

Bericht der wissenschaftlichen Evaluation des Modellvorhabens

UplandCare

Bedarfsorientierte Versorgung für Menschen mit Demenz und andere
ältere, pflegebedürftige Menschen durch Vernetzung in einem
ländlichen Quartier – am Beispiel Willingen und Diemelsee

Die wissenschaftliche Evaluation wurde durchgeführt vom
Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE) am Standort Witten

Zeitraum der wissenschaftlichen Begleitung: August 2021 bis November 2025

Wissenschaftliche Berichtlegung: Ende September 2025

Wissenschaftliches Team des DZNE:

Projektleitung: Dr. Bernhard Holle

Projektkoordination: Jan Dreyer

Wissenschaftliche Mitarbeiterin: Anna Rademacher

Statistische Analyse der Routinedaten: Dr. Roberto Walter

Wissenschaftliche Hilfskraft: Annika Kliemann

Datenmanagement: René Müller Widmer

Beratung zum Datenschutz: Bernhard Albers

Das Modellvorhaben *UplandCare. Bedarfsorientierte Versorgung für Menschen mit Demenz und andere ältere, pflegebedürftige Menschen durch Vernetzung in einem ländlichen Quartier – am Beispiel Willingen und Diemelsee* wurde vom 01.06.2021 bis zum 31.05.2026 (Förderzeitraum 5 Jahre) vom *Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege* sowie den *hessischen Pflegekassen* auf der Grundlage von § 45c Abs. 1 Nr. 3 SGB XI gefördert.

ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

Im Modellvorhaben UplandCare – gefördert vom *Hessischen Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege* sowie den *hessischen Pflegekassen* – sollte im Zeitraum vom 1. Juni 2021 bis 31. Mai 2026 ein innovatives und komplexes Versorgungsmodell für Menschen mit Demenz, andere Personen mit Pflegebedarf sowie deren versorgende Angehörige im ländlichen Raum entwickelt und modellhaft implementiert werden. Die im Rahmen der Entwicklung umgesetzten Kernbestandteile des Modellvorhabens sind ein niedrigschwelliges und aufsuchendes individuelles Beratungs- und Unterstützungsangebot in Form eines Case Managements, die Zusammenarbeit zwischen Case und Care Management sowie die Vernetzung der regionalen Leistungserbringer. Diese Handlungsfelder werden durch weitere Aktivitäten, beispielsweise die Durchführung eines Veranstaltungs- und Kursangebotes, ergänzt. Während die Entwicklung und Umsetzung des Modellvorhabens durch das Gesundheitsnetzwerk PORT Willingen Diemelsee e. V. erfolgte, zielte die wissenschaftliche Evaluation durch das DZNE e. V. darauf ab, den Entwicklungsprozess und die Implementierung des Modellvorhabens zu beschreiben und Einflussfaktoren auf den Implementierungsprozess zu identifizieren. Außerdem wurden Nutzerinnen und Nutzer des Modellvorhabens zu ihrer Zufriedenheit befragt und Wirkmechanismen des Modellvorhabens rekonstruiert. Der Kern der wissenschaftlichen Begleitung war demnach als formative Prozessevaluation konzipiert. Ziel war es, mit den Erkenntnissen des Modellprojektes die Grundlage für eine Übertragbarkeit in anderen Regionen zu schaffen; Fragen der Wirksamkeit einzelner Interventionsbestandteile traten demgegenüber deutlich in den Hintergrund. Begleitend zur Prozessevaluation wurde ein regionaler Vergleich anhand von Routinedaten einer gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt, um mögliche Veränderungsprozesse auf regionaler Ebene beschreiben zu können. In dieser zusammenfassenden Darstellung werden die zentralen Schritte der wissenschaftlichen Evaluation und ihre zentralen Ergebnisse überblicksartig beschrieben; eine detaillierte Darstellung des wissenschaftlichen Vorgehens, der Datengrundlage und Literaturverweise finden sich in der Langversion des Berichts.

