



Fachbereich Soziales	Vorlagenart	Vorlagennummer
Verantwortlich: Krumböhmer, Jürgen Datum: 27.08.2020	Beschlussvorlage	2018/241
Öffentlichkeitsstatus: öffentlich		

Beratungsgegenstand:

Vorstellung der Evaluationsergebnisse des Projekts "Lüneburger Alterslotsen" (im Stand der 2. Aktualisierung vom 26.08.2020)

Produkt/e:

414-000 Maßnahmen der Gesundheitspflege

Beratungsfolge:

Status	Datum	Gremium
Ö	27.08.2019	Ausschuss für Soziales und Gesundheit
Ö	29.08.2018	Ausschuss für Soziales und Gesundheit
Ö	21.05.2019	Ausschuss für Soziales und Gesundheit
N	16.09.2019	Kreisausschuss
Ö	08.09.2020	Ausschuss für Soziales und Gesundheit

Anlage/n:

29.08.2018: Abschlussbericht Evaluation

21.05.2019: ---

08.09.2020: ---

Beschlussvorschlag:

Berichtsvorlage – keine Beschlussfassung erforderlich

Beschlussvorschlag vom 17.04.2019:

Das Projekt "Lüneburger Alterslotsen" wird ab 01.01.2020 bis auf Weiteres mit einer Summe von 100.000,00 € pro Jahr gefördert und fortgeführt

Beschlussvorschlag vom 26.08.2020:

Berichtsvorlage – keine Beschlussfassung erforderlich .

Sachlage vom 29.08.2018:

Das Projekt „Lüneburger Alterslotsen“ ist ein Projekt der „Gesundheitsregion Lüneburg“. Ziel des Projektes ist es älteren Menschen Hilfestellungen zu leisten, damit diese möglichst lange in ihrem gewohnten häuslichen Umfeld leben können.

Im Rahmen der „Gesundheitsregion Lüneburg“ wurde das Projekt in der Zeit vom 01.05.2016 bis 30.04.2018 vom Land Niedersachsen, dem Landkreis Lüneburg und der Gesundheitsholding Lüneburg gefördert. Seit 01.05.2018 wird das Projekt vom Landkreis Lüneburg finanziert. Die Finanzierung ist bis zum 31.12.2019 sichergestellt.

In den ersten zwei Jahren wurde das Projekt vom „Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft Ostwestfalen-Lippe“ („ZIG“) begleitet, welches eine Evaluation durchführte. Die Ergebnisse der Evaluation liegen nunmehr vor.

Prof. Dr. med. Christian Maaser, ärztlicher Leiter des Projekts und Chefarzt der Geriatrie im Klinikum Lüneburg, berichtet über die Evaluationsergebnisse.

Der Abschlussbericht ist als Anlage beigefügt.

Sachlage vom 17.04.2019:

Das Projekt "Lüneburger Alterslotsen" wurde am 01.05.2016 als Gemeinschaftsprojekt des Landkreises Lüneburg und der Gesundheitsholding Lüneburg ins Leben gerufen. Die Finanzierung des Projekts wurde seitdem durch das Städtische Klinikum Lüneburg und den Landkreis Lüneburg sichergestellt. In den ersten zwei Jahren wurde das Projekt im Rahmen der "Gesundheitsregion Lüneburg" vom Land Niedersachsen gefördert.

Nach Ablauf der Landesförderung wurde das Projekt in den Jahren 2018 und 2019 mit jeweils 100.000,00 € vom Landkreis Lüneburg finanziert.

Prof. Dr. med. Christian Maaser, ärztlicher Leiter des Projekts und Chefarzt der Geriatrie im Städtischen Klinikum Lüneburg, wird über den aktuellen Stand des Projekts berichten. Im Anschluss wird darüber zu beraten sein, ob die Projektförderung in Höhe von jährlich 100.000,00 € über den 31.12.2019 fortgeführt wird.

Aktualisierung vom 06.08.2019:

Nachdem in der letzten Ausschusssitzung Frau Dr. med. Blumenbach und Herr Kramer ausführlich über das Projekt „Lüneburger Alterslotsen“ berichtet hatten, wurden die noch fehlenden Statistikdaten mit dem Sitzungsprotokoll nachgereicht. Aus der Statistik ergab sich, dass von den 418 am Projekt teilnehmenden Personen ca. 46 % aus dem Gebiet des Landkreises Lüneburg (ohne Hansestadt Lüneburg) und ca. 54 % aus der Hansestadt Lüneburg stammen.

Nachdem die Daten nunmehr vollständig vorliegen, wird darüber zu entscheiden sein, ob die Projektförderung in Höhe von jährlich 100.000,00 € über den 31.12.2019 hinaus fortgeführt wird.

Aktualisierte Sachlage vom 26.08.2020:

Herr Prof. Maaser vom Städtischen Klinikum Lüneburg wird in der Sitzung über den Verlauf des Projekts berichten und zu aktuellen Zahlen vortragen.

**Bericht zur begleitenden Evaluation
der Projektumsetzung „Lüneburger Alterslotsen“**

Abschlussbericht, Bielefeld / Lüneburg, 31. Juli 2018

== Zur Vorlage beim Auftraggeber ==

Die Evaluation des Projektes „Lüneburger Alterslotsen“ erfolgte Projekt begleitend in der Zeit von Mai 2016 bis April 2018 und wurde durchgeführt vom ZIG – Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft OWL.

Bearbeitung: Birte Föhse, Marcel Frischkorn, unter Mitarbeit von Jan Hendrick Schneck

Kontakt

Uwe Borchers, Geschäftsführer

ZIG – Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft OWL

Jahnplatz 5, 33602 Bielefeld | Tel. 0521-329860-12 | borchers@zig-owl.de | www.zig-owl.de

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	5
Tabellenverzeichnis.....	7
1. Ausgangspunkt und Zielsetzung des Projektes.....	8
2. Zielgruppe.....	9
3. Methode.....	10
4. Quantitative Evaluation.....	10
5. Zielsetzung der formativen Evaluation.....	11
6. Netzwerkbildung: Herausforderung Hausärztinnen und Hausärzte.....	12
7. Beschreibung der Stichprobe.....	12
7.1 Barthel-Index.....	18
7.2 Morbidität und Vulnerabilität.....	19
7.3 Vorsorgevollmacht.....	20
7.4 Allgemein- und Ernährungszustand.....	20
7.5 Mobilität.....	21
7.6 Mobilitätstest – „Timed Up & Go“.....	22
7.7 Verlassen der Wohnung.....	23
7.8 Gangbild.....	24
7.9 Hygiene.....	24
7.10 Alltagseinschränkungen.....	25
7.11 Medikamente.....	26
7.12 Krankenkassen der Patientinnen und Patienten.....	29
8. Zeitreihenanalyse.....	30
8.1 Merkmale der Substichprobe zum Zeitpunkt T1.....	30
8.2 Veränderungen der Substichprobe zwischen den Zeitpunkten T1 und T2.....	33
9. Subgruppenanalyse: T1-T3.....	37
10. Projektierung des Lotsen-Prozesses.....	38
10.1 Projektierter Lotsen-Prozess.....	38
10.2 Ergebnisse der summativen Prozessevaluation.....	41
10.3 Einschreibung.....	43
10.4 Re-Hospitalisierungsquote.....	44
10.5 Pflegerische Betreuung der Patientinnen und Patienten.....	44
10.6 Einflussfaktoren auf die Tätigkeit der Lüneburger Alterslotsen.....	45
10.7 Rollenwahrnehmung und Mehrwert der Lotsentätigkeit.....	46

11. Ergebnisse der Experteninterviews mit Hausärztinnen und Hausärzten	47
12. Bedarfe in der geriatrischen Versorgung.....	49
13. Potenzielles Trainings- und Schulungsprogramm	51
14. Ergebnisse der Befragung der Patientinnen und Patienten	51
15. Empfehlungen.....	60
15.1 Einbindung der Alterslotsen in lokale Gesundheitszentren	60
15.2 Sekundärprävention stärken	61
15.3 Stärkere Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten	61
15.4 Einbindung von Telemedizin und digitalen Arbeitsplätzen	61
15.5 Mobiler Arbeitsplatz	62
16. Fazit.....	63
Anhang	65

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verlauf der Einschreibungen (N=266) in der Stichprobe (pro Monat)	13
Abbildung 2: Geschlechterverteilung (N=266) in der Stichprobe (absolut und in %)	13
Abbildung 3: Verteilung (N=266) nach Altersgruppen (Alter zum Zeitpunkt der Einschreibung).....	14
Abbildung 4: Verteilung (N=266) nach Familienstand (absolut und in %)	14
Abbildung 5: Verteilung (N=266) nach Wohnsituation (absolut und in %).....	15
Abbildung 6: Verteilung nach Pflegestufe (N=106) zum Zeitpunkt T1.....	16
Abbildung 7: Verteilung nach Pflegegrad (N=160) zum Zeitpunkt T1.....	16
Abbildung 8: Verteilung nach Schwerbehindertengrad (N=97) zum Zeitpunkt T1	17
Abbildung 9: Verteilung (N=266) nach Barthel-Index in der Stichprobe.....	18
Abbildung 10: Verteilung von Morbidität und Vulnerabilität in der Stichprobe (N=216) (in %)	19
Abbildung 11: Verteilung (N=266) nach Bestehen einer Vorsorgevollmacht (absolut und in %)	20
Abbildung 12: Verteilung nach Angaben zum Allgemeinzustand in der Stichprobe (N=266).....	20
Abbildung 13: Verteilung nach Angaben zum Ernährungszustand der Stichprobe (N=266)	21
Abbildung 14: Verteilung (N=262) nach Angaben zu Mobilität in der Wohnung (in %)	21
Abbildung 15: Verteilung nach Angaben zu Mobilität außerhalb der Wohnung (in %).....	22
Abbildung 16: Verteilung nach Mobilitätstest - Timed Up & Go (N=266).....	23
Abbildung 17: Verteilung nach Angaben zum Verlassen der Wohnung (N=266)	23
Abbildung 18: Verteilung nach Angaben zur Beurteilung des Gangbildes (N=266).....	24
Abbildung 19: Verteilung nach Angaben zur Körperpflege (N=266).....	24
Abbildung 20: Verteilung nach Angaben zur Reinigung der Wohnung (N=266).....	25
Abbildung 21: Verteilung nach Anzahl der Alltagseinschränkungen (N=262)	26
Abbildung 22: Verteilung nach Anzahl der eingenommenen Medikamente (N=221).....	27
Abbildung 23: Verteilung nach der Einstellung der Medikamente (N=215) (absolut und in %).....	27
Abbildung 24: Verteilung nach Einnahme der Medikamente (N=215)	28
Abbildung 25: Vorliegen eines Medikationsplanes bei Einnahme von mehr als 3 Medikamenten (N=196) (absolut und in %).....	28
Abbildung 26: Erwähnung der zusätzlichen Medikamente im Medikationsplan (N=47).....	29
Abbildung 27: Krankenkassen der Patientinnen und Patienten (N=266)	29
Abbildung 28: Anzahl der Alltagseinschränkungen in der Substichprobe (N=125)	32
Abbildung 29: Übergeordnete Prozessschritte der Alterslotsen in Lüneburg	38
Abbildung 30: Schwimmbahnendiagramm des Prozesses der Lüneburger Alterslotsen	41
Abbildung 31: Re-Hospitalisierungsquote der im Klinikum Lüneburg eingeschriebenen Patientinnen und Patienten (N=70)	44
Abbildung 32: Die Lotsentätigkeit unterstützte mich, mit den Folgen des Schlaganfalls besser umzugehen (N= 86)	52
Abbildung 33: Die Lotsentätigkeit unterstützte mich, die Möglichkeiten zur Verhinderung eines erneuten Schlaganfalls besser zu verstehen (N= 85)	52
Abbildung 34: Die Lotsentätigkeit unterstützte mich, die ärztliche Behandlung besser zu verstehen (N= 81)	53
Abbildung 35: Die Lotsentätigkeit unterstützte mich, geeignete therapeutischen Hilfsmittel (z.B. Gehhilfen) zu finden (N=70)	53
Abbildung 36: Die Lotsentätigkeit unterstützte mich, meine Angehörigen zu entlasten (N= 71)	54

Abbildung 37: Die Schlaganfall-Lotsin informierte mich über Möglichkeiten der Gesundheitssicherung nach dem Schlaganfall (N= 87).....	54
Abbildung 38: Die Alterslotsin informierte mich über wertvolle Kontakte zu Selbsthilfegruppen (N= 79).....	55
Abbildung 39: Die Alterslotsin informierte mich über passende Freizeit-/ Alltagsangebote in meiner Region	55
Abbildung 40: Durch die Lotsentätigkeit habe ich mein Gesundheitsverhalten (Bewegung, Ernährung, Stressreduktion) geändert (N= 84).....	56
Abbildung 41: Durch die Lotsentätigkeit habe ich meine Medikamente regelmäßiger eingenommen (N= 79)	57
Abbildung 42: Durch die Lotsentätigkeit habe ich regelmäßiger Termine bei der Hausärztin/ dem Hausarzt wahrgenommen (N= 81)	57
Abbildung 43: Ich bin mit der Betreuung durch die Alterslotsin zufrieden (N= 88).....	58
Abbildung 44: Die Betreuung durch eine Alterslotsin würde ich weiterempfehlen (N= 91) (absolut und in %)	58
Abbildung 45: Die Teilnahme am Lotsen-Projekt war für mich mit einem gut leistbaren Aufwand verbunden (N= 86) (absolut und in %).....	59

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Merkmale der Gesamtstichprobe (N=266).....	17
Tabelle 2: Merkmale der Alltagseinschränkungen (N=262).....	26
Tabelle 3: Merkmale der Substichprobe zum Zeitpunkt T1 (N=125).....	30
Tabelle 4: Alltagseinschränkungen (N=125).....	32
Tabelle 5: Medikation der Substichprobe (N=94).....	33
Tabelle 6: Häufigkeitsverteilung der Veränderungen des Barthel-Index zwischen T1 und T2.....	34
Tabelle 7: Übersicht der Ergebnisse der Zeitreihenanalyse.....	36
Tabelle 8: Ergebnisse der Subgruppenanalyse T1-T3.....	37
Tabelle 9: Kontaktaufnahmen mit Versorgungsdienstleistenden.....	42
Tabelle 10: Beantragung von Schwerbehinderung und Pflegegrad.....	42
Tabelle 11: Unterstützung durch Koordination und Hilfen.....	43
Tabelle 12: Einschreibungen.....	43
Tabelle 13: Re-Hospitalisierungsquote.....	44
Tabelle 14: Pflegerische Betreuung der Patientinnen und Patienten.....	45

1. Ausgangspunkt und Zielsetzung des Projektes

Die „Lüneburger Alterslotsen“¹ helfen dabei, dass ältere Menschen sich in einem immer komplexer werdenden Gesundheitssystem zurechtfinden. Sie halten umfangreiche Informationen zu Gesundheitsbelangen rund um das Leben im Alter vor und begleiten Patientinnen und Patienten über einen längeren Zeitraum. In enger Abstimmung mit der behandelnden Hausärztin oder dem behandelnden Hausarzt unterstützen die Alterslotsinnen durch individuelle Beratung sowie durch Koordination der erforderlichen Maßnahmen und organisieren ein Versorgungsnetz zur Stärkung der Selbstständigkeit. Im versorgungspolitischen Sinne handelt es sich bei den „Lüneburger Alterslotsinnen“ um zusätzlich qualifizierte und sektoren übergreifend tätige Case Managerinnen, die insbesondere geriatrische Patientinnen und Patienten im nachstationären Alltag unterstützen. Auf Grundlage definierter sektorenübergreifender Prozesse arbeiten die Alterslotsinnen quer zu den herkömmlichen Versorgungsstrukturen und begleiten den Betreuungs- und Krankheitsverlauf im Sinne der Patientinnen und Patienten und in Abstimmung mit den an der Versorgung beteiligten Akteurinnen und Akteuren in der Region Lüneburg.

Das Pilotprojekt „Lüneburger Alterslotsen“ erprobt ein innovatives, vernetztes, bedarfsgerechtes und patientinnen- und patientenorientiertes Versorgungskonzept. Durch das sektorenübergreifende Case Management der Alterslotsinnen werden Versorgungsbrüche gemindert, die ambulante Nachsorge verbessert und das Empowerment der Patientinnen und Patienten gestärkt. Die Alterslotsinnen erbringen keine medizinischen oder pflegerischen Leistungen sondern begleitende Koordinations- und Unterstützungsleistungen in enger Abstimmung mit den stationären und ambulanten Versorgungsdienstleistenden.

Das Projekt „Lüneburger Alltagslotsen“ konnte von den Erfahrungen des Modellprojektes „Gesundheitshelfer in Lippe“ profitieren.² Im nordrhein-westfälischen Kreis Lippe wurden mit dem Modell der Gesundheitshelferinnen belastbare Arbeits- und Versorgungsstrukturen geschaffen, die sowohl aus Nutzerinnen- und Nutzer- als auch hausärztlicher und Klinikperspektive die Versorgung älterer und hochaltriger Menschen deutlich und nachhaltig verbessern konnten. Die Koordinationsleistung der Gesundheitshelferinnen, es handelte sich um weitergebildete Pflegekräfte des Klinikums mit langjähriger Praxiserfahrung und geriatrischer Expertise, konnte den hausärztlichen Bereich entlasten, den Informationsfluss zwischen den Sektoren sichern und insbesondere durch die individuelle Ansprache der Patientinnen, Patienten und Angehörigen zu einer deutlich besseren Kontinuität im Versorgungsverlauf beitragen. Quasi als Nebeneffekt sind sämtliche Strukturen für einen geriatrischen Versorgungsverbund in arbeitsfähiger Form entstanden. Zudem konnten Qualifikationsprofile und -bedarfe für Sektoren übergreifend tätige Fachkräfte in einer längerfristigen Zeitspanne überprüft werden.

Mit der begleitenden Evaluation des Projektes „Lüneburger Alterslotsen“ konnten die Ergebnisse aus dem Modellprojekt „Gesundheitshelfer in Lippe“ in die Projektumsetzung einfließen sowie die Möglichkeit für einen strukturierten Erfahrungsaustausch genutzt und vergleichende Analysen

¹ Der Titel des Projektes „Lüneburger Alterslotsen“ bedient sich ausschließlich der maskulinen Form. Im Hinblick auf gendergerechte Sprache bei geschlechtsspezifischen Begriffen berücksichtigt der Titel nicht, dass im durchgeführten Projekt ausschließlich Frauen die Tätigkeit als „Alterslotsen“ übernommen haben. Aus diesem Grund wird im folgenden Text ausschließlich die feminine Form benutzt, wenn von Tätigkeiten der „Alterslotsen“ gesprochen wird.

² Das Modellprojekt „Gesundheitshelfer in Lippe“ wurde als Förderprojekt des Landes Nordrhein-Westfalen in den Jahren 2010-2013 in Kooperation der Klinikum Lippe GmbH und der Ärztenetz Lippe GmbH umgesetzt. Die Evaluation erfolgte durch das ZIG – Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft OWL.

durchgeführt werden. Damit konnte die erfolgreiche Umsetzung der Implementierung eines altersmedizinischen Case Managements im Kreis Lüneburg wirksam unterstützt und die Voraussetzung für eine nachhaltige Weiterentwicklung zu einem dauerhaften, interdisziplinären und Sektoren übergreifenden Angebot der altersmedizinischen Versorgung gefördert werden.

Aufgrund der besonderen Herausforderungen, die mit der Etablierung dieser innovativen Versorgungsstrukturen verbunden sind, fokussierte die Evaluation vier Arbeitspakete: (1) Auswertung quantitativer Daten zur altersmedizinisch-gesundheitlichen Situation der in das Projekt eingeschlossenen Patientinnen und Patienten; (2) Auswertung qualitativer Daten zur subjektiv empfundenen Versorgungsqualität durch Patientenbefragung; (3) Durchführung von Workshops zur Tätigkeitsanalyse der Case Managerinnen sowie zur Stärkung der Zusammenarbeit mit der niedergelassenen Ärzteschaft und den Kostenträgern; (4) Workshops des Projektteams und begleitende Unterstützung der Projektleitung, Befragung ausgewählter Hausärztinnen und Hausärzte sowie Unterstützung der Öffentlichkeitsarbeit.

Ziel des Projektes war es, eine Vernetzungsstruktur der regionalen Leistungserbringenden vor Ort aufzubauen und in gemeinsamer Entwicklung im Sinne einer neuen Verbundstruktur umzusetzen. Damit sollte die Voraussetzung geschaffen werden, das Modell der „Lüneburger Alterslotsen“ auch nach Projektende in die Regelversorgung zu überführen. Das Case Management der „Lüneburger Alterslotsen“ wurde im Projekt erfolgreich erprobt und umgesetzt und könnte auf der Grundlage der Projektergebnisse zur Regelleistung weiterentwickelt werden.

2. Zielgruppe

Für die Einschreibung der Patientinnen und Patienten in das Projekt galten nachfolgende Kriterien³:

- (1) Kombination von Multimorbidität und Alter: geriatrietypische Multimorbidität und Alter ≥ 70 und/oder alterstypische Vulnerabilität und Alter ≥ 80 und
- (2) Patientinnen und Patienten sind (bzw. es besteht die Vermutung, dass sie) von einer Einschränkung ihres Alltags bedroht (sind) oder diese ist bereits manifestiert.

Eine Einschränkung des Alltags kann z.B. durch folgende, einzeln oder in Kombination auftretende, Beschränkungen entstehen:

- Einschränkung von Beweglichkeit, Mobilität und Orientierung
- Hauswirtschaftliche Defizite mit Folgen wie z.B. mangelnde Hygiene oder schlechter Allgemein- und/ oder Ernährungszustand
- ungesicherte Medikamenteneinnahme und Polymedikation
- Informationsdefizite
- Vereinsamung und fehlendes soziales Umfeld

³ Die Zielgruppenbeschreibung orientiert sich an der Definition der geriatrischen Patientin bzw. des Patienten des Weißbuchs Geriatrie (2010). Diese bzw. dieser ist gekennzeichnet durch eine vorrangige geriatrische Multimorbidität und ein höheres Lebensalter (70 Jahre oder älter). Ein geriatrischer Behandlungsbedarf ergibt sich ebenfalls für Patientinnen und Patienten über 80 Jahre, die alterstypisch eine erhöhte Vulnerabilität aufweisen.

3. Methode

Seit Projektbeginn begleiten drei Alterslotsinnen (zwei examinierte Pflegefachkräfte und eine medizinische Fachangestellte mit langjähriger Berufserfahrung im Krankenhaus und im ambulanten Bereich) 287 Patientinnen und Patienten. Der Großteil der Patientinnen und Patienten wurde während eines stationären Krankenhausaufenthaltes in das Projekt eingeschrieben. In diesem Fall wird auf Wunsch der Patientinnen und Patienten die Alterslotsin bei Aufnahme in eines der teilnehmenden Krankenhäuser hierüber durch das Krankenhaus informiert. So ist sichergestellt, dass die Alterslotsin rechtzeitig vor Entlassung Kontakt mit den Patientinnen und Patienten, der Hausärztin oder dem Hausarzt und dem Krankenhaussozialdienst aufnehmen kann, um die weitere Betreuung zu koordinieren. Auch stellt die Alterslotsin sicher, dass die Hausärztin oder der Hausarzt den vorläufigen Entlassungsbrief am Tag der Entlassung erhält.

Die Einschreibung in das Projekt erfolgt jedoch nicht ausnahmslos über die stationären Projektpartnerinnen und Projektpartner. Die Patientinnen und Patienten selbst oder auch deren Angehörige haben die Möglichkeit, sich selbstständig bei den Alterslotsinnen zu melden und sich einzuschreiben. Mit einem Flyer und lokalen Informationsveranstaltungen wurde auf das Projekt aufmerksam gemacht. Über ein Viertel der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten haben sich auf eigene Initiative oder auf Wunsch ihrer Angehörigen in das Projekt eingeschrieben. Auch Hausärztinnen und Hausärzte haben Patientinnen und Patienten aktiv eingeschrieben oder für das Projekt geworben.

Die begleitende Evaluation des Projektes erfolgte in einem Methodenmix sowohl anhand quantitativer als auch qualitativer Methoden (z.B. Evaluation des Barthel-Index, „Timed Up & Go“-Test, Patientinnen- und Patientenbefragung u.a.m.).

Für die Beantwortung prozessbegleitender Fragestellungen dienten Workshops, Experteninterviews sowie regelmäßige Jour fixe mit der Projektleitung, in der auch die Ergebnisse der quantitativen Evaluation präsentiert wurden. Als weitere Qualitätsdimension wurde die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten auf Basis eines Fragebogens erhoben.

4. Quantitative Evaluation

Für die qualitätsgesicherte Erhebung von Daten wurden eigene Assessmentbögen entwickelt. Neben Daten zur Lebenssituation wurden auch lebensstilbezogene Daten und Versorgungsdaten erhoben. Die Datenerhebungen wurden von den Alterslotsinnen an drei Zeitpunkten (T1: Eingangsassessments, T2: ein halbes Jahr nach Projekteinschluss, T3: ein Jahr nach Projekteinschluss) durchgeführt. Die Assessmentbögen wurden im Projektverlauf gemeinsam mit den Projektpartnerinnen und Projektpartnern und den Alterslotsinnen weiterentwickelt. Infolge der Projektentwicklung kam es mit Blick auf die Qualitätsverbesserung der Datenerhebung zu Veränderungen einzelner Erhebungspunkte. Die Veränderungen betreffen die Datenerhebungen für insgesamt 45 Patientinnen und Patienten während des Eingangsassessments. Was im Zuge der Qualitätsentwicklung des Projektes notwendig war und sich für die Weiterentwicklung der Tätigkeiten der Alterslotsinnen als sinnvoll zeigte, erwies sich für die Datenauswertung notwendiger Weise als Einschränkung, weil für einige Items Subgruppen gebildet werden mussten, die entsprechend unterschiedliche Grundhäufigkeiten zur Folge hatten. Da die Datenauswertung einer formativen Evaluation zuvorderst einer erfolgreichen Umsetzung des

Projektes dienen und diese fördern soll, wird diese methodische Schwäche in Kauf genommen, zumal sie sich nicht auf die Aussagekraft der Ergebnisse auswirkt.

5. Zielsetzung der formativen Evaluation

Ziel der formativen Prozessbegleitung war es, die Etablierung der „Lüneburger Alterslotsen“ als innovatives Versorgungsmodell zu begleiten und in seiner erfolgreichen Umsetzung zu unterstützen. Die formative Evaluation konnte im Ergebnis dazu beigetragen, die Perspektiven und Interessenlagen der Patientinnen und Patienten und der beteiligten Projektpartnerinnen und -partner in ihrer Unterschiedlichkeit zu identifizieren und mit Blick auf den Prozess der Alterslotsinnen zu integrieren.

Schwerpunkte der formativen Evaluation waren:

- Dokumentation, Beschreibung und Analyse des Projektverlaufs
- formative Evaluation der Projektentwicklung und ihrer Ergebnisse mit besonderer Fokussierung auf die organisatorische Vernetzung

Die Ergebnisse unterstützten bei der:

- (patientenorientierten) Weiterentwicklung des Lotsen-Prozesses,
- Versorgungsgestaltung/ Prozessgestaltung aus Sicht der Alterslotsinnen,
- Dokumentation von Herausforderungen in der geriatrischen Versorgung,
- nachhaltigen Integration des Projektes in die regionale Versorgung.

Die Evaluation zielte nicht darauf ab, Indikatoren basierte Effekte medizinisch-pflegerischer Interventionen zu prüfen und zu bewerten. Es handelte sich also keineswegs um eine Evaluation im Sinne klinischer Studien sondern vielmehr im Sinne der sozialwissenschaftlichen Versorgungsforschung um ein exploratives Studiendesign, das alltags- und versorgungsnah den Prozess der Sektoren übergreifenden Lotsentätigkeit zu entwickeln und mit Blick auf Verbesserungspotentiale für die Bedarfe und Bedürfnisse geriatrischer Patientinnen und Patienten zu reflektieren hilft.

Die Workshops dienten der Bearbeitung der im Projektverlauf aufkommenden Handlungsfelder sowie der internen und externen Diskussion und Reflexion von Evaluations- und Projektergebnissen. Im Rahmen der formativen Evaluation wurden zwei themenspezifische Workshops durchgeführt:

- Workshop 1: Austausch zwischen den Alterslotsinnen und den Gesundheitshelferinnen aus dem Kreis Lippe;
- Workshop 2: Reflektion und Weiterentwicklung der Lotsentätigkeit (Prozesspfad) und Mehrwert und Nutzen der Lotsen-Tätigkeit.

Die Resultate der Workshops wurden durch Protokolle dokumentiert, mit den Projektbeteiligten im Gespräch reflektiert und so in die Arbeit des Projekts rückgeführt.

Im Rahmen ihrer sektorenübergreifenden Tätigkeit binden die Alterslotsinnen die unterschiedlichsten Versorgungsdienstleistenden in die Betreuung der Patientinnen und Patienten mit ein. Der Erfolg und die Nachhaltigkeit des Projektes sind auch entscheidend von der Akzeptanz dieser eingebundenen Versorgungsdienstleistenden abhängig. Prozesse und Erwartungen sind abzustimmen, um die Akzeptanz in der Versorgungspraxis sicherzustellen. Zentrale Bedeutung bei

der Versorgung von geriatrischen Patientinnen und Patienten haben die niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte. Daher wurden Experteninterviews mit vier Hausärztinnen und Hausärzten geführt. Der Begriff „Expertin“ bzw. „Experte“ beschreibt die spezifische Rolle der Interviewpartnerinnen und -partner als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte. Gegenstand der Experteninterviews waren die Erwartungen an das Case Management, die Erfahrungen mit den Alterslotsinnen, die Handlungsfelder in der geriatrischen Versorgung und die Weiterentwicklung des Lotsen-Prozesses.

6. Netzwerkbildung: Herausforderung Hausärztinnen und Hausärzte

Der im Projekt pilotierte Lotsen-Prozess wurde insbesondere von den nicht-medizinischen ambulanten Versorgungsdienstleistenden (z.B. Pflege- oder Hilfsmittelerbringende) als große Bereicherung wahrgenommen.

Während des gesamten Projektzeitraums erwies sich die Einbindung und Erprobung der Zusammenarbeit zwischen den Alterslotsinnen und den Hausärztinnen und Hausärzten jedoch als Herausforderung. Die im Modellprojekt involvierten Ärztinnen und Ärzte konnten grundsätzlich erfolgreich in das Projekt eingebunden werden. Eine strukturierte und flächendeckende Einbindung der Hausärztinnen und Hausärzte mit Blick auf eine flächendeckende Weiterentwicklung des Modellprojektes bleibt jedoch eine Herausforderung auch über den Projektzeitraum hinaus.

