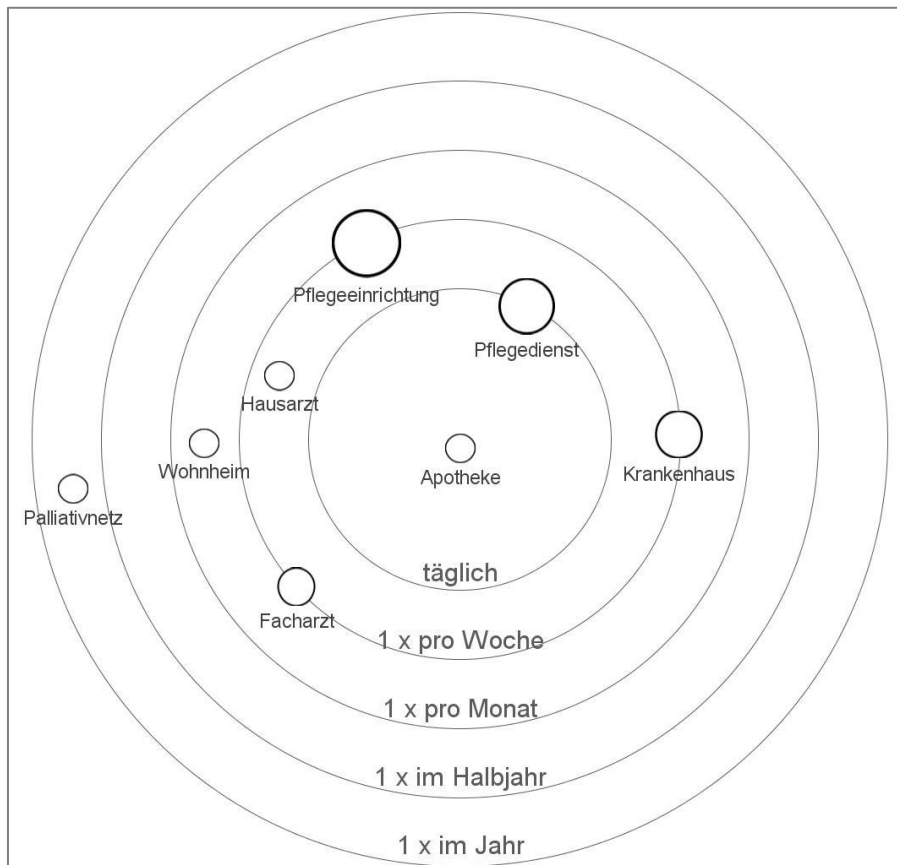
Zunächst einmal fiel auf, dass im Vergleich zur gesamten Stichprobe (siehe Abbildung 12), Pflegeeinrichtungen (81 %) und Pflegedienste (73 %) häufiger als Kooperationspartner*innen angegeben wurden als das Krankenhaus (60 %). Danach folgt mit deutlichem Abstand der Facharzt/die Fachärztin (21 %). Je eine*r der befragten Ärzt*innen nannte das Wohnheim, die Apotheke, das Palliativnetz, den Hausarzt/die Hausärztin sowie die Tagespflege und die Beratungsstelle der Stadt (PFAD) als Partner*in (7 %).³¹ Wirft man nun einen genauen Blick auf die Kontakthäufigkeit, so zeigte sich bei den Pflegeeinrichtungen, dass vor allem einmal pro Woche (33 %) und einmal im Monat Kontakt herrscht (20%). Die anderen Optionen wurden jeweils nur von einem der Akteure angegeben. Bei den ambulanten Pflegediensten wird ebenfalls einmal pro Woche am häufigsten genannt (33 %). Hier fällt allerdings auf, dass als nächstes der tägliche Kontakt von rund jeder/jedem vierten Befragten angegeben wurde (27 %).

³⁰ Hierfür wurden nur diejenigen Befragten einbezogen, die unter Einrichtung angaben, in einer Hausarzt- oder Facharztpraxis zu arbeiten.

³¹ Die Nennung „Tagespflege“ sowie „Beratungsstelle der Stadt (PFAD)“ sind in dieser Tabelle zur besseren Übersicht nicht mit abgebildet, da sie jeweils nur von einer Person genannt wurden und zu der Kontakthäufigkeit keine Angabe gemacht wurde.

Beim Krankenhaus hat rund jede*r vierte Befragte einmal pro Monat Kontakt, 13 % einmal in der Woche und ein*e Befragte*r (7 %) täglich. Der Kontakt mit den Kooperationspartner*innen Facharzt/Fachärztin hält eine*r der Befragten einmal pro Woche und ein*e weitere*r einmal im Monat. Bei dem Hausarzt/der Hausärztin wurde ein regelmäßiger Kontakt einmal die Woche angegeben und beim Palliativnetz einmal im Jahr. Mit dem Wohnheim gab ein*e Befragte*r an, einmal pro Monat in Kontakt zustehen, demgegenüber besteht mit der Apotheke eine tägliche Zusammenarbeit. In der nachfolgenden Abbildung 17 sind die Ergebnisse zur besseren Übersicht noch in einem Netzwerkkreis dargestellt.

Abbildung 17 Netzwerkkreis der Ärzt*innen mit Kontakthäufigkeit



(Anmerkung: n = 15, n = Anzahl der gültigen Fälle, Mehrfachnennungen möglich, je größer der Kreis, desto häufiger wurde die jeweilige Institution genannt)

Dabei wurde der Mittelwert aus den Kontaktzeiten gebildet und die Kooperationspartner*innen demnach auf den inneren (täglich Kontakt) oder auf den weiter außenliegenden Kreisen (weniger häufig Kontakt) abgebildet.³² Je größer der Kreis der einzelnen Akteure bzw. Institutionen, desto öfter wurden diese genannt, beispielsweise Pflegeeinrichtung im Vergleich zum/zur Hausarzt/-ärztin. Bezüglich der Kontakthäufigkeit zeigte sich hier, dass mit Pflegeeinrichtungen durchschnittlich mehrmals im Monat Kontakt besteht. Bei dem/der Hausarzt/-ärztin scheint hingegen häufiger Kontakt zu bestehen, im Durchschnitt einmal in der Woche. Deutlich zu sehen ist an dieser Stelle auch der Pflegedienst als wichtiger Kooperationspartner. Ein mittelgroßer Kreis zeigt an, dass dieser von mehreren Akteuren genannt

³² Strenggenommen, dürfte ein solcher Mittelwert nur bei metrisch skalierten Variablen gebildet werden, siehe dazu auch Diaz-Bone (2013); Field (2013). An dieser Stelle dient die Vorgehensweise allerdings nur der Verbildlichung des Netzwerks und nicht für weitere Analysen, so dass diese methodische Grenze in Kauf genommen wurde.

wurde und die Position des Kreises lässt darauf schließen, dass im Durchschnitt mehrmals pro Woche Kontakt herrscht.

Den letzten Teil dieses Themenblocks bildete die Frage nach Hemmnissen und Schwierigkeiten in der Kooperation mit Akteuren aus der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung. Fast die Hälfte der Befragten gab an dieser Stelle an, dass sie durchaus Probleme bei Kooperationen sehen (48 %). Weitere 41 % sahen demgegenüber keine Probleme und 10 % gaben an, es nicht zu wissen. Die Frage nach den konkreten Problemen im Hinblick auf Kooperationen soll nun wiederum im Hinblick auf die unterschiedlichen Berufsgruppen betrachtet werden.

Zunächst werden dabei die Aussagen der Ärzt*innen in den Blick genommen. Hier wurde zum einen der Mangel passender Ansprechpartner*innen auf pflegerischer und Koordinationsebene sowie die fehlende bzw. mangelhafte Kommunikation untereinander thematisiert. Zudem sei es nicht selten der Fall, dass Überleitungsbögen oder Facharztberichte fehlten oder während eines stationären Aufenthaltes eine mangelhafte Versorgung und/oder Diagnostik durchgeführt werden würde. Weiterhin sei der große Dokumentationsaufwand und der „Papierkram“ hinderlich für eine gute Zusammenarbeit und diese sei zudem holprig und zeitverzögert, vor allem wenn sich der Fall als schwierig herausstellte. Bezüglich der Zusammenarbeit mit Pflegediensten oder -einrichtungen äußerten die Ärzt*innen, dass zum einen der Pflegedienst durch die eigene Verwaltung oft fremdbestimmt sei. Zum anderen würden Begleitpersonen aus dem Pflegeheim den/die Patient*in nicht kennen, weil beispielsweise Praktikant*innen als Arztbegleitung eingesetzt werden würden. Ein weiterer wichtiger Punkt war zudem, dass Pfleger*innen nicht immer nur den/die Hausarzt/-ärztin, sondern vielmehr gezielt auch die Fachärzt*innen ansprechen sollten, so beispielsweise bei einer neurologischen Medikation.

Die Apotheker*innen äußerten als Hindernis oder Problem, dass häufig die Personenkompetenz bei der Kontaktaufnahme unklar sei. Zudem wurden hier die Themen Korruption und Bestechung als Problem geschildert. Die Ergotherapeut*innen erwähnten hier vor allem Probleme in der Kommunikation, aber auch die unklare Gesetzeslage, so seien Therapien teilweise privat zu zahlen und es herrsche keine Transparenz. Der Faktor Zeit wurde hier ebenfalls als Problem genannt, so sei oftmals keine ausreichende Zeit für Übergabegespräche. Ähnliches erwähnten auch die Physiotherapeut*innen, die an dieser Stelle den Zeitmangel in der Pflege als hemmenden Faktor für eine Zusammenarbeit nannten. Ein*e Sozialarbeiter*in führte die Unsicherheit in der Weitergabe bzw. dem Austausch von Daten als Problem für die Zusammenarbeit an und ein*e Verwaltungsfachangestellte*r bewertete die Wahlfreiheit als zusätzliche Erschwerung für Kooperationen.

Als letztes soll an dieser Stelle auf die genannten Aspekte der (Alten- und/oder Kranken-)Pflegefachkräfte bzw. Pflegehelfer*innen eingegangen werden. Hier wurde die Abgrenzung der einzelnen Bereiche als hemmend für die Zusammenarbeit angeführt. Weiterhin erschweren falsch ausgestellte Verordnungen für die häusliche Krankenpflege, falsche Diagnoseschlüssel oder auch fehlende Angaben und eine schlechte Überleitung aus den Krankenhäusern die Zusammenarbeit. Zudem wurde hier ebenfalls die fehlende Kommunikation als hemmender Faktor bewertet.

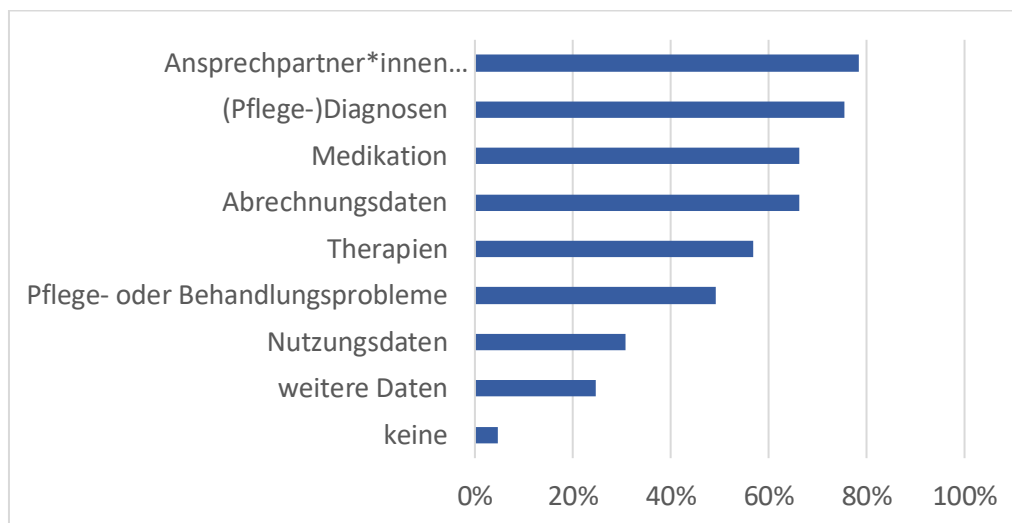
5.2.4 Organisation der Daten

Thematischer Schwerpunkt des folgenden Frageblocks war die Organisation der Daten. Dabei wurde zunächst abgefragt, ob im Praxisalltag Informationssysteme zur Verwaltung von Daten der Patient*innen und Kund*innen genutzt werden. Genau die Hälfte der Befragten bejahte diese Frage, weitere 41 % gaben an keine solcher Informationssysteme zu nutzen und 9 % wussten es nicht. Hatten die

Befragten diese Frage mit „ja“ beantwortet, hatten sie noch die Möglichkeit das genutzte Informationssystem in ein freies Textfeld einzutragen. Insgesamt wurden hier 23 verschiedene Dokumentationssysteme genannt. „Access Datenbank“, „Curasoft Software für Pflege“, „KIS: MCC“, „Medistar“ sowie die „Praxissoftware Turbomed“ wurden dabei jeweils zweimal genannt. Die restlichen Angaben wurden jeweils nur einmal aufgeführt. Dies zeigt die Vielfalt der genutzten Informationssysteme zur Datenverwaltung.

Die anschließende Frage fokussierte die Art der Daten, die verarbeitet bzw. gesammelt werden. Die Befragten hatten hierbei die Möglichkeit aus sieben vorgegebenen Alternativen mehrere Antworten auszuwählen und ggf. weitere zu ergänzen (siehe Abbildung 18).

Abbildung 18 Verarbeitete und gesammelte Daten



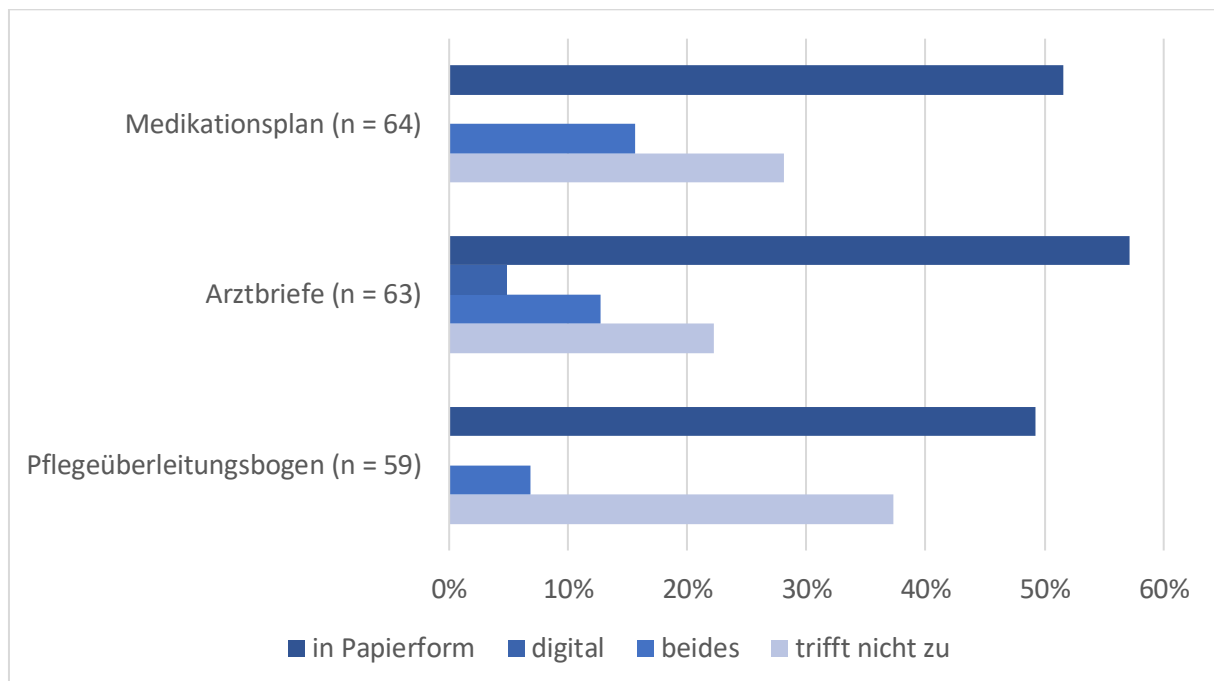
(Anmerkung: n = 294, n = Anzahl der gültigen Nennungen, Mehrfachnennungen möglich, Frage: „Welche der folgenden Daten werden bei Ihnen verarbeitet/gesammelt?“)

Fast 80 % der Befragten gaben dabei an, dass Daten über Ansprechpartner*innen oder Angehörige der Patient*innen verarbeitet und gesammelt werden. Drei Viertel der Akteure verarbeiteten zudem Daten über (Pflege-)Diagnosen. Medikations- und Abrechnungsdaten wurden von jeweils 66 % der Befragten verarbeitet und gesammelt. Darauf folgten Daten zu Therapien (57 %) und Pflege- oder Behandlungsproblemen (49 %). Nutzungsdaten wurden nur von rund einem Drittel (31 %) der Befragten angegeben. Jede*r Vierte hatte zudem angekreuzt noch weitere Daten zu verarbeiten und zu sammeln. Dazu zählte der Anlass sowie das Ergebnis des Gesprächs, Befundberichte, Beratungsthemen, Daten zur Lebenslage, aber auch die Fotodokumentation bei Wunden. Weiterhin wurden geplante Therapien und Therapie-Ziele aufgelistet. Zwei Akteure verwiesen darauf, dass sie gemäß der Rahmenvereinbarung des Entlassmanagements sowie nach Vorgaben der Verwaltung, Krankenkassen und dem Staat Daten sammeln und verarbeiten. Eine Person hob zudem hervor, dass dies je nach Falllage sehr unterschiedlich und somit nicht verallgemeinerbar sei.

Anschließend ging es um das Vorhandensein mobiler Zugänge zu den genutzten Informationssystemen. Drei Viertel der Fälle (77 %) verneinten diese Frage und eine Person konnte die Frage nicht genau beantworten. Demnach sind in rund 22 % der Fälle mobile Zugänge vorhanden. Dabei wurden am häufigsten das Smartphone, gefolgt von dem Tablet genannt. Zwei Personen benannten hier den Laptop oder PC als mobilen Zugang und ebenfalls zwei Personen gaben an, dass ein mobiler Zugang in Planung sei.

Darauffolgend ging es thematisch um die Form, in welcher Daten mit anderen Einrichtungen ausgetauscht werden. Dabei sollte sowohl für den Pflegeüberleitungsbogen, Arztbriefe und auch den Medikationsplan jeweils angegeben werden, ob diese in Papierform, digital oder in beiden Formen vorhanden sei. Die nachfolgende Abbildung 19 zeigt die Ergebnisse in der Übersicht. Dabei wurde ziemlich schnell deutlich, dass sowohl der Medikationsplan (52 %), als auch die Arztbriefe (57 %) und die Pflegeüberleitungsbögen (49 %) bei einem Großteil der Befragten nur in Papierform vorliegen. Digital sind lediglich die Arztbriefe vorhanden, wobei dies auch nur knapp 5 % der Befragten angaben. Sowohl digital als auch in Papierform lag der Medikationsplan in rund 16 % der Fälle vor. Bei den Arztbriefen waren es an dieser Stelle mit etwa 13 % etwas weniger und der Pflegeüberleitungsbogen lag in beiden Formen sogar nur bei 7 % der Befragten vor.

Abbildung 19 Form der Daten zum Austausch mit anderen Einrichtungen



(Anmerkung: n = Anzahl der gültigen Fälle, Frage: „In welcher Form organisieren Sie den Datenaustausch mit anderen Einrichtungen?“)

Aufbauend auf dieser Frage wurden die Standards abgefragt, die in der jeweiligen Einrichtung bereits umgesetzt werden. Hier zeigte sich, dass bei einem Großteil der Befragten noch keine der genannten Standards eingesetzt werden. Dies erscheint allerdings auch nicht verwunderlich, da sich z. B. die breite Nutzung des ePflegeberichts noch im Aufbau befindet. Bei dem Medikationsplan zeigte sich allerdings, dass diesen bereits 41 % der Ärzt*innen, Apotheker*innen sowie medizinischen Fachangestellten nutzen.

Auf die Frage, ob bereits die Möglichkeit bestehe, den neuen bundeseinheitlichen Medikationsplan mittels eines Barcode-Scanners einscannen zu können, antworteten 20 % der Ärzt*innen mit ja. Bei drei Viertel von ihnen ist ein Einscannen nicht möglich und eine*r der befragten Ärzt*innen gab an, es nicht zu wissen. Bei den anderen Berufsgruppen gaben zudem zwei Apotheker*innen sowie eine Pflegefachkraft und ein*e Physiotherapeut*in an, dass sie nicht wissen, ob die Möglichkeit bereits besteht.

Den letzten Teil dieses Themenblocks bildete die Frage, ob in den letzten drei Monaten wichtige medizinische und/oder pflegerische Informationen beim ersten Kund*innen- oder Patient*innenkontakt

gefehlt haben. Fast die Hälfte der Befragten (47 %) gab an, dass ihnen schon einmal wichtige Informationen nicht vorlagen. In 40 % der Fälle lag ein solcher Informationsmangel noch nicht vor und weitere 13 % wussten es nicht. Welche wichtigen Informationen konkret gefehlt haben konnten die Befragten anschließend in ein freies Textfeld eintragen. Dies wurde von 23 der befragten Akteure in Anspruch genommen. Hier zeigte sich, dass bei etwas mehr als der Hälfte der Akteure vor allem Arztbriefe oder Befundberichte gefehlt haben. Am zweithäufigsten wurden von rund jedem/jeder Dritten fehlende Medikationspläne aufgeführt. Etwa jede*r Fünfte berichtete zudem von fehlenden (Dauer-)Diagnosen und hier vor allem vom Mangel an Informationen, dass ein*e Patient*in multiresistente Bakterien (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus MRSA) hat. Weiterhin führte ein Teil der Befragten einen Mangel an Entlassbriefen an (17 %). In 13 % der Fälle fehlten Pflegeüberleitungsbögen bzw. -berichte und zwei Personen gaben an (9 %), dass Informationen von Angehörigen bezüglich des Pflegezustands, der Medikation und des Pflegegrads nicht vorlagen. Jeweils eine Person (4 %) benannte den Mangel an Informationen über den Pflegegrad bzw. -bedarf, Informationen von dem Hausarzt/der Hausärztin, Verordnungen häuslicher Krankenpflege sowie weitere Behandlungstermine.

5.2.5 Perspektiven

Den letzten Teil der Befragung bilden zwei Fragen nach den Perspektiven, die die Akteure sehen. Dabei wurde zunächst die Frage gestellt, welche Angebote die eigene Arbeit in Bezug auf die Versorgung von älteren Menschen mit Pflegebedarf zukünftig erleichtern würden. 29 Akteure haben hierauf eine freie Textantwort gegeben. Die Ergebnisse sind in der nachfolgenden Tabelle 4 unter einem Oberbegriff zusammengefasst, wobei jeweils noch einzelne Freitextantworten als Beispiele genannt werden. Die Auflistung erfolgt zudem in absteigender Reihenfolge nach Anzahl der gültigen Nennungen, die dem jeweiligen Oberbegriff zugeordnet werden konnten.

Es zeigte sich, dass rund 72 % der Antworten eine bessere Zusammenarbeit, Kooperation und Informationsaustausch sowie eine bessere Vernetzung thematisierten. Daran schließen sich die Antworten mit Bezug auf eine Sicherstellung der Versorgung sowie niedrigschwellige Beratungsangebote an (jeweils 24 %). Weiterhin wünschten sich jeweils fünf Akteure Angebote zum Thema Finanzierung sowie zur Dokumentation. Weitere fünf Befragte thematisierten den Themenschwerpunkt der Personalpolitik und wünschten sich, dass mehr Fachpersonal eingestellt wird.

Tabelle 4 Angebotswünsche der Akteure

Zusammenfassung	Beispiel Freitext
Bessere Zusammenarbeit und Kooperation, Vernetzung (n = 21)	<ul style="list-style-type: none"> • „Bessere Information von Krankenhäusern und Praxen bei Entlassung bzw. medizinischen Änderungen.“ • „Bessere Kooperation mit den Hausärzten/ Krankenhäusern bei multimorbiden Patienten.“ • „Aufbau von Netzwerken pflegerisch/medizinischer Akteure bzw. Einrichtungen in den Stadtteilen.“ • „Verbindliche Kooperationen.“ • „Vernetzung zwischen Krankenhaus, Hausarzt, Facharzt und Pflegedienst; Netzwerk – vergleichbar mit dem Palliativ Netzwerk.“

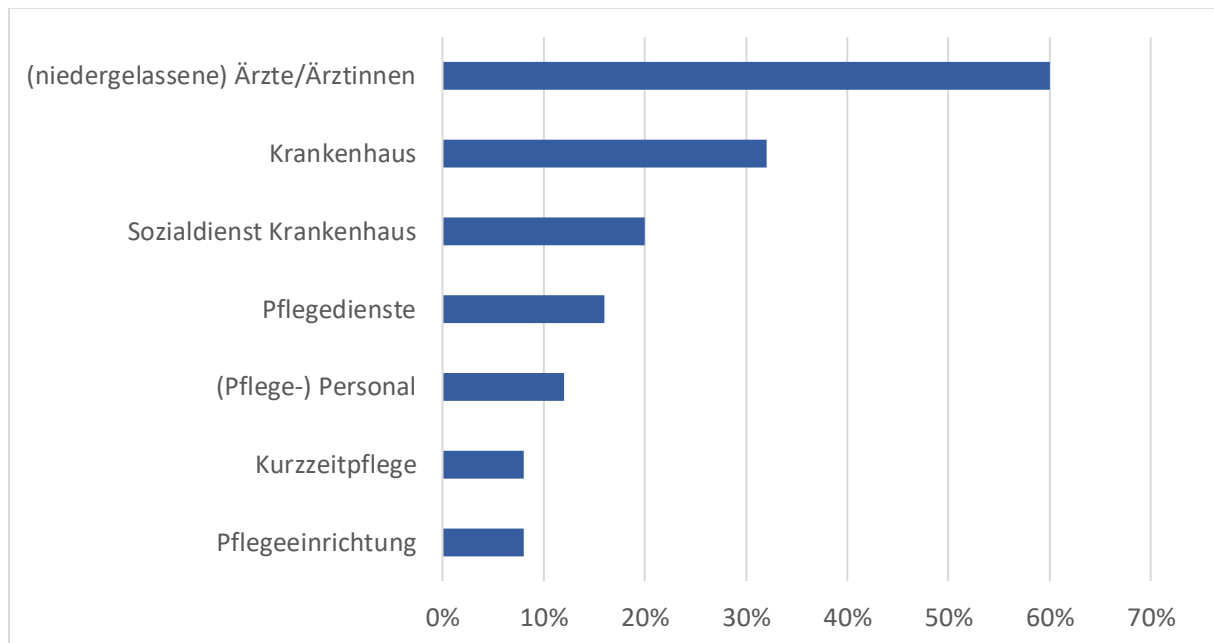
Zusammenfassung	Beispiel Freitext
Sicherstellung der Versorgung (n = 7)	<ul style="list-style-type: none"> • „Ausreichendes Angebot an Betreuungsformen für Menschen mit Demenz.“ • „Kurzzeitpflegeplätze.“ • „Mehr Pflege- und Einrichtungsheime, die besser ausbilden.“ • „Bezahlbare Seniorenwohnungen/Betreutes Wohnen.“ • „Telemedizinische Verlaufskontrollen.“
Niedrigschwellige Beratungsangebote (n = 7)	<ul style="list-style-type: none"> • „Gut erreichbare und allgemein bekannte niederschwellige Beratungs-, Informationsangebote.“ • „Aufsuchende psychosoziale Dienste.“ • „Pflegekurse in der Region.“ • „Eine kurzfristig erreichbare Institution um eine Pflegestufe/-grad möglichst schnell zu erwerben für die Patienten, die in akute Situationen der Pflegebedürftigkeit geraten sind.“
Finanzierung (n = 5)	<ul style="list-style-type: none"> • „Dienstleister Entlastungsbeitrag.“ • „Verbesserte Transsportmöglichkeiten mit Kostenübernahme zu medizinischen Einrichtungen.“ • „Erweiterte Finanzierung zur Sensibilisierung und Information der Öffentlichkeit/Gesellschaft.“
Dokumentation (n = 5)	<ul style="list-style-type: none"> • „Einheitliche Dokumentationssysteme, bzw. die Möglichkeit als intermediäre Organisation Patientenpfade anzulegen, empfangen und weiterleiten zu können.“ • „Fertige Arztbriefe und Medikamentenpläne.“ • „Aufgrund des neuen Datenschutzes wird es schwieriger und der e-Bericht rückt eher in die Ferne.“
Personalpolitik (n = 4)	<ul style="list-style-type: none"> • „Personal Defizit beheben.“ • „Freiberufliche Krankenschwestern.“ • „Mehr Pflegepersonal in der Vollzeitpflege [...]“

(Anmerkung: n = 49, n = Anzahl der gültigen Nennungen, Mehrfachnennungen möglich, Frage: „Welche Angebote würden Ihre Arbeit in Bezug auf die Versorgung von älteren Menschen mit Pflegebedarf zukünftig erleichtern?“)

Den Abschluss des Fragebogens bildete die Frage, mit wem die Akteure in Zukunft gerne zusammenarbeiten würden, um die eigene Arbeit zu optimieren. 25 Befragte haben auf diese Frage eine Antwort gegeben. Die Ergebnisse können der nachfolgenden Abbildung 20 entnommen werden, allerdings sei

an dieser Stelle angemerkt, dass zur besseren Übersicht nur die Institutionen und Akteure in die Abbildung aufgenommen wurden, die mindestens zweimal genannt wurden.³³

Abbildung 20 Wunsch nach Zusammenarbeit



(Anmerkung: n = 46, n = Anzahl der gültigen Nennungen, Mehrfachnennungen möglich, Frage: „Mit wem würden Sie gerne zusammenarbeiten, um Ihre Arbeit zu optimieren?“)

Es zeigte sich deutlich, dass rund 60 % der Antworten eine engere Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzt*innen thematisierten. Mit deutlichem Abstand folgte dann das Krankenhaus (32 %). Zudem hat rund jede*r Vierte angegeben enger mit dem Sozialdienst sowie dem Entlassmanagement der Krankenhäuser zusammenarbeiten zu wollen. Vier Personen (16 %) gaben zudem an, zukünftig gerne enger mit Pflegediensten und drei mit dem (Pflege-) Personal (12 %) zu kooperieren. Eine engere Zusammenarbeit mit der Kurzzeitpflege sowie Pflegeeinrichtungen benannten drei der Befragten (8 %).

5.2.6 Limitationen der Befragung

In diesem letzten Kapitel soll nun auf methodische Grenzen und Limitationen der schriftlichen Befragung eingegangen werden. Zunächst ist anzumerken, dass, wie oben bereits erwähnt, zu Beginn die Grundgesamtheit nicht bekannt war. Trotz der ausführlichen Recherchen lässt sich vermuten, dass nicht alle pflegerelevanten Akteure in Gelsenkirchen erreicht werden konnten.

Auch die geringe Rücklaufquote von nur 8 % muss bei den Interpretationen der Ergebnisse unbedingt berücksichtigt werden. So ist die Studie keinesfalls als repräsentativ zu bezeichnen, nichtsdestotrotz liefern die Ergebnisse wichtige Hinweise und Erkenntnisse über die aktuelle Versorgungslage in Gelsenkirchen. Eine Erklärung für den geringen Rücklauf könnte die Vorgehensweise der Befragung gewesen sein. So war den Teilnehmenden, trotz der mitgeschickten Erläuterungen, eventuell nicht ganz klar,

³³ Jeweils einmal genannt wurde: Patienten, Computer Firma, Betreuer, Einzelhändler*innen, Handwerker*innen, Wohnungsbaugesellschaften, kommunale und trägerübergreifende Arbeitskreise, Palliativnetzwerk Gelsenkirchen, Sachbearbeiter der Krankenkassen, Runder Tisch – Hausarzt – Krankenhaus – Pflegedienst, unterschiedliche Krankenkassen, Polizei, verschiedene Krankenhausträger, Zusammenarbeit hauptsächlich mit Angehörigen.

wie viele und vor allem welche Mitarbeiter*innen nun den Fragebogen ausfüllen sollten. Ein weiterer Punkt könnte sein, dass die Fragebögen über die Geschäftsführung versendet wurden, die diese möglicherweise nicht oder nicht ausreichend weitergeleitet haben. Weiterhin zeigte vor allem der Vergleich von versendeten und zurückgesendeten Fragebögen, dass gerade die Ärzt*innen, obschon hier die meisten Personen angeschrieben wurden, nur zu einem kleinen Teil an der Befragung teilgenommen haben. Trotz der Werbemaßnahmen auf verschiedenen Homepages und in der Zeitung könnte man also schlussfolgern, dass die adressierte Zielgruppe als schwer erreichbar einzustufen ist oder sich thematisch durch die Befragung nicht angesprochen fühlte.

5.3 Bedarfe aus Sicht der Expert*innen

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Expert*inneninterviews aus der Perspektive einer Bedarfsanalyse dargestellt. Die Auswahl der Expert*innen für die Interviews erfolgte in Zusammenarbeit mit den Projektpartner*innen, die zugleich Hilfestellung bei der Kontaktaufnahme boten.

5.3.1 Beschreibung des Samples

Insgesamt konnten in einem Zeitraum von Mai 2018 bis Februar 2019 acht Expert*inneninterviews durchgeführt werden. Als Interviewpartner*innen wurden dafür ein Hausarzt, ein Entlassmanager, ein Geschäftsführer eines ambulanten Pflegedienstes, eine Pfarrerin, eine Pflegefachkraft eines ambulanten Pflegedienstes, die Koordinatorin des Entlastungsdienstes, ein Pflegberater sowie eine Fachkraft der Fachstelle Demenz ausgewählt.

Für die hier auf die Bedarfe fokussierte Auswertung beschränkten wir uns auf die sequenziell-einzelfallanalytische, zugleich kontrastive Auswertung (Sammet & Erhard, 2018) von vier Interviews. Das Sampling beinhaltete folgende Experten*innen: einen Entlassmanager, einen Hausarzt, den Geschäftsführer eines ambulanten Pflegedienstes sowie eine Pfarrerin (vgl. Kap. 4.3.). Diese vier Fälle boten die Möglichkeit, einen differenzierten Einblick in die Versorgungslage und Vernetzung in der Pflegelandschaft aus den verschiedenen Perspektiven zu erlangen und die bisherigen Erkenntnisse zu ergänzen. Der Fokus lag in der Auswertung vor allem auf Hemmnissen und Schwierigkeiten, die von den Expert*innen in ihrem jeweiligen Arbeitsumfeld beschrieben und erläutert wurden.

5.3.2 Ergebnisse der Expert*inneninterviews

Experte 1: Geschäftsführer ambulanter Pflegedienst

Experte 1 ist examinierter Krankenpfleger und Inhaber eines ambulanten Pflegedienstes. An der Pflege ist er selbst nur noch in Ausnahmefällen beteiligt, seine Hauptbeschäftigung liegt im administrativen Bereich des Unternehmens. Der städtische Nahraum und das Quartier sind sein primärer betrieblich bedingter Aktionsraum. Der Blick des Experten auf die Gelsenkirchener Pflegelandschaft ist v. a. der des Pflegeunternehmers. Relevant sind für ihn vor allem Aspekte ökonomischer und organisatorischer Unternehmensführung. Dies umfasst Bereiche wie die Akquise von Neukund*innen, die Organisation von Arbeitsabläufen, Kooperationen mit anderen Dienstleistern oder das Besetzen von Tätigkeitsschwerpunkten, wie etwa die fachliche Spezialisierung auf sozialpsychiatrische Versorgungsbedarfe. Selbstredend ist dieser „Geschäftszweig“ jedoch wenig rentabel:

Also ich hatte hier eine Zeitlang eine ambulante, psychiatrische Pflege mitangeboten [...]. Das hat sich dann nicht langfristig etablieren können, weil die Abrechnungsverfahren im Bereich der ambulanten psychiatrischen Pflege sehr schwierig sind.

Das Thema Kooperationen vs. Konkurrenz prägt die Wahrnehmung des Befragten in besonderer Weise. Kooperation wird von dem Experten explizit thematisiert, wenn es um die Weitervermittlung von Kund*innen an Mitbewerber geht. Die damit einhergehenden Schwierigkeiten benennt er auch explizit als „[...] Spagat zwischen Konkurrenz und Kooperation“. Eine Kooperation scheint vor allem dann sinnvoll, wenn die Versorgung, etwa durch lange Anfahrten, organisatorisch und ökonomisch unrentabel sei. In solchen Fällen beschreibt der Experte, wie potentielle Kund*innen an Mitbewerber weiterempfohlen werden. Hier allerdings bevorzugt er Mitbewerber ähnlicher Größenordnung, die im jeweiligen Quartier zuständig sind und nicht große Unternehmen, die stadtweit oder darüber hinaus agieren. Gegenüber diesen größeren Unternehmen sieht sich der Experte auch deshalb im Wettbewerbsnachteil, weil diese bessere Möglichkeiten zur Akquise von neuen Kund*innen hätten. Explizit nennt er hier als Beispiel Krankenhäuser, die Betroffene eher an größere Pflegeunternehmen weiterempfehlen würden. Er beurteilt kritisch,

[...] dass da bestimmte Pflegedienste ihr Beratungsbüro im Foyer des Krankenhauses haben. Eigentlich sollte das ja nicht sein. Die Wahlfreiheit der Patienten wird ja auch erheblich eingeschränkt, wenn jetzt Management von Krankenhäusern sag ich mal, Mitarbeiter anweist, bei Bedarf nur bestimmte Pflegedienste zu favorisieren.

Es kann angenommen werden, dass die Sicht des Experten und sein Unternehmen exemplarisch für diesen Teil der lokalen Versorgungsstruktur stehen. Zum einen versorgt eine Vielzahl kleinerer Anbieter vor allem das Quartier und den Nahraum, zum anderen sind größere Anbieter im ganzen Stadtgebiet und sogar darüber hinaus an der Versorgung mitbeteiligt. Unter den kleineren Anbietern scheint es üblich, Kund*innen die man selbst aus wirtschaftlichen Gründen nicht versorgen kann, an entsprechende Anbieter zu verweisen. Durch den jeweiligen begrenzten geschäftlichen Aktionsradius werden diese Mitbewerber von dem Experten nicht als Konkurrenz, sondern als Kooperationspartner*innen gesehen. Im besten Fall erfolgt andersherum ebenfalls eine Weiterleitung an seinen Pflegedienst.

Als Konkurrenz bezeichnet der Experte hingegen auch explizit Empfänger*innen von Pflegegeld, also Personen, die ihre pflegebedürftigen Angehörigen selbst versorgen und dafür das Pflegegeld nach SGB XI ausgezahlt bekommen. Der Experte gibt hier zu bedenken, dass die Angehörigen vor allem an der finanziellen Zuwendung interessiert seien und nicht so sehr an einer adäquaten, qualitativ hochwertigen Pflege und Versorgung ihres Angehörigen.

Dadurch, dass halt auch so die Angehörigen oder anderen Menschen, die da Pflegeleistungen erbringen, entsprechendes Pflegegeld erhalten, ist schon die Tendenz, gerade in Gelsenkirchen so, dass man an dem Pflegegeld mehr interessiert ist als an qualifizierter Pflege. Je mehr Leistung wir erbringen, desto weniger Pflegegeld fließt in die Haushaltskasse mit ein. Wobei der zu Pflegenden meistens nicht so viel von mitbekommt, ne?

Er sieht durch diese Entwicklungen auch eine Veränderung in seiner eigenen Tätigkeit, so gehe es immer mehr auch darum „[...] die Leitungskräfte dahin in Richtung Verkaufstätigkeit zu schulen, ne? Die müssen ja auch in der Lage sein, am Telefon oder auch im persönlichen Gespräch Leistungen zu verkaufen.“ In diesem Zusammenhang gewinnen auch vorpflegerische, haushaltsnahe Dienstleistungen zunehmend an Bedeutung. Hierfür wurde in letzter Zeit eigens Personal eingestellt und auch die Ehefrau des Experten bringt sich in diesen Teil der Arbeit mit ein. Für diese Ausrichtung sind auch veränderte

Rahmenbedingungen mitverantwortlich³⁴. Hier darf angenommen werden, dass der Experte dies auch als Teil der Kund*innengewinnung betreibt und darauf hofft, sollte bei diesen Kund*innen eine Pflegebedürftigkeit eintreten, auch mit der pflegerischen Versorgung beauftragt zu werden.

Für die ambulante Versorgung im Jahr 2030 wünscht sich der Experte mehr Kooperationen unter den einzelnen Akteuren und erhofft sich, „[...] dass vielleicht dieser Konkurrenzgedanke in den Hintergrund gerät.“ Bezüglich der Versorgungsstrukturen in Gelsenkirchen benennt der Experte zum einen den Mangel an examinierten Fachkräften und zum anderen die Unterversorgung im sozialpsychiatrischen Bereich. Darüber hinaus erwähnt er ebenfalls den Beratungsbedarf, der gerade bei einer Entlassung aus dem Krankenhaus deutlich wird.

Dass Leute, die aus Krankenhäusern entlassen werden, die plötzlich Pflege benötigen, wo dann aber aus irgendwelchen Gründen vonseiten des Überleitungsmanagements kein Antrag auf einen vorläufigen Pflegegrad gestellt wurde. Und wenn die dann zuhause keine Unterstützung haben, haben die oft das Problem, dass man die Pflegeleistung natürlich auch erstmal im Vorfeld selbst finanzieren muss. Das heißt dann privat finanzieren. [...] Also da kommen, da kommen da schon mehrere 100 Euro zusammen und dann würde ich mir manchmal wünschen, dass da mehr Aufklärung stattfindet [...].

Zudem sieht er einen ganz klaren Unterstützungsbedarf bei den Personen, die noch keinen Pflegegrad erhalten haben. Er beschreibt die Zuteilung eines Pflegegrades als „Barriere“, die von vielen ohne vorherige qualifizierte Vorbereitung nicht gemeistert werden kann. Zudem erwähnt er auch hier die Tatsache, dass die Pflegebedürftigen „[...] teilweise zwei-, dreimal in den Widerspruch [...]“ gehen und trotzdem nicht einmal den Pflegegrad 1 bekommen.³⁵

Experte 2: Entlassmanager im Krankenhaus

Experte 2 arbeitet im Überleitungsmanagement eines Krankenhauses in Gelsenkirchen. Die Hälfte seiner Arbeit besteht darin Fallarbeit im Überleitungsmanagement zu übernehmen, die andere Hälfte sind administrative Tätigkeiten und Projektarbeit im Krankenhaus.

Der Experte erläutert, dass seine Stellung im Krankenhaus durch den Rahmenvertrag Entlassmanagement verstärkt wurde.³⁶ Durch die verpflichtende, flächendeckende Anamnese sei nun ein Druckmittel vorhanden um die Entscheidungen und Maßnahmen auch vor den Ärzt*innen oder dem Krankenhaus vor dem Hintergrund knapper Ressourcen zu rechtfertigen. Er merkt allerdings auch an, dass die Position des Entlassmanagements im Krankenhaus durchaus auch kritisch angesehen werden kann.

Man kann ja nicht nur sagen, wir unterstützen die Menschen in der Anschlussversorgung, sondern wir sind die Rausschmeißer aus dem Krankenhaus. [...] Und das zeigt einfach nur, in welchen wirtschaftlichen Konfliktsituationen wir uns befinden.

³⁴ Die 125 € Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI stehen jeder pflegebedürftigen Person unabhängig vom jeweiligen Pflegegrad zu.

³⁵ Hier deckt sich die Einschätzung des Experten mit den Erfahrungen der interviewten Pflegebedürftigen (siehe Kapitel 5.1)

³⁶ Für weitere Informationen zum Rahmenvertrag nach § 39 Abs. 1a SGB V siehe <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/entlassmanagement/entlassmanagement.jsp> [Zuletzt geprüft am 03.07.2019]; vergleiche auch Kapitel 6.1.2.

Als negative Entwicklung beschreibt er zudem den entstandenen „Papiertourismus“. Zunächst müssen die Patient*innen eine Einverständniserklärung unterzeichnen, anschließend müsse im Falle einer Beantragung von Maßnahmen wiederum ein Antrag gefaxt werden.

[...] das ist völlig unzumutbar [...] und die Krankenkassen sagen selber, 99% von denen sagen: das wollen wir gar nicht, schickt uns das bitte nicht zu, wo sollen wir das ablegen, was machen wir damit? Trotzdem müssen wir das machen, weil das, wenn wir dagegen verstoßen würden und es käme eine Prüfung, wäre es eine Abweichung und wir müssen es einhalten. Solche administrativen Monster, die dadurch entstanden sind, das ist nicht gut. Das hilft auch keinem.

Im Zusammenhang mit dem Entlassmanagement spricht der Experte u. a. das Modellprogramm „Familiale Pflege“ an³⁷. Inhaltlich geht es darum, pflegende Angehörige mit Hilfe von Schulungen auf die pflegerische Versorgung zu Hause vorzubereiten. Die sogenannten Pflegetrainer*innen erhalten über das Überleitungsmanagement einen Kontakt zu denjenigen Patient*innen, bei denen ein Bedarf entsteht und die entweder schon einen Pflegegrad haben oder einen beantragt haben. Im Krankenhaus finden dann die ersten Pflegetrainings statt und die Trainer*innen gehen *„[...] bis zu sechs Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus in die Häuslichkeit, um das zu unterstützen, dass dieses Pflegesystem funktioniert.“* Die Pflegetrainings werden dabei entweder als ehrenamtliches Engagement nach der regulären Arbeitszeit ausgeführt oder die Trainer*innen werden freigestellt. Der Experte berichtet, dass in seinem Krankenhaus nach langer Erprobungsphase nun eine Kollegin freigestellt wird um diese Pflegetrainings zu absolvieren und somit eine Legitimation für das Engagement erreicht werden konnte.

Bezüglich der Versorgungslandschaft in Gelsenkirchen äußert der Experte, dass diese sehr breit gefächert sei. Er sieht das Problem darin, dass *„[...] die allerwenigsten Leute die Hilfelandschaft kennen und kaum einer kennt die gesamte Hilfelandschaft“*. Jeder Akteur kenne immer nur einen bestimmten Teil der gesamten Landschaft und für Außenstehende sei diese *„[...] ein Buch mit sieben Siegeln“*. Erfahrungswissen und vorhandene Netzwerke spielen in diesem Zusammenhang eine sehr große Rolle. Im Umkehrschluss gehe das gesamte Erfahrungswissen und die aufgebauten Kontakte verloren, wenn eine Person wegfällt.

Als weiteres Problem schildert der Experte die Sicherstellung der kurzzeitigen Weiterversorgung. Teilweise sei es kein Problem, auch kurzfristig eine notwendige Anschlussversorgung zu gewährleisten. Es gebe aber auch Zeiten,

[...] da kann man ganz Gelsenkirchen abklappern und hat keine Chance, irgendwie eine Lösung zu finden. Noch nicht mal mit den Ferien hat das was zu tun, das ist aber ganz komisch. Wir wissen auch nicht woran es liegt, aber feststellen tun wir es.

Zudem ist der Prozess, die verfügbaren Plätze zu ermitteln sehr aufwendig. Wünschenswert sei hier laut des Experten eine Verfügbarkeitsanzeige, so würde man sich die aufwendige Telefoniererei ersparen können. Neben dieser Problematik spiele die Verfügbarkeit von Kurzzeitpflegeplätzen eine noch wichtigere Rolle. Laut Aussage des Experten sagen die Pflegeeinrichtungen oftmals: *„wir nehmen euch in der Kurzzeitpflege die Patienten gar nicht mehr ab. Weil wenn die weniger als zwei Wochen da sind,*

³⁷ Das Modellprogramm wurde von der Universität Bielefeld ins Leben gerufen und läuft seit 2004 in Nordrhein-Westfalen. Inzwischen sind rund 400 Krankenhäuser an dem Programm beteiligt. Für weitere Informationen siehe www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pfleger/index.html [Zuletzt geprüft am 03.07.2019].

dann ist der Aufwand im Gegensatz zum Nutzen für uns zu [...] groß.“ Diese Versorgungslücke wird sich in den Augen des Experten in den nächsten Jahren bzw. auch Monaten weiter zuspitzen. Der Mangel an Kurzzeitpflegeplätzen liege also vor allem darin begründet, dass sich das Freihalten von Plätzen für die Kurzzeitpflege für stationäre Einrichtungen finanziell nicht rentiere. Daher gibt es bereits erste Ansätze, finanzielle Anreize zu schaffen. Der Experte berichtet hier von der „Fix/Flex-Regelung“. Hierbei werden fixe Kurzzeitpflegeplätze, die nur für die Kurzzeitpflege freigehalten werden, mit einer höheren Summe refinanziert, um für die Einrichtungen finanzielle Anreize zu schaffen

Für das Jahr 2030 wünscht sich der Experte ein stärker vernetztes Denken und eine Verbesserung in der Zusammenarbeit der Pflegedienste untereinander. Er sieht dabei die Stadt in der Verantwortung als Steuerungseinheit, welche die verschiedenen Ansprechpartner*innen *„[...] an einen Tisch holt, regelmäßig [...] zum Austausch von wichtigen Informationen und zur Initiierung von neuen Strukturen“*. Zudem wünscht er sich eine engere Verzahnung der Versorgung durch professionelle Akteure mit der Versorgung durch Angehörige. Ein weiterer Aspekt, den der Experte hier nennt, sind alternative Pflegesysteme. Er wird dabei nicht konkreter, sondern führt nur aus, dass ihm das System, so wie es jetzt ist, für die eigene Versorgung im Alter nicht ausreichen würde. Gleichzeitig führt er aus, dass innovative Ideen zur Entwicklung solcher neuer Versorgungssysteme nötig seien. Man müsse sich Alternativen überlegen, *„[...] welche Möglichkeiten gibt es dabei? Da sehe ich jetzt nur die Klassiker in Gelsenkirchen“*.