Theoretischer Rahmen und empirische Methoden der wissenschaftlichen Evaluation

Als theoretischer Rahmen wurde das Framework des *Medical Research Councils (MRC)* und im Speziellen der auf dieses Framework bezugnehmende Orientierungsrahmen für Prozessevaluationen genutzt. Von diesem theoretischen Rahmen ausgehend, wurde in der ersten Projektphase partizipativ mit dem Gesundheitsnetzwerk PORT Willingen Diemelsee e. V. das Modellvorhaben in Form eines ersten logischen Modells beschrieben. In diesem logischen Modell wurden die Handlungsfelder und Akti-

vitäten des Modellvorhabens UplandCare sowie die mit diesen angestrebten kurz-, mittel- und langfristigen Outcomes dargestellt. Das logische Modell war leitend für die weitere wissenschaftliche Evaluation, indem Forschungsfragen anhand des logischen Modells spezifiziert und Datenerhebungen entsprechend geplant wurden. In der zweiten Projektphase wurde die Implementierung des Modellvorhabens evaluiert, beeinflussende Faktoren für die Umsetzung identifiziert, Wirkmechanismen rekonstruiert sowie die Zufriedenheit mit dem Modellvorhaben erhoben. Für diesen Zweck wurde ein Methodenmix genutzt:



Abbildung 1: Datengrundlage der Prozessevaluation

Für den regionalen Vergleich auf Basis von Routinedaten wurden Versicherte der Projektregion mit Versicherten einer vergleichbaren Region hinsichtlich der Inanspruchnahmen von Leistungen und der Kosten in fünf Leistungsbereichen über einen Zeitraum von vier Jahren miteinander verglichen.

Der sozialräumliche Kontext

Das Modellvorhaben UplandCare wurde in den beiden ländlichen Gemeinden Willingen und Diemelsee vom Gesundheitsnetzwerk PORT Willingen Diemelsee e. V. durchgeführt. In der Projektregion lebten

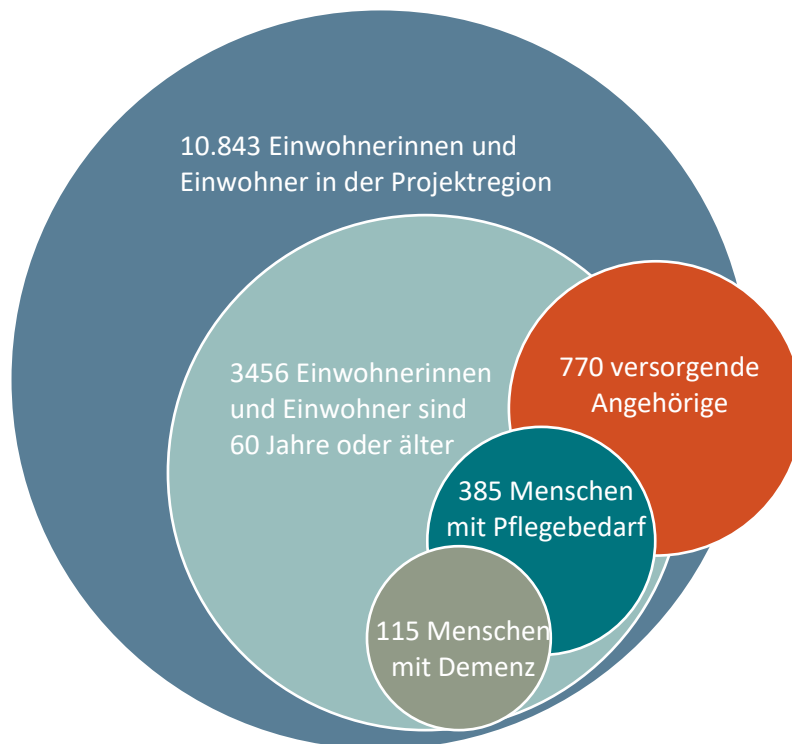


Abbildung 2: Schätzung der Größe der Zielgruppen in der Projektregion

2020 etwa 11.000 Personen. Auf der Grundlage der Altersstruktur, der Pflegestatistik und Demenzprävalenz wurde die Anzahl der in der Projektregion zuhause lebender pflegebedürftiger Personen und Menschen mit Demenz geschätzt (vgl. Abbildung 2).

Das Gesundheitsnetzwerk PORT Willingen Diemelsee e. V. wurde 2017 im Rahmen einer Förderung durch die Robert Bosch Stiftung gegründet und hat seine Büro- und Beratungsräume in Willingen. Neben der Geschäftsführung und einer Buchhalterin bilden zu Projektbeginn eine Care Managerin und eine Case Managerin das Team. Letztere werden durch das Modellvorhaben UplandCare finanziert. Das Gesundheitsnetzwerk PORT bietet mit Ausnahme des Case Managements keine Gesundheitsdienstleistungen an, sondern kooperiert mit den regionalen Versorgern. Hervorzuheben ist außerdem die enge kommunale Anbindung: beide Gemeinden sind Mitglied des Vereins Gesundheitsnetzwerk PORT Willingen Diemelsee e. V. und die beiden Bürgermeister und der Erste Kreisbeigeordnete des Landkreises Waldeck Frankenberg übernehmen Aufgaben im Vereinsvorstand.