Unterschiedliche Reaktionen auf die Kontaktaufnahme durch die Alterslotsinnen verdeutlichten den Handlungsbedarf. Aus Sicht der Hausärztinnen und Hausärzte bestehen u.a. künftige Anforderungen darin, die Entwicklung einer Vergütungsstruktur für den Mehraufwand seitens der Hausärztinnen und Hausärzte voranzutreiben, die verantwortliche Federführung für den Lotsen-Prozess in der ambulanten Versorgung mit Blick auf ein nachhaltiges Versorgungsmodell zu klären sowie die Informationsübermittlung zwischen Alterslotsinnen und den Hausärztinnen und Hausärzten zu standardisieren. Großes Potenzial wird insbesondere in der Zusammenarbeit zwischen den Alterslotsinnen und den speziell ausgebildeten entlastenden Versorgungsassistentinnen und -assistenten (EVA) in den Praxen der Hausärztinnen und Hausärzte gesehen.

Aufgrund der zentralen Bedeutung der Hausärztinnen und Hausärzte in der Versorgungskette, insbesondere in der ambulanten Nachsorge von geriatrischen Patientinnen und Patienten, liegen die entscheidenden Chancen für die zukünftige Etablierung des Lotsen-Prozesses (Prozessmanagement) darin, das Modell in enger Absprache mit den lokalen und regionalen Hausärztinnen- bzw. Hausarztnetzen zu entwickeln, um die Akzeptanz zu steigern und die Verankerung der „Lüneburger Alterslotsen“ in der ambulanten Nachsorge zu fördern.

7. Beschreibung der Stichprobe

Seit Projektbeginn wurden sukzessiv 287 Patientinnen und Patienten in das Projekt eingeschrieben. Die hier zugrunde gelegte Stichprobe umfasst verwertbare Daten von 266 Patientinnen und

Patienten (vgl. Abb. 1). Im Durchschnitt wurden pro Monat ca. 13 neue Patientinnen und Patienten in das Projekt eingeschrieben.⁴

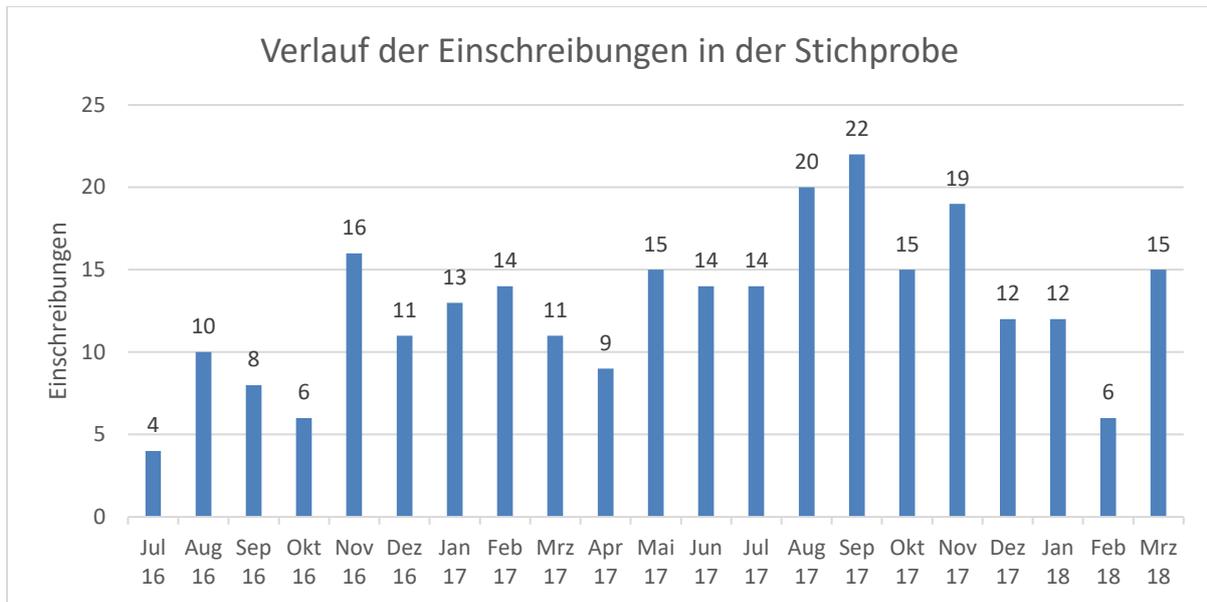


Abbildung 1: Verlauf der Einschreibungen (N=266) in der Stichprobe (pro Monat)

Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten in der Stichprobe beträgt 81,2 Jahre. Die Geschlechterverteilung ist mit einem überwiegend weiblichen Anteil von 64,3% frauendominiert (95 Männer, 171 Frauen) (vgl. Abb. 2).

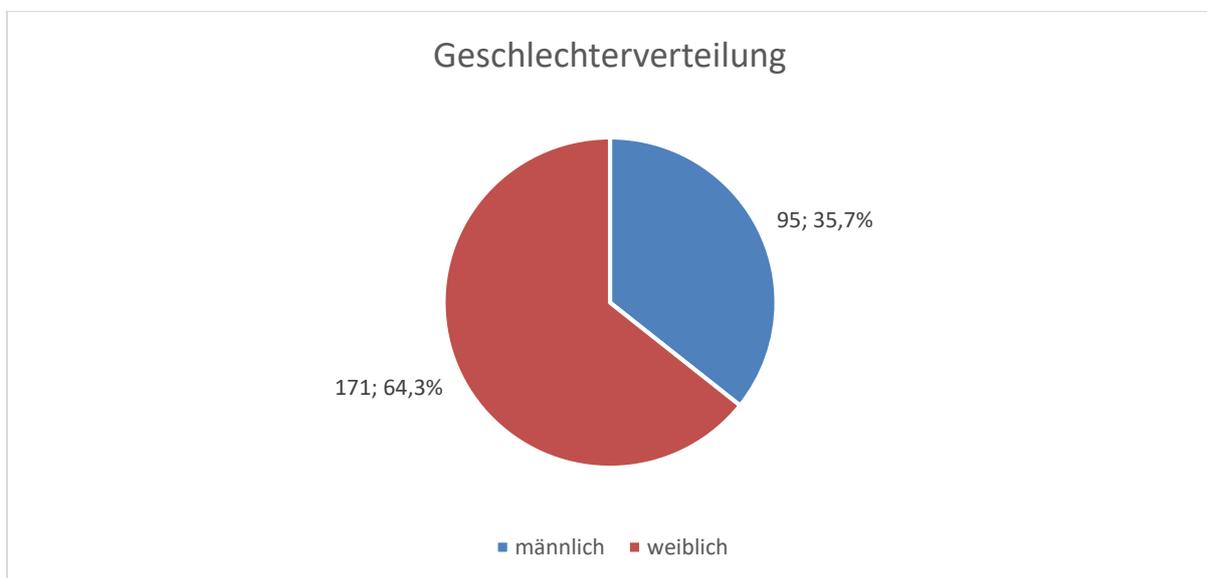


Abbildung 2: Geschlechterverteilung (N=266) in der Stichprobe (absolut und in %)

⁴ Bezogen auf die gesamte Anzahl von Patientinnen und Patienten im Projekt (N=287) wurden im Durchschnitt ca. 14 Personen pro Monat in das Projekt eingeschrieben.

In der Stichprobe ist die Altersgruppe der 80 bis 84-jährigen mit 90 Personen am größten. Insgesamt betrachtet lässt sich erkennen, dass die meisten Patientinnen und Patienten sich in einem Alter von 75 bis 89 Jahren befinden (N=209). Der Anteil der Patientinnen und Patienten mit einem Alter von 65 bis 74 Jahren (N=33) und der Anteil der 90 bis 100-jährigen (N=24) ist erheblich kleiner (vgl. Abb. 3).

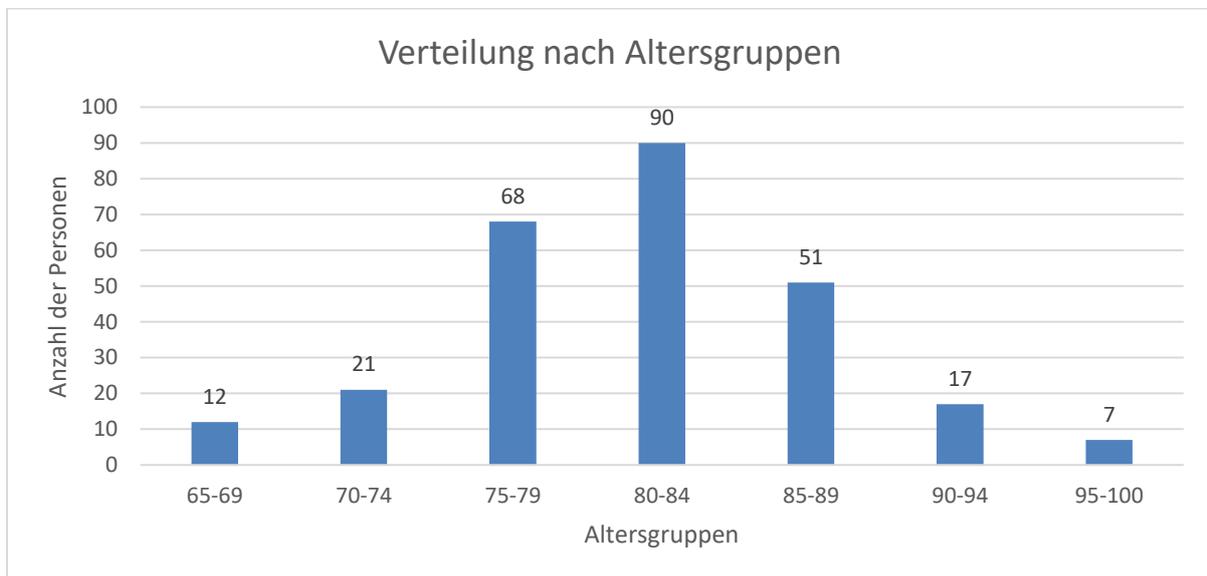


Abbildung 3: Verteilung (N=266) nach Altersgruppen (Alter zum Zeitpunkt der Einschreibung)

In Abbildung 4 wird die Häufigkeitsverteilung des Familienstandes in der Stichprobe dargestellt. 40,6% der Stichprobe (N=108) sind verheiratet und 44,7% (N=119) sind verwitwet.

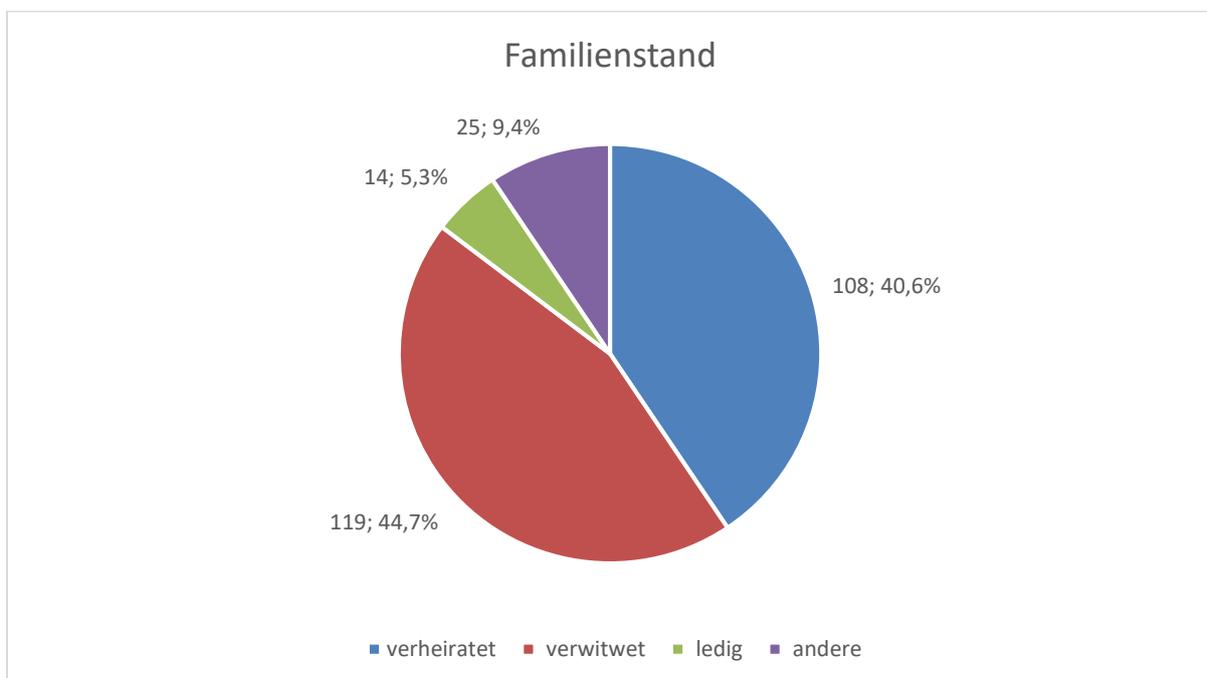


Abbildung 4: Verteilung (N=266) nach Familienstand (absolut und in %)

Die Wohnsituation der Patientinnen und Patienten der Stichprobe wird in Abbildung 5 dargestellt. 54,1% (N=144) der Stichprobe wohnen alleine zu Hause, 41% (N=109) wohnen mit einer Partnerin oder einem Partner zusammen, 3,4% (N=9) wohnen mit der gesamten Familie und 1,5% (N=4) leben in anderen Wohnformen (wie z.B. betreutem Wohnen).

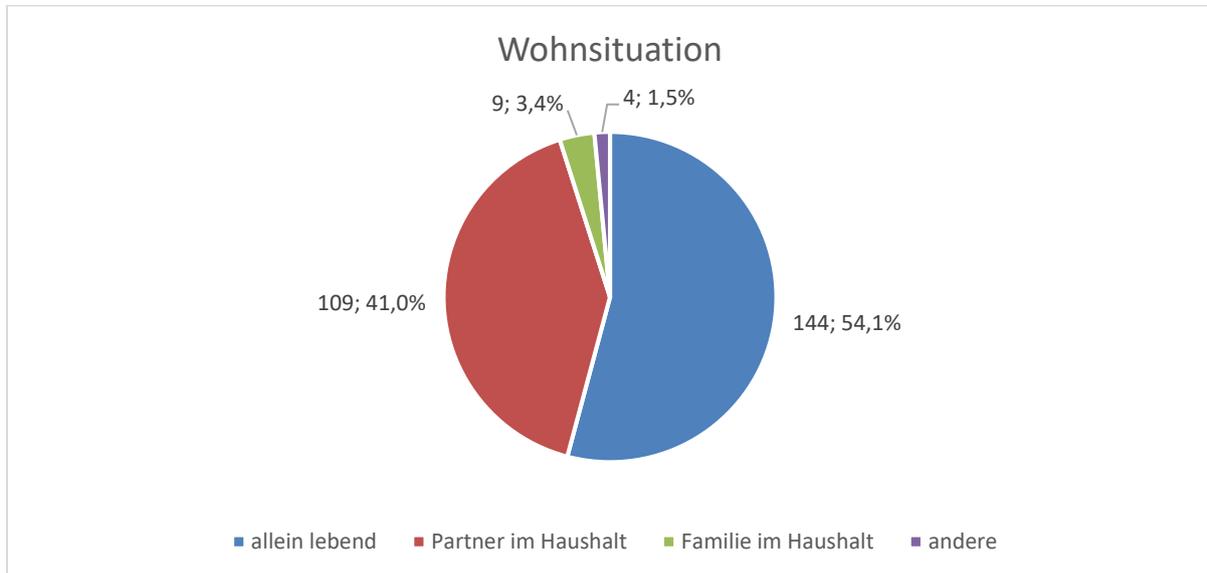


Abbildung 5: Verteilung (N=266) nach Wohnsituation (absolut und in %)

Durch das Inkrafttreten des zweiten Pflegestärkungsgesetzes wurden zum 1. Januar 2017 die bis dahin geltenden Pflegestufen durch Pflegegrade ersetzt. Bis Ende Dezember wurden 54 Patientinnen und Patienten in das Projekt eingeschrieben. Für den Zeitpunkt T1 wurden durch die Alterslotsinnen bei 106 Patientinnen und Patienten Daten zu Pflegestufen und bei 160 Patientinnen und Patienten Daten zu Pflegegraden erhoben.

Von den 106 Patientinnen und Patienten mit Daten zu Pflegestufen zum Zeitpunkt T1 hatten 25 (23,6%) eine Pflegestufe (vgl. Abb. 6), über 60% der Patientinnen und Patienten mit Pflegestufe hatten die Pflegestufe 1.

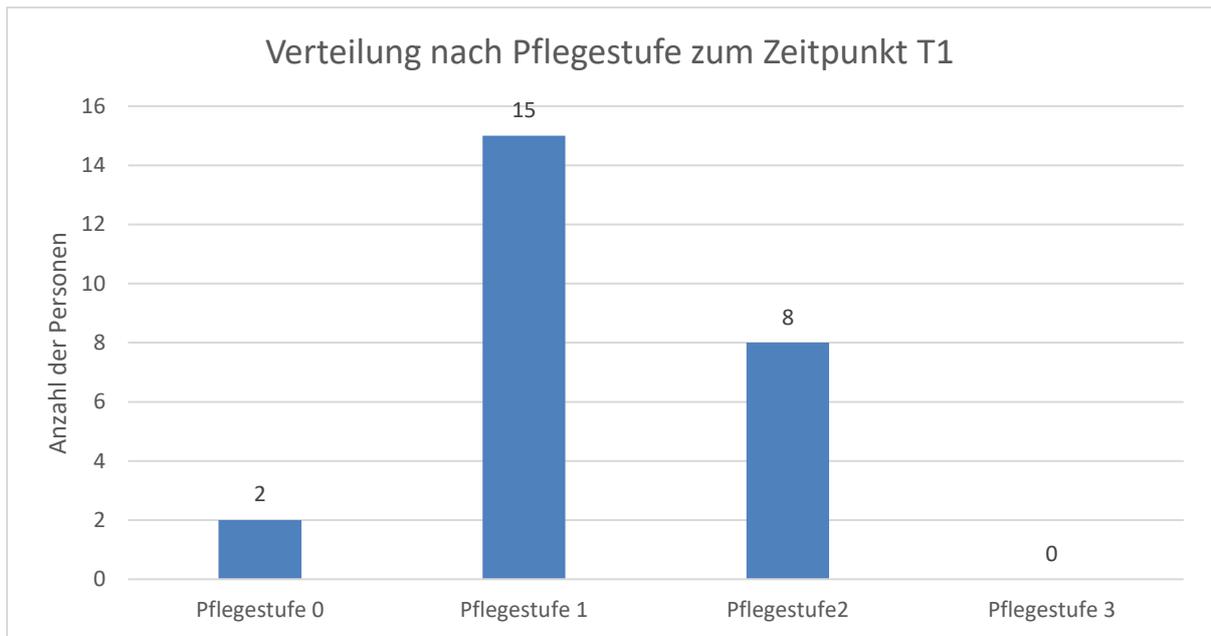


Abbildung 6: Verteilung nach Pflegestufe (N=106) zum Zeitpunkt T1

Von den 160 Patientinnen und Patienten, zu denen von den Alterslotsinnen Daten über die Pflegegrade zum Zeitpunkt T1 erhoben wurden, hatten 48 Personen (30%) zum Zeitpunkt T1 einen Pflegegrad. Zum diesem Zeitpunkt ist Pflegegrad 2 der am häufigsten vorkommende Pflegegrad (56,3%; N= 27) (vgl. Abb. 7).

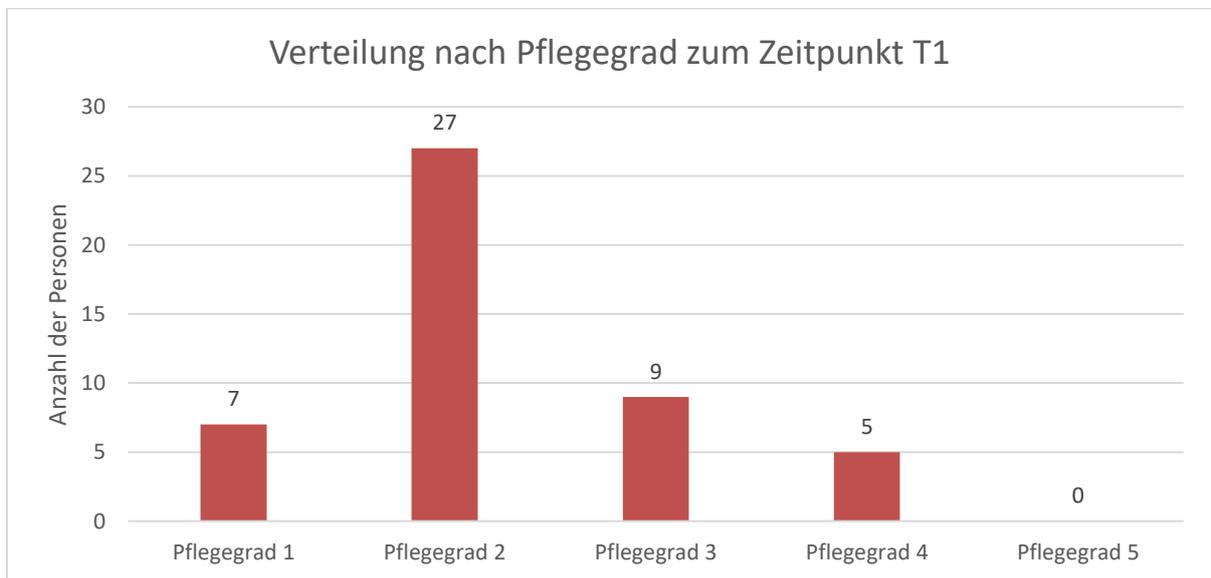


Abbildung 7: Verteilung nach Pflegegrad (N=160) zum Zeitpunkt T1

Für 97 Personen haben die Alterslotsinnen zum Zeitpunkt T1 eine Schwerbehinderung aufgenommen. Abbildung 8 zeigt die nominale Verteilung der Schwerbehindertengrade. Fast ein Viertel der Patientinnen und Patienten haben einen Schwerbehindertengrad von 100%. Über die Hälfte der Menschen mit Schwerbehindertengrad haben eine Schwerbehinderung $\geq 70\%$.

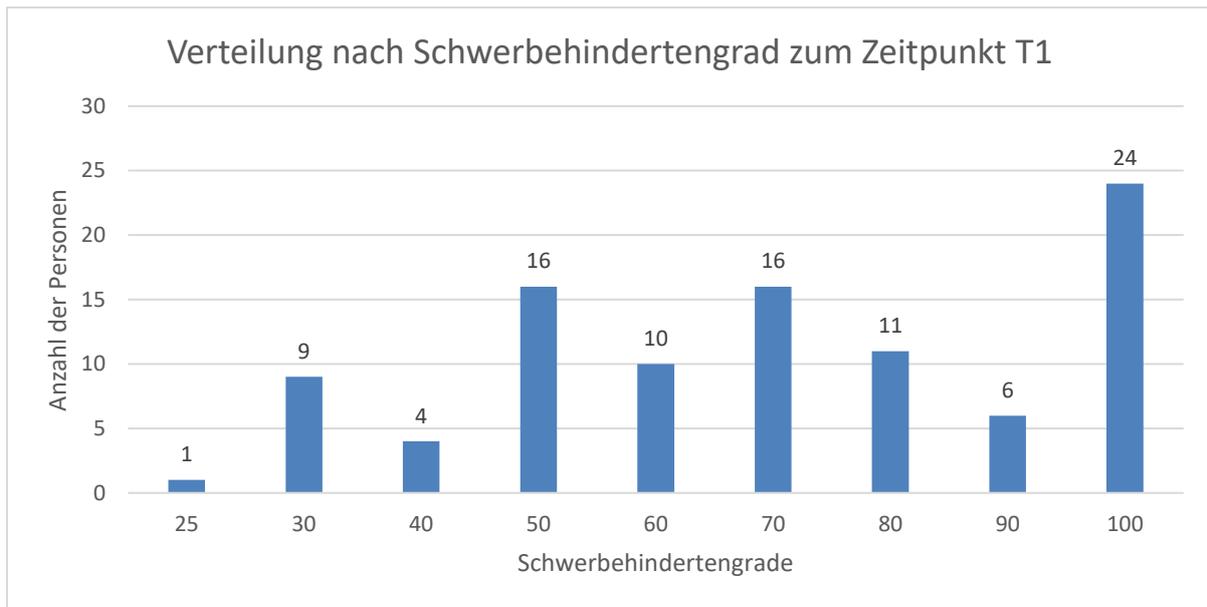


Abbildung 8: Verteilung nach Schwerbehindertengrad (N=97) zum Zeitpunkt T1

In Tabelle 1 ist zusammenfassend die Häufigkeitsverteilung (absolut und prozentual) der Merkmale Geschlecht, Alter, Pflegestufe, Pflege- und Schwerbehindertengrad dargestellt.

Tabelle 1: Merkmale der Gesamtstichprobe (N=266)

Merkmalsname	Merkmalswert	Nominal	Prozentual (%)
Geschlecht	männlich	95	35,71
	weiblich	171	64,29
Alter	65-69	12	4,51
	70-74	21	7,89
	75-79	68	25,56
	80-84	90	33,83
	85-89	51	19,17
	90-94	17	6,39
	95-100	7	2,63
Pflegestufen zum Zeitpunkt T1 (N=106)	Ja	25	23,58
	Nein	81	76,42
Verteilung Pflegestufen zum Zeitpunkt T1 (N=106)	Pflegestufe 0	2	1,89
	Pflegestufe 1	15	14,15
	Pflegestufe 2	8	7,55
	Pflegestufe 3	0	0
	keine Pflegestufe	81	76,42
Pflegegrade zum Zeitpunkt T1 (N=160)	Ja	48	30,00
	Nein	112	70,00
Verteilung Pflegegrade zum Zeitpunkt T1	Pflegegrad 1	7	4,38
	Pflegegrad 2	27	16,88
	Pflegegrad 3	9	5,63
	Pflegegrad 4	5	3,13
	Pflegegrad 5	0	0
Schwerbehindertengrade zum Zeitpunkt T1	Ja	97	36,47
	Nein	169	63,53

Verteilung Schwerbehindertengrade zum Zeitpunkt T1	0	169	63,53
	25	1	0,38
	30	9	3,38
	40	4	1,50
	50	16	6,02
	60	10	3,76
	70	16	6,02
	80	11	4,14
	90	6	2,26
Total		266	100

7.1 Barthel-Index

Der Barthel-Index ist ein Bewertungsverfahren der alltäglichen Fähigkeiten von Patientinnen und Patienten. Der Index dient zur systematischen Erfassung von Selbständigkeit beziehungsweise Pflegebedürftigkeit. Entwickelt wurde der Barthel-Index als Index der Unabhängigkeit von Patienten mit neuromuskulären oder muskuloskeletalen Erkrankungen oder Einschränkungen. Er findet Anwendung im Rahmen eines Pflegeassessments.

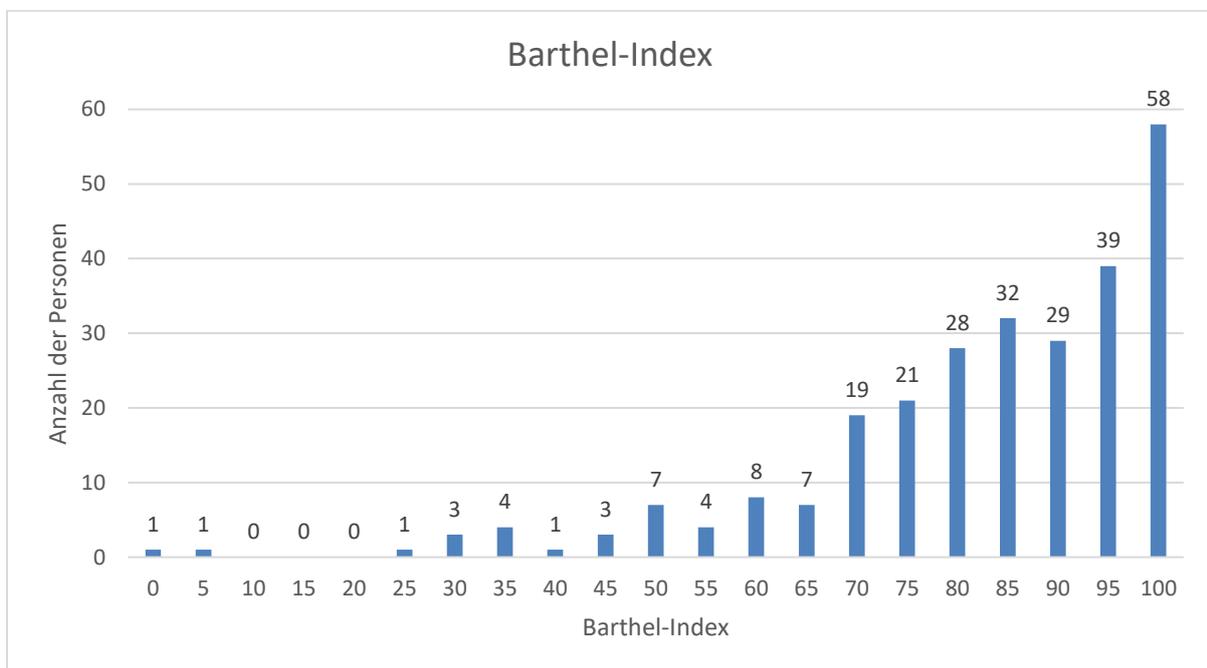


Abbildung 9: Verteilung (N=266) nach Barthel-Index in der Stichprobe

Zur Erstellung eines Barthel-Index werden Punktwerte verteilt für einen Teil der Aktivitäten des täglichen Lebens, wobei minimal 0 Punkte (komplette Pflegebedürftigkeit) und maximal 100 Punkte (Selbständigkeit) erreicht werden können. Ein Barthel-Index von 100 Punkten gibt z.B. an, dass ein

Patient in der Lage ist, selbständig zu essen, sich fortzubewegen und seine Körperpflege durchzuführen. Er ist keine Aussage darüber, ob jemand alleine leben kann, da Aspekte wie Kochen, Haushaltsführung und soziale Aspekte nicht berücksichtigt werden.

Die Stichprobe hat einen durchschnittlichen Barthel-Index von 82,41. Dabei haben 58 Personen (21,8%) einen Barthel-Index von 100. 70% der Stichprobe (N=186) haben einen Barthel-Index \geq 80. 21 Personen (7,9%) haben einen Barthel-Index \leq 50 (vgl. Abb. 9).

7.2 Morbidität und Vulnerabilität

Auf Basis von drei Items wurde die Morbidität und Vulnerabilität der Patientinnen und Patienten überprüft:

- der Patient bzw. die Patientin zeigt eine geriatritypische Multimorbidität,
- der Patient bzw. die Patientin zeigt eine erhöhte alterstypische Vulnerabilität,
- der Patient bzw. die Patientin zeigt eine geriatritypische Multimorbidität und eine erhöhte alterstypische Vulnerabilität.

Für die Datenauswertung lagen 262 gültige Datensätze vor. Ein Anteil von 99,6% (N=261) der gesamten Stichprobe hat eine geriatritypische Multimorbidität und/oder erhöhte alterstypische Vulnerabilität. 40,6% (N=106) zeigen sowohl geriatritypische Multimorbidität als auch eine erhöhte alterstypische Vulnerabilität. Fast die Hälfte der Patientinnen und Patienten (47,9%; N=125) zeigen eine geriatritypische Multimorbidität. Knapp 12% (11,5%; N=30) haben eine erhöhte alterstypische Vulnerabilität (vgl. Abb. 10).