Expertin 3: Pfarrerin

Die Expertin ist Theologin. Den Schwerpunkt der Arbeit der Expertin bilden sozial isolierte und einsame Menschen, die durch bestimmte (Komm-)Strukturen nicht mehr erreicht werden und die daher weitgehend unerreichbar sind. Hier setzt die Expertin mit Projekten zur Stärkung der Nachbarschaft an, die präventiv wirken und somit kompletter Isolation entgegenwirken sollen.

Trotz räumlicher Nähe gäbe es heutzutage laut der Expertin keine Nachbarschaft mehr im Sinne einer sozialen Bindung. Durch immer mehr Heterogenität und das Fehlen geteilter kultureller Traditionen fehle die natürliche Nachbarschaft in vielen modernen Stadtquartieren. Zur Stärkung dieser Nachbarschaft, so die Expertin, könne man heute nicht allein auf das Ehrenamt setzen, vielmehr sei Geld und Ausbildung notwendig.

Und Nachbarschaft zu stärken bedeutet aber, dass da auch jemand berufsmäßig engagiert sein muss, um das Ganze zu motivieren. [...] Da braucht es Leute, die ausgebildet [sind], das kann man einfach nicht ehrenamtlich versuchen, zu verändern.

Gleichzeitig betont die Expertin aber auch die Wichtigkeit des Ehrenamtes und hier vor allem auch die richtigen Qualifizierungen und Möglichkeiten zum gemeinsamen Austausch.

Ehrenamtliche können nicht einfach irgendwo hingeschickt werden und dann ist die Sache erledigt [...]. Viele Ehrenamtliche, die dann irgendwo für sich alleine tätig sind- erfahrungsgemäß hören sie dann irgendwann auf. Weil sie- es gibt auch keinen Austausch, sie haben niemanden, der ihnen behilflich sein kann in dieser Situation. Und ja. Also das ist ein größeres Vorhaben, was jetzt in Zukunft auf den Weg gebracht werden soll.

Die Ehrenamtlichen können mit dazu beitragen, die eigene Häuslichkeit so lange wie möglich aufrechtzuerhalten. Hier zeigt sich allerdings wiederum die soziale Isolation als Problem. Die Expertin sagt, dass zumindest ein lockeres soziales Gefüge notwendig sei um die häusliche Versorgungssituation aufrechtzuerhalten.

Wenn es das überhaupt nicht gibt, dann ähm, wird es wirklich sehr schwierig. Weil es gibt bestimmte Dinge, die kann man eben mit den Institutionen, die bezahlbar sind, nicht leisten. Und denen, die nicht zu bezahlen sind wie das Generationennetz, die nicht bezahlt werden müssen, ist es aber auch nicht leistbar, weil es einfach nur personelle, besondere, geringe personelle Kapazitäten hat.

Bei der zugehenden Arbeit im Zusammenhang mit dem häuslichen Entlastungsdienst sei es ab und an notwendig unverzüglich einzugreifen.

[...] ja, es gibt manchmal Situationen, in denen kann man nicht zögern. Man kann auch nicht den Sozialpsychiatrischen Dienst kontaktieren, weil das ewig dauert. Das heißt, es muss gehandelt werden und das tu ich dann manchmal.

Die Expertin nennt hier explizit häusliche Gewalt gegen Pflegebedürftige als Beispiel. Die genauen Hintergründe wie auch die Rechtsgrundlage des Eingreifens bleibt allerdings im Unklaren. Teil der Aufgaben der Expertin bestehen zudem darin, eine geeignete vorläufige oder ggf. auch dauerhafte Unterbringungsmöglichkeit für diese Menschen zu finden. Gerade in den akuten Situationen sei hier vor allem schnelles Handeln erforderlich. Dabei sei es oftmals schwierig so kurzfristig eine geeignete Versorgung sicherzustellen, so dass mehrere Institutionen angefahren werden müssten, um einen passenden Ort zu finden.

Wichtig ist in der Arbeit der Expertin vor allem auch das professionelle Netzwerk. Genannt werden hier das Generationennetz Gelsenkirchen e. V., die Stadtverwaltung im Allgemeinen und das Ordnungsamt. Die Beziehungen, die für die Arbeit eingebracht werden und den Klient*innen zur Verfügung gestellt werden, machen in manchen Fällen Hilfe erst möglich. Als verbesserungswürdig werden hingegen die grundsätzlich als wichtig erachteten Beziehungen mit Wohnungsbaugesellschaften beschrieben. *„Mit denen ist es sehr schwierig, engen Kontakt zu kriegen, wie auch in bestimmter Weise zu arbeiten. In unterschiedlicher Form.“*

Den digitalen Vernetzungsmöglichkeiten steht die Expertin für ihre Arbeit eher verhalten gegenüber. Grundsätzlich meint sie aber: *„also ich könnte mir vorstellen, dass es für eine bestimmte Gruppe von Menschen, die zumindest sich so etwas leisten können, eine Möglichkeit werden könnte.“* Bei den Portalen sieht sie vor allem das Problem der Aktualität der Angebote. *„Also die Pflege dieser Portale, das ist sehr aufwendig und man muss dann wirklich vor Ort das auch wirklich überprüfen, ob das auch wirklich so ist.“*

Als Wunsch für das Jahr 2030 nennt die Expertin die Schaffung von Strukturen, die ähnlich ihrer derzeitigen Tätigkeit, mit Hilfe hauptamtlicher Personen Begegnungen kleinräumlich in den Stadtteilen organisieren und Menschen miteinander in Kontakt bringen. *„Also ich denke, dieser Ansatz, dass ich versuche, Menschen miteinander in Beziehung zu bringen, dass dieser Ansatz durchaus erfolgsversprechend ist“.*

Experte 4: Hausarzt

Der Experte betreibt gemeinsam mit seiner Ehefrau eine hausärztliche Gemeinschaftspraxis. Ein Schwerpunkt seiner Arbeit und klarer Mittelpunkt des Interviews ist seine hausärztliche Betreuung von migrantischen Patient*innen. Im Vergleich zum Durchschnitt in Gelsenkirchen zeigt sich der Anteil an Patient*innen mit nichtdeutscher Staatsbürgerschaft in seinem Quartier fast doppelt so hoch. Er selbst, wie auch seine Ehefrau verfügen beide über einen Migrationshintergrund.

In der Betreuung von Patient*innen mit Migrationshintergrund hat er eine Bedarfslage erkannt, die er gezielt mit seinem Angebot zu bedienen versucht. So hat er bei der Auswahl seiner Mitarbeiter*innen darauf geachtet, möglichst viele zweisprachige Bewerber*innen einzustellen und kann somit inzwischen fünf verschiedene Sprachen abdecken. Er berichtet, dass die sprachliche Barriere bei der Versorgung seiner Patient*innen eine große Hürde sei. „*Teilweise kamen wirklich die Kinder, die sind nicht zur Schule gegangen, die sind zur Übersetzung gekommen.*“ Für den Experten war es hier vor allem problematisch einzuschätzen ob die Kinder alles korrekt verstanden und übersetzt haben. Auch bei intimen Fragen stelle eine solche Übersetzung eine Herausforderung dar. Die Arbeitsweise des Experten und seines Teams sei zudem ein Alleinstellungsmerkmal der Praxis:

Und man hat dann den Erfolg gesehen, dass wir wirklich auch sehr schnell gewachsen sind, das hat sich auch rumgesprochen. Es ist eine Win-Win-Situation, wir bieten den Patienten einen gewissen Service mit der Sprache und dementsprechend kommen die auch und Win-Win-Situation nicht nur wegen der Patientenzahl, auch für uns.

Weiterhin berichtet er, dass ein nicht unerheblicher Teil seiner Arbeit über die medizinische Versorgung hinausgehe. Er werde oft mit anderen Fragen konfrontiert, auch hier gehe es häufig um Übersetzungen bzw. Verständnisschwierigkeiten, etwa bei Behördenangelegenheiten:

Leute kommen nicht nur wegen gesundheitlichen Sachen, ja die kommen mit allen zig Sachen. Die bringen Schreiben von der Stadt, verstehen das nicht und 'ja was soll ich damit machen?' Jaha (lacht), dann sage ich meinen Mitarbeitern bitte gucken Sie, ob Sie es zeitlich schaffen das einmal zu übersetzen oder zumindest erklären was das ist. Bei uns muss ich sagen die gesundheitliche Sache ist eine Seite, andere Seite ist vieles drumherum, die dann eigentlich mitlaufen.

Für diesen Teil seiner Arbeit wird er nicht entlohnt. Der Befragte kann somit als ein Beispiel dienen, für eine Erweiterung der Tätigkeit eines Arztes mit Migrationshintergrund und als medizinischer Betreuer eines vornehmlich migrantischen Klientel, die über die originäre Tätigkeit als Mediziner hinausgeht. Vielmehr werden Übersetzungs- und Vermittlerdienstleistungen erbracht und soziale Arbeit im weiteren Sinne geleistet. Erschwerend kommt hinzu, dass viele seiner Patient*innen nicht Lesen und Schreiben können, auch in der eigenen Muttersprache nicht.

20 Prozent, über die ich Ihnen erzählt hab, was für Schwierigkeiten die haben, die können nicht lesen und schreiben. [...] die können aber auch ihre eigene Muttersprache nicht lesen und schreiben.

Durch seine Arbeit wurde er außerdem auf das Thema kultursensible Pflege aufmerksam. Diese würde von „normalen Pflegediensten“ nicht entsprechend erbracht werden können. Aufgrund von strikten Zeitplänen, sei die Pflege mit Sprachbarrieren nicht in der vorgegebenen Zeit zu bewerkstelligen. Zudem spricht der Experte davon, dass Personen mit Migrationshintergrund eine ambulante Versorgung eher nicht in Anspruch nehmen würden. Hier sei vielmehr die Familie als Versorgerin weiterhin maßgeblich. Zudem spricht der Experte von einem Schamgefühl, welches erschwerend eine Barriere bildet, sich von jemandem Fremden versorgen und pflegen zu lassen. Gerade die Kultursensibilität fehle laut Aussage des Experten bei vielen Pflegediensten:

[...] jetzt geht eine türkische Patientin, die dann irgendwo sagen wir so ganz einfach Pflege braucht. Sie würde nicht zulassen, dass ein Mann kommt. Und das zu organisieren finden ambulante Pflegedienste sehr schwierig.

Daher gründete er einen eigenen ambulanten Pflegedienst, der auf die Versorgung von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund spezialisiert ist. Der Experte hat somit nicht nur eine Bedarfslücke in

der Versorgung entdeckt, er versucht diese auch gleich als Marktnische für sich nutzbar zu machen und die Bedarfslücke zu verkleinern. Heute ist er Gesellschafter dieses ambulanten Pflegedienstes, aber nicht am operativen Geschehen beteiligt.

Weiterhin weist der Experte auf einen immensen Informationsmangel hin, der gerade bei migrantischen Pflegebedürftigen und ihren Familien vorliegt. Er sagt, diese „[...] kennen auch die Strukturen nicht, Pflegestufe, was ist überhaupt eine Pflegestufe? Was haben wir Möglichkeiten in Anspruch zu nehmen? Was können wir alles machen?“ Vor dem Hintergrund, dass es auch in der Versorgung der restlichen Bevölkerung Informationsmängel und Engpässe gibt sieht er hier für die Zukunft ein „Riesenproblem“ und große Herausforderungen. Der Experte empfiehlt als Herangehensweise spezielle Beratungsbüros für Migrant*innen einzurichten, die zumindest die gängigsten Sprachen abdecken sollten. Als Vermittler sieht er hier auch die Hausärzt*innen in der Pflicht, sagt aber gleich, dass diese Arbeit neben dem alltäglichen Geschäft nicht zu bewerkstelligen sei. Vielmehr sieht er hier die Stadt verantwortlich für den Aufbau und die Durchführung solch spezieller Beratungsstellen.

Technik gegenüber gibt er sich aufgeschlossen; seine Praxis sei digital ausgestattet.

Bei uns in der Praxis haben wir alle ähm sind wir eigentlich sehr gut digitalisiert. [...] Also wir arbeiten auch papierlos, also das heißt, wenn ein Patient kommt, wird eine digitale Akte angelegt [...] und alles was der Patient hat, kommt in die Akte.

Dennoch berichtet er, dass für die Kommunikation, insbesondere mit Krankenhäusern, der analoge Weg über das Faxgerät oder den Brief nach wie vor unverzichtbar sei. Hier zeigt sich wiederum die bekannte Problematik in Bezug auf die digitale Kommunikation im medizinischen Sektor, die nach wie vor nur teilweise etabliert wurde.

Als Wunsch für das Jahr 2030 nennt er verbesserte Strukturen, insbesondere ein besseres Ineinandergreifen unterschiedlicher Akteure, um eine schnelle Bearbeitung zu ermöglichen. Derzeit würde alles enorm umständlich und vor allem langsam ablaufen. Hier führt er aus:

Aber was den pflegerischen Bereich betrifft, teilweise der MDK kommt nachdem der Patient tot ist, dann kommt der MDK und überprüft die Akte und anhand der Akte kommt dann eine Pflegestufe, da können dann die Patienten gar nichts mehr machen.

Auch Transparenz bzw. Information über die richtigen Ansprechpartner*innen sei ein Problem, insbesondere für Menschen mit geringen Sprachkenntnissen. „Glauben Sie mir, keiner also- überwiegend meine Patienten kennen die Strukturen nicht und wissen nicht wer der Ansprechpartner ist.“ Auch hier wünscht er sich Verbesserungen:

Es muss eine Stelle geben, wo man dann irgendwo- es reicht, wenn man eine Mail schickt und sagt ok, wir brauchen da diesbezüglich Hilfe. Ich weiß, man kann nicht alles machen. Also das ist klar. Wir werden auch 2030 Probleme haben, aber, wenn man die Probleme kennt, kann man sie zumindest reduzieren [...].

5.4 Zusammenfassung

Interviews mit Betroffenen:

Schon bezüglich der Gewinnung relevanter Informationen für eine zufriedenstellende Einrichtung des häuslichen Pflegearrangements kann festgestellt werden, dass es erhebliche Ungleichheiten gibt und

das persönliche Kompetenzen, Ressourcen und Netzwerke oft entscheidende Faktoren sind. Um umfassend informiert zu sein, ist es aus Sicht der Betroffenen nicht nur notwendig, aktiv Informationen zusammenzutragen, es wird auch berichtet, dass selbstbewusstes Einfordern von Informationen und das konsequente Geltend-Machen von Ansprüchen erforderlich sind. Jedoch wird von nicht unerheblichen Widerständen berichtet, so dass teilweise der Wille selbst zur juristischen Auseinandersetzung gegeben sein muss, um bestmögliche Ergebnisse für die persönliche Situation erzielen zu können. Als Konsequenz dieses fordernden Eintretens wiederum wird von den Betroffenen berichtet, wie sie als „renitent“ bzw. als Querulanten dargestellt und behandelt werden. Es zeigt sich somit, dass nicht nur eine aktive Herangehensweise nötig erscheint, sondern dass darüber hinaus auch eine gewisse Konfliktbereitschaft erforderlich ist. Erworbene Kompetenzen aus der eigenen (Erwerbs-)Biografie werden als hilfreich beschrieben. Sie werden somit auch in der Organisation einer Pflegesituation relevant. Ein möglichst großes und darüber hinaus auch heterogenes Netzwerk scheint ein wesentlicher Punkt dabei, umfangreiches Wissen zu seinen Ansprüchen zu erlangen. Dies wiederum wirkt sich auf die Ausgestaltung der persönlichen Pflegesituation aus und beeinflusst damit maßgeblich die Qualität der Versorgung und schlussendlich die Lebensqualität, sowohl die des zu Pflegenden als auch die der pflegenden Angehörigen.

Es zeigten sich in den Interviews auch zum Teil hochgradig prekäre Pflegearrangements, die außerdem äußerst fragil zu sein schienen. Dass diese Arrangements in der prekären Form bestehen und auch aufrechterhalten werden, hat unterschiedliche Hintergründe; neben dem Mangel an Informationen zu Ansprüchen und Möglichkeiten spielen oft weitere Aspekte eine Rolle. Zu nennen sind hier auch ökonomische Gründe (Stichwort: Pflegegeld), die insbesondere in Situationen mit knappen finanziellen Ressourcen zum Tragen kommen. Aber auch immaterielle, idealistische oder emotionale Gründe lassen sich identifizieren. Neben einem allgemeinen Gefühl der Verpflichtung gegenüber einem Angehörigen können in der Vergangenheit getroffene Absprachen oder auch die Erfüllung eines angenommenen Willens, getragen von Gefühlen der Zuneigung oder Liebe, handlungsleitend sein. In fast allen vorliegenden Fällen konnte beobachtet werden, dass im Spannungsfeld zwischen Autonomiesicherung und Selbstaufgabe eigene Wünsche und Bedürfnisse von den pflegenden Angehörigen zurückgestellt werden; Unterschiede sind hier aber im Grad zu erkennen. Insbesondere durch die höchst unterschiedliche Qualität und Quantität an Informiertheit auf Seiten der pflegenden Angehörigen, die maßgeblich durch persönliche Ressourcen und Kompetenzen beeinflusst wird, muss festgestellt werden, dass die gegenwärtige Informations- und Versorgungspraxis aus Sicht der Betroffenen soziale Ungleichheiten reproduziert und ggf. geeignet ist, diese noch zu verstärken, anstatt hier systemisch auszugleichen und so zur Chancengerechtigkeit beitragen zu können. Das ist offenbar auch, wie in den Interviews deutlich wurde, auf ein wenig ausgeprägtes Bedarfsbewusstsein zurückzuführen. Das heißt, dass in bestimmten Situationen das „Funktionieren“ und Aufrechterhalten der Pflegesituation im Vordergrund stand und damit das Gefühl für eigene Überforderungen in den Hintergrund rückte. Möglicherweise kann an dieser Stelle eine Sensibilisierung für Bedarfe hilfreich sein, die bestimmte „Stationen“ des Pflegearrangements adressieren, um pflegende Angehörige vor einer Überlastung zu bewahren. Die Informationen (u. a. auf der digitalen Plattform) könnten in solchen Fällen so gestaltet sein, dass sie insbesondere Menschen in extremen Belastungssituationen (z. B. bei länger bestehender Pflegbedürftigkeit) ansprechen und einen Hinweis darauf geben, wie eine Überlastung verhindert werden kann oder welche Entlastungsangebote hilfreich sein können.

Bezogen auf die Bedarfe, die sich im Medikamentenmanagement ergeben, scheinen neben einer Stärkung der „Patientencompliance“ (Pohlmann & Fraunhofer, 2016, S. 143), für einige Bedarfe insbesondere digitale Lösungen prädestiniert, die dazu beitragen das Wissen über die eingenommenen Medikamente zu erhöhen und die selbständige Einnahme zu gewährleisten. Dabei muss auch beachtet werden, dass das Anrecht auf einen Medikationsplan, der neben der Information der Betroffenen auch für die einrichtungsübergreifende Versorgung dienlich sein kann, teilweise unbekannt war.

Aufgrund der geringen Bereitschaft oder Skepsis bei einigen Menschen mit Pflegebedarf oder den Angehörigen, sich mit Informations- und Kommunikationstechniken auseinanderzusetzen, sollte bei der Entwicklung der digitalen Plattform und der Applikation beachtet werden, die Nutzung einfach zu gestalten, um Überforderungen dahingehend zu vermeiden. Zusätzlich ist es wichtig, die Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Person nicht außer Acht zu lassen und Zugriffsrechte pflegender Angehöriger oder anderer Akteure auf persönliche Daten durch die Betroffenen selbst entscheiden lassen zu können bzw. eine dafür vorgesehene dritte Person (z. B. gesetzliche*r Betreuer*in) einzuschalten.

Schriftliche Befragung:

Unter Beachtung der methodischen Grenzen können die Ergebnisse der schriftlichen Befragung dennoch wichtige Erkenntnisse liefern. So lässt die Befragung vermuten, dass vor allem eine zu geringe Anzahl an Kurzzeitpflegeplätzen, hauswirtschaftlichen Diensten, Demenz-Wohngemeinschaften und Tagespflegeplätzen realiter vorzuherrschen scheint. Nicht nur bewerteten die Befragten die Versorgungslage hier als nicht ausreichend, bei dem Wunsch nach neuen Angeboten für die Zukunft wurden diese Aspekte ebenfalls von vielen aufgeführt.

Weiterhin haben sich nicht nur Handlungsbedarfe im Bereich der pflegerischen, sondern auch der infrastrukturellen Versorgung, aber auch bezüglich der Themen Beratung und Information, Kooperation und Zusammenarbeit sowie Personalressourcen gezeigt.

Gerade der Aspekt der Beratung und Information hat sich schon in den leitfadengestützten Interviews mit Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen als zentrales Handlungsfeld mit großem Verbesserungspotential herausgestellt. Oftmals sind relevante Informationsstellen nicht bekannt und Informationen werden mühsam selbst zusammengetragen. Hier scheint also ein großer Bedarf an einer strukturierten Informationsbereitstellung mit realen Ansprechpartner*innen zu bestehen. Aber auch das Thema Kooperation und Zusammenarbeit erwies sich an mehreren Stellen als verbesserungsbedürftig. So gab fast die Hälfte der Befragten an, Probleme bei Kooperationen zu sehen. Konkret waren hier vor allem eine fehlende oder mangelnde Kommunikation sowie die fehlenden Zeitressourcen zentral. So sei keine Zeit für Übergabegespräche und Überleitungsbögen und Facharztbriefe fehlten oft. Diese Faktoren hemmen die Zusammenarbeit und führen möglicherweise zu einer „schlechten“ Überleitung. So scheint es an dieser Stelle auf jeden Fall sinnvoll, mithilfe eines Case-Managers/-Managerin die Überleitung und Weiterversorgung der Patient*innen zu gewährleisten.

Weiterhin fällt auf, dass fast 80 % der Befragten noch keine mobilen Zugänge zu den genutzten Informationssystemen besitzen. Im Zeitalter die Digitalisierung scheint es zudem auch verwunderlich, dass der Datenaustausch zum Großteil in Papierform erfolgt. Fast die Hälfte der Befragten gab an, dass ihnen beim ersten Kund*innen-/Patient*innenkontakt schon einmal wichtige Informationen, wie beispielsweise Befundbericht und Arztbriefe oder auch Medikationspläne fehlten. Überraschend hierbei ist auch die Tatsache, dass mehrere Befragte angaben, nicht informiert gewesen zu sein, dass ein*e Patient*in multiresistente Keime hatte. Abhilfe schaffen soll hier der eArztbrief, der ePflegebericht und

der Medikationsplan, die es erlauben sicher und datenschutzkonform schnell wichtige Informationen dem/der jeweils zuständige/n Arzt/Ärztin zur Verfügung zu stellen. Allerdings lässt die Befragung auch hier die Vermutung zu, dass diese heute noch zu wenig eingesetzt werden. Zudem erschweren die vielen unterschiedlichen Softwaresysteme, die genutzt werden die einheitliche Dokumentation. Vorhandene Potentiale, die eine kooperative Zusammenarbeit verbessern könnten, werden also nicht ausgenutzt.

*Expert*inneninterviews:*

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Expert*inneninterviews einerseits eine Bestätigung der Ergebnisse der Interviews der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen wie auch der schriftlichen Befragung darstellen, aber andererseits den Fokus auf neue Aspekte lenken und weitere Herausforderungen sichtbar machen.

Dabei ist zum einen der Bedarf an weiteren Kurzzeitpflegeplätzen zu nennen. Trotz Bekanntheit dieses Problems und eingeleiteter Gegenmaßnahmen, wie beispielsweise die „Fix/Flex-Regelung“, scheint es hier dennoch einen großen Bedarf zu geben. Kurzzeitpflege lässt sich nicht planen, die Expert*innen beschrieben bestimmte Nachfragewellen, die sich auch nicht mit den Ferien erklären ließen. Vor dem Hintergrund der Pflegebedarfsplanung der Stadt Gelsenkirchen erscheint dieses Thema noch wichtiger. In der „Theorie“ hieß es, es seien genug Kurzzeitpflegeplätze in Gelsenkirchen vorhanden, um den Nachfragebedarf zu decken. In den Interviews und auch der Befragung hat sich allerdings ein anderes Bild abgezeichnet. Die Expert*innen ließen zudem die Vermutung zu, dass sich diese Versorgungslücke in den nächsten Jahren weiter zuspitzen würde. Darüber hinaus hat sich auch abgezeichnet, dass der Prozess verfügbare Plätze zu ermitteln sehr aufwendig ist. Eine Verfügbarkeitsanzeige mit tagesaktuellen Zahlen sei an dieser Stelle sehr hilfreich und würde wichtige Zeitressourcen für die aufwendige Suche einsparen.

Den Bedarf an niedrigschwelligen Anlauf- und Beratungsstellen sehen weiterhin nicht nur die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen, sondern auch die Expert*innen. Die Gelsenkirchener Beratungslandschaft wird als sehr vielfältig beschrieben, ein großes Problem sei hier aber, dass die Menschen die richtigen Anlaufstellen nicht kennen würden. Hier ist noch einmal speziell auf Menschen mit einem Migrationshintergrund verwiesen. Bei dieser Zielgruppe liegt nicht nur ein Unwissen über die eigenen Ansprüche und Anlaufstellen vor, sondern die sprachlichen Schwierigkeiten stellen ein weiteres Hindernis dar. So fungiert ein/e Arzt/Ärztin hier oftmals nicht nur bei medizinischen Problemen als Anlaufstelle, sondern auch bei Fragen zu Behördenbriefen oder pflegerischen Ansprüchen. Darüber hinaus spielt hierbei auch das Thema der kultursensiblen Pflege eine wichtige Rolle. Zeitintensive Übersetzungen oder spezielle kulturelle Versorgungswünsche, beispielsweise, dass die Pflege nur durch eine weibliche Pflegekraft ausgeführt werden, sind in den straffen und strikten Zeitplänen oftmals nicht umsetzbar. Hier bilden sich demnach Versorgungslücken, die beispielsweise durch eine Spezialisierung einiger Pflegedienste gedeckt werden können.

Im Hinblick auf die Beratungslandschaft gilt selbst für die Expert*innen, dass sie oftmals nur einen Teil von dieser kennen. Vieles entwickelt sich vor allem auch als Erfahrungswissen, scheiden diese Menschen nun aus dem Beruf aus, gehen ebenfalls ihr Erfahrungswissen und die aufgebauten Kontakte verloren. Wünschenswert für die Zukunft ist also eine noch engere Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren, um andauernde Vernetzungsstrukturen zu schaffen. Hier ist ein Ansatzpunkt ebenfalls, dass auch professionelle Akteure besser mit Angehörigen zusammenarbeiten sollten.

Hier spielt allerdings auch das soziale Miteinander eine große Rolle. Die Expert*inneninterviews zeigen, dass der Vorsatz der häuslichen Versorgung nur zu halten ist, wenn zumindest ein lockeres soziales Gefüge vorhanden ist. Andernfalls kann eine Versorgung nur durch professionelle Einrichtungen gewährleistet werden. Durch die Annahme, dass auch Nachbarschaften trotz räumlicher Nähe, keine verlässlichen Netzwerke mehr bilden, Familien heutzutage oftmals weit auseinander wohnen oder aber auch keine Familie mehr da ist, die sich kümmern könnte, gilt es also auch soziale Isolation zu verhindern. Dies kann zum einen durch den Einsatz geschulter Ehrenamtlicher geschehen, erfordert aber vor allem auch Hauptamtlichkeit.

Natürlich lässt sich in diesem Zusammenhang auch der Spagat zwischen der Konkurrenz und Kooperation nicht von der Hand weisen. In Gelsenkirchen agieren nicht nur größere Anbieter im ganzen Stadtgebiet und darüber hinaus, sondern auch eine Vielzahl kleinerer Anbieter, die sich vor allem auf die Versorgung einzelner Quartiere konzentrieren. Für diese Akteure ist eine Versorgung über die eigenen Quartiersgrenzen hinaus schlicht und einfach nicht rentabel genug. Sie sind demnach auf eine gute Zusammenarbeit mit ähnlichen Akteuren angewiesen. Auf der anderen Seite erscheint es z. B. für ein Krankenhaus sinnvoll mit einem Versorger zu kooperieren, der nicht nur auf ein kleines Referenzgebiet beschränkt ist, sondern übergreifend verschiedene Orte versorgen kann. In diesem Zusammenhang erweisen sich die vorpflegerischen, haushaltsnahen Dienstleitungen zunehmend als bedeutsam, um Patient*innen bereits vor Eintritt einer Pflegebedürftigkeit als Kund*innen zu gewinnen und im besten Fall anschließend auch die pflegerische Versorgung zu übernehmen. Hier zeigen sich ebenfalls Parallelen zu den Interviews mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen. So beobachten auch die Expert*innen, dass diese Personengruppen oftmals nichts von ihrem Anspruch auf diese zusätzlichen Leistungen wissen und sie schlimmsten Falls nicht abrufen.

Um eine Verbesserung in der Zusammenarbeit der einzelnen Akteure zu erzielen und ein stärker vernetztes Denken zu schaffen wird vor allem auch die Stadt in der Verantwortungsrolle gesehen, als Steuerungselement die Akteure zusammenzubringen und zur Initiierung von neuen Strukturen anzuregen. Durch eine verbesserte Zusammenarbeit und ein besseres Ineinandergreifen der verschiedenen Akteure könnte somit auch eine schnellere Bearbeitung gewährleistet werden. Hierzu gehört natürlich auch die Kommunikation, die zu einem Großteil immer noch per Faxgerät oder Brief stattfindet. Einzelne Praxen, die bereits digitalisiert sind und elektronische Fallakten angelegt haben, sind in der Zusammenarbeit mit Krankenhäusern weiterhin auf die analogen Kommunikationswege beschränkt. Dies liegt nicht zuletzt an der Vielzahl der verschiedenen Programme, die genutzt werden und die untereinander nicht miteinander kompatibel sind. Die Ergebnisse der Befragung bestätigen auch diese Aussage, bei der Frage nach den genutzten Informationssystemen wurden allein 23 verschiedene Programme benannt.

6 Aufbau von Vernetzungs- und Informationsstrukturen in Gelsenkirchen

6.1 Verbesserung der realen Versorgungsstrukturen

6.1.1 Vernetzungsformate

Das Forschungs- und Entwicklungsprojekt „Pflege im Quartier“ zielte darauf ab, die (vor-)pflegerische Versorgung auf Stadt- und Quartiersebene zu optimieren und mithilfe digitaler Lösungen bedarfsgerecht zu unterstützen. Die Verbesserung der Versorgungssituation vor Ort in Gelsenkirchen sollte insbesondere durch eine verbesserte Kommunikation, Information und Vernetzung der professionellen und ehrenamtlichen Akteure, die im Bereich „Pflege und Gesundheit“ tätig sind, erreicht werden. Als wesentliche Entwicklungs- und Vernetzungsgremien wurden in Gelsenkirchen daher zum einen quartiersbezogene Fokusgruppen³⁸ und zum anderen stadtübergreifende sogenannte Fachdiskussionsrunden gebildet. Das Format „Fachdiskussion“ entwickelte sich aus den ersten Überlegungen zu Informations- und Beratungsbedarfen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen. Nicht nur der Forschungsstand zur Informiertheit und Nutzung von Beratungsangeboten (siehe Kapitel 2.2.2), sondern auch die Projektpartner*innen aus der Praxis beschrieben das Problem, dass viele ihrer Adressat*innen nicht ausreichend über ihre Leistungsansprüche und bestehende Angebote informiert seien oder dahingehend ein großer Beratungsbedarf bestünde, um die Leistungen adäquat in Anspruch nehmen zu können. Folgend wurde das Format der Fachdiskussionen ins Leben gerufen, damit sich pflegerelevante Akteure aus Gelsenkirchen über – aus ihrer Sicht dringende – Anliegen und Bedarfe austauschen sowie gemeinsame Strategien entwickeln konnten, um die vorhandenen Barrieren und (Schnittstellen-)Probleme zu überwinden. Darüber hinaus wurde damit der Auf- bzw. Ausbau von Vernetzungsstrukturen im Pflege- und Gesundheitssektor gefördert.

Insgesamt fanden im Projektzeitraum zwischen Juni 2017 und März 2019 sieben **Fachdiskussionen** statt. Teilnehmende waren Gelsenkirchener Akteure aus dem Bereich Pflegeberatung, lokale Beratungsstellen zum Thema Alter, Mitarbeiter*innen der Sozialdienste der Krankenhäuser und stationären Altenhilfe, ambulante Pflegedienste, Hausärzt*innen und Apotheker*innen sowie kommunale Akteure. Spezifische Merkmale dieses Formats waren³⁹:

- Fachliche Inputs (durch externe Expert*innen)
- Interdisziplinäre Zusammensetzung
- Informeller Austausch/Vernetzungsmöglichkeiten
- Gemeinsame Ideenentwicklung und -umsetzung
- Information aus pflegerelevanten Arbeitsbereichen in Gelsenkirchen

³⁸ Fokusgruppen wurden in den vom Projekt fokussierten Quartieren gebildet. Diese dienten der dezentralen, quartiersbezogenen Vernetzung von professionellen und ehrenamtlichen Akteuren aus den Bereichen Beratung und Unterstützung, Pflege und Gesundheit. Aufgrund der sehr heterogenen Quartiersspezifik und der zentralen, stadtweiten Organisation von Versorgungsstrukturen, wird im Ergebnisteil nur Bezug auf die Fachdiskussionen genommen.

³⁹ Die Merkmale wurden vor allem in der siebten Fachdiskussion im Rahmen der Reflexion und Bewertung des Formats durch die Teilnehmenden zusammengetragen.

Die inhaltlichen und thematischen Schwerpunkte der einzelnen Fachdiskussionen wurden sukzessive entwickelt. Ausschlaggebend waren dabei insbesondere die diskutierten Schwerpunkte und Vereinbarungen der vorherigen Sitzung. Die Tabelle 5 gibt einen Überblick über die in den Fachdiskussionen behandelten Inhalte bzw. Themenschwerpunkte.

Tabelle 5 Inhalte der Fachdiskussionen im Überblick

Veranstaltung	Inhalte/Themenschwerpunkte
1. Fachdiskussion Juni 2017	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung des Projektes „Pfleger im Quartier“ • Kenntnis und Inanspruchnahme von Pflegeberatung in Deutschland (Forschungsstand) • Beratungssituation in Gelsenkirchen • Gute Praxis, Schwachstellen und Bedarfe in der Pflegelandschaft Gelsenkirchens
2. Fachdiskussion Oktober 2017	<ul style="list-style-type: none"> • Beratungsstrukturen, Beratungsstellen und ihr spezifisches Angebot in Gelsenkirchen • Beratungswege in exemplarischen Versorgungssituationen
3. Fachdiskussion Februar 2018	<ul style="list-style-type: none"> • Schwerpunkt: Case-Management • Voraussetzungen für wirksame Netzwerkarbeit • Arbeitsbezogene Interessen an Netzwerkarbeit • Handlungsbedarfe in Bezug auf Netzwerkarbeit in Gelsenkirchen
4. Fachdiskussion April 2018	<ul style="list-style-type: none"> • Schwerpunkt: Entlassmanagement • Herausforderungen für ein gelungenes Entlassmanagement • Gute Praxis und Bedarfe für eine gelungene sektorübergreifende Versorgung in Gelsenkirchen
5. Fachdiskussion Juni 2018	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischenfazit aus den ersten Fachdiskussionen • Schwerpunkt: Praxis der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und weiteren pflegerelevanten Akteuren in Gelsenkirchen • Ideenentwicklung
6. Fachdiskussion September 2018	<ul style="list-style-type: none"> • Schwerpunkt: Multiprofessionelle Versorgung im Quartier • Gute Praxis und Herausforderungen einer multiprofessionellen Versorgung in Gelsenkirchen
7. Fachdiskussion März 2019	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenfassung der bisherigen Erkenntnisse und Entwicklungen • Reflexion des Formats • Vereinbarungen zur zukünftigen Zusammenarbeit

Zusätzlich zu den Fachdiskussionen und Fokusgruppen fand im Zuge der Projekt-Jahreskonferenz im November 2018 ein **Expert*innenworkshop** statt, um die vorgestellten Zwischenergebnisse des Projektes zu diskutieren. Der Workshop fokussierte dabei zum einen auf die Ergebnisse der Interviews mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen (Kapitel 5.1) und zum anderen auf die schriftliche Befragung der pflegerelevanten Akteure in Gelsenkirchen (Kapitel 5.2). Die erste Diskussionsfrage lautete „Hilfs- und pflegebedürftig in Gelsenkirchen: Welche Möglichkeiten der Versorgung ergeben sich aus den Bedarfen der Betroffenen?“. Daneben sollten in der zweiten Hälfte die Perspektiven der professionellen Akteure als Grundlage dienen. Fokus war hierbei die Frage „Was hilft für eine gesicherte pflegerische Versorgung im Quartier?“. Im Workshop wurden Versorgungsstrukturen in Gelsenkirchen unter oben genannten Aspekten vertiefend diskutiert, dazu sollten die Teilnehmenden ihre Ideen einbringen.

Im Folgenden werden die wesentlichen Erkenntnisse und Bedarfe aus Sicht der Fachexpert*innen sowie die erreichten Ergebnisse in einer Gesamtschau dargestellt, diskutiert und abschließend bewertet. Fokus sind die Ergebnisse des zentralen Gremiums der stadtweiten Fachdiskussionen.

6.1.2 Ergebnisse und Vereinbarungen

In den Fachdiskussionen wurden unterschiedliche Herausforderungen und Bedarfe für eine verbesserte Versorgung in Gelsenkirchen diskutiert. Diese werden im Folgenden dargestellt und daraus mögliche Implikationen für Praxisinterventionen abgeleitet.

Die **Schnittstelle zwischen Krankenhaus und häuslicher Versorgung** stelle nach wie vor, trotz vieler Bemühungen, wie z. B. die Entwicklung eines gemeinsamen (analogen) Überleitungsbogens, eine große Herausforderung für alle Beteiligten dar. Die Sozialdienste der Krankenhäuser berichten, dass der neue „Rahmenvertrag Entlassmanagement“ (§ 39 Abs. 1a SGB V), welcher 2017 verpflichtend eingeführt wurde, ein deutlicher Mehraufwand für die Mitarbeiter*innen bedeute. Grundsätzlich sei das Ziel des Rahmenvertrags zu begrüßen, jedoch sei die Umsetzung mit einem hohen Zeitaufwand für die Dokumentation verbunden und diese stehe in keinem Verhältnis zu den Vorteilen für die Patient*innen. Die zusätzliche Arbeit, die damit für die Mitarbeiter*innen verbunden sei, werde außerdem nicht refinanziert. Vergessen werde oft, dass auch andere Akteure innerhalb sowie außerhalb des Krankenhauses am Entlassmanagement beteiligt seien, nicht allein der Sozialdienst: Ein gelungenes Entlassmanagement könne daher nur auf Grundlage einer guten Kooperation mit Krankenkassen und Nachversorgern entstehen. Die Kommunikation zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen sei trotz der Ansprechpartner*innenregelung zunächst nicht besser geworden. In einigen Fällen gebe es aber positive Beispiele in der Kommunikation, insbesondere dann, wenn auf beiden Seiten die Ansprechpartner*innen klar benannt seien. Im umgekehrten Falle, von ambulant zu stationär, würden häufig Personen ins Krankenhaus eingeliefert, über die nichts bekannt sei. Hier seien Informationen aus der häuslichen Umgebung bzw. durch den Hausarzt/die Hausärztin oder den Pflegedienst unbedingt notwendig. Insgesamt scheine es also einen Mangel in der systematischen Informationsweitergabe in beide Richtungen zu geben. Daher ist in der Fachdiskussion auch angedacht, sich zukünftig über eine digitale Form der Überleitungsbögen auszutauschen bzw. diese zu entwickeln.

Als weitere wichtige versorgungsbezogene Schnittstellen in Gelsenkirchen wurden die Akteure Krankenhaus, Pflegeberatung, Hausarztpraxis, ambulante sowie stationäre Pflege benannt. Es fehle in diesen Bereichen an *strukturell verankerten* Kooperationen (Kooperationsnetzwerken) zwischen den jeweiligen Sektoren ambulant, stationär und teilstationär sowie zwischen dem Gesundheits- und Pflege-sektor. In den Interviews mit Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörigen wurde u. a. deutlich, dass für die Herstellung eines zufriedenstellenden Pflegearrangements der *Eintritt* in die Pflegesituation ein wichtiges Schlüsselmoment darstelle. Zu unterscheiden sei hier der plötzliche Eintritt gegenüber einem schleichenden Prozess, mit jeweils unterschiedlichen Ausgangsbedingungen, beispielsweise in Bezug auf den/die erste*n Ansprechpartner*in oder die zur Verfügung stehende Zeit für die Organisation der Pflege. Erste Ansprechpartner*innen seien zwar meist vorhanden, aber die Anschlussbegleitung der Beratungssuchenden sei fragil. Notwendig und wünschenswert ist deshalb eine kontinuierliche Begleitung des Versorgungsprozesses, auch über eine erste Organisation des Pflegearrangements und den Sektoren hinaus. Beispielsweise bei der Überleitung und Begleitung von demenzkranken Menschen und ihren Angehörigen gebe es aus Sicht der Expert*innen einen großen Optimierungsbedarf.

Die Gestaltung der Übergänge innerhalb der Versorgung sei laut Fachexpertise in Gelsenkirchen bislang eher personenabhängig als strukturell geregelt. Strukturierte **Netzwerkarbeit** müsse deshalb zunächst in kleinen Schritten beginnen, damit neue Sichtweisen und Haltungen von allen Partner*innen entwickelt werden können. Hilfreich sei es, die jeweiligen Kompetenzen förderlich für die Zielsetzung des Netzwerks anzubieten. Bei einer ablehnenden Haltung können hier gute Argumente für die Netzwerkarbeit dienlich sein, etwa indem man aufzeigt, welche Kompetenzen im Netzwerk gebündelt werden können und welche Handlungsmöglichkeiten dadurch entstünden. Eine Nichtbeteiligung der Kommune verletze das Sozialstaatsprinzip der Daseinsvorsorge und dementsprechend kann diese Öffentlichkeit hergestellt werden, um Druck auszuüben. Von den Expert*innen wurde bemängelt, dass keine gesicherte Kommunikation der einzelnen Versorgungsakteure untereinander herrsche. So laufen Verwaltungsakte teilweise parallel, was als unnötig bewertet werde.

Die **vielfältigen Beratungsangebote** und umfassenden Dienstleistungen in Gelsenkirchen wurden einerseits positiv hervorgehoben, andererseits, und das zeigte sich auch in den Fachdiskussionen, kann eine große Pflegedienstleisterlandschaft auch zu Doppelstrukturen führen oder gar für Intransparenz bei den Betroffenen und Dienstleistern sorgen. Bei Personen mit sichtbarem Unterstützungsbedarf aber ohne Pflegegrad oder anderweitig gesicherten Kostendeckungen seien die Beratungszugänge oder **Zuständigkeiten** innerhalb der sozialen und pflegerischen Versorgung häufig unklar. Eine These lautete, dass sich in gegenwärtigen Strukturen die negativen Auswirkungen von zunehmender Spezialisierung zeigten: Zuständigkeiten seien nur für sehr spezifische Bereiche gegeben, jedoch nicht darüber hinaus oder in vermittelnder bzw. netzwerkbezogener Funktion. Beispielhaft können die Problemlagen „psychisch auffälliges Verhalten“ oder Unterversorgung bis hin zur Verwahrlosung genannt werden. In solchen Situationen werden unterschiedliche professionelle Dienstleister (z. B. ambulanter Pflegedienst) oder die Kommune (z. B. Allgemeiner Sozialer Dienst, städtische Beratungsstelle PFAD) hinzugezogen, eine systematische Weiterleitung bzw. Zuständigkeit sei aber nicht vorhanden. Die Ansprechperson hänge insbesondere mit dem persönlichen Kontakt zu dieser zusammen. Es wird deutlich, dass auch außerhalb des Leistungsrechts eine systematische Koordinierung zwischen typischen „Erstanlaufstellen“ der Betroffenen und weiteren Dienstleistern und Beratungsangeboten notwendig ist, um eine adäquate und bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten. Dabei sei insbesondere der Quartiersbezug für Kooperationen geeignet. Ein weiteres Problem sei die Trennung der Zuständigkeiten für pflegerische (im Sinne der Pflegeversicherung) und vorpflegerische (z. B. Offene Altenarbeit) Strukturen. Eine Verknüpfung zwischen diesen Bereichen erscheine jedoch sinnvoll, da sich bereits im vorpflegerischen Bereich Unterstützungsbedarfe abzeichnen, die nicht über den SGB XI-Leistungsbezug abrechenbar seien. Gleichzeitig bedeute das, Kosten seien nicht erstattungsfähig, wodurch Menschen in prekären finanziellen Lagen möglicherweise nicht erreicht würden.

Folgende Maßnahmen wurden exemplarisch herausgehoben, die für eine verbesserte, adressat*innenorientierte Netzwerkarbeit hilfreich seien:

- Koordinierungsstelle, die die Angebotsvielfalt sammelt, kennt und transparent macht
- Bessere Vernetzung zwischen Kliniken und Beratungsstellen/Weiterleitung der Krankenhäuser an andere Beratungsstellen
- Stärkere Vernetzung mit den Fach- und Hausärzt*innen (Information und Beratung)
- Kooperation zwischen der Qualitätsgemeinschaft Praxisnetz Gelsenkirchen e. V. (u. a. Notfallpraxen) und den vorhandenen Beratungsstellen
- Doppelstrukturen vermeiden
- Erstellen eines Organigramms der Beratungsstrukturen, um die Wege aufzuzeigen

- weiterer/regelmäßiger, themenspezifischer Austausch in der Pflegelandschaft
- Als Brücke zwischen Pflege, Medizin und Offener Altenarbeit sei auch eine Art Gemeindegeschwester zur Koordination von Netzwerken denkbar

Eine weitere Herausforderung in der pflegerischen Beratung und Versorgung seien die eingeschränkten Beratungszeiten. Beratungs- oder Versorgungsnotfälle an Wochenenden oder zur Abendzeit seien kaum abgedeckt. Eine **Erweiterung des Beratungsangebots** sei an dieser Stelle wünschenswert. Diese sollte sich jedoch nicht in einer zeitlichen Ausdehnung erschöpfen, sondern auch auf andere Bedarfe reagieren. Beispielsweise sei ein guter Übergang von der Pflege- in die Sterbephase momentan aufgrund von Finanzierungslücken nicht für alle gewährleistet. Weitere Vorschläge für die Erweiterung der pflegebezogenen Angebote in Gelsenkirchen sind:

- Kultursensible Angebote
- Zentrale, neutrale Rufnummer für Pflegefragen
- Öffnung der Stationären Einrichtungen für das Quartier
- Nachtpflege in Gelsenkirchen
- Nachfrage hauswirtschaftliche Versorgung

Neben der Erweiterung, sei auch die **qualitative Verbesserung der Beratungsangebote** wichtig, da die Qualität von Beratungsangeboten abgenommen habe. Bei gleichzeitiger Stellenkürzung komme es zu steigender Arbeitsbelastung. Dies führe auch zu Frustration der Mitarbeiter*innen. Daher seien folgende Maßnahmen notwendig:

- Einsatz von (mehr) qualifizierten Beratungskräften
- Mehr Ansprechpartner*innen für Kinderpflege
- Umsetzung des Case- Management-Gedankens inkl. Qualifikation der Beratungskräfte
- Im Sinne des Case-Managements sollte ein*e Berater*in einen Betroffenen von Anfang bis Ende begleiten (mit Hilfe des Netzes im Hintergrund)

Barrieren in der Inanspruchnahme von Beratungs- und Hilfsangeboten durch die Bürger*innen wurden ebenfalls intensiv diskutiert. Um tatsächlich alle Menschen mit Bedarfen zu erreichen, seien zugehende Strukturen erforderlich. Es handle sich dabei auch um sozialarbeiterische Aufgaben. Die Expert*innen sind sich einig darüber, dass es Ungleichheiten in der Inanspruchnahme von Beratungsangeboten gebe: Insbesondere Personen, die in der Lage sind, sich viel Wissen eigenständig anzueignen, nehmen Beratungsangebote in Anspruch. Diejenigen, die von einer Beratung besonders profitieren würden, nehmen diese seltener oder gar nicht in Anspruch. Daher sei es wichtig, Informationen besser zu bündeln und verschiedenen Personengruppen zugänglich zu machen. Beispielsweise fehlten an vielen Stellen spezifische Informationen, wie das Wissen über den häuslichen Entlastungsdienst oder den Anspruch auf Verhinderungspflege sowie die Befähigung dazu, das Wissen auch nutzen zu können. Menschen sollten hier kleinschrittig begleitet werden, um die große Fülle an Informationsbedarfs- und situationsgerecht zu vermitteln. Auch eine niedrigschwellige Zugangsweise, wie z. B. über die Seniorenvertreterinnen und Nachbarschaftsstifter (SeNa)⁴⁰, scheine zu gelingen, um verschiedene

⁴⁰ Seniorenvertreterinnen und Nachbarschaftsstifter sind Ehrenamtliche, die quartiersbezogene Informationen zu allen Themen des Älterwerdens an die Bevölkerung vermitteln. Dies geschieht beispielsweise über niedrigschwellige „Beratungsangebote“ in denen die wichtigsten Informationen zu den Anliegen mitgeteilt werden und an Ansprechpartner*innen weitervermittelt wird.

Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Zudem, so betonen die Expert*innen, bestehe ein großes Vertrauensverhältnis zwischen Hausärzt*innen und Patient*innen sowie Apotheker*innen und Kund*innen, so dass hier über Empfehlungen auf geeignete Ansprechpartner*innen verwiesen werden könne. Gleichzeitig führe dies zu einer Entlastung in der alltäglichen Arbeit der Arztpraxen und Apotheken, sie konnten jedoch mit bisherigen Projekten nicht oder nur schwer erreicht und systematisch, d. h. strukturbildend, einbezogen werden. Aufgrund der zentralen Bedeutung von Haus- und Facharztpraxen für pflegebedürftige Menschen, wurde in den Fachdiskussionen angeregt, Ärzt*innen stärker als Multiplikator*innen für (Pflege-)Beratungsangebote einzubeziehen. Es könne hilfreich sein, wenn die Hausärzt*innen Informationen über die unterschiedlichen Angebote im Quartier besäßen, um bedarfsgenaue Informationen an die Patient*innen weitergeben zu können. Dies könne u. a. durch die flächendeckende Versendung des Seniorenratgebers an Praxen gewährleistet werden.