Beschreibung und Umsetzung des Modellvorhabens

Ein wesentliches Ziel der Prozessevaluation war die detaillierte Beschreibung der Implementierung des Modellvorhabens. Im in der ersten Projektphase erarbeiteten logischen Modell wurde UplandCare als Modellvorhaben mit vier Handlungsfeldern konzipiert (vgl. Abbildung 3). Langfristig zielen die Aktivitäten dieser Handlungsfelder darauf ab, Menschen mit Demenz und anderen pflegebedürftigen Personen möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen und ihre Angehörigen zu entlasten. Um dies zu erreichen sollten unter anderem

- im Handlungsfeld *Demenzsensibles Quartier* durch Öffentlichkeitsarbeit und Informationsveranstaltungen ein Beitrag zu einem sensiblen und inklusiven Quartier geleistet werden,
- im Handlungsfeld *Ressourcenstärkung* die individuellen Ressourcen der pflegebedürftigen Personen und ihrer Angehörigen durch Kurse, Schulungen und Informationsmaterialien gestärkt werden,
- im Handlungsfeld *Individuelle Beratung, Begleitung und Unterstützung* mit einem aufsuchenden Case Management ein niedrigschwelliges Beratungsangebot etabliert werden, um Betroffene möglichst frühzeitig zu unterstützen, und
- im Handlungsfeld *Vernetzung & Zusammenarbeit* die fallbezogene und fallübergreifende Zusammenarbeit der regionalen Gesundheitsversorger in einem Netzwerk gestärkt werden, um die Patientenversorgung qualitativ zu steigern und Reibungsverluste im fragmentierten Gesundheitssystem zu reduzieren, sowie durch eine enge Zusammenarbeit zwischen Case und Care Management die regionale Versorgungsstruktur weiterentwickelt werden.

Die einzelnen Aktivitäten der vier Handlungsfelder adressieren dabei unterschiedliche Zielgruppen innerhalb der Projektregion. Die Aktivitäten unterscheiden sich außerdem hinsichtlich ihrer kurz- und mittelfristigen Outcomes. Das Modellvorhaben UplandCare muss deshalb als *komplexe regionale Intervention* verstanden werden.

Handlungsfeld	Aktivität		
Demenzsensibles Quartier	Organisation und Durchführung von Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Demenz	Organisation und Durchführung von Veranstaltungen für die Öffentlichkeit	Organisation und Durchführung von Schulungen für Change Agents
Ressourcenstärkung	Organisation und Durchführung von Kursen	Koordination und Vermittlung von Schulungen für Angehörige	Erstellen und Verteilen eines Demenzwegweisers
Individuelle Beratung, Begleitung und Unterstützung	Organisation und Durchführung von präventiven Hausbesuchen		Organisation und Durchführung eines Case Managements
Vernetzung & Zusammenarbeit	Vernetzung von und Kooperation mit regionalen Leistungserbringern		Kooperation und Koordination zwischen Case und Care Management

Abbildung 3: Die vier geplanten Handlungsfelder und Aktivitäten des Modellvorhabens

Die vier Handlungsfelder waren zu Beginn des Modellvorhabens als gleichwertig konzipiert. Bei der Umsetzung zeigte sich jedoch ein deutlicher Fokus auf die Handlungsfelder *Individuelle Beratung, Begleitung und Unterstützung* sowie *Vernetzung & Zusammenarbeit*. Diese beiden Handlungsfelder konnten durch die wissenschaftliche Evaluation als Kernbestandteile des Modellvorhabens identifiziert werden. Die meisten Aktivitäten wurden im Projektzeitraum durchgeführt; einige Aktivitäten – beispielsweise die Organisation und Durchführung von Schulungen für Change Agents – wurden jedoch zurückgestellt und zunächst nicht umgesetzt.

Abweichend von der ursprünglichen Konzeption des Modellvorhabens trat die Ausrichtung auf Menschen mit Demenz im Projektverlauf in den Hintergrund. Aus Sicht der Akteure des Gesundheitsnetzwerkes wäre diese thematische Engführung auf eine spezifische Erkrankung angesichts der überschaubaren Anzahl von Betroffenen in der Projektregion nicht sinnvoll gewesen. Dies zeigt sich auch an der geringen Anzahl von Personen mit Demenz, die im Case Management versorgt werden. Stattdessen richteten sich die meisten Angebote im Modellvorhaben an alle Menschen – Menschen mit Demenz explizit eingeschlossen – mit Unterstützungsbedarf in der Projektregion, unabhängig von der spezifischen Ursache für ihren Bedarf. Ergänzend wurden auch spezielle Angebote für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen – wie beispielsweise ein Demenzwegweiser – entwickelt.