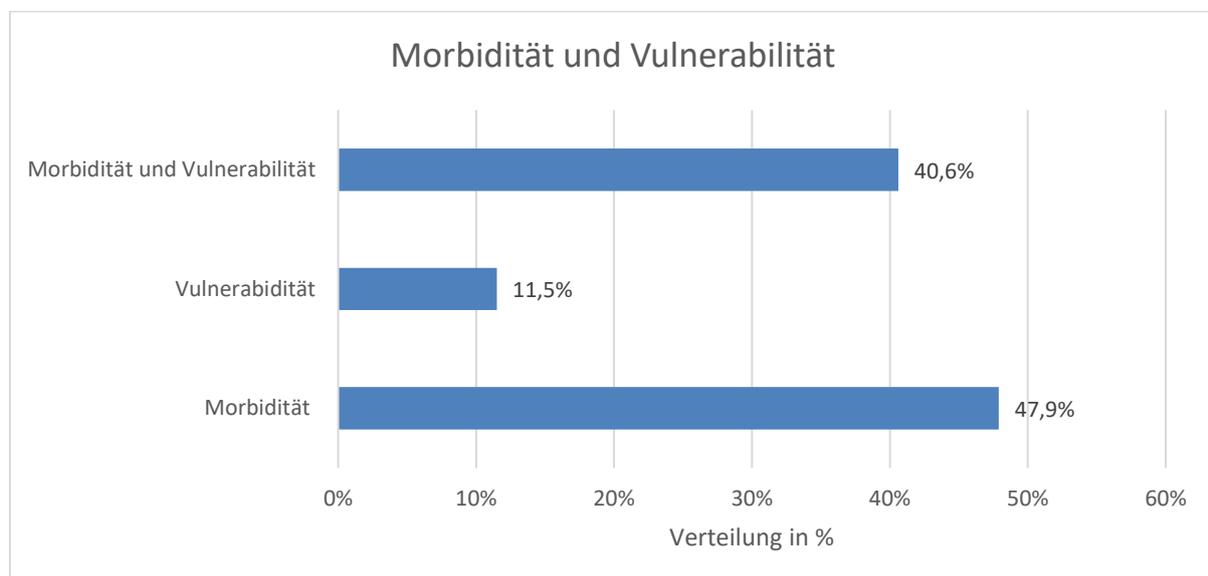


Abbildung 10: Verteilung von Morbidität und Vulnerabilität in der Stichprobe (N=216) (in %)

7.3 Vorsorgevollmacht

63,5% Personen (N=169) der Stichprobe besitzen eine Vorsorgevollmacht (vgl. Abb. 11).

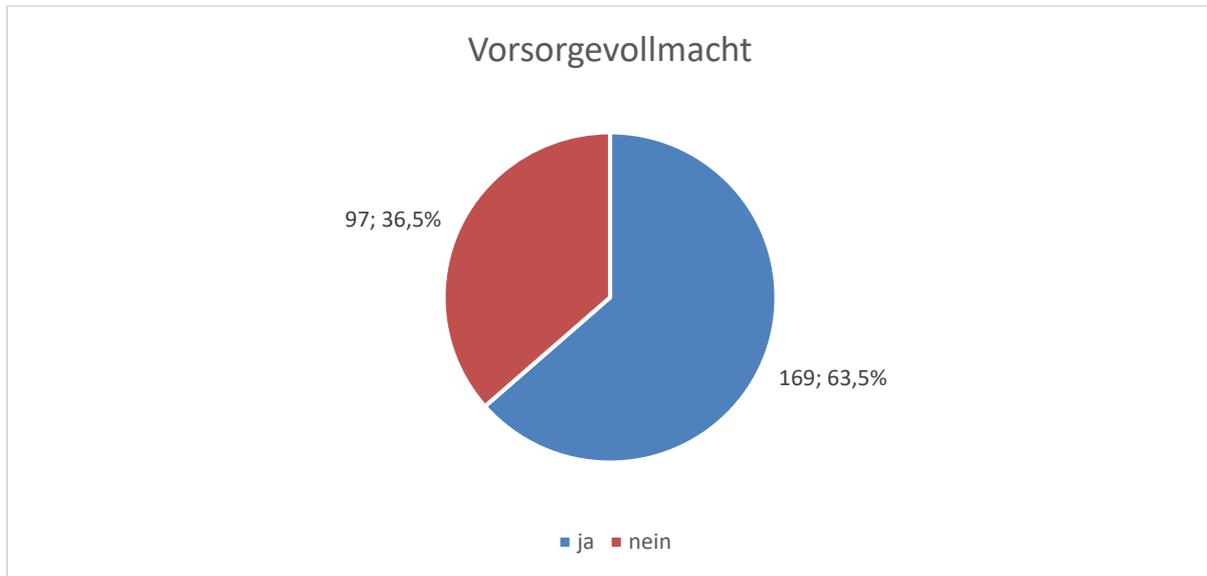


Abbildung 11: Verteilung (N=266) nach Bestehen einer Vorsorgevollmacht (absolut und in %)

7.4 Allgemein- und Ernährungszustand

Im Rahmen der regelmäßigen Erhebungstermine bewerten die Alterslotsinnen auch den körperlichen Allgemeinzustand und den Ernährungszustand der Patientinnen und Patienten. Nach Einschätzung der Lotsinnen haben 15% (N=40) der Stichprobe einen guten, 70,3% (N=187) einen reduzierten und 14,7% (N=39) einen stark reduzierten Allgemeinzustand (vgl. Abb. 12). Deutlich positiver wird der Ernährungszustand der Stichprobe bewertet (vgl. Abb. 13). Nach Ansicht der Alterslotsinnen haben 71,4% (N=190) einen guten, 25,6% (N=68) einen reduzierten und 3% (N=8) einen stark reduzierten Ernährungszustand.

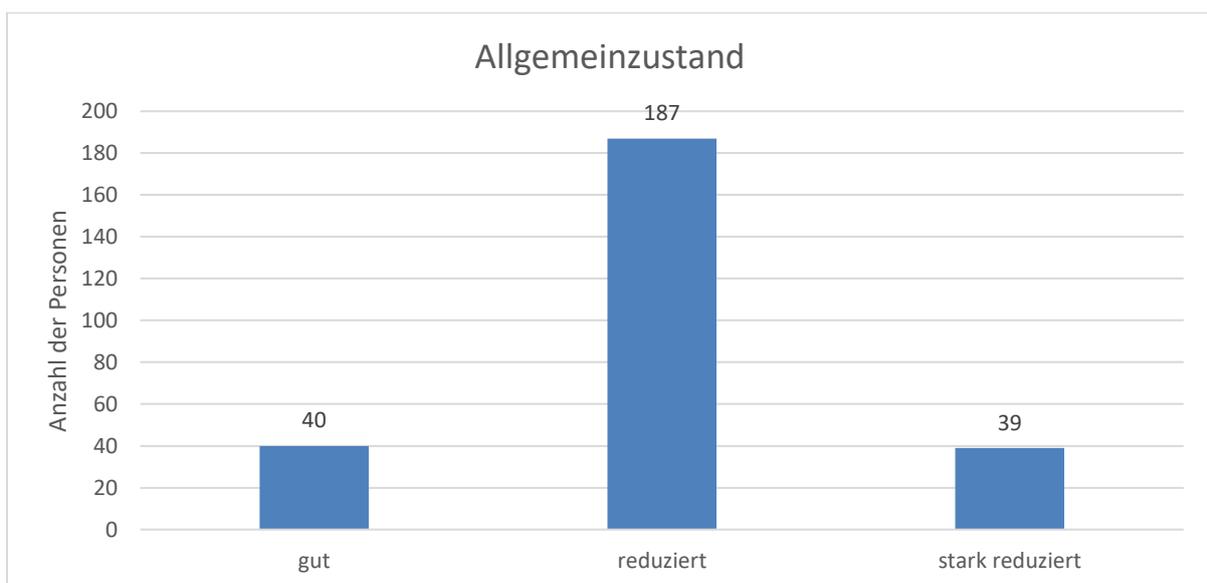


Abbildung 12: Verteilung nach Angaben zum Allgemeinzustand in der Stichprobe (N=266)

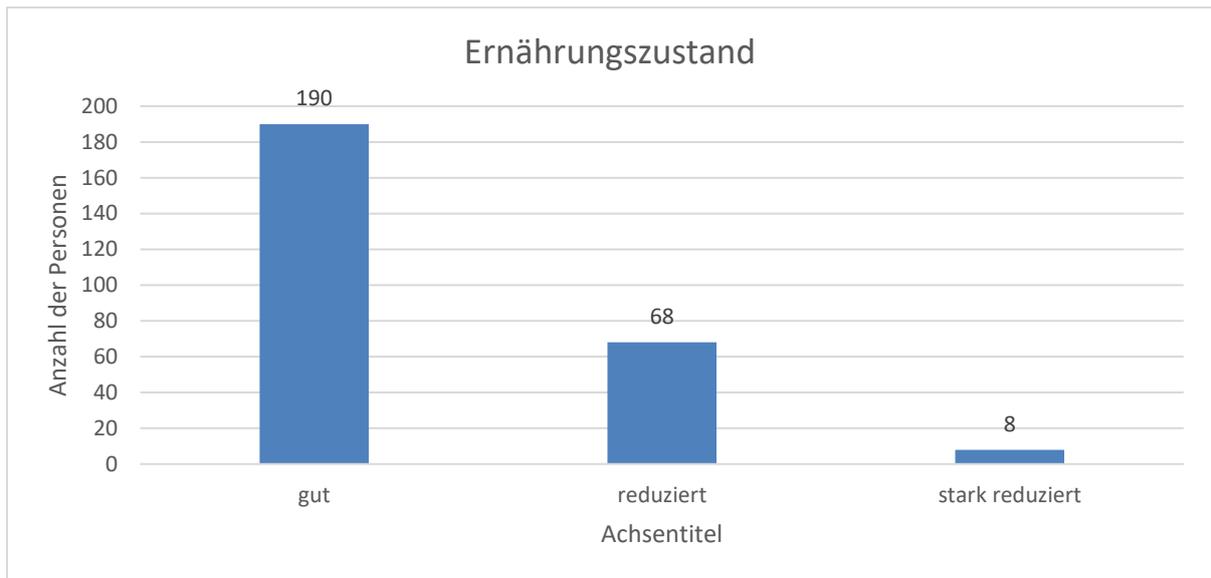


Abbildung 13: Verteilung nach Angaben zum Ernährungszustand der Stichprobe (N=266)

7.5 Mobilität

Mobilität, insbesondere die eigenständige und selbstbestimmte, ist ein wichtiger Indikator für Lebensqualität und kann Aufschlüsse über den Grad der Selbstbestimmtheit geben. Die Alterslotsinnen bewerten und messen den Mobilitätsgrad der Patientinnen und Patienten in unterschiedlichen Items.

Mobilität in der Wohnung (N =262)

Über die Hälfte der befragten Patientinnen und Patienten aus der Stichprobe (57,6%; N=151) bewegt sich selbstständig in der Wohnung. Fast ein Viertel (24,1%; N=63) nutzt einen Rollator als Hilfsmittel für die Mobilität in der Wohnung. Nur ein geringer Teil benötigt Fremdhilfe (1,2%; N=3) oder einen Rollstuhl (2,3%; N=6). 14,9% (N=39) nutzen einen Gehstock (vgl. Abb. 14).

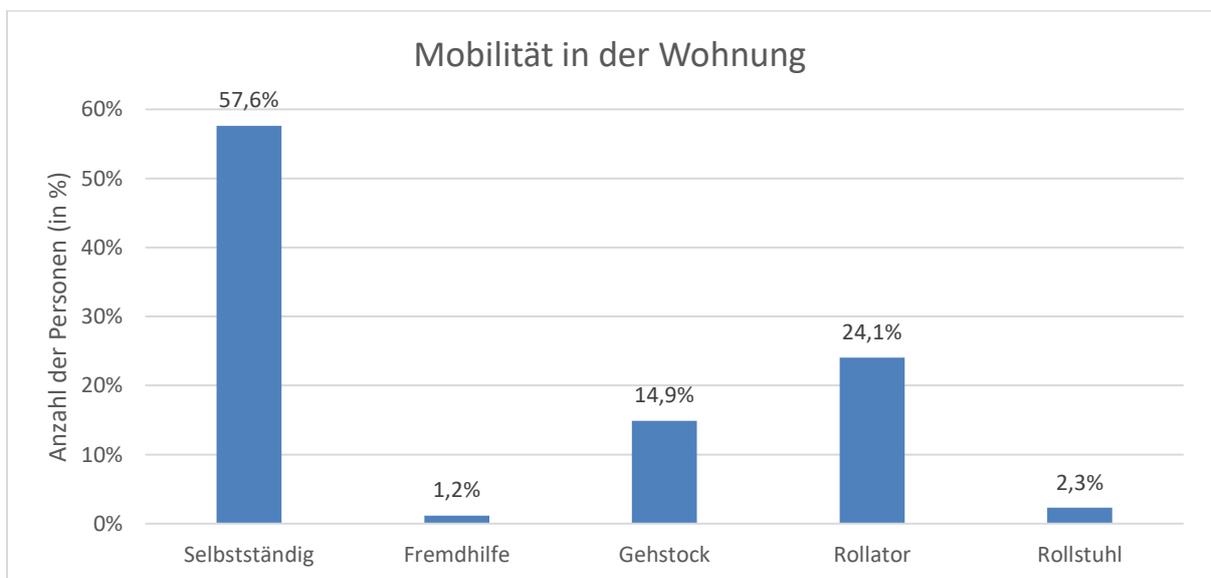


Abbildung 14: Verteilung (N=262) nach Angaben zu Mobilität in der Wohnung (in %)

Mobilität außerhalb der Wohnung (N=266)

44,7% (N=119) der Befragten nutzt für die Mobilität außerhalb der Wohnung einen Rollator, 29,3% (N=78) können sich selbstständig, ohne Hilfsmittel oder Fremdhilfe außerhalb der Wohnung bewegen. Einen Gehstock nutzen 13,5% (N=36), Fremdhilfe benötigen 2,6% (N=7) und einen Rollstuhl nutzen 10 Personen bzw. 3,8%. Insgesamt 16 Patientinnen und Patienten (6%) verlassen Ihre Wohnung gar nicht mehr (vgl. Abb. 15).

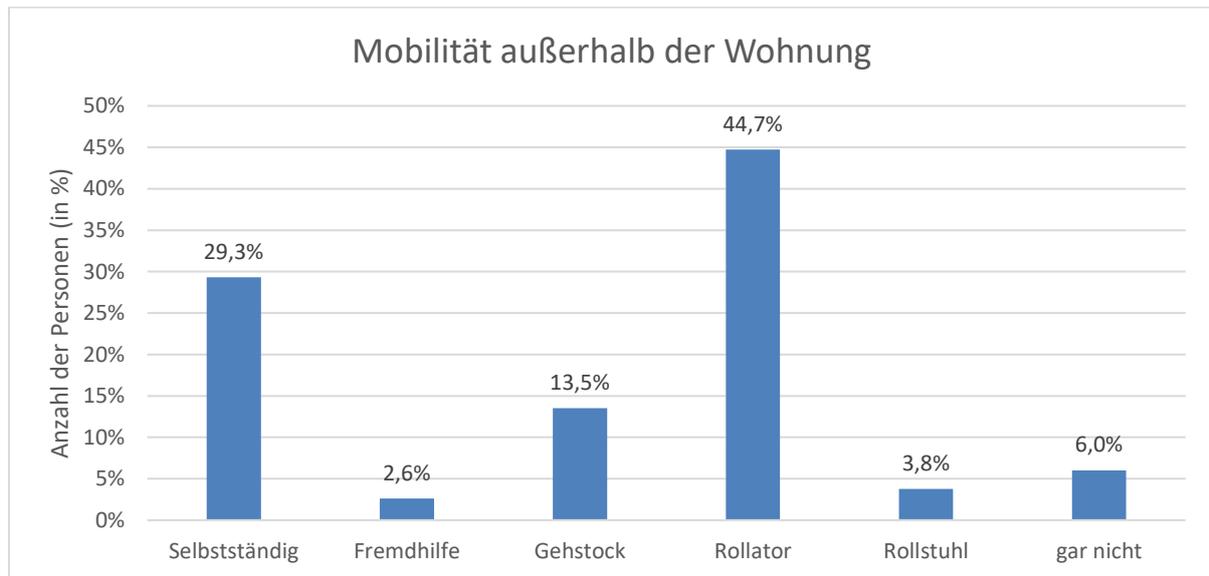


Abbildung 15: Verteilung nach Angaben zu Mobilität außerhalb der Wohnung (in %)

7.6 Mobilitätstest – „Timed Up & Go“

Die Ergebnisse des „Timed Up & Go“-Tests sind ein Indikator über alltagsrelevante Einschränkungen der Beweglichkeit. Der Test misst die Zeit, die benötigt wird, um von einem Stuhl aufzustehen, eine Strecke von drei Metern in normaler Geschwindigkeit zu gehen, sich umzudrehen, zurück zum Stuhl zu gehen und sich wieder hinzusetzen.

Die Ergebnisinterpretation basiert auf folgenden Einstufungen:

- **Zeitdauer bis 10 Sekunden:** Die Probandinnen und Probanden sind in ihrer erforderlichen Mobilität völlig uneingeschränkt
- **Zeitdauer zwischen 11 und 19 Sekunden:** Die Probandinnen und Probanden sind weniger mobil, aber es bestehen noch keine Einschränkungen für die Erfordernisse des täglichen Lebens
- **Zeitdauer zwischen 20 und 29 Sekunden:** Die Probandinnen und Probanden sind in ihrer Mobilität soweit eingeschränkt, dass funktionelle Auswirkungen wahrscheinlich sind. Die Personengruppe ist gefährdet weitere Einschränkungen ihrer Bewegungsfähigkeit zu erleiden
- **Zeitdauer über 30 Sekunden:** Bei diesen Probandinnen und Probanden liegt eine ausgeprägte Mobilitätseinschränkung vor, die in der Regel eine intensive Betreuung und eine adäquate Hilfsmittelversorgung erforderlich macht

Über ein Drittel der Probandinnen und Probanden (35,7%) haben eine völlig uneingeschränkte oder uneingeschränkte Mobilität (N=95). 81 Personen (30,5%) haben eine teilweise eingeschränkte

Mobilität und 36 Personen (13,5%) haben eine ausgeprägte Einschränkung. Nur vereinzelte Probandinnen und Probanden (N=9; 3,4%) können nicht alleine gehen oder nicht selbstständig vom Stuhl aufstehen (vgl. Abb. 16).

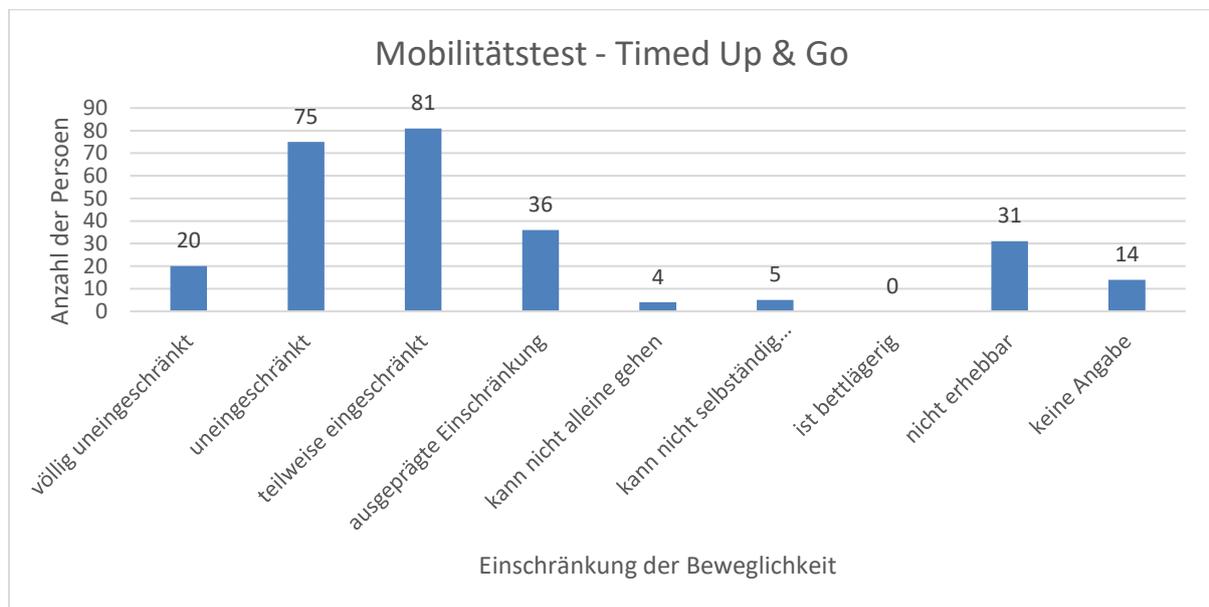


Abbildung 16: Verteilung nach Mobilitätstest - Timed Up & Go (N=266)

7.7 Verlassen der Wohnung

Fast die Hälfte der Personen in der Stichprobe (N=124; 46,6%) verlassen täglich ihre Wohnung, 34 Personen (12,8%) verlassen ihre Wohnung mehr als drei Mal die Woche und fast ein Viertel (23,6%; N=63) der Stichprobe verlassen ihre Wohnung nur ein bis zwei Mal die Woche. 45 Personen (16,9%) verlassen ihre Wohnung nur noch unregelmäßig (Kategorie „andere“).

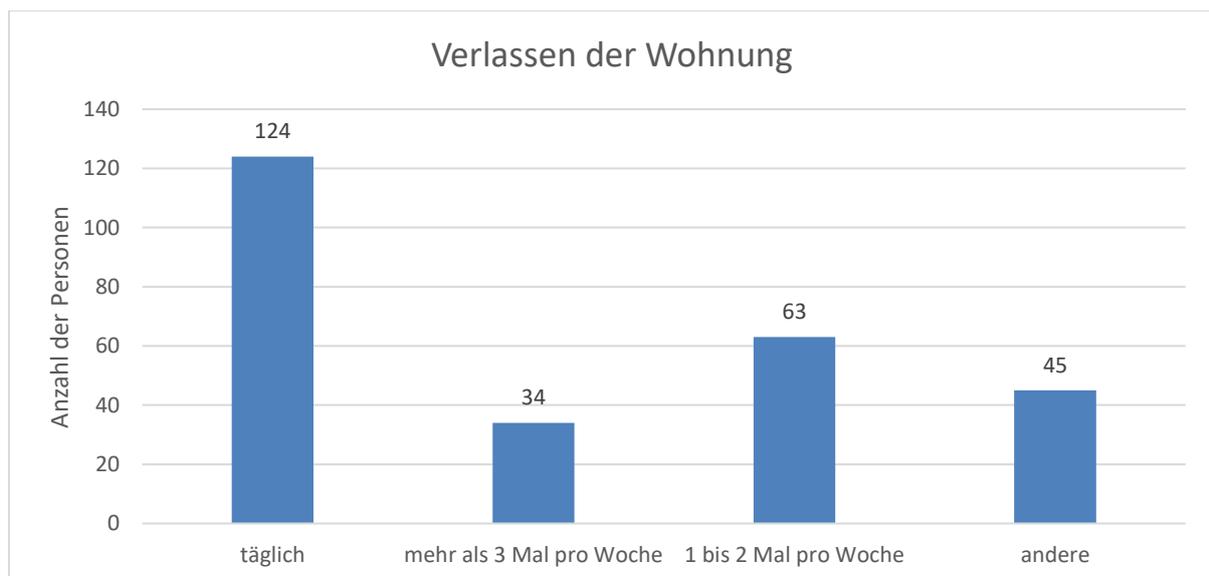


Abbildung 17: Verteilung nach Angaben zum Verlassen der Wohnung (N=266)

7.8 Gangbild

Über 80% (N=222) der Personen in der Stichprobe haben nach Einschätzung der Alterslotsinnen ein unsicheres Gangbild (vgl. Abb. 18).

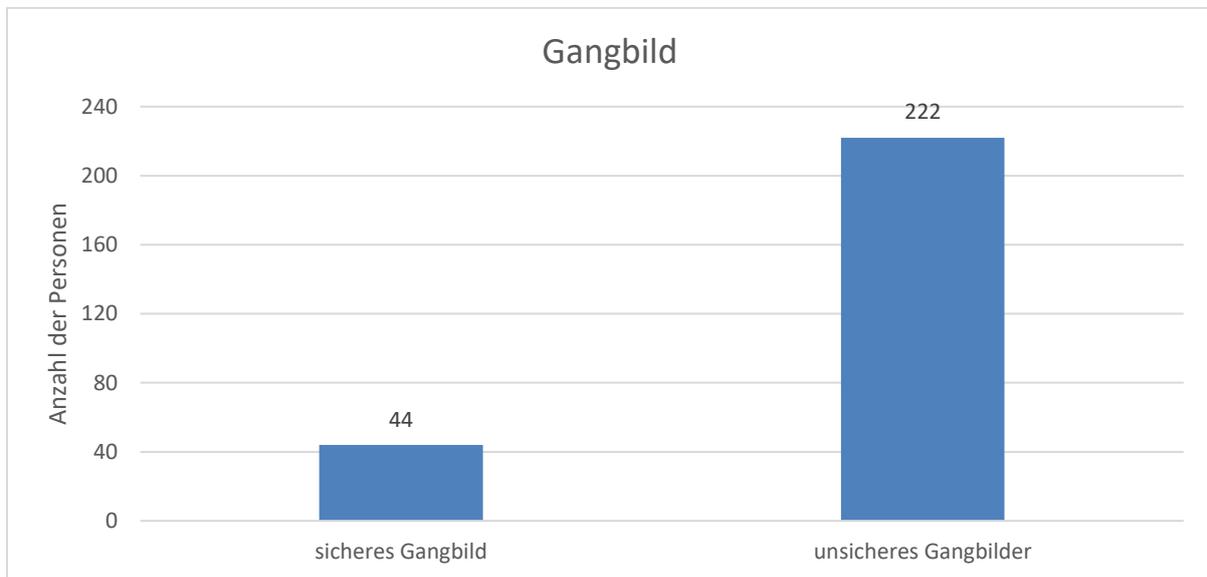


Abbildung 18: Verteilung nach Angaben zur Beurteilung des Gangbildes (N=266)

7.9 Hygiene

Im Rahmen von zwei Items wurde erfasst, ob die Personen in der Stichprobe ihre Körperpflege und die Reinigung der Wohnung noch selbstständig durchführen können. Von den 266 Personen in der Stichprobe führen 165 (62%) der Patientinnen und Patienten ihre Körperpflege selbst durch. 101 Personen bzw. 38% benötigen fremde Hilfe bei der Körperpflege (vgl. Abb. 19). Fast 80% benötigen fremde Hilfe bei der Reinigung ihrer Wohnung, z.B. durch Angehörige oder Dienstleister (vgl. Abb. 20).

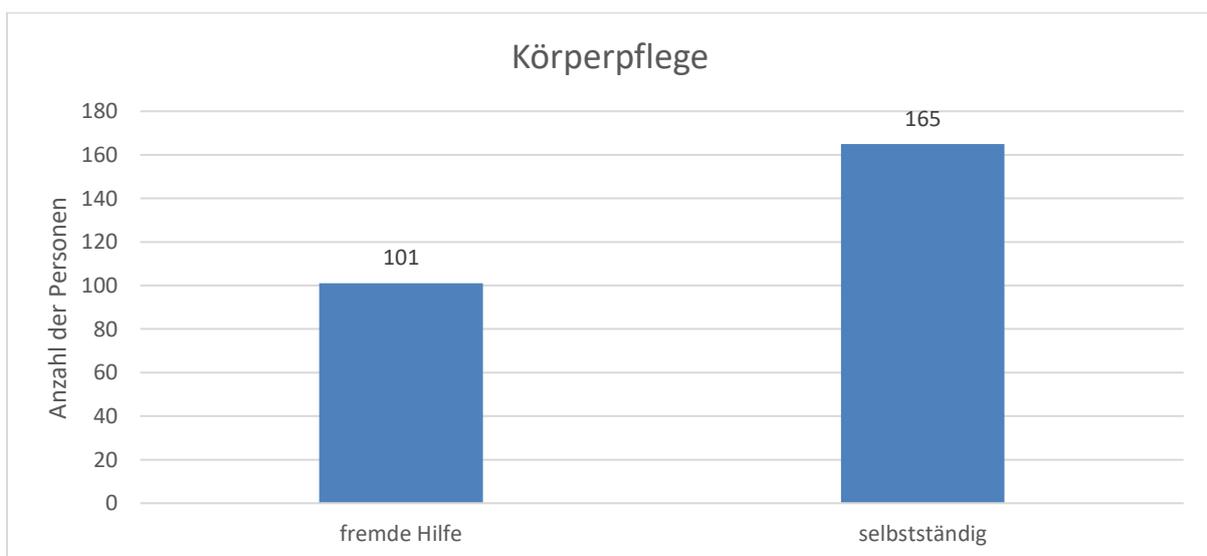


Abbildung 19: Verteilung nach Angaben zur Körperpflege (N=266)

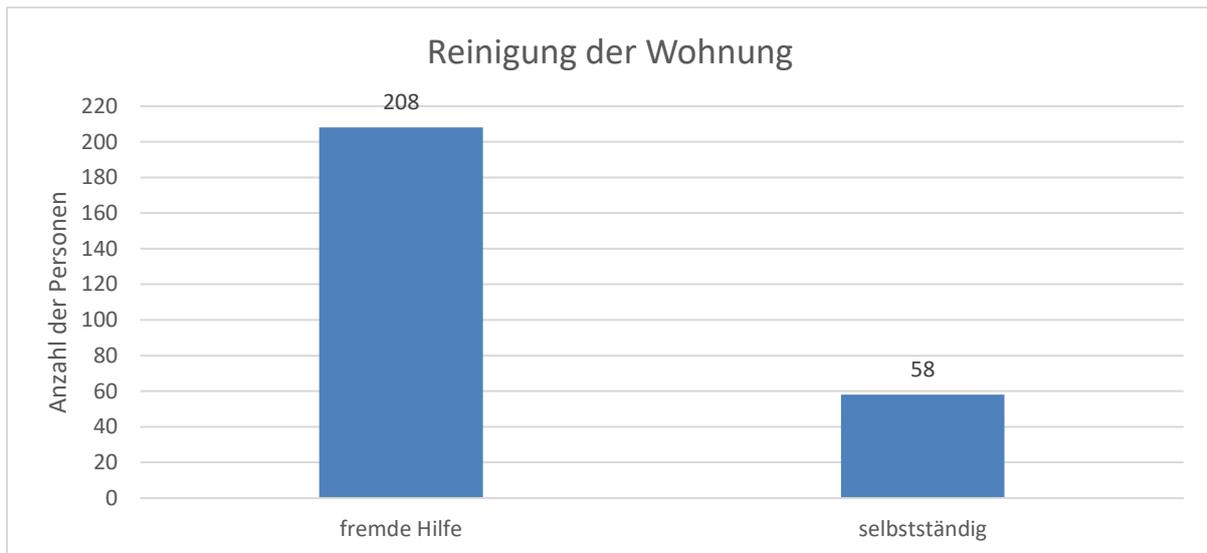


Abbildung 20: Verteilung nach Angaben zur Reinigung der Wohnung (N=266)

7.10 Alltagseinschränkungen

Die Alterslotsinnen haben im Rahmen von sechs Items die Alltagseinschränkungen der Patientinnen und Patienten bewertet. Für die Items im Bereich der Alltagseinschränkungen liegen Daten für 262 Patientinnen und Patienten vor.