Eine weitere Möglichkeit, um Menschen mit Informationsbedarfen besser zu erreichen, könne laut Expert*innen eine verstärkte **aufsuchende Beratungsarbeit** sein, die unter Umständen auch verpflichtend, beispielweise nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, erfolgen könne. Hier wird jedoch sowohl die Verpflichtung kritisch reflektiert als auch die Tatsache, dass nicht alle Beratungssuchenden in ihrer Häuslichkeit aufgesucht werden möchten. Dies könne, vor allem bei regelmäßigen Besuchen, auch als Kontrollinstanz und Überwachung wahrgenommen werden. Daneben gebe es auch positives Feedback, wenn die Berater*innen die Pflegebedürftigen zu Hause aufsuchen, das Gesamtbild betrachten und dementsprechend beraten. Eine **zielgruppenspezifische „Werbung“** für Beratungsangebote sei eine weitere Möglichkeit zum Erreichen der Menschen mit (potenziellen) Beratungsbedarfen. Beispielsweise könne der Seniorenratgeber „Älter werden in Gelsenkirchen“ gemeinsam mit den vom Oberbürgermeister verfassten Briefen zum 80. Geburtstag an die Haushalte versendet oder darüber hinaus an bestimmte Orte verteilt werden, um die Angebote in Gelsenkirchen bekannter zu machen. Eine verstärkte Einbindung und Gewinnung von Multiplikator*innen, die bislang nicht bedacht wurden, könne die Streuung von Informationen und den niedrigschwelligen Zugang zum Beratungssystem zusätzlich stärken. Erwähnenswert sind hier vor allem die Dienstleistungen „Essen auf Rädern“ oder der Hausnotruf. Im Krankenhaus erscheine vor allem die Physiotherapie mit direktem „Kund*innenkontakt am Bett“ als wichtiger Ansprechpartner und Informationsquelle. Aus dieser Diskussion erfolgte die Entwicklung einer Infokarte für die Vermittlung von Patient*innen. Dieser wurde gemeinsam mit der Ärztekammer Gelsenkirchen und dem Generationennetz e. V. (in der Funktion als Koordinator) entwickelt (siehe Anhang C). Diese Karte ist zunächst an alle Hausärzt*innen in Gelsenkirchen versendet worden. Diese können bei Bedarf ihren Patient*innen eine Empfehlung aussprechen und an die zentrale Rufnummer des Generationennetzes verweisen, die auf der Infokarte zu finden ist. Auf der Rückseite der Karte sind die Angebote gelistet, die durch das Generationennetz vermittelt werden können. Außerdem ist das Generationennetz zuständig für eine Weitervermittlung zu spezifischen Beratungsangeboten. Die Infokarten fanden einen dermaßen guten Anklang, dass diese zukünftig auch für weitere Multiplikator*innen zur Verfügung stehen sollen.

Neben den Herausforderungen und Bedarfen, die sich in der Praxis der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen zeigen, wurde auch die **Digitalisierung** thematisiert. Im Hinblick auf die digitale Vernetzung, die unter anderem durch das PiQ-Projekt fokussiert wurde, wurde durch die Expert*innen darauf aufmerksam gemacht, dass ein vermutlich großer Teil der Adressat*innen nicht in der Lage sein dürfte, mit mobilen Endgeräten umzugehen oder diese zu finanzieren. Ausgehend von dieser Problematik sei es notwendig, z. B. Menschen, die wenig technikaffin sind, von Armut betroffen oder armutsgefährdet sind, ganz besonders mitzudenken. Gerade hier sollten größere Anstrengungen erfolgen,

diese Personengruppen einzubeziehen, um die herrschende Ungleichheit nicht weiter zu verschärfen. Des Weiteren sollten die digitalen Lösungen so konzipiert sein, dass auch Angehörige davon profitieren, selbst potenzielle Nutzer*innen der Plattform werden und damit als wichtige Multiplikator*innen fungieren können. Zudem könne die geplante Informationsfunktion der Plattform auch anderen Akteuren (wie z. B. Hausarztpraxen, Krankenhaussozialdiensten, Pflegeberatungen) zugänglich gemacht werden und auf diese Weise Informationen über (quartiersbezogene) Versorgungswege bzw. Ansprechpartner*innen vermitteln. Bereits vorsortierte Informationen unterstützen dabei die effiziente Arbeitsweise und vermeiden langes Suchen. Es brauche daher eine Übersicht mit konkreten Ansprechpartner*innen in der „realen Welt“ mit aktuellen Kontaktdaten und -zeiten. Hier sei auch eine optimierte Darstellung des städtischen Seniorenratgebers⁴¹ mit Suchfunktion denkbar. Ein stets viel diskutierter Punkt war die Schwierigkeit für Berater*innen, Informationen über aktuelle Verfügbarkeiten von Kurzzeit- und Tagespflegeplätze zu erhalten. Die gängige Praxis sehe so aus, dass die kommunale Pflegeberatung freie Plätze in der Kurzzeitpflege durch monatliche Telefonabfragen erhebe. Anderswo sei die Einholung derlei Informationen mit sehr viel Aufwand verbunden (z. B. für den Krankenhaus-Sozialdienst). Diese, aus Sicht der Berater*innen, ineffiziente Arbeitsweise könne durch eine digitale, aktuelle Verfügbarkeitsanzeige beispielweise auf der PiQ Plattform abgelöst werden. Hierzu sind bei Projektende noch keine Ergebnisse zu verzeichnen, einig sei man sich jedoch, dass es notwendig sei, die Digitalisierung mitzugestalten und nicht über sich ergehen zu lassen oder vorgefertigte Lösungen einfach zu übernehmen.

6.1.3 Bewertung des Formats „Fachdiskussionen“

Im Rahmen der siebten Fachdiskussion wurde unter anderem das Format von den Teilnehmenden bewertet und darüber hinaus eruiert, inwieweit die Fachdiskussionen über das Projektende hinaus fortgeführt werden können. Zudem sollten Perspektiven für die zukünftige Zusammenarbeit entwickelt werden. Das Format der Fachdiskussionen wurde insgesamt als „sehr gut“ bewertet: Die Arbeit in den Fachdiskussionen wurde von den Anwesenden als sehr hilfreich für die Kontaktaufnahme zu und -verbesserung zwischen verschiedenen Institutionen angesehen.

Das betreffe vor allem die persönlichen Kontakte zwischen den Teilnehmenden, die als positive Entwicklungen seit Projektstart gewertet werden. Bürgerschaftlich Engagierte würden sich u.a. durch die Infokarte aufgewertet fühlen. Seitens der Kommune wird der direkte und informelle Austausch mit den Praxisakteuren geschätzt.

Die Arbeit in bereits bestehenden Gremien, sei stärker formalisiert, während in den PiQ-Fachdiskussionen die Arbeit hingegen konkreter („strukturierterer Austausch“) sei, wiewohl weniger formal. Dies wird allgemein positiv bewertet. Daher wird ein Anschluss an oder gar eine Integration in bestehende Formate für nicht sinnvoll erachtet.

⁴¹ Der Ratgeber „Älter werden in Gelsenkirchen“ wird einmal jährlich aktualisiert und sowohl in Druckform als auch online zur Verfügung gestellt. Die PDF Version des Seniorenratgebers ist unter https://www.gelsenkirchen.de/de/familie/aelter_werden/_doc/Ratgeber_Aelter_werden_in_GE-2018-2019.pdf [Zuletzt geprüft am 03.07.2019] abrufbar. Er beinhaltet alle Wissenswerte, um auf die Herausforderungen, die mit dem älter werden einhergehen, zu reagieren, wie z. B. Beratungs- und Freizeitangebote.

Aus den Reihen der Teilnehmenden wurde der Vorschlag formuliert, die Fachdiskussionen nach Projektende weiterzuführen und reihum auszurichten. Dabei solle es jeweils um einen vorher verabredeten Themenschwerpunkt gehen. Dieser Vorschlag wurde von allen Teilnehmenden einhellig begrüßt.

Die positiven Rückspiegelungen zum Format Fachdiskussion seitens der Beteiligten zeigen auf, dass ein solches Fachforum offensichtlich eine Bedarfslücke zu schließen vermag. Obschon viele der Beteiligten in andere Netzwerke organisatorisch einbezogen sind, fehlt ihnen der organisationsübergreifende fachliche Wissens- und Erfahrungsaustausch. Fachlichkeit und Professionalität kennzeichnen zwar die Aktivitäten der Fachkräfte im Rahmen ihrer Zuständigkeit; diese führen aber eher auf ein die eigene Organisation bezogenes „Eigenleben“, was (nicht nur, aber) insbesondere bei kleinen Einrichtungen der Fall ist. Vor dem Hintergrund der projektbezogenen Erkenntnisse sollte ein solches stadtweites Format verstetigt werden.

6.2 Formen digitaler Unterstützung

Um die (vor-)pflegerischen Strukturen in Gelsenkirchen zu verbessern, fokussierten die Projektbeteiligten sowohl die Vernetzung der realen Strukturen vor Ort als auch die mögliche technische Unterstützung dieser Strukturen und die des Alltags von Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf und deren Angehörigen durch die Nutzung der prototypisch entwickelten Technik. Unter dem Begriff Technik sind im Projektkontext ganz konkret eine digitale Pflegeplattform sowie eine Smartphone-App (Mobiler Wegweiser) zusammengefasst. Diese können durch den modularen Aufbau bei Bedarf um weitere Funktionen und Inhalte ergänzt werden. Ziele der digitalen Plattform, dessen Entwicklung sich an den Bedarfen der späteren Nutzer*innen orientierte, waren einerseits verbesserte und niedrigschwellige Zugänge zu pflegerelevanten Informationen in Gelsenkirchen sowie andererseits individuell auf Personen zugeschnittene Gesundheits-Informationen bereitzustellen. Dies sollte beispielweise durch die Verknüpfung des Pflegeberichts und einer Wiki-Plattform gelingen. Ferner sollte die Organisation der häuslichen Pflege durch die Nutzung der Plattform vereinfacht werden, z. B. durch die Digitalisierung des Medikationsplans. Daneben wurde durch die entwickelte App vor allem das Ziel verfolgt, das selbständige Leben von Menschen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf zu fördern, beispielsweise mit einer individuell einstellbaren Ortungsoption.

In vielen Studien gibt es bereits Hinweise darauf, dass eine Technikentwicklung, die sich an den Bedarfen der Menschen orientiert, besonders viel Potenzial habe und daher von den Betroffenen eher in die Alltagsgestaltung Einzug halte (Pelizäus-Hoffmeister, 2018). Auch im Projekt Pflege im Quartier wurden die Bedarfe der Betroffenen bei der Entwicklung durch den Fachbereich Informatik berücksichtigt: Die Erkenntnisse aus der Bedarfsanalyse wurden sukzessive in den Prozess eingespeist und zur Diskussion gestellt sowie in die Technikentwicklung implementiert (siehe User-Stories in Anhang B). Zudem wurden regelmäßige Workshops in interdisziplinärer Zusammensetzung (Soziale Arbeit, Informatik, Gerontologie, Pflege-, Gesundheits- und Sozialwissenschaften) durchgeführt, um die Module zu optimieren und bedarfsgerecht zu gestalten. In unregelmäßigen Abständen wurden erste Prototypen mit Angehörigen getestet. Im Folgenden werden die Anforderungen an die Digitale Plattform sowie den Mobile Wegweiser beschrieben und exemplarisch auf einige bereits umgesetzte Funktionen geblickt. Andere Funktionen, deren Relevanz zwar in der Bedarfserhebung sichtbar wurden, konnten im Projektzeitraum nur angedacht aber nicht mehr vollumfänglich umgesetzt werden.

6.2.1 Digitale Pflegeplattform

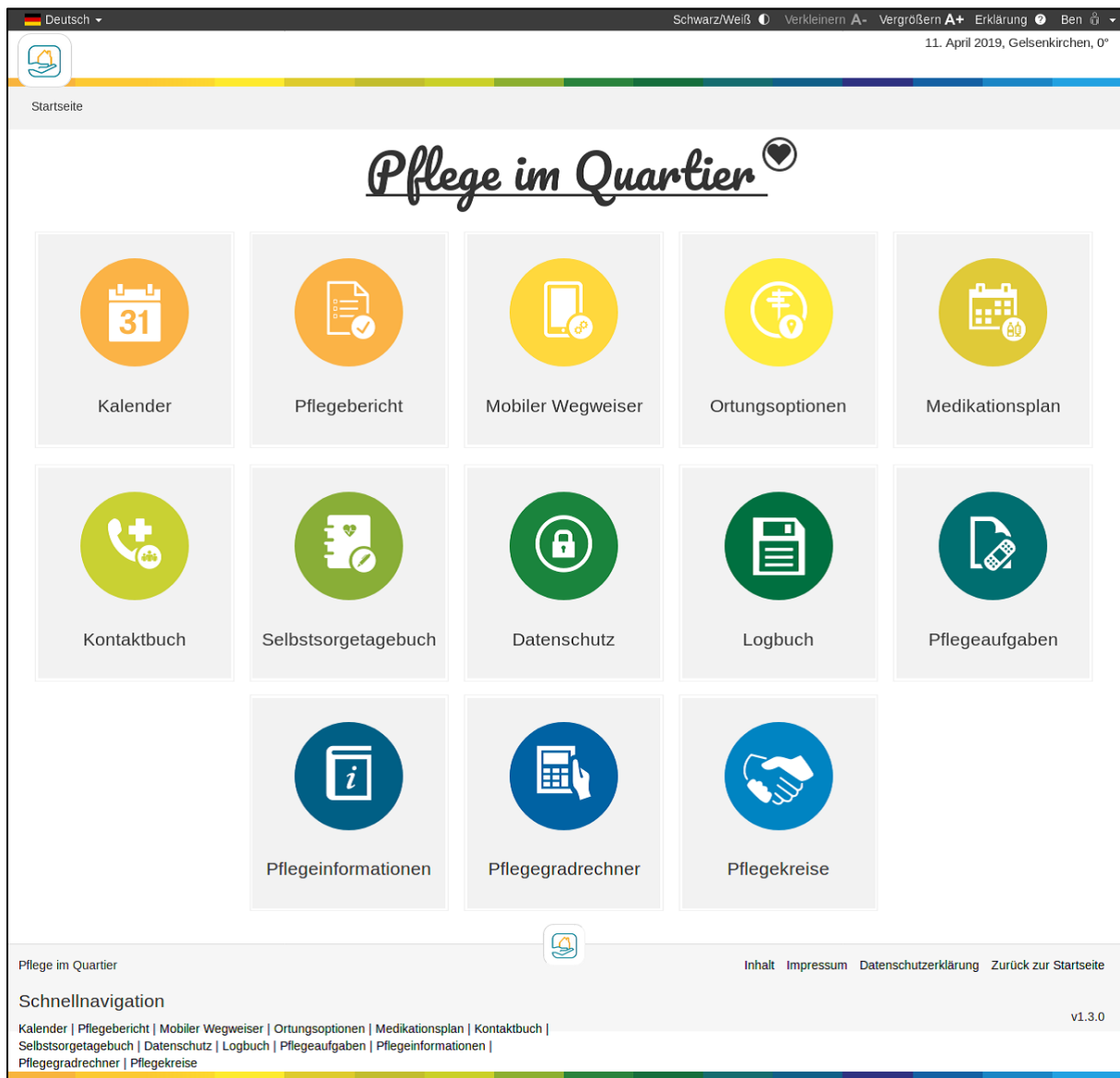
Auf Grundlage des Forschungsstands und der Ergebnisse der Bedarfsanalyse wurde durch den Fachbereich Informatik im Projekt eine digitale Pflegeplattform entwickelt (siehe Abbildung 21). Diese ist modular aufgebaut, so dass einerseits Übersichtlichkeit und intuitive Bedienung gewährleistet wird und die Plattform andererseits durch weitere Module erweiterbar ist. Die Plattform enthält:

1. Module, die ausschließlich für die Konfiguration der Applikation (Mobiler Wegweiser) oder der Plattform (Pflegekreise) notwendig sind;
2. Module, die mit der Applikation direkt verbunden sind (Kalender, Medikationsplan und Kontaktbuch) bzw. auf Funktionen dieser zugreifen können (Ortungsoptionen);
3. Module, die der Information der Nutzer*innen dienen (Pflegeinformationen, Pflegegradrechner);
4. Module, die zur Organisation des häuslichen Pflegearrangements nützlich sein können (Pflegebericht, Selbstsorgetagebuch und Pflegeaufgaben) sowie
5. Module, die für die Einstellungen zum Datenschutz notwendig sind (Datenschutz) und den Verlauf der Aktionen auf der Plattform speichern und einsehbar machen (Logbuch).

Im Folgenden werden einige Module der Plattform beschrieben; der Fokus liegt dabei auf den Modulen, deren Relevanz für Angehörige und Pflegebedürftige durch die Bedarfsanalyse deutlich geworden sind: Pflegeinformationen, Pflegebericht, Pflegeaufgaben, Selbstsorgetagebuch sowie ein Modul Marktplatz, welches jedoch im Projektzeitraum nicht mehr umgesetzt wurde.⁴²

⁴² Die folgenden Screenshots der Plattform und Applikation wurden uns von den Projektbeteiligten des Fachbereichs Informatik der Fachhochschule Dortmund zur Verfügung gestellt.

Abbildung 21 Übersicht Module der digitalen Plattform „Pflege im Quartier“



Modul Pflegeinformationen

Für die schnelle Bereitstellung von aktuellen Informationen eignet sich eine digitale Plattform besonders. Die digitale Plattform kann dabei helfen, den niedrigrschwelligen Zugriff auf Informationen zu Beratungen und die richtigen Ansprechpartner*innen in Gelsenkirchen (zu Beginn einer Pflegesituation) zu erleichtern. Auf der digitalen Plattform sollten alle wichtigen (insbesondere neutrale) Ansprechpartner*innen, die eine (kostenfreie) Pflegeberatung für Gelsenkirchener Bürger*innen anbieten, aufgezeigt werden. Dabei werden die Themen Pflegeantrag, Begutachtung und Leistungsansprüche, die zu Beginn einer Pflegephase besonders relevant sind, als wichtige Stichworte aufgegriffen. Der zeitliche und psychische Druck einer plötzlich eintretenden Pflegesituation erfordern eine einfache Darstellung der Informationen auf der digitalen Plattform, um Zeit bei der Suche nach passenden Informationen zu sparen. Die Informationen sollten zudem bedienerfreundlich aufbereitet werden und auch für diejenigen Personen, die wenig Erfahrung mit digitalen Medien haben, nutzbar sein.

Häufige Kontakte bei Eintritt in die Pflegebedürftigkeit sind Krankenhaussozialdienste sowie Haus- und Fachärzt*innen. Daher sollen auch diese als Nutzer*innen des Moduls „Pflegeinformationen“ der digitalen Plattform adressiert werden, um eine schnelle Weiterleitung an richtige Ansprechpartner*innen zu gewährleisten. Mit dem Ziel einer kultursensiblen Plattform und der Ansprache von Personen mit geringen Deutschkenntnissen, sollten die genannten Informationen auch in verschiedenen Sprachen zugänglich sein. Die digitale Pflegeplattform sollte nicht nur Informationen für pflegende Angehörige und Pflegebedürftige bereithalten, sondern auch für weitere Angehörige oder Personen, die noch keine Pflegeerfahrung haben. Sie sollte Informationen über Krankheitsbilder für Bekannte und Freund*innen von pflegenden Angehörigen bereitstellen, damit diese durch Aufklärung eine mögliche Scheu vor Erkrankungen verlieren.

Die digitale Plattform sollte darüber hinaus Informationen derart bündeln, dass bei den Nutzer*innen ein „Bedarfsbewusstsein“ entsteht. Die Sensibilisierung für mögliche Bedarfe kann über relevante Stichworte hergestellt werden, wie z. B. Überlastung in der Pflegesituation, Entlastung durch Angebote der Pflegekasse oder Freizeitgestaltung mit Angehörigen. Der Zugriff auf Online-Schulungen für pflegende Angehörige (richtige Durchführung der Pflege, Einweisung in Hilfsmittel etc.) kann dazu beitragen, Angehörige für mögliche Fehler in der Pflege zu sensibilisieren und damit Überlastungen präventiv entgegenzuwirken. Die digitale Plattform sollte zudem weitere Informations-, Beratungs- und Dienstleistungsangebote benennen, die über das Leistungsrecht des SGB XI hinausgehen.

Die Informationsseiten⁴³ sollten die Themen Finanzierung der Pflege, Selbsthilfegruppen, Ansprechpartner*innen zu psychosozialen Belastungen, Probleme mit Dienstleistern etc. beinhalten. Diese Informationen sind ebenso, wie alle anderen Informationen auf der Plattform, nutzerfreundlich bereitzustellen. Wichtige Themen, die das Modul „Pflegeinformationen“ beinhalten sollten, sind:

Antrag bei der Pflegekasse und Leistungsansprüche, wie z. B.

- Leistungen der Pflegeversicherung
- Vorgehensweisen bezüglich des Pflegeantrags bzw. einer Höherstufung
- Begutachtungsverfahren
- Einlegen eines Widerspruchs
- Anspruch auf Pflegeschulung
- Niedrigschwellige Hilfen wie z. B. Alltagsbegleitung
- Wissen über Leistungen für die Wohnraumanpassung

Freizeit und Urlaub, wie z. B.

- Ansprechpartner*innen, die bei der Planung von Reisen behilflich sein können
- Möglichkeiten der Freizeitgestaltung für pflegende Angehörige

Finanzielles und Bürokratie, wie z. B.

- Informationen über steuerliche Vorteile
- Möglichkeiten bei hoher finanzieller Belastung
- Bürokratie durch die Pflegesituation

⁴³ Bis Abschluss des Projektes konnten Themen und Ansprüche nur exemplarisch auf der PiQ Informationsseite umgesetzt werden.

- Informationen über Unterstützung und Hilfen (beispielsweise im Haushalt) bei eher geringem finanziellem Spielraum

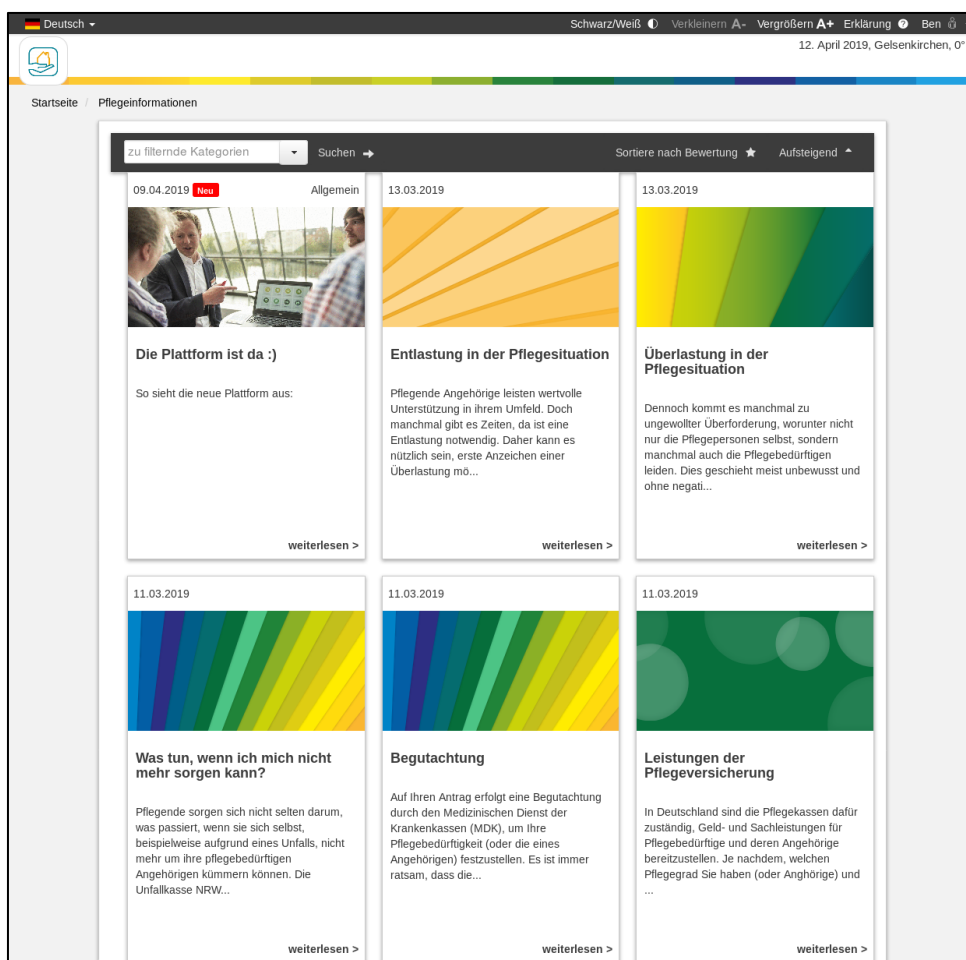
(Psychosoziale) Belastungen, wie z. B.

- Zeitliche Belastung des pflegenden Angehörigen
- Vereinbarkeit von Pflege und Beruf
- Die demenzielle Veränderung des Elternteils oder des Ehepartners
- Schwierige Situationen in der Pflege des Angehörigen bis hin zu Gewalt

Weitere pflegerelevante Informationen, wie z. B.

- Anspruch auf einen Medikationsplan
- Ansprechpartner*innen, die bei Problemen mit Dienstleistern helfen können

Abbildung 22 Ausschnitt Modul Pflegeinformationen



Modul Pflegebericht

Für den besseren Informationsaustausch zwischen pflegerelevanten Akteuren einerseits und zwischen pflegenden Angehörigen und Dienstleistern andererseits wurde das Modul „Pflegebericht“ entwickelt. In diesem Modul werden alle pflegeassoziierten Daten der Person eingetragen und bestimmten, dafür eigens autorisierten Personen, der Zugriff erlaubt sein. Durch den digitalen Pflegebericht können notwendige Informationen bei z. B. notfallbedingten Einweisungen in ein Krankenhaus schnell abgerufen

werden. Auch der Austausch zwischen Fach- und Hausärzt*innen wird dadurch erleichtert. Ambulante Pflegedienste oder (teil-)stationäre Dienstleister können Eintragungen vornehmen und dadurch zu einem besseren Austausch beitragen, z. B. zwischen ambulanter Pflege, Tages- sowie Kurzzeitpflege. Der Pflegebericht sollte aufgrund der Verschränkungen zwischen Gesundheits- und Pflegesystem mit der elektronischen Patientenakte verknüpft sein.

Um den Zeitaufwand einer Informationssuche zu minimieren und gleichzeitig eine ortsungebundene Beratungsmöglichkeit bereitzustellen, sind verknüpfte Information zu bestimmten Erkrankungen und Pflegediagnosen über den digitalen Pflegebericht herzustellen. Hinter den Diagnosen im Pflegebericht sollten für die Nutzer*innen weitere, den Diagnosen entsprechende, Informationen bereitgestellt werden. Die Nutzer*innen gelangen über einen „Klick“ auf die jeweilige Pflegediagnose auf eine weitere Informationsseite.

Modul Pflegeaufgaben

Für den besseren Informationsaustausch zwischen (mehreren) pflegenden Angehörigen wurde das Modul „Pflegeaufgaben“ entwickelt. In dem Modul können verschiedene Personen Eintragungen vornehmen, welche Aufgaben und Pflegetätigkeiten an welchen Wochentagen vorgenommen wurden. Dies kann die Planung und Organisation der häuslichen Versorgung sowie die Kommunikation im Netzwerk erleichtern und dient zugleich der Dokumentation der Pflege über einen längeren Zeitraum. Inhalte der Pflegeaufgaben können sowohl Tätigkeiten im Haushalt, Aufgaben der Körperpflege als auch der Freizeitgestaltung sein. Zusätzlich sollte es die Möglichkeit geben, weitere relevante Aufgaben manuell einzutragen, um eine individuelle Anpassung des Moduls vornehmen zu können.

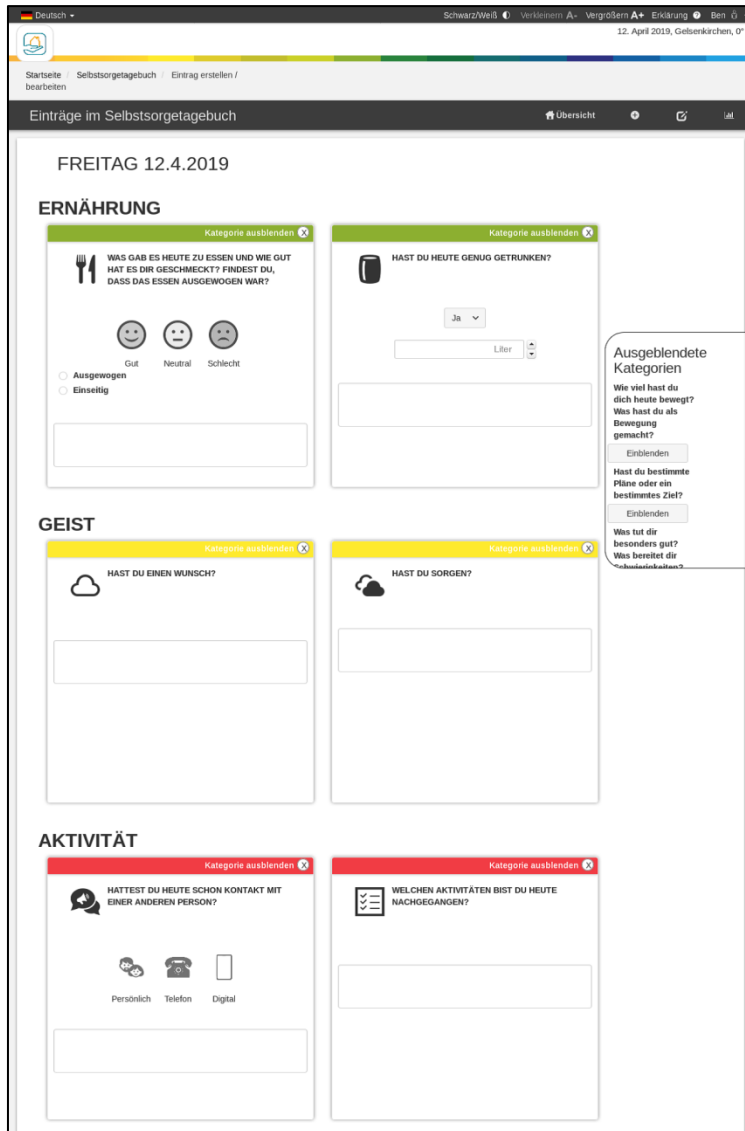
Abbildung 23 Eingabemaske Pflegeaufgaben

The screenshot shows a web browser window with a German interface. The page title is 'Pflegeaufgaben' and the breadcrumb trail is 'Startseite / Pflegeaufgaben / Meine Pflegeübersicht'. The main content area contains a form for entering a care task. The form has two columns. The left column has a label 'Pflegeaufgabe' and a sub-label 'Aufgabe' with a dropdown menu showing 'Körperpflege'. Below it is a text area labeled 'Beschreibung' containing 'Nur Haare waschen'. The right column has a label 'Wiederhole' with a dropdown menu showing 'Täglich', a label 'Wochentage' with a dropdown menu showing 'Wochentage', a label 'Bis zum' with a date picker showing '20.04.2019', and a label 'Pflegezeiten' with a dropdown menu showing 'Pflegezeiten'. At the bottom of the form are two buttons: 'Abbrechen' (Cancel) and 'Speichern' (Save). The footer of the page includes 'Pflege im Quartier', 'Inhalt', 'Impressum', 'Datenschutzerklärung', 'Zurück zur Startseite', 'Schnellnavigation' with links to 'Kalender', 'Pflegebericht', 'Mobiler Wegweiser', 'Ortungsoptionen', 'Medikationsplan', 'Kontaktbuch', 'Selbstsorgetagebuch', 'Datenschutz', 'Logbuch', 'Pflegeaufgaben', 'Pflegeinformationen', 'Pflegetradrechner', and 'Pflegetagekreise', and the version number 'v1.3.0'.

Modul Selbstsorgetagebuch

Durch das Modul „Selbstsorgetagebuch“ werden Nutzer*innen durch gezielte Fragen dazu angeregt, sich und den eigenen Gesundheitszustand zu reflektieren. Der Nutzen eines solchen Tools besteht darin, im Sinne der Unterstützung von Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen mit Pflegebedarf, sich über den eigenen Gesundheitszustand, die Ausgestaltung des alltäglichen Lebens oder die eigenen, möglicherweise noch unerfüllten, Wünsche im Klaren zu werden. Aus dieser Perspektive kann durch die Nutzung des digitalen Tagebuchs eine Reflexion und Selbstsorge angeregt werden, die dazu beitragen kann, sich über die eigenen Bedürfnisse, Wünsche und Sorgen zu vergewissern und diese an informell und professionell Pflegenden zu kommunizieren. Weitergedacht, kann das Selbstsorgetagebuch als Gesprächsgrundlage für regelmäßige Pflegeberatungen herangezogen werden, um eine aus Nutzer*innensicht zufriedenstellende häusliche Versorgung zu gewährleisten. Bestehende Konzepte setzen häufig auf die Stärkung der pflegenden Angehörigen und beachten nur zweitrangig die Bedürfnisse und Erlebnisse des Betroffenen (Menzel-Begemann, Klünder & Schaeffer, 2015). Ein Selbstsorgetagebuch hingegen berücksichtigt diese explizit; mehr noch: Es verankert die Sicht des Betroffenen in den täglichen Ablauf der Versorgungssituation und unterstützt eine personenzentrierte Pflege.

Abbildung 24 Selbstsorgetagebuch



Modul Marktplatz (im Projektzeitraum nicht umgesetzt)

Die digitale Plattform kann dazu dienen, das eigene Wissen über das Thema Pflege für andere bereitzustellen sowie von dem Wissen anderer zu profitieren. Dazu ist ein Forum für den Austausch von Pflegebedürftigen und Angehörigen zu entwickeln. Im Forum der digitalen Plattform kann ein Marktplatz eingerichtet werden. Hier können sich Personen ihre niedrigschwelligen und kostengünstigen oder -freien Hilfen anbieten und suchen. Auch Angebote Ehrenamtlicher können über den Marktplatz dargestellt werden. Die digitale Plattform sollte die soziale Vernetzung zwischen Betroffenen ermöglichen. Hier können Betroffene Bedarfe, Interessen und gewünschte Aktivitäten äußern und Gleichgesinnte finden. Aus Zeitgründen konnte dieses Modul im Projektzeitraum nicht mehr entwickelt werden.

6.2.2 Mobiler Wegweiser

Die Applikation bzw. der Mobile Wegweiser, der durch den Fachbereich Informatik im Projekt entwickelt wurde, ist stets mit der Plattform verknüpft, so dass Teile der Konfiguration hauptsächlich über

die Plattform bedienbar sind. Im Folgenden werden einige wichtige Funktionen des Wegweisers vorgestellt. Auch hier liegt der Fokus auf Funktionen, die den Bedarfen der potenziellen Nutzer*innen entsprechen.

Notruffunktion und Kontakte

Eine Notruffunktion wird dem Sicherheitsbedürfnis Pflegebedürftiger innerhalb und außerhalb der eigenen Wohnumgebung gerecht. Per Tastendruck sollte die helfende Person schnell anwählbar sein, damit ein langes Suchen auf dem Smartphone nicht notwendig ist. Die Nutzer*innen sollten Zuständigkeiten für die Notfalltaste definieren können. Die Notrufe können dann an verschiedene, vorab zugeteilte Personen gesendet werden. Wenn die vorab definierte Person nicht antwortet, wird der Notruf automatisch weitergeleitet. Neben dem Notfallknopf sind die wichtigsten Kontakte der Nutzer*innen schnell zugänglich, um ein zeitaufwändiges Suchen zu vermeiden.

Abbildung 25 Oberfläche Mobiler Wegweiser

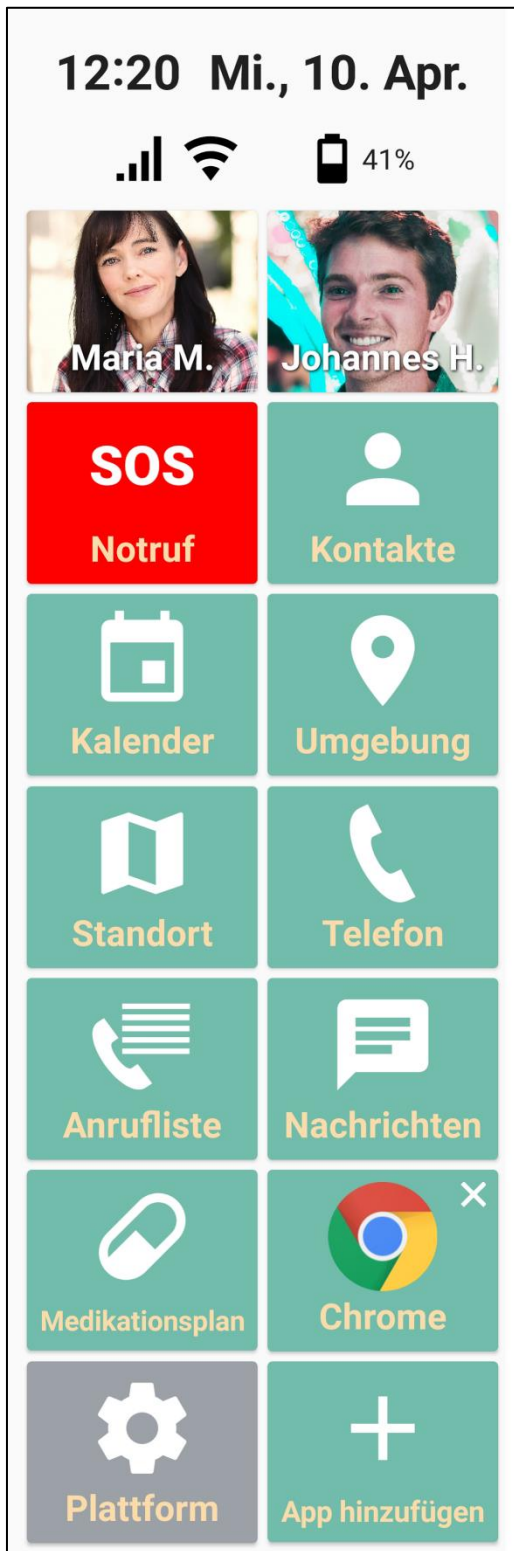
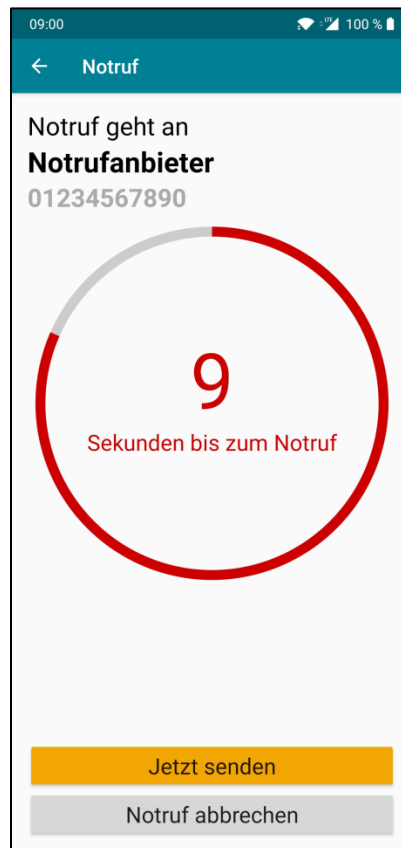


Abbildung 26 Notruffunktion

Abbildung 26 Notruffunktion



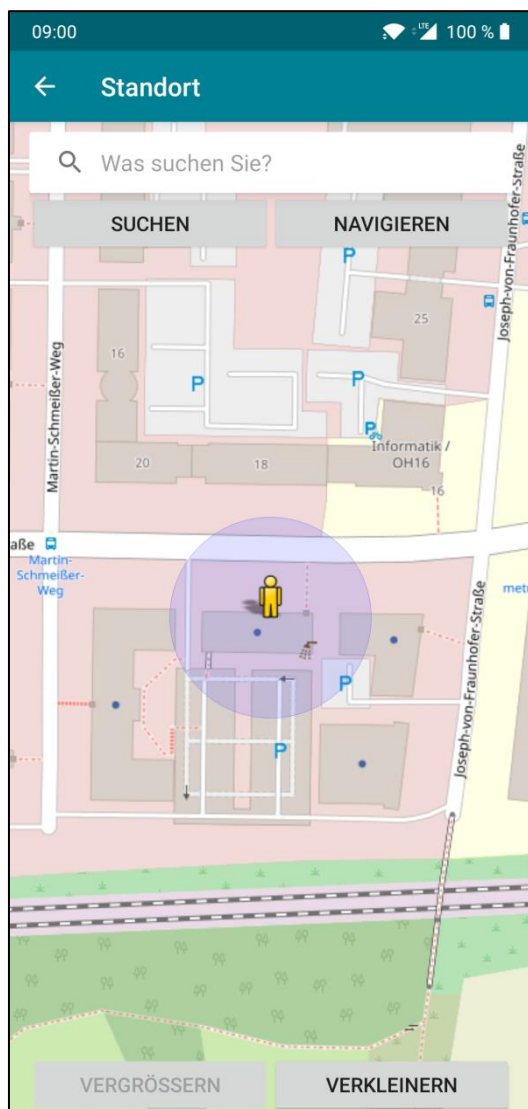
Kalenderfunktion

Eine Kalenderfunktion zeigt alle in der QuartiersNETZ Plattform eingetragenen Termine in der Umgebung an. Zudem kann der Kalender zur Autonomiesicherung weitere Termine anzeigen, wie z. B. Medikamenteneinnahme, Arzttermine, Besuch der Haushaltshilfen.

Umgebungs- und Standortfunktion

Die Applikation sollte einen Überblick über die Umgebung, in der sich die Nutzer*innen befinden geben, wie z. B. Sitzbank, Apotheke, Toiletten und weiteres, um außerhalb der Wohnung/des Hauses zeitnah notwendige Bedürfnisse befriedigen zu können. Die Standortfunktion bietet die Möglichkeit

Abbildung 27 Standortfunktion



jederzeit den eigenen Standort einsehen und z. B. an Angehörige senden zu können. Sie verhilft damit zu einer besseren Orientierung des/der Pflegebedürftigen. Angehörige erhalten in bestimmten vorab definierten Fällen die Autorisierung, von außen auf den Standort des/der Pflegebedürftigen zugreifen zu können, wenn diese*r den Angehörigen vorab autorisiert. Diese Funktion sollte nicht als Kontrolle, sondern als Instrument für mehr Sicherheit eingesetzt werden. Daher sollte eine Kontrollbarriere entwickelt werden: Vor einer Ortung muss der/die Angehörige einen Grund angeben. Weiterhin werden die Ortungen gelistet und sind für den Betroffenen jederzeit einsehbar (Logbuch). Die Standortfunktion bietet auch die Möglichkeit, barrierefreie oder -arme Routen für unterschiedliche Bedürfnisse (Gehstock, Rollstuhl etc.) zu finden. Diese werden per Eingabe auf der Gesuchten Route angezeigt und empfohlen.

Medikamentenplan

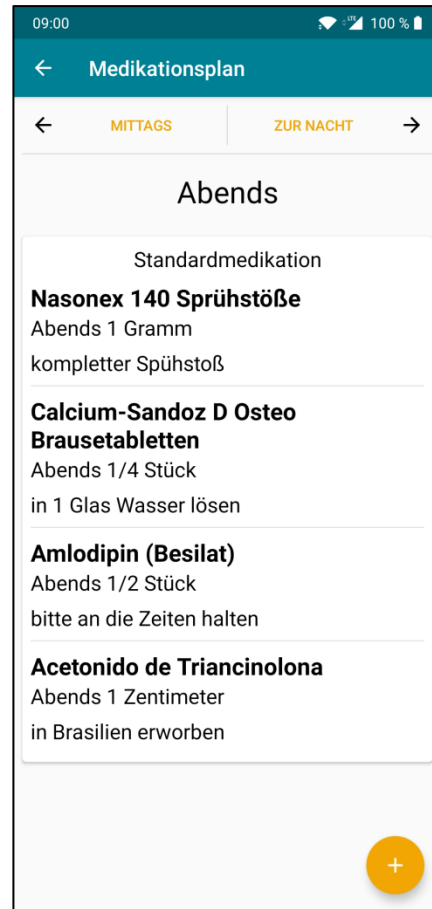
Die entwickelte Applikation hält die Möglichkeit bereit, den papierförmigen Medikationsplan einzuscannen, um diesen für die gesicherte Information von Ärzt*innen und anderen Akteuren jederzeit zur Verfügung zu haben. Änderungen am Medikationsplan durch Ärzt*innen sollten direkt in der Eingabemaske erfolgen können. Auf der digitalen Pflegeplattform sind alle aktuell verschriebenen Medikamente für die Nutzer*innen einsehbar. Zusätzlich sollte die Möglichkeit bestehen, die

Medikamenteneinnahme selbständig zu dokumentieren. Der Kalender der Applikation sollte auf die Informationen im Medikationsplan zugreifen können und die Nutzer*innen an die Einnahmezeiten erinnern, damit eine selbstständige Einnahme der Medikamente gewährleistet wird.

Abbildung 29 Scanfunktio Medikamentenplan



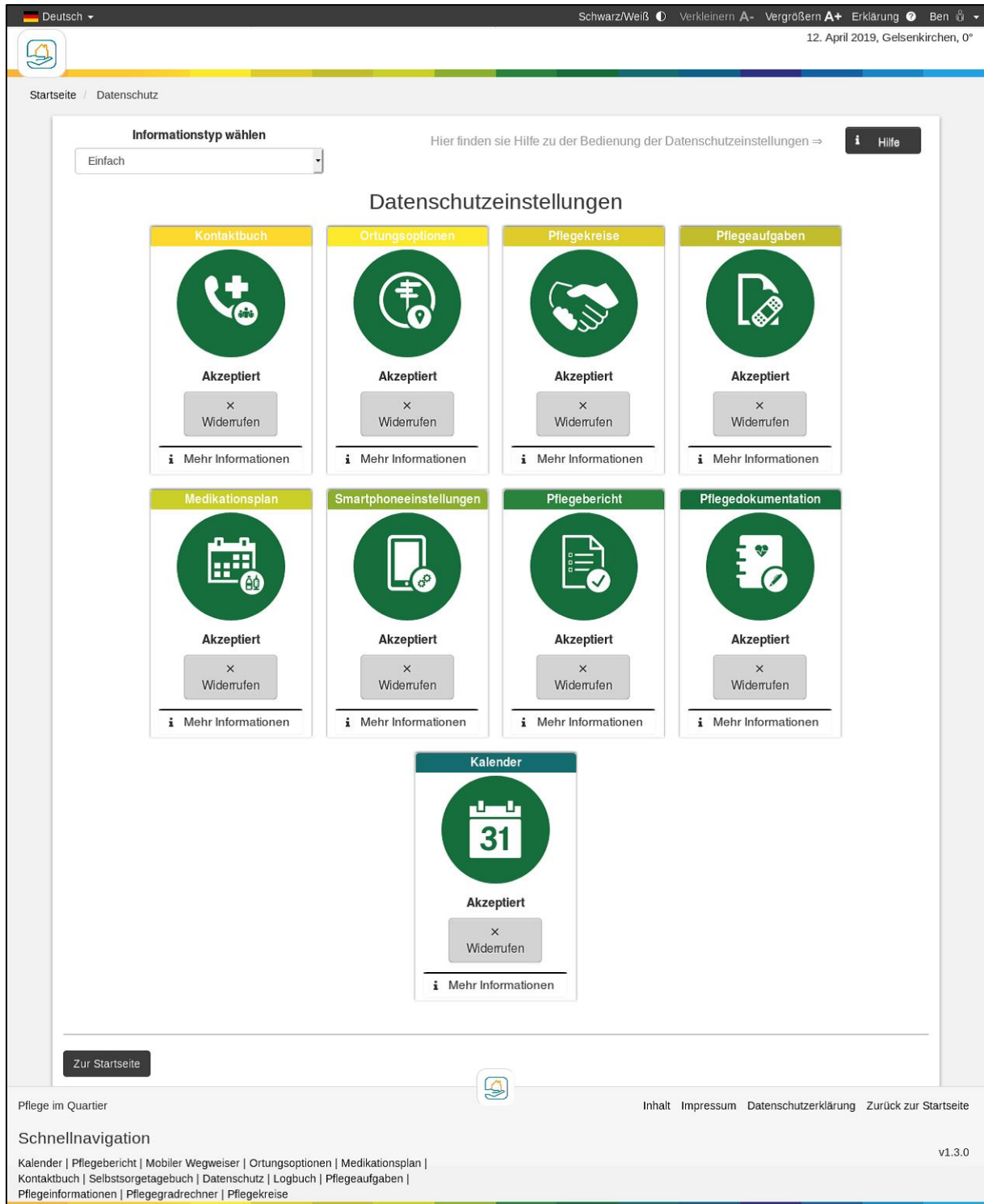
Abbildung 28 Medikamentenplan



6.2.3 Datenschutz

Die digitale Plattform und die Applikation sollten einen deutlichen Nutzen und eine bedienerfreundliche Nutzbarkeit aufweisen, um Pflegebedürftige und Angehörige, die bisher kaum einen Zugang zu Informations- und Kommunikationstechnik hatten, anzusprechen. Neben der tatsächlichen Umsetzung von Datenschutz- und Datensicherheitsstandards, sollte für den/die Nutzer*in deutlich werden, dass der Datenschutz jederzeit Vorrang hat und gewahrt wird. Für die Nutzer*innen der digitalen Plattform und der Applikation sollte jederzeit klar und verständlich sein, was mit den persönlichen Daten passiert. Dazu wird die Datenschutzverordnung in einfacher Sprache zur Verfügung stehen. Den Nutzer*innen sollte zudem eine einfache und individuelle Einstellung über die Nutzung der persönlichen Daten von Dritten für den eigenen Account ermöglicht werden.