Das Case Management wurde zu einem großen Teil von Personen mit weniger komplexen Bedarfslagen in Anspruch genommen; ein komplexes Case Management war nur bei einem geringen Anteil der Fälle notwendig. Stattdessen gestaltete das Gesundheitsnetzwerk PORT Willingen Diemelsee e. V. das Case Management eher im Sinne von präventiven Hausbesuchen aus, um hierdurch zu einem großen Anteil der relevanten Bevölkerungsgruppe einen Zugang erhalten und eine vertrauensvolle und häufig langfristige Beziehung frühzeitig im Versorgungsverlauf etablieren zu können. Ebenfalls zeigte sich, dass die Zusammenarbeit zwischen Case Management und Care Management und die fallübergreifende Zusammenarbeit mit den regionalen Leistungserbringern insbesondere im neu gegründeten Pflegezirkel – einer Arbeitsgruppe der pflegerisch tätigen Leistungserbringer – in dieser Form in der

Region einzigartig ist und sowohl zu einer Identifikation von Versorgungslücken als auch zur Entwicklung neuer Versorgungsangebote beitragen kann.

Im Projektzeitraum ist es dem Gesundheitsnetzwerk PORT Willingen Diemelsee e. V. insgesamt gelungen, sowohl durch Vorträge und Kurse als auch durch Informationsmaterialien und nicht zuletzt durch das Case Management, einen hohen Anteil der Bevölkerung in der Projektregion zu erreichen (vgl. Abbildung 4) sowie mit den meisten regionalen Versorgern zusammenzuarbeiten und sich so als Organisation im Bereich Pflege und Gesundheit in der Projektregion zu etablieren.

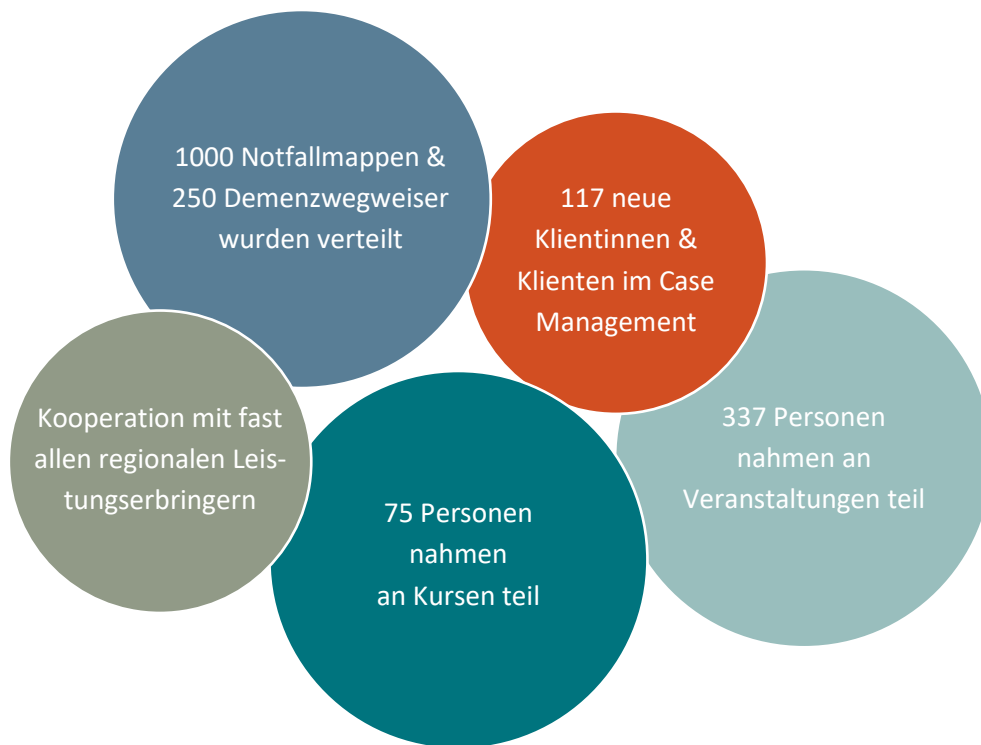


Abbildung 4: Hoher Grad der Durchdringung in der Projektregion

Angesichts der Größe der Projektregion und der geringen Bevölkerungszahl stellt dies einen hohen Grad der Durchdringung der relevanten Zielgruppe dar. Dabei zeigten sich kleinräumig Unterschiede des Durchdringungsgrads. Das Case Management und die Veranstaltungen wurden zu einem größeren Teil von Bürgerinnen und Bürgern aus Willingen wahrgenommen. Das Gesundheitsnetzwerk PORT Willingen Diemelsee e. V. hat auf dieses Ungleichgewicht reagiert, indem Veranstaltungen doppelt sowohl in Willingen als auch Diemelsee durchgeführt wurden. Außerdem wurde eine wöchentlich stattfindende offene Sprechstunde in Diemelsee implementiert.