Alltagseinschränkungen wurden in folgenden Bereichen erhoben, Doppelnennungen waren möglich:

- Einschränkung von Beweglichkeit, Mobilität und/ oder Orientierung
- Hauswirtschaftliche Defizite mit Folgen wie mangelnde Hygiene oder schlechter Allgemein-/ Ernährungszustand
- Ungesicherte Medikamenteneinnahme und/ oder Polymedikation
- Informationsdefizite (z.B. über Hilfsangebote)
- Vereinsamung, fehlendes soziales Umfeld
- andere

In der Stichprobe haben 152 Patientinnen und Patienten drei oder mehr Alltagseinschränkungen angegeben. Insgesamt haben von den 262 Personen 98,85% (N=259) mindestens eine Alltagseinschränkung. 2 Personen haben in allen Bereichen eine Alltagseinschränkung (vgl. Abb. 21 und Tab. 2).

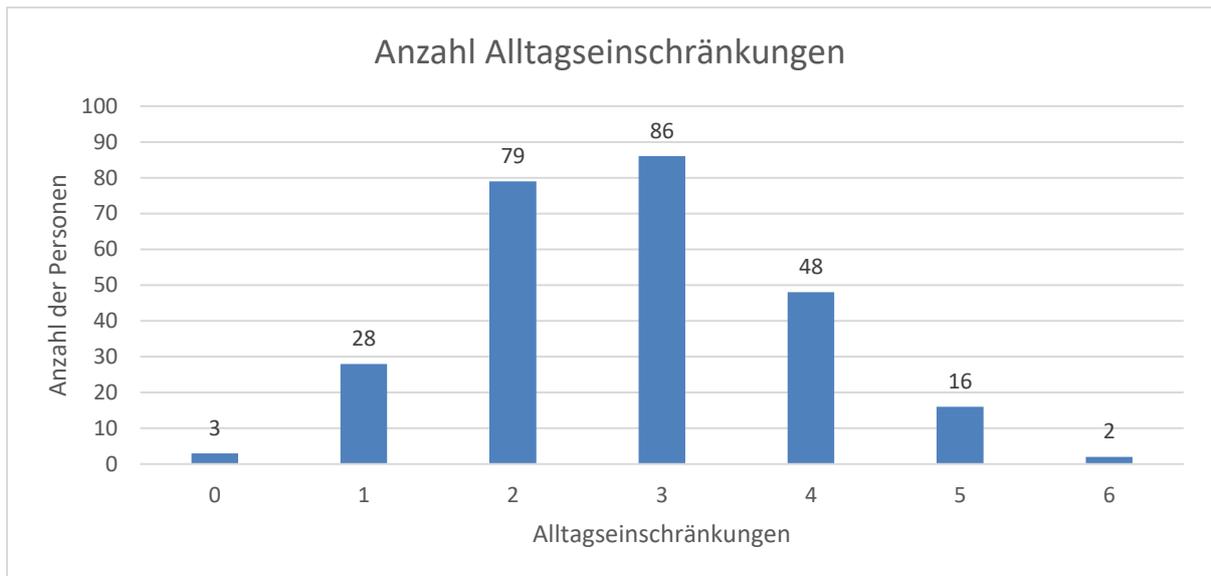


Abbildung 21: Verteilung nach Anzahl der Alltagseinschränkungen (N=262)

Einschränkungen in weiteren Bereichen haben nur vereinzelte Patientinnen und Patienten in der Stichprobe.

Tabelle 2: Merkmale der Alltagseinschränkungen (N=262)

Alltagseinschränkungen		Nominal	Prozentual (%)
Einschränkung von Beweglichkeit, Mobilität und/ oder Orientierung	ja	229	87,40
	nein	33	12,60
Hauswirtschaftliche Defizite	ja	150	57,25
	nein	112	42,75
Ungesicherte Medikamenteneinnahme und/ oder Polymedikation	ja	98	37,40
	nein	164	62,60
Informationsdefizite (z.B. über Hilfsangebote)	ja	167	63,74
	nein	95	36,26
Vereinsamung, fehlendes soziales Umfeld	ja	80	30,53
	nein	182	69,47
Andere	ja	4	1,53
	nein	258	98,47

7.11 Medikamente

Mit acht Items wurden die Anzahl und die Einnahme von Medikamenten und das Vorliegen des Medikationsplanes erhoben. Für die Evaluation lagen Daten von 221 Patientinnen und Patienten vor.

Fast 90% der Patientinnen und Patienten nehmen 3 oder mehr Medikamente ein (vgl. Abb. 22). Nur 8 Personen (3,62%) nehmen keine Medikamente ein. Insgesamt nehmen damit 96,32% der Personen ein oder mehrere Medikamente.

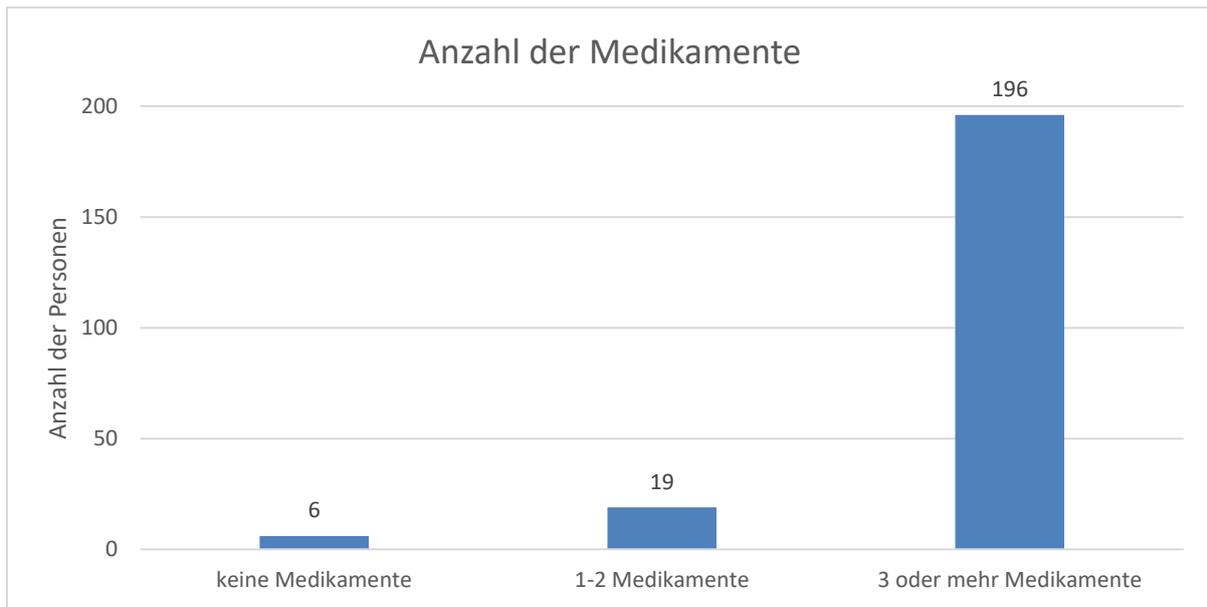


Abbildung 22: Verteilung nach Anzahl der eingenommenen Medikamente (N=221)

Von den Personen, die mindestens ein Medikament einnehmen, müssen 98,6% diese täglich einnehmen. Nur vereinzelt sollen Medikamente bei Bedarf eingenommen werden.

Über ein Drittel der Patientinnen und Patienten (37,2%; N= 80) ist bei dem Stellen der Medikamente auf fremde Hilfe angewiesen (vgl. Abb. 23).

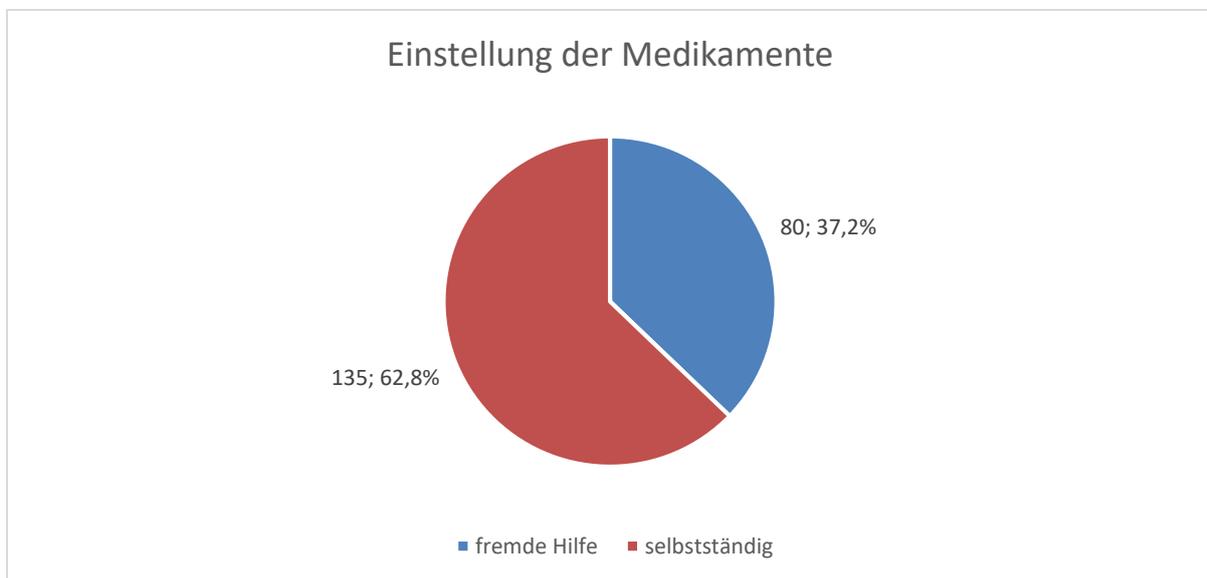


Abbildung 23: Verteilung nach der Einstellung der Medikamente (N=215) (absolut und in %)

Von den 215 Patientinnen und Patienten, die mindestens ein Medikament nehmen, können 88,8% (N=191) ihre Medikation selbst einnehmen. 24 Patientinnen und Patienten bzw. 11,2% sind auf fremde Hilfe bei der Einnahme und beim Stellen der Medikamente angewiesen (vgl. Abb. 24). 56 Personen können ihre Medikamente nicht selber stellen, aber diese selbstständig einnehmen.

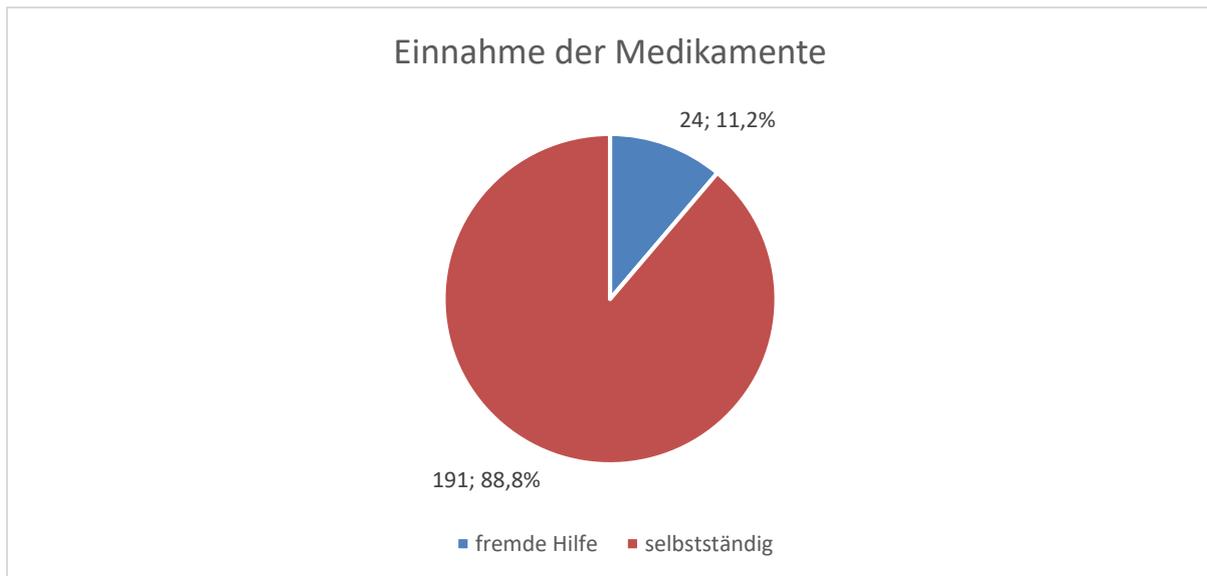


Abbildung 24: Verteilung nach Einnahme der Medikamente (N=215)

Seit dem 1. Oktober 2016 haben Patientinnen und Patienten, die mindestens drei zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnete, systemisch wirkende Medikamente gleichzeitig einnehmen oder anwenden, Anspruch auf einen (bundeseinheitlichen) Medikationsplan. Die Anwendung der Medikation muss dauerhaft – über einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen – vorgesehen sein.

Fast ein Drittel (32,1%; N=63) der 196 Patientinnen und Patienten, die mehr als drei Medikamente einnehmen, liegt kein Medikationsplan vor. Nur 133 Personen (67,9%) liegt ein Medikationsplan vor. Dagegen haben vier Patientinnen und Patienten einen Medikationsplan, obwohl sie nur ein Medikament einnehmen. Insgesamt besitzen damit 137 Patientinnen und Patienten in der Stichprobe einen Medikationsplan.

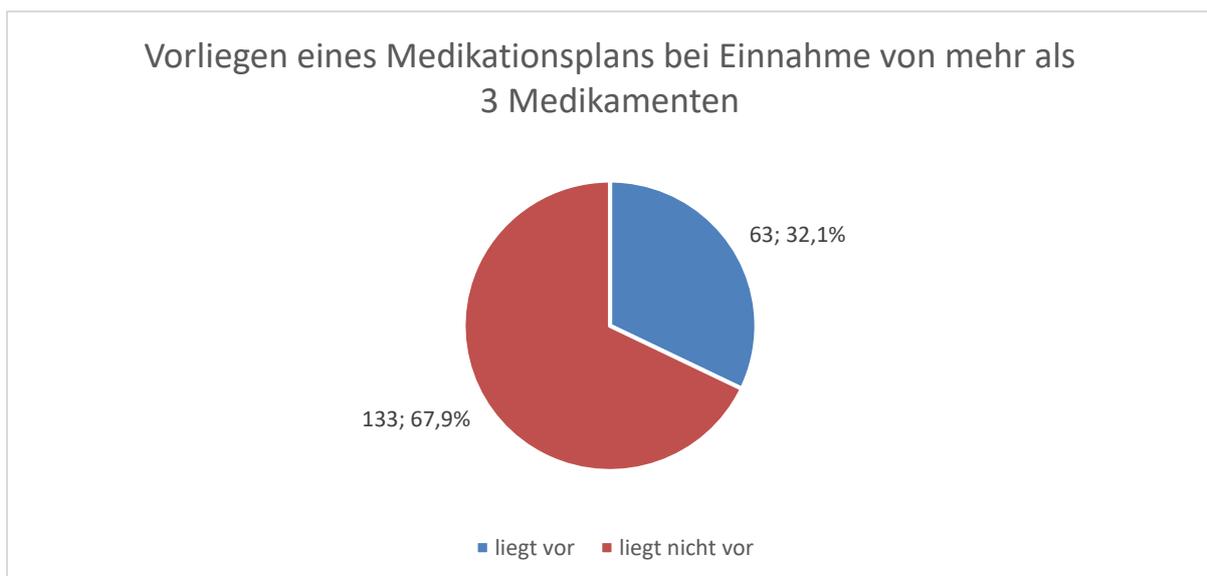


Abbildung 25: Vorliegen eines Medikationsplanes bei Einnahme von mehr als 3 Medikamenten (N=196) (absolut und in %)

Von den 133 Patientinnen und Patienten mit Medikationsplan nehmen 42 (31,6 %) weitere Medikamente ein. Nur bei 10,6% (N=5) werden diese zusätzlichen Medikamente auch im Medikationsplan aufgeführt. In fast 90% der Fälle (89,4%) werden die von den Patientinnen und Patienten zusätzlich eingenommenen Medikamente nicht im Medikationsplan erwähnt.

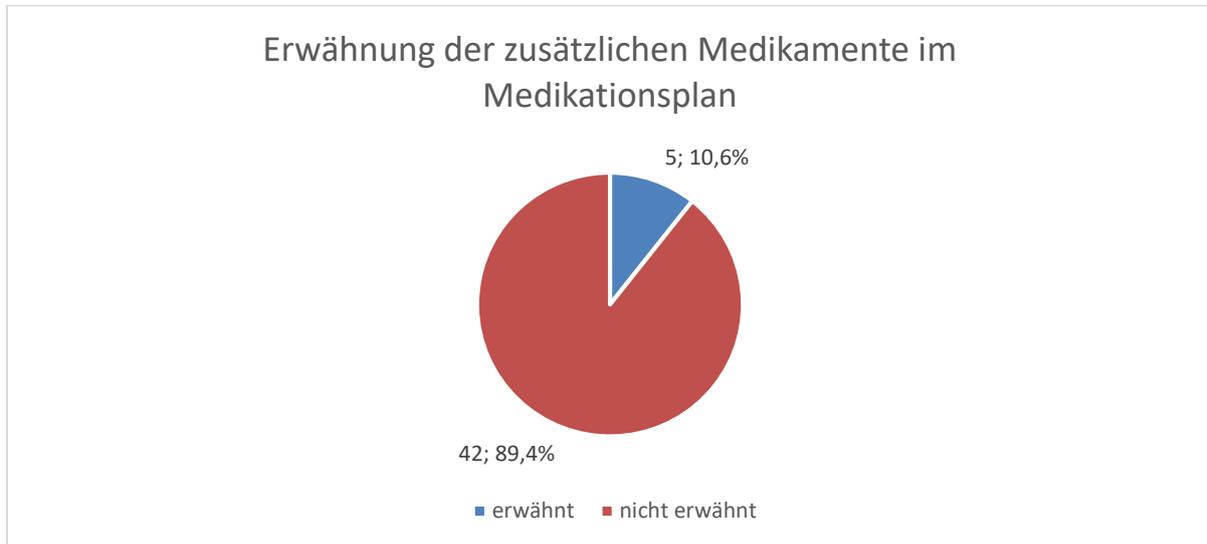


Abbildung 26: Erwähnung der zusätzlichen Medikamente im Medikationsplan (N=47)

7.12 Krankenkassen der Patientinnen und Patienten

Über ein Viertel der Patientinnen und Patienten (26,7%) sind bei der AOK Niedersachsen versichert. Jeweils fast ein Fünftel der Versicherten ist bei der DAK bzw. Barmer versichert. Summiert sind fast drei Viertel (73,7%; N=196) der Versicherten bei einer AOK, der DAK oder der Barmer krankenversichert. Nur fünf Patientinnen und Patienten (1,9%) sind privat krankenversichert.

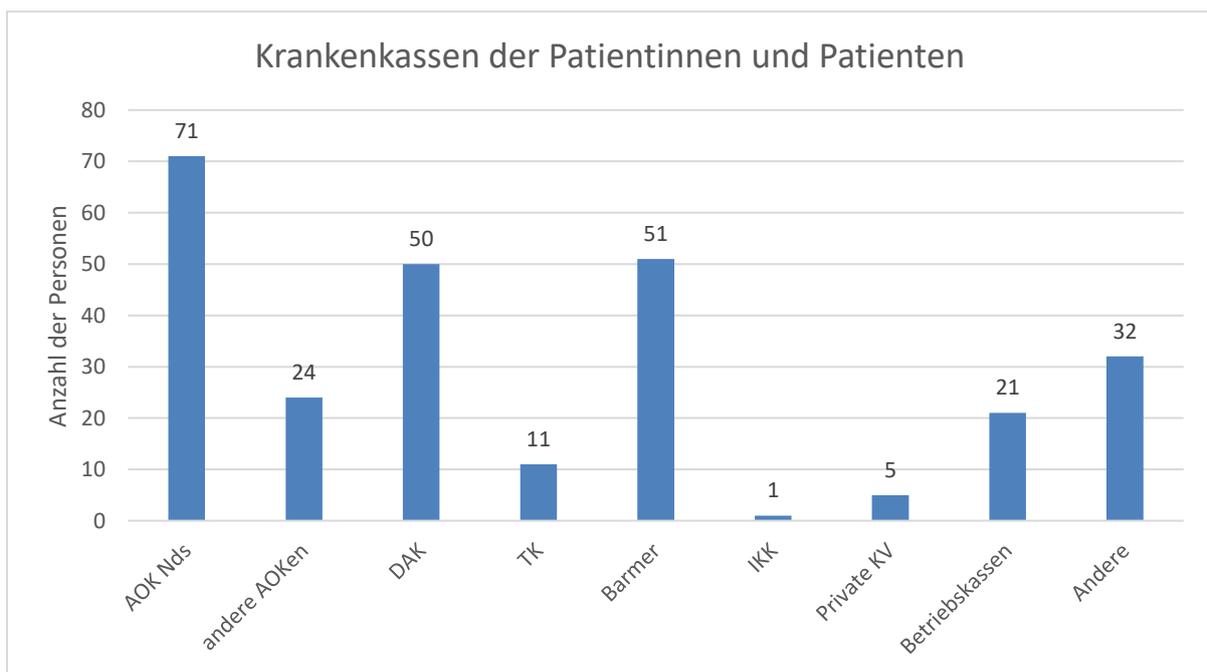


Abbildung 27: Krankenkassen der Patientinnen und Patienten (N=266)

8. Zeitreihenanalyse

Die Alterslotsinnen haben die Datenerhebung anhand der Assessmentbögen nicht nur zum Eingangsassessment (T1) sondern auch ein halbes Jahr nach Projekteinschluss (Zeitpunkt T2) sowie nach einem Jahr nach Projekteinschluss (Zeitpunkt T3) durchgeführt. Für die Datenauswertung konnten Vergleiche der Daten zu den drei Zeitpunkten vorgenommen werden. Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse und Veränderungen zu den Zeitpunkten T1, T2, und T3 dargestellt. Für den Zeitpunkt T2 liegen 125 Datensätze vor. Für den Zeitpunkt T3 liegen 43 Datensätze vor. Für die Analyse der Veränderungen zwischen T1 und T2 kann eine Substichprobe aus 125 Datensätzen gebildet werden.

8.1 Merkmale der Substichprobe zum Zeitpunkt T1

Die Substichprobe (N=125) hat zum Zeitpunkt T1 ein Durchschnittsalter von 80,5 Jahren.

In Tabelle 3 ist die Häufigkeitsverteilung (absolut und prozentual) der Untersuchungsparameter Geschlecht, Alter, Pflegestufe, Pflege- und Schwerbehindertengrad, Wohnsituation, Allgemein- und Ernährungszustand dargestellt.

Tabelle 3: Merkmale der Substichprobe zum Zeitpunkt T1 (N=125)

Merkmal		Nominal	Prozentual (%)
Geschlecht (N=125)	männlich	43	34,4
	weiblich	82	65,5
Alter (N=125)	65-69	7	5,6
	70-74	14	11,2
	75-79	26	20,8
	80-84	48	38,4
	85-89	23	18,4
	90-94	4	3,2
	95-100	3	2,4
Familienstand (N=125)	allein lebend	9	7,2
	ledig	10	8,0
	verheiratet	50	40,0
	verwitwet	56	44,8
Wohnsituation (N=125)	allein lebend	66	52,8
	Partner im Haushalt	52	41,6
	Familie im Haushalt	7	5,6
Pflegestufen zum Zeitpunkt T1 (N=78)	ja	15	19,23
	nein	63	80,77
Verteilung Pflegestufen zum Zeitpunkt T1 (N=78)	Pflegestufe 0	1	1,28
	Pflegestufe 1	11	14,1
	Pflegestufe 2	3	3,85
	Pflegestufe 3	0	0
	keine Pflegestufe	63	80,77
Pflegegrade zum Zeitpunkt T1 (N=47)	ja	17	36,17
	nein	30	63,83
Verteilung Pflegegrade zum Zeitpunkt T1 (N=47)	Pflegegrad 1	2	4,26
	Pflegegrad 2	10	21,28
	Pflegegrad 3	3	6,38
	Pflegegrad 4	2	4,26
	Pflegegrad 5	0	0

Schwerbehindertengrad zum Zeitpunkt T1	ja	48	38,4
	nein	77	61,6
Verteilung Schwerbehindertengrade zum Zeitpunkt T1 (N=48)	25	1	2,08
	30	8	16,67
	40	4	8,33
	50	6	12,5
	60	4	8,33
	70	9	18,75
	80	5	10,42
	90	2	4,17
	100	9	18,75
Allgemeinzustand (N=125)	gut	26	20,8
	reduziert	81	64,8
	stark reduziert	18	14,4
Ernährungszustand (N=125)	gut	93	74,4
	reduziert	29	23,2
	stark reduziert	3	2,4
“Timed Up & Go“-Test (N=125)	völlig uneingeschränkt	6	4,8
	uneingeschränkt	33	26,4
	teilweise eingeschränkt	37	29,6
	ausgeprägte Einschränkung	16	12,8
	kann nicht alleine gehen	2	1,6
	kann nicht selbstständig aufstehen	2	1,6
	ist bettlägerig	0	0,0
	nicht erhebbar	19	15,2
	keine Angabe	10	8,0
Barthel-Index (N=125)	0-50	8	6,4
	55-75	28	22,4
	80-95	60	48
	100	29	23,2
Vorsorgevollmacht (N=125)	ja	78	62,4
	nein	47	37,6
Gangbild (N=125)	sicher	23	18,4
	unsicher	102	81,6
Körperpflege (N=125)	selbstständig	80	64,0
	mit fremder Hilfe	45	36,0
Total		125	100

98,4% (N=123) der Substichprobe haben mindestens eine Alltagseinschränkung. Zwei Drittel (66,4%; N= 83) der Substichprobe haben zwei oder drei Alltagseinschränkungen.

Tabelle 4: Alltagseinschränkungen (N=125)

Alltagseinschränkungen (N=125)		Nominal	Prozentual (%)
Einschränkung von Beweglichkeit, Mobilität und/oder Orientierung	ja	105	84,0
	nein	20	16,0
Hauswirtschaftliche Defizite	ja	74	59,2
	nein	51	40,8
Ungesicherte Medikamenteneinnahme und/oder Polymedikation	ja	41	32,8
	nein	84	67,2
Informationsdefizite (z.B. über Hilfsangebote)	ja	80	64,0
	nein	45	36,0
Vereinsamung, fehlendes soziales Umfeld	ja	32	25,6
	nein	93	74,4
Andere	ja	2	1,6
	nein	123	98,4

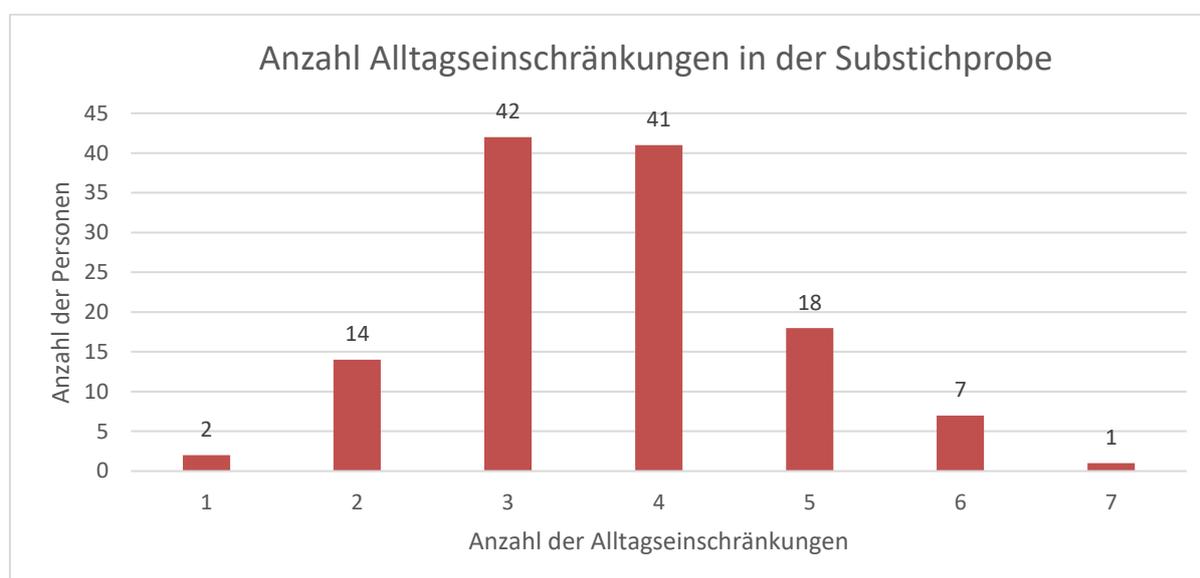


Abbildung 28: Anzahl der Alltagseinschränkungen in der Substichprobe (N=125)

Für die Evaluation der Medikamenteneinnahme lagen 94 Datensätze vor. Von den 94 Patientinnen und Patienten nehmen 92 (97,9%) Medikamente. 91 der 92 Patientinnen und Patienten nehmen diese täglich. 91,3% (N=84) Patientinnen und Patienten, die Medikamente einnehmen, nehmen drei oder mehr Medikamente. Fast zwei Drittel (62%) können ihre Medikamente nicht selbst stellen. Über 90% (92,4%; N=85) können Ihre Medikamente ohne fremde Hilfe einnehmen. 7 Patientinnen und Patienten sind sowohl bei der Einnahme als auch bei der Einstellung ihrer Medikation auf fremde Hilfe angewiesen.

Von den 84 Patientinnen und Patienten, die mehr als drei Medikamente einnehmen, haben 55 Personen (65,5%) einen Medikationsplan. 44% der Patientinnen und Patienten, denen eigentlich ein Medikationsplan zusteht, haben dagegen keinen. Von den 55 Personen mit Medikationsplan nehmen 18 Personen weitere Präparate ein. Nur bei 3 Personen (16,7%) sind diese Präparate im Medikationsplan aufgeführt. Bei den übrigen 83,3% (N=15) werden die zusätzlich eingenommen

Präparate nicht im Medikationsplan aufgeführt. 10 Personen nehmen weitere Medikamente ein, haben aber keinen Medikationsplan vorliegen. Insgesamt nehmen damit 28 von 92 Personen (29,8%) weitere Präparate ein.