Abbildung 30 Datenschutzeinstellungen



6.3 Ausblick

Bezüglich der *realen* im Rahmen des Projektes entwickelten Vernetzungs- und Informationsstrukturen (v. a. quartiersbezogene Fokusgruppen und das Format der quartiers-/trägerübergreifenden Fachdiskussionsrunden), kann – unter dem Aspekt der Verstetigung – angenommen werden, dass insbesondere die Fachdiskussionen, die nach Auffassung der Beteiligten eine neue wichtige inhaltliche Ergän-

zung des bislang eher „bloß“ organisatorischen Zusammenwirkens der Trägervertreter*innen darstellen, weiterhin durchgeführt werden. Denn selbstredend wollen die Beteiligten dieses Format in abwechselnder Verantwortungsübernahme als Regelangebot in Gelsenkirchen etablieren. Offen bleibt, ob und in welcher Weise in den Quartieren (Fokus-)Gruppen auch nach Projektende zusammenkommen und mit dazu beitragen, dass auch auf Quartiersebene Versorgungsnetze entstehen und ggf. quartiersspezifische Bedarfslücken geschlossen werden.

Neben der Vernetzung von realen Strukturen, sollte auch die im Projektverlauf entwickelte *digitale* Technik (modulare Pflegeplattform einerseits, Smartphone-App andererseits) die realen Strukturen flankieren – zusammengesehen mit dem Ziel, sowohl die (vor-)pflegerische Versorgung und den Alltag von Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf als auch die Situation ihrer Angehörigen zu verbessern. Da die Anwendungsreife der digitalen Produkte zum Projektende nur sehr rudimentär gegeben war, kann hier lediglich konstatiert werden, dass – die Versteigerung betreffend – zum Ende des Projektes keine Aussage darüber getroffen werden kann, was davon und unter welcher Trägerverantwortung in Gelsenkirchen verbleibt und von Betroffenengruppen ggf. genutzt wird; dies gilt auch mit Blick auf die Weiterentwicklung der digitalen Plattform bzw. deren Content-Pflege, obschon, und das lässt einen möglichen Blick in die Zukunft der Gelsenkirchener Versorgungslandschaft zu, die Chancen auch der digitalen Projektergebnisse von Verantwortlichen vor Ort (klar) erkannt worden zu sein scheinen.

Teil C: Kosten-Nutzen-Analyse

Svenja Helten

Einleitung

Für die Kosten-Nutzen-Analyse wurde die Szenariotechnik als Methode zur Generierung der Situationsbeschreibungen gewählt, anhand derer die Kosten der *bisherigen* Versorgung denen der *neuen*, durch die im Projekt entwickelten Strukturen, gegenübergestellt werden können, um potenzielle Einsparmöglichkeiten aufzuzeigen. Es wurden dazu in einem ersten Schritt Basisszenarien in Form von Situationsbeschreibungen zu bestimmten (problematischen) Aspekten rund um das häusliche Versorgungssetting im Bereich Pflege und vorpflegerischer Bedarf entwickelt. Dazu wurde erstens eine umfangreiche Literaturrecherche zum Themenfeld der häuslichen Pflege sowie den vorpflegerischen Bedarfen und Versorgungsarrangements durchgeführt. Gegenstand der Recherche waren ebenso aktuelle gesetzliche Rahmenbedingungen und Veränderungen im Themenfeld der ambulanten Pflege. Eine Analyse zu Problemlagen und Herausforderungen, die sich im häuslichen Pflegekontext aus Sicht von informell Pflegenden sowie Pflegebedürftigen selbst ergeben, schloss sich den Rechercheergebnissen an. Aus den Ergebnissen wurde ein Systembild erstellt, das eine Abgrenzung des Untersuchungsfeldes sowie eine erste Gruppierung einzelner Themenfelder ermöglichte.

Aus der Bedarfsanalyse erhobenen Interviewmaterialien wurden zweitens sukzessive weitere Herausforderungen und Schnittstellenprobleme im Pflegealltag der Betroffenen analysiert und gesammelt. Daraus ergaben sich erste Aufschlüsse darüber, an welchen Schnittstellen keine Kommunikation und Informationsvermittlung erfolgt, wo sie aber sinnvoll wäre, um eine größtmögliche Transparenz bei den relevanten Akteuren zu schaffen sowie darüber, an welchen Stellen die Informationsflüsse zu optimieren wären. Aus diesen Ergebnissen und unter Hinzunahme des zuvor erstellten Systembilds wurden Einflussfaktoren generiert, die für die zu entwickelnden Szenarien in Betracht kamen.

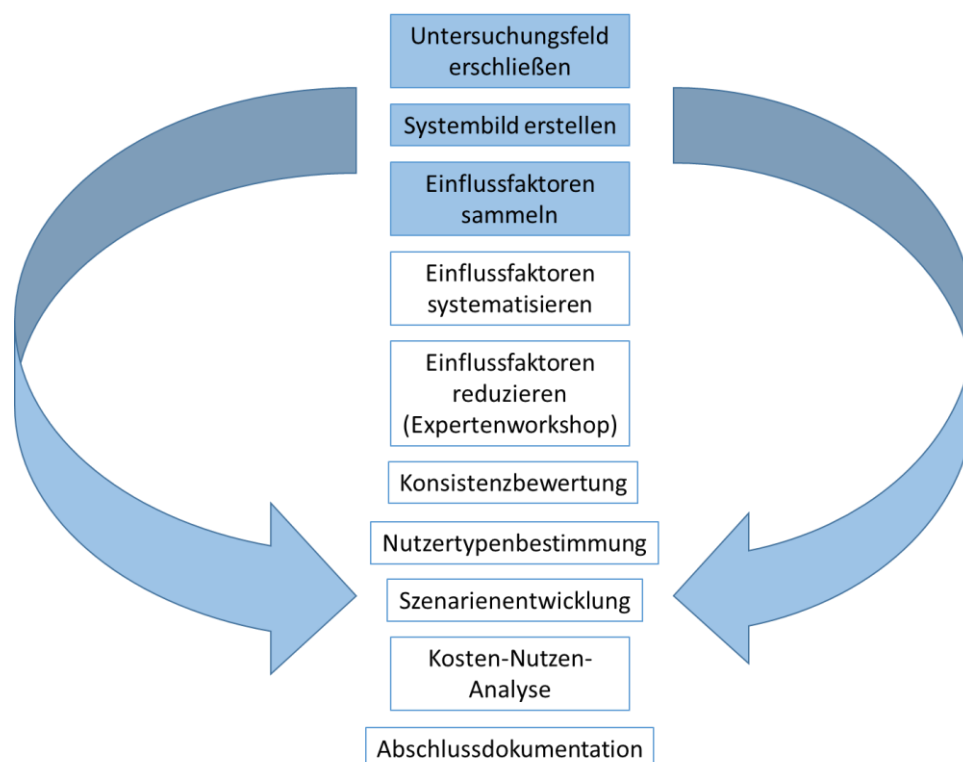
Zur weiteren Systematisierung und Eingrenzung dieser Faktoren wurden drittens drei Workshops mit Expert*innen aus den jeweiligen Fachdisziplinen der Sozialen Arbeit, der Softwareentwicklung, der Pflegewissenschaft und der Medizininformatik durchgeführt. Auf Grundlage der Recherche- und Interviewergebnisse wurden vorläufige Szenarien erstellt. Diese wurden von den Expert*innen auf ihre Logik und Konsistenz überprüft und angepasst. So erfolgte eine Eingrenzung des Szenariofeldes sowie einer Visualisierung dieses Feldes mit einer Strukturierung in Systeme und Subsysteme sowie deren Beziehungen untereinander (Siehe Anhang D). Zudem wurden die Ziele und Fragestellungen formuliert, die es unter Anwendung der Szenarioanalyse in einer oder mehreren möglichen Ausprägung/en zu erreichen bzw. zu beantworten gilt.

Des Weiteren wurden viertens qualitative Interviews mit professionellen Akteur*innen der pflegerischen Versorgung in Gelsenkirchen geführt, um die entwickelten Szenarien auf die individuellen Gegebenheiten der Stadt und der dort bereits herrschenden Vernetzung unter den professionellen Akteuren anzupassen. Dies diente dazu, über eine möglichst realistische Situationsbeschreibung zu verfügen und Lösungen zu entwickeln, die sich realistisch in die bereits bestehenden Netzwerke und Kooperationen in Gelsenkirchen integrieren lassen.

Daran anknüpfend wurden fünftens für die Szenarien Nutzertypen entwickelt, die diese Situationen im Rahmen der Analyse zu durchlaufen haben: Um ein Spektrum von Einsparmöglichkeiten aus Sicht der Kostenträger aufzuzeigen, wurden dabei für Gelsenkirchen typische Nutzer*innen mit niedrigem sowie hohem sozioökonomischen Status (Einkommenssituation und Bildungsabschluss) konstruiert. Dabei gibt es jeweils den Nutzertyp „Pflegebedürftige(r)“ sowie „informell Pflegende(r)“, es handelt sich also insgesamt um vier verschiedene potenzielle Nutzertypen.

Die im Rahmen der Szenarien entstehenden Kostenstellen wurden sechstens möglichst detailliert ermittelt und berechnet. Dies wurde jeweils für die Nutzertypen mit niedrigem und hohem sozioökonomischem Status durchgeführt. Zudem erfolgten siebtens eine Methodenevaluation hinsichtlich des Vorgehens und seiner kritischen Reflexion sowie achtens Expert*innengespräche zur Validierung der ermittelten Kennzahlen. Abschließend wurde ein Bericht zur Kosteneffizienz erstellt.

Abbildung 31 Visualisierung des Vorgehens im Arbeitspaket 08: Kosten-Nutzen-Analyse



(Quelle: Eigene Darstellung)

7 Methodisches Vorgehen

Zur Entwicklung des Systembildes, das der Eingrenzung des Untersuchungsfeldes für die Szenarioanalyse dient, wurde in einem ersten Schritt eine Literaturrecherche vorgenommen. Diese diente der Vorbereitung der anschließenden Expert*innenworkshops, in denen eine Systematisierung und Vernetzung der identifizierten Faktoren vorgenommen wurde. Auf diese Weise kristallisierten sich erste Themen für relevante Problemlagen im häuslichen Pflegesetting heraus. Diese Themen wurden zur Entwicklung der Szenarien verwendet.

7.1 Literaturrecherche zur Erschließung des Untersuchungsfeldes

Um einen möglichst umfassenden Überblick zu den Problemlagen und Herausforderungen für informell Pflegende sowie Pflegebedürftige im häuslichen Setting zu erlangen, wurde mit thematisch assoziierten Suchbegriffen wie „Ambulant*“, „Pflege“, „Herausforderungen“, „Probleme“, „Pflegebedürftig*“, „Versorgung“, „Pflege*“ in unterschiedlichen Kombinationen und in verschiedenen Datenbanken (u. a. GeroLit, Pubmed, WiSo, PsychInfo, SSOAR), den Bibliothekskatalogen der Fachhochschule Dortmund und der Technischen Universität Dortmund, über Google Scholar sowie in Fachzeitschriften (u. a. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Zeitschrift für Familienforschung, Zeitschrift für Soziologie) gesucht.

Für erste Hinweise auf die am Versorgungsprozess beteiligten Akteure und deren Funktionen und Verbindungen bzw. Zusammenwirken wurde eine zusätzliche Recherche mit den oben genannten Begriffen in Kombination mit Begriffen wie „Netzwerk“, „Beteiligt*“, „professionell“, „Beziehung*“ oder „Kontakt*“ durchgeführt. Gemäß Fuhse (2016) wird auf diese Weise das Forschungsfeld daraufhin exploriert, welche Konstellationen in einem entsprechenden Netzwerk vorherrschen können, um idealerweise ihren jeweiligen Sinn zu erschließen (Fuhse, 2016). Für die Entwicklung des Systembildes sind folgende Leitfragen dienlich:

- Welche Akteure gehören dazu/lassen sich ausgrenzen?
- Welche Beziehungen sind relevant?

Parallel zu der Literaturrecherche wurden im Zuge des Arbeitspakets 02 erste Interviews mit pflegebedürftigen sowie informell pflegenden Personen und Hospitationen bei einem ambulanten Pflegedienst in Gelsenkirchen durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Bestandserhebung wurden ebenfalls in die Erschließung des Untersuchungsfeldes miteinbezogen. Mit diesen Ergebnissen aus dem Feld sowie den Ergebnissen der Literaturrecherche wurde ein vorläufiges Systembild erstellt, das den im Projekt relevanten Untersuchungsgegenstand abbildet.

7.2 Vernetzungsanalyse und Systembild

Aus der Literaturrecherche konnten zahlreiche Faktoren und Herausforderungen, die mit dem Pflegeprozess im häuslichen Setting in Verbindung stehen, identifiziert werden. Auch aktuelle sozialpolitische Herausforderungen, rechtliche Rahmbedingungen und die mit dem Pflegeprozess assoziierten Akteure wurden in einem, zunächst unstrukturierten, Systembild erfasst.

Dieses bildete die Basis des an die Recherche angeschlossenen Expert*innenworkshops, um eine Systematisierung der Faktoren vorzunehmen und die Faktoren auf die für das Projekt relevanten Problembeschreibungen – und deren potenzielle Lösungsmöglichkeiten durch die im PiQ-Projekt entwickelten Anwendungen und Dienstleistungen – auf ihre Konsistenz hin zu überprüfen.⁴⁴

⁴⁴ Das methodische Vorgehen der Szenarienanalyse wurde in dem Beitrag „Szenarienanalyse im Quartier“ zur methodischen Umsetzung in den Projekten „Pflege im Quartier“ und „QuartiersNETZ“ beschrieben und veröffentlicht. Verfügbar zum Download unter: <https://opus.bsz-bw.de/fhdo/frontdoor/deliver/index/docId/1420/file/Szenarienanalyse+im+Quartier+final.pdf>.

8 Konstruktion der Szenarien

8.1 Expert*innenworkshops

Aufgrund der Komplexität des Untersuchungsfeldes fanden, anstatt des ursprünglich einmalig geplanten Expert*innenworkshops, drei Termine im August, Oktober sowie Dezember 2017 statt, die mit den dem Projektteam zugehörigen Expert*innen aus den Disziplinen der Pflegewissenschaften, Sozialen Arbeit, Gerontologie, Medizinischen Informatik und Softwareentwicklung durchgeführt wurden.

In einem ersten Schritt wurde die gemeinsame Aufgabenstellung des Workshops definiert und ein Überblick über den aktuellen Entwicklungsstand und das bisherige Vorgehen gegeben:

Vorgehen zur Zielfindung/-konkretisierung

Metaziel: Optimierung von realen und digitalen Kommunikationsstrukturen (Information/Beratung/Interaktion) rund um die häuslichen (vor-)pflegerischen Prozesse im Quartier.

Teilziele lassen sich dem Metaziel unterordnen; erste Hinweise, wie diese Teilziele ausgestaltet sein könnten, finden sich im Antrag, z. B.

- Optimierte Beratung/Steigerung der Inanspruchnahme der Beratungsleistungen im Rahmen von § 7a SGB XI (vgl. dazu Kapitel 2.1.2) durch bessere Information und Vernetzung
- Vermeidung von Stürzen durch eine adäquate Einweisung in die Nutzung von Hilfsmitteln (z. B. Rollator)
- Vermeidung „blutiger Entlassungen“/von „Drehtüreffekten“ durch quartierbasiertes Case Management (z. B. verzögern stationärer Heimeinweisungen durch Organisation von Kurzzeitpflege o. ä.)
- Entlastung von pflegenden Angehörigen durch Nutzung der Ortungs-App/der quartiersnahen Strukturen/des Freiwilligenengagements
- Geringere Nebenwirkungs-Risiken durch ein verbessertes Medikamentenmanagement (elektronischer Medikationsplan)

Um diese weiter auszudifferenzieren, bedurfte es der Identifikation von Einflussfaktoren:

1. Schritt: Eine Vernetzungsanalyse mit allen Beteiligten und Instanzen sowie eine Visualisierung der dort vorherrschenden Verbindungen und Beziehungen inklusiver potenzieller Schwachstellen, die es zu optimieren gilt bzw. nicht erfolgreicher Informationsflüsse, die sinnvoll wären.
2. Schritt: Um das infolge dieser Vernetzungsanalyse entstandene sehr komplexe Systembild zu reduzieren und die wesentlichen Stellschrauben zu identifizieren, die es durch digitale und reale Vernetzungsprozesse zu verbessern gilt, bedarf es der Einschätzung von Expert*innen.

Es existierte durch die Literaturrecherche und erste Interviewergebnisse bereits ein Entwurf für ein Systembild, um das Szenariofeld, in dem die Szenarientwicklung stattfinden soll, zu beschreiben. Dies wurde mit den Ergebnissen weiterer Interviews, Workshops, User Stories, Literatur sowie der standardisierten Befragung im Projektverlauf kontinuierlich weiterentwickelt.

Nächstes Teilziel war eine Visualisierung des Netzwerks („Vernetzungsanalyse“), das rund um das häusliche Pflegesetting organisiert ist; dabei sollen nicht nur die bestehenden Beziehungen visualisiert, sondern nach Möglichkeit auch der Grad der Vernetzung gekennzeichnet sein. In diese Visualisierung

flossen auch solche Aspekte mit ein, die die Vernetzungen erheblich beeinflussen und die somit potenzielle Stellschrauben für Veränderungen im Versorgungsgefüge darstellen können. Diese werden im Folgenden als Einflussfaktoren bezeichnet.

Die Teilziele wurden durch Darstellung des Forschungsstands/der bisherigen Ergebnisse unterfüttert oder ggf. auch verworfen, die Konsistenzbewertung erfolgte durch die anwesenden Expert*innen. So konnten bislang nicht bestehende, aber für die Optimierung notwendige Vernetzungen sowie bestehende, aber zu schwache Strukturen identifiziert werden, die im Rahmen des Projektes verändert werden sollten.

Das Systembild stellt eine Vorarbeit zur Sammlung der Einflussfaktoren dar, insgesamt ist damit folgende Überlegung verbunden:

- Es gibt eine Gruppe von Stakeholdern, die in das Netzwerk eingebunden sind.
- Diese Stakeholder besitzen unterschiedliche Interessen, Ziele und Bedarfe, deren Deckung bestimmte Vernetzungen erfordert bzw. deren Deckung durch bestimmte Vernetzungen erleichtert wird. Diese Vernetzungen werden visualisiert (inkl. Qualität der Beziehung).
- Die Visualisierung der Vernetzung gibt Aufschluss über Optimierungsbedarfe („Lücken“).
- Im Rahmen von PiQ werden Lösungsansätze zur Vernetzung erarbeitet und umgesetzt; als Einflussfaktor zählt dabei eine beschreibbare Variable, deren Ausprägung sich verändern kann.
- Die Einflussfaktoren werden für die spätere Kosteneffizienzanalyse operationalisiert, damit sie messbar werden.

Die Ergebnisse des ersten Workshops wurden anschließend in die vorläufig entwickelten Problembeschreibungen eingearbeitet, die auf Basis der Literaturrecherchen, der Hospitationen beim ambulanten Pflegedienst sowie den vorliegenden Interviewergebnissen entwickelt wurden. Dies ermöglichte eine weitere Systematisierung, Eingrenzung des Untersuchungsfeldes und eine Übersicht über die an den jeweiligen Versorgungsprozessen beteiligten Akteur*innen sowie weiteren Einflussfaktoren.

Das nächste Treffen diente dazu, gemeinsam an konkreten Lösungen zur Optimierung der Strukturen im Rahmen von PiQ zu arbeiten, für diese Lösungsvorschläge waren dann auch die gesammelten Eigenschaften, Bedarfe etc. der jeweiligen Akteure von Bedeutung. Das finale Ziel der Workshop-Reihe war die Entwicklung von Szenarien zu den Problemlagen bezogen auf die häusliche Pflege im Referenzgebiet. Zudem sollten Optimierungsbedarfe und bereits konkrete Lösungsansätze für diese sichtbar gemacht werden können.

Aus den bisherigen Ergebnissen konnten insgesamt neun vorläufige Szenarien generiert werden, die als Problembeschreibungen für die häusliche pflegerische Versorgung dienen. Diese wurden im Rahmen des Workshops erneut diskutiert, wobei sich vier von ihnen aufgrund mangelnder Umsetzungsmöglichkeiten (z. B. bedingt durch datenschutzrechtliche Bestimmungen) im Rahmen des Projektes als nicht umsetzbar herausstellten. Auf diese Weise konnten die Einflussfaktoren weiter eingegrenzt und systematisiert werden.

Um ein möglichst realistisches Bild über die Probleme der Versorgungslandschaft im ambulanten Pflegesektor in Gelsenkirchen zu erlangen, wurden in einem nächsten Schritt qualitative Interviews mit Expert*innen im Sinne lokaler professioneller Akteure aus der (vor-)pflegerischen Versorgung geführt. Dieses Vorgehen ermöglicht einerseits ein tieferes Verständnis für die Herausforderungen der Praxis sowie für umsetzbare Lösungen, andererseits können auf Grundlage dieser Gespräche, die bereits ent-

wickelten, vorläufigen Szenarien durch die Expertise erneut einer Konsistenzprüfung unterzogen werden (vgl. Kapitel 4.3). Als Ziel der Befragung im Zuge des Arbeitspakets 08 wurde der Schwerpunkt auf eine genaue Betrachtung der Vernetzung der (vor-)pflegerischen Dienste gelegt. Auf diese Weise bestand zudem die Möglichkeit, weitere wichtige Akteure der Versorgung in Gelsenkirchen zu identifizieren, die bislang nicht berücksichtigt wurden. Dies ermöglichte in einem weiteren Schritt, Lösungsansätze für die betrachteten Herausforderungen zu entwickeln, die sich langfristig und auf die spezifischen Gegebenheiten in Gelsenkirchen angepasst umsetzen lassen.

8.2 Auswertung der Expert*inneninterviews

Neben der Auswertung der leitfadengestützten, qualitativen Expert*inneninterviews flossen auch die Ergebnisse der schriftlichen Befragung (siehe Kapitel 5.2) in die Szenarientwicklung ein. Die Ergebnisse lieferten insbesondere Aufschluss darüber, welche Akteure in Gelsenkirchen bereits gut vernetzt sind und miteinander in Kontakt stehen und – zum Teil – miteinander kooperieren. Sie erlaubten jedoch auch Annahmen darüber zu treffen, wo ggf. die Kommunikationsflüsse verbesserungswürdig erscheinen und welche Schnittstellen es zu verbinden gilt, um die in den qualitativen Interviews sowie der Befragung geschilderten problematischen Situationen besser bewältigen zu können.

Zur Anreicherung der Szenarien wurden die qualitativen Interviews mit Expert*innen inhaltsanalytisch ausgewertet.⁴⁵ Schwerpunkte der Analyse waren dabei einerseits die Frage nach der Vernetzung von und der Zusammenarbeit zwischen professionellen Akteuren im Gelsenkirchener Pflegesektor, andererseits ein Ausloten der beschriebenen Herausforderungen und Kommunikationslücken, die im Rahmen des Projektes ggf. unterstützend verringert werden könnten⁴⁶.

8.3 Finalisierung der Szenarien

Die für die Szenarien genutzten Problembeschreibungen wurden anschließend jeweils in ein Basis- und ein Alternativszenario ausformuliert:

Inhaltlich geht es in einem ersten Schritt darum, sogenannte Basisszenarien zu entwickeln, in denen eine Situation beschrieben wird, die sich im Zuge der vorausgegangenen Bestandsanalyse im PiQ-Projekt als problematisch oder verbesserungswürdig dargestellt hat. Denkbar wäre hier etwa die Entlassung aus dem Krankenhaus am Wochenende, ohne dass durch angemessene Beratung und Informationsflüsse für eine optimale Weiterleitung und Versorgung der entlassenen Person gesorgt würde.

Die Entwicklung der Basisszenarien erfolgt gemeinsam im Projektteam, wo sie auch auf ihre Konsistenz und Logik überprüft werden. Die auf diesem Wege generierten Szenarien werden zwecks weiterer Prüfungen auf Konsistenz und Logik sowie Realitätsnähe Expertinnen und Experten vorgelegt. Eventuelle Modifikationen der Szenarien im weiteren Verlauf sowie eine Einschätzung dazu, welche Szenarienkombinationen als besonders relevant und realistisch eingeschätzt werden, werden mittels Telefoninterviews erhoben.

Anschließend wird eine modifizierte Variante des beschriebenen Basisszenarios entwickelt: Dieses Mal wird der Verlauf unter Berücksichtigung der im Projekt entwickelten Innovationen durchgespielt und aufgezeigt, was sich z. B. durch die höhere Informationstransparenz und die zugehenden Beratungsleistungen

⁴⁵ Siehe Kapitel 4.3

⁴⁶ Aus Gründen des Datenschutzes wird auf eine Veröffentlichung der Auswertungstabelle verzichtet.

im Pflegeprozess verändern würde. Einzelne Parameter können dabei jeweils in mehreren Versionen unterschiedliche Verläufe annehmen. (Helten, Mähs & Fachinger, 2017, S 12 f.).

Die im Rahmen des projektinternen Expert*innenteams bereits durch die Workshops erfolgte Konsistenzbewertung für den Bereich der Szenarientwicklung wurde nach Einarbeitung der empirischen Ergebnisse aus den Interviews und der Befragung im gesamten Projektkonsortium vorgestellt. Dies diente dazu, die schlussendlich generierten Szenarien und die potenziellen Lösungsmöglichkeiten in Form der Alternativszenarien einer weiteren Bewertung zu unterziehen. Auf diese Weise konnten zudem die bisherigen Ergebnisse des Arbeitspakets kontinuierlich an die Kolleg*innen rückgemeldet werden, um so eine bessere Verständigung und offene Kommunikation zu befördern. Dies stellte ebenfalls einen relevanten Bestandteil der Prozessevaluation dar, da die aktuellen Erkenntnisse stets in die Arbeit und das Vorgehen der übrigen Arbeitspakete und -bereiche einfließen konnten und so die Qualität der Zusammenarbeit erhöhten.

Bezogen auf die Lösungsmöglichkeiten wurden die jeweils Verantwortlichen, d. h. für den Bereich „Digital“ die Mitarbeiter*innen der Medizinischen Informatik und der Softwareentwicklung sowie für den Bereich „Real“ die Mitarbeiter*innen des Generationennetzes, des Ambulanten Pflegedienstes APD sowie BiG, im weiteren Projektverlauf in bilateralen Gesprächen hinzugezogen und etwaige Unstimmigkeiten auf diesem Wege beseitigt werden. Als Ergebnis der Analyse verblieben nunmehr fünf Szenarien und ihre Problembeschreibungen sowie Lösungsmöglichkeiten⁴⁷:

- Szenario 1: Inanspruchnahme von Beratungsleistungen nach § 7a SGB XI
Angestrebt wird hier eine direkte Weiterleitung an eine geeignete Beratungsinstanz der Gesetzlichen Pflegeversicherung. Damit soll verhindert werden, dass die Informationen und Beratung durch Instanzen der Gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt, da diese Ausgaben vermeidbare Kosten darstellen.
- Szenario 2: Nutzung eines Pflegeinformationsportals für Gelsenkirchen
Das speziell für die Gegebenheiten in Gelsenkirchen entwickelte Informationsportal liefert den Pflegebedürftigen sowie informell Pflegenden einen Überblick über relevante Informationen und Unterstützungsmöglichkeiten.
- Szenario 3: Medikamentenmanagement zum digitalen Abruf des Medikationsplans
Der digitale Medikationsplan ermöglicht eine ortsunabhängige Abrufbarkeit und Übersicht zu allen relevanten Medikamenten, was sich insbesondere in Notfällen positiv auswirken kann.
- Szenario 4: Informierendes Entlassmanagement
Ziel ist dabei eine Vermittlung von Diensten für die häusliche Versorgung. Diese soll durch den Hinweis auf das Generationennetz und die PiQ-Plattform bereits während des Krankenhausaufenthaltes unterstützt werden.

⁴⁷ Bei den entwickelten Lösungsmöglichkeiten gilt es bestimmte Rahmenbedingungen zu beachten, die für die Alternativszenarien berücksichtigt werden müssen: Ein Aspekt, der generell bei den Befragten – sowohl professionellen Akteuren als auch den Pflegenden und Pflegebedürftigen selbst – artikuliert wird und durch die anvisierten Entwicklungen und Strukturen nicht gelöst werden kann, besteht in der Notwendigkeit einer hohen Eigeninitiative der Betroffenen, sich für Ihre Ansprüche, Rechte und Versorgung einzusetzen. Zudem müssen auch gewisse finanzielle Kapazitäten vorhanden sein, um soziale Netzwerke zu befördern (beispielsweise Taxifahrten, die nur bei stationären Aufenthalten bezahlt werden). Es wird demnach auch im Zuge der entwickelten Lösungen potenzielle Nutzer*innen geben, die von den Anwendungen ausgeschlossen bleiben.

- Szenario 5: Ortungsfunktion der PiQ-App
Die Ortungsfunktion erlaubt ein Auffinden der betroffenen Person im Notfall bzw. bei Unsicherheit, etwa, weil sie nicht erreichbar ist und stärkt somit die Sicherheit bei größtmöglicher Selbstständigkeit.

9 Generierung von Nutzertypen

9.1 Merkmale der Nutzertypen

In einem nächsten Schritt werden potenzielle Nutzertypen generiert, die als Protagonisten der zu entwickelnden Szenarien auftreten werden. Bei einer derartigen Methode gilt es stets zu beachten, dass die komplexen und vielschichtigen Lebenssituationen von informell Pflegenden und Pflegebedürftigen keinesfalls in ihrer Gänze erfasst werden können und es sich hier bewusst um eine Reduktion konstruierter Realität handelt. Bereits Voges u. a. (2013) betonen, dass es den „Standardrentner“ allenfalls fiktiv gäbe (Voges, Jürgens, Mauer & Meyer, 2003).

Gemäß der im PiQ-Projekt definierten Zielgruppen werden jeweils eine pflegebedürftige sowie eine informell pflegende Person benötigt. Um das Spektrum der potenziellen Einsparmöglichkeiten im Rahmen der geplanten Kosten-Nutzen-Analysen aufzuzeigen, werden je zwei maximal heterogene pflegebedürftige Personen sowie informell Pflegende erstellt. Zur Ermittlung der für die Stadt Gelsenkirchen charakteristischen Merkmale dieser Nutzer*innen werden folgende in die Entwicklung einbezogen: die Techniknutzung, Lebenslageparameter sowie Variationen von Pflegearrangements.

9.1.1 Techniknutzung

Zentral für die Fragestellung des Projektes ist die Ausprägung Technikaffinität bei den potenziellen Nutzer*innen. Nowak (2017) analysierte den Datensatz einer stadtweiten, repräsentativen Befragung der Bewohner*innen Gelsenkirchens über 50 Jahren mit einem Schwerpunkt auf der Technikaffinität der Befragten. Die Analyse verdeutlicht, dass die Technikaffinität mit zunehmendem Alter als geringer einzustufen ist. Tendenziell waren Männer zudem technikaffiner als Frauen und die Technikaffinität wurde mit zunehmendem schulischem Bildungsstand größer.

9.1.2 Lebenslageparameter

Der Vielfalt des (pflegebedürftigen) Alters und den unterschiedlichen Formen der Pflegearrangements soll durch möglichst heterogene Nutzer*innen Rechnung getragen werden (siehe Kapitel 2.2). Die von Bührmann u. a. (2018) sowie Fachinger u. a. (2017) veröffentlichten Daten aus den vier Gelsenkirchener Modellquartieren im Zuge des „QuartiersNETZ“-Projektes wurden für die Konstruktion der Nutzertypen im Rahmen des PiQ-Projektes genutzt (Bührmann, Fachinger & Welskop-Deffaa, 2018; Fachinger, Grates & Mähs, 2017). Die Dimensionen, die im Lebenslage-Ansatz eine wichtige Rolle einnehmen, sind u. a. der erreichte allgemeinbildende Bildungs- oder Berufsabschluss, das Einkommen bzw. Vermögen einer Person, ihre Wohnsituation und gesundheitlicher Zustand sowie die Erwerbstätigkeit. Auch die Sozialbeziehungen, etwa die Frage nach dem jeweiligen Familienstand oder die Häufigkeit persönlicher Kontakte sind nach diesem Konstrukt relevant (Voges et al., 2003). Die Ausprägungen zahlreicher Parameter für die vier Modellquartiere Gelsenkirchens lassen sich mit den veröffentlichten Daten beschreiben. Eine wichtige Einschränkung, die es bei der Interpretation der Daten zu beachten gilt, ist, dass die Gruppen der Schwerstpflegebedürftigen sowie der Personen mit Migrationshintergrund in der Befragung unterrepräsentiert waren.

9.1.3 Pflegearrangements

Um den speziellen Bezug zur Situation einer pflegebedürftigen bzw. informell pflegenden Person weiter zu stützen, wurden neben den statistischen Parametern die Situationen und Herausforderungen der Pflegebedürftigen bzw. informell Pflegenden aus den Interviews des PiQ-Projektes herausgearbeitet und flossen in die Konstruktion der Nutzertypen ein. Dieses Vorgehen erlaubte ein anschaulicheres Bild der Heterogenität häuslicher Versorgungssituationen.

9.2 Beschreibung der Nutzertypen

Auf Basis der oben beschriebenen Daten wurden die vier Nutzertypen Frau Kaminsky, Herr Kameier, Herr Ükcel und Frau Pössmann generiert.

9.2.1 Irene Kaminsky

Pflegende Angehörige mit niedrigem sozioökonomischem Status, technikavers, kleines soziales Netzwerk

Frau Kaminsky ist 63 Jahre alt und lebt zusammen mit ihrem 60-jährigen Ehemann in einer kleinen Mietwohnung eines Mehrparteienhauses in Gelsenkirchen-Bulmke-Hüllen. Das monatliche Nettoeinkommen des Ehepaares Kaminsky beträgt 2500 Euro. Nach ihrem Hauptschulabschluss absolvierte Frau Kaminsky eine Ausbildung zur Rechtsanwalts- und Notarfachangestellten und arbeitete bis zu ihrem 43. Lebensjahr mit Unterbrechung durch ihre Mutterschaft in diesem Beruf. Aufgrund eines Autounfalls wurde Frau Kaminsky jedoch erwerbsunfähig und konnte ihrer Beschäftigung nicht weiter nachgehen. Demgegenüber arbeitet ihr Ehemann bis heute in Vollzeit als Elektriker in einem kleinen Unternehmen.

In den vergangenen 20 Jahren war Frau Kaminsky überwiegend als Hausfrau tätig, seit 10 Jahren kümmert sie sich nun um ihre demenziell erkrankte Mutter, die alleine in der gegenüberliegenden Wohnung des Mietshauses wohnt. Über die Zeit hinweg verschlechterte sich der Zustand der Mutter aufgrund der fortschreitenden Demenz, so dass diese von einem Pflegegrad 2 auf einen Pflegegrad 3 hochgestuft werden musste. Durch die Pflege und intensiven Betreuung ihrer Mutter fühlt sich Frau Kaminsky vermehrt belastet, da sie kaum über zeitliche Freiräume für sich selbst und ihre Freizeitgestaltung verfügt. Folglich sieht sie die Pflege ihrer wenigen Freund- und Bekanntschaften vernachlässigt. Einen ambulanten Pflegedienst möchte Frau Kaminsky jedoch nicht in Anspruch nehmen, da sie befürchtet, dass ihre Mutter mit fremden Menschen nicht zurechtkommen würde.

Unabhängig davon empfindet Frau Kaminsky ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig – Tätigkeiten, bei denen sie schwer heben oder etwas fest greifen muss, fallen ihr schwer. So ist sie etwa bei Einkäufen auf die Unterstützung ihres Ehemannes angewiesen – und auch der Transport ihrer Mutter, z. B. zu Arztbesuchen, muss durch Hilfe Dritter organisiert werden.

Frau Kaminsky hat zusammen mit ihrem Mann eine erwachsene Tochter und einen erwachsenen Sohn, zu denen eine enge emotionale Verbindung besteht. Da ihre Kinder jedoch berufsbedingt einige Stunden entfernt leben, sieht sie ihre Kinder nur selten. Den Kontakt hält sie daher wöchentlich über das Telefon aufrecht. Für neue Technologien und digitale Medien kann Frau Kaminsky sich nicht begeistern. Sie fühlt sich mit der Bedienung der Geräte überfordert. Informationen über mögliche Pflegeleistungen holt sich Frau Kaminsky daher über den telefonischen Kontakt mit ihrer Pflege- und Krankenkasse.

9.2.2 Martin Kameier

Pflegender Angehöriger mit hohem sozioökonomischem Status, technikaffin, großes soziales Netzwerk

Herr Kameier ist 74 Jahre alt und lebt zusammen mit seiner 72-jährigen Ehefrau in einer großzügigen Stadtwohnung in Gelsenkirchen-Buer-Ost. Herr Kameier arbeitete als Chemiker in einem großen Unternehmen in leitender Position. Da seine Ehefrau vor elf Jahren nach einem schweren Sturz unter starken motorischen Einschränkungen leidet und seitdem auf einen Rollstuhl angewiesen ist, ging Herr Kameier jedoch mit 63 Jahren freiwillig in den Vorruhestand, um diese pflegen zu können. Das monatliche Nettoeinkommen des Ehepaares liegt schließlich bei etwa 3.333 Euro.

Im Rahmen seiner Pflegetätigkeit unterstützt er seine Frau, die einen Pflegegrad 3 hat, unter anderem bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten oder bei ihren Toilettengängen. Die Grundpflege von Frau Kameier wird zweimal täglich durch einen ambulanten Pflegedienst durchgeführt. Neben der eingeschränkten Mobilität weist seine Frau in letzter Zeit Anzeichen einer leichten Demenz auf, so dass auch die Tochter, die mit ihrem Mann und ihren zwei Kindern ebenfalls in Buer-Ost wohnt, regelmäßig bei den beiden vorbeikommt und die beiden in diversen Angelegenheiten unterstützt. Demnach kümmert sich seine Tochter beispielsweise um seine Frau, wenn Herr Kameier einen Arzttermin hat oder sich alleine mit alten Kollegen treffen möchte. Herr Kameier schätzt seinen Gesundheitszustand zwar grundsätzlich als überwiegend gut ein und kann trotz kleinerer Einschränkungen, wie einer regelmäßigen Einnahme von Medikamenten, für sich selbst sorgen. Dennoch setzt ihm die Pflege seiner Frau an manchen Tagen zu, so dass er die Hilfe seiner Tochter als große Entlastung empfindet.

Durch die Hilfe von Herrn Kameier ist es seiner Frau weitestgehend möglich, nach wie vor am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. So engagieren sich Herr und Frau Kameier ehrenamtlich in einem Verein in Gelsenkirchen, treffen sich wöchentlich mit Freund*innen und verfügen über ein ausgeprägtes soziales Netzwerk mit vielen eher flüchtigen Bekanntschaften sowie einer Handvoll enger Vertrauter und Freund*innen.

Herr Kameier lässt sich schnell für neue Technologien und digitale Anwendungen begeistern und versucht stets auf dem neusten Stand der Technik zu sein. Dementsprechend verfügt Herr Kameier neben seinem Laptop über ein modernes Smartphone, auf dem er jeweils mehrere Applikationen nutzt. Wichtige Informationen, wie über die seiner Frau zustehenden Pflegeleistungen, recherchiert er deshalb häufig selbständig über das Internet.

9.2.3 Ahmed Ükcel

Pflegebedürftiger mit niedrigem sozioökonomischem Status, eher technikavers, kleines soziales Netzwerk

Der 56-jährige Ahmed Ükcel lebt seit 1985 in Deutschland und wohnt alleine in einer Mietwohnung in Gelsenkirchen-Schalke.

Seit seinem 50. Lebensjahr ist er aufgrund einer psychischen Erkrankung und den hiermit verbundenen starken Nebenwirkungen der Medikamente wie Inkontinenz, Schlafstörungen und starken Rückenbeschwerden erwerbsunfähig. Zuvor war er als ungelernter Arbeiter in einer Fabrik in Gelsenkirchen tätig und arbeitete im Rahmen seiner Beschäftigung im Schichtdienst. Dabei übernahm er schwere körperliche Tätigkeiten zulasten seiner Gesundheit. Sein monatliches Nettoeinkommen beträgt derzeit 850 Euro und ist somit als gering einzustufen.

Herr Ükcel wurde aufgrund seiner körperlichen Beschwerden in den Pflegegrad 2 eingestuft und bezieht ausschließlich Geldleistungen. Einen Teil des Pflegegeldes gibt er dabei an seine Lebensgefährtin als finanzielle Anerkennung weiter. Diese wohnt in einer eigenen Wohnung in der Nachbarschaft von Herrn Ükcel und steht ihm täglich zur Seite, sofern es ihr angesichts ihrer Teilzeitbeschäftigung möglich ist. Da Herr Ükcel vor allem in seiner Beweglichkeit eingeschränkt ist, unterstützt ihn seine Lebensgefährtin u. a. bei der Verrichtung von Haushaltstätigkeiten sowie der Körperpflege.

Teilweise weisen Freund*innen und Bekannte Herrn Ükcel auf einzelne Leistungen der Kranken- und Pflegekasse hin. Grundsätzlich wünschen sich Herr Ükcel und seine Lebensgefährtin jedoch mehr Unterstützung im Sinne von Beratung und Informationen und sind mit der derzeitigen pflegerischen Situation nicht zufrieden. Über die pflegerischen Leistungen seiner Pflegekasse sind sie und Herr Ükcel nur unzureichend informiert. Ebenso bereiten ihnen die Antragstellungen Probleme, so dass sich Herr Ükcel oftmals sehr überfordert und belastet fühlt.

Neben dem täglichen persönlichen Kontakt zu seiner Lebensgefährtin pflegt er nur wenige Kontakte, da er den Großteil seiner Zeit in seiner Wohnung verbringt. Herr Ükcel wird etwa einmal im Monat von Freund*innen oder anderen Bekannten besucht.

Er verfügt über ein internetfähiges Smartphone, das er bislang allerdings nur für Telefonate und das Schreiben von Kurznachrichten benutzt. Obwohl Herr Ükcel das Internet bislang nicht genutzt hat und dementsprechend keine Erfahrungen über die Inanspruchnahme von Onlineangeboten verfügt, wäre er bereit, sich die notwendigen Kenntnisse anzueignen, sofern ihm sein Alltag dadurch erleichtert wird.

9.2.4 Margarete Pössmann

Pflegebedürftige mit hohem sozioökonomischem Status, technikaffin, großes soziales Netzwerk

Die 72-jährige Frau Pössmann lebt mit ihrem Mann in ihrem Haus (Eigentum) in Gelsenkirchen-Schafraath. Das Nettoeinkommen des Ehepaares liegt bei etwa 2.666 Euro. Frau Pössmann machte nach dem Abitur eine Ausbildung im Einzelhandel, wo sie bis zur Geburt ihrer Tochter in Vollzeit, danach auf geringfügiger Basis, beschäftigt war. Mit 55 Jahren erlitt sie einen Schlaganfall und wurde zunächst schwerstpflegebedürftig. Während ihrer Therapien, die ihr vom Hausarzt nach der stationären Rehabilitation verschrieben wurden, machte Frau Pössmann keine großen Fortschritte. Um ihre sprachlichen und motorischen Fähigkeiten zurück zu erlangen, entschied sich ihr Ehemann dazu, seine Beschäftigung als Lehrer in Teilzeit fortzuführen, um den Heilungsprozess seiner Frau zu unterstützen. Dabei begleitete er Frau Pössmann zu z. T. selbstfinanzierten Therapien und trainierte mit ihr zu Hause alltägliche Aktivitäten, wie beispielsweise das Zähneputzen. Schließlich gelang es Frau Pössmann mit viel Eigeninitiative und Durchsetzungsvermögen wieder vollständige Sätze zu sprechen und sich bis zu einem gewissen Grad eigenständig fortzubewegen.

Dennoch benötigt Frau Pössmann morgens Hilfe beim An- und Auskleiden sowie bei der Körperpflege. Da Frau Pössmann den Pflegegrad 2 hat und Pflegesachleistungen bezieht, wird sie morgens von einem ambulanten Pflegedienst besucht, welcher diese Aufgaben übernimmt. Abends wird Frau Pössmann in diesen Bereichen von ihrem Ehemann unterstützt. Ebenso unterstützt ihr Mann sie bei einigen Bewegungsmaßnahmen, die sie zur Aufrechterhaltung ihrer motorischen Fähigkeiten täglich eine halbe Stunde durchführen muss.

Frau Pössmann und ihr Ehemann unternehmen nahezu täglich Ausflüge in die Gelsenkirchener Innenstadt, um sich mit Bekannten auszutauschen und zu treffen. Für längere Touren benutzt Frau Pöss-

mann einen Scooter, mit dem sie selbständig fahren kann. Etwa alle zwei Wochen bekommt das Ehepaar Pössmann Besuch von ihrer Tochter und dem Enkelkind. Frau Pössmann verfügt über ein internetfähiges Smartphone, das sie vollumfänglich mit Apps und Funktionen nutzt und ausprobiert, was ihr dienlich ist, um ihren Alltag möglichst frei und selbstständig zu gestalten.

10 Kosteneffizienz-Analyse

Im Folgenden werden die fünf entwickelten Szenarien von den in Kapitel 9.2 vorgestellten Nutzertypen durchlaufen, um durch eine Gegenüberstellung der bisherigen Problemlagen mit den, durch die neuen Strukturen veränderten Versorgungsprozesse, die Kosteneffizienz der im Projekt entwickelten Dienstleistungen und Anwendungen darzustellen. Dabei wird das jeweilige Szenario von einem Nutzertypen mit niedrigem sozioökonomischem Status (Frau Kaminsky als informell Pflegende und Herr Ükcel als Pflegebedürftiger) zunächst als Basisszenario, d. h. ohne Einsatz der entwickelten Strukturen, durchlaufen. Anschließend erfolgt ein Durchlaufen des Alternativszenarios, einer Beschreibung des Versorgungsprozesses, wie er durch Einsatz der im PiQ-Projekt entwickelten Strukturen erfolgen kann. Danach erfolgt die gleiche Vorgehensweise mit Basis- und Alternativszenario bei den Nutzertypen mit hohem sozioökonomischem Status (Herr Kameier als informell Pflegender und Frau Pössmann als Pflegebedürftige). Die weitere Unterteilung zwischen den Nutzertypen nach sozioökonomischem Status ermöglicht es, eine Spannweite aufzuzeigen, in der potenzielle Einsparmöglichkeiten bestehen, wobei sich ausschließlich auf die Ermittlung direkter Kosten beschränkt wird.

Indirekte Kosten, etwa die Verdienstauffälle der informell Pflegenden aufgrund der hohen Belastung durch die Pflegesituation, werden in dieser Analyse nicht berücksichtigt. Auch intangible Kosten oder Nutzen, d. h. solche Aspekte, die sich nicht ohne weiteres direkt monetär bemessen lassen – so etwa die Lebensqualität – sind nicht Bestandteil der Analyse. Um diesen, insbesondere aus Sicht der Betroffenen – ausschlaggebenden Faktor nicht gänzlich auszuklammern, wird nach der Identifikation der Kostenstellen für die fünf entwickelten Szenarien ein kurzer Abriss zur qualitativen Perspektive gegeben. In allen Szenarien liegt eine individuelle Akutsituation vor, durch die der Nutzen der PiQ-Anwendungen und die damit verbundenen Kosten aufgezeigt werden sollen.

Da den ausgewählten Szenarien teilweise identische Kostenstellen zugrunde liegen, werden im nachfolgenden Kapitel fundamentale Kostenstellen vorgestellt und hinsichtlich ihrer Datenquellen und Berechnung erläutert. Für alle Szenarien soll ein (vergangenes) Sturzereignis und eine damit einhergehende Fraktur des Femurs herangezogen werden. Die Fraktur des Femurs (ICD-10-Kode: S72) zählt zu einer der häufigsten Frakturen älterer Menschen (Bliemel et al., 2014; Frölich, Chmielnicki & Prokop, 2015; IT.NRW, 2018; Klopfer, Hemmann, Ziegler, Stöckle & Bahrs, 2017) und gehört nach dem Krankenhausreport 2017 der BAMER-GEK zu den Hauptdiagnosen der älteren Bevölkerungsgruppe (Augurky, Hentschker, Pilny & Wübker, 2017). Für die Betroffenen kann eine derartige Fraktur mit dem Verlust der Mobilität sowie der Selbstständigkeit einhergehen und somit das Risiko einer Pflegebedürftigkeit erhöhen (Beickert, 2017; Bliemel et al., 2012; Müller-Mai et al., 2015).