Förderliche und hinderliche Faktoren

Durch die Prozessevaluation konnten für alle Handlungsfelder förderliche und hinderliche Faktoren der Implementierung identifiziert werden. Die wichtigsten förderlichen Faktoren sind:

- die Unterstützung wichtiger Stakeholder vor Ort,
- ein ausreichend langer Zeithorizont,
- das persönliche Engagement und eine hohe Qualifikation der Beschäftigten,
- die räumliche und soziale Nähe zu den Zielgruppen,
- die Flexibilität des Modellvorhabens und Agilität des Gesundheitsnetzwerkes PORT Willingen Diemelsee e. V.

Als bedeutsame hinderliche Faktoren für eine Implementierung konnten identifiziert werden:

- die Konkurrenz und Doppelstruktur zu bereits bestehenden Angeboten,
- fehlende Überzeugung vom Sinn des Modellvorhabens oder Teilen des Modellvorhabens,
- finanzielle und rechtliche Unsicherheiten bei der Durchführung des Modellvorhabens,
- eine fehlende Passung zwischen der Projektregion und dem Sozialraum.

Während sich die förderlichen Faktoren positiv auf die Implementierung des Modellvorhabens auswirken und diese erst ermöglichen, können hinderliche Faktoren den Implementierungserfolg gefährden. Beide Gruppen von Faktoren sollten bei einer möglichen Übertragung in andere Regionen berücksichtigt werden.

Zufriedenheit, Ergebnisse und Wirkmechanismen

Die Teilnehmenden zeigten in den standardisierten Befragungen insgesamt eine sehr hohe oder hohe Zufriedenheit mit den Angeboten des Gesundheitsnetzwerkes PORT (vgl. Abbildung 5).

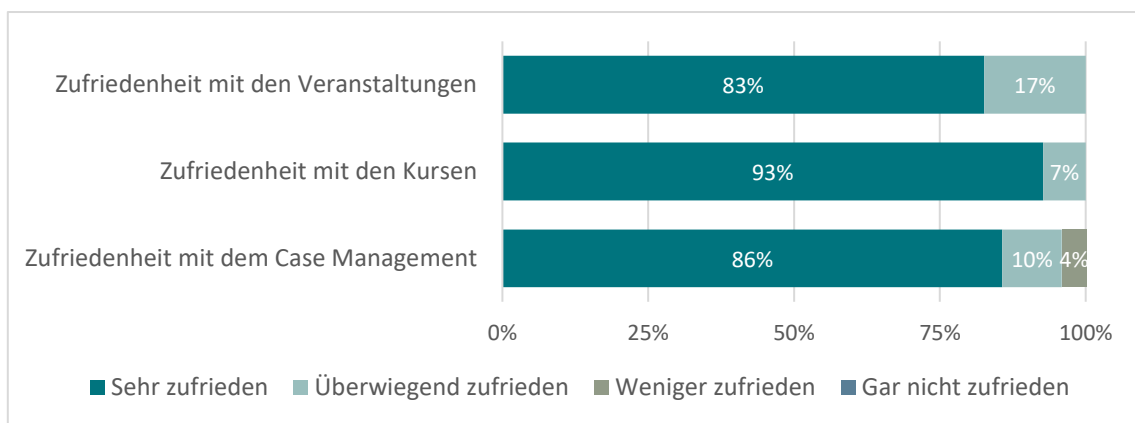


Abbildung 5: Gesamtzufriedenheit mit den Angeboten des Gesundheitsnetzwerkes PORT

Außerdem gaben die meisten Nutzerinnen und Nutzer an, dass sie die Veranstaltungs- und Kursinhalte in ihrem Alltag nutzen oder sich ihre Situation durch das Case Management verbessert hat (vgl. Abbildung 6).