Tabelle 5: Medikation der Substichprobe (N=94)

Medikation (N=94)		Nominal	Prozentual (%)
Anzahl der Medikamente (N=94)	keine Medikamente	2	2,13
	1-2 Medikamente	8	8,7
	2-3 Medikamente	84	91,3
Einnahme der Medikamente (N=92)	täglich	91	98,91
	1-2 Woche	0	0,0
	unregelmäßig	1	1,09
Einstellung der Medikamente (N=92)	selbstständig	35	38,04
	mit fremder Hilfe	57	61,96
Einnahme der Medikamente (N=92)	selbstständig	85	92,39
	mit fremder Hilfe	7	7,61
Medikamentenplan (=84)	ja	55	65,48
	nein	29	34,52
Einnahme weiterer Präparate bei der Verwendung des Medikationsplanes (N=55)	ja	18	32,73
	nein	37	67,27
Erwähnung der weiteren Präparate im Medikationsplan	ja	3	16,67
	nein	15	83,33

8.2 Veränderungen der Substichprobe zwischen den Zeitpunkten T1 und T2

Die Veränderungen der Substichprobe zwischen den Erhebungszeiträumen T1 und T2 wurde anhand von 24 Merkmalen analysiert. Die größten Veränderungen gab es im Bereich Pflegegrade, Schwerbehindertengrade und Medikationsplänen. Tabelle 6 stellt die Veränderung (absolut und prozentual) der Merkmale zwischen T1 und T2 dar.

Familienstand & Wohnsituation

Der Familienstand und die Wohnsituation haben sich bei insgesamt 7 Patientinnen und Patienten (5,6%) geändert. Die Anzahl der verwitweten und der alleinlebenden Personen ist leicht um N=3 bzw. N=7 gestiegen.

Pflegegrade

Die Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer anerkannten Pflegebedürftigkeit ist zwischen T1 und T2 um N=51 Personen (+159%) gestiegen. Hatten zum Zeitpunkt T1 noch 32 Patientinnen und Patienten eine Pflegestufe oder einen Pflegegrad, hatten zum Zeitpunkt T2 insgesamt 83 Personen der Substichprobe einen Pflegegrad. Fast zwei Drittel (63,9%) der 83 Patientinnen und Patienten haben den Pflegegrad 2.

Schwerbehinderung

Auch die Anzahl der Personen mit einem Schwerbehindertengrad ist zwischen T1 und T2 deutlich gestiegen. 64 Personen hatten zum Zeitpunkt T2 einen Schwerbehindertengrad und damit 16 (33%) mehr als zum Zeitpunkt T1. 40,6% (N=26) der Patientinnen und Patienten mit

Schwerbehindertengrad hatten zum Zeitpunkt T2 einen Schwerbehindertengrad $\geq 80\%$, dagegen N=50 (78,1%) einen Schwerbehindertengrad von über 50%.

Allgemein- & Ernährungszustand

Der Allgemein- und Ernährungszustand hat sich bei 7 bzw. 3 Patientinnen und Patienten verändert. Der Allgemeinzustand von drei Patientinnen und Patienten hat sich positiv und von vier Personen negativ entwickelt. Der Ernährungszustand hat sich bei zwei Patientinnen und Patienten verbessert und bei einer Person jedoch verschlechtert.

„Timed Up & Go“-Test

Der „Timed Up & Go“-Test zeigt zwischen den Erhebungszeitpunkten T1 und T2 gegenläufige Befunde. Die Anzahl der Personen mit völlig uneingeschränkter und uneingeschränkter Mobilität ist um N=6 von 39 auf 45 Patientinnen und Patienten gestiegen. Jedoch ist auch die Anzahl der Personen mit teilweise eingeschränkter und ausgeprägter Mobilitätseinschränkung um N=10 (18,9%) Personen auf 63 gestiegen. Damit hat zum Zeitpunkt T2 über die Hälfte (50,4%) der Patientinnen eine teilweise eingeschränkte oder ausgeprägte Einschränkung der Mobilität. Ein Grund für die divergente Entwicklung könnte in der deutlich gesunkenen Anzahl (-16) von Patientinnen und Patienten liegen, bei denen die Daten nicht erhebbar waren oder keine Angaben gemacht wurden. Diese Personen wurden bei der Erhebung zum Zeitpunkt T2 erstmalig berücksichtigt.

Barthel-Index

Der durchschnittliche Barthel-Index hat sich zwischen dem Erhebungszeitpunkten T1 (82,52) und T2 (81,24) nur leicht verschlechtert. Die leicht negative Entwicklung dürfte aus der gesunkenen Anzahl von Patientinnen und Patienten mit einem Barthel-Index von 100 (-7) resultieren. Hatten zum Zeitpunkt T1 29 Personen einen Barthel-Index von 100, waren es zum Zeitpunkt T2 nur noch 22 Personen. Gestiegen ist die Anzahl der Personen, die einen Barthel-Index von 55-75 (+5) und 80-95 (+3) haben. Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die einen Barthel Index zwischen 0 und 50 haben, ist von T1 (8) zu T2 (7) um eine Person gesunken. Zwischen T1 und T2 hat sich der Barthel-Index bei insgesamt 45 Personen negativ (Durchschnitt: -11,1) und bei 36 Personen positiv entwickelt (Durchschnitt: +9,4). Sowohl bei der positiven als auch der negativen Veränderung liegt die statistische Spannweite zwischen 5 und 35. Bei 44 Patientinnen und Patienten ist der Barthel-Index gleich geblieben. Tabelle 6 zeigt die nominale und prozentuale Häufigkeitsverteilung der Veränderungen des Barthel-Index zwischen T1 und T2.

Tabelle 6: Häufigkeitsverteilung der Veränderungen des Barthel-Index zwischen T1 und T2

Veränderung des Barthel-Index	Häufigkeitsverteilung	
	nominal	prozentual
-30	1	0,8%
-25	4	3,2%
-20	2	1,6%
-15	7	5,6%
-10	14	11,2%

-5	17	13,6%
0	44	35,2%
5	20	16%
10	9	7,2%
15	2	1,6%
20	3	2,4%
25	1	0,8%
30	0	0%
35	1	0,8%

Vorsorgevollmacht

Die Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Vorsorgevollmacht ist zwischen T1 und T2 um N=10 bzw. 12,8% von 78 auf 88 gestiegen.

Gangbild

Zum Zeitpunkt T1 hatten 23 Patientinnen und Patienten ein sicheres und 102 Patientinnen und Patienten ein unsicheres Gangbild. Die Verteilung der Patientinnen und Patienten mit einem sicheren oder unsicheren Gangbild hat sich zwischen T1 und T2 nur minimal um N=2 verschlechtert. In der T2 Erhebung bewerteten die Alterslotsinnen das Gangbild von 21 Patientinnen und Patienten als sicher und von 104 als unsicher.

Körperpflege

Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die Ihre Körperpflege selbstständig durchführen können ist zwischen T1 und T2 um N=15 bzw. 18,8% gesunken. Konnten zum Zeitpunkt T1 noch 80 Patientinnen und Patienten ihre Körperpflege selbst durchführen, waren es zum Zeitpunkt T2 nur noch 65.

Medikamente

Für die Analyse der Veränderungen zwischen T1 und T2 im Bereich Medikation lagen 94 Datensätze vor. Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die Medikamente einnehmen, ist mit 92 gleichgeblieben. Leicht gesunken (-3; -3,6%) ist hingegen die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die drei oder mehr Medikamente einnehmen.

Sowohl zum Zeitpunkt T1, als auch zum Zeitpunkt T2 müssen über 95% der Patientinnen und Patienten ihre Medikamente täglich einnehmen. Mit N=-3 ist die Anzahl nur leicht gesunken.

Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die ihre Medikamente selbstständig stellen können, ist zwischen T1 und T2 um 10,5%, um N=6 gesunken. Zum Zeitpunkt T2 benötigten damit 41 (44,6%) Patientinnen und Patienten Unterstützung bei der Einstellung ihrer Medikamente.

Im Vergleich zu T1 (N=85) konnten zum Zeitpunkt T2 (77) 8 Patientinnen und Patienten weniger ihre Medikamente selbstständig einnehmen. Insgesamt benötigten 15 Personen zum Zeitpunkt T2 fremde Hilfe bei der Einnahme ihrer Medikamente.

Deutlich gestiegen ist die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die mehr als drei Medikamente einnehmen und einen Medikationsplan besitzen. Hatten zum Zeitpunkt T1 nur 65,5% (N=55) Patientinnen und Patienten einen Medikationsplan, sind es zum Zeitpunkt T2 88,9% bzw. 72 Patientinnen und Patienten. Dies stellt eine Steigerung von 17 Personen bzw. ein Unterschied von 23,4%.

Von den Patientinnen und Patienten, die einen Medikationsplan haben, nehmen zum Zeitpunkt T2 25 Personen (+7) weitere Präparate ein. Obwohl die Quote der im Medikationsplan erwähnten Präparate zwischen T1 und T2 von 16,7% (N=3) auf 24% (N=6) gestiegen ist, bleibt Sie weiterhin auf einem sehr niedrigen Niveau.

Mobilität

Die Mobilität der Substichprobe hat sich zwischen T1 und T2 nur leicht verändert. Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die sich selbstständig in ihrer Wohnung bewegen können, ist um 8% bzw. N=6 gesunken. Von 16 auf 21 gestiegen ist die Anzahl der Personen, die sich mit einem Gehstock in der Wohnung bewegen. Die Anzahl der Personen, die sich im Rollstuhl in der Wohnung bewegen ist um N=1 gestiegen, bleibt mit einem Anteil von 2,4% (N=3) aber gering.

Die größten Veränderungen im Bereich der Mobilität bestehen beim Item „Mobilität außerhalb der Wohnung“. Gegenüber T1 nutzten zum Zeitpunkt T2 17% bzw. zehn Patientinnen und Patienten mehr den Rollator als Fortbewegungsmittel außerhalb der Wohnung. Damit bewegen sich insgesamt 68 Patientinnen und Patienten (56,67%) zum Zeitpunkt T2 mit dem Rollator (T1: 58). Die Anzahl der Personen, die auf fremde Hilfe bei der Mobilität außerhalb der Wohnung benötigen, ist mit N=5 gleichgeblieben. Die Anzahl der Personen, die sich außerhalb der Wohnung selbstständig bewegen können, ist um N=5 auf 33 gesunken.

Gegenüber T1 (N=16) benötigen zum Erhebungszeitpunkt T2 (N=20) 4 Patientinnen und Patienten mehr fremde Hilfe bei der Bewältigung von Treppenstufen. Über 60% der Patientinnen und Patienten können sowohl zum Zeitpunkt T1, als auch zum Zeitpunkt T2, Treppenstufen selbstständig bewältigen. 28 (T1) bzw. 27 (T2) Patientinnen und Patienten können Treppenstufen gar nicht, auch nicht mit Hilfsmitteln, bewältigen. Bei diesem Ergebnis ist zu beachten, dass dort auch diejenigen Personen aufgeführt werden, die keine Treppenstufen im Haus oder in der Wohnung haben.

Fast die Hälfte der Patientinnen und Patienten verlässt sowohl zum Zeitpunkt T1 (N=62) als auch zum Zeitpunkt T2 (N=60) täglich die Wohnung oder das Haus. Um 6 Personen bzw. 37,5% ist die Anzahl der Patientinnen und Patienten gestiegen, die zwei bis drei Mal die Woche das Haus verlassen (von 16 auf 20). Die Anzahl der Personen, die ihre Wohnung einmal in der Woche verlassen, ist von 28 auf 29 gestiegen. Gegenüber T1 ist die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die ihre Wohnung unregelmäßig oder gar nicht verlassen, von 19 auf 14 gesunken (-26,31%).

Tabelle 7: Übersicht der Ergebnisse der Zeitreihenanalyse

(Die Tabelle ist der besseren Lesbarkeit wegen im Anhang beigefügt.)

9. Subgruppenanalyse: T1-T3

Für den Zeitvergleich T1 zu T3 standen 41 Datensätze zur Verfügung. Analysiert wurden die Merkmale:

- Pflegegrad/ Pflegestufe
- Schwerbehinderung
- Allgemeinzustand
- Ernährungszustand
- „Timed Up & Go“-Test
- Barthel-Index
- Gangbild
- Vorsorgevollmacht

Die Substichprobe hat ein Durchschnittsalter von 79,9 Jahren (60-70: 4; 71-80: 20; 81-90: 14; 91-100: 3) und besteht zu 75,6% (N=31) aus Frauen und zu 24,4% (N=10) aus Männern. 56,1% (N=23) der Subgruppe haben eine geriatritypische Morbidität, 14,6% (N=6) haben eine erhöhte Vulnerabilität und 29,3% (N=12) haben sowohl eine geriatritypische Morbidität, als auch eine erhöhte Vulnerabilität. 8 Patientinnen und Patienten, bzw. 19,5% der Subgruppe, haben zum Erhebungszeitpunkt T1 eine Pflegestufe oder einen Pflegegrad. Der durchschnittliche Barthel-Index beträgt zum Erhebungszeitpunkt T1 84,27.

Tabelle 8 gibt einen Überblick über die Veränderungen zwischen T1 und T3 innerhalb der Subgruppe.

Tabelle 8: Ergebnisse der Subgruppenanalyse T1-T3

(Die Tabelle ist der besseren Lesbarkeit wegen im Anhang beigefügt.)

Zwischen dem Erhebungszeitpunkt T1 und T3 ist die Anzahl der Personen mit einer Pflegestufe bzw. einem Pflegegrad von $N_{T1}=8$ auf $N_{T3}=33$ (+25 bzw. +312,5%) gestiegen. Besonders stark war der Anstieg zwischen T1 und T2 mit +17. Zwischen T2 und T3 haben 8 weitere Personen einen Pflegegrad erhalten. Die Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einem Schwerbehindertengrad ist nicht so stark gestiegen. Hatten zum Zeitpunkt T1 17 Personen einen Schwerbehindertengrad, waren es bei T3 22 Personen (+5 bzw. 29,4%).

Der Allgemeinzustand der Subgruppe hat sich zwischen T1 und T3 leicht verschlechtert. Die Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einem guten Allgemeinzustand ist von 11 (T1) auf 6 (T3) gesunken. Die Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einem reduzierten Allgemeinzustand ist um 4 Personen von 26 auf 30 gestiegen. Statt 4 Personen zum Zeitpunkt T1, hatten zum Zeitpunkt T3 5 Patientinnen und Patienten einen stark reduzierten Allgemeinzustand.

Der Ernährungszustand ist über den gesamten Erhebungszeitraum bei statistisch 2 Patientinnen und Patienten verändert. Sowohl bei T1 als auch T3 hatten über 70% der Substichprobe einen guten Ernährungszustand.

Die Ergebnisse des „Timed Up & Go“-Tests haben sich zwischen T1 und T3 durch die Reduzierung der nicht erhebenden Patientinnen und Patienten deutlich verändert. Zwischen T1 und T2 gibt es deutlich positive Entwicklungen, insbesondere bei der Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer uneingeschränkten Mobilität. Zwischen T2 und T3 verringert jedoch gerade diese Personengruppen um 33% bzw. N=6. Insgesamt ist die Entwicklung zwischen T2 und T3 negativ zu bewerten.

Der durchschnittliche Barthel-Index sinkt zwischen T1 und T3 von 84,27 auf 79,63. Die Anzahl der Personen mit einem Barthel-Index von 100 verringert sich von $N_{T1} = 12$ auf $N_{T3} = 4$ deutlich. Das Gangbild der Subgruppe hat sich zwischen T1 und T3 nicht verändert.

Die Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Vorsorgevollmacht steigt zwischen T1 und T3 leicht um $N=3$ von 26 auf 29.

10. Projektierung des Lotsen-Prozesses

Das Ziel, die Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten durch ein qualitätsgesichertes, Sektoren übergreifendes Case Management zu verbessern, ist mit der hohen Anforderung verbunden, sowohl die Betroffenen selbst als auch die Versorgungsdienstleister eng in den Behandlungs- und Versorgungsprozess zu integrieren. Die sektorale Trennung des deutschen Gesundheitswesens und die divergenten Interessen der Beteiligten erzeugen wesentliche Hemmnisse für die Tätigkeit der Alterslotsinnen.

Um eine Sektoren übergreifende Betreuung und Qualitätssicherung entwickeln und gewährleisten zu können, ist eine standardisierte Tätigkeitsbeschreibung hilfreich und sinnvoll. Im Rahmen des Projektes wurde der Entwurf des anfänglich skizzierten Tätigkeitsablaufs in Abstimmung aller Projektbeteiligten mehrfach überarbeitet und zu einem Standard-Prozess weiterentwickelt. Im Rahmen der formativen Evaluation wurden die Tätigkeitsschwerpunkte der Alterslotsinnen analysiert und der projektierte Lotsen-Prozess als Flussbahndiagramm veranschaulicht.

10.1 Projektierter Lotsen-Prozess

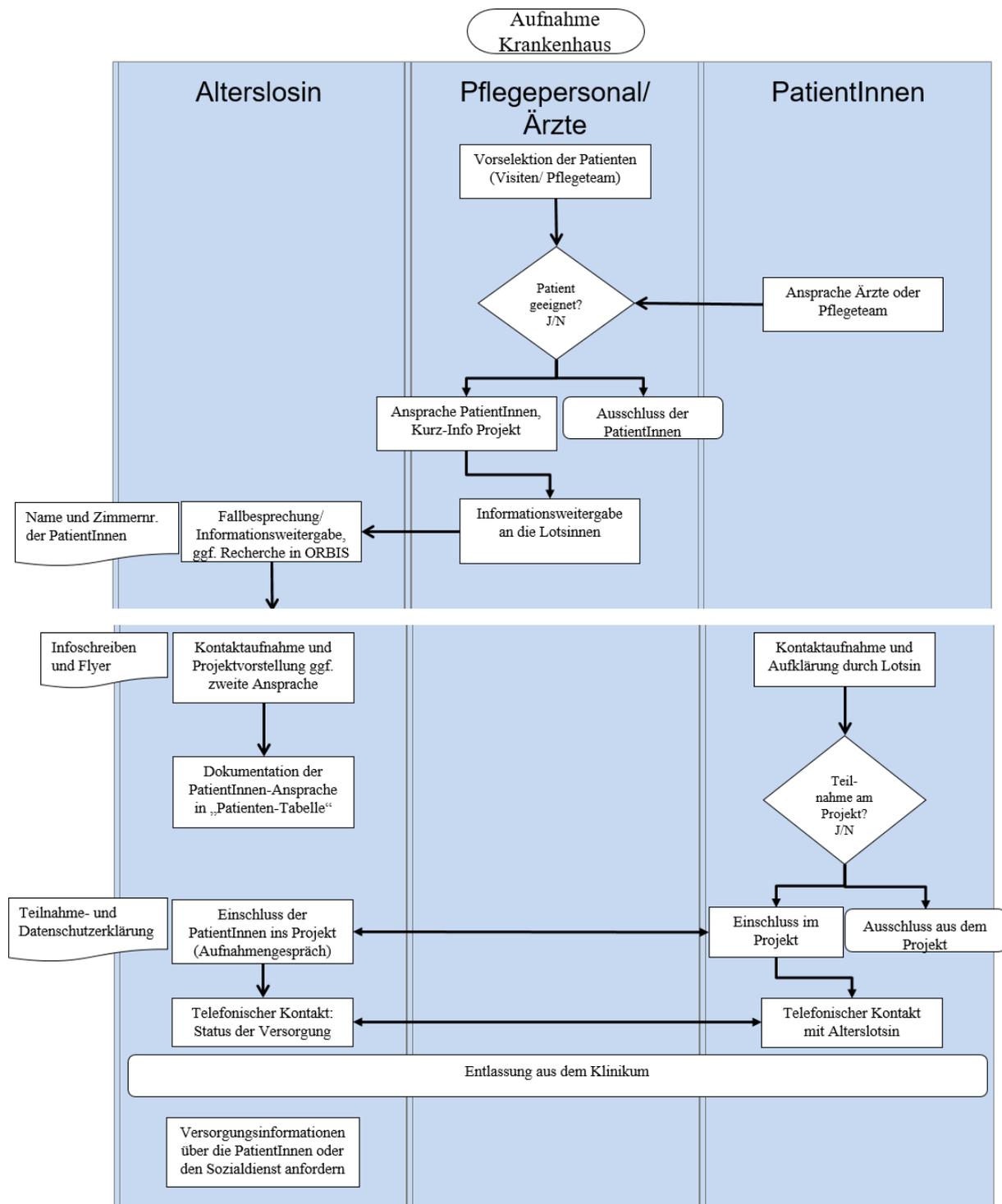
Der Prozess der Lüneburger Alterslotsen kann in acht übergeordnete Prozessschritte gegliedert werden (siehe Abb. 29).



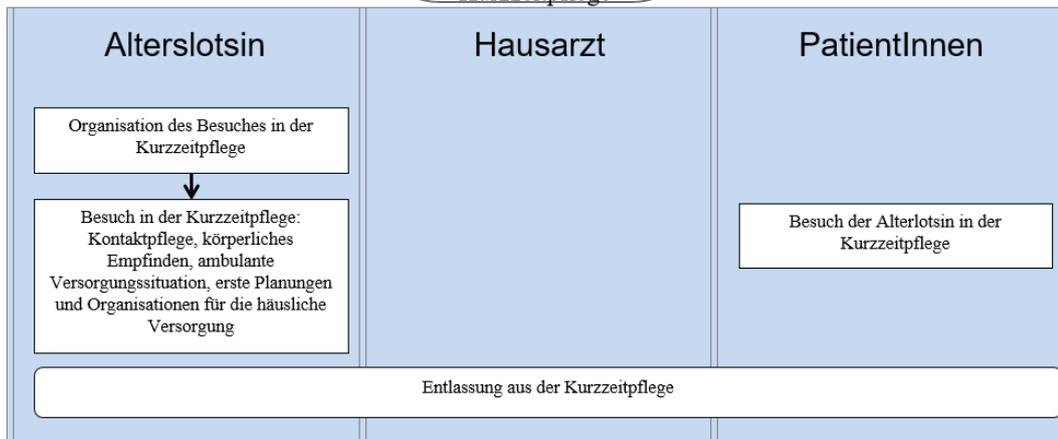
Abbildung 29: Übergeordnete Prozessschritte der Alterslotsen in Lüneburg

Der gemeinsam mit den Alterslotsinnen entwickelte Prozesspfad enthält Aufgaben und Arbeitsschritte der zentral am Versorgungsprozess beteiligten Akteurinnen und Akteure und die verwendeten Dokumente. Der Prozesspfad wurde in einem Schwimmbahndiagramm visualisiert

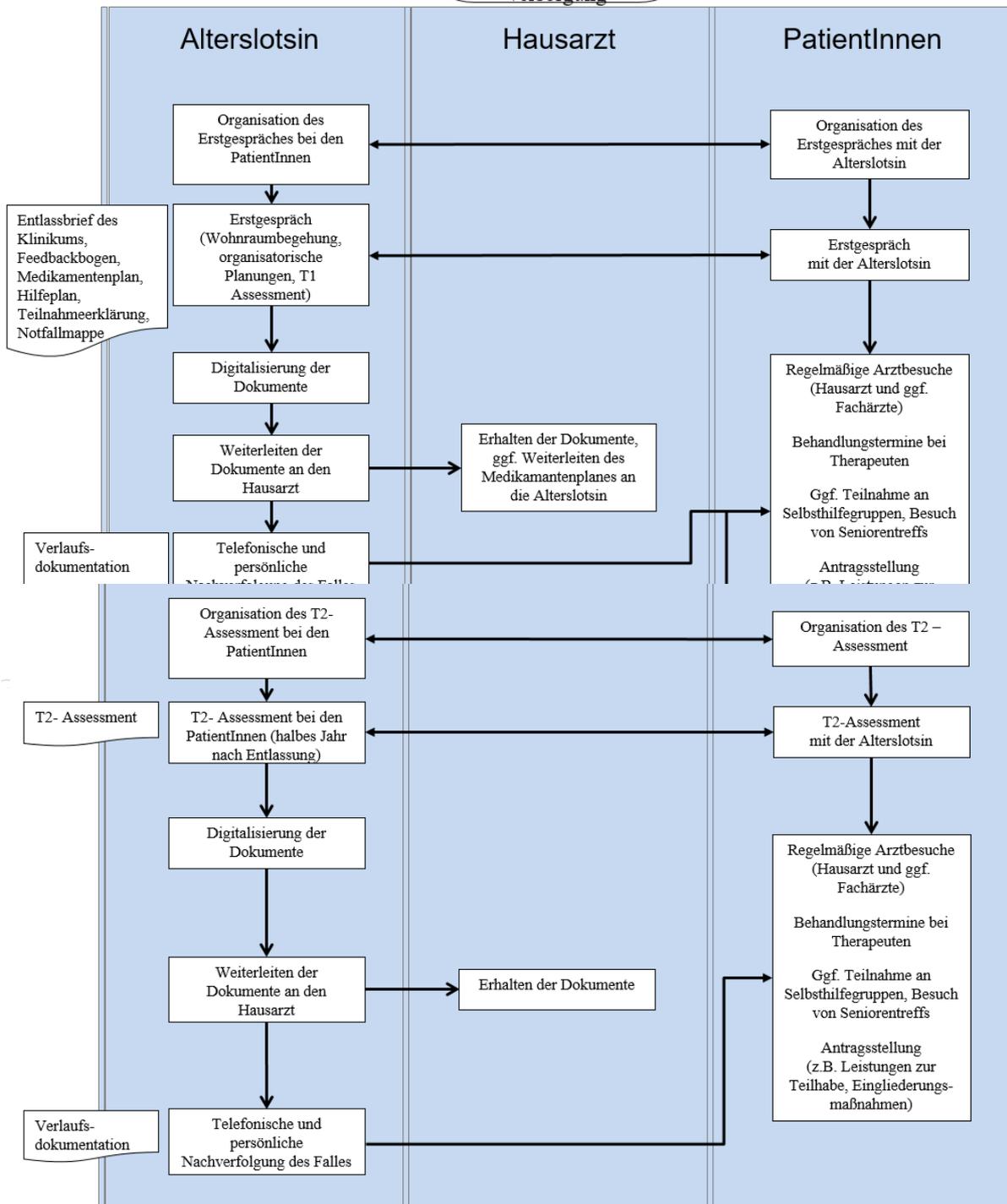
(vgl. Abb. 30). Die Darstellung zeigt einen konzentrierten Soll-Ablauf im Sinne eines Standards für den Prozess der Tätigkeit der Alterslotsinnen. Das Schwimmbahndiagramm skizziert den Prozessbeginn ab der Einweisung im Klinikum Lüneburg. Patientinnen und Patienten können aber auch durch Eigeninitiative, die Hausärztin bzw. den Hausarzt oder Angehörige (telefonische Anfrage bei den Alterslotsinnen) in das Projekt eingeschlossen werden. In Einzelfällen wurden Patientinnen und Patienten auch von Physiotherapiepraxen in das Projekt eingeschlossen. Werden Patientinnen und Patienten nicht im Klinikum Lüneburg in das Projekt eingeschlossen, beginnt der Betreuungsprozess mit der Organisation des Erstgesprächs.



Aufnahme
Kurzzeitpflege



Ambulante
Versorgung



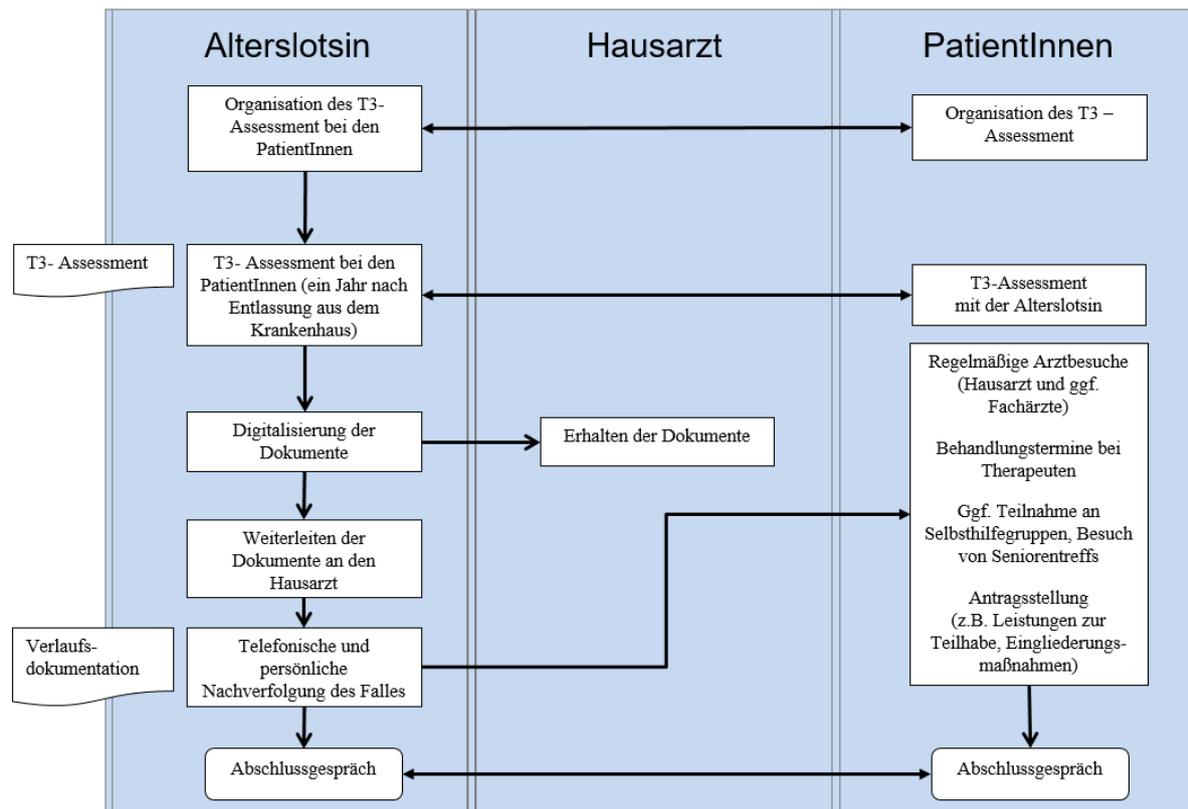


Abbildung 30: Schwimmbahndiagramm des Prozesses der Lüneburger Alterslotsen

10.2 Ergebnisse der summativen Prozessevaluation

Mit Hilfe der summativen Prozessevaluation wurden die Tätigkeitsschwerpunkte der Alterslotsinnen evaluiert. Im Rahmen der Patientinnen- bzw. Patientenbetreuung dokumentierten die Alterslotsinnen, in Form einer Excel-Tabelle, ihre Tätigkeiten nach dem T1-Termin.

Erfragt wurden 20 Items in 6 Kategorien:

- Kontaktaufnahme mit Versorgungsdienstleistenden (9 Items)
- Beantragungen (2 Items)
- Unterstützung durch Koordination und Hilfen (6 Items)
- Weitergabe von Informationsmaterial (1 Item)
- Kontaktaufnahme Angehörige (1 Item)
- Vermittlung von Kontakten/ Adressen zur Steigerung der Aktivität (1 Item)

Die Auswertung erfolgte in drei Dimensionen: direkte Unterstützung, indirekte Unterstützung, keine Unterstützung notwendig.