10.1 Literaturanalyse Fraktur des Femurs

Um die schwerwiegenden Folgen einer Femur Fraktur vermeiden zu können, bedarf es einer optimalen medizinischen Versorgung. In einigen Studien wird darauf verwiesen, dass die Länge der präoperativen Verweildauer das Komplikationsrisiko erhöhen und damit einen negativen Einfluss auf das Behandlungsergebnis nehmen kann. Die Länge der präoperativen Verweildauer bzw. der Operationsverzögerung ist in der einschlägigen Literatur jedoch auf keine einheitliche Zeitgrenze bezogen worden. Smektala u. a. (2008) zeigten in ihrer Studie zur Versorgung medialer Schenkelhalsfrakturen auf, dass postoperative Komplikationen tendenziell vermehrt nach einer Operationsverzögerung von 36 Stunden auftraten (Smektala et al., 2008). Allerdings stellte die Studie keine statistische Relevanz heraus. Es

wird jedoch nicht ausgeschlossen, dass statistisch signifikante Unterschiede durchaus in einer größeren Untersuchungsgruppe aufgezeigt werden könnten (Smektala et al., 2008). In weiteren Studien wird der Einfluss der präoperativen Verweildauer auf das Risiko von (Haupt-)Komplikationen⁴⁸ belegt (Rai, Varma & Wani, 2018; Reddy, Shaik, Naidu & Kumar, 2018; Sendtner, Renkawitz, Kramny, Wenzl & Grifka, 2010; Tietz, 2013). Auch in der S2e-Leitlinie 012/001 der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) wird darauf hingewiesen, dass Patient*innen, die innerhalb von 48 Stunden operiert werden, von einer reduzierten Gefahr an allgemeinen Komplikationen, wie Dekubitus oder Pneumonie, profitieren (Bonnaire & Weber, 2015). Nach Tietz (2013) beeinflusste die präoperative Verweildauer vor allem das Risiko einer Frührevision (Tietz, 2013). Auch Müller-Mai et al. (2015) verweisen auf eine signifikante Zunahme des Risikos einer Frührevision, sofern eine Operation nach 24 Stunden durchgeführt wird (Müller-Mai et al., 2015). Da operative Eingriffe eine hohe physische und psychische Belastung für Patient*innen mit einem verschlechterten Allgemeinzustand darstellen, gilt es Revisionen jedoch zu vermeiden. Aus diesem Grund ist eine Verkürzung der präoperativen Verweildauer anzustreben (Tietz, 2013).

In einigen Studien konnte darüber hinaus ein Zusammenhang zwischen dem Operationszeitpunkt und der Länge der postoperativen Verweildauer festgestellt werden, welche für die ökonomische Analyse der Ortungsfunktion der PiQ-App aus Sicht der Krankenkassen von Bedeutung ist. Dabei ist auch hier anzumerken, dass den Studien keine einheitliche Zeitgrenze zugrunde liegt. Orosz et al. (2004) zeigten in ihrer Studie auf, dass die durchschnittliche Krankenhausverweildauer bei einer operativen Versorgung innerhalb von 24 Stunden bei 7,12 Tagen lag. Erfolgte die Operation nach 24 Stunden, so erhöhte sich die Verweildauer auf 8,58 Tage. Insgesamt betrachtet ist eine frühe Operation laut den Autor*innen mit einer kürzeren Verweildauer in Höhe von 1,94 Tagen verbunden (Orosz et al., 2004). Auch Rai et al. (2018) gelangen in ihrer Untersuchung auf eine verkürzte Krankenhausverweildauer um 1,94 Tage, sofern die Operation innerhalb von 24 Stunden durchgeführt wird (Rai et al., 2018).

Demgegenüber konnten in der Studie von Siegmeth, Gurusamy und Parker (2005), in der insgesamt 3.628 Fälle zwischen 1989 und 2004 im englischen Peterborough Krankenhaus behandelt wurden, keine signifikanten Unterschiede innerhalb von 24 Stunden festgestellt werden (Siegmeth et al., 2005). Vielmehr stellten die Autor*innen heraus, dass Patient*innen, die innerhalb von 48 Stunden operativ versorgt wurden, durchschnittlich 21,6 Tage im Krankenhaus verbrachten. Dagegen lag die durchschnittliche Verweildauer von Patient*innen, die zu einem späteren Zeitpunkt operiert wurden, bei 36,5 Tagen (Differenz: 14,9 Tage) (Siegmeth et al., 2005). Auch Reddy et al. (2018) kommen zu dem Ergebnis, dass bei einer präoperativen Verweildauer in Höhe von 48 Stunden mit einer signifikanten Zunahme der postoperativen Krankenhausverweildauer zu rechnen ist (Reddy et al., 2018). Während die durchschnittliche Verweildauer einer operativen Versorgung innerhalb von 48 Stunden bei 14,26 Tagen lag, erhöhte sich diese bei einer Operation nach 48 Stunden auf 19,29 Tage (Reddy et al., 2018). In der Studie nach Bennett et al. (2018) wurde ebenfalls eine Verlängerung der Krankenhausverweildauer aufgezeigt, sofern sich der Operationszeitpunkt um 48 Stunden oder länger verzögert. Demnach lag die durchschnittliche Verweildauer bei einer Operation innerhalb von 48 Stunden bei 6,2 Tagen, während sich die Verweildauer bei einer Operation nach 48 Stunden auf 11,9 Tage im Durchschnitt erhöhte (Bennett et al., 2018).

⁴⁸ Risiken können sein: Femurkopfnnekrose, Pneumonie, Dekubitus, Thrombose, Medikamentennebenwirkungen (Bonnaire und Weber, 2015).

Aus der Analyse der Studienlage wird deutlich, dass die Länge der Krankenhausaufenthalte je nach Studie deutlich voneinander variieren. Dies könnte auf die unterschiedlichen Datensätze zurückgeführt werden, welche verschiedene Krankenhäuser und damit Fachabteilungen berücksichtigen. Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Fachabteilungen werden vor allem in der Diagnosestatistik des Landes NRW für das Jahr 2016 in Tabelle 6 deutlich, in der die Verweildauer der Patienten*innen nach Fachabteilung, Krankheitsart und Alter der Patienten*innen aufgezeigt werden. Die Krankheitsarten werden dabei in zusammengefasste Gruppen aufgeführt. Die Fraktur des Femurs (ICD S72) befindet sich in der Gruppe „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“ (ICD S00 – ICD T98). Insgesamt betrachtet weisen Patienten*innen unabhängig der Altersgruppe in der Fachabteilung der Geriatrie die längste Verweildauer auf: Während die Verweildauer der 55-64-Jährigen in der Geriatrie bei 20,4 Tagen lag, weisen Patient*innen der Abteilung ‚Sonstige Fachbereiche‘ eine Verweildauer von 6,1 Tagen auf (IT.NRW, 2017a). Die Orthopädie lag mit 8,9 Tagen zwischen den Werten der Geriatrie und der Abteilung ‚Sonstige Fachbereiche‘ (IT.NRW, 2017a). Innerhalb der verschiedenen Fachbereiche wird deutlich, dass die Verweildauer mit zunehmendem Alter steigt. Dabei ergibt sich der größte Zuwachs im Bereich der ‚Sonstigen Fachbereiche‘. Hier liegt ein Unterschied zwischen der Altersgruppe der 55 bis 64-Jährigen und der Gruppe der 75-Jährigen und Älteren in Höhe von 11,1 Tagen vor. In der Orthopädie und der Geriatrie liegt die Differenz dieser beiden Gruppen bei 3,1 Tagen bzw. 0,9 Tagen. Wird die Anzahl der Patient*innen betrachtet, so zeigt sich, dass die Altersgruppen der 55 bis 64-Jährigen und der 65 bis 74-Jährigen vermehrt in der Orthopädie versorgt wurden. Demgegenüber ist die Anzahl der 75-Jährigen und Älteren in der Geriatrie am höchsten. Bei Betrachtung des Datensatzes sollte jedoch – wie zuvor erwähnt – berücksichtigt werden, dass Verzerrungen durch andere Krankheitsarten, die sich in der Gruppe S00 - T98, befinden, vorliegen. Ebenso ist zu beachten, dass in der Statistik auch verstorbene Patienten*innen einbezogen werden.

Tabelle 6 Entlassene und Verstorbene Patienten*innen (Ohne Stundenfälle) 2016 nach Alter, Verweildauer und Fachabteilung für die Krankheitsart S00 - T98

Fachabteilung	Entlassene oder verstorbene vollstationäre Patienten*innen					
	Davon um Alter von Bis unter ... Jahren					
	55 - 64		65-74		75 und mehr	
	Anzahl der Patienten*innen	Verweildauer in Tagen	Anzahl der Patienten*innen	Verweildauer in Tagen	Anzahl der Patienten*innen	Verweildauer in Tagen
340 Geriatrie	194	20,4	1.903	21,3	18.550	21,3
690 Orthopädie	3.805	8,9	4.615	11,7	9.282	12,0
930 Sonstige Fachbereiche / Allgemeinmedizin bzw. Krankenhaus ohne abgegrenzte Fachabteilung	515	6,1	69	13,3	101	17,2

(Quelle: IT.NRW, 2017a, 59, 75, 83)

Neben dem Operationszeitpunkt stellt auch das Operationsverfahren einen entscheidenden Faktor für die Krankenhausverweildauer dar (Lohmann, Frerichmann, Stöckle, Riegel & Raschke, 2007). Unterschieden werden dabei zwei grundlegende operative Verfahren: Die Osteosynthese und die Endoprothese. Ziel der Osteosynthesetechnik ist die Erhaltung des Hüftgelenks mittels einer Stabilisation der Fraktur durch Platten oder Schrauben. Demgegenüber wird mit der Endoprothese das Hüftgelenk vollständig (Totalendoprothese) oder teilweise (Hemiprothese) durch ein Implantat ersetzt (Gleisberg, Malek, Stich & Follert, 2017). Die Wahl des Operationsverfahrens sollte stets auf Grundlage rational nachvollziehbarer Argumente beruhen, die verschiedene Faktoren berücksichtigen. Darunter fallen beispielsweise frakturspezifische Faktoren – wie Art und Alter der Fraktur – Erfahrungen des Operateurs und Alter der Patient*innen. Darüber hinaus können auch der kognitive und körperliche Gesundheitszustand sowie der Aktivitätsgrad der Patient*innen entscheidend für die Auswahl der Operationstechnik sein (Bonnaire & Weber, 2015; Knobe & Siebert, 2014). Bei jüngeren und noch mobilen Patient*innen wird in der Regel eine gelenkerhaltende Operation angestrebt (Bliemel et al., 2014; Bonnaire & Weber, 2015; Gleisberg et al., 2017). Da das Risiko einer Femurkopfnekrose bereits nach wenigen Stunden steigt, sollte eine kopferhaltende Operation als Notfall betrachtet werden und innerhalb von 6 bis 12 Stunden erfolgen (Bonnaire & Weber, 2015; Müller-Mai et al., 2015; Sendtner et al., 2010). Demgegenüber wird bei älteren Patient*innen häufig ein Hüftgelenkersatz empfohlen, welcher eine schnellstmögliche Mobilisierung unter Vollbelastung ermöglichen soll (Bliemel et al., 2014; Bonnaire & Weber, 2015; Gleisberg et al., 2017). Dies ist bei älteren multimorbiden Patient*innen wichtig, um Komplikationen zu vermeiden, die aufgrund der Bettlägerigkeit hervorgerufen werden können (Gleisberg et al., 2017). Grundsätzlich bleibt jedoch festzuhalten, dass die Entscheidung für ein Operationsverfahren im jeweiligen Fall immer individuell getroffen werden sollte (Bliemel et al., 2014; Bonnaire & Weber, 2015).

Um die ökonomische Analyse der PiQ-Plattform aus Sicht der Kranken- und Pflegekassen durchführen zu können, bedarf es einer Festlegung der verschiedenen Einflussvariablen, wie der Länge des Krankenhausaufenthaltes oder des Operationsverfahrens. Dabei soll die operative Versorgung im Basisszenario nach 48 Stunden erfolgen. Demgegenüber soll eine Operation im Alternativszenario aufgrund der PiQ-App innerhalb von 48 Stunden durchgeführt werden.⁴⁹ Da die analysierten Studien über den Operationszeitpunkt teilweise unterschiedliche Länder in den Blick nehmen, deren Gesundheitssystem und medizinische Versorgung von der in Deutschland abweichen kann, sollen die Daten der Diagnosestatistik der IT.NRW für die Szenarien 3 und 5 herangezogen werden. Dabei soll die orthopädische Fachabteilung aufgrund der hohen Fallzahlen der Altersgruppen der 55-64-Jährigen und 65-74-Jährigen in den Fokus genommen werden. Die durchschnittliche Verweildauer von Personen zwischen 65 und 74 Jahren lag im Jahr 2016 bei etwa 11,7 Tagen. Für die 72-jährige Frau Pössmann soll im Alternativszenario deshalb davon ausgegangen werden, dass die Krankenhausverweildauer im Falle einer angemessenen medizinischen Versorgung innerhalb von 48 Stunden bei 12 Tagen liegt. Auch für den 56-jährigen Herrn Ükcel soll von einer Krankenhausverweildauer von 12 Tagen ausgegangen werden, da dieser bereits vor dem Unfall unter psychischen und physischen Beschwerden leidet. Für das Basisszenario soll für beide Nutzertypen eine Verweildauer von 20 Tagen unterstellt werden. Aufgrund des Alters von Frau Pössmann und des Gesundheitszustands von Herrn Ükcel liegt es weiterhin nahe, dass für beide Nutzertypen ein endoprothetisches Operationsverfahren empfohlen wird.

⁴⁹ Der Operationszeitpunkt und eine Verzögerung kann von verschiedenen Faktoren beeinflusst werden; der Einsatz der PiQ-App ist daher als einer von mehreren Parametern einzustufen, die dazu beitragen, einen für den Heilungsverlauf möglichst günstigen Operationszeitpunkt zu ermöglichen.

10.2 Berechnungsgrundlagen

Zur Ermittlung der einzelnen Kostenstellen innerhalb der Szenarien sind zum Teil Berechnungen vorzunehmen, die einen Rückschluss auf die etwaige Höhe der zu veranschlagenden Kosten erlauben. Um Redundanzen zu vermeiden, werden die für die Kostenermittlung in den Szenarien genutzten Rechenwege und genutzten Datenquellen im Folgenden erläutert. Für die Berechnungen wurde, sofern nicht anders vermerkt, das Jahr 2018 als Ausgangsjahr zugrunde gelegt.

10.2.1 Kranken- und Rettungstransport

Gemäß § 60 Abs. 1 SGB V übernimmt die Krankenkasse die Kosten für Fahrten, sofern diese „[...] aus zwingend medizinischen Gründen notwendig sind“. Die Art des Transports bzw. des Fahrzeugs, ist dabei von der medizinischen Notwendigkeit des Einzelfalls abhängig:

Ein Rettungstransport durch einen Rettungstransportwagen (RTW) wird nach der Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss für Notfallpatient*innen veranlasst, die aufgrund ihres Zustands Erste-Hilfe-Maßnahmen sowie zusätzliche Maßnahmen benötigen, die der Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der vitalen Funktionen dienen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2018).

Mit einem Krankentransport durch einen Krankentransportwagen (KTW) werden demgegenüber Patient*innen befördert, die einer „fachlichen Betreuung [durch qualifiziertes nicht ärztliches Personal] oder der besonderen Einrichtung des [...] KTW bedürfen oder deren Erforderlichkeit aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist. [...] Die medizinisch-technische Einrichtung ist [dabei] nicht auf die Beförderung in Notfällen ausgelegt“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2018, S. 4).

Nach § 133 SGB V werden die Entgelte für den Rettungs- und Krankentransport nach landesrechtlichen oder kommunalrechtlichen Bestimmungen festgesetzt. Sollte dies nicht der Fall sein, schließen die Krankenkassen gem. § 133 Abs. 1 SGB V Verträge über die Vergütung mit den entsprechenden Institutionen ab.

Aus diesem Grund wurde der Gebührentarif zur Satzung über den Rettungsdienst der Stadt Gelsenkirchen angefordert. Die Kosten für den Einsatz eines RTW innerhalb des Stadtgebietes von Gelsenkirchen lagen im Jahr 2018 bei 373,00 Euro. Für den Krankentransport innerhalb des Stadtgebietes werden Gebühren in Höhe von 123,00 Euro veranschlagt. Sollte der Rettungs- oder Krankentransport über die Stadtgrenzen von Gelsenkirchen hinaus erfolgen, werden 1,70 Euro pro gefahrenem Kilometer hinzugerechnet.

Dabei ist zu beachten, dass die Patient*innen gem. § 61 Satz 1 SGB V eine Zuzahlung in Höhe von zehn Prozent der Kosten je Fahrt zu tragen haben⁵⁰ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2018). Für die Ermittlung der entstehenden Ausgaben für den Rettungstransport innerhalb von Gelsenkirchen ergeben sich somit folgende Formeln:

$$RTW \text{ Erlös} = \text{Gebühren}_{RTW} - (\text{Gebühren}_{RTW} \times 0,10)$$

⁵⁰ Die betroffenen Patient*innen haben mindestens fünf Euro, höchstens jedoch zehn Euro selbst zu tragen. Sollte die Zuzahlung die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V der betroffenen Versicherten überschreiten, werden keine Zuzahlungen für den Rest des Kalenderjahres gefordert (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2018). Die Differenz dieser Selbstzahlung wird in den Szenarien berücksichtigt, wenn die Kosten für die GKV berechnet werden.

$$KTW \text{ Erlös} = \text{Gebühren}_{KTW} - (\text{Gebühren}_{KTW} \times 0,10)$$

Für die Notfallrettung durch einen RTW innerhalb von Gelsenkirchen ergeben sich Kosten in Höhe von 373,00 Euro abzüglich der Zuzahlung in Höhe von 37,30 Euro durch die Patient*innen gem. § 61 Satz 1 SGB V. Somit hat die Krankenkasse Kosten in Höhe von 335,70 Euro für den Einsatz des RTW zu tragen.

Neben dem Rettungs- und Krankentransport existieren die sogenannten Krankenfahrten. Darunter werden Fahrten verstanden, die mit „[...] öffentlichen Verkehrsmitteln, privaten Kraftfahrzeugen, Mietwagen oder Taxen durchgeführt werden“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2018, S. 4). Zulässig sind jedoch nur Fahrten zu stationär erbrachten Behandlungen oder zu einer vor- und nachstationären Behandlung gem. § 115a SGB V. Lediglich in Ausnahmefällen können gem. § 8 der Krankentransport-Richtlinie auch Fahrten zu ambulanten Behandlungen veranlasst werden, sofern diese zwingend medizinisch notwendig sind. Der Krankentransport eines Mietwagens oder Taxis gemäß § 7 der Krankentransport-Richtlinie ist darüber hinaus nur dann zulässig, sofern der/die Patient*in aus zwingenden medizinischen Gründen keine öffentlichen Verkehrsmittel oder ein privates Kraftfahrzeug nutzen kann. Wird anstelle eines Taxis bzw. Mietwagens ein Privat-Pkw genutzt, erfolgt die Erstattung entsprechend des aktuellen Satzes nach § 5 Abs. 1 des Bundesreisekostengesetzes (BRKG). Dies sind aktuell 0,20 Euro je gefahrenen Kilometer (Bundesministerium für Gesundheit, 2016).

10.2.2 Krankenhausbehandlung

Die stationären Krankenhausleistungen werden über Fallpauschalen nach den sogenannten Diagnosis Related Groups (DRG) bundeseinheitlich vergütet (Augurzky, Felder, Tinkhauser & van Nieuwkoop, 2012; Coenen, Haucap & Herr, 2011). Folglich bildet der G-DRG-Fallpauschalenkatalog 2018 die Grundlage für die Ermittlung der Kosten in der stationären Krankenhausbehandlung. Die DRGs richten sich nach Krankheitsart, Operation und Schweregrad der Erkrankung (Bundesministerium für Gesundheit, 2016).

Die Gruppierung von Patient*innenfällen in die diagnosebezogenen Fallpauschalen erfolgt über die sogenannte DRG-Grouper Software (Löhe, 2015). Für die Ermittlung der Fallgruppe werden dabei u. a. die Hauptdiagnosen und Nebendiagnosen (kodiert nach ICD-10) sowie die medizinischen operativen Prozeduren – kodiert nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) – benötigt (Löhe, 2015).

Der DRG-Code besteht grundsätzlich aus einer Basis-DRG, welche einen Buchstaben und eine zweistellige Ziffer beinhaltet. Der Buchstabe kennzeichnet die Hauptdiagnose, die einer sogenannten Major Diagnostic Categories (MDC) zugeordnet ist. Die folgenden zwei Ziffern geben die Zugehörigkeit zur Partition an, welche auf Grundlage der OPS eingruppiert werden. Dabei werden insgesamt drei Partitionen unterschieden: Die „operative Partition“ (Ziffern 01-39), die „andere Partition“ (Ziffern 40-59), sowie die „medizinische Partition“ (Ziffern 60-99). Der Buchstabe nach der Basis-DRG spiegelt den Schweregrad der DRG wider, wobei der Buchstabe „A“ den höchsten Schweregrad und damit den höchsten Ressourcenverbrauch darstellt. Dieser wird u. a. durch den sogenannten Patient Clinical Complexity Level (PCCL) ermittelt. Der PCCL ergibt sich dabei aus den Complication And Comorbidity Level (CCL) der Nebendiagnosen und drückt damit den kumulierten Effekt der Nebendiagnosen aus (Löhe, 2015). Folglich können auch Komplikationen die Fallschwere und den damit einhergehenden Ressourcenverbrauch beeinflussen. Auch die Verweildauer der Patient*innen, welche ebenfalls durch das Auftreten von Komplikationen beeinflusst werden kann, spielt für den Erlös der DRG eine Rolle. In den einzelnen DRGs wird für die Behandlungsdauer eine bestimmte Verweildauer als Bandbreite festgelegt. Innerhalb dieser Bandbreite wird – unabhängig von der tatsächlichen Verweildauer – die glei-

che Pauschale vergütet (Bundesministerium für Gesundheit, 2016). Für die Berechnung des DRG-Erlöses innerhalb der Verweildauergrenzen wird ein länderspezifischer Basisfallwert mit der Bewertungsrelation der mittleren Verweildauer (MVD) multipliziert. Der Landesbasisfallwert (ohne Ausgleiche) für Nordrhein-Westfalen liegt im Jahr 2018 bei 3.447,43 Euro.

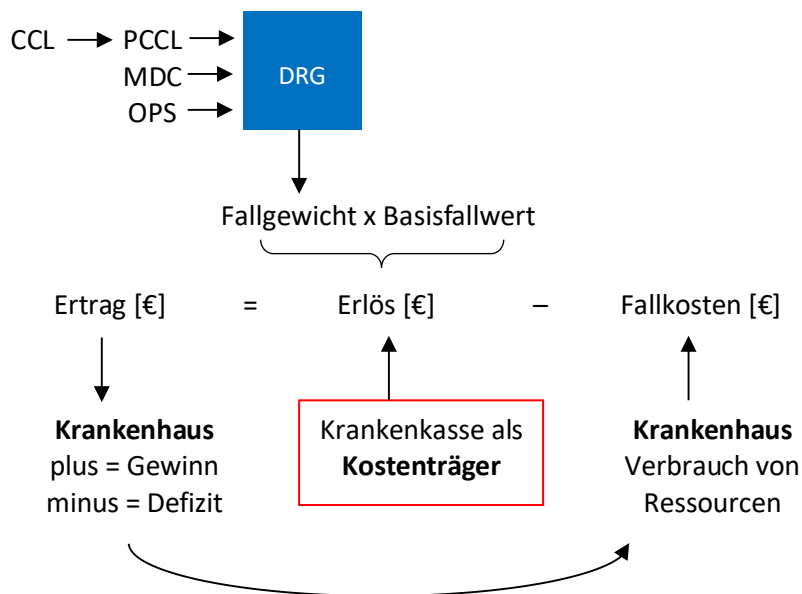
$$DRG \text{ Erlös} = \text{Basisfallwert}_{NRW} \times \text{Bewertungsrelation}_{MVD}$$

Sollten die Patient*innen jedoch eine Verweildauer aufweisen, die über oder unter der angegebenen Bandbreite der Verweildauer liegen, werden Zu- oder Abschläge auf die Fallpauschalen erhoben (Bundesministerium für Gesundheit, 2016). Im G-DRG-Fallpauschalenkatalog wird der erste Tag, an dem ein zusätzliches Entgelt oder ein Abschlag berechnet werden kann, durch die obere Grenzverweildauer (OGV) bzw. die untere Grenzverweildauer (UGV) angegeben. Im Falle einer Überschreitung der OGV wird die Bewertungsrelation der OGV mit der Anzahl der Tage multipliziert, die über der OGV liegen. Das Ergebnis wird anschließend mit dem Basisfallwert des Landes NRW in Höhe von 3.447,73 Euro multipliziert. Um den gesamten DRG-Erlös zu ermitteln, werden der DRG-Erlös der MVD und der DRG-Erlös OGV addiert. Zusammengefasst ergibt sich somit folgende Formel:

$$DRG \text{ Erlös}_{Gesamt} = \text{Basisfallwert}_{NRW} \times (\text{Bewertungsrelation}_{MVD} + \text{Bewertungsrelation}_{OGV} \times \text{Anzahl der überschrittenen Tage})$$

Ob bzw. in welchem Maße die aus den Komplikationen hervorgegangenen Kosten eines Falles gedeckt werden können, ist für die Krankenkasse nicht relevant, wie Abbildung 32 zeigt.

Abbildung 32 Finanzierung der DRGs



(Quelle: Modifiziert nach Löhe, 2015, S. 13)

Komplikationskostenanteil

Da für die vorliegende Analyse keine DRG-Groupier Software vorliegt, sollen in der Zuordnung des DRG-Codes aufgrund der hohen Komplexität lediglich die Hauptdiagnosen berücksichtigt werden. Damit jedoch auch die ökonomischen Folgen potenzieller Komplikationen aufgezeigt werden können, die während der medizinischen Behandlung zu einem erhöhten Einsatz medizinischer Ressourcen führen, soll in der vorliegenden Analyse ein Komplikationskostenanteil berücksichtigt werden. Da für die Berechnung des Komplikationskostenanteils jedoch keine aktuellen Daten vorliegen, soll eine Komplikationskostenpauschale in Höhe von 500 Euro herangezogen werden, welche von Weyler (2006) für die Ermittlung der direkten Kosten in der medizinischen Versorgung von Femur Frakturen verwendet wurde (Kassenärztliche Bundesvereinigung [KBV], 2019; Weyler, 2006).

Um diese auf das Jahr 2018 anzupassen, wird die relative Ausgabenentwicklung der Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherungen insgesamt als Richtwert genutzt: Diese schwankt zwischen 2013 und 2017 von Jahr zu Jahr zwischen einer Zunahme von 3,43 und 5,62 Prozent, wobei der Median 4,23 beträgt. Dieser wird in die Formel eingesetzt:

$$\left(\frac{\tilde{x}(\text{Wachstumsrate}_{\text{Leistungsausgaben 2014-2018}})}{100} + 1 \right)^n * \text{Komplikationskostenanteil}_{2005}$$

Adjustiert auf das Jahr 2018 ergibt sich somit ein Komplikationskostenanteil in Höhe von 856,86 Euro.

Kosten zur Behandlung der Luxation einer Endoprothese

Die Luxation einer Endoprothese entspricht dem ICD-10 Code T84.4: Luxation einer Hüftgelenkttotalendoprothese (Hüft-TEP). Für die DRG-Codierung stehen dabei die Codes I47B, I71A und I71B zur Verfügung, wobei für die vorliegende Analyse der DRG-Code I71B gewählt wurde. Dieser beinhaltet eine Verweildauer von 2 bis 9 Tagen, d. h., dass in diesem Zeitraum für die Bewertungsrelation die mittlere Verweildauer (MVD) 0,557 angesetzt werden kann.

Damit ein Zuschlag berechnet werden kann, müsste die Verweildauer über den Tag 9 hinausgehen, was für das Szenario 4 jedoch nicht genutzt wird, da in diesem Falle keine Komplikationen beachtet werden. Der Landesbasisfallwert beträgt (s. o.) 3.447,43 Euro und wird mit der Bewertungsrelation multipliziert.

$$\text{DRG Erlös}_{\text{Gesamt}} = \text{Basisfallwert}_{\text{NRW}} \times \text{Bewertungsrelation}_{\text{MVD}}$$

Hieraus ergeben sich Kosten i. H. v. 1.920,22 Euro.

10.2.3 Kosten ambulanter medizinischer Leistungen

Für die Ermittlung der Kosten eines Behandlungsfalles sollen die Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Stand: 4. Quartal 2016) hinzugezogen werden (KBV, 2019). Diese beinhalten die durchschnittlichen Honorare für Ärzt*innen pro Behandlungsfall und nach verschiedenen Facharztgruppen. Da sich die verfügbaren Daten auf das Jahr 2016 beziehen, bedarf es einer Anpassung auf das betrachtete Jahr 2018. Dazu werden die ebenfalls in dem Bericht verfügbaren Daten aus dem Jahr 2015 hinzugezogen: Um eine Einschätzung über die relative Veränderung der Honorarsätze vornehmen zu können, wird der relative Anteil der Veränderung des Honorars pro Behandlungsfall zwischen 2015 und 2016 zugrunde gelegt. Für die Folgejahre 2017 und 2018 wird ein dementsprechender relativer Anstieg pro Jahr unterstellt.

Besuch eines Hausarztes

Das Honorar je Behandlungsfall für Hausärzt*innen beträgt im 4. Quartal 2016 für die Region Westfalen-Lippe 58,56 Euro und im 4. Quartal 2015 57,89 Euro, was einer relativen Steigerung von 1,2 % entspricht.

$$1,2 \% \text{ von } 58,56 = 0,70272$$

$$\text{Somit beträgt das Honorar für 2017: } 58,56 + 0,70272 = 59,26272$$

$$\text{Für 2018: } 59,26272: 1000 \times 12 = 0,71115264$$

$$\text{Das Honorar je Behandlungsfall beträgt 2018 dementsprechend } 59,26272 + 0,71115264 = 59,9738726$$

Es wird ein Honorar i. H. v. 59,97 Euro zugrunde gelegt.

Kosten für die Behandlung im Bereich der Orthopädie

Das Honorar je Behandlungsfall im Bereich Orthopädie beträgt im 4. Quartal 2016 für die Region Westfalen-Lippe 58,56 Euro und im 4. Quartal 2015 bei 58,08 Euro, was einer relativen Steigerung von 0,9% entspricht.

$$0,9 \% \text{ von } 58,56 = 0,52704$$

$$\text{Somit beträgt das Honorar für 2017: } 58,56 + 0,52704 = 59,08704$$

$$\text{Für 2018: } 59,08704: 1000 \times 9 = 0,531783$$

$$\text{Das Honorar je Behandlungsfall beträgt 2018 dementsprechend } 59,08704 + 0,531783 = 59,618823$$

Es wird ein Honorar i. H. v. 59,62 Euro zugrunde gelegt.

10.2.4 Kosten von Beratungen, Hausbesuchen und sonstiger Leistungen im ambulanten Bereich

Neben den Behandlungsleistungen durch einen Arzt/eine Ärztin werden für die Szenarien Angaben zur Vergütung von Beratungs-, Informations- und Schulungsleistungen benötigt. Da für den Hausbesuch eines Pflegeberaters/einer -beraterin bzw. einer telefonischen Pflegeberatung sowie für die Serviceleistung durch das Sanitätshaus, in Form einer Einführung der Nutzung eines Rollators, keine Angaben zu den Kosten vorliegen, sollen zur Ermittlung der Kosten für Beratungsleistungen die durchschnittlichen Stundenlöhne der jeweiligen Fachkräfte zugrunde gelegt werden. Da zudem von einem Zeitraum für An- und Abfahrt zu den jeweiligen Kund*innen auszugehen ist, soll eine zusätzliche Stunde an Fahrzeit berechnet werden.

Serviceleistung durch das Sanitätshaus

Veranschlagung eines Stundenlohns von 11,42 Euro: Gehalt für eine Fachkraft im Sanitätshandel (IVB Neue Medien GmbH).

Inklusive Hin- und Rückfahrt entstehen Kosten für 2 Stunden:

$$11,42 \times 2 = 22,84 \text{ Euro}$$

Hausbesuch eines/r Pflegeberaters/-beraterin

Für diese Berechnung wird auf den durchschnittlichen Bruttoverdienst einer/eines Kauffrau/-mannes im Gesundheitswesen ausgewichen. Bei einer Vollzeitbeschäftigung liegt der Verdienst bei 2.051,80 Euro brutto monatlich (IVB Neue Medien GmbH, 2019). Um eine Größenordnung des Stundenlohns abzuschätzen, wird von einem durchschnittlichen Monat mit 21 Arbeitstagen ausgegangen, wobei die durchschnittliche Arbeitsdauer täglich 8 Stunden beträgt. Es ist somit von einem Stundenkontingent von 168 Stunden monatlich auszugehen.

Der monatliche Bruttolohn wird, um den Stundenlohn abzuschätzen, durch 168 dividiert.

$$2.051,80 : 168 = 12,21$$

Es wird somit von einem Bruttostundenlohn von 12,21 Euro ausgegangen.

Mit Hin- und Rückfahrt sind 2 Stunden zu veranschlagen: $12,21 \text{ Euro} \times 2 = 24,42 \text{ Euro}$

Telefonat mit der Pflegekasse zwecks Beratung

Als Grundlage wird erneut der Verdienst einer/eines Kauffrau/-mannes im Gesundheitswesen mit einem Bruttostundenlohn i. H. v. 12,21 Euro zugrunde gelegt (s. o.).

Je Telefonat wird eine Stunde Beratungszeit veranschlagt, bei zwei Gesprächen wären Kosten i. H. v. $12,21 \times 2 = 24,42 \text{ Euro}$ zu unterstellen.

Telefonat mit der Krankenkasse und Vereinbarung eines MDK-Termins

Zur Besprechung des Anliegens und Terminfindung werden 30 Minuten veranschlagt; als Grundlage dient erneut der Stundenlohn einer/eines Kauffrau/-mannes im Gesundheitswesen (s. o.):

$$12,21 : 2 = 06,11 \text{ Euro}$$

Hausbesuch des MDK

Da es für den Hausbesuch durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen keine Angaben über die der Krankenkasse entstehenden Kosten gibt, müssen diese ebenfalls geschätzt werden.

Hierzu werden Daten aus dem Jahr 2017 des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. MDS, 2018) hinzugezogen.

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen wird von der GKV und GPV mit verschiedenen Qualitätsfeststellungen und Gutachten beauftragt. Für die GPV fallen darunter zwei Aspekte: Die Pflegebegutachtung bei Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad und die Kontrolle der Pflegequalität in Heimen und bei ambulanten Pflegediensten. Insgesamt betragen 2017 die Ausgaben der GPV für den MDK 402 Mio. Euro.

Zudem werden Angaben über die MDK-Pflegebegutachter*innen Personalstellen bereitgestellt: diese betragen insgesamt 606 Vollzeitstellen für die Kontrolle der Pflegequalität; es wurden in 2017 21.700 dieser Kontrollen durchgeführt. 2.925 Vollzeitstellen bestehen für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit; es wurden 2017 1.950.726 dieser Begutachtungen durchgeführt.

Für die Ermittlung der Kosten eines Hausbesuchs des MDK werden zunächst die Kosten ermittelt, die allein dem Bereich der Begutachtung ohne die Pflegequalität anfallen:

Tätige Mitarbeiter*innen für den Bereich der GPV insgesamt sind also

$$2.925 + 606 = 3.531$$

Um nun die Gesamtausgaben je Mitarbeiter*in zu berechnen, dividiert man die Gesamtausgaben durch die Anzahl der Mitarbeiter*innen:

$$\begin{aligned} & \text{Ausgaben Mitarbeiter * innen}_{\text{Gesamt}} \\ & = \text{Gesamtausgaben}_{\text{GPV}} \div \text{Anzahl der Mitarbeiter * innen} \end{aligned}$$

$$402.000.000 : 3.531 = 113.848,768.$$

Für die Kosten durch die Pflegebegutachter*innen gilt also: $113.848 \times 2.925 = 333.007.646,559$

Diese Summe gilt es nun durch die Anzahl der Begutachtungen zu teilen, um die durchschnittlichen Kosten einer Pflegeberatung berechnen zu können:

$$\text{Kosten Pflegeberatung} = \text{Gesamtausgaben}_{\text{GPV}} \div \text{Anzahl der Begutachtungen}$$

$$333.007.646,559 : 1.950.726 = 170,709$$

Somit ist von Kosten bei einer Begutachtung des MDK für die Pflegeversicherung in Höhe von 170,71 Euro auszugehen.⁵¹

10.2.5 Betrieb der PiQ-Plattform

Die Kosten zum Betrieb der PiQ-Onlineplattform sind vergleichbar mit denen im Projekt QuartiersNETZ veranschlagten Kosten, weshalb sich zum weiteren Betrieb der Plattform auf diese Daten bezogen wird (Pallas GmbH). Die Kosten für die PiQ-Applikation für Mobiltelefone und Tablets belaufen sich auf einmalig 24 Euro zur Bereitstellung auf einer Plattform für Applikationen im World Wide Web. Diese wurden bereits im Zuge des Projektes getätigt und werden somit nicht weiter berücksichtigt.

Um die potenziellen Nutzer*innen der Plattform und Applikation in Gelsenkirchen zu erfassen, werden die Angaben des aktuellsten Berichts für Pflegebedarfsplanung in Gelsenkirchen genutzt. So waren es am 15.12.2015 2.422 Personen, die ambulante Pflegeleistungen bezogen sowie 5.565 Personen, die Pflegegeldleistungen erhielten. Es handelte sich also um ein Nutzer*innenpotenzial von 7.987 Personen. Auf weitere Prognosen bezüglich der Entwicklung dieser Summe für das Jahr 2018 wird verzichtet, da sich laut des Berichts die bisherigen Prognosen als stark abweichend herausstellten.

Zur Berechnung der durchschnittlichen Kosten je Nutzer*in werden nun sowohl die einmaligen Anschaffungskosten von 62.028 Euro sowie die monatlich anfallenden Kosten von 2.215 Euro durch das Nutzer*innenkontingent von 7.987 dividiert. In die Berechnung für die Szenarien werden sowohl der einmalige Wert von 7,76 Euro pro Nutzer*in als auch die monatlichen Kosten von 0,28 Euro einbezogen.

⁵¹ Es sei darauf hingewiesen, dass es sich lediglich um eine Schätzung handelt. So konnten z. B. Reise- oder Materialkosten nicht gesondert berücksichtigt werden.

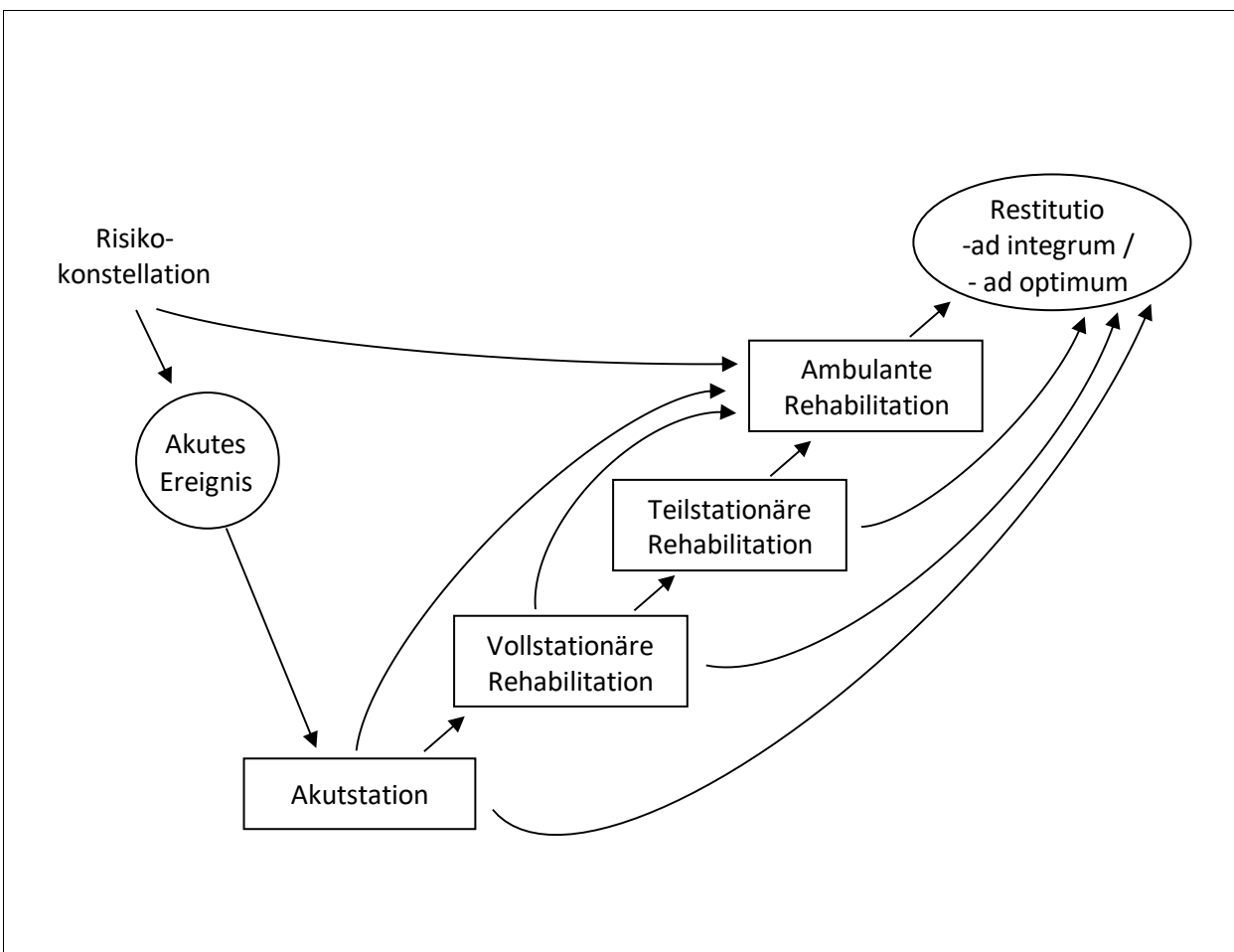
$$\text{Plattformbetrieb}_{\text{einmalig je Nutzer*in}} = \frac{\text{Anschaffungskosten}}{\text{Nutzer} * \text{innenkontingent}}$$

$$\text{Plattformbetrieb}_{\text{monatlich je Nutzer*in}} = \frac{\text{monatliche Kosten}}{\text{Nutzer} * \text{innenkontingent}}$$

10.2.6 Rehabilitation

Der Bereich Rehabilitation ist auf verschiedene Sozialleistungsträger verteilt, die für unterschiedliche Bereiche zuständig sind. Dabei sind die Krankenversicherungen für die medizinische Rehabilitation zuständig (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2014). Grundsätzlich existieren verschiedene Rehabilitationsarten in Form eines abgestuften Versorgungssystems, wie Abbildung X zeigt (Betting et al., 2006, 68f.).

Abbildung 33 Stufenkonzept der rehabilitativen medizinischen Versorgung



(Quelle: Borchelt & Steinhagen-Thiessen, 2001)

Die erste Stufe bildet die Frührehabilitation, welche unmittelbar nach der medizinischen Stabilisierung der Patient*innen und innerhalb des Krankenhauses angesetzt wird. Darauf folgt eine vollstationäre Rehabilitation, welche zu einer Reduktion der Behandlungszeiten im Akutkrankenhaus beiträgt. Sofern eine angemessene Selbstversorgungsfähigkeit wiederhergestellt wurde, kann eine teilstationäre Rehabilitation in Erwägung gezogen werden (Betting et al., 2006; Borchelt & Steinhagen-Thiessen, 2001). Um das Auftreten von Revisionseingriffen und/oder das Risiko einer Pflegebedürftigkeit reduzieren zu

können, könnte je nach Krankheitsbild eine intensive Behandlung in Form einer ambulanten Reha erforderlich sein (Betting et al., 2006; Borchelt & Steinhagen-Thiessen, 2001). Nach der DGU-Leitlinie 012-027 zur Oberschenkelchaftfraktur wird eine ambulante Rehabilitation vorzugsweise bei jungen und gesunden Patient*innen angeleitet. Für ältere Patient*innen mit einem hohen Rehabilitationspotential wird eine stationäre Rehabilitation empfohlen (Pieske & Stürmer, 2018).

Für geriatrische Patient*innen existiert neben den gängigen Rehabilitationsformen eine sogenannte geriatrische Rehabilitation, welche indikationsübergreifend auf die spezifischen Risiken, wie beispielsweise der Multimorbidität, der geriatrischen Patient*innen eingehen soll (MDS & GKV-Spitzenverband, 2017). Dabei erfolgt die geriatrische Rehabilitation auf stationärer Ebene je nach Bundesland in einem geriatrischen Krankenhaus bzw. einer Fachabteilung, und/oder in einer geriatrischen Rehabilitationseinrichtung (Betting et al., 2006). In NRW erfolgt die geriatrische Rehabilitation als Krankenhausbehandlung gem. § 39 SGB V sowie als Leistung der medizinischen Rehabilitation im Sinne des § 40 SGB V (Betting et al., 2006). Im Bereich der Krankenhausbehandlung lassen sich die geriatrischen Rehabilitationsleistungen anhand der DRGs abrechnen. Insgesamt existieren 17 DRGs mit Bezug zur frührehabilitativen Komplexbehandlung (Augurzky et al., 2017). Die Vergütung der Leistungserbringung im Rehabilitationsbereich erfolgt jedoch grundsätzlich über Tagessätze, die zuvor zwischen den Einrichtungsträgern und den Krankenkassen verhandelt werden (Augurzky et al., 2017).

Für die Entwicklung der Ausgaben für die Kostenträger GKV und PKV werden erneut die in Kapitel 5.2.2 geschilderten und begründeten 4,23 % jährlicher Steigerung der durchschnittlichen Preisentwicklung genutzt, da für die stationäre Rehabilitation und entsprechende Tagessätze keine aktuellen Daten vorliegen.

Krauth et al.(2005) nutzen Informationen über die Rehabilitationskosten nach Fachabteilungen mit Daten aus dem Jahr 2000 der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Krauth et al., 2005). Bezogen auf den Bereich der Bewegungsorgane ergibt sich ein Betrag von 95,00 Euro je Pflage tag.

Bei einem jährlichen Wachstum der durchschnittlichen Preisentwicklung von 4,23 % gilt daher:

$$Wachstumswert_{\epsilon} = 100 \times 4,23$$

$$Wachstumswert_{\epsilon} + \text{Kosten pro Pflage tag}_{\text{Jahr } n} \text{ in } \epsilon$$

Tabelle 7 Kosten einer stationären Rehabilitation im Bereich der Bewegungsorgane pro Tag bei einem jährlichen Wachstum von 4,23%.

Jahr (n)	Kosten pro Pflage tag (€)
2000	95,00
2001	99,02
2002	103,21
200	107,57
2004	112,13
2005	116,87
2006	121,81

Jahr (n)	Kosten pro Pflgetag (€)
2007	126,97
2008	132,34
2009	137,94
2010	143,77
2011	149,86
2012	156,20
2013	162,80
2014	169,69
2015	176,87
2016	184,35
2017	192,15
2018	200,28

(Quelle: Eigene Berechnung auf Basis von Krauth et al. 2005)

Somit werden als Kosten pro Tag in einer stationären Rehabilitation im Bereich der Bewegungsorgane für das Jahr pauschal 200,28 Euro veranschlagt⁵².

Um die Kosten für die Rehabilitation des jeweiligen Nutzertyps zu berechnen, wird sich auf die durchschnittliche Verweildauer in der stationären Rehabilitation nach Altersgruppe des Statistischen Bundesamts bezogen⁵³. Diese beträgt z. B. für die Altersgruppe von Frau Pössmann 21,2 Tage. Die Verweildauer wird dann mit dem berechneten Tagessatz für 2018 multipliziert, um die Kosten für den Rehabilitationsaufenthalt gesamt zu berechnen.

$$\text{Rehabilitationskosten} = \text{Verweildauer} \times \text{Tagessatz}$$

10.3 Kosten des Szenarios 1: Inanspruchnahme von Beratungsleistungen

Hintergrund des Szenarios Nr.1 ist die aus Perspektive der Krankenkassen unbefriedigende Situation bei der Kontaktaufnahme der Versicherten mit dem Kostenträger hinsichtlich Beratungsleistungen: So ist den Versicherten häufig nicht klar, dass sie sich bezüglich einer Beratung in Belangen der Pflege an einen Kontakt der Pflegekasse wenden können. Oftmals wird stattdessen der Kontakt zur gesetzlichen Krankenkasse aufgenommen, die dann eine entsprechende Beratung bietet. Die Kosten, die für diese

⁵² In den Daten von Borges, Zimolong und Moorées (2012) belaufen sich die Tagespauschalen hingegen für das Jahr 2010 auf zwischen 84,00 und 126,00 Euro.

⁵³ Telefonische Mitteilung eines Mitarbeiters des Statistischen Bundesamtes. Die benötigten Tabellen waren zum Recherchezeitpunkt nicht online.

Beratungsleistungen entstehen, werden den Verwaltungsausgaben der gesetzlichen Krankenkasse angelastet.⁵⁴ Sofern dieses Vorgehen gehäuft auftritt, können den Kassen derart hohe Ausgaben entstehen, dass der jeweilige Zusatzbeitrag, den die gesetzlichen Krankenkassen von ihren Versicherten erheben, angehoben werden muss. Dies wiederum gilt es aus der Perspektive der Kassen zu vermeiden, da der Zusatzbeitrag als ein wichtiger Faktor bei der Konkurrenz um Versicherte der Kassen untereinander gilt.

Folglich erscheint es sinnvoll, ein System zu entwickeln, das die Versicherten ihren jeweiligen Belangen entsprechend an den bzw. die geeignete*n Ansprechpartner*in verweist. Die Pflegeplattform von PiQ ermöglicht eine solche Lotsenfunktion, indem die Informationen, etwa über entsprechende Ansprechpartner*innen inklusive einer direkten Weiterleitung, online verfügbar sind. Sofern die digitalen Wegweiser zu spezifischen Anlaufstellen durch die Versicherten nicht genutzt werden, greifen die „realen Strukturen“ in Gelsenkirchen: Das Generationennetz übernimmt, als Orchestrator für das Referenzgebiet Gelsenkirchen, die Lotsenfunktion, indem telefonisch oder persönlich eine angemessene Weiterleitung zu der jeweiligen Pflegekasse, oder, bei anderen Belangen und wenn dies erforderlich ist, zu der gesetzlichen Krankenkasse, erfolgt. Im Ergebnis können die Versicherten so einerseits auf zielgruppenspezifisch aufbereitete Informationen und Weiterleitung zu korrekten Ansprechpartner*innen sowohl online über die PiQ-Plattform, als auch real, über die Weiterleitung durch das Generationennetz, durch das Beratungsnetz gelotst werden.