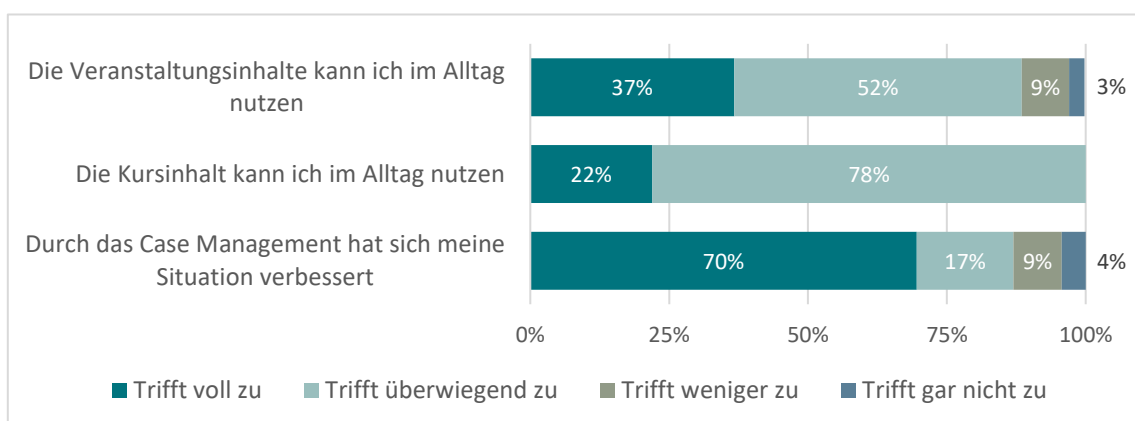


Abbildung 6: Alltagsnutzen und Verbesserung der Versorgungssituation

Als wesentliche Voraussetzung und zentraler Wirkmechanismus dieser positiven Ergebnisse konnte durch die wissenschaftliche Evaluation der Aufbau von Vertrauen identifiziert werden. Dem Gesundheitsnetzwerk PORT Willingen Diemelsee e. V. ist es im Projektzeitraum gelungen, sowohl gegenüber

den Bürgerinnen und Bürgern als auch gegenüber den regionalen Versorgern einen hohen Grad von Vertrauen aufzubauen, der sich wechselseitig mit dem hohen Grad der Durchdringung verstärkt und dazu führt, dass die Angebote des Gesundheitsnetzwerkes PORT angenommen werden.

Zentrale Ergebnisse des Regionenvergleichs anhand von Routinedaten der GKV

Der Regionenvergleich beruht auf Routinedaten der AOK Hessen. Aufgrund des Datenschutzes konnten nur zusammengefasste Daten durch das DZNE ausgewertet werden, wodurch die statistischen Analysemöglichkeiten des Regionenvergleichs einschränkt waren. In der Projektregion erfüllten im Jahr 2020 n=176 Versicherte die Einschlusskriterien für den Regionenvergleich; in der Vergleichsregion traf dies auf n=1156 Versicherte zu. Zwischen diesen beiden Gruppen bestanden zum Zeitpunkt der Gruppenbildung keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Verteilung der Geschlechter, des Alters, der Pflegebedürftigkeit, der Komorbidität und der Anzahl der Demenzdiagnosen.

Im Beobachtungszeitraum nahmen die Pflegebedürftigkeit, Komorbidität und die Anzahl der Demenzdiagnosen in beiden Gruppen zu. Gleichzeitig schieden Versicherte in beiden Gruppen aufgrund von Todesfällen und Umzügen in stationäre Pflegeeinrichtungen aus der Beobachtung aus. Relativ betrachtet traten diese beiden Ereignisse in der Projektregion etwas häufiger ein; diese Unterschiede sind statistisch jedoch nicht signifikant. Hinsichtlich der Inanspruchnahme von Leistungen – wie die haus- und fachärztliche Versorgung oder Krankenhausaufenthalte – zeigten sich keine deutlichen Unterschiede zwischen den Versicherten beider Regionen. Dagegen zeigte sich bei der Betrachtung der Ausgaben ein deutlicher Trend: In der Projektregion stiegen die mittleren Gesamtkosten deutlich weniger stark als in der Vergleichsregion an. In Willingen und Diemelsee nahmen die mittleren Gesamtkosten (Median) im Beobachtungszeitraum um 19 % zu, während sie in der Vergleichsregion um 46 % stiegen (vgl. Tabelle 1).

	<i>Projektregion</i>	<i>Vergleichsregion</i>
2020	4203 €	4039 €
2021	4327 €	4889 €
2022	5585 €	5794 €
2023	4990 €	5895 €

Tabelle 1: Vergleich der mittleren Gesamtkosten (Median) in der Projekt- und Vergleichsregion

Aufgrund der Struktur der Daten und des Analysedesign kann dieser Trend in der Entwicklung der Gesamtkosten jedoch nicht kausal auf das Modellvorhaben zurückgeführt werden und es können keine Aussagen zur statistischen Signifikanz getroffen werden.