Im Folgenden werden die drei Dimensionen an der Kategorie „Kontaktaufnahme mit Versorgungsdienstleistenden“ definiert:

Direkte Unterstützung: Im Rahmen der Betreuung hat die Alterslotsin einen Bedarf für einen Austausch mit dem Hausarzt, Facharzt etc. erkannt (z.B. für eine neue Untersuchung). **Die Alterslotsin nimmt aktiv den Kontakt auf und vereinbart für die Patientinnen und Patienten einen Termin oder einen Hausbesuch.**

Indirekte Unterstützung: Im Rahmen der Betreuung hat die Alterslotsin einen Bedarf für einen Austausch mit der Hausärztin bzw. dem Hausarzt, der Fachärztin bzw. dem Facharzt etc. erkannt (z.B. für eine neue Untersuchung). Die Patientinnen und Patienten werden durch die Alterslotsin auf den Bedarf hingewiesen. **Die Patientinnen und Patienten (oder die Angehörigen) werden selber aktiv, d.h. vereinbaren/ organisieren diesen Termin selbst.**

Keine Unterstützung: Der Bedarf, falls vorhanden, wird von den Patientinnen und Patienten selbst erkannt und auch die Terminkoordination wird selbst durchgeführt. Die Alterslotsin erfragt im Rahmen der festen Evaluationstermine (T1-T3), ob die Kontaktaufnahme mit dem Versorgungsdienstleistenden stattgefunden hat.

Für die summative Prozessevaluation liegen Daten von insgesamt 287 Patientinnen und Patienten vor.

Tabelle 9: Kontaktaufnahmen mit Versorgungsdienstleistenden

	Prozentuale Verteilung				Nominale Verteilung			
	direkte Unterstützung	indirekte Unterstützung	keine Unterstützung	keine Angabe	direkte Unterstützung	indirekte Unterstützung	keine Unterstützung	keine Angabe
Kontaktaufnahme Hausarzt	78,05%	9,06%	12,20%	0,70%	224	26	35	2
Kontaktaufnahme Fachärzte	1,39%	5,92%	91,99%	0,70%	4	17	264	2
Kontaktaufnahme Therapeuten	1,05%	3,14%	95,12%	0,70%	3	9	273	2
Kontaktaufnahme Pflegedienst / Pflegeheim	17,77%	11,15%	70,03%	1,05%	51	32	201	3
Kontaktaufnahme Krankenkasse	16,38%	4,53%	78,40%	0,70%	47	13	225	2
Kontaktaufnahme Apotheke	0,70%	0,00%	98,95%	0,35%	2	0	284	1
Kontaktaufnahme Seniorenstützpunkt	24,39%	2,79%	72,47%	0,35%	70	8	208	1
Kontaktaufnahme Wohnberatung	2,09%	1,05%	96,52%	0,35%	6	3	277	1
Kontaktaufnahme Hilfsmittelversorgung	9,76%	17,77%	72,13%	0,35%	28	51	207	1

Mit Abstand am Häufigsten haben die Alterslotsinnen direkten Kontakt mit den Hausärztinnen bzw. Hausärzten der Patientinnen und Patienten aufgenommen. In fast 80% der Fälle gab es direkten Kontakt zwischen der versorgenden Praxis und den Alterslotsinnen. Fast nie gab es einen direkten Kontakt zwischen den Alterslotsinnen und den Therapeutinnen bzw. Therapeuten oder Apotheken. Die häufigste indirekte Unterstützung gab es in der Kontaktaufnahme mit Pflegediensten/ Pflegeheimen und Hilfsmittelversorgenden wie z.B. Sanitätshäusern.

Tabelle 10: Beantragung von Schwerbehinderung und Pflegegrad

	Prozentuale Verteilung				Nominale Verteilung			
	direkte Unterstützung	indirekte Unterstützung	keine Unterstützung	keine Angabe	direkte Unterstützung	indirekte Unterstützung	keine Unterstützung	keine Angabe
Beantragung Schwerbehinderung	21,25%	0,35%	78,05%	0,35%	61	1	224	1
Beantragung Pflegegrad/ MdK Prüfung	51,92%	2,09%	45,64%	0,35%	149	6	131	1

Über 50% der Patientinnen und Patienten haben bei der Beantragung eines Pflegegrades bzw. beim Prüfungstermin des medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MdK) direkte Unterstützung von den Alterslotsinnen erhalten. Nach Angaben waren die Alterslotsinnen häufig bei den Begutachtungsterminen des MdK mit anwesend. Bei 61 Patientinnen und Patienten (21,3%) unterstützten die Alterslotsinnen die Beantragung einer Schwerbehinderung direkt. Sowohl bei der Beantragung einer Schwerbehinderung als auch eines Pflegegrades wurden die Alterslotsinnen nur vereinzelt indirekt unterstützend tätig.

Tabelle 11: Unterstützung durch Koordination und Hilfen

	Prozentuale Verteilung				Nominale Verteilung			
	direkte Unterstützung	Indirekte Unterstützung	keine Unterstützung	keine Angabe	direkte Unterstützung	indirekte Unterstützung	keine Unterstützung	keine Angabe
Organisation Vorsorgevollmacht	28,92%	1,74%	68,99%	0,35%	83	5	198	1
Organisation Patientenverfügung	29,27%	2,44%	67,60%	0,70%	84	7	194	2
Organisation Hausnotruf	8,36%	10,45%	80,14%	1,05%	24	30	230	3
Organisation Medikationsplan	81,18%	0,35%	17,77%	0,70%	233	1	51	2
Organisation Haushaltshilfe oder Essen auf Rädern	19,16%	11,15%	68,99%	0,70%	55	32	198	2
Reduzierung von Stolperstellen in der Wohnung	26,13%	1,39%	71,78%	0,70%	75	4	206	2

Die Alterslotsinnen unterstützten über 80% der Patientinnen und Patienten (N=233) bei der Organisation und dem Umgang mit dem Medikationsplan. Über ein Viertel der Patientinnen und Patienten benötigten direkte Unterstützung in den Bereichen Vorsorgevollmacht, Patientinnen bzw. Patientenverfügung oder bei der Beseitigung von Stolperstellen in der Wohnung. Am Seltensten wurde Unterstützung beim Hausnotruf benötigt.

Insgesamt erhielten 262 Patientinnen und Patienten (91,3%) spezielles Informationsmaterial von den Alterslotsinnen. Bei 64% der Patientinnen und Patienten haben die Alterslotsinnen Kontakt zu den Angehörigen aufgenommen. Kontakte zur Steigerung der sozialen Teilhabe und der körperlichen Aktivität (z.B. Zeitverschenker) erhielten über ein Drittel (34,2%) der Patientinnen und Patienten.

10.3 Einschreibung

Die Einschreibung in das Projekt erfolgte nicht ausnahmslos über den ärztlichen Dienst. Die Patientinnen und Patienten selbst oder auch deren Angehörige hatten die Möglichkeit sich selbstständig bei Alterslotsinnen einzuschreiben. Über 25% der eingeschriebene Patientinnen und Patienten haben sich auf eigene Initiative (N=37) oder auf Wunsch ihrer Angehörigen (N=35) in das Projekt eingeschrieben.

Über ein Drittel der Patientinnen und Patienten (N=98) wurde von Hausärztinnen oder Hausärzten in das Projekt eingeschrieben. Fast ein Viertel der Einschreibungen (N=70) erfolgten während eines stationären Krankenhausaufenthalt im Klinikum Lüneburg. Nur ein kleiner Teil der Patientinnen und Patienten wurde durch andere Gesundheitsdienstleistende (wie z.B. Therapeutinnen oder Therapeuten) in das Projekt eingeschrieben.

Tabelle 12: Einschreibungen

Einschreibungen:	Prozentuale Verteilung	Nominale Verteilung
Hausärztin/ -arzt	34,15%	98
Klinikum	24,39%	70
Patientinnen/ Patienten	12,89%	37
Sonstige (z.B. Therapeutinnen/ Therapeuten)	5,57%	16
Angehörige/ Bekannte	12,20%	35
keine Angabe	10,80%	31

10.4 Re-Hospitalisierungsquote

Von den 287 eingeschriebenen Patientinnen und Patienten wurden 22,7% (N=65) während der Betreuungszeit stationär in einem Krankenhaus behandelt.

Tabelle 13: Re-Hospitalisierungsquote

Einweisung ins Krankenhaus während der Betreuungszeit	Prozentuale Verteilung	Nominale Verteilung
ja	22,7%	65
nein	72,1%	207
keine Angabe	5,2%	15

Die Re-Hospitalisierungsquote von den 70 Patientinnen und Patienten, die im Klinikum Lüneburg eingeschriebenen wurden, beträgt 24,3 % (N=17).

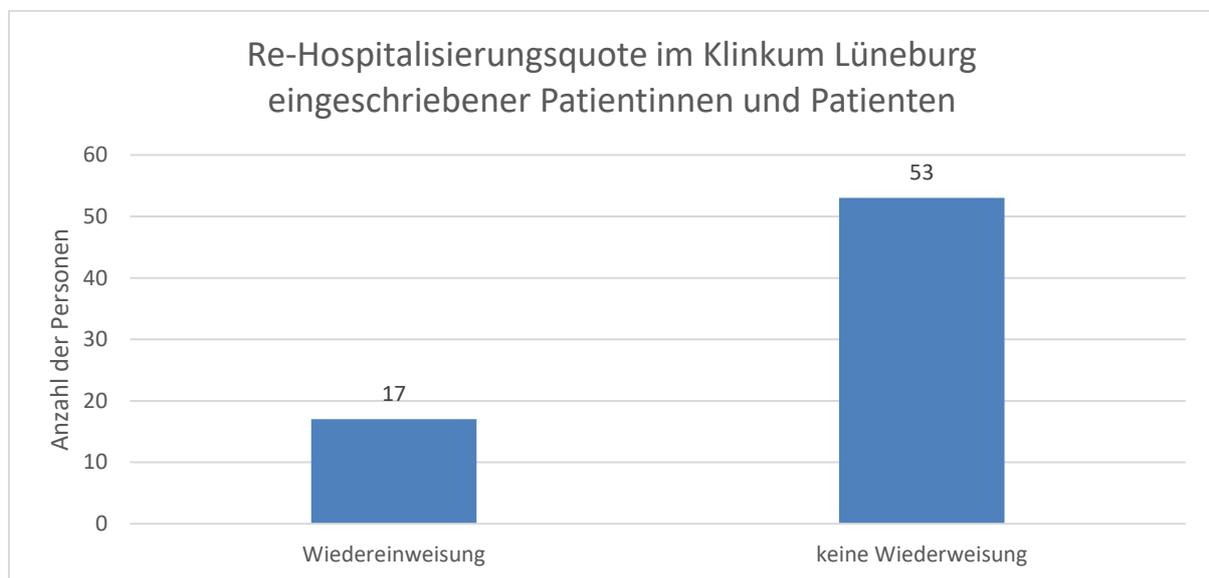


Abbildung 31: Re-Hospitalisierungsquote der im Klinikum Lüneburg eingeschriebenen Patientinnen und Patienten (N=70)

Werden die im Klinikum Lüneburg eingeschriebenen Patientinnen und Patienten von der gesamten Patientinnen und Patientenkohorte subtrahiert, wurden 22,1% ($N_{\text{Gesamt}} = 217$) bzw. 48 Patientinnen und Patienten während der Betreuung durch eine Alterslotsin erstmalig stationär im Krankenhaus aufgenommen.

10.5 Pflegerische Betreuung der Patientinnen und Patienten

Während des Projektzeitraumes wurden insgesamt 99 Patientinnen und Patienten (34,5%) professionell gepflegt. 49 Patientinnen und Patienten wurden von einem ambulanten Pflegedienst betreut, 16 Patientinnen und Patienten waren in einem stationären Pflegeheim untergebracht. Bei 14 Patientinnen und Patienten initiierten die Alterslotsinnen eine Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst. Der Großteil der Patientinnen und Patienten (62%) wurde nicht professionell gepflegt.

Tabelle 14: *Pflegerische Betreuung der Patientinnen und Patienten*

	Prozentuale Verteilung	Nominale Verteilung
Pflegeheim	5,57%	16
Kurzzeitpflege	2,44%	7
ambulante Pflegedienst	17,07%	49
amb. Pflegedienst durch Alterslotsin initiiert	4,88%	14
keine professionelle pflegerische Betreuung	62,02%	178
stationäre & ambulante pflegerische Versorgung	4,53%	13
keine Angabe	3,48%	10

10.6 Einflussfaktoren auf die Tätigkeit der Lüneburger Alterslotsen

Auf Basis der Teilnahmen an den Workshops, den Tätigkeitsprofilen und der Analyse und Abstraktion der Fallverläufe lassen sich externe Faktoren definieren, die den Tätigkeitsschwerpunkt der Alterslotsinnen beeinflussen können.

Zu unterscheiden sind drei Einflussfaktoren:

- das **soziale Umfeld** der Patientinnen und Patienten
 - o Unterstützung und Krankheitsbewältigung durch die Angehörigen
 - o Kultureller und ethnischer Hintergrund
 - o Häusliche Versorgungssituation
 - o Finanzielle Situation
- der **Betroffenheitsgrad** der Patientinnen und Patienten
 - o Körperlicher Grad der Beeinträchtigung
 - o Kognitiver Grad der Beeinträchtigung (z.B. Demenz)
 - o Emotionale Betroffenheit (Krankheitsverarbeitung, Depressionsrisiko)
- die **Compliance** der Patientinnen und Patienten

Im Rahmen der Projektierung wurde die hohe Bedeutung des sozialen Umfeldes und des Betroffenheitsgrades auf die Tätigkeit der Alterslotsinnen deutlich. Entscheidender Faktor im sozialen Umfeld ist die Unterstützung und Krankheitsbewältigung der Angehörigen. Sie kann die Rekonvaleszenz positiv beeinflussen. Bei einem aktiven sozialen Umfeld ist nach einer anfänglichen Aufklärung und Veranschaulichung der Möglichkeiten zumeist der telefonische Kontakt ausreichend, um die Betreuung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Im Bedarfsfall, wenn die Patientinnen und Patienten selbstständig nicht mehr die Möglichkeit haben die Angebote umzusetzen, unterstützt und begleitet ein gutes soziales Netzwerk die Umsetzung. Es übernimmt Aufgaben der Alterslotsin und kann den zeitlichen Aufwand für die Betreuung reduzieren. Weiterhin kann ein gutes, in den Versorgungsbedarf integriertes soziales Netzwerk die anderen Einflussfaktoren ausgleichen bzw. positiv beeinflussen. Verfügen die Patientinnen und Patienten über ein inaktives, überfordertes oder fehlendes soziales Netzwerk, übernehmen die Alterslotsinnen diese Rolle und integrieren die Patientinnen und Patienten in die Abläufe lokalen Versorgungsstrukturen. Für die Patientinnen und Patienten steht in diesen Fällen auch der soziale Austausch mit den Alterslotsinnen im Vordergrund.

Bei Patientinnen und Patienten mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten (z.B. aufgrund dementieller Erkrankungen) kann ein erhöhter Bedarf an Beratung, (Termin-) Koordination/Organisation und Monitoring bestehen, weil Kenntnisse über die Struktur des deutschen Gesundheitswesens und über Sozialleistungen fehlen. Unterstützung ist auch bei dem Ausfüllen von Anträgen bei Behörden oder Krankenkassen notwendig. Themen wie die Wohnraumgestaltung zur Sturzprophylaxe und die Aufklärung über finanzielle Unterstützungen rücken bei einer mangelnden häuslichen Versorgung und geringen verfügbaren finanziellen Mitteln in den Vordergrund.

Die Tätigkeit der Alterslotsinnen orientiert sich an den Bedarfen der Patientinnen und Patienten. Bei Patientinnen und Patienten mit geringen bis gar keinen Einschränkungen stehen die Themen positiver Lebenswandel, Sturzprophylaxe und die Medikamentenadhärenz im Mittelpunkt der Betreuung. Patientinnen und Patienten mit ausgeprägten Einschränkungen benötigen hingegen Unterstützung bei der Vermittlung von Netzwerkpartnern, bei der Versorgung mit Hilfsmitteln und der Koordinierung. Eine leichte körperliche Betroffenheit ist dabei nicht immer automatisch mit einem geringeren Betreuungsaufwand verbunden.

Der Grad emotionaler Betroffenheit bildet die persönliche Situations- und Krankheitsverarbeitung der Patientinnen und Patienten wieder. Bei entsprechend schlechter kognitiver Krankheitsverarbeitung kann es zu einer Isolation der Patientinnen und Patienten und einer Depression kommen. Fehlende Eigeninitiative und mangelnde Akzeptanz der Ist-Situation erhöhen dann den Aufwand für die Integration in das Gesundheitswesen und das Monitoren der Versorgungsziele und Therapiemaßnahmen.

Zeigen die Patientinnen und Patienten eine geringe Compliance, werden Vorschläge und Anregungen der Alterslotsinnen meist nicht selbstständig umgesetzt. Werden Tätigkeiten doch übernommen, benötigen die Patientinnen und Patienten z.T. konkrete Anweisungen und Handlungsanleitungen. Das passive Verhalten resultiert in einem steigenden Organisations- und Monitoringaufwand.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Einflussfaktoren den dynamischen Charakter des Lotsen-Prozesses weiter verdeutlichen. Trotz identischer Ausgangslage (Alter, Diagnose, Heilungsverlauf, Betroffenheitsgrad) können bei unterschiedlicher Ausprägung der Einflussfaktoren die Patientinnen bzw. Patientenverläufe einen komplett divergenten Verlauf nehmen.

10.7 Rollenwahrnehmung und Mehrwert der Lotsentätigkeit

Die folgenden Ergebnisse wurden im Rahmen eines Workshops im Oktober 2017, also nach über zwei Dritteln der Projektlaufzeit, mit den Alterslotsinnen erarbeitet und dokumentiert.

Für die Vorbereitung des Workshops wurden die Alterslotsinnen gebeten folgende Fragen zu beantworten:

- 1. Was sind die Alterslotsen? Beschreiben Sie es in einem Wort.
- 2. Vervollständigen Sie folgenden Satz: Als Lotsin möchte ich [Aktion, Ziel oder Wunsch] („was?“) um [Nutzen] („warum?“) zu erzielen.
- 3. Was ist der Mehrwert der Lotsentätigkeit?

Im Nachgang des Workshops beantworteten die Alterslotsinnen diese Fragen in schriftlicher Form. Folgend werden die anonymisierten Antworten gebündelt aufgeführt.

- 1. Alterslotsin:
 - 1. Begleiter
 - 2. Als Lotsin möchte ich beraten und begleiten, um den älteren Menschen ein selbstständiges, selbstbestimmtes Leben in der eigenen Whg./ Haus zu ermöglichen. Berater/ Vermittler zwischen den Generationen
 - 3. Infos über Hilfsangebote, Begleitung bei MDK-Begutachtungen, Beratung über Hilfsmittel, Pat.-verfügung, Vorsorgevollmacht, kontinuierlicher Ansprechpartner, unabhängig, das Wohl des Pat. steht im Vordergrund, nicht kommerziell, langfristige Kostenersparnis der Leistungserbringer, KK und Kommunen, Zufriedenheit der Pat., weniger Schmerzmittel, Erhöhung des Selbstwertgefühl der Pat., Freiheit, sichere Medikamenteneinnahme, Sturzvermeidung, Erhöhung der Mobilität durch Infos über Bürgerbus u.ä. Initiativen, usw.
- 2. Alterslotsin:
 - 1. Bereicherung (Senioren und Mediziner)
 - 2. Aktiv und zielorientiert älteren Menschen das Leben zu Hause zu erleichtern, weil es dringend notwendig ist, sie sich nicht selbst zu überlassen
 - 3. Die Lotsen sind die Schnittstelle zwischen Klinik, Hausarzt, Pflegedienst
- 3. Alterslotsin:
 - 1. Betreuung
 - 2. Als Lotsin möchte ich den Patienten das Wohnen zuhause durch Hilfsmittel, ambulante Pflegedienste, Hauswirtschafterin so erleichtern, dass das Leben für sie weiterhin lebenswert ist
 - 3. Durch die Lotsentätigkeit besteht eine bessere Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen

11. Ergebnisse der Experteninterviews mit Hausärztinnen und Hausärzten

Eine zentrale Herausforderung bei der Einführung von neuen Versorgungsstrukturen ist die Akzeptanz und positive Nutzenbewertung der beteiligten Versorgungsdienstleistenden. Der Wahrnehmung der Hausärztinnen und Hausärzte kommt in diesem Pilotprojekt eine entscheidende Bedeutung zu, da sie als zentraler Versorgungspunkt der Patientinnen und Patienten in der ambulanten Nachsorge wahrgenommen werden. Im Rahmen der formativen Evaluation wurden vier Experteninterviews mit Hausärztinnen und Hausärzten aus dem Kreis Lüneburg geführt. Die folgenden Ergebnisse resultieren aus der inhaltsanalytischen Auswertung der halbstandardisierten Experteninterviews.

Die Experteninterviews hatten die Schwerpunktthemen:

- Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten
- Erwartungen an die Lüneburger Alterslotsen
- Lotsen-Prozess
- Schnittstelle zur Hausärztin bzw. zum Hausarzt

Die medizinische Versorgung von geriatrischen Patientinnen und Patienten in der Stadt und in Stadtnähe wird von den Hausärztinnen und Hausärzten als unproblematisch bewertet. Aufgrund des Fachkräftemangels im Bereich der hausärztlichen Versorgung wird die medizinische Versorgung der geriatrischen Patientinnen und Patienten in den ländlichen Gebieten vom Kreis Lüneburg deutlich kritischer bewertet. Sowohl auf dem Land als auch in der Stadt ist die Einhaltung der Versorgungspfade schwierig. Sie werden aber häufig als Orientierungshilfe genutzt.

Unabhängig vom Setting ist für eine gute medizinische Versorgung der geriatrischen Patientinnen und Patienten das soziale Umfeld entscheidend. Die Hausärztin bzw. der Hausarzt hat immer nur punktuell (z.B. im Rahmen der Hausbesuche) Zugriff auf bzw. Kontakt zu den Patientinnen und Patienten. Durch die langen Kontrollintervalle ist es dann nicht immer möglich den genauen Versorgungsbedarf der zu bewerten. Besonders schwierig ist dieses z.B. bei Diagnostizierung von Demenz.

Dem sozialen Umfeld bzw. der Nachbarschaft kommt in diesem Kontext die Aufgabe zu, die geriatrischen Patientinnen und Patienten zwischen den Terminen mit der Hausärztin bzw. dem Hausarzt zu beobachten und ggf. Versorgungsbedarfe zu kommunizieren. Das soziale Umfeld muss daher in die medizinische und pflegerische Versorgung integriert werden.

Herausforderungen bei der ambulanten Versorgung von geriatrischen Patientinnen und Patienten sind insbesondere die psychosozialen Dynamiken bei der Akzeptanz der Erkrankung. Sinnvolle Hilfen, z.B. in Form eines ambulanten Pflegedienstes oder in Form von Hilfsmitteln, werden abgelehnt weil der Bedarf patientinnen- bzw. patientenseitig als nicht so hoch bewertet wird. Häufig haben Patientinnen und Patienten auch Schwierigkeiten bei der Beantragung von Pflegegraden.

Stürze, Dehydration, die regelmäßige Medikamenteneinnahme, Demenz und das Spritzen von Insulin sind weitere Handlungsfelder in der Praxis und führen immer wieder zu Notfällen oder Wiedervorstellungen.

Von den vier befragten Hausärztinnen und Hausärzten begrüßen alle die Idee und den Ansatz der Lüneburger Alterslotsen. Aus Sicht der befragten Hausärztinnen und Hausärzte füllen sie eine wichtige Lücke in der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten. Neben den zusätzlichen Informationen, die die Hausärztin oder der Hausarzt über die Patientinnen und Patienten bekommt, wurde es auch als interessant bewertet, über einen zusätzlichen Ansprechpartner zu verfügen, der ein Netzwerk hat, auf das zugegriffen werden kann. Auch Verzahnung mit dem Klinikum Lüneburg werde durch die Lotsinnen verstärkt und seitens der Hausärztinnen und Hausärzten begrüßt. Aus Sicht der Hausärztinnen und Hausärzte wird es durch die Alterslotsinnen für die Patientinnen und Patienten einfacher, an Informationen über Hilfsstrukturen und Ansprechpartner zu gelangen.

Aus Sicht der befragten Hausärztinnen und Hausärzte solle auch künftig die Betreuung der Patientinnen und Patienten durch die Alterslotsinnen vom Krankenhaus aus beginnen. Im Kontext des klinischen Entlassmanagements seien die Alterslotsinnen für die Hausärztinnen und Hausärzte eine gute Schnittstelle ins Klinikum. Interventionsbedarfe sollten direkt an die hausärztlichen Praxen, am besten schriftlich, weitergeleitet werden.

Der Tätigkeitsschwerpunkt der Alterslotsinnen sei richtigerweise die koordinierende und beratende Funktion. Der Fokus der Tätigkeit solle in der Weiterleitung und Bereitstellung von Informationen und im Netzwerkaufbau liegen.

An die Alterslotsinnen besteht die Erwartung, dass Sie als Ansprechpartnerinnen für die Hausärztinnen und Hausärzte erreichbar sind und Auskünfte über die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten geben können. Bei potenziellen oder identifizierten Versorgungsengpässen sollten sich die Alterslotsinnen auch proaktiv bei den Hausärztinnen und Hausärzten melden. Auch die Bildung eines geriatrischen Netzwerks wurde als Erwartung an die Alterslotsinnen formuliert. Solch ein Netzwerk solle Hand in Hand mit dem sozialen Umfeld die Patientinnen und Patienten unterstützen und Probleme frühzeitig auffangen helfen. Die Alterslotsinnen sollen jedoch auf keinen Fall steuernd in den Versorgungsprozess einwirken.

Die Kommunikation zwischen den Alterslotsinnen und den Hausärztinnen und Hausärzten sollte bedarfsorientiert und möglichst schriftlich in Form kurzer Ergebnisberichte (z.B. per E-Mail, mit den Assessmentbögen als PDF-Anhang) erfolgen. Die während der Projektlaufzeit übermittelten Informationen zu den drei Erhebungszeitpunkten wurden als hilfreich wahrgenommen. Wenn eine Hausarztpraxis speziell ausgebildete Assistenzkräfte hat (z.B. EVAs oder VERAHS) können die Alterslotsinnen ihre Ergebnisse und offenen Fragen auch mit diesen kommunizieren. Je nach Anzahl der Patientinnen und Patienten und Größe der Praxis ist ein regelmäßiger Austausch zwischen den Assistenzkräften und den Alterslotsinnen sinnvoll.

Die Alterslotsinnen sollten aus Sicht der befragten Hausärztinnen und Hausärzte bereits über berufliche Erfahrung im Gesundheitswesen verfügen, z.B. durch eine Tätigkeit in der Alten- oder Krankenpflege, dem Sozialdienst oder in einer ambulanten ärztlichen Praxis. Wichtig für die Tätigkeit als Alterslotsin sei aus Sicht der Hausärztinnen und Hausärzte, dass die Alterslotsinnen den Interventionsbedarf bei den Patientinnen und Patienten eigenständig zu erkennen in der Lage sind. Das berufliche Profil sollte durch eine gute Menschenkenntnis und ein hohes Empathievermögen ergänzt werden.

Die größte Herausforderung des Projektes sehen die interviewten Hausärztinnen und Hausärzte in der weiteren Bekanntmachung bei den übrigen Hausärztinnen und Hausärzten im Kreis Lüneburg sowie in der breiten Öffentlichkeit. Die befragten Hausärztinnen und Hausärzte plädieren dafür, dass die Alterslotsinnen auch in Zukunft eher sozialraumorientiert als indikationsspezifisch agieren.

Mit der Tätigkeit der Alterslotsinnen entsteht auch bei den beteiligten Hausärztinnen und Hausärzten Aufwand, der im engeren Sinne derzeit nicht in den Regelleistungen der hausärztlichen Tätigkeit abgebildet ist. Im Zuge des Projektes und mit Blick auf eine nachhaltige Fortentwicklung des Projektansatzes bewerten die befragten Hausärztinnen und Hausärzte die Frage einer Refinanzierung des hausärztlichen Aufwands, der durch Sektoren übergreifendes Case-Management entstehen kann, unterschiedlich. Drei der interviewten Hausärztinnen und Hausärzte würden eine Abrechnungsziffer mit Blick auf den zusätzlichen Kommunikationsaufwand begrüßen. Ein Hausarzt sieht eine Vergütung nicht als zwingend notwendig, vermutet aber gleichzeitig, dass die Motivation der Hausärztinnen und Hausärzte an der Teilnahme an dem Projekt steigen könnte, wenn entsprechende Leistungen vergütet werden könnten.

12. Bedarfe in der geriatrischen Versorgung

Die Erfahrungen aus dem Modellprojekt bestätigen die aus der einschlägigen Fachliteratur bekannten Lücken und Defizite in der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten.

Aufklärung der Patientinnen und Patienten

Das Modellprojekt veranschaulicht den Aufklärungsbedarf der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen. Mangelnde Kenntnisse bestehen insbesondere über die sozialrechtlichen Ansprüche, die Möglichkeiten der Sturzprophylaxe und die Wirkung der Medikamente.

Rückmeldungen der Patientinnen und Patienten und die Erfahrungen der Alterslotsinnen zeigen, dass diese Informationen häufig lückenhaft aufgenommen und verarbeitet werden. Die Gründe für die fehlende Informationsverarbeitung sind dabei unterschiedlich. Neben kognitiven Einschränkungen ist es häufig auch das fehlende Interesse, da subjektiv die Versorgungssituation als eher zu positiv eingeschätzt wird.

Überforderung

Herausforderungen in der ambulanten Nachsorge können zu einer Überforderung der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen führen. Diese realisieren z.T. erst in der ambulanten Nachsorge, welche langfristigen körperlichen und kognitiven Defizite für sie bestehen bleiben können.

In der häuslichen Umgebung haben die Patientinnen und Patienten intensiv Zeit, sich mit den Folgen und Einschränkungen im Lebensalltag auseinander zu setzen. Folgen können eine soziale Isolation oder ein steigendes Depressionsrisiko sein. Auch die Angehörigen werden durch diese Entwicklungen belastet. Defizitär orientierte Sichtweisen erhöhen das Risiko einer Depression. Häufig ziehen sich die Patientinnen und Patienten zurück und verlassen nur noch sehr selten oder gar nicht die eigene Wohnung oder das Haus.

Unter Berücksichtigung aktueller Studien ist abzuwägen, ob ein regelmäßiges psychologisches Screening in der ambulanten Nachsorge das Risiko einer Depression signifikant senken kann.

Übergang in die ambulante Nachsorge

Die Patientinnen und Patienten und deren Angehörige fühlen sich für den Übergang zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung nicht immer genug vorbereitet.

Offene Fragen sind die Versorgung durch Hilfsmittel, Möglichkeiten des Wohnungsumbaus und der Anspruch auf Pflegeleistungen.

Durch ihre Tätigkeit unterstützen die Alterslotsinnen die Patientinnen und Patienten beim Übergang in die ambulante Nachsorge.