10.3.1 Frau Kaminsky

Ausgangssituation

Frau Marbach, 85 Jahre, hat in Folge eines Sturzereignisses eine Hüftendoprothese erhalten und ist nach der stationären Anschlussheilbehandlung wieder zu Hause. Sie ist immer noch gangunsicher und benutzt Unterarmstützen. Ihre sie pflegende Tochter Frau Kaminsky übernimmt weitgehend die Haushaltsführung, macht sich aber Sorgen, dass ihre Mutter wieder stürzen könnte.

Basisszenario (Frau Kaminsky)

Frau Kaminsky vereinbart daher einen Termin bei einem Orthopäden/einer Orthopädin. Für die Hin- und Rückfahrt wird ein Transportdienst benötigt, welcher vom Hausarzt von Frau Marbach als notwendig eingestuft werden muss, so dass sie einen Krankentransportbescheinigungsschein für die 45 Kilometer entfernte Orthopädiearztpraxis ausgestellt bekommt. Dieser Arztbesuch findet im Zuge der notwendigen Nachbehandlung statt.

Der Orthopäde/die Orthopädin verordnet Frau Marbach im Zuge dieses Besuches einen Rollator auf Grundlage des SGB V. Um eine korrekte Anwendung des Rollators sicherzustellen, wird es eine Einführung durch einen Mitarbeiter/ einer Mitarbeiterin des Sanitätshauses gegeben, der/die den Rollator liefert. Im Zuge des Besuches des Sanitätshausmitarbeiters/der -mitarbeiterin erfolgt keine Einschätzung der häuslichen Gesamtsituation und somit auch keine Identifikation und Beseitigung von Sturzrisiken. Die Kosten für den Rollator trägt die GKV: Je nachdem, ob es sich um einen einfachen Rollator oder verstärkten Rollator handelt, bezahlt die Kasse 63,55 Euro oder 299,07 Euro für das Hilfsmittel (AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse in Düsseldorf, 2014). Im Szenario wird aufgrund der

⁵⁴ Einschätzung eines Experten der Kranken- und Pflegeversicherung, persönliche Mitteilung im Rahmen eines projektbezogenen Workshops, August 2016.

Gebrechlichkeit von Frau Marbach auf einen verstärkten Rollator zurückgegriffen. Für den Fall von Frau Kaminsky gilt, dass diese ihre Mutter selbst zum Arzt begleitet und sie dementsprechend mit ihrem eigenen Auto dorthin fährt. Die Kilometerzahl für Hin- und Rückfahrt beträgt jeweils 45 Kilometer, so dass diese mit 2 multipliziert wird, um die gesamte Strecke zu berechnen. Den gesetzlichen Vorgaben entsprechend erfüllt Frau Marbach die Kriterien der GKV, nach denen Fahrtkosten zum Arzt erstattet werden können. Daher sind die 90 km mit 0,20 Euro zu multiplizieren.

Abbildung 34 Prozessverlauf Basisszenario 1, Kaminsky



Tabelle 8 Kostenaufstellung Basisszenario 1, Kaminsky

Kostenstelle	Kostenrechnung (Ergänzungen)	Kosten
Besuch bei einem Orthopäden/einer Orthopädin		59,62 Euro (GKV)
Transportdienst für die Hin- und Rückfahrt zur orthopädischen Behandlung	90km x 0,20 Euro = 18 Euro Mindestens 5 Euro sind jeweils selbst zu tragen, d. h.: 18 € - 5 € = 13 €	13,00 Euro (GKV)
Kosten für einen Rollator		299,07 € (GKV)
Einführung in die Rollatorenutzung durch die/den Mitarbeiter*in des Sanitätshauses	Inklusive Hin- und Rückfahrt entstehen Kosten für 2 Stunden: 11,42 € x 2 = 22,84 €	22,84 Euro (GKV)
	Gesamtkosten	394,53 Euro (GKV)

Qualitative Perspektive

Das Sturzrisiko kann in einem geringeren Umfang gesenkt werden, wenn eine Fachkraft für Pflegeberatung eine Analyse der häuslichen Situation mitsamt der Beseitigung von Sturz- und Stolperfallen vorgenommen hätte. Das Sturzrisiko kann also durch die Nutzung des Rollators alleine nicht bestmöglich reduziert werden.

Alternativszenario (Frau Kaminsky)

Im Internet nutzt sie die Plattform von PiQ, auf die sie durch das Entlassungsmanagement des Krankenhauses aufmerksam gemacht wurde. Sie vereinbart telefonisch einen Termin für ein Beratungsgespräch beim Generationennetz. In der Beratung wird deutlich, dass ihre Mutter schon vor der Hüft-OP mobilitätseingeschränkt war und sie z. B. große Mühe hat, sich alleine zu duschen oder zu baden. Die Beraterin des Generationennetzes empfiehlt Frau Kaminsky einen Antrag auf eine Neubegutachtung des MDK und organisiert einen Termin bei der Pflegeberatung der Pflegekasse. Weiter bespricht sie mit Frau Kaminsky die Informationen zu Pflegeleistungen anhand der Informationsaufbereitung der Plattform und hilft ihr, den Antrag auf Pflegeleistungen auszufüllen. So kann sich Frau Kaminsky im Vorfeld informieren. Nachdem Frau Kaminsky den Antrag auf Pflegeleistungen für ihre Mutter gestellt hat, wird über die Pflegeberatung der Pflegekasse ein Hausbesuch vereinbart, um die Sturzrisiken von Frau Marbach einzuschätzen und die möglichen Entlastungen/Beseitigungen zu planen und zu veranlassen. Ihre Wohnung ist weitestgehend barrierefrei, weshalb es nur kleinerer Änderungen bedarf. Dazu beseitigt Frau Kaminsky die identifizierten Stolperfallen. Der Pflegeberater bespricht mit Hilfe der digitalen Informationen der Plattform, wie sie ihr Sturzrisiko senken kann. Frau Marbach wird zudem die Teilnahme an einer Senior*innensportgruppe zur Sturzprävention empfohlen.

Durch die Kombination von digitalen Informationen der Pflegeplattform mit der quartiersnahen Erstberatung des Generationennetzes wird die Inanspruchnahme von Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI gefördert. Eine Inanspruchnahme der spezifischen fallbezogenen Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist Bestandteil der Ausgaben der Pflegekassen und wird nicht den Verwaltungsausgaben der GKV zugerechnet.

Abbildung 35 Prozessverlauf Alternativszenario 1, Kaminsky



Tabelle 9 Kostenaufstellung Alternativszenario 1, Kaminsky

Kostenstelle	Kostenrechnung (Ergänzung zu den oben erläuterten Rechenwegen)	Kosten
Betrieb der Plattform		Einmalig ergeben sich pro Nutzer*in Kosten von 7,76 €; Monatlich: 0,28 €
Hausbesuch der Pflegeberatenden	Mit Hin- und Rückfahrt sind 2 Stunden zu veranschlagen: 2 x 12,21 € = 24,42 €	24,42 €
	Gesamtkosten	32,46 Euro (GPV)

Qualitative Perspektive

Durch die eingehende Beratung und eine Analyse der häuslichen Situation wird deutlich, dass Frau Marbach auf einen Rollator in der Wohnung verzichten kann. Vielmehr werden die Stolperfallen beseitigt und sie bekommt eine neue Sicherheit und ein verbessertes Körpergefühl durch die Senior*innensportgruppe, die sie als Folge der Beratung testet und fortan regelmäßig besucht. Frau Marbach senkt so ihr Sturzrisiko und erfährt eine hohe Selbstwirksamkeit, was sich zusätzlich positiv auf ihre Lebensqualität auswirkt.

10.3.2 Herr Kameier

Ausgangssituation

Frau Kameier hat in Folge eines Sturzereignisses eine Hüftendoprothese erhalten und ist nach der stationären Anschlussheilbehandlung wieder zu Hause. Sie ist immer noch gangunsicher und benutzt Unterarmstützen. Ihr Ehemann übernimmt weitgehend die Haushaltsführung, macht sich aber Sorgen, dass seine Frau wieder stürzen könnte.

Basisszenario (Herr Kameier)

Herr Kameier vereinbart daher einen Termin bei einem Orthopäden/einer Orthopädin. Für die Hin- und Rückfahrt wird ein Transportdienst benötigt, welcher vom Hausarzt von Frau Kameier als notwendig eingestuft werden muss, so dass sie einen Krankenbeförderungsschein ausgestellt bekommt. Dieser Arztbesuch findet im Zuge der notwendigen Nachbehandlung statt.

Der Orthopäde/die Orthopädin verordnet Frau Kameier im Zuge dieses Besuches einen Rollator auf Grundlage des SGB V. Um eine korrekte Anwendung des Rollators sicherzustellen, wird eine Einführung durch einen Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin des Sanitätshauses gegeben, der/die den Rollator liefert. Im Zuge des Besuches des Sanitätshausmitarbeiters/ der -mitarbeiterin erfolgt keine Einschätzung der häuslichen Gesamtsituation und somit auch keine Identifikation und Beseitigung von Sturzrisiken. Frau Kameier benötigt – im Gegensatz zu Frau Marbach – lediglich einen einfachen Rollator. Für den Fall von Herrn Kameier gilt, dass dieser seine Frau selbst zum Arzt begleitet und sie dementsprechend

mit seinem eigenen Auto dorthin fährt. Die Kilometerzahl für Hin- und Rückfahrt beträgt jeweils 45 Kilometer, so dass diese mit 2 multipliziert wird, um die gesamte Strecke zu berechnen. Den gesetzlichen Vorgaben entsprechend erfüllt Frau Kameier die Kriterien der GKV, nach denen Fahrtkosten zum Arzt erstattet werden können. Daher sind die 90 km mit 0,20 Euro zu multiplizieren.

Abbildung 36 Prozessverlauf Basisszenario 1, Kameier



Tabelle 10 Kostenaufstellung Basisszenario 1, Kameier

Kostenstelle	Kostenrechnung (Ergänzung)	Kosten
Besuch bei einem Orthopäden/einer Orthopädin		59,62 € (GKV)
Transportdienst für die Hin- und Rückfahrt zur orthopädischen Behandlung	90km x 0,20 Euro = 18 Euro Zahlung eines Eigenanteils von mindestens 5 Euro: 18 € - 5 € = 13 €	13,00 Euro (GKV)
Kosten für einen Rollator		63,55 Euro (GKV)
Einführung in die Rollatorennutzung durch den Mitarbeiter/die Mitarbeiterin des Sanitätshauses	Inklusive Hin- und Rückfahrt entstehen Kosten für 3 Stunden	34,26 € (GKV)
	Gesamtkosten	170,43 Euro (GKV)

Alternativszenario (Herr Kameier)

Im Internet recherchiert er auf der Plattform von PiQ, auf die er durch das Entlassmanagement des Krankenhauses aufmerksam gemacht wurde. Er teilt den Mitarbeiterinnen des Generationennetzes online sein Anliegen mit, die Wohnung des Ehepaares sturz sicher zu gestalten. Das Generationennetz vermittelt einen Hausbesuch einer Mitarbeiterin der Pflegekasse, um die Sturzrisiken von Frau Kameier einzuschätzen und die möglichen Entlastungen/Beseitigungen zu planen und zu veranlassen. Herr Ka-

meier beseitigt erste Stolperfallen. Die Pflegeberaterin bespricht mit Frau Kameier, wie sie ihr Sturzrisiko senken kann und verweist auf die PiQ-Plattform, um weitere Informationen zur Prävention von Stürzen zu erhalten.⁵⁵

Durch die Kombination von digitalen Informationen der Pflegeplattform mit der quartiersnahen Erstberatung des Generationennetzes wird die Inanspruchnahme von Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI gefördert. Eine Inanspruchnahme der spezifischen fallbezogenen Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist Bestandteil der Ausgaben der Pflegekassen und wird nicht den Verwaltungsausgaben der GKV zugerechnet.

Abbildung 37 Prozessverlauf Alternativszenario 1, Kameier



Tabelle 11 Kostenaufstellung Alternativszenario 1, Kameier

Kostenstelle	Kostenrechnung (Ergänzung)	Kosten
Betrieb der Plattform		Einmalig 7,76 Euro; Monatlich: 0,28 Euro
Hausbesuch der Pflegeberatenden	Mit Hin- und Rückfahrt sind 2 Stunden zu veranschlagen, da aufgrund der routinierten Plattformnutzung und der Ausschöpfung der dort abrufbaren Informationen durch Herrn Kameier bereits einige Stolperfallen beseitigt werden konnten: 2 x 12,21 € = 24,42€	24,42 Euro
	Gesamtkosten	32,46 Euro (GPV)

Qualitative Perspektive

Nicht relevant für die Perspektive der Kostenträger ist für dieses Szenario, dass Herr Kameier aufgrund seiner eher hohen Technikaffinität online den Kontakt mit dem Generationennetz aufnimmt. Dies spart personelle Ressourcen und verursacht somit langfristig geringere Kosten.

⁵⁵ Diese Funktion konnte aufgrund zeitlicher Restriktionen im Zuge des Projektes nicht umgesetzt werden.

10.4 Kosten des Szenarios 2: Nutzung eines Pflegeinformationsportals für Gelsenkirchen

Die Nutzung des Pflegeinformationsportals von PiQ soll auch informell Pflegenden eine Möglichkeit der Entlastung bieten. Dazu wird nicht allein auf die Angebote in Gelsenkirchen für Pflegebedürftige selbst hingewiesen. Auch Unterstützungs- und Entlastungsangebote, die speziell die informell Pflegenden adressieren, werden auf dem Portal präsentiert. Eine Amortisierung der Kosten für dieses Angebot stellt sich vermutlich über einen längeren Zeitraum hinweg ein, da sich die Wirkung der Unterstützungsangebote dann indirekt auf die Belastungsfähigkeit der informell Pflegenden positiv auswirken kann. Eine Darstellung der Kosten scheint daher für diesen Aspekt schwierig. Dennoch erfolgt eine Übersicht der entstehenden Kosten für die Finanzierungsträger, um eine erste Tendenz aufzuzeigen.

10.4.1 Frau Kaminsky

Ausgangssituation

Frau Marbach, 76 Jahre, hat in Folge eines Sturzereignisses eine Hüftendoprothese erhalten und ist nach der stationären Anschlussheilbehandlung wieder zu Hause. Ihre Tochter Frau Kaminsky übernimmt von diesem Zeitpunkt an die häusliche Pflege ihrer Mutter.

Basisszenario (Frau Kaminsky)

Die Sozialstation des Krankenhauses organisiert noch während des Aufenthalts den Termin für die Neueinstufung des Pflegegrades durch den MDK. Zurück in ihrer Wohnung stellte der Gutachter des MDK bei Frau Marbach einen Pflegegrad 4 fest. Frau Kaminsky meldete sich daraufhin telefonisch bei der Pflegekasse ihrer Mutter, um sich hinsichtlich der Unterstützungsmöglichkeiten, z. B. der Bezuschussung von Umbaumaßnahmen im Badezimmer ihrer Mutter, zu informieren.

Nach einigen Monaten in diesem Pflegearrangement bemerkt Frau Kaminsky, dass sich der gesundheitliche Zustand ihrer Mutter verschlechtert, da sie häufiger verwirrt ist und z. B. nahe Familienangehörige nicht erkennt. Nach der Diagnosestellung einer mittelschweren Alzheimererkrankung ruft Frau Kaminsky erneut bei ihrer Pflegekasse an, um sich über die weiteren Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren. Daraufhin bekommt sie z. B. Sachleistungen wie einen Fahrtenservice zum Arzt/zur Ärztin oder eine Haushaltshilfe, die alle 14 Tage für 90 Minuten die Wohnung ihrer Mutter säubert.

Frau Kaminsky berichtet, dass trotz der Entlastungsleistungen die Pflege ihrer Mutter für sie eine zunehmende Belastung darstellt. Sie hätte gerne von Zeit zu Zeit ein paar Stunden am Nachmittag für sich. Zudem ist sie sehr unsicher, was die Symptome und auch den Verlauf der Erkrankung ihrer Mutter betrifft und befürchtet, sich ggf. falsch zu verhalten und so die Symptome zu verstärken. Sie wünscht sich eine Austauschmöglichkeit mit anderen Betroffenen für mentale Unterstützung und Sicherheit. Nach einigen Monaten ist Frau Kaminsky derart überfordert, dass sie eine Burnout-Erkrankung erleidet. Frau Marbach muss daraufhin in eine stationäre Altenpflegeeinrichtung umziehen, da ihr der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ohne die Unterstützung ihrer Tochter nicht möglich ist.

Abbildung 38 Prozessverlauf Basisszenario 2, Kaminsky

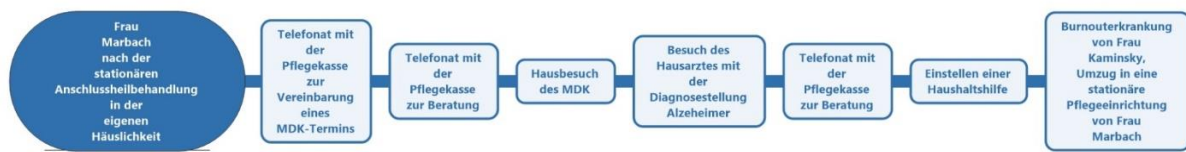


Tabelle 12 Kostenaufstellung Basisszenario 2, Kaminsky

Kostenstelle	Kostenrechnung (Ergänzungen)	Kosten
Pflegegeld als Leistung bei Pflegegrad 4	Bei Pflegegrad 4 erhalten die Betroffenen 728 Euro monatlich (Bundesministerium für Gesundheit, 2019b)	728,00 Euro
Telefonat mit der Pflegekasse und Vereinbarung eines MDK-Termins	Zur Besprechung des Anliegens und Terminfindung werden 30 Minuten veranschlagt; $12,21: 2 = 06,11$ Euro	06,11 Euro
Hausbesuch des MDK		170,71 Euro
Hausarztbesuch		59,97 Euro
Telefonat mit der Pflegekasse zur Beratung (2x)	Je Telefonat wird eine Stunde Beratungszeit veranschlagt $12,21 \times 2 = 24,42$ Euro	24,42 Euro
Haushaltshilfe	Reinigung der Wohnung: 125,00 Euro (Bundesministerium für Gesundheit, 2019a)	125,00 Euro
	Gesamtkosten	1054,24 Euro⁵⁶ (GPV) 59,97 Euro (GKV)

Qualitative Perspektive

Eine schlechte medizinische Versorgung könnte zu Revisionen führen und damit zu weiteren Kosten für die Krankenversicherungen. Darüber hinaus könnte die Selbstständigkeit der Betroffenen beeinträchtigt werden. Somit besteht das Risiko einer Pflegebedürftigkeit oder Höherstufung des Pflegegrades. Dies könnte zu erhöhten Ausgaben der Pflegeversicherung führen.

⁵⁶ Die Zahlung für den Aufenthalt im Pflegeheim erfolgt ab dem Folgemonat. Hier entstehen bei Einstufung in den Pflegegrad 4 mit einer Finanzierung durch die gesetzliche Pflegeversicherung Ausgaben in Höhe von 1.775,00 Euro/monatlich.

Weiterhin zu berücksichtigen ist, dass eine eingeschränkte Selbstständigkeit auch dritte Personen beeinflussen könnte, wie beispielsweise pflegende Angehörige. Durch den erhöhten Pflegeaufwand und der damit einhergehenden möglichen Belastung, könnten die Pflegenden überfordert werden und selbst erkranken. Beispielsweise könnten Rückenbeschwerden oder psychische Erkrankungen aufkommen. Eine höhere Krankheitsrate der pflegenden Angehörigen aufgrund einer verschärften Pflegesituation, könnte sich somit ebenfalls in den Ausgaben der Krankenkassen niederschlagen.

Alternativszenario (Frau Kaminsky)

Die Sozialstation des Krankenhauses machte Frau Kaminsky noch während des Aufenthalts ihrer Mutter auf die Möglichkeit aufmerksam, eine Neueinstufung des Pflegegrades durch den MDK zu beantragen und weist sie zudem auf die Unterstützungs- und Beratungsangebote des Generationennetzes hin.

Frau Kaminsky meldete sich daraufhin telefonisch beim Generationennetz, um sich über das weitere, bestmögliche Vorgehen hinsichtlich der Situation ihrer Mutter zu informieren. Eine Mitarbeiterin des Generationennetzes setzt sich mit Frau Kaminsky und ihrer Mutter in deren Wohnung zusammen und vermittelt Anlaufstellen und Ansprechpartner*innen für das häusliche Pflegearrangement – der MDK-Besuch wird online über das Termin-Formular des MDK organisiert. So kommt ein Gutachter des MDK, der bei Frau Marbach einen Pflegegrad 4 feststellt. Frau Kaminsky meldete sich daraufhin telefonisch bei der Pflegekasse ihrer Mutter, um sich hinsichtlich der Unterstützungsmöglichkeiten, z. B. der Zuschussung von Umbaumaßnahmen im Badezimmer ihrer Mutter, zu informieren. Die Mitarbeiterin des Generationennetzes vermittelt Frau Kaminsky außerdem einen Spaziergangspaten für ihre Mutter sowie eine Selbsthilfegruppe für pflegende Angehörige. Einmal wöchentlich besucht Frau Marbach einen bunten Nachmittag für demenziell veränderte Menschen, so dass Frau Kaminsky an diesem Nachmittag Zeit für sich nehmen kann.

Nach einigen Monaten in diesem Pflegearrangement bemerkt Frau Kaminsky, dass sich der gesundheitliche Zustand ihrer Mutter verschlechtert, da sie häufiger verwirrt ist und z. B. nahe Familienangehörige nicht erkennt. Nach der Diagnosestellung einer mittelschweren Alzheimererkrankung ruft Frau Kaminsky erneut bei ihrer Pflegekasse an, um sich über die weiteren Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren. Daraufhin bekommt sie z. B. Sachleistungen wie eine Haushaltshilfe, die alle 14 Tage für 90 Minuten die Wohnung ihrer Mutter säubert.

Frau Kaminsky ist mit den örtlichen Unterstützungsmöglichkeiten und ehrenamtlichen Hilfeleistungen in Gelsenkirchen vertraut. Sie nutzt die Entlastungsangebote und den Austausch mit anderen pflegenden Angehörigen, was ihr Sicherheit und emotionale Entlastung bietet.

Abbildung 39 Prozessverlauf Alternativszenario 2, Kaminsky



Tabelle 13 Kostenaufstellung Alternativszenario 2, Kaminsky

Kostenstelle	Kostenrechnung (Ergänzungen)	Kosten
Pflegegeld als Leistung bei Pflegegrad 4		728,00 Euro
Hausbesuch des MDK		170,71 Euro
Hausarztbesuch		59,97 Euro
Telefonat mit der Pflegekasse zur Beratung (2x)	Je Telefonat wird eine Stunde Beratungszeit veranschlagt 12,21 x 2 = 24,42 Euro	24,42 Euro
Haushaltshilfe	Reinigung der Wohnung: 125 Euro (pflege.de)	125,00 Euro
Betrieb der Plattform		Einmalig ergeben sich pro Nutzer*in Kosten von 7,76 Euro; Monatlich: 0,28 Euro
	Gesamtkosten	1.056,17 Euro (GPV) 59,97 Euro (GKV)

10.4.2 Herr Kameier

Ausgangssituation

Frau Kameier, 72, hat in Folge eines Sturzereignisses eine Hüftendoprothese erhalten und ist nach der stationären Anschlussheilbehandlung wieder zu Hause. Ihr Ehemann Herr Kameier pflegt seine Frau bereits seit 11 Jahren, da Frau Kameier zu dieser Zeit nach einem schweren Sturz unter starken motorischen Einschränkungen leidet. Für längere Strecken benutzt sie einen Rollstuhl, kürzere Wege konnte sie bislang alleine zurücklegen. Die Sozialstation des Krankenhauses machte Herrn Kameier noch während des Aufenthalts seiner Frau auf die Möglichkeit aufmerksam, eine Neubegutachtung durch den MDK vornehmen zu lassen, um weitere Pflegeleistungen zur Unterstützung in der häuslichen Pflege nutzen zu können.

Basisszenario (Herr Kameier)

Herr Kameier vereinbart daher online einen Termin zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit. Zurück in der Wohnung des Ehepaars Kameier kommt ein Gutachter des MDK, der bei Frau Kameier einen

Pflegegrad 3 feststellt. Herr Kameier informiert sich daraufhin online auf der Homepage der Pflegekasse seiner Frau hinsichtlich der Unterstützungsmöglichkeiten, z. B. der Bezuschussung von Umbaumaßnahmen im Badezimmer.

Nach einigen Monaten in diesem Pflegearrangement bemerkt Herr Kameier, dass sich der gesundheitliche Zustand seiner Frau verschlechtert, da sie häufiger Dinge vergisst. Nach der Diagnosestellung einer leichten demenziellen Veränderung informiert sich Herr Kameier auf der Pflegekassen-Homepage erneut über weitere Unterstützungsleistungen. Er wird auf die Möglichkeit aufmerksam, eine telefonische Beratung in Anspruch zu nehmen. Bei diesem Telefonat entschließt sich Herr Kameier für die Option, mittels Entlastungsbeitrag eine Haushaltshilfe einzustellen.

Herr Kameier berichtet, dass trotz der Entlastungsleistungen die Pflege seiner Frau für ihn eine zunehmende Belastung darstellt. Er hätte gerne von Zeit zu Zeit ein paar Stunden am Nachmittag für sich. Der Austausch mit anderen Betroffenen würden ihm guttun, um mit der Situation besser umgehen zu können.

Abbildung 40 Prozessverlauf Basisszenario 2, Kameier

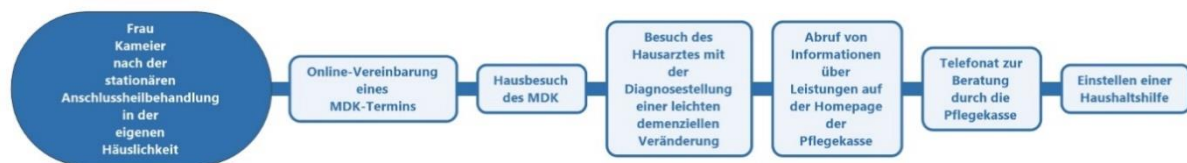


Tabelle 14 Kostenaufstellung Basisszenario 2, Kameier

Kostenstelle	Kostenrechnung (Ergänzungen)	Kosten
Pflegegeld als Leistung bei Pflegegrad 3	545,00 Euro (Bundesministerium für Gesundheit, 2019b)	545,00 Euro
Hausbesuch des MDK		170,71 Euro
Hausarztbesuch		59,97 Euro
Telefonat mit der Pflegekasse zur Beratung	Bruttostundenlohn von 12,21 Euro Je Telefonat wird eine Stunde Beratungszeit veranschlagt	12,21 Euro
Haushaltshilfe	Reinigung der Wohnung: 125,00 Euro (Bundesministerium für Gesundheit, 2019a)	125,00 Euro
	Gesamtkosten	852,92 Euro (GPV) 59,97 Euro (GKV)

Qualitative Perspektive

Das Pflegearrangement, in dem sich Frau und Herr Kameier bewegen, kann als prekär angesehen werden. Durch die immense körperliche und psychische Belastung von Herrn Kameier ist fraglich, ob dieser

die Versorgung über einen längeren Zeitraum aufrechtzuerhalten vermag. Zudem ist damit zu rechnen, dass sich aufgrund der Belastungen mittel- oder langfristig auch bei Herrn Kameier gesundheitliche Einschränkungen einstellen könnten, wie z. B. eine Burnout-Erkrankung.

Alternativszenario (Herr Kameier)

Zudem weist der Sozialdienst auf die Beratungs- und Unterstützungsleistungen des Generationennetzes hin. Herr Kameier vereinbart daraufhin online einen Beratungstermin beim Generationennetz, um sich über das weitere, bestmögliche Vorgehen hinsichtlich der Situation seiner Frau zu informieren. Eine Mitarbeiterin des Generationennetzes besucht das Ehepaar Kameier in dessen Wohnung und vermittelt Anlaufstellen und Ansprechpartner*innen für das häusliche Pflegearrangement als zusätzliche Unterstützung zu den Leistungen der Pflegekasse.

Über die Homepage von PiQ erhält Herr Kameier eine erste Übersicht zu den Unterstützungsmöglichkeiten, z. B. der Bezuschussung von Umbaumaßnahmen im Badezimmer und die Möglichkeit, den Entlastungsbetrag zu beantragen. Anschließend kommt ein Gutachter des MDK, der bei Frau Kameier einen Pflegegrad 3 feststellt. Die Mitarbeiterin des Generationennetzes vermittelt dem Ehepaar Kameier außerdem einen Spaziergangspaten, der mit Frau Kameier einmal wöchentlich eine kleine Tour im Rollstuhl unternimmt sowie eine Selbsthilfegruppe für pflegende Angehörige. Herr Kameier nutzt das PiQ-Informationsportal, um über Aktionen, Veranstaltungen und Unterstützungsmöglichkeiten in Gelsenkirchen auf dem neuesten Stand zu bleiben und installiert die PiQ-App auf seinem Smartphone.

Nach einigen Monaten in diesem Pflegearrangement bemerkt Herr Kameier, dass sich der gesundheitliche Zustand seiner Frau verschlechtert, da sie häufiger Dinge vergisst. Nach der Diagnosestellung einer leichten demenziellen Veränderung informiert sich Herr Kameier auf dem PiQ-Pflegeportal erneut über weitere Unterstützungsleistungen. Er nutzt die Informationen zu demenziellen Erkrankungen und findet über diesen Kanal weitere Unterstützungsangebote, wie die Teilnahme an bunten Nachmittagen für seine Frau, um mehr Entlastung zu erfahren.

Abbildung 41 Prozessverlauf Alternativszenario 2, Kameier



Tabelle 15 Kostenaufstellung Alternativszenario 2, Kameier

Kostenstelle	Kostenrechnung (Ergänzungen)	Kosten
Pflegegeld als Leistung bei Pflegegrad 3	Bei Pflegegrad 3 erhalten die Betroffenen 545 Euro monatlich (Bundesministerium für Gesundheit, 2019b)	545,00 Euro
Hausbesuch des MDK		170,71 Euro
Hausarztbesuch		59,97 Euro
Haushaltshilfe	Reinigung der Wohnung: 125,00 Euro (Bundesministerium für Gesundheit, 2019a)	125,00 Euro
Betrieb der Plattform		Einmalig 7,76 Euro; Monatlich: 0,28 Euro
	Gesamtkosten	59,97 Euro (GKV) 848,75 Euro (GPV)

10.5 Kosten des Szenarios 3: Medikamentenmanagement zum digitalen Abruf des Medikationsplans

Szenario 3 zielt auf einen veränderten Versorgungsprozess durch den Einsatz des digital abrufbaren Medikationsplans ab. Zu einer übersichtlichen Darstellung der einzusparenden Kosten wird in diesem Szenario vor allem auf die zeitnahe Verfügbarkeit von Art, Indikation und Dosierung der Medikamente abgestellt, da diese für eine schnellstmögliche Behandlung, im Falle einer Femurfraktur eine Operation unter Vollnarkose, bekannt sein müssen. Im Szenario wird ein Samstag als Tag des Sturzereignisses gewählt, so dass es unwahrscheinlich erscheint, an diesem Tag Informationen über die Medikation über weitere Akteure, etwa den Hausarzt/die Hausärztin, in Erfahrung bringen zu können. Weitere Funktionen, die über die PiQ-App genutzt werden können und ebenfalls für das Szenario eines Sturzereignisses herangezogen werden können, wie die Ortungsfunktion, werden in einem separaten Szenario erprobt und auf ihre Kosteneffizienz analysiert.

10.5.1 Frau Pössmann

Ausgangssituation

Frau Pössmann beschloss an einem Samstagmorgen, einen kleinen Spaziergang zu machen, um ihren Kreislauf in Schwung zu bringen. Sie plante nur kurz unterwegs zu sein und verzichtete aus diesem Grund auf ihren Scooter. Während ihres Spaziergangs stolperte sie über eine Baumwurzel, so dass sie plötzlich stürzte. Dabei legte sich Frau Pössmann einen schmerzhaften Oberschenkelhalsbruch zu. Der herbeigerufene Krankenwagen brachte sie ins Krankenhaus, wo sie sich einer Operation mit dem Einsetzen einer Hüftendoprothese unterziehen muss. Um diese schnellstmöglich in die Wege leiten zu können, erkundigen sich die Ärzt*innen bei Frau Pössmann nach ihrer Medikamenteneinnahme. Diese

steht durch ihren Sturz unter Schock und kann sich nicht genau an die Namen der Medikamente erinnern.

Basisszenario (Frau Pössmann)

Nachdem ihr Ehemann über den Sturz seiner Frau informiert worden ist, eilt Herr Kameier ins Krankenhaus. Er hat zwar die Papierabschnitte der Medikamentenpackungen, die das Ehepaar für gewöhnlich für die Nachbestellung der Medikamente beim Hausarzt von Frau Pössmann aufhebt, dabei und kann somit benennen, mit welchen Medikamenten seine Frau versorgt wird. Er kann jedoch keine Angaben über die Dosierung dieser Medikamente machen. Er fährt erneut in die Wohnung des Ehepaares, um den Medikamentenplan in Papierform zu beschaffen. Dies verzögert die Operation von Frau Pössmann um einige Stunden, was zu einigen Komplikationen beiträgt und den Krankenhausaufenthalt von Frau Pössmann verlängert.

Abbildung 42 Prozessverlauf Basisszenario 3, Pössmann

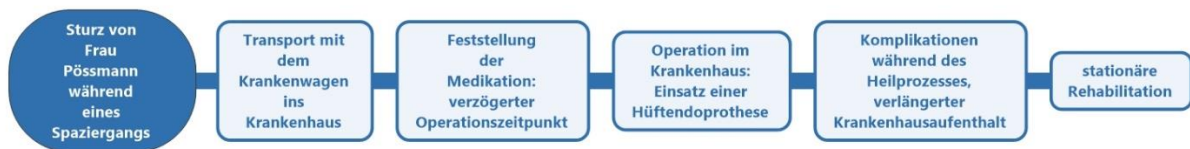


Tabelle 16 Kostenaufstellung Basisszenario 3, Pössmann

Kostenstelle	Kostenrechnung (Ergänzungen)	Kosten
Rettungstransport durch RTW		335,70 Euro
Medizinische Krankenhausbehandlung	$3.447,43 \text{ €} \times (2,268 + 0,079 \times 2 \text{ Tage})$	8.363,47 €
	Komplikationskostenanteil	856,86 Euro
Rehabilitation	$21,2 \text{ Tage} \times 200,28 \text{ €}$	4.245,94 €
	Gesamtkosten	13.801,97 Euro (GKV)

Alternativszenario (Frau Pössmann)

Frau Pössmann verfügt auf ihrem Smartphone jedoch über die App von Pflege im Quartier und kann auf diesem Wege die Informationen über ihre Medikation abrufen und den Ärzt*innen zur Verfügung stellen.

Durch die darauf schnell eingeleitete Operation, die innerhalb der nächsten sechs Stunden durchgeführt werden konnte, verlief der Eingriff ohne Komplikationen. Frau Pössmann konnte durch den guten Verlauf bereits nach wenigen Tagen aus dem Krankenhaus in eine Rehabilitationseinrichtung entlassen werden.

Abbildung 43 Prozessverlauf Alternativszenario 3, Pössmann



Tabelle 17 Kostenaufstellung Alternativszenario 3, Pössmann

Kostenstelle	Kostenrechnung (Ergänzungen)	Kosten
Rettungstransport durch RTW		335,70 Euro
Betrieb der Plattform		Einmalig 7,76 Euro; Monatlich: 0,28 Euro
Medizinische Krankenhausbehandlung	$3.447,43 \text{ €} \times (2,268 + 0,079 \times 2 \text{ Tage})$	8.363,47 €
Rehabilitation	$21,2 \text{ Tage} \times 200,28 \text{ €}$	4.245,94 €
	Gesamtkosten	12.945,11 Euro (GKV) 8,04 Euro (GPV)

10.5.2 Herr Ükcel

Ausgangssituation

Herr Ükcel beschloss an einem Samstagmorgen, einen kleinen Spaziergang zu machen, um seinen Kreislauf in Schwung zu bringen. Während seines Spaziergangs merkte er jedoch, dass die Kraft in seinen Beinen langsam nachließ, so dass er plötzlich stürzte. Dabei legte sich Herr Ükcel einen schmerzhaften Oberschenkelhalsbruch zu. Der herbeigerufene Krankenwagen brachte ihn ins Krankenhaus, wo er sich einer Operation mit dem Einsetzen einer Hüftendoprothese unterziehen muss. Um diese schnellstmöglich in die Wege leiten zu können, erkundigen sich die Ärzt*innen bei Herrn Ükcel nach seiner Medikamenteneinnahme. Dieser steht durch ihren Sturz unter Schock und kann sich nicht genau an die Namen der Medikamente erinnern.

Basisszenario (Herr Ükcel)

Nachdem seine Lebensgefährtin über den Sturz ihres Partners informiert worden ist, eilt sie ins Krankenhaus. Sie hat zwar die Papierabschnitte der Medikamentenpackungen, die Herr Ükcel für gewöhnlich für die Nachbestellung der Medikamente bei seinem Hausarzt aufhebt, dabei und kann somit benennen, mit welchen Medikamenten Herr Ükcel versorgt wird. Sie kann jedoch keine Angaben über die Dosierung dieser Medikamente machen. Sie fährt erneut in die Wohnung von Herrn Ükcel, um den Medikamentenplan in Papierform zu beschaffen. Dies verzögert die Operation von Herrn Ükcel um

einige Stunden, was zu einigen Komplikationen beiträgt und den Krankenhausaufenthalt von Herrn Ükcel verlängert.

Abbildung 44 Prozessverlauf Basisszenario 3, Ükcel

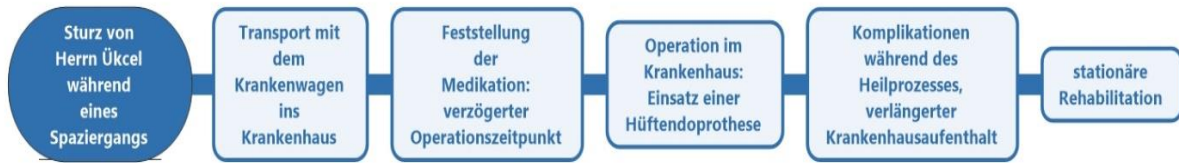


Tabelle 18 Kostenaufstellung Basisszenario 3, Ükcel

Kostenstelle	Kostenrechnung (Ergänzungen)	Kosten
Rettungstransport durch RTW		335,70 Euro
Medizinische Krankenhausbehandlung	$3.447,43 \text{ €} \times (2,268 + 0,079 \times 2 \text{ Tage})$	8.363,47 €
	Komplikationskostenanteil	856,86 Euro
Rehabilitation	$23,8 \text{ Tage} \times 200,28 \text{ €}$	4.766,66 Euro
	Gesamtkosten	14.322,69 Euro (GKV)

Alternativszenario (Herr Ükcel)

Nachdem seine Lebensgefährtin über den Sturz ihres Partners informiert worden ist, eilt sie ins Krankenhaus. Sie verfügt auf ihrem Smartphone jedoch über die App von Pflege im Quartier und kann auf diesem Wege die Informationen über die Medikation von Herrn Ükcel abrufen und den Ärzt*innen zur Verfügung stellen.

Durch die darauf schnell eingeleitete Operation, die innerhalb von 24 Stunden durchgeführt werden konnte, verlief der Eingriff ohne Komplikationen. Herr Ükcel konnte durch den guten Verlauf nach wenigen Tagen aus dem Krankenhaus in eine Rehabilitationseinrichtung entlassen werden.

Abbildung 45 Prozessverlauf Alternativszenario 3, Ükcel



Tabelle 19 Kostenaufstellung Alternativszenario 3, Ükcel

Kostenstelle	Kostenrechnung (Ergänzungen)	Kosten
Rettungstransport durch RTW		335,70 Euro
Betrieb der Plattform		Einmalig 7,76 Euro; Monatlich: 0,28 Euro
Medizinische Krankenhausbehandlung	$3.447,43 \text{ €} \times (2,268 + 0,079 \times 2 \text{ Tage})$	8.363,47 €
Rehabilitation	$23,8 \text{ Tage} \times 200,28 \text{ €}$	4.766,66 Euro
	Gesamtkosten	13.465,83 Euro (GKV) 8,04 Euro (GPV)

Qualitative Perspektive

Obwohl Herr Ükcel aufgrund seiner geringen Technikaffinität nicht selbst auf die App und somit den Medikationsplan zugreifen kann, ist dieser über seine Lebensgefährtin verfügbar, was die bevorstehende Operation nur geringfügig verzögert. Somit ist für Herrn Ükcel und den weiteren Krankheitsverlauf aufgrund der zeitlichen Verzögerung ohne Komplikationen auszugehen, wenngleich sich die längere Wartezeit ggf. negativ auf sein Wohlbefinden auswirken könnte.

10.6 Kosten des Szenarios 4: Informierendes Entlassmanagement

Hintergrund des Szenarios 4 ist die Chance, durch ein standardisiertes Entlassmanagement, in dessen Rahmen auch die Unterstützungs- und Informationsmöglichkeiten in Gelsenkirchen durch das Generationennetz aufgezeigt werden, gezielt zu nutzen. Die Betroffenen, insbesondere Pflegebedürftige sowie informell Pflegenden können über dieses Verfahren bereits vor Entlassung in die eigene Häuslichkeit an kompetente Ansprechpartner*innen vermittelt werden, was dazu verhilft, Pflegearrangements frühstmöglich (um-)zu gestalten und die Vernetzung mit unterstützenden Instanzen auf den Weg zu bringen. Zudem können die Mitarbeiter*innen des Entlassmanagements direkt einen Zugang zur PiQ-Plattform gemeinsam mit den Betroffenen anlegen, so dass die darauf bereitgestellten Informationen und Anwendungen direkt genutzt werden können.

10.6.1 Frau Kaminsky

Ausgangssituation

Frau Marbach, 85 Jahre, hat in Folge eines Sturzereignisses eine Hüftendoprothese erhalten und soll in wenigen Tagen aus dem Krankenhaus entlassen werden.

Ihre Tochter, Frau Kaminsky, steht nun vor einigen Entscheidungen, die sie innerhalb kürzester Zeit fällen muss: Sie weiß nicht, ob sie es weiterhin schaffen wird, ihre Mutter alleine zuhause zu pflegen und ob sie selbst für den Transport ihrer Mutter zur ambulanten Nachbehandlung sorgen muss. Auch hinsichtlich der körperlichen Belastung ist sie sich nicht sicher, ob sie es alleine bewältigen wird, ihre

Mutter zu heben und ob sie Unterstützungsleistungen beantragen kann. Sie macht sich große Sorgen, da jede Pflege durch Fremde oder gar eine fremde Umgebung die kognitive Verfassung ihrer demenziell veränderten Mutter verschlechtern könnten.

Basisszenario (Frau Kaminsky)

Als Frau Marbach schließlich aus der stationären Behandlung entlassen wird, ist das neue Versorgungsarrangement noch nicht vollends eingerichtet, so dass Frau Kaminsky stark überfordert ist. Bei dem Versuch, ihre Mutter zu duschen, rutscht Frau Kaminsky aus, Frau Marbach stürzt und muss erneut ins Krankenhaus eingeliefert werden. Es kommt zu einer Luxation ihrer Endoprothese und sie muss sich nach einer Krankenhausbehandlung erneut einer stationären Rehabilitation unterziehen.

Abbildung 46 Prozessverlauf Basisszenario 4, Kaminsky



Tabelle 20 Kostenaufstellung Basisszenario 4, Kaminsky

Kostenstelle	Kostenrechnung (Ergänzungen)	Kosten
Rettungstransport durch RTW		335,70 Euro
Kosten zur Behandlung der Luxation einer Endoprothese	Es wird von einer mittleren Verweildauer ausgegangen.	1.920,22 €
Rehabilitation	21,6 Tage × 200,28 €	4.326,05 Euro
	Gesamtkosten	6.581,97 Euro (GKV)

Qualitative Perspektive

Neben den direkten Kosten aus Perspektive der GKV und PKV sollte ebenfalls der immense Verlust an Lebensqualität durch den geschilderten Vorfall bedacht werden. So muss Frau Marbach starke Schmerzen erdulden und wird künftig ggf. stärker in ihrer Mobilität eingeschränkt sein als zuvor. Auch die Lebensqualität von Frau Kaminsky leidet, da sie den zweiten Unfall ihrer Mutter ungewollt verursachte.

Alternativszenario (Frau Kaminsky)

Der Sozialdienst des Krankenhauses macht Frau Kaminsky eine Woche vor der Entlassung ihrer Mutter auf die Angebote des Generationennetzes aufmerksam und händigt ihr die Karte aus. Frau Kaminsky vereinbart daraufhin telefonisch einen Termin mit der Mitarbeiterin des Generationennetzes. Die Mitarbeiterin trifft sich mit Frau Kaminsky in der Wohnung ihrer Mutter, um sich einen Überblick über die

häusliche Pflegesituation zu verschaffen. Sie gibt Frau Kaminsky die jeweiligen Ansprechpartner*innen mit Kontaktdaten an die Hand, um Kurzzeitpflege, Fahrdienste sowie etwaige Umbaumaßnahmen bei Bedarf in die Wege zu leiten und versorgt sie mit Angeboten von Ehrenamtlichen und caritativen Einrichtungen, um eine bestmögliche Unterstützung zu bieten. Sie macht Frau Kaminsky außerdem auf die Möglichkeit der Techniktreffs aufmerksam, so dass diese lernt, sich über das Online-Portal von Pflege im Quartier aktuelle Informationen und Angebote in Gelsenkirchen rund um das Krankheitsbild und die Belange ihrer Mutter zu holen. Auch zu ihrer Entlastung stehen hier Informationen zu entsprechenden Angeboten bereit.

Frau Kaminsky ist beruhigt und bewältigt, nach anfänglich größerer Anstrengung, die häusliche Pflege ihrer Mutter zunehmend besser.

Abbildung 47 Prozessverlauf Alternativszenario 4, Kaminsky



Tabelle 21 Kostenaufstellung Alternativszenario 4, Kaminsky

Kostenstelle	Kostenrechnung (Ergänzungen)	Kosten
Betrieb der Plattform		Einmalig 7,76 Euro; Monatlich: 0,28 Euro
	Gesamtkosten	8,04 Euro (GPV)

Qualitative Perspektive

Die Lebensqualität von Frau Kaminsky als pflegende Angehörige kann durch die Unterstützungs- und Austauschmöglichkeiten gefördert werden. Mittel- und langfristig betrachtet kann so einer vorzeitigen Beendigung des häuslichen Pflegearrangements entgegengewirkt werden, was sich indirekt positiv auf die anfallenden Kosten für die PKV auswirken könnte.

10.6.2 Herr Kameier

Ausgangssituation

Frau Kameier hat in Folge eines Sturzereignisses eine Hüftendoprothese erhalten und soll in wenigen Tagen aus dem Krankenhaus entlassen werden.

Ihr Ehemann steht nun vor einigen Entscheidungen, die er innerhalb kürzester Zeit fällen muss: er weiß nicht, ob er es weiterhin schaffen wird, seine Frau alleine zuhause zu pflegen und ob er selbst für ihren Transport zur ambulanten Rehabilitation sorgen muss. Auch hinsichtlich der körperlichen Belastung ist er sich nicht sicher, ob er es alleine bewältigen wird, seine Frau zu heben und ob er Unterstützungsleistungen beantragen kann.

Basisszenario (Herr Kameier)

Als Frau Kameier schließlich aus dem Krankenhaus entlassen wird, ist das neue Versorgungsarrangement noch nicht vollends eingerichtet, so dass Herr Kameier stark überfordert ist. Bei dem Versuch, seine Frau zu duschen, rutscht Herr Kameier aus, Frau Kameier stürzt und muss erneut ins Krankenhaus eingeliefert werden. Es kommt zu einer Luxation ihrer Endoprothese und sie muss sich nach einer Krankenhausbehandlung erneut einer stationären Rehabilitation unterziehen.

Abbildung 48 Prozessverlauf Basisszenario 4, Kameier



Tabelle 22 Kostenaufstellung Basisszenario 4, Kameier

Kostenstelle	Kostenrechnung (Ergänzungen)	Kosten
Rettungstransport durch RTW		335,70 Euro
Kosten zur Behandlung der Luxation einer Endoprothese	Es wird von einer mittleren Verweildauer ausgegangen.	1.920,22 Euro
Rehabilitation	21,2 Tage × 200,28 €	4.245,94 Euro
	Gesamtkosten	6.501,86 Euro

Alternativszenario (Herr Kameier)

Der Sozialdienst des Krankenhauses macht Herrn Kameier eine Woche vor der Entlassung seiner Frau auf die Angebote des Generationennetzes aufmerksam und händigt ihm die Karte aus. Herr Kameier vereinbart daraufhin online einen Termin mit der Mitarbeiterin des Generationennetzes. Die Mitarbeiterin trifft sich mit Herrn Kameier in der Wohnung des Ehepaares, um sich einen Überblick über die häusliche Pflegesituation zu verschaffen. Sie gibt Herrn Kameier die jeweiligen Ansprechpartner*innen mit Kontaktdaten an die Hand, um Kurzzeitpflege, Fahrdienste sowie etwaige Umbaumaßnahmen bei Bedarf in die Wege leiten zu können und versorgt sie mit Angeboten von Ehrenamtlichen und caritativen Einrichtungen, um eine bestmögliche Unterstützung zu bieten. Sie macht Herrn Kameier außerdem auf das Online-Portal von Pflege im Quartier sowie die App aufmerksam, mit denen er sich aktuelle Informationen und Angebote in Gelsenkirchen rund um das Krankheitsbild und die Belange seiner Frau einholen kann. Auch zu seiner Entlastung stehen hier Informationen zu entsprechenden Angeboten bereit.