Übergreifende Ergebnisse und Empfehlungen

Zusammenfassend über alle vier Handlungsfelder zeigte sich in der wissenschaftlichen Begleitung, dass es dem Gesundheitsnetzwerk PORT im Modellvorhaben gelungen ist:

1. Einen frühen und niedrigschwelligen Zugang zur Zielgruppe in der Projektregion herzustellen und so einen hohen Grad der Durchdringung zu erreichen.
2. Dieser frühe und niedrigschwellige Zugang ermöglicht es nicht nur, die Klientinnen und Klienten bedarfsgerecht zu versorgen, sondern trägt in der engen Zusammenarbeit zwischen Case und Care Management dazu bei, Versorgungslücken in der Projektregion zu identifizieren.

3. Durch die enge kommunale Anbindung und die Kooperation mit fast allen regionalen Versorgern bietet sich dadurch ein hohes Potential, die Versorgungsstruktur kleinräumig gemeinsam weiterzuentwickeln.

Die individuelle Begleitung und Unterstützung in Form von niedrigschwelliger Beratung und Case Management sowie die Vernetzung zwischen Case und Care Management und mit den regionalen Versorgern zeigten sich in der wissenschaftlichen Begleitung als Hauptbestandteile des Modellvorhabens UplandCare. Bei einer Übertragbarkeit sollte auf diese beiden Handlungsfelder ein besonderer Fokus gelegt werden. Die beiden anderen Handlungsfelder sind für eine gelingende Implementierung jedoch ebenfalls unerlässlich, können aber stärker an die regionalen Besonderheiten angepasst werden.

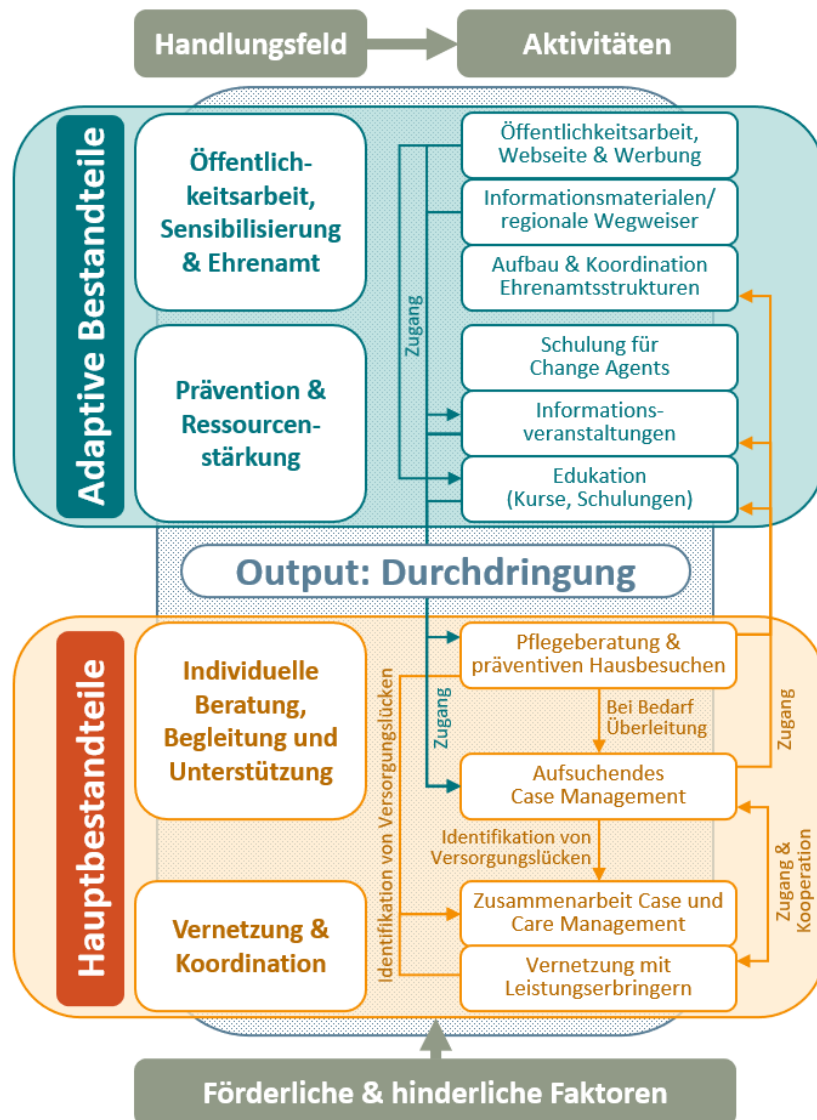


Abbildung 7: Die Hauptbestandteile und adaptiven Bestandteile des Modellvorhabens UplandCare