Erklärung der Medikamente

Die Projektergebnisse zeigen, dass eine mangelnde oder unvollständige Aufklärung der Patientinnen und Patienten über Wirkungsweise und Einfluss der Medikamente negativen Einfluss auf die Medikamentenadhärenz hat.

Patientinnen und Patienten setzen die Medikamente selbstständig ab, weil sie keine Kenntnisse über die Wirkung und Bedeutung haben. Eine strukturierte Aufklärung über Wirkung und Bedeutung der Medikamente könnte die Versorgungssituation verbessern.

13. Potenzielles Trainings- und Schulungsprogramm

Die Arbeit im interdisziplinärem Lotsen-Team hat sich während der Projektierung als äußerst positiv herausgestellt. Die divergenten Berufserfahrungen förderten den fachlichen Austausch im Team und begünstigten die Kompetenzerweiterung.

Ein ergänzendes Schulungsprogramm könnte das Verständnis für den Lotsen-Prozess weiter steigern und das Lotsen-Profil schärfen. Eine Supervisions-Tätigkeit im Sinne einer koordinierenden Stelle könnte zur weiteren Professionalisierung des Angebotes weiter beitragen. Ein „Lotsen-Curriculum“ sollte sich an der Tätigkeit und dem Profil der Alterslotsinnen orientieren und folgende Themen implizieren:

- Case Management (Rollen, Aufgaben, Grenzen),
- Anforderungen an die interdisziplinäre Arbeit (z.B. Kommunikation),
- Netzwerkaufbau und -arbeit.

14. Ergebnisse der Befragung der Patientinnen und Patienten

Zur Einschätzung der Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit der Betreuung durch die Alterslotsinnen wurde ein Fragebogen entwickelt, der die Zufriedenheit mit den explizit in diesem Kontext relevanten Items in der Zielgruppe abfragte. Die Patientinnen und Patienten erhielten den Fragebogen ab November 2017 im Rahmen der üblichen Lotsentätigkeit persönlich durch die Alterslotsinnen, also z.B. im Rahmen eines T2-Besuches. Dieses Vorgehen wurde durch das steuernde Projektteam einer telefonischen oder schriftlichen Befragung vorgezogen. Auf Basis von 14 Items (Aussagen) in vier Kategorien (Unterstützung, Information, Verhalten, Zufriedenheit) wurde erfasst, wie die Patientinnen und Patienten die Betreuung durch die Alterslotsinnen bewerten. Für die Messung wurde eine Likert-Skala verwendet (Stimme voll zu; überwiegend; teils, teils; eher nicht; gar nicht). Am Ende des Fragebogens hatten die Patientinnen und Patienten die Möglichkeit Wünsche und Anregungen zu äußern. 93 Patientinnen und Patienten (31,3%) haben an der Befragung teilgenommen.

Unterstützung

Die Unterstützung durch die Alterslotsinnen im Alltag und im Versorgungsverlauf wurde über fünf Aussagen erfasst.

Die Lotsen-Tätigkeit unterstützte mich:

- 1) die ärztliche Behandlung besser zu verstehen,
- 2) geeignete therapeutische Hilfsmittel (z.B. Gehhilfen oder Handlauf) zu finden,
- 3) Anträge bei Krankenkassen und Behörden auszufüllen,
- 4) Stolperfallen in der eigenen Wohnung zu erkennen,
- 5) meine Angehörigen zu entlasten.

Abbildung 32 zeigt den Grad der Zustimmung, inwiefern die Alterslotsinnen die Patientinnen und Patienten dabei unterstützen, die ärztliche Behandlung besser zu verstehen. Insgesamt fühlen sich 80% der Teilnehmenden durch die Alterslotsinnen dabei unterstützt, die ärztliche Behandlung besser zu verstehen. 20% stimmen dem eher nicht bzw. gar nicht zu.

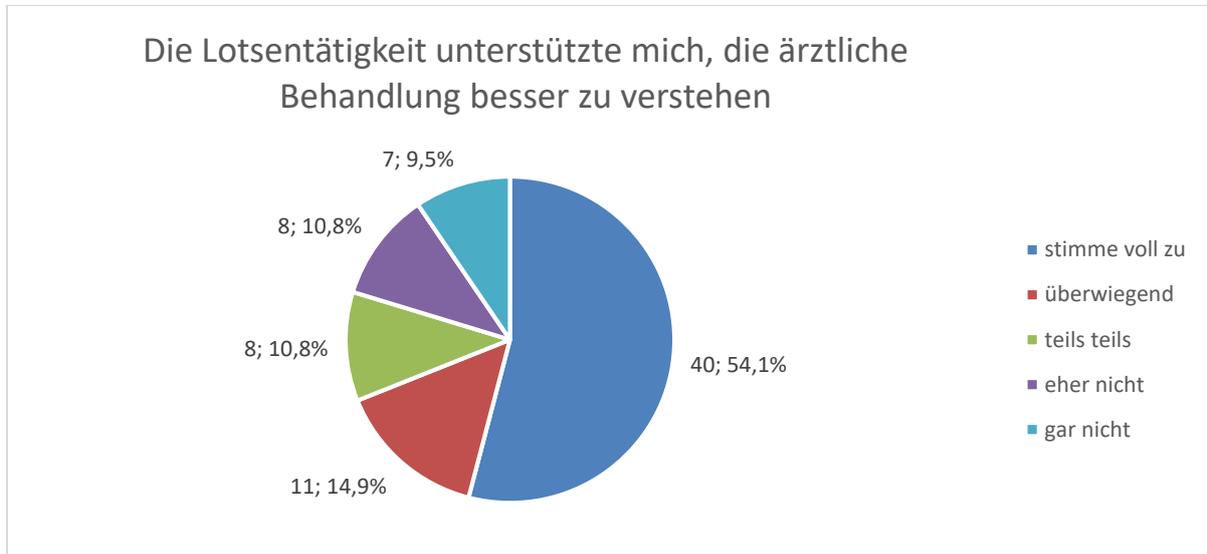


Abbildung 32: Die Lotsentätigkeit unterstützte mich, mit den Folgen des Schlaganfalls besser umzugehen (N= 86)

Über vier Fünftel der Patientinnen und Patienten (86%) bestätigten, dass die Alterslotsinnen sie mindestens zum Teil dabei unterstützen, geeignete therapeutische Hilfsmittel zu finden (62% stimme voll zu; 15% überwiegend, 9% teils, teils). Nur 14% (N=11) der Befragten bestätigten dies nicht.

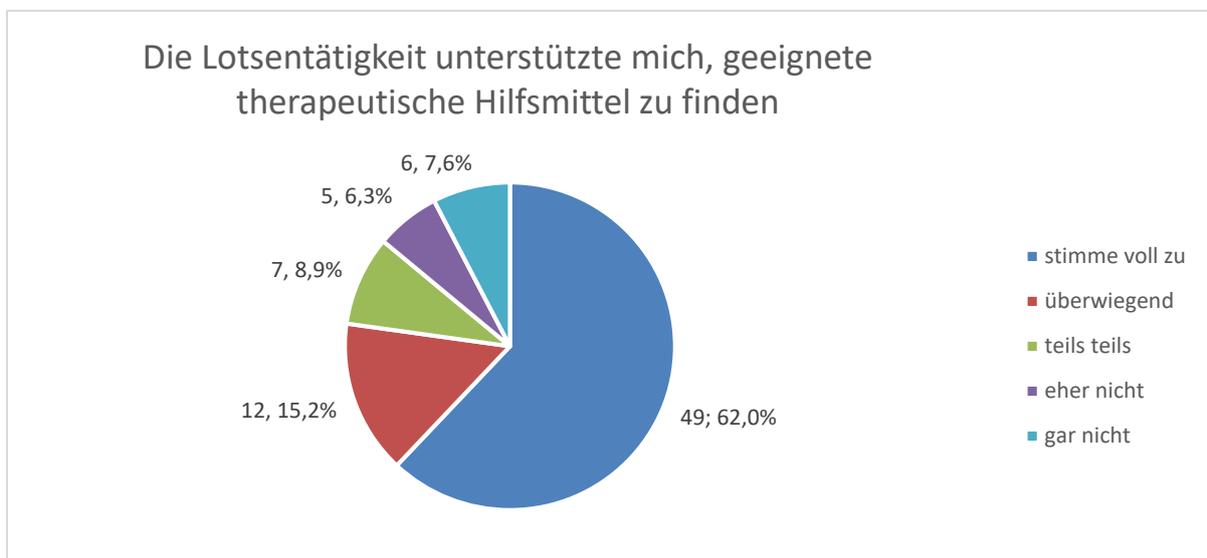


Abbildung 33: Die Lotsentätigkeit unterstützte mich, die Möglichkeiten zur Verhinderung eines erneuten Schlaganfalls besser zu verstehen (N= 85)

88% der Teilnehmenden fühlten sich durch die Alterslotsinnen bei dem Ausfüllen von Anträgen für Krankenkassen und Behörden unterstützt (68% Stimme voll zu; 14% überwiegend, 6% teil teils). 12% fühlten sich durch die Alterslotsinnen eher nicht (6%) oder gar nicht (6%) unterstützt.

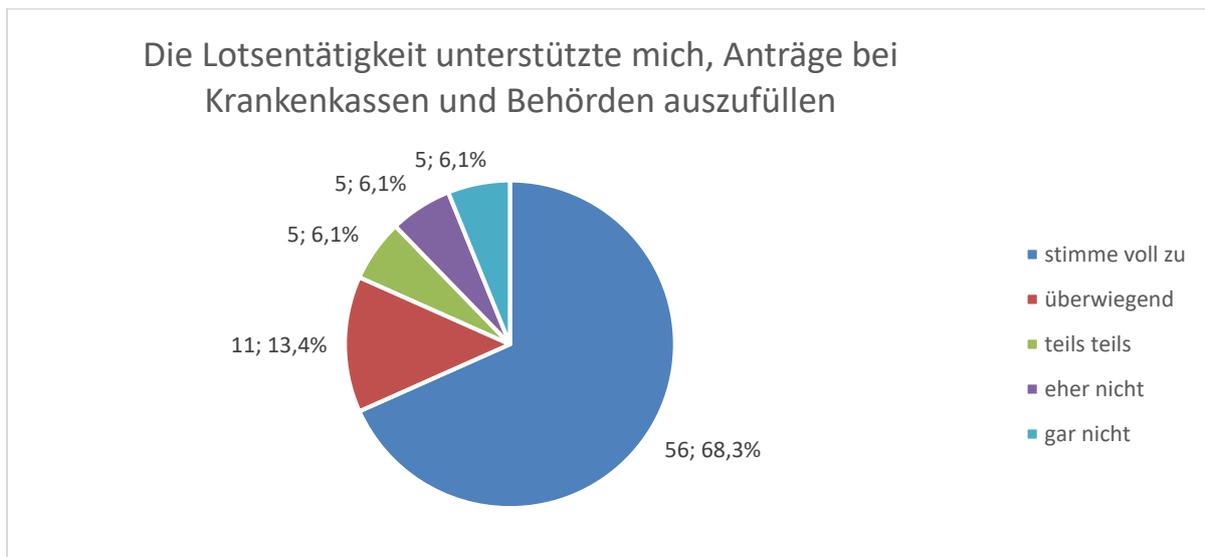


Abbildung 34: Die Lotsentätigkeit unterstützte mich, die ärztliche Behandlung besser zu verstehen (N= 81)

88% der Patientinnen und Patienten bestätigten, dass die Alterslotsinnen Sie dabei unterstützten Stolperfallen in der eigenen Wohnung zu erkennen. 12% konnten dieses nicht berichten.

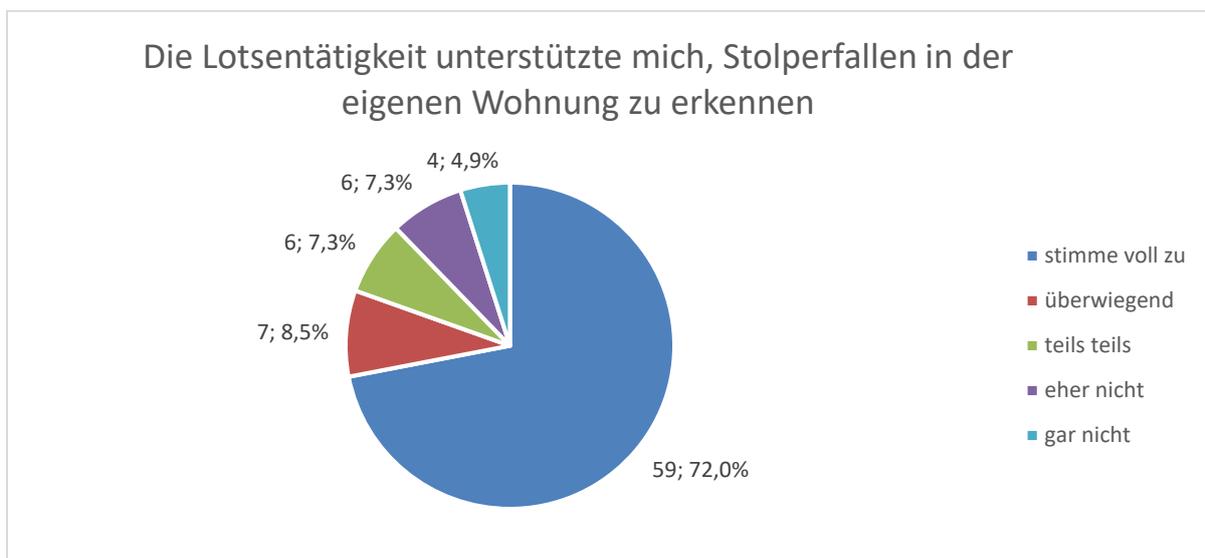


Abbildung 35: Die Lotsentätigkeit unterstützte mich, geeignete therapeutischen Hilfsmittel (z.B. Gehhilfen) zu finden (N=70)

Dass durch die Lotsentätigkeit die Angehörigen entlastet werden, bestätigten 80% (51% Stimme voll zu, 17% überwiegend, 12% teils teils). 20% (11% eher nicht; 9% gar nicht) der Patientinnen und Patienten konnten durch die Lotsentätigkeit keine Entlastung ihrer Angehörigen wahrnehmen.

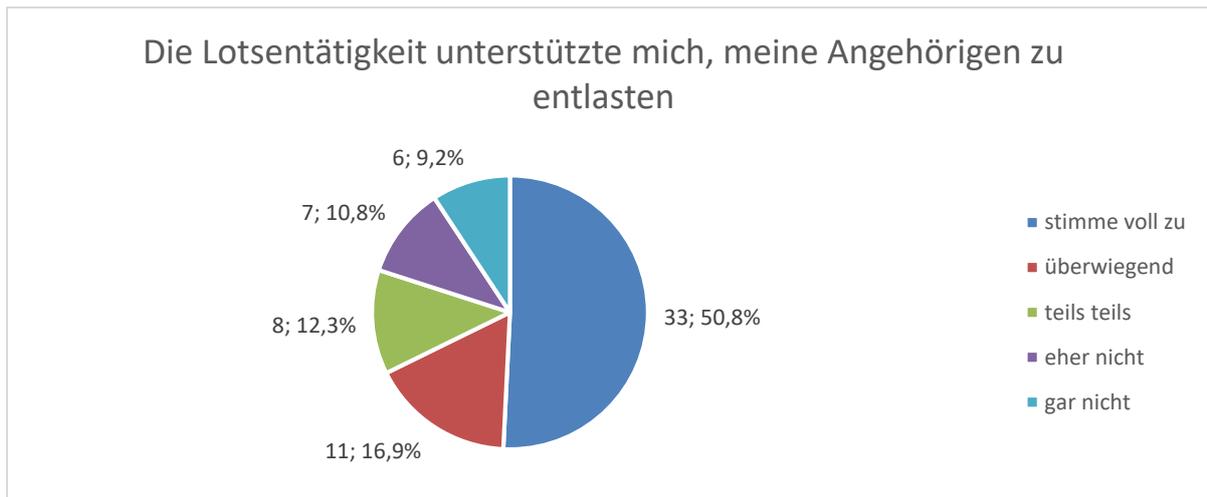


Abbildung 36: Die Lotsentätigkeit unterstützte mich, meine Angehörigen zu entlasten (N= 71)

Information

Zur Bewertung der Beratungs- und Aufklärungsleistung der Alterslotsinnen wurden die Projektteilnehmenden nach den vermittelten Informationen gefragt. Diese wurde über drei Items erfasst. Die Alterslotsin informierte mich:

- 1) über passende Angebote und Ansprechpartner im Gesundheitswesen in der Region Lüneburg,
- 2) über Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung (z.B. Pflegegrad),
- 3) über passende Freizeit-/ Alltagsangebote in meiner Region (wie Seniorennachmittage, Essen auf Rädern oder Freizeitbegleitungen).

93% der Patientinnen und Patienten wurden von den Alterslotsinnen über passende Angebote und Ansprechpartner im Gesundheitswesen in der Region Lüneburg informiert. 7% verneinten (2% eher nicht, 5% gar nicht), von den Alterslotsinnen entsprechende Informationen erhalten zu haben.

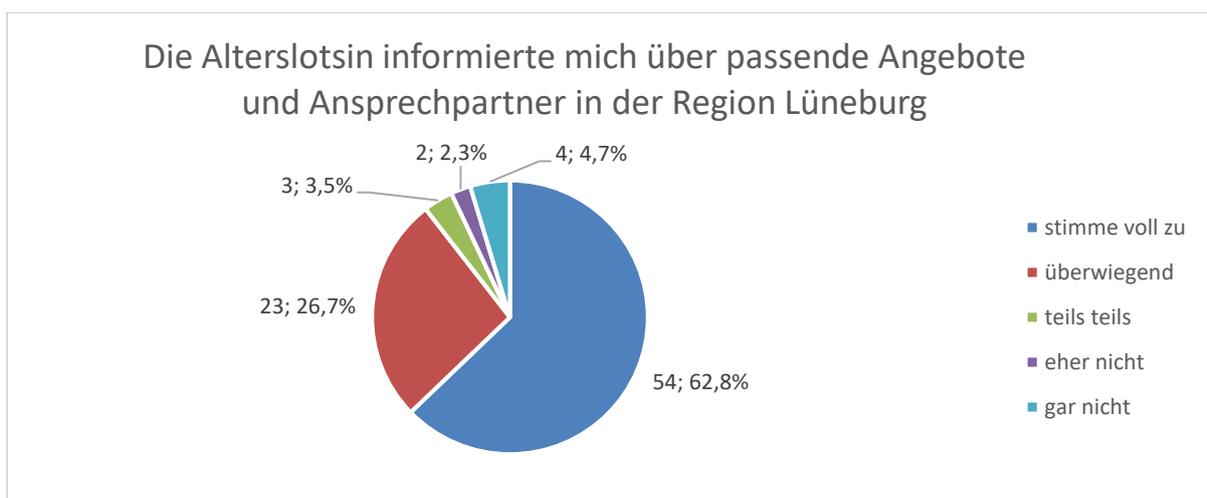


Abbildung 37: Die Schlaganfall-Lotsin informierte mich über Möglichkeiten der Gesundheitssicherung nach dem Schlaganfall (N= 87)

94% bestätigten von den Alterslotsinnen über Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung informiert worden zu sein (75% stimme voll zu; 12% überwiegend, 7%teils teils). 6% konnten dieses nicht bestätigen (1% eher nicht, 5% gar nicht).

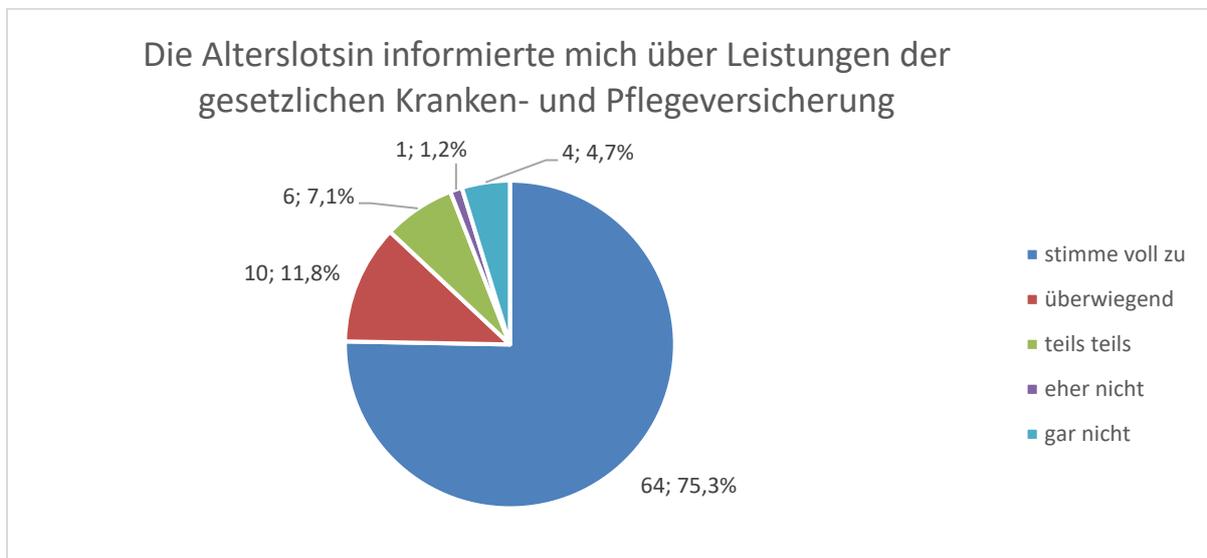


Abbildung 38: Die Alterslotsin informierte mich über wertvolle Kontakte zu Selbsthilfegruppen (N= 79)

Über passende Freizeit-/ Alltagsangebote in der Region Lüneburg wurden 83% der Patientinnen und Patienten von den Alltagslotsinnen informiert. 17% fühlten sich eher nicht bis gar nicht über passende Freizeit- und Alltagsangebote informiert.

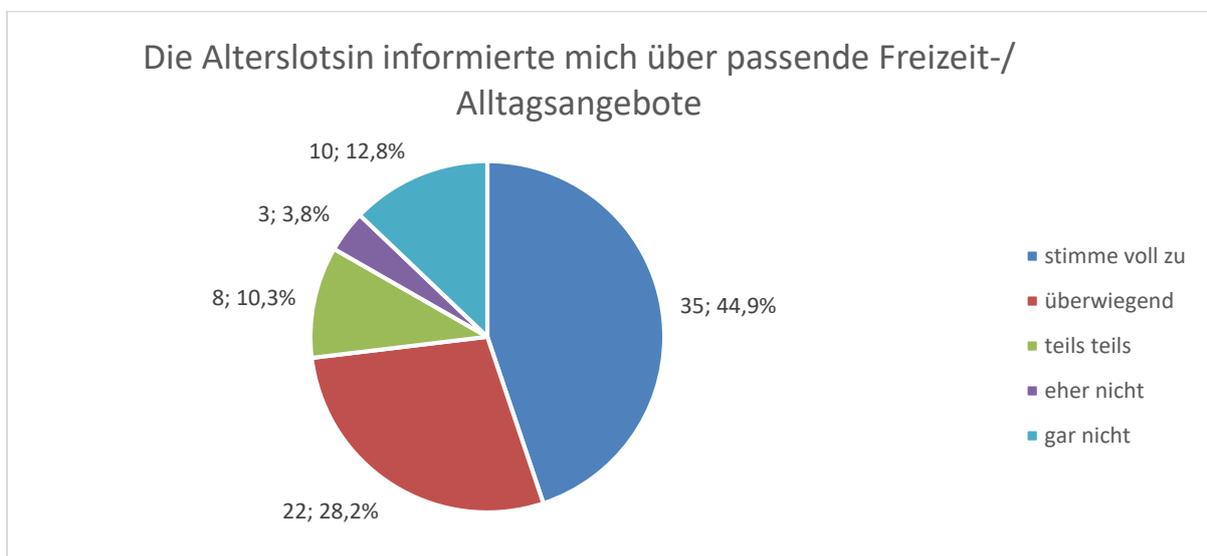


Abbildung 39: Die Alterslotsin informierte mich über passende Freizeit-/ Alltagsangebote in meiner Region

Verhalten

Inwieweit die Alterslotsinnen einen positiven Einfluss auf das gesundheitsbezogene Verhalten der Patientinnen und Patienten hatten wurde auf Basis von drei Items erhoben. Erfragt wurden positive

Modifikationen beim Gesundheitsverhalten, der Medikamentenadhärenz und die Wahrnehmung von Terminen beim Hausarzt.

Fast 30% stimmten voll zu, ihr Gesundheitsverhalten (Bewegung, Ernährung, Stressreduktion) durch die Alterslotsinnen geändert zu haben. 13% gaben an, durch die Lotsentätigkeit ihr Gesundheitsverhalten überwiegend geändert zu haben und 23% teilweise. Folglich haben 64% der Patientinnen und Patienten ihre Verhaltensweisen durch die Betreuung der Alterslotsinnen verändert. Die restlichen 36% veränderten ihre Gewohnheiten eher nicht (16%) oder gar nicht (20%).

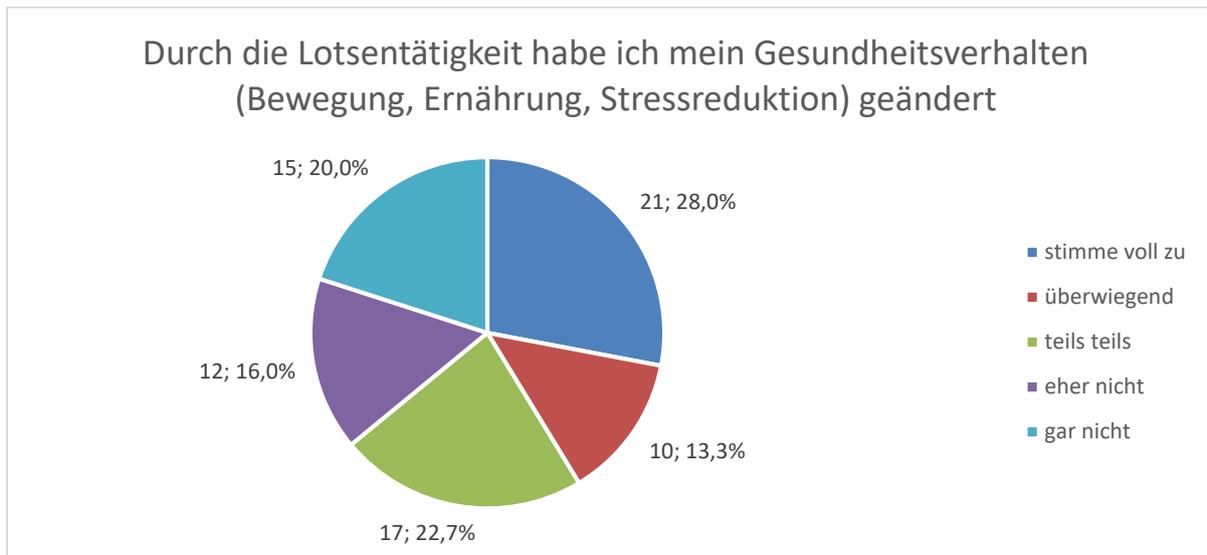


Abbildung 40: Durch die Lotsentätigkeit habe ich mein Gesundheitsverhalten (Bewegung, Ernährung, Stressreduktion) geändert (N= 84)

42% der Befragten stimmten der Aussage zu, dass sie durch die Lotsentätigkeit ihre Medikamente regelmäßiger einnehmen. Weitere 17% haben überwiegend die Medikamente regelmäßiger eingenommen und 7% haben Sie teilweise regelmäßiger eingenommen. Damit haben insgesamt 66% der Befragten ihre Medikamentenadhärenz gesteigert. 34% haben die Einnahme ihrer Medikamente nicht verändert (eher nicht: 15%; gar nicht: 19%).⁵

⁵ Befragte, die bei dieser Frage „eher nicht“, oder „gar nicht“ angegeben haben, ergänzten häufig, dass sie ihre Medikamente auch schon vor dem Schlaganfall regelmäßig eingenommen haben.

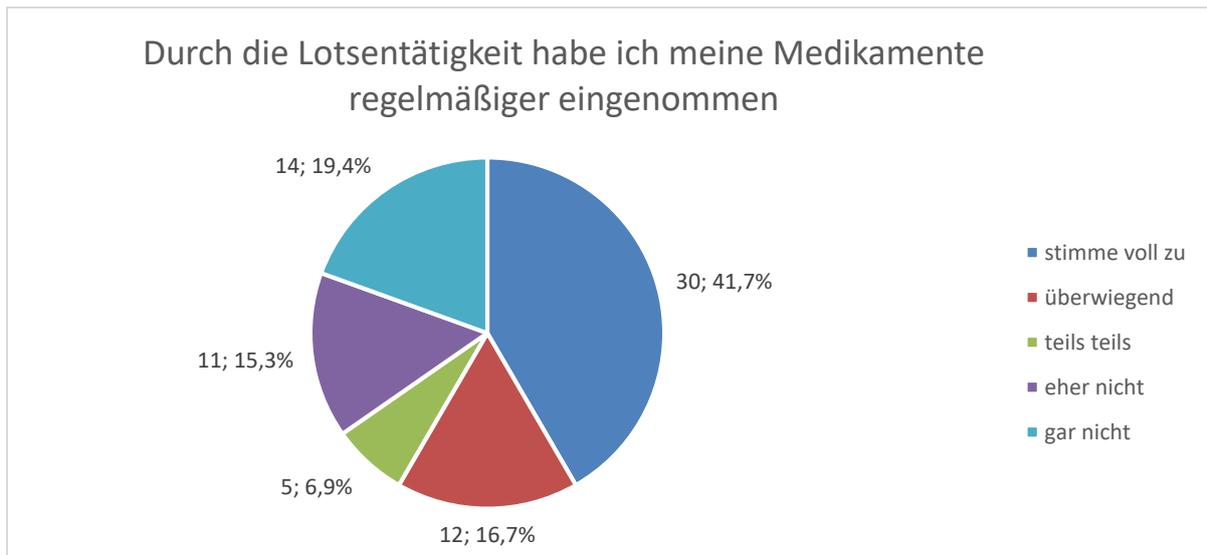


Abbildung 41: Durch die Lotsentätigkeit habe ich meine Medikamente regelmäßiger eingenommen (N= 79)

Durch die Lotsentätigkeit haben 65% der Befragten regelmäßiger Termine bei ihrer Hausärztin bzw. ihrem Hausarzt wahrgenommen (36% stimme voll zu; 19% überwiegend, 10% teils teils). 35% konnten diese Aussage nicht bestätigen (18% eher nicht, 17% gar nicht).