Herr Kameier ist beruhigt und bewältigt, nach anfänglich größerer Anstrengung, die häusliche Pflege seiner Frau zunehmend besser.

Abbildung 49 Prozessverlauf Alternativszenario 4, Kameier



Tabelle 23 Kostenaufstellung Alternativszenario 4, Kameier

Kostenstelle	Kostenrechnung (Ergänzungen)	Kosten
Betrieb der Plattform		Einmalig 7,76 Euro; Monatlich: 0,28 Euro
	Gesamtkosten	8,04 Euro (GPV)

Qualitative Perspektive

Neben den einzusparenden Kosten ist in diesem Szenario die verbesserte Lebensqualität der Nutzer*innen deutlich hervorzuheben: So ist es für die Betroffenen von ausschlaggebender Bedeutung, ob sich Herr Kameier durch die Unterstützung mit der Pflege seiner Frau arrangieren und diese bewältigen kann. Auch Frau Kameier profitiert davon, zurück in die eigene Häuslichkeit zu können und ihren Genesungsprozess voranzutreiben und sich nicht erneut einem schmerzhaften Sturzereignis und dessen Folgen aussetzen zu müssen.

10.7 Kosten des Szenarios 5: Ortungsfunktion

Mit dem Szenario 5 soll der Nutzen der Ortungsfunktion der PiQ-App verdeutlicht werden. Durch die Ortungsfunktion kann der/die pflegende Angehörige den Aufenthaltsort des Pflegebedürftigen ermitteln und im Falle eines Notfalls zeitnah Hilfen anfordern. Die Ortungsfunktion soll den Pflegebedürftigen mehr Sicherheit im Alltag geben und ihnen so ein möglichst selbstständiges Leben auch außerhalb der eigenen Häuslichkeit ermöglichen. Die Ortungsfunktion der PiQ-App kann damit gleichzeitig als Entlastung der pflegenden Angehörigen bewertet werden. Aber auch für die Kranken- und Pflegekasernen könnten sich ökonomische Vorteile durch eine derartige Funktion der PiQ-App ergeben. Durch die schnelle Lokalisation des/der Pflegebedürftigen und der damit verbundenen zeitnahen Hilfeanforderung, könnte eine schnelle medizinische Versorgung des/der Betroffenen sichergestellt werden. Dies könnte dazu beitragen, medizinische Komplikationen zu reduzieren und die Heilungschancen der Betroffenen zu verbessern – ähnlich, wie dies auch in Szenario 3 durch Einsatz des digitalen Medikationsplans vorgesehen ist.

10.7.1 Frau Pössmann

Ausgangssituation

Nachdem sich Herr Pössmann am Morgen auf dem Weg zu seiner Arbeit aufmachte, beschloss Frau Pössmann ohne Wissen Ihres Mannes einen Spaziergang im nahegelegenen Waldstück zu machen. Sie plante nur kurz unterwegs zu sein und verzichtete aus diesem Grund auf ihren Scooter, da dieser für die Waldwege nicht geeignet war. Während ihres Spaziergangs übersah Frau Pössmann eine Baumwurzel, stolperte und stürzte. Dabei erlitt sie einen schmerzhaften Oberschenkelhalsbruch. Frau Pössmann versuchte mit Ihrem Smartphone Hilfe zu rufen. Aufgrund ihrer motorischen Beeinträchtigung und der zusätzlich starken Schmerzen gelang es ihr jedoch nicht ihr Smartphone in ihrer Tasche zu greifen, welche durch den Sturz neben sie gefallen war. Auch ihre verzweifelten Hilferufe konnte niemand hören, da sich nur selten andere Spaziergänger*innen in dem Waldstück aufhielten.

Basisszenario (Frau Pössmann)

Erst nach 8 Stunden wurde die verletzte Frau Pössmann aufgefunden und mit einem Rettungswagen ins Krankenhaus gebracht, da sich ihr Mann nach mehrmaligen vergeblichen Anrufen auf die Suche nach seiner Frau machte. Aufgrund der späten Einlieferung ins Krankenhaus und (damit einhergehenden) Schwierigkeiten bei der Organisation der Behandlung, konnte eine operative Versorgung erst nach 48 Stunden durchgeführt werden. Schließlich kam es während des Eingriffs aufgrund des späten Operationszeitpunktes zu Komplikationen, die dazu führten, dass Frau Pössmann insgesamt 20 Tage im Krankenhaus verweilen musste. Nach Abschluss der Krankenhausbehandlung wurde Frau Pössmann in eine stationäre Rehabilitation überwiesen. In der Rehabilitationseinrichtung verweilte Frau Pössmann weitere 21,2 Tage bevor sie zu sich nach Hause entlassen werden konnte.

Abbildung 50 Prozessverlauf Basisszenario 5, Pössmann



Tabelle 24 Kostenaufstellung Basisszenario 5, Pössmann

Kostenstelle	Kostenrechnung (Ergänzungen)	Kosten
Rettungs-transport		335,70 €
Medizinische Krankenhaus-behandlung	$3.447,43 \text{ €} \times (2,268 + 0,079 \times 2 \text{ Tage})$	8.363,47 €
	Komplikationskostenanteil	619,28 €
Rehabilitation	$21,2 \text{ Tage} \times 200,28 \text{ €}$	4.245,94 €
	Gesamtkosten	13.564,39 € (GKV)

Alternativszenario (Frau Pössmann)

Frau Pössmann wurde 4 Stunden nach ihrem Sturz durch ihren Mann aufgefunden, der aufgrund der längeren Abwesenheit seiner Frau und mehrmaligen vergeblichen Anrufen die Ortungsfunktion der PiQ-App benutzte. Dabei stellte er fest, dass sich seine Frau in dem nahegelegenen Waldstück befand und machte sich sofort auf dem Weg zu ihr. Als er seine Frau auf dem Boden auffand, verständigte er direkt den Notruf, sodass Frau Pössmann zeitnah ins Krankenhaus gebracht werden konnte. Da die Operation innerhalb von 48 Stunden durchgeführt werden konnte, verlief der Eingriff ohne Komplikationen. Durch den guten Verlauf der Operation konnte Frau Pössmann bereits nach insgesamt 12 Tagen aus dem Krankenhaus in eine stationäre Rehabilitationseinrichtung entlassen werden. In der Rehabilitation verbrachte Frau Pössmann anschließend 21,2 Tage bevor sie wieder in ihr gewohntes Umfeld zurückkehren konnte.

Abbildung 51 Prozessverlauf Alternativszenario 5, Pössmann



Im Alternativszenario liegen die gleichen Kostenstellen wie im Basisszenario vor. Da Frau Pössmann jedoch mit Hilfe der PiQ-App zu einem früheren Zeitpunkt aufgefunden und medizinisch behandelt werden konnte, traten keine Komplikationen während der Operation auf. Von einer Berechnung des Komplikationskostenanteils wird aus diesem Grund abgesehen. Aufgrund des positiven Verlaufs der Behandlung wurde weiterhin davon ausgegangen, dass sich die Krankenhausverweildauer im Vergleich zum Basisszenario auf 12 Tage reduziert. Die angenommene Verweildauer liegt somit innerhalb der Bandbreite der DRG I47B von 4 bis 18 Tagen. Folglich können für die Krankenhausbehandlung des Alternativszenarios Kosten in Höhe von 7.818,77 Euro für die Krankenkassen veranschlagt werden. Da sich die Verweildauer in der stationären Rehabilitationseinrichtung im Vergleich zum Basisszenario nicht ändert, liegen für die Krankenkassen ebenso Ausgaben in Höhe von 4.467,05 Euro vor.

Tabelle 25 Kostenaufstellung Alternativszenario 5, Pössmann

Kostenstelle	Kostenrechnung (Ergänzungen)	Kosten
Rettungs-transport		335,70 €
Medizinische Krankenhaus-behandlung	$3.447,43 \text{ €} \times (2,268 + 0,079 \times 2 \text{ Tage})$	7.818,77 €
Rehabilitation	$21,2 \text{ Tage} \times 200,28 \text{ €}$	4.245,94 €
	Gesamtkosten	12.400,41 € (GKV)

10.7.2 Herr Ükcel

Ausgangssituation

Nachdem sich die Lebensgefährtin von Herrn Ükcel am Morgen auf dem Weg zu ihrer Arbeit aufmachte, beschloss Herr Ükcel ohne Wissen seiner Partnerin einen Spaziergang im nahegelegenen Waldstück zu machen. Während seines Spaziergangs übersah Herr Ükcel eine Baumwurzel, stolperte und stürzte. Dabei legte er sich einen schmerzhaften Oberschenkelhalsbruch zu. Herr Ükcel versuchte mit seinem Smartphone Hilfe zu rufen. Aufgrund seiner motorischen Beeinträchtigung und der zusätzlich starken Schmerzen gelang es ihm jedoch nicht, sein Smartphone zu greifen. Auch seine verzweifelten Hilferufe konnte niemand hören, da sich nur selten andere Spaziergänger*innen in dem Waldstück aufhielten.

Basisszenario (Herr Ükcel)

Erst nach acht Stunden wurde der verletzte Herr Ükcel von Passant*innen aufgefunden und mit einem Rettungswagen ins Krankenhaus gebracht. Aufgrund der späten Einlieferung ins Krankenhaus und (damit einhergehenden) Schwierigkeiten bei der Organisation der Behandlung, konnte eine operative Versorgung erst nach 24 Stunden durchgeführt werden. Schließlich kam es während des Eingriffs aufgrund des späten Operationszeitpunktes zu Komplikationen, die dazu führten, dass Herr Ükcel insgesamt 20 Tage im Krankenhaus verweilen musste. Nach Abschluss der Krankenhausbehandlung wurde Herr Ükcel in eine stationäre Rehabilitation überwiesen. In der Rehabilitationseinrichtung verweilte Herr Ükcel weitere 21,2 Tage bevor er zu sich nach Hause entlassen werden konnte.

Abbildung 52 Prozessverlauf Basisszenario 5, Ükcel



Tabelle 26 Kostenaufstellung Basisszenario 5, Ükcel

Kostenstelle	Kostenrechnung (Ergänzungen)	Kosten
Rettungs-transport		335,70 €
Medizinische Krankenhaus-behandlung	$3.447,43 \text{ €} \times (2,268 + 0,079 \times 2 \text{ Tage})$	8.363,47 €
	Komplikationskostenanteil	619,28 €
Rehabilitation	$21,2 \text{ Tage} \times 200,28 \text{ €}$	4.245,94 €
	Gesamtkosten	13.564,39 € (GKV)

Alternativszenario (Herr Ükcel)

Herr Ükcel wurde 4 Stunden nach seinem Sturz durch seine Lebensgefährtin aufgefunden, die in ihrer Pausenzeit nach mehrmaligen vergeblichen Anrufen bei Herrn Ükcel die Ortungsfunktion der PiQ-App

benutzte. Dabei stellte sie fest, dass sich ihr Lebensgefährte in dem nahegelegenen Waldstück befand und machte sich sofort auf dem Weg zu ihm. Als sie Herr Ükcel auf dem Boden auffand, verständigte sie direkt den Notruf, so dass dieser bereits 4 Stunden und 30 Minuten nach seinem Sturz ins Krankenhaus gebracht werden konnte. Da die Operation innerhalb von 24 Stunden durchgeführt werden konnte, verlief der Eingriff ohne Komplikationen. Durch den guten Verlauf der Operation konnte Herr Ükcel bereits nach insgesamt 12 Tagen aus dem Krankenhaus in eine stationäre Rehabilitationseinrichtung entlassen werden. In der Rehabilitation verbrachte Herr Ükcel anschließend 21,2 Tage bevor er wieder in sein gewohntes Umfeld zurückkehren konnte.

Abbildung 53 Prozessverlauf Alternativszenario 5, Ükcel



Tabelle 27 Kostenaufstellung Alternativszenario 5, Ükcel

Kostenstelle	Kostenrechnung (Ergänzungen)	Kosten
Rettungs-transport		335,70 €
Medizinische Krankenhaus-behandlung	$3.447,43 \text{ €} \times (2,268 + 0,079 \times 2 \text{ Tage})$	7.818,77 €
Rehabilitation	$21,2 \text{ Tage} \times 200,28 \text{ €}$	4.245,94 €
	Gesamtkosten	12.400,41 € (GKV)

10.8 Zusammenfassung: Übersicht des Einsparpotenzials

Die Gegenüberstellung der Basis- und Alternativszenarien lässt jeweils die Schlussfolgerung zu, dass durch den Einsatz der im PiQ-Projekt entwickelten Anwendungen und Netzwerkstrukturen Einsparpotenziale der Kostenträger GKV und GPV zu erwarten sind.

So werden für das *Basisszenario 1: Inanspruchnahme von Beratungsleistungen* bei Frau Kaminsky Kosten i. H. v 394,53 Euro zu Lasten der GKV veranschlagt, bei Herrn Kameier belaufen sich diese auf 170,43 Euro. Im Alternativszenario 1 hingegen werden ausschließlich Kosten zu Lasten der GPV veranschlagt: Bei Frau Kaminsky belaufen sich diese auf 32,46 Euro und bei Herrn Kameier ebenfalls auf 32,46 Euro. Somit kann von einem Einsparpotenzial zwischen 362,07 Euro und 137,97 Euro ausgegangen werden. Unklar bleibt, ob sich durch die veränderten Ausgaben zwischen den einzelnen Trägern GKV und GPV Anreize für sogenannte Verschiebepotenziale zum Tragen kommen und daher möglicherweise kein Anreiz für die GPV bestünde, die digitalen Angebote bereit zu halten. Dieser Aspekt sollte auch für die übrigen Szenarien bedacht werden.

Im *Basisszenario 2: Nutzung eines Pflegeinformationsportals* für Gelsenkirchen ergeben sich für GKV und GPV bei Frau Kaminsky Gesamtausgaben i. H. v. 1.114,21 Euro im Falle des Verbleibs in der Häuslichkeit. Demgegenüber fallen im Alternativszenario 1.116,14 Euro an, was geringfügige Mehrausgaben verursachen würde. Sofern jedoch davon ausgegangen wird, dass die Folgemonate, bedingt durch den Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung Kosten i. H. v. 1.775,00 Euro entstehen, lassen sich hier bereits Einsparungen i. H. v. 658,86 Euro annehmen. Bei Herrn Kameier bleibt es bei einem relativ geringen Einsparpotenzial von 4,17 Euro (912,89 Euro im Basisszenario sowie 908,72 Euro im Alternativszenario).

Im *Szenario 3: Medikamentenmanagement zum digitalen Abruf des Medikationsplans* lassen sich durch den Einsatz des digitalen Medikationsplans deutliche Einsparungen erzielen: Während bereits im Basisszenario für Frau Pössmann geringere Ausgaben entstehen (13.801,97 Euro) als für Herrn Ükcel (14.322,69 Euro), lassen sich im Alternativszenario Kosten i. H. v. 848,82 Euro sowohl für Frau Pössmann als auch Herrn Ükcel einsparen.

Szenario 4: Informierendes Entlassmanagement veranschaulicht die potenziellen Verläufe durch eine Nutzung digitaler Unterstützung am deutlichsten: Hier stehen bei Frau Kaminsky und Herrn Kameier die relativ geringen Kosten i. H. v. 8,04 Euro für die Nutzung der digitalen Pflegeplattform den Behandlungskosten einer Endoprothesen-Luxation gegenüber. Die Einsparungen belaufen sich in diesem Szenario zwischen 6.573,93 Euro und 6.493,82 Euro.

Die Berechnungen des *Szenarios 5: Ortungsfunktion* ergeben für Frau Pössmann und Herrn Ükcel die gleichen Kosten. Hier sind durch eine schnellstmögliche Behandlung und den somit vermiedenen Komplikationsrisiken Kosteneinsparungen i. H. v. 1.163,98 Euro zu kalkulieren.

10.9 Kritische Würdigung des methodischen Vorgehens

Im Rahmen der Kosten-Nutzen-Analyse waren zahlreiche Kostenstellen nicht verfügbar bzw. war ein Zugriff auf diese nicht möglich. Daher wurden die hinzugezogenen Kennzahlen konstruiert, was bei der Interpretation der Ergebnisse Berücksichtigung finden sollte und im Folgenden näher erläutert wird:

Für die Kennzahlen des Rettungs- und Krankentransports wurden die Daten der Stadt Gelsenkirchen für das Jahr 2018 zugrunde gelegt. Da die Entgelte für den Rettungs- und Krankentransport auf kommunaler Ebene variieren können, ist eine Übertragung der Ergebnisse der vorliegenden Analyse auf andere Kommunen nur bedingt möglich.

Die Ermittlung der Kosten der Krankenhausbehandlung aus Sicht der Krankenkassen erfolgte mit DRGs aus dem Jahr 2018. Eine Eingruppierung erfolgt gewöhnlich bei der Abrechnung über die DRG-Grouper Software (Löhe, 2015), welche für die vorliegende Analyse jedoch nicht vorlag. Die Eingruppierung wurde manuell durchgeführt, so dass Nebendiagnosen und andere Komplikationen aufgrund der hohen Komplexität in den DRGs nicht weiterberücksichtigt werden konnten. Aus diesem Grund wurde ein Komplikationskostenanteil berücksichtigt. Aufgrund fehlender Datensätze wurde auf die Studie von (Weyler, 2006) zurückgegriffen. Diese Daten sind jedoch stark veraltet und könnten das Ergebnis der Analyse verzerren.

Auch gewählte Zeitspannen, etwa die Verweildauer im Krankenhaus oder die Dauer eines Beratungsgesprächs wurden lediglich geschätzt und können daher Verzerrungen unterliegen.

Bezogen auf die Vergütung der stationären Rehabilitation liegen keine aktuellen Daten für die Ausgaben differenziert nach Fachabteilung oder Tagessätzen vor. Dies liegt darin begründet, dass die Vergütungen für die Reha zwischen Krankenkassen und den Trägern der Rehabilitationseinrichtungen ausgehandelt werden und somit nicht öffentlich zugänglich sind (§ 111 Abs. 5 SGB V). Aus diesem Grund wurde auf die Studie nach Krauth et al. (2005) zurückgegriffen, die die Kosten pro Pflage-tag einer Rehabilitationseinrichtung, differenziert nach Fachabteilung für das Jahr 2000 erhoben. Da diese Daten in der vorliegenden Analyse auf das Jahr 2018 adjustiert wurden, ist davon auszugehen, dass das Ergebnis der Analyse verzerrt ist (wie auch beim Komplikationskostenanteil). Da die Daten über die Vergütung der ambulanten Rehabilitation aus demselben Grund nicht verfügbar waren, konnte der Bereich der ambulanten Reha nicht berücksichtigt werden.

Ein vernachlässigter Kostenaspekt der Analyse stellen die Ausgaben für Medikamente im Zuge der Behandlungen dar, da keine Daten über die Ausgaben von Medikamenten im Rahmen der Behandlung einer Femur Fraktur verfügbar waren. Aus diesem Grund konnte die Kostenstelle nicht in der Analyse berücksichtigt werden.

Bezogen auf den sozioökonomischen Status, der in Form verschiedener Nutzertypen in die Analyse eingeflossen ist, wurde nicht berücksichtigt, dass Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status und einem sozialen Netzwerk tendenziell bessere Chancen haben, bedarfsgerecht zu Hause versorgt zu werden. Bei Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status und fehlendem oder nicht unterstützungsbereitem sozialen Netzwerk könnte dagegen die Gefahr bestehen, dass sie in eine institutionelle Einrichtung verlegt werden müssen. Entsprechende Studienergebnisse oder Annahmen wurden nicht in die Analyse einbezogen.

Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass für die Analyse nur die direkten tangiblen Kosten berücksichtigt wurden, die aus Perspektive der Kranken- und Pflegekassen entstehen. Um den Aspekt der Lebensqualität der Nutzer*innen nicht gänzlich auszuklammern, wurde nach der jeweiligen Analyse ggf. ein Kommentar zur qualitativen Perspektive eingefügt.

11 Implikationen und Ausblick

Die Qualität der pflegerischen Versorgung im häuslichen Setting in Deutschland lässt sich als höchst ungleich charakterisieren. Trotz gesetzlicher Bestimmungen, nach denen den Betroffenen, je nach Zuordnung zu einer Pflegestufe, die gleichen Sach- und finanziellen Leistungen durch die Pflegekassen zustehen, werden diese nicht von allen Anspruchsberechtigten und in vollem Umfang abgerufen. Vielmehr besteht auch hier ein Ungleichgewicht, das in beträchtlicher Weise durch einen Mangel an Wissen über die Fördermöglichkeiten sowie der Befähigung, diese im vollen Umfang tatsächlich nutzen zu können, herrührt. Diesen Lücken in der pflegerischen Versorgung gilt es, durch eine Verbesserung der Zusammenarbeit und Kommunikation professioneller Akteur*innen untereinander sowie mit den Leistungsadressat*innen selbst, entgegenzuwirken. Neben lokalen Zusammenschlüssen erweisen sich für derartige Prozesse auch digitale Kommunikationsmedien als unterstützende Option, um Informationen zeit- und ortsunabhängig verfügbar und transparent zu machen. Neben verbindlichen Vorgaben zur Umsetzung von Vernetzung, insbesondere digitaler Art, muss zu ihrer Realisierung eine geeignete Infrastruktur bereitstehen.

Um eine höchstmögliche Lebensqualität von Personen mit Hilfe- oder Pflegebedarfen innerhalb einer Kommune sicherzustellen, sollten bei dieser Vernetzung nicht ausschließlich die durch die Pflegeversicherung finanzierten Leistungsangebote, sondern möglichst vielfältige Bereiche der Altenhilfe im weitesten Sinne, integriert werden. Neben einer umfänglichen Vernetzung und Bereitstellung der entsprechenden Unterstützungsleistungen und Angebote sollte es Aufgabe der Kommune und kommunal agierenden Pflegekassen sein, ihre potenziellen Nutzer*innen zielgruppengerecht über diese zu informieren und ihnen einen niedrigschwelligen Zugang zu sichern bzw. eine Begleitung der Betroffenen zu schaffen, die zur Nutzung befähigt. Dies schließt neben den lokalen Möglichkeiten auch die Nutzung der digitalen Komponenten ein. Es bedarf hierzu neben der Klärung über die Finanzierung ebenso einer strukturellen Verankerung und entsprechender verantwortlicher Instanzen innerhalb der Kommune, deren Bestand langfristig sichergestellt ist.

Auf individueller Ebene bedeutet dies, nicht nur einen Zugang in das Versorgungsnetz gestellt zu bekommen, sondern darüber hinaus über den gesamten Versorgungsprozess hinweg eine kontinuierliche Begleitung im Sinne einer „Lotsenfunktion“ durch dieses Netz hindurch zu erhalten. Das Ziel dieses Vorgehens ist eine speziell auf die Bedarfe des Subjekts abgestimmte Versorgungskette, die einerseits die höchstmögliche Lebensqualität und damit unter anderem auch Autonomie und Selbstbestimmung der Betroffenen fördert, andererseits die verfügbaren Leistungen und Angebote so nutzbar macht, die gemäß dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ (§ 3 SGB XI) bestmögliche pflegerische Versorgung sicherzustellen. Dies ist vor allem im Hinblick auf die Verringerung der vorherrschenden Ungleichheit relevant, da die Betroffenen häufig nicht über die erforderlichen Ressourcen (u. a. finanzieller, sozialer und bildungsbedingter Art) verfügen, die zur Kenntnisnahme sowie Durchsetzung ihrer Ansprüche und Bedarfe nötig wären.

Literaturverzeichnis

- Achenbach, G. (2010). Behandlungspfade für betagte multimorbide Patienten - Möglichkeiten und Grenzen im Kontext einer aktuellen Studie. In W. Hellmann (Hrsg.), *Ambulante und Sektoren übergreifende Behandlungspfade. Konzepte, Umsetzung, Praxisbeispiele* (S. 307–321). Berlin: Med. Wiss. Verl.-Ges.
- AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse in Düsseldorf. (2014). Anlage 5.10.2 – Preisvereinbarung für die Versorgung mit Gehhilfen – zum Rahmenvertrag zur Hilfsmittelversorgung gemäß § 127 Abs. 2 SGB V.
- Augurzky, B., Felder, S., Tinkhauser, A. & van Nieuwkoop, R. (2012). *Soziale Gesundheitswirtschaft. Impulse für mehr Wohlstand ; Gutachten im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung* (WISO-Diskurs Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik). Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Augurzky, B., Hentschker, C., Pilny, A. & Wübker, A. (2017). *Krankenhausreport 2017. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse* (Bd. 4). Siegburg: Asgard-Verl.-Service.
- Auth, D., Dierkes, M., Leiber, S. & Leitner, S. (2016). Trotz Pflege kein Vereinbarkeitsproblem? Typische Arrangements und Ressourcen erwerbstätiger pflegender Söhne. *Zeitschrift für Sozialreform*, 62(1). <https://doi.org/10.1515/zsr-2016-0007>
- Backes, G. M., Wolfinger, M. & Amrhein, L. (2008). Geschlechterungleichheiten in der Pflege. In U. Bauer & A. Büscher (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung* (S. 132–153). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bauer, U. & Büscher, A. (2008). Soziale Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung - ein Bezugsrahmen. In U. Bauer & A. Büscher (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung* (S. 7–45). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bechtel, F. (2019). Mit Sprache steuern. *Pflegezeitschrift*, 72(1-2), 24–27. <https://doi.org/10.1007/s41906-018-0006-y>
- Behrens, J. (2008). Ökonomisches, soziales und kulturelles "Kapital" und die soziale Ungleichheit in der Pflege. In U. Bauer & A. Büscher (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung* (S. 180–211). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Beickert, R. (2017). Gutachterliche Fragestellungen bei geriatrischen Patienten. *Trauma und Berufskrankheit*, 19(S3), 234–239. <https://doi.org/10.1007/s10039-017-0266-6>
- Beil, J., Cihlar, V. & Kruse, A. (2015). Bereitschaft zur Akzeptanz einer internetbasierten Mobilitätsplattform bei verschiedenen Alterskohorten. Empirische Befunde des Projekts S-Mobil 100. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 48(2), 142–149. <https://doi.org/10.1007/s00391-013-0546-0>
- Bennett, A., Li, H., Patel, A., Kang, K., Gupta, P., Choueka, J. et al. (2018). Retrospective Analysis of Geriatric Patients Undergoing Hip Fracture Surgery: Delaying Surgery Is Associated With Increased Morbidity, Mortality, and Length of Stay. *Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation*, 9, 2151459318795260. <https://doi.org/10.1177/2151459318795260>
- Berner, F., Mahne, K., Wolff, J. K. & Tesch-Römer, C. (2017). Wandel von Teilhabe und Integration älterer Menschen – ein polikorientiertes Fazit. In K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)* (S. 381–393). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

- Betting, C., Dapp, U., Ernst, R., Gerke, U., Gerkens, K., Hock, G. et al. (2006). *Arbeitshilfe zur geriatrischen Rehabilitation*. Zugriff am 17.04.2019. Verfügbar unter https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/Arbeitshilfe_Geriatrie.pdf
- Biniok, P. & Lettkemann, E. (Hrsg.). (2017). *Assistive Gesellschaft. Multidisziplinäre Erkundungen zur Sozialform „Assistenz“*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; Imprint: Springer VS.
- Bliemel, C., Bieneck, F., Riem, S., Hartwig, E., Liener, U. C., Ruchholtz, S. et al. (2012). Weiterbehandlung nach proximaler Femurfraktur - Wer, wann, wohin? Eine deutschlandweite Stuserhebung mit Unterstützung der AG Alterstraumatologie der DGU. *Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie* [Subsequent treatment following proximal femoral fracture - who, when, where? Assessment of the current situation in Germany], *150*(2), 210–217. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1298299>
- Bliemel, C., Eschbach, D.-A., Oberkircher, L., Liener, U. C., Ruchholtz, S. & Buecking, B. (2014). Behandlungsstandards der proximalen Femurfraktur des alten Menschen. *Osteologie*, *(23)*, 22–28.
- Blinkert, B. & Klie, T. (2004). Gesellschaftlicher Wandel und demographische Veränderungen als Herausforderungen für die Sicherstellung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen. *Sozialer Fortschritt*, *53*(11-12), 319–325.
- Bönisch, S. (2017). *Was bringt Vernetzung im Gesundheitswesen. Eine wirkungsorientierte Betrachtung interorganisationaler Netzwerke* (Research). Wiesbaden: Springer VS.
- Bonnaire, F. & Weber, A. (2015). *Schenkelhalsfraktur des Erwachsenen*, Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. Zugriff am 17.04.2019. Verfügbar unter https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/012-001l_S2e_Schenkelhalsfraktur_2015-10_01.pdf
- Borchelt, M. & Steinhagen-Thiessen, E. (2001). Ambulante geriatrische Rehabilitation - Standortbestimmung und Perspektiven. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *(34)*, 21–29.
- Borges, P., Zimolong, A. & Moorées, A. (2012). *Was kostet die Rehabilitationsleistung? Kostenberechnung auf Basis der strukturellen Anforderungen* (aktiva Beratung im Gesundheitswesen GmbH, Hrsg.). Köln.
- Bothe, U. & Grobe, D. (2016). Quartiersbezogene Altenpolitik in NRW - die Rolle des Landes. In G. Naegele, E. Olbermann & A. Kuhlmann (Hrsg.), *Teilhabe im Alter gestalten. Aktuelle Themen der Sozialen Gerontologie* (1. Aufl. 2016, S. 343–354). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Böttcher, S., Buchwald, C. & Kohte, W. (2013). *Wissenschaftliche Evaluation zum Konzept der Vernetzten Pflegeberatung im Land Sachsen-Anhalt. Bericht III Regionaldifferenzierung* (Ministerium für Arbeit und Soziales Sachsen-Anhalt, Hrsg.). Zugriff am 23.02.2017.
- Bourdieu, P. (1986). Forms of Capital. In J. G. Richardson (Ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education* (pp. 241–258). New York: Greenwood.
- Braeseke, G., Meyer-Rötz, S., Pflug, C. & Haaß, F. (2017). *Digitalisierung in der ambulanten Pflege - Chancen und Hemmnisse*. Abschlussbericht für das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) (IGES Institut GmbH, Hrsg.). Berlin. Zugriff am 19.12.2018.
- Broge, B., Stegbauer, C., Woitzik, R. & Willms, G. (2018). Anforderungen an ein sektorenübergreifendes Qualitätsverständnis in der stationären Altenpflege. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klaußer & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege* (Pflege-Report, Bd. 2018, S. 135–146). Berlin: Springer.
- Bührmann, A. D., Fachinger, U. & Welskop-Deffaa, E. M. (Hrsg.). (2018). *Hybride Erwerbsformen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-18982-2>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). (2001). *Dritter Altenbericht. Alter und Gesellschaft*. Berlin. Zugriff am 14.01.2019.

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). (2017). *Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften* (2.). Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit. (1997). *Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung am 01. Januar 1995*. Zugriff am 19.12.2018. Verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/1.Pflegebericht.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit. (2016). *Abrechnung stationärer Krankenhausleistungen*, Bundesministerium für Gesundheit. 2015-01. Verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/abrechnung-krankenhausleistungen.html>
- Bundesministerium für Gesundheit (Bundesministerium für Gesundheit Referat I Internet, Soziale Netzwerke, Hrsg.). (2017). *Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II)*. Zugriff am 20.12.2018. Verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegestaerkungsgesetz-zweites-psg-ii.html>
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2019a). *Pflegedienst und Pflegesachleistungen*. Verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegedienst-und-pflegesachleistungen.html>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2019b). *Pflegegeld*. Verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegegeld.html#c9833>
- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (Hrsg.). (2018). *Monitoring-Report Wirtschaft DIGITAL 2018. Gesundheitswesen Digitalisierungsprofil Fokusthema: Künstliche Intelligenz*. Zugriff am 19.12.2018.
- Büscher, A. & Krebs, M. (2018). Qualität in der ambulanten Pflege. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege* (Pflege-Report, Bd. 2018, S. 127–134). Berlin: Springer.
- Büscher, A., Wingenfeld, K. & Igl, G. (2018). Weiterentwicklung der gesetzlichen Qualitätssicherung in der Sozialen Pflegeversicherung. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege* (Pflege-Report, Bd. 2018, S. 37–44). Berlin: Springer.
- Central Krankenversicherung AG (Hrsg.). (2015). *Praxis Dr. Internet. Studie zum Krankheitssuchverhalten in Deutschland sowie zur Qualität von Gesundheitsinformationen im Internet*. Zugriff am 16.01.2019. Verfügbar unter <file://fb8s1/users/sanow002/Downloads/Ergebnisbericht.pdf>
- Claßen, K. (2012). *Zur Psychologie von Technikakzeptanz im höheren Lebensalter: Die Rolle von Technikgenerationen*. Inauguraldissertation zur Erlangung des akademischen Doktorgrades (Dr. phil.) im Fach Psychologie. Ruprecht-Karls-Universität, Heidelberg.
- Claßen, K., Oswald, F., Wahl, H.-W., Heusel, C., Anfang, P. & Becker, C. (2010). Bewertung neuerer Technologien durch Bewohner und Pflegemitarbeiter im institutionellen Kontext. Befunde des Projekts BETAGT. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43(4), 210–218.
- Coenen, M., Haucap, J. & Herr, A. (2011). Regionalität. Wettbewerbsliche Überlegungen zum Krankenhausmarkt, 13.
- Cohn, M. (2013). *User stories applied. For agile software development* (The Addison-Wesley signature series, 1st ed., 18th repr). Boston: Addison-Wesley.
- Dallinger, U. & Theobald, H. (2008). Pflege und Ungleichheit: Ungleiche Citizenship rights im internationalen Vergleich. In U. Bauer & A. Büscher (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung* (S. 78–103). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Davis, F. D. (1989). Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use, and User Acceptance of Information Technology. *MIS Quarterly*, 13(3), 319–340. <https://doi.org/10.2307/249008>
- Deloitte (Statista - Das Statistik-Portal, Hrsg.). (2015). *Entwicklung der Fallzahlen in deutschen Krankenhäusern nach Altersgruppen in den Jahren von 2015 bis 2030 (in Millionen)*. Zugriff am 30.01.2019. Verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/472117/umfrage/entwicklung-der-fallzahlen-in-deutschen-krankenhaeusern-nach-altersgruppen/>
- Demografie-Portal. (o.J.). *Anzahl der Pflegebedürftigen steigt vor allem bei den Hochbetagten*. Zugriff am 28.01.2019. Verfügbar unter http://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Pflegebeduerftige_Anzahl.html
- Diaz-Bone, R. (2013). *Statistik für Soziologen* (utb-studi-e-book, Bd. 2782, 2. überarb. Aufl.). Konstanz: UVK-Verlagsgesellschaft. Verfügbar unter <http://www.utb-studi-e-book.de/9783838540344>
- Döhner, H., Lamura, G., Lüdecke, D. & Mnich, E. (2007). Pflegebereitschaft in Familien – Entwicklungen in Europa. In G. Igl, G. Naegele & S. Hamdorf (Hrsg.), *Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen* (S. 166–179). Hamburg: Lit.
- Döhner, H. & Lüdecke, D. (2005). Das wünschen sich pflegende Angehörige: Mehr Infos, mehr Genuss, mehr Auszeiten. Eine Sechs-Länder-Vergleichsstudie zur familiären Pflege in Europa. *Forum Sozialstation*, 133(29), 20–23.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (Springer-Lehrbuch, 5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Aufl.). Berlin: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5>
- Dresing, T. & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8. Auflage). Marburg: Eigenverlag.
- Eggert, S., Sulmann, D. & Teubner, C. (2018). *Einstellung der Bevölkerung zu digitaler Unterstützung in der Pflege* (Zentrum für Qualität in der Pflege, Hrsg.). Zugriff am 23.01.2019. Verfügbar unter https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Analyse_PflegeDigitalisierung.pdf
- Eggert, S., Sulmann, D. & Teubner, C. (Juni 2019). *Medikation in der häuslichen Pflege aus Sicht pflegender Angehöriger* (Zentrum für Qualität in der Pflege, Hrsg.).
- Eggert, S. & Vähjunker, D. (Zentrum für Qualität in der Pflege, Hrsg.). (2015). *Information und Beratung bei Pflegebedürftigkeit*.
- Elsbernd, A., Lehmeyer, S., Schilling, U., Warendorf, K. & Wu, J. (April 2014). *Bedarfsgerechte technigestützte Pflege in Baden-Württemberg - Technologien und Dienstleistungen für ein selbstbestimmtes Leben im Alter. Abschlussbericht* (Hochschule Esslingen, Hrsg.).
- Enste, P. (2016). *Moderne Technik für ein selbstbestimmtes Leben im Alter - Was denkt die Zielgruppe?*, Gelsenkirchen: Institut Arbeit und Technik. Forschung Aktuell: 10. Verfügbar unter <http://www.iat.eu/forschung-aktuell/2016/fa2016-10.pdf>
- Fachinger, U., Grates, M. & Mähs, M. (Juli 2017). *Nutzertypen im Projekt QuartiersNETZ. Erstellung von Nutzertypen auf Basis einer schriftlichen Befragung der ab 50-jährigen Bevölkerung in vier Modellquartieren* (Universität Vechta, Hrsg.) (Discussion Paper 29/2017). Institut für Gerontologie - Ökonomie und Demographischer Wandel.
- Fachinger, U., Künemund, H. & Neyer, F.-J. (2012). Alter und Technischeinsatz in Deutschland 1998 bis 2007 - Technikaffinität und deren Bedeutung in einer alternden Gesellschaft. In J. Hagenah & H. Meulemann (Hrsg.), *Mediatisierung der Gesellschaft?* (Schriften des Medienwissenschaftlichen Lehr- und Forschungszentrums Köln, Bd. 3). Lit.
- Field, A. P. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (4. Aufl.). London, Thousand Oaks, New Delhi, Singapore: Sage Publications.

- Frees, B. & Koch, W. (2018). ARD/ZDF-Onlinestudie 2018: Zuwachs bei medialer Internetnutzung und Kommunikation. Ergebnisse aus der Studienreihe "Medien und ihr Publikum" (MiP). *Media Perspektiven*, (9), 398–413. Zugriff am 16.01.2019. Verfügbar unter http://www.ard-zdf-onlinestudie.de/files/2018/0918_Frees_Koch.pdf
- Frewer-Graumann. (2014). *Zwischen Fremdfürsorge und Selbstfürsorge. Familiäre Unterstützungsarrangements von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen* (Soziale Arbeit als Wohlfahrtsproduktion, Bd. 3): Springer. Zugriff am 27.04.2017.
- Frölich, F., Chmielnicki, M. & Prokop, A. (2015). Geriatrische Komplexbehandlung bei proximalen Femurfrakturen. Wer profitiert am meisten? *Der Unfallchirurg* [Geriatric complex treatment of proximal femoral fractures? Who profits the most?], 118(10), 858–866. <https://doi.org/10.1007/s00113-013-2554-3>
- Fuhse, J. A. (2016). *Soziale Netzwerke. Konzepte und Forschungsmethoden* (UTB, Bd. 4563). Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH; UVK/Lucius. Verfügbar unter <http://www.utb-studie-book.de/9783838545639>
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2018). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 SGB V*, Gemeinsamer Bundesausschuss. Zugriff am 17.04.2019. Verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1495/KT-RL_2017-09-21_iK-2017-12-23.pdf
- Georgieff, P. (November 2009). *Aktives Alter(n) und Technik. Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnik (IKT) zur Erhaltung und Betreuung der Gesundheit älterer Menschen zu Hause*. Arbeitspapier im Rahmen des Strategiefondsprojektes 'Demografie und Innovation' (Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung, Hrsg.). Karlsruhe.
- Gleisberg, C., Malek, D., Stich, A. K. & Follert, P. (GKV- Spitzenverband, Hrsg.). (2017). *Operative Versorgung von Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur: Die bisherigen Maßnahmen der Qualitätssicherung reichen nicht aus*. Zugriff am 17.04.2019. Verfügbar unter https://www.gkv-90prozent.de/bilder/ausgabe_07/07_tiefer_geblickt_femurfraktur.pdf
- Graessel, E. & Schirmer, B. (2003). Freiwillige Helferinnen und Helfer in der stundenweisen häuslichen Betreuung von Demenzkranken. *Pflege*, (4), 216–221.
- Granovetter, M. S. (1973). The Strength of Weak Ties. *American Journal of Sociology*, 78(6), 1360–1380. <https://doi.org/10.1086/225469>
- Grates, M., Heming, A.-C., Vukoman, M., Schabsky, P. & Sorgalla, J. (2019). New Perspectives on User Participation in Technology Design Processes: An Interdisciplinary Approach. *The Gerontologist*, 59(1), 45–57. <https://doi.org/10.1093/geront/gny112>
- Grael, J. & Spellerberg, A. (2007). Akzeptanz neuer Wohntechniken für ein selbständiges Leben im Alter - Erklärung anhand sozialstruktureller Merkmale, Technikkompetenz und Technikeinstellungen. *Zeitschrift für Sozialreform*, 53(2), 191–215.
- Greß, S. (2018). Qualitätssicherung in der Langzeitpflege durch Wahlentscheidungen der Betroffenen? Eine ökonomische Perspektive. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege* (Pflege-Report, Bd. 2018, S. 147–154). Berlin: Springer.
- Gröning, K. (2002). Häusliche Pflege und familiäre Entwicklung. *Neue Praxis*, 32(6), 595–601.
- Gröning, K. (2007). Generative Solidarität, filiale Verbundenheit und Individualisierung. Über die Suche nach Lebensstilen mit dem Problem der Pflege für die Generation der Hochaltrigen umzugehen. In U. Pasero, G. M. Backes & K. R. Schroeter (Hrsg.), *Altern in Gesellschaft* (S. 211–230). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Günther, J. (2015). Soziale Unterstützung und Nachbarschaft. In C. Reutlinger, S. Stiehler & E. Lingg (Hrsg.), *Soziale Nachbarschaften. Geschichte, Grundlagen, Perspektiven* (Sozialraumforschung und Sozialraumarbeit, Bd. 10, S. 189–200). Wiesbaden: Springer VS.
- Haberkern, K. (2009). *Pflege in Europa. Familie und Wohlfahrtsstaat*. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hackmann, T. (2014). *Pflegemix der Zukunft. Spannungsfeld zwischen pflegerischer und tatsächlicher Versorgung* (Bertelsmann Stiftung, Hrsg.). Basel: Prognos AG. Zugriff am 04.04.2017.
- Hämel, K. (2012). *Öffnung und Engagement. Altenpflegeheime zwischen staatlicher Regulierung, Wettbewerb und zivilgesellschaftlicher Einbettung* (Sozialpolitik und Sozialstaat). Wiesbaden: Springer VS.
- Hefter, T. & Götz, K. (2013). *Mobilität älterer Menschen. State of the Art und Schlussfolgerungen für das Projekt COMPAGNO* (Institut für sozial-ökologische Forschung (ISOE) GmbH, Hrsg.) (ISOE-Diskussionspapiere 36). Frankfurt [am Main].
- Heinrich, S., Nickel, W. & Brähler, E. (2013). Pflegeberatung aus Sicht ratsuchender Bürgerinnen und Bürger – eine qualitative Erfassung von Beratungsanliegen und Informationsbedürfnissen. *Informationsdienst Altersfragen*, 40(01), 3–9.
- Helten, S., Mähs, M. & Fachinger, U. (2017). *Szenarienanalyse im Quartier. Zur methodischen Umsetzung in den Projekten „Pflege im Quartier“ und „QuartiersNETZ“*. Fachhochschule Dortmund, Fachbereich Angewandte Sozialwissenschaften, Dortmund.
- Hessel, A., Gunzelmann, T., Geyer, M. & Brähler, E. (2000). Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Medikamenteneinnahme bei über 60jährigen in Deutschland - gesundheitliche, sozialstrukturelle, sozio-demographische und subjektive Faktoren. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, (33), 289–299.
- Heusinger, J. & Klünder, M. (2005a). *„Ich lass mir nicht die Butter vom Brot nehmen!“ Aushandlungsprozesse in häuslichen Arrangements*. Berlin: Mabuse.
- Heusinger, J. & Klünder, M. (2005b). Die Bedeutung der professionell Pflegenden für die Netzwerke pflegebedürftiger älterer Menschen. In U. Otto & P. Bauer (Hrsg.), *Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive* (Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung, Bd. 12, S. 369–400). Tübingen: DGVT-Verl. Dt. Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Hielscher, V., Kirchen-Peters, S., Nock, L. & Ischebeck, M. (2017). *Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft* (FF Forschungsförderung, Nr. 363). Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Hielscher, V., Nock, L., Kirchen-Peters, S. & Blass, K. (2013). *Zwischen Kosten, Zeit und Anspruch. Das alltägliche Dilemma sozialer Dienstleistungsarbeit*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Höhmman, U., Müller-Mundt, G. & Schulz, B. (2004). *Qualität durch Kooperation. Gesundheitsdienste in der Vernetzung* (3. Aufl.). Frankfurt am Main: Mabuse-Verl.
- Hollstein, B. & Pfeffer, J.. *Netzwerkkarten als Instrument zur Erhebung egozentrierter Netzwerke*. Zugriff am 16.01.2019. Verfügbar unter <http://www.pfeffer.at/egonet/Hollstein%20Pfeffer.pdf>
- IT.NRW. (2017a). *Statistische Berichte. Pflegeeinrichtungen am 15. Dezember 2015 sowie Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeldleistungen am 31. Dezember 2015 in Nordrhein-Westfalen*. Düsseldorf.
- IT.NRW. (2017b). *Statistisches Jahrbuch Nordrhein-Westfalen 2017*. Düsseldorf: Information und Technik NRW.
- IT.NRW. (2018). *Leistungsempfänger/-innen der Pflegeversicherung in NRW im Dezember 2017*. Düsseldorf.

- IVB Neue Medien GmbH.. *Das Gehalt als Fachverkäuferin im Sanitätsfachhandel*. Verfügbar unter <https://www.steuerklassen.com/gehalt/fachverkaeuferin-im-sanitaetsfachhandel/>
- IVB Neue Medien GmbH. (2019). *Brutto Gehalt als Kaufmann/ Kauffrau im Gesundheitswesen*, IVB Neue Medien GmbH. Verfügbar unter <https://www.steuerklassen.com/gehalt/details/>
- Kahn, R. L. & Antonucci, T. C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. In P. B. Baltes & O. G. Brim (Hrsg.), *Life-span development and behavior* (S. 383–405). New York: Academic Press.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2019). *KBV Honorarbericht 4. Quartal 2016*. Berlin.
- Kelle, U. & Kluge, S. (2010). *Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung uin der qualitativen Sozialforschung* (2.): Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. Zugriff am 04.05.2017.
- Klie, T., Frommelt, M. & Schneekloth, U. (2011). *Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI* (GKV-Spitzenverband, Hrsg.). München: AGP Freiburg, HWA München, TNS Infrates.
- Klie, T., Frommelt, M. & Schneekloth, U. (2012). *Pflegeberatung. Evaluation der Pflegeberatung nach § 7 a Abs. 7 Satz 1 SGB XI* (GKV-Spitzenverband, Hrsg.) (Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Band 10). Zugriff am 13.02.2017.
- Klopfer, T., Hemmann, P., Ziegler, P., Stöckle, U. & Bahrs, C. (2017). Proximale Femurfraktur und Insuffizienzfrakturen im Alter. *Trauma und Berufskrankheit*, 19(S1), 27–36.
<https://doi.org/10.1007/s10039-016-0203-0>
- Knobe, M. & Siebert, C. H. (2014). Hüftgelenknahe Frakturen im hohen Lebensalter : Osteosynthese vs. Gelenkersatz. *Der Orthopade* [Hip fractures in the elderly : Osteosynthesis versus joint replacement], 43(4), 314–324. <https://doi.org/10.1007/s00132-014-2265-7>
- Krauth, C., Hessel, F., Hansmeier, T., Wasem, J., Seitz, R. & Schweikert, B. (2005). Empirische Bewertungssätze in der gesundheitsökonomischen Evaluation -- ein Vorschlag der AG Methoden der gesundheitsökonomischen Evaluation (AG MEG). *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* [Empirical standard costs for health economic evaluation in Germany -- a proposal by the working group methods in health economic evaluation], 67(10), 736–746. <https://doi.org/10.1055/s-2005-858698>
- Krön, A., Grates, M. & Rübler, H. (Januar 2017). *QuartiersNETZ: Quartiersprofile. Eine Beschreibung der Referenzquartiere im Projekt „QuartiersNETZ“* (Fachhochschule Dortmund, Fachbereich Angewandte Sozialwissenschaften, Hrsg.) (Partizipative Quartiersentwicklung). Dortmund: Arbeitsgruppe „(Stadt-)Gesellschaften im Wandel“. Verfügbar unter <https://opus4.bsz-bw.de/fhdo/frontdoor/index/index/docId/312>
- Krüger-Brand, H. E. (2009). Studie: Gesundheitsinformationen im Internet. *Deutsches Ärzteblatt*, (5), 2. Zugriff am 16.01.2019. Verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=67034>
- Kruse, J., Schmitz, N., Wöller, W., Heckrath, C. & Tress, W. (2004). Warum übersieht der Hausarzt die psychischen Störungen seiner Patienten? - Determinanten der hausärztlichen Identifikation psychischer Störungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* [Why does the general practitioner overlooks psychological disorders in his patient?], 54(2), 45–51.
<https://doi.org/10.1055/s-2003-814791>
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (Grundlagentexte Methoden, 3., durchgesehene Aufl.). Weinheim, Bergstr: Beltz Juventa.
- Künemund, H. (2015). Chancen und Herausforderungen assistiver Technik. Nutzerbedarfe und Technikakzeptanz im Alter. *Technikfolgenabschätzung - Theorie und Praxis*, 24(2), 28–35.
- Kunze, C. & Roth, M. (2014). Technikunterstützung und Vernetzung der Pflege im ländlichen Raum: Das Projekt "Selbstbestimmt und Sicher" im Kinzigtal. *Informationsdienst Altersfragen*, 41(3), 20–25.

- Lamura, G., Mnich, E., Wojszel, B., Nolan, M., Krevers, B., Mestheneos, L. et al. (2006). Erfahrungen von pflegenden Angehörigen älterer Menschen in Europa bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen: Ausgewählte Ergebnisse des Projektes EUROFAMCARE. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(6), 429–442. <https://doi.org/10.1007/s00391-006-0416-0>
- Leitner, S. (2013). *Varianten von Familialismus. Eine historisch vergleichende Analyse der Kinderbetreuungs- und Altenpflegepolitiken in kontinentaleuropäischen Wohlfahrtsstaaten* (Sozialpolitische Schriften, Band 91). Berlin: Duncker & Humblot.
- Levy, A. G., Scherer, A. M., Zikmund-Fisher, B. J., Larkin, K., Barnes, G. D. & Fagerlin, A. (2018). Prevalence of and Factors Associated With Patient Nondisclosure of Medically Relevant Information to Clinicians. *JAMA Network Open*, 1(7), e185293. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.5293>
- List, S. M., Ryl, L. & Schelhase, T. (2009). Angebote der ambulanten und stationären Versorgung. In K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.), *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter* (S. 167–193). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Löhe, F. (2015). Ökonomische Aspekte chirurgischer Komplikationen. In M. Rentsch, A. Khandoga, M. Angele & J. Werner (Hrsg.), *Komplikationsmanagement in der Chirurgie* (S. 11–16). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Lohmann, R., Frerichmann, U., Stöckle, U., Riegel, T. & Raschke, M. J. (2007). Proximale Femurfrakturen im Alter. Auswertung von Krankenkassendaten von über 23 Mio. Versicherten--Teil 1. *Der Unfallchirurg* [Proximal femoral fractures in the elderly. Analysis of data from health insurance providers on more than 23 million insured persons--part 1], 110(7), 603–609. <https://doi.org/10.1007/s00113-007-1257-z>
- Ludwig, A. (2008). Der Einfluss sozialer Faktoren auf den Umgang mit komplexen Medikamentenregimen - (k)ein Thema? In U. Bauer & A. Büscher (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung* (S. 345–362). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lukas, M. (2019). *"Demenz und Vernetzung" - Zusammenarbeit professioneller Dienstleister zur häuslichen Versorgung von Menschen mit Demenz. Eine qualitative Untersuchung am Beispiel der Stadt Gelesenkirchen*. MA-Arbeit. Universität Duisburg-Essen.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (Beltz Pädagogik, 11., aktual., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.; GKV-Spitzenverband. (2017). Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. MDS. (2018). *In Kürze: Die Arbeit der Medizinischen Dienste. Zahlen, Daten, Fakten 2017*. Zugriff am 17.04.2019. Verfügbar unter https://www.mdk.de/fileadmin/MDK-zentraler-Ordner/Downloads/00_MDK_allgemein/MDK_Kurz_gefasst.pdf
- Menzel-Begemann, A., Klünder, B. & Schaeffer, D. (2015). Edukative Unterstützung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen zur Vorbereitung auf die häusliche (Selbst-)Versorgung während der stationären Rehabilitation - Herausforderungen und Erfordernisse. *Pflege & Gesellschaft*, 20(2).
- Mollenkopf, H. & Kaspar, R. (2004). Technisierte Umwelten als Handlungs- und Erlebnisräume älterer Menschen. In G. Backes, W. Clemens & H. Künemund (Hrsg.), *Lebensformen und Lebensführung im Alter* (Reihe Alter(n) und Gesellschaft, Bd. 10, S. 193–221). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Mühling, T. & Adam, U. (2014). *Familiale Pflege. Hilfe- und Unterstützungsleistungen von Erwachsenen für ihre Eltern in quantitativen Datenquellen*. ifb-Materialien 3-2014, Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg. Zugriff am 14.09.2016. Verfügbar unter https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/46975/ssoar-2014-adam_et_al-Familiale_Pflege_Hilfe-_und_Unterstützungsleistungen.pdf?sequence=1
- Müller-Mai, C. M., Schulze Raestrup, U. S., Kostuj, T., Dahlhoff, G., Günster, C. & Smektala, R. (2015). Einjahresverläufe nach proximalen Femurfrakturen: Poststationäre Analyse von Letalität und Pflegestufen durch Kassendaten. *Der Unfallchirurg* [One-year outcomes for proximal femoral fractures: Posthospital analysis of mortality and care levels based on health insurance data], *118*(9), 780–794. <https://doi.org/10.1007/s00113-013-2534-7>
- Müller-Mundt, G. & Schaeffer, D. (2011). Bewältigung komplexer Medikamentenregime bei chronischer Krankheit im Alter - Förderung des Selbstmanagements als Aufgabe der Pflege. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, (44), 6–12.
- Naegele, G. & Reichert, M. (2000). *Häusliche Pflege demenzkranker alter Menschen: eine kritische Analyse existierender Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige*. Bonn: FES Library.
- Naegele, G. & Reichert, A. (2005). Demografischer Wandel und demografisches Altern im Ruhrgebiet. Probleme, Chancen und Perspektiven. *Arbeit*, *14*(4), 335–347. <https://doi.org/10.1515/arbeit-2005-0409>
- Naumann, D. (Zentrum für Qualität in der Pflege, Hrsg.). (2014). *Einflussfaktoren auf Pflegearrangements in Privathaushalten*. Analyse von Survey-Daten zu Personen mit Unterstützungsbedarf im Alltag. Zugriff am 26.03.2019. Verfügbar unter https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Analyse_Einflussfaktoren_Pflege_Privathaushalte.pdf
- Neyer, F. J., Felber, J. & Gebhardt, C. (2012). Entwicklung und Validierung einer Kurzsкала zur Erfassung von Technikbereitschaft. *Diagnostica*, *58*(2), 87–99. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000067>
- Nickel, W., Born, A., Hanns, S. & Brähler, E. (2011). Welche Informationsbedürfnisse haben pflegebedürftige ältere Menschen und pflegende Angehörige? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *44*(2), 109–114. <https://doi.org/10.1007/s00391-010-0146-1>
- Niederberger, M. & Wassermann, S. (2015a). Einleitung. In M. Niederberger & S. Wassermann (Hrsg.), *Methoden der Experten- und Stakeholdereinbindung in der sozialwissenschaftlichen Forschung* (S. 11–13). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Niederberger, M. & Wassermann, S. (Hrsg.). (2015b). *Methoden der Experten- und Stakeholdereinbindung in der sozialwissenschaftlichen Forschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Nowak, S. (2017). *Technik und Alter(n) Einflussfaktoren auf die Technikaffinität. Eine Analyse am Beispiel älterer Menschen in Gelsenkirchen*. Masterarbeit. Technische Universität Dortmund, Dortmund.
- Nowossadeck, S., Engstler, H. & Klaus, D. (01/2016). *Pflege und Unterstützung durch Angehörige* (Deutsches Zentrum für Altersfragen, Hrsg.) (Report Altersdaten. Deutsches Zentrum für Altersfragen). Berlin. Zugriff am 14.09.2016.
- Nowossadeck, S. & Mahne, K. (2017). Bewertung des Wohnumfeldes in der zweiten Lebenshälfte. In K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)* (S. 301–314). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Orosz, G. M., Magaziner, J., Hannan, E. L., Morrison, R. S., Koval, K. & Gilbert, M. (National Institutes of Health, Hrsg.). (2004). *The Timing of Surgery for Hip Fracture and its Effects on Outcomes*. Zugriff am 17.04.2019. Verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1454713/pdf/nihms9510.pdf>

- Pallas GmbH.. *Betrieb der QuartiersNETZ Plattform. Gemeinsam die digitale Zukunft gestalten.*
- Pelizäus-Hoffmeister, H. (2013). *Zur Bedeutung von Technik im Alltag Älterer. Theorie und Empirie aus soziologischer Perspektive* (Alter(n) und Gesellschaft, Bd. 24). Wiesbaden: Springer VS.
- Pelizäus-Hoffmeister, H. (2018). Wechselbeziehungen zwischen den Technikdeutungen und dem Technikeinsatz Älterer. In H. Künemund & U. Fachinger (Hrsg.), *Alter und Technik. Sozialwissenschaftliche Befunde und Perspektiven* (S. 91–112). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; Imprint: Springer VS.
- Pieske, O. & Stürmer, K. M. (DGU Leitlinienkommission, Hrsg.). (2018). *Oberschenkelchaftfraktur*, DGU Leitlinienkommission. Zugriff am 17.04.2019. Verfügbar unter https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/012-027l_S1_Oberschenkelchaftfraktur_2018-07.pdf
- Pinquart, M. (2016). Belastungs- und Entlastungsfaktoren pflegender Angehöriger – die Bedeutung der Erwerbstätigkeit. In Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.), *Vereinbarkeit von Beruf und Pflege* (S. 60–72). Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege.
- Pohlmann, S. & Fraunhofer, A. (2016). Prävention von Medikationsfehlern im Alter. In S. Pohlmann (Hrsg.), *Alter und Prävention* (S. 131–167). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2014). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch* (Lehr- und Handbücher der Soziologie, 4. erweiterte Aufl.). Oldenbourg: De Gruyter.
- Rai, S. K., Varma, R. & Wani, S. S. (2018). Does time of surgery and complication have any correlation in the management of hip fracture in elderly and can early surgery affect the outcome? *European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology: Orthopedie Traumatologie*, 28(2), 277–282. <https://doi.org/10.1007/s00590-017-2047-0>
- Reddy, P. V. G., Shaik, R. B., Naidu, K. A. & Kumar, K. S. (2018). Effect of age, sex, co morbidities, delay in surgery and complications on outcome in elderly with proximal femur fractures. *International Journal of Orthopaedics Sciences*, 4(3.5), 498–506. <https://doi.org/10.22271/ortho.2018.v4.i3i.87>
- Roland Berger GmbH (Hrsg.). (2017). *ePflege. Informations- und Kommunikationstechnologie für die Pflege. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. Berlin.
- Rösler, U., Schmidt, K., Merda, M. & Melzer, M. (2018). *Digitalisierung in der Pflege. Wie intelligente Technologien die Arbeit professionell Pflegender verändern* (1. Auflage) (Geschäftsstelle der Initiative Neue Qualität der Arbeit, Hrsg.). Berlin: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Zugriff am 16.01.2019. Verfügbar unter https://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/pflege-4.0.pdf?__blob=publicationFile&v=2
- Rothgang, H., Kalwitzki, T., Müller, R., Runte, R. & Unger, R. (2015). *Barmer GEK Pflegereport 2015. Schwerpunktthema: Pflegen zu Hause* (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 36). Siegburg: Asgard-Verl.-Service.
- Runde, P., Giese, R., Kaphengst, C. & Hess, J. (2009). *AOK-Trendbericht Pflege II. Entwicklungen in der häuslichen Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung*. Hamburg: Universität Hamburg Arbeitsstelle Rehabilitations- und Präventionsforschung.
- Rüßler, H. (2007). *Altern in der Stadt: Neugestaltung kommunaler Altenhilfe im demographischen Wandel* (1. Aufl.). s.l.: DUV Deutscher Universitäts-Verlag. Verfügbar unter <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=751076>
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2014). *Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. o. O.
- Sackmann, R. & Weymann, A. (1994). *Die Technisierung des Alltags. Generationen und technische Innovationen*. Unter Mitarbeit von Bernd Hüttner. Frankfurt/Main: Campus Verl.
- Salzmann-Zöbele, Pfänder, S., Vallon, A. & Weiser, H. (2006). *Sektorenübergreifende Kooperation und Vernetzung. Ein kooperatives Modellvorhaben zur Überwindung von Schnittstellenproblemen*

- in der geriatrischen Versorgung*. Abschlussbericht (social invest consult, Hrsg.). Augsburg. Zugriff am 12.04.2017.
- Sammet, K. & Erhard, F. (2018). Methodologische Grundlagen und praktische Verfahren der Sequenzanalyse. Eine didaktische Einführung. In F. Erhard & K. Sammet (Hrsg.), *Sequenzanalyse praktisch* (Grundlagentexte Methoden, 1. Auflage, S. 15–76). Weinheim: Beltz Juventa.
- Saß, A.-C., Wurm, S. & Ziese, T. (2009a). Inanspruchnahmeverhalten. In K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.), *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter* (S. 134–159). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Saß, A.-C., Wurm, S. & Ziese, T. (2009b). Somatische und psychische Gesundheit. In K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.), *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter* (S. 31–61). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Saup, W. (1993). *Alter und Umwelt: Eine Einführung in die ökologische Gerontologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schaeffer, D., Müller-Mundt, G. & Haslbeck, J. (2007). *Bewältigung komplexer Medikamentenregime bei chronischen Erkrankungen - Herausforderungen aus der Sicht der Gesundheitsprofessionen*. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW).
- Schäfer-Walkmann, S. & Traub, F. (Hrsg.). (2017). *Evolution durch Vernetzung. Beiträge zur interdisziplinären Versorgungsforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-14809-6_1
- Schmid, J. (2010). *Wohlfahrtsstaaten im Vergleich. Soziale Sicherung in Europa: Organisation, Finanzierung, Leistungen und Probleme* (3., aktualisierte und erw. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schmid, T. (2014). *Generation, Geschlecht und Wohlfahrtsstaat. Intergenerationelle Unterstützung in Europa*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Schmucker, R. (2011). Verzerrungen im Begutachtungsprozess? *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik*, 65(5-6), 54–61. <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2011-5-6-54>
- Schwinger, A., Jürchott, K. & Tsiasioti, C. (2017). Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber, A. Schwinger, P. Bade Verdugo et al. (Hrsg.), *Die Versorgung der Pflegebedürftigen* (Pflege-Report, Bd. 2017, S. 255–303). Stuttgart: Schattauer.
- Schwinger, A., Jürchott, K., Tsiasioti, C. & Rehbein, I. (2016). Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus* (S. 275–328). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Schwinger, A. & Tsiasioti, C. (2018). Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege* (Pflege-Report, Bd. 2018). Berlin: Springer.
- Schwinger, A., Tsiasioti, C. & Klauber, J. (2016). Unterstützungsbedarf in der informellen Pflege – eine Befragung pflegender Angehöriger. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus* (S. 189–216). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Sendtner, E., Renkawitz, T., Kramny, P., Wenzl, M. & Grifka, J. (2010). Schenkelhalsfraktur – Osteosynthese versus Endoprothese. *Deutsches Arzteblatt International*, 107(23), 401–407.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0401>
- Siegmeth, A. W., Gurusamy, K. & Parker, M. J. (2005). Delay to surgery prolongs hospital stay in patients with fractures of the proximal femur. *The Journal of Bone and Joint Surgery. British Volume*, 87(8), 1123–1126. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.87B8.16357>

- Simon, M. (2004). Die Begutachtung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung. *Journal of Public Health*, 12(3), 218–228. <https://doi.org/10.1007/s10389-004-0037-2>
- Smektala, R., Endres, H. G., Dasch, B., Maier, C., Trampisch, H. J., Bonnaire, F. et al. (2008). The effect of time-to-surgery on outcome in elderly patients with proximal femoral fractures. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 9(9), 171. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-9-171>
- Stadt Gelsenkirchen. (2017). *Pflegebedarfsplanung der Stadt Gelsenkirchen 2018-2020*. Gelsenkirchen.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2018a). *Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse*.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2018b). *Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Ländervergleich - Pflegebedürftige*.
- Tesch-Römer, C. & Wurm, S. (2009). Theoretische Positionen zum Altern und zum Alter. In K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.), *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter* (S. 7–20). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Tezcan-Güntekin, H. (2015). Interkulturelle Perspektiven auf Demenz. In K. Gröning & B. Sander (Hrsg.), *Familiensensibles Entlassungsmanagement. Festschrift zu zehn Jahren Modellprojekt "Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG."* (S. 233–249). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Thürmann, P. A. & Schmiedl, S. (2011). Pharmakotherapie alter Patienten. *Med Klin Intensivmedizin*, (106), 16–23.
- Tietz, A. (2013). *Untersuchung der Auswirkungen operativ versorgter hüftgelenksnaher Femurfrakturen bei pflegebedürftigen Patienten im ersten postoperativen Jahr anhand von Routinedaten*. Inaugural-Dissertation. Ruhr Universität Bochum, Bochum. Zugriff am 17.04.2019. Verfügbar unter <http://www-brs.ub.ruhr-uni-bochum.de/netahtml/HSS/Diss/TietzAlexandra/diss.pdf>
- Verbraucherzentrale NRW (Hrsg.). (2015). *Was leistet medizinischer Rat im Internet? Ergebnisse einer empirischen Untersuchung des Onlineangebots "Medizinischer Expertenrat"*. Düsseldorf. Zugriff am 16.01.2019. Verfügbar unter https://www.verbraucherzentrale.nrw/sites/default/files/migration_files/media237162A.pdf
- Voges, W., Jürgens, O., Mauer, A. & Meyer, E. (November 2003). *Methoden und Grundlagen des Lebenslagenansatzes. Endbericht* (Universität Bremen, Hrsg.). Bremen: Zentrum für Sozialpolitik.
- Wassermann, S. (2015). Expertendilemma. In M. Niederberger & S. Wassermann (Hrsg.), *Methoden der Experten- und Stakeholdereinbindung in der sozialwissenschaftlichen Forschung* (S. 15–32). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Weyler, E.-J. (2006). *Kosten-Nutzwert-Analyse von Strategien zur Prävention von Hüftfrakturen: eine Markov-Modellierung*. Inauguraldissertation. Universität zu Köln, Köln. Zugriff am 17.04.2019. Verfügbar unter https://kups.ub.uni-koeln.de/2006/1/Microsoft_Word_-_DissEndfassung.pdf
- WHO. (2003). *Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for Action. // Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. Geneva.
- Wilde, M. (2014). *Mobilität und Alltag. Einblicke in die Mobilitätspraxis älterer Menschen auf dem Land* (Studien zur Mobilitäts- und Verkehrsforschung). Wiesbaden: Springer VS.
- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (S. 227–255). Weinheim: Beltz.
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1(1). <https://doi.org/10.17169/FQS-1.1.1132>
- Zeman, P. (2002). Häusliches Altenpflegearrangement. Mikropolitik und Vertrauen. In T. Klie (Hrsg.), *Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen. Analysen zu Wirkungen der Pflegeversicherung und*

ihrem Reformbedarf (Beiträge zur sozialen Gerontologie und Altenarbeit, S. 153–174). Frankfurt: Mabuse-Verlag.

Anhang

Anhang A: Sample qualitative Interviews mit Betroffenen

Tabelle 28 Sample Interviewstudie PiQ

Fall Nr.	Hauptinterviewperson (HIP)	Alter HIP	Geschlecht HIP	Pflegegrad des/der Pflegebedürftigen	Interviewsituation	Hauptpflegeperson	gesundheitl. Selbsteinschätzung (Skala 1 bis 6) ⁵⁷	finanz. Selbsteinschätzung (Skala 1 bis 6) ⁵⁸	Bildungsabschluss HIP	Leistungen der Pflegeversicherung
1	Pflegebedürftige Person	52	m	2	Einzelinterview	Bruder	3	4	Hauptschule	Kombinationsleistungen
2	Pflegebedürftige Person	81	w	2	Mutter/Tochter	Tochter	5	1	Hauptschule	Pflegegeld
3	Pflegebedürftige Person	47	m	2	Einzelinterview	Neffe	6	6	Realschule	Pflegegeld, Alltagsbegleitung
4	Pflegender und Pflegebedürftiger Ehemann	81	m	3	Ehepaar	Ehemann	3	3	Volksschule	Kombinationsleistungen, Alltagsbegleitung
5	Nicht auswertbar									
6	Pflegende Ehefrau	87	w	2	Einzelinterview	Ehefrau	1	1	Abitur	Kombinationsleistungen, Haushaltshilfe

⁵⁷ Die Skala orientierte sich an der Gesichter-Rating-Skala (WONG-BAKER-FACES®): 1 steht für „sehr gut“; 6 steht für „sehr schlecht“.

⁵⁸ Die Skala orientierte sich an der Gesichter-Rating-Skala (WONG-BAKER-FACES®): 1 steht für „sehr gut“; 6 steht für „sehr schlecht“.

Anhang

Fall Nr.	Hauptinter-viewperson (HIP)	Alter HIP	Geschlecht HIP	Pflegegrad des/der Pflegebedürftigen	Interviewsituation	Hauptpflegeperson	gesundheitl. Selbsteinschätzung (Skala 1 bis 6) ⁵⁷	finanz. Selbsteinschätzung (Skala 1 bis 6) ⁵⁸	Bildungsabschluss HIP	Leistungen der Pflegeversicherung
7	Pflegende Ehefrau	67	w	4	Einzelinterview	Ehefrau	4	k.A.	Hauptschule	Pflegegeld, Haushaltshilfe, Alltagsbegleitung
8	Pflegende Tochter	65	w	4	Tochter/Mutter	Tochter	2	1	Hauptschule	Pflegegeld, Haushaltshilfe
9	Pflegende Ehefrau	81	w	4	Einzelinterview	Ehefrau	3	3	Volksschule	Pflegesachleistungen
10	Pflegende Freundin	73	w	2	Einzelinterview	Ehrenamtliche	1	1	Höhere Handelsschule	Pflegesachleistungen
11	Pflegende Tochter	67	w	2	Einzelinterview	Tochter	4	3	Volksschule	Pflegegeld, Tagespflege
12	Pflegende Ehefrau	70	w	2	Ehepaar	Ehefrau	Sie: 2/ Er: 3-4	Sie: 4 / Er: 4	Volksschule	Pflegegeld
13	Pflegender Sohn	64	m	2	Einzelinterview	Sohn	1	1	Hauptschule	Pflegegeld
14	Pflegender Ehemann	71	m	3	Ehepaar	Ehemann	Sie: 1/ Er: 3	Sie: 1/ Er: 2	Fachhochschule	Pflegegeld

Anhang B: User-Stories

Tabelle 29 User-Stories

Nr.	Name	User Stories
1	Pflegerelevante Informationen	<p>a. Als Pflegebedürftige*r/Angehörige*r möchte ich Informationen zu pflegerelevanten Themen und Leistungsansprüche auf der digitalen Plattform erhalten, um meine Ansprüche, Rechte und Möglichkeiten zu kennen und diese durchzusetzen.</p> <p>b. Als Pflegebedürftige*r/Angehörige*r mit geringen Deutschkenntnissen möchte ich Informationen zu pflegerelevanten Themen und Leistungsansprüchen auf der digitalen Plattform auf meiner Muttersprache (oder in einfacher Sprache) erhalten, um meine Ansprüche, Rechte und Möglichkeiten zu kennen und diese durchzusetzen.</p>
2	Lokale Beratungsangebote	<p>a. Als Pflegebedürftige*r/Angehörige*r möchte ich zu allen pflegerelevanten Themen die richtigen lokalen Beratungsstellen angezeigt bekommen, um diese nicht erst suchen zu müssen.</p> <p>b. Als Arzt/Ärztin/Mitarbeiter*in des Sozialdienstes im Krankenhaus möchte ich zu allen pflegerelevanten Themen die richtigen lokalen Beratungsstellen angezeigt bekommen, um meine Patient*innen an diese weiterleiten zu können.</p>
3	Darstellung der Informationen	<p>a. Als Pflegebedürftige*r/Angehörige*r möchte ich alle lokalen Beratungsangebote gebündelt und transparent auf der digitalen Plattform angezeigt bekommen, um eine zeitaufwändige Suche zu vermeiden.</p>
4	Bedarfssensibilisierung	<p>a. Als Pflegebedürftige*r/Angehörige*r möchte ich über die digitale Plattform auf konkrete Schwierigkeiten und Möglichkeiten der Entlastung aufmerksam gemacht werden, um eine Einschätzung über mein Pflegearrangement treffen und schnell handeln zu können.</p> <p>b. Als Angehörige*r möchte ich Online-Beratungsangebote, Informationen und Schulungen für die Unterstützung bei der Pflege (richtige Durchführung, Geräteeinweisungen) erhalten, um meine Pflegetätigkeiten zu verbessern und mich zu entlasten.</p>
5	Verknüpfung von Informationen	<p>a. Als Pflegebedürftige*r/Angehörige*r möchte ich auf der Pflegeplattform mit einem Klick (auf meine Diagnosen / auf meinen Pflegegrad) weitere und umfassendere Informationen über meinen Pflegegrad und/oder meine Erkrankung einsehen können, um nicht lange suchen zu müssen.</p>

Anhang

Nr.	Name	User Stories
6	Weitere Informationen und Beratungsangebote	a. Als Pflegebedürftige*r/Angehörige*r möchte ich über die digitale Plattform weitere, für die häusliche Pflege relevante, Informationen und Ansprechpersonen angezeigt bekommen (z. B. Freizeitgestaltung, Selbsthilfegruppen), um die Pflegesituation angemessen und zufriedenstellend auszugestalten und alle Angebote zu kennen und die Möglichkeiten auszuschöpfen.
7	Digitaler Pflegebericht	a. Als Pflegebedürftige*r/Angehöriger möchte ich, dass in Notfällen das Krankenhaus Einblick in meinen Pflegebericht bekommt, um eine angemessene Versorgung sicherzustellen. b. Als Mitarbeiter*in eines Krankenhauses/der Kurzzeitpflege / der Tagespflege möchte ich die medizinischen Daten eines neu aufgenommenen/eingewiesenen/verlegten, ambulant versorgten Pflegebedürftigen in Form eines digitalen Pflegeberichts angezeigt (und übertragen) bekommen.
8	Pflegeaufgaben	a. Als Angehörige*r wünsche ich mir eine digitale Möglichkeit, gemeinsam mit anderen Zugriffsberechtigten, Kontakte, Aufgaben und Termine zu organisieren und zu verwalten, um die Pflege besser koordinieren zu können.
9	Selbstsorgetagebuch	a. Als Pflegebedürftige*r möchte ich ein Tagebuch schreiben, um mir über meine aktuellen Bedarfe, Sorgen und Wünsche im Klaren zu sein und entsprechende Maßnahmen zu ergreifen.
10	Medikamentenorganisation	a. Als Pflegebedürftige*r/Angehörige*r möchte ich über mögliche Wechselwirkungen von Medikamenten informiert sein, um mir keine Sorgen diesbezüglich zu machen. b. Als Pflegebedürftige*r/Angehörige*r möchte ich auf der Pflegeplattform meine aktuellen verschriebenen Medikamente und Indikationen einsehen können, um den Überblick zu behalten. c. Als Pflegebedürftige*r/Angehörige*r möchte ich die Einnahme der verschriebenen Medikamente digital dokumentieren, um eine möglichst sichere und regelmäßige Einnahme zu gewährleisten. d. Als behandelnde*r Arzt/Ärztin möchte ich die aktuell verschriebenen Medikamente meiner Patient*innen einsehen können, um Kontraindikationen zu erkennen. e. Als behandelnde*r Arzt/Ärztin möchte ich, dass meine Änderungen am Medikationsplan an die Plattform übertragen werden, um die Informationen aktuell zu halten.
11	Marktplatz	a. Als Pflegebedürftige*r wünsche ich mir die Möglichkeit der Vernetzung mit Ehrenamtlichen, damit diese mich bei Erledigungen begleiten können. b. Als Angehörige*r wünsche ich mir die Möglichkeit der Vernetzung mit Ehrenamtlichen, damit diese mich bei der Betreuung entlasten können.

Anhang

Nr.	Name	User Stories
		<ul style="list-style-type: none"> c. Als Pflegebedürftige*r/Angehörige*r wünsche ich mir Austausch mit pflegeerfahrenen Personen, um von deren Wissen zu profitieren oder mein Wissen weitergeben zu können. d. Als Pflegebedürftige*r/Angehörige*r möchte ich auf der Plattform Gesuche und Angebote einstellen und einsehen können, um kostengünstige Hilfen in meinem Umfeld finden zu können.
12	App: Notruf	<ul style="list-style-type: none"> a. Als Pflegebedürftige*r möchte ich, dass ich mithilfe eines "Notrufknopfs" per Tastendruck einen Notruf absenden kann, um mich jederzeit sicher fühlen zu können. b. Als Pflegebedürftige*r/Angehörige*r möchte ich einen "Zuständigkeitsplan" definieren, um Notrufe nach bestimmten Kriterien zwischen verschiedenen Personen zu delegieren. c. Als Pflegebedürftige*r/Angehörige*r möchte ich "Alarmregeln" definieren können, die automatisiert Notrufe bei Nichteinhaltung auslösen, damit die Hilfe jederzeit gewährleistet ist.
13	App: Kontakte	<ul style="list-style-type: none"> a. Als Pflegebedürftige*r möchte ich, dass ich mithilfe eines "Kommunikationsknopfs" alle relevanten Angehörigen kontaktieren kann, um diese Kontakte nicht erst suchen zu müssen.
14	App: Kalender	<ul style="list-style-type: none"> a. Als Pflegebedürftige*r möchte ich per App an die Medikamenteneinnahme erinnert werden, um meine Medikamente nicht zu vergessen. b. Als Pflegebedürftige*r wünsche ich mir eine Terminfunktion, um an anstehende Termine (Untersuchungen) erinnert zu werden. c. Als Pflegebedürftige*r möchte ich im Kalender alle Termine im Quartier angezeigt bekommen, damit ich an diesen teilnehmen kann. d. Als Pflegebedürftige*r möchte ich darüber informiert werden, wann in einem vorgegeben Zeitraum (oder ggf. abweichend) der Pflegedienstmitarbeiter eintrifft, um sich konkret darauf einstellen zu können.
15	App: Medikationsplan	<ul style="list-style-type: none"> a. Als Pflegebedürftige*r möchte ich meinen Medikationsplan mit meinem Smartphone einlesen können, um ihn jederzeit dabei zu haben.
16	App: Umgebung	<ul style="list-style-type: none"> a. Als Pflegebedürftige*r möchte ich auf ein Verzeichnis von bestimmten Einrichtungen (z. B. öffentliche Toiletten, Bäckerei, Sitzbank) in meiner Umgebung zugreifen können, um meine Wegstrecke meinen Bedürfnissen entsprechend planen zu können.

Anhang

Nr.	Name	User Stories
17	App: Standort	<ul style="list-style-type: none"> a. Als Pflegebedürftige*r wünsche ich mir einen digitalen Stadtplan, der mir den barriereärmsten Weg zu meinem Zielort anzeigt, damit ich trotz Einschränkung Strecken bewältigen kann. b. Als Angehörige*r möchte ich, dass der aktuelle Standort des/r zu Pflegenden jederzeit einsehbar ist, um mich über seinen Aufenthaltsort zu vergewissern und mich nicht zu sorgen. c. Als Pflegebedürftige*r möchte ich meinen Angehörigen jederzeit meinen aktuellen Standort mit einem Klick zusenden können, damit sie wissen, wo ich mich befinde und ich mich sicherer fühle.
18	App: Meldung	<ul style="list-style-type: none"> a. Als Pflegebedürftige*r möchte ich über die Plattform die Möglichkeit haben, Barrieren in meiner Umgebung anzuzeigen, um daran teilzuhaben, dass diese beseitigt werden.
19	Datenschutz	<ul style="list-style-type: none"> a. Als Pflegebedürftige*r/Angehörige*r möchte ich, dass meine erfassten Daten nur durch von mir autorisierte Personen und Institutionen eingesehen werden können, um meine Autonomie zu wahren. b. Als Pflegebedürftige*r/Angehörige*r möchte ich jederzeit die Möglichkeiten haben die Berechtigungen zur Erfassung und Speicherung meiner medizinischen und anderweitigen Daten zu entziehen, um meine Autonomie zu wahren. c. Als Pflegebedürftige*r/Angehörige*r möchte ich zur Reduktion meiner Vorbehalte eine Nutzungsmöglichkeit geboten bekommen, ohne dabei persönliche Daten angeben zu müssen. d. Als Pflegebedürftige*r/Angehörige*r wünsche ich mir weitreichende Transparenz bezüglich des Datenschutzes, um mein Misstrauen abzubauen.

Anhang C: Infokarte

Abbildung 54 Infokarte Frontansicht



Gut älter werden in Gelsenkirchen

Hier finden Sie vor Ort für Ihre Anliegen kompetente Ansprechpartnerinnen und -partner:

Service-Telefon: 0209 169-6666 (Mo. – Fr. 10 – 16 Uhr)

Generationennetz Gelsenkirchen e.V.



Mit Unterstützung der



Abbildung 55 Infokarte Rückseite

Spaziergangsgruppen

Einfach mitmachen: Bewegung und Begegnung im Stadtteil

Sich auf einen Spaziergang machen, zu festen Zeiten an verabredeten Treffpunkten, wöchentlich oder 14-tägig, und gemeinsam mit anderen, etwas für die eigene Gesundheit tun.

Seniorenvertreterinnen/ Nachbarschaftsstifter

Bürgerschaftlich Engagierte in Ihrem Stadtteil sind für Sie da

Sie haben ein offenes Ohr und sind vor Ort erreichbar. Sie sind Lotsen im Hilfesystem, Interessenvertreter*innen und Vermittler*innen. Sie kennen sich gut aus in ihrem Viertel und wissen wer weiterhelfen kann.

ZWAR-Gruppen

(Zwischen Arbeit und Ruhestand)

Gemeinsam aktiv werden und sich engagieren

ZWAR-Gruppen bieten viele Angebote und Aktivitäten. Selbstorganisiert und ohne Mitgliedschaft treffen sich Menschen ab 50 Jahren, um das umzusetzen, was sie schon immer einmal tun wollten.

Projektwerkstatt 50+

Gemeinsam Ideen schmieden und kleine Projekte auf den Weg bringen

Die Projektwerkstatt 50+ ist eine Runde, die schon das ein oder andere Projekt initiiert hat, wie beispielsweise das 1x1 des guten Tons. In regelmäßigen Treffen werden Ideen ausgetauscht, um das Leben in dieser Stadt zu verbessern.

Technikbegleitung

*Bürgerschaftlich engagierte Technikbotschafter*innen helfen bei technischen Fragen*

Sie bieten beispielsweise Kurse zu PC und Tablet an und helfen beim Einstieg in das neue Smartphone. In Sprechstunden stehen sie mit Rat und Tat zur Seite und unterstützen nach Absprache auch vor Ort, um beim Gebrauch der Technik zu helfen.

Infocenter & Außenstellen

Hier steht Ihnen flächendeckend hauptamtliches Personal zur Seite

Die Mitarbeiter*innen der Infocenter beraten Sie zu allen Fragen des Älterwerdens. Sie vermitteln Hilfen und unterstützen, wenn Sie sich engagieren möchten.

Hrsg.: Generationennetz Gelsenkirchen e. V. (2019)

Anhang D: Szenarien

Abbildung 56 Szenario 1: Inanspruchnahme von Beratungsleistungen

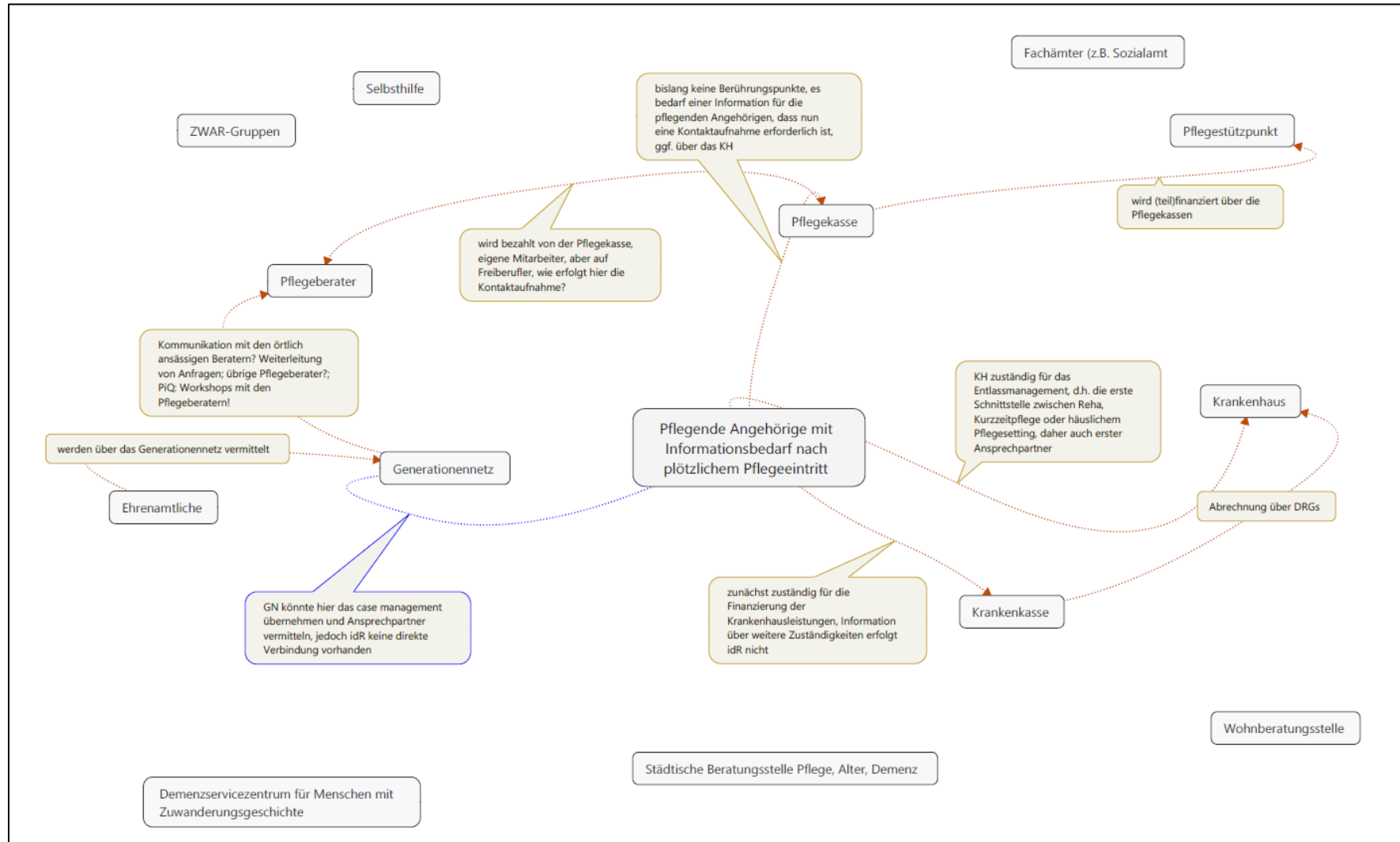


Abbildung 57 Szenario 2: Nutzung eines Pflegeinformationsportals für Gelsenkirchen

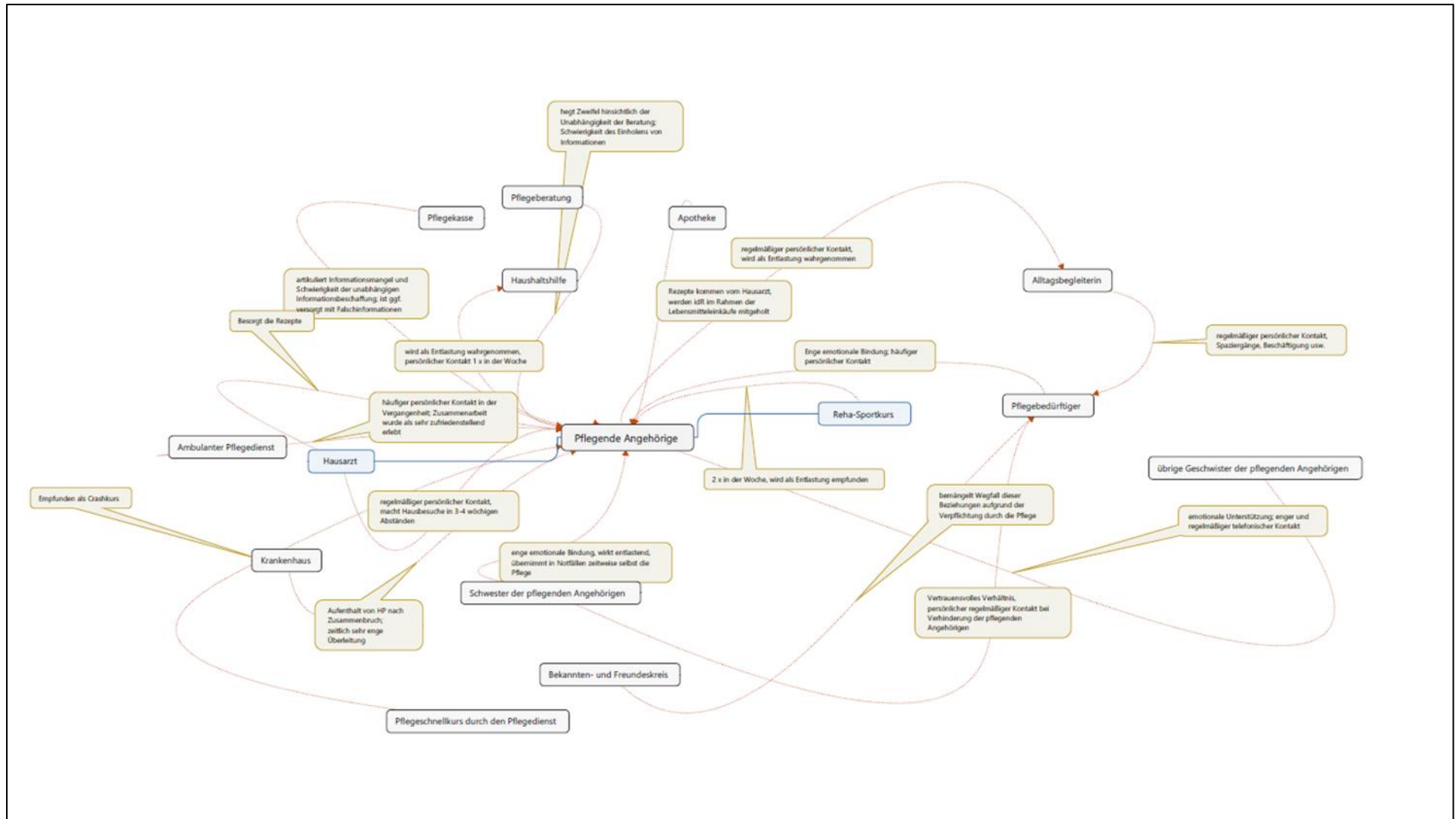


Abbildung 58 Szenario 3: Medikamentenmanagement zum digitalen Abruf des Medikationsplans

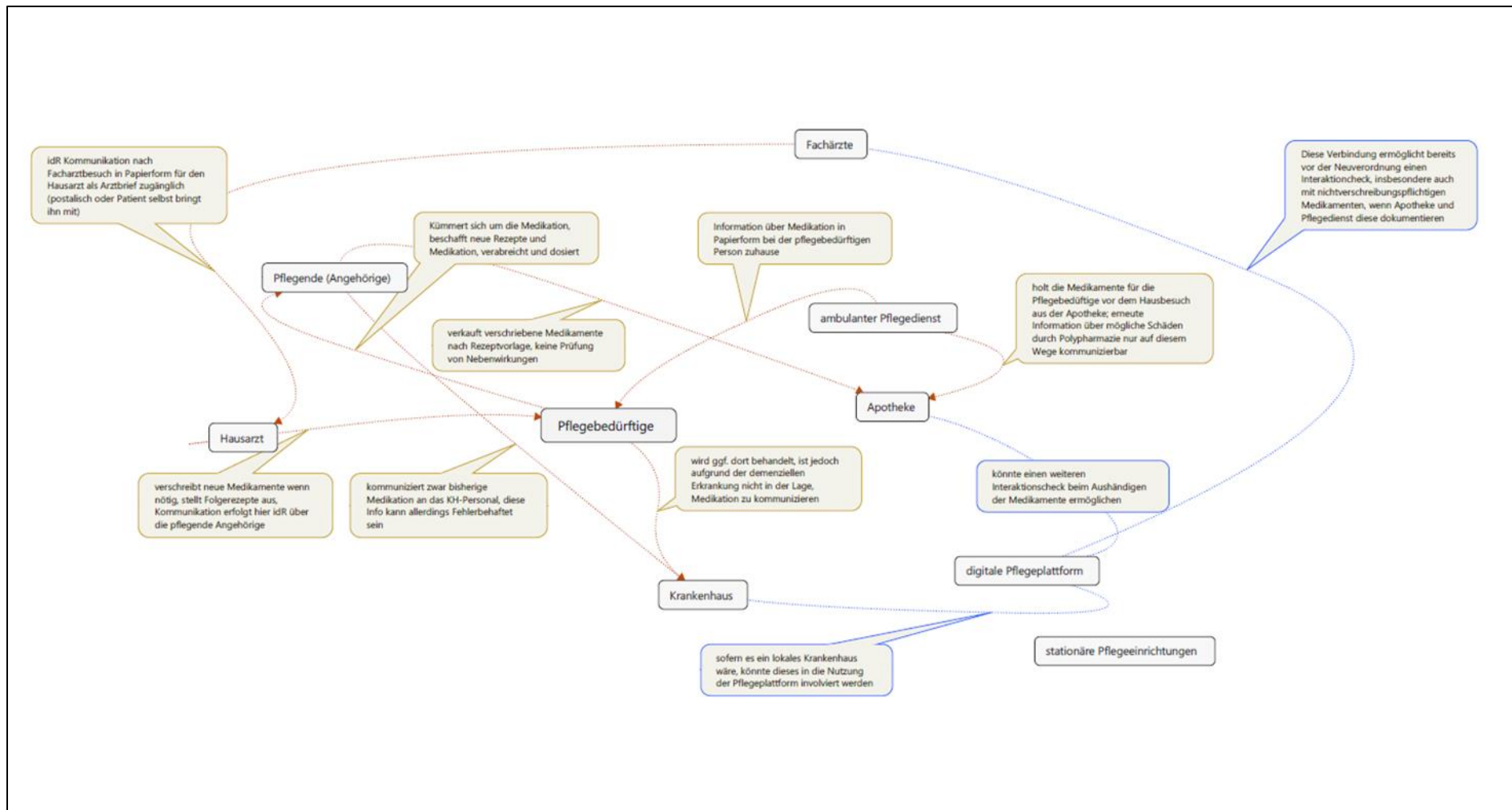


Abbildung 59 Szenario 4: Informierendes Entlassmanagement

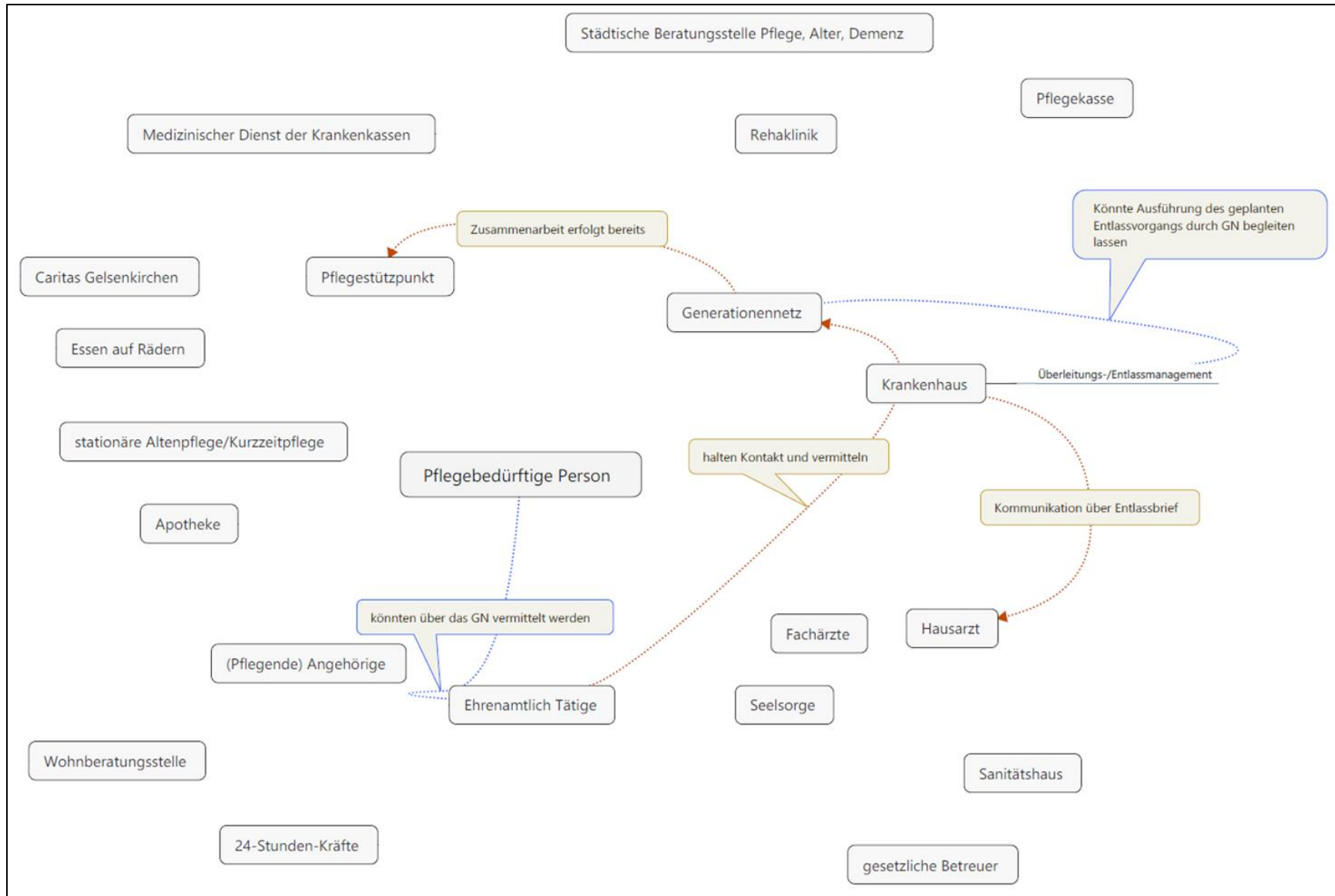


Abbildung 60 Szenario 5: Ortungsfunktion