Obschon bereits vor Beginn des Modellvorhabens Teile der im Projektverlauf entwickelten komplexen Intervention im Gesundheitsnetzwerk angelegt waren und praktiziert wurden, stellt die Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung der Bestandteile und die damit erfolgte Operationalisierung für die konkrete Umsetzung den Innovationsgehalt des Projektvorhabens dar. Insbesondere die Zusammenschau und aufeinander Bezug nehmende Konzeption in Form eines logischen Modells ermöglicht eine

differenziertere und klar strukturierte Umsetzung und Evaluation der Modellvorhabens, wodurch Anhaltspunkte für die Übertragbarkeit auf andere Regionen geliefert werden.

Aus der wissenschaftlichen Evaluation können neben dieser Schwerpunktsetzung weitere Empfehlungen für eine Weiterentwicklung des Modellvorhabens in der Projektregion Willingen und Diemelsee und für eine Übertragbarkeit in andere Regionen abgeleitet werden:

1. **Die Demenzspezifik kleinräumiger Versorgungsstrukturen:** Die Ausrichtung des Modellvorhabens auf die Entwicklung einer demenzspezifischen Versorgungsstruktur scheint kleinräumig wenig sinnvoll zu sein, weil die Fallzahlen dafür nicht ausreichend sind und sich die Versorgung unterschiedlicher chronisch kranker und/oder pflegebedürftiger Personen im Case Management in vielen Bereichen ähnelt. Kleinräumig sollte ein Case und Care Management deshalb grundsätzlich offen für alle Bevölkerungsgruppen unabhängig von ihrer Erkrankung sein. Gleichzeitig muss aber gewährleistet werden, dass bei Bedarf eine Überleitung an spezialisierte, überregionale Versorgungsstrukturen gelingt.
2. **Die Wahl des passenden Formalisierungsgrads:** Sowohl die Durchführung und Dokumentation des Case Managements, als auch die Kooperation mit den regionalen Leistungserbringern ist bisher wenig formalisiert. So werden beispielsweise weder die Case Management Fälle hinsichtlich ihrer Komplexität systematisch voneinander unterschieden, noch gibt es klare Indikatoren, anhand derer eine Überleitung durch die regionalen Versorger an das Case Management erfolgt, oder ein schriftliches Verständnis über Formen der Zusammenarbeit. Diese hohe Offenheit und der geringe Formalisierungsgrad hat sich insbesondere am Anfang der Projektphase bewährt, weil dadurch wenige Anforderungen an die Art der Kooperation und die Durchführung des Case Managements gestellt wurden. Für eine weitere Verstetigung des Case Managements und der Kooperation mit den Leistungserbringern sollte geprüft werden, ob und in welchen Bereichen eine stärkere Formalisierung der Arbeitsweisen sinnvoll ist. Auf der Ebene der internen Durchführung des Case Managements sollten beispielsweise Indikatoren zur Einschätzung der Komplexität des Falls entwickelt und geprüft werden, ob und in welchen Fällen standardisierte Assessments zur Einschätzung und Evaluation spezifischer Versorgungssituationen genutzt werden sollten. Auf Ebene der Kooperation mit den regionalen Leistungserbringern können Kooperationsvereinbarung zu einer höheren Verlässlichkeit, Rechtssicherheit und Effizienz sowie klareren Zuständigkeiten beitragen. Kooperationsvereinbarungen können beispielsweise die Indikatoren-gestützte Überleitung in das Case Management, die Aufgabenverteilung zwischen dem Gesundheitsnetzwerk PORT Willingen Diemelsee e. V. und den regionalen Versorgern, die Gestaltung der Kommunikationswege, den Datenschutz und die Schweigepflicht, die Entscheidungsfindung und die Evaluation des Case Management Prozesses umfassen. Der im Modellvorhaben entwickelte Versorgungspfad könnte für die weitere Formalisierung des Case Managements ein Ausgangspunkt sein.

3. **Vermeidung von Doppelstrukturen:** Es existieren bereits Beratungs- und Unterstützungsstrukturen in der Projektregion, die in Teilen den entwickelten Angeboten des Modellvorhabens UplandCare ähneln. Beispielsweise wird eine Pflegeberatung auch im Pflegestützpunkt angeboten, und mit der Gemeindepflegerin besteht ein aufsuchendes Angebot. Diese beiden Angebote werden von den Klientinnen und Klienten des Case Managements zwar überwiegend nicht genutzt, es wird jedoch empfohlen, die Zusammenarbeit zwischen bereits bestehenden Strukturen und den im Modellvorhaben