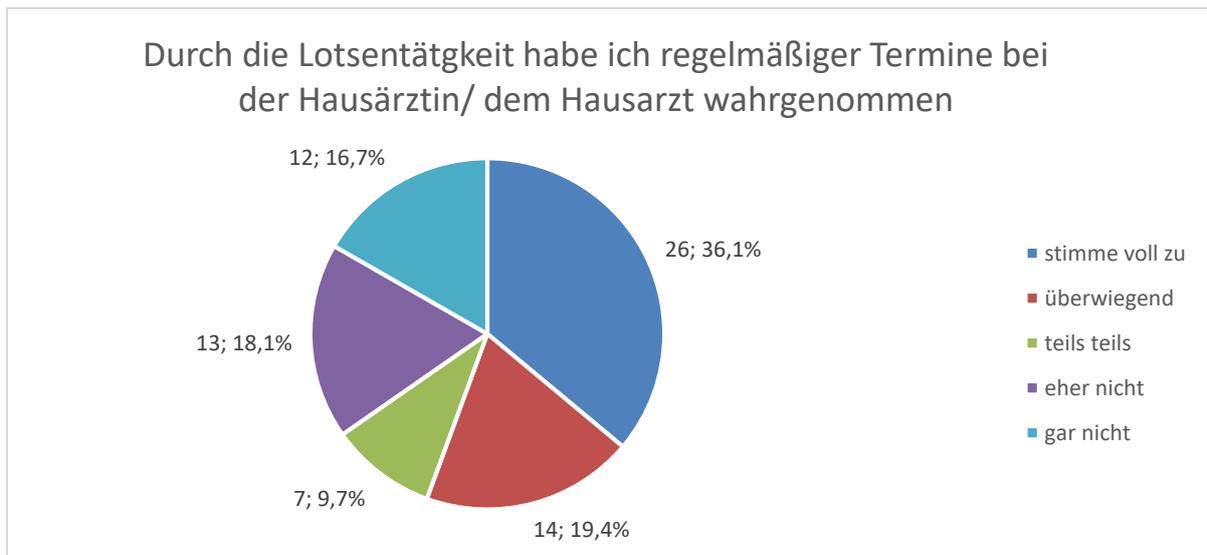


Abbildung 42: Durch die Lotsentätigkeit habe ich regelmäßiger Termine bei der Hausärztin/ dem Hausarzt wahrgenommen (N= 81)

Zufriedenheit

Die Abbildungen 43 und 44 verdeutlichen die Zufriedenheit mit der Betreuung der Alterslotsinnen und die Bereitschaft, das Lotsenprojekt weiter zu empfehlen. 97% der Befragten sind mit der Lotsen-Tätigkeit zufrieden. 94% stimmten der Aussage voll (84%) bzw. überwiegend (10%) zu. Weitere 3% sind mindestens teilweise mit der Lotsen-Betreuung zufrieden. Nur 3% der Befragten waren nicht mit der Lotsen-Tätigkeit zufrieden (1% eher nicht, 2% gar nicht).

99% würden die Betreuung durch eine Alterslotsin weiterempfehlen. 1% würden eine Lotsen-Betreuung nicht weiterempfehlen.

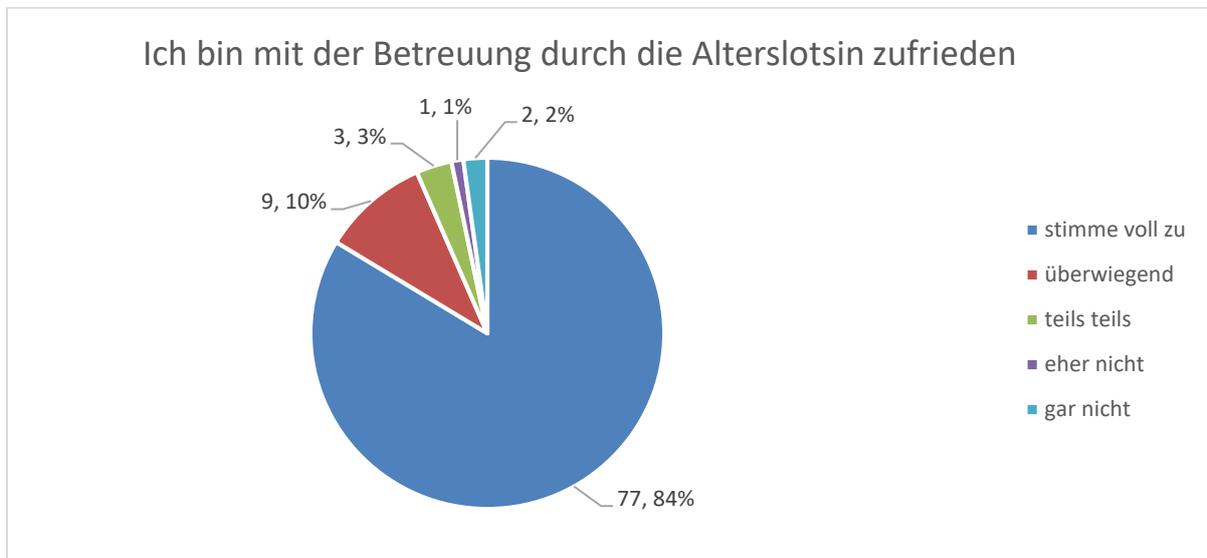


Abbildung 43: Ich bin mit der Betreuung durch die Alterslotsin zufrieden (N= 88)

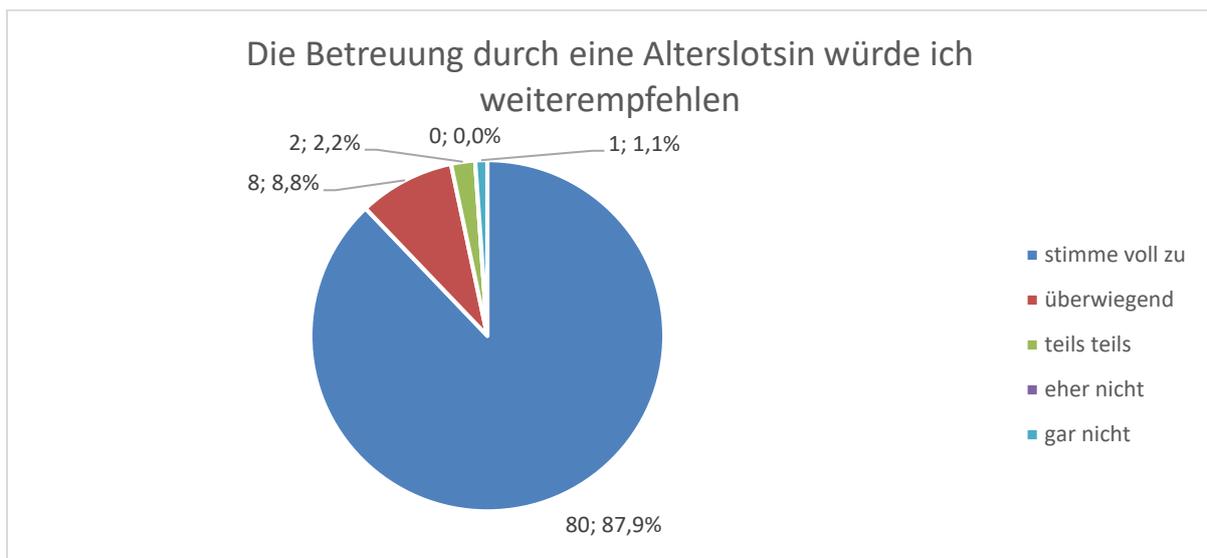


Abbildung 44: Die Betreuung durch eine Alterslotsin würde ich weiterempfehlen (N= 91) (absolut und in %)

Der eigene Aufwand der Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Lotsenprojekt wurde von den Patientinnen und Patienten deutlich positiv bewertet. 94% stimmten der Aussage, dass die Teilnahme am Lotsenprojekt mit einem gut leistbaren Aufwand verbunden war, voll (83%) oder überwiegend (11%) zu. Für 6% der Befragten war der Aufwand teilweise (2%), eher nicht (2%) bzw. gar nicht (2%) mit einem gut leistbaren Aufwand verbunden.



Abbildung 45: Die Teilnahme am Lotsen-Projekt war für mich mit einem gut leistbaren Aufwand verbunden (N= 86) (absolut und in %)

In Ergänzung der geschlossenen Fragen wurde eine offene Frage nach Anregungen und Verbesserungsvorschlägen gestellt. Insgesamt 20 Befragte nutzten diese Möglichkeit. In den Antworten wird deutlich, dass die Alterslotsinnen als wichtige Ansprechpartner (auch für die Angehörigen) im Versorgungsalltag wahrgenommen werden. Eine Auswahl der Antworten wird hier als Zitat wiedergegeben:

„Die Alterslotsen sind eine tolle Einrichtung und sind sowohl für die älteren Menschen als auch für deren Angehörige eine riesen Hilfe und Entlastung.“ „Ich bin sehr mit der Aufklärung dieser Alterslotsinnen zufrieden, gerade für Schwerbehinderte und alte Leute.“ „Die Altenlotsin Frau XY ist für mich eine große Hilfe. Auch für meinen Sohn und Enkeltochter, die mir sehr zur Seite stehen. Es ist eine sehr gute Tat.“ „Mir ging es hauptsächlich um die Kontrolle meiner selbsterstellten Notfallmappe. Trotzdem bin ich von dem Projekt begeistert!!!“

Die Patientinnen und Patienten äußerten weiterhin den expliziten Wunsch nach einer Fortsetzung des Projektes oder einer längeren bzw. intensiveren Betreuungszeit.

„Ich würde mich freuen, wenn das Projekt Alterslotsen weiter bestehen bleibt. Es ist ein tolles Projekt. Ich fühle mich gut aufgehoben und verstanden.“ „Das Projekt sollte langfristig laufen, um eine gute Vernetzung herstellen zu können.“ „Das Projekt sollte auf jeden Fall fortgeführt werden.“ „Wir würden gerne unsere Alterslotsin zwischendurch öfter sehen.“

Kritik an der Betreuung durch Alterslotsen und dem damit verbundenen, persönlichen Nutzen wurde nur einmal formuliert und nicht weiter ausgeführt: *„Völlig überflüssig!“*

Schlussfolgerungen:

- Die Befragung spiegelt große Zufriedenheit mit der Betreuung: Die Ergebnisse zeigen, dass die Teilnehmenden mit dem neuen Versorgungsangebot „Lüneburger Alterslotsen“ sehr

zufrieden sind. Deutlich wird dieses Ergebnis auch an der Quote der Bereitschaft zur Weiterempfehlung von fast 100%. Die Alterslotsinnen werden von den Patientinnen und Patienten akzeptiert und geschätzt.

- Die Alterslotsinnen steigern die Transparenz und das Verständnis bei den Patientinnen und Patienten. 80% der befragten Patientinnen und Patienten gaben an, durch die Alterslotsinnen die ärztliche Behandlung besser verstehen zu können.
- Die Tätigkeit der Alterslotsinnen entlastet nicht nur die Patientinnen und Patienten, sondern auch die Angehörigen. 80% der Befragten bestätigten, dass ihre Angehörigen durch die Alterslotsinnen besser entlastet wurden.
- Durch die Betreuung der Alterslotsinnen veränderten fast zwei Drittel der Patientinnen und Patienten ihr Gesundheitsverhalten zum Positiven. Die Ergebnisse der Verhaltensitems zeigen z.T. deutlich, dass die in der Beratungs- und Aufklärungsarbeit vermittelten Informationen von den Patientinnen und Patienten verstanden und umgesetzt werden. Ein Großteil der Teilnehmenden hat im Zuge der Lotsenbetreuung das Gesundheitsverhalten geändert, Medikamente regelmäßiger eingenommen und die Hausärztin bzw. den Hausarzt regelmäßiger aufgesucht.
- Die Alterslotsinnen sind eine bedarfsgerechte und patientinnen- bzw. patientenorientierte Ergänzung, insbesondere für ältere Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen.

15. Empfehlungen

15.1 Einbindung der Alterslotsen in lokale Gesundheitszentren

Lokale Gesundheitszentren (LGZ) werden von Expertinnen und Experten besonders für die flächendeckende Versorgung in strukturschwachen und von Unterversorgung bedrohten Regionen als zukunftsweisender Lösungsansatz gesehen. Lokale Gesundheitszentren bieten die Möglichkeit, an einem Ort gebündelt, z.B. in einem Gebäude oder auf einem Campus, ambulante und stationäre Versorgungsdienstleistungen anzubieten. Das Leistungsangebot kann in besonderer Weise auf die Versorgung der älter werdenden Landbevölkerung ausgerichtet werden. Neben Angeboten der stationären und ambulanten Kurzzeit- oder Langzeitpflege können z.B. auch eine geriatrische Tagesklinik und weitere Gesundheitseinrichtungen integriert oder assoziiert sein. Verbindendes Merkmal der LGZ ist eine gemeindenahe und umfassende (Primär- und/oder Langzeit-) Versorgung und ein breites Leistungsspektrum. Häufig wird das multiprofessionelle Leistungsspektrum durch Angebote von Case und Care Management ergänzt. Neben einer wohnortnahen bzw. quartiersnahen Versorgung müssen die Patientinnen und Patienten nur eine Anlaufstelle aufsuchen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen plädiert in seinem Gutachten 2014 für die Bündelung und räumlich- organisatorische Integration der Primär- und Langzeitversorgung in ländlich geprägten Regionen.

Die Integration der Alterslotsinnen in lokale Gesundheitszentren könnte gerade für die ländlichen Kommunen im Kreis Lüneburg ein Beitrag sein, dem drohenden Hausärztemangel mit neuen Versorgungsstrategien zu begegnen.

15.2 Sekundärprävention stärken

Informationsdefizite über die Möglichkeiten der Sekundärprävention begünstigen eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes.

Stärker als bisher sollten die Alterslotsinnen über die Bedeutung von präventiven Maßnahmen aufklären. Insbesondere die Aufklärung von geriatrischen Patientinnen und Patienten über ihre Risikofaktoren gilt es zu intensivieren. In diesem Kontext sollten verstärkt Verbundstrukturen mit Präventionsdienstleistern und Therapeuten aufgebaut werden. Positive gesundheitsökonomische Effekte sind zu erwarten.

15.3 Stärkere Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten

Die Netzbildung ist ein zentraler Erfolgsfaktor für die Projektierung und nachhaltige Entwicklung integrierter Versorgungsformen. Eine frühzeitige und transparente Einbindung regionaler Versorgungsdienstleister begünstigt die Implementierung und Aufrechterhaltung neu geschaffener Prozessstrukturen.

Die soziale Isolation ist gerade bei alleinlebenden geriatrischen Patientinnen und Patienten mit Mobilitätseinschränkungen ein großes Hindernis für die gesellschaftliche Teilhabe und die medizinische Versorgung. Eine aufsuchende Beratung und ein regelmäßiges Monitoring, wie es die Alterslotsinnen durchführen, ist insbesondere für diese Subgruppe der geriatrischen Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte und patientinnen- bzw. patientenorientierte Versorgungsform. Bei einer langfristigen Implementierung dürften insbesondere diese Patientinnen und Patienten von den bereits im kurzen Projektzeitraum verbesserten Informationsflüssen zwischen den Versorgungssektoren, der erhöhten Behandlungskontinuität und -qualität und reduzierten Versorgungsbrüchen, profitieren.

Vor diesem Hintergrund sollte eine stärkere Zusammenarbeit, insbesondere bei der Akquise von neuen Patientinnen und Patienten, mit den ambulanten Pflegediensten der Region erfolgen. Die ambulanten Pflegedienste könnten unterstützungsbedürftige Personen an die Alterslotsinnen weiterleiten.

15.4 Einbindung von Telemedizin und digitalen Arbeitsplätzen

Technische Anwendungen im Bereich eHealth, mHealth und Telemedizin werden als Kernelemente für ein Lösungsszenario bzgl. des demographischen Wandels und medizinischen Versorgungsangeboten gesehen.

Die qualitätsgesicherte Verfügbarkeit von Informationen ist eine entscheidende Komponente für eine bedarfsgerechte Versorgung von Patientinnen und Patienten. Die Ergebnisse des Modellprojektes verdeutlichen dies und zeigen die Problematiken bezüglich des interdisziplinären Informationsaustausches auf. Die Digitalisierung eröffnet Wege und bietet Instrumente, die das Informationsdefizit, insbesondere in der ambulanten Nachsorge, verringern und die Kommunikation zwischen den Leistungserbringern fördern. Notwendig ist der Aufbau standardisierter Kommunikationsstrukturen, um informelle Strukturen in formale Vernetzung zu überführen.

Perspektivisch dürfte daher insbesondere die Verknüpfung von digitalen Versorgungselementen wie Telemedizin mit dem Case Managementansatz der Alterslotsinnen weitere Verbesserungen in der Versorgung von geriatrischen Patientinnen und Patienten mit sich bringen. Die subjektiv empfundene Sicherheit der geriatrischen Patientinnen und Patienten und der qualitätsgesicherte Austausch in der ambulanten Nachsorge könnten dadurch weiter gesteigert werden.

Ein potentieller Handlungsansatz wäre die Ausstattung der Alterslotsinnen mit telemedizinischen Geräten zum Monitoring von Vitalparametern, ergänzt um die Möglichkeit, bei Bedarf vor Ort mit den betreuenden Hausärztinnen und Hausärzten zu kommunizieren.

Elvi ist eine mobile Lösung für die Videosprechstunde des Ärztenetzes Medizin und Mehr (MuM) im ostwestfälischen Bünde. Die elektronische Visite des Ärztenetzes Bünde ist seit Juni 2017 die bundesweit erste zertifizierte Software für eine sichere Videosprechstunde. Damit ermöglicht sie Ärztinnen und Ärzte erstmalig die Abrechnung der Videosprechstunde nach dem EBM, wofür die Nutzung einer zertifizierten Software die Voraussetzung ist.

Die elektronische Visite findet in unterschiedlichen Einsatzbereichen Anwendung. In der Arztpraxis kann sie für die Verlaufskontrollen oder etwa für die Beurteilung von Bewegungseinschränkungen genutzt werden. Öffentliche Bekanntheit erlangte die eVi durch den modellhaften Einsatz in Pflegeheimen. Die Begleitung und Untersuchung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen bindet hohe zeitliche und personelle Ressourcen bei den Ärztinnen und Ärzten. Um sie zeitlich zu entlasten, wurde in den Pflegeheimen das Pflegepersonal in dem Umgang mit der eVi geschult. Ausgestattet mit einem Laptop, einer hochauflösenden WiFi-Kamera und einem „Vital Package“ (EKG, Waage, Blutdruckmessgerät und SpO₂-Messgerät) übernimmt das Pflegepersonal den direkten Patientenkontakt vor Ort. Über eine sichere Internetverbindung wird Kontakt zum Hausarzt bzw. Facharzt aufgebaut. Die visuelle Befundung der Patientinnen und Patienten erfolgt über die externe Kamera. Über die sichere Datenverbindung und die Messgeräte können Vitalparameter direkt aufgenommen und an den Arzt geschickt werden. Im Anschluss erfolgt der Therapievorschlag durch den Arzt.

Die Hausbesuche der Alterslotsinnen würden dadurch aufgewertet und zeitraubende Hausbesuche zur Verlaufskontrolle könnten für die Hausärztinnen und Hausärzte reduziert werden. Um den Abdeckungsgrad zu steigern und die Routen und damit die Fahrzeiten der Case Managerinnen und Managern zu bündeln und effizienter zu gestalten, sollten möglichst viele Hausärztinnen und Hausärzte im Kreis Lüneburg an diesem Projektansatz teilnehmen. Neben einer entsprechenden Schulung der Alterslotsinnen müssten die teilnehmenden Hausarztpraxen die entsprechende IT-Infrastruktur aufbauen.

15.5 Mobiler Arbeitsplatz

Die Arbeit von Case Managerinnen und Managern ist mit hoher Verantwortung und berufsbedingten Stress verbunden. Technische Unterstützungen wie Tablets, die einen mobilen Arbeitsplatz ermöglichen, den Dokumentationsaufwand verringern und die Organisation und Strukturierung unterstützen, könnten einen positiven Beitrag leisten. Kombiniert mit einer prozessorientierten mobilen Lösung (App) für die Datenerfassung, einer benutzerfreundlichen Oberfläche und der Möglichkeit einer sektorenübergreifenden Kommunikation, könnten Sie den Dokumentations-

aufwand der Alterslotsinnen reduzieren und die qualitätsgesicherte Informationsbereitstellung weiter optimieren.

Im Rahmen von Förderprojekten wurden bereits erste Prototypen solcher digitalen Unterstützungssysteme für das Case Management entwickelt und erprobt.

16. Fazit

Die Ergebnisse der begleitenden Evaluation legen nahe, dass geriatrische Patientinnen und Patienten und deren Angehörige vom Case Management der Alterslotsinnen profitieren. Durch die qualitätsgesicherten Patienteninformationen der Alterslotsinnen haben die ambulanten und stationären Versorgungsdienstleister eine breitere Informationsbasis für eine adäquate ambulante medizinische Versorgung.

Insbesondere die Ergebnisse der Patientinnen- bzw. Patientenbefragung bestätigen die hohe Akzeptanz der Alterslotsinnen bei den Projektteilnehmenden. Die Alterslotsen werden als Ansprechpartner auf Augenhöhe geschätzt. Das unterstützende Angebot der Alterslotsinnen hat beispielweise dabei geholfen, dass die betreuten Patientinnen und Patienten die ärztliche Versorgung besser verstehen oder ihr eigenes Gesundheitsverhalten positiv verändern.

Das Projekt hat gezeigt, dass die zeitgleiche Verknüpfung medizinischer und sozialer Problemlagen die Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten sehr komplex macht. Im Rahmen von Hausbesuchen oder Untersuchungsterminen haben Hausärzte einen zeitlich sehr kurzen Zugriff auf die Patientinnen und Patienten. Vor diesem Hintergrund sind ein umfassendes Gesundheitsmanagement und eine individuelle Betreuung, welche Autonomie und Stabilität der geriatrischen Patientinnen und Patienten in den Vordergrund stellen, sinnvoll. Die Alterslotsinnen ermöglichen ein solches Angebot. Mit der Implementierung der Alterslotsinnen im Kreis Lüneburg wurde erreicht, dass der interdisziplinäre und Sektoren übergreifende Netzwerkaufbau initiiert und intensiviert wurde, und dass die sozialmedizinischen Probleme der geriatrischen Patientinnen und Patienten besser gelöst werden können.

Durch die enge Einbindung der stationären Projektpartner in der Klinik erfahren die Alterslotsinnen frühzeitig vom stationären Aufenthalt und können zu einem zielgerichteten und nutzerorientierten Entlassungsmanagement beitragen.

Die Ergebnisse der Evaluation zeigen außerdem, dass sich der Gesundheitszustand, die körperliche Funktionsfähigkeit und die unabhängige Lebensführung, gemessen am Barthel-Index, überwiegend konstant darstellen. Angesichts der Altersgruppe ist die Vermeidung oder Verzögerung altersbedingter Einschränkungen bereits als deutlicher Erfolg zu werten. Einzelne Verbesserungen konnten insbesondere bei der Nutzung eines Medikationsplanes und der Unterstützungsleistungen (Pflegergrad und Schwerbehindertengrad) erreicht werden.

Bei den Evaluationsergebnissen ist die relativ kurze Projektzeit und die eingeschränkte Validität der Daten zu berücksichtigen. Insbesondere einzelne Parameter wie z.B. der Barthel-Index basieren auf den zwar „geschulten Blicken“ aber auch den doch subjektiven Einschätzungen der Alterslotsinnen. Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist daher entsprechend eingeschränkt.

Das Projekt der „Lüneburger Alterslotsen“ verdeutlichte die integrative Funktion der Alterslotsinnen und ihre Bedeutung als Schnittstelle für Kommunikation und Koordinierung im Versorgungsgeschehen. Durch ihre Tätigkeit vermittelt sich den Alterslotsinnen ein umfassendes Bild über den aktuellen Gesundheitszustand, das soziale Umfeld, die Risikofaktoren und die Compliance der Patientinnen und Patienten. Diese differenzierte Informationsbasis ist hilfreich, um eine patientenorientierte und bedarfsgerechte Betreuung und Versorgung zu gewährleisten.

Durch die Assessmentbögen standen den Alterslotsinnen für die Betreuung der Patientinnen und Patienten umfangreiche (Sozial-)Anamnesedaten zur Verfügung, wodurch sie systematisch und qualitätsgesichert auf individuelle Bedürfnisse eingehen konnten. Die Bedeutung dieser individuellen Betreuung zeigt sich in den guten Ergebnissen der Patientinnen- bzw. Patientenbefragung hinsichtlich Prozessqualität, Aufklärung, Unterstützung und Zufriedenheit.

Entwicklungspotenziale bestehen insbesondere im Bereich der Erhebung von Risikofaktoren und der Sekundärprävention. Profilschärfungen in diesen Bereichen bedürfen einer weiteren Ausarbeitung. Weitere Verbesserungen, Optionen und Innovationen könnten sich ebenfalls durch die Integration telemedizinischer Leistungen und durch eine verstärkte Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten und lokalen Gesundheitszentren ergeben.

Bundesweit liegen inzwischen vielversprechende Erfahrungswerte zu den positiven Wirkungen von Case Management-Ansätzen auf die Versorgungsqualität vor. Der grundsätzliche Nutzen wird – so zeigt auch das vorliegende Projekt erneut – sowohl von Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen, wie auch seitens der beteiligten Professionellen in Medizin und Pflege bestätigt. Allerdings mangelt es nach wie vor an quantifizierbaren Evidenzen aus Projekten, die über den Status von Modellvorhaben mit begrenzter Reichweite hinaus auch räumlich großflächig angelegte und breite Populationen versorgende Ansätze verfolgen.

Hinsichtlich der Frage, ob das Versorgungsmodell auch zur Vermeidung unnötiger Leistungsanspruchnahmen führen kann, können hier keine validen Aussagen getroffen werden. Dazu bedarf es Analysen unter Einbezug von Routinedaten der GKV bzw. Pflegeversicherung (SGB V und SGB XI).

Auf der Basis der vorgelegten Ergebnisse lässt sich aus der Perspektive der wissenschaftlichen Begleitung ableiten, dass eine Fortführung des Versorgungsmodells „Lüneburger Alterslotsen“ mehr als sinnvoll erscheint.

Tabelle 8: Ergebnisse der Subgruppenanalyse T1-T3

Merkmale	Nominal T1	Prozentual (% T1)	Nominal T2	Prozentual (% T2)	Nominal T3	Prozentual (% T3)	Veränderung Nominal T1-T2	Veränderung Prozentual T1-T2	Veränderung Nominal T2-T3	Veränderung Prozentual T2-T3	Veränderung Nominal T1-T3	Veränderung Prozentual T1-T3
Pflegegrad/ Pflegestufe												
ja	8	19,51%	25	60,98%	33	80,49%	17	159,4%	8	32,00%	25	312,50%
nein	33	80,49%	16	39,02%	8	19,51%	-17	-54,8%	-8	-50,00%	-25	-75,76%
Pflegegrad (NT2=25; NT3=33)												
1			3	12,00%	8	24,24%			5	166,67%	8	
2			17	68,00%	18	54,55%			1	5,88%	18	
3			3	12,00%	4	12,12%			1	33,33%	4	
4			1	4,00%	2	6,06%			1	100,00%	2	
5			1	4,00%	1	3,03%			0	0,00%	1	
Schwerbehinderung												
ja	17	41,46%	21	51,22%	22	53,66%	16	33,3%	1	4,76%	5	29,41%
nein	24	58,54%	20	48,78%	20	48,78%	-16	-20,8%	0	0,00%	-4	-16,67%
Prozentsatz Schwerbehindertengrad												
20	0	0,00%	0	0,00%			1		0		0	
25	1	5,88%	1	4,76%	1	4,55%	0	0,0%	0	0,00%	0	0,00%
30	3	17,65%	1	4,76%	2	9,09%	-2	-25,0%	1	100,00%	-1	-33,33%
40	0	0,00%	1	4,76%	1	4,55%	-1	-25,0%	0	0,00%	1	
50	3	17,65%	4	19,05%	3	13,64%	3	50,0%	-1	-25,00%	0	0,00%
60	1	5,88%	0	0,00%	0	0,00%	3	75,0%	0	0,00%	-1	-100,00%
70	5	29,41%	5	23,81%	4	18,18%	-1	-11,1%	-1	-20,00%	-1	-20,00%
80	1	5,88%	4	19,05%	5	22,73%	6	120,0%	1	25,00%	4	400,00%
90	1	5,88%	1	4,76%	1	4,55%	1	50,0%	0	0,00%	0	0,00%
100	2	11,76%	4	19,05%	5	22,73%	3	33,3%	1	25,00%	3	150,00%
Allgemeinzustand												
gut	11	26,83%	10	24,39%	6	14,63%	-4	-15,4%	-4	-40,00%	-5	-45,45%
reduziert	26	63,41%	27	65,85%	30	73,17%	7	8,6%	3	11,11%	4	15,38%
stark reduziert	4	9,76%	4	9,76%	5	12,20%	-3	-16,7%	1	25,00%	1	25,00%
Ernährungszustand												
gut	31	75,61%	31	75,61%	30	73,17%	2	2,2%	-1	-3,23%	-1	-3,23%
reduziert	9	21,95%	10	24,39%	10	24,39%	-3	-10,3%	0	0,00%	1	11,11%
stark reduziert	1	2,44%	0	0,00%	1	2,44%	1	33,3%	1		0	0,00%
Timed Up & Go												
völlig uneingeschränkt	3	7,32%	1	2,44%	3	7,32%	3	50,0%	2	200,00%	0	0,00%
uneingeschränkt	9	21,95%	18	43,90%	12	29,27%	3	9,1%	-6	-33,33%	3	33,33%
teilweise eingeschränkt	13	31,71%	12	29,27%	16	39,02%	5	13,5%	4	33,33%	3	23,08%
ausgeprägte Einschränkung	3	7,32%	7	17,07%	5	12,20%	5	31,3%	-2	-28,57%	2	66,67%
kann nicht alleine gehen	1	2,44%	0	0,00%	0	0,00%	1	50,0%	0	0,00%	-1	-100,00%
nicht selbstst. aufstehen	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	-1	-50,0%	0	0,00%	0	
ist bettlägrig	0	0,00%	0	0,00%	1	2,44%	0		1		1	
nicht erhebbbar	10	24,39%	3	7,32%	3	7,32%	-11	-57,9%	0	0,00%	-7	-70,00%
keine Angabe	2	4,88%	0	0,00%	1	2,44%	-5	-50,0%	1		-1	-50,00%
Barthel-Index												
0-50 Punkte	2	4,88%	3	7,32%	3	7,32%	-1	-12,5%	0	0,00%	1	50,00%
55-75	10	24,39%	5	12,20%	9	21,95%	5	17,9%	4	80,00%	-1	-10,00%
80-95	17	41,46%	25	60,98%	25	60,98%	3	5,0%	0	0,00%	8	47,06%
100	12	29,27%	8	19,51%	4	9,76%	-7	-24,1%	-4	-50,00%	-8	-66,67%
Gangbild												
sicher	8	19,51%	8	19,51%	8	19,51%	-2	-8,7%	0	0,00%	0	0,00%
unsicher	33	80,49%	33	80,49%	33	80,49%	2	2,0%	0	0,00%	0	0,00%
Vorsorgevollmacht												
ja	26	63,41%	28	68,29%	29	70,73%	10	12,8%	1	3,57%	3	11,54%
nein	15	36,59%	13	31,71%	12	29,27%	-10	-21,3%	-1	-7,69%	-3	-20,00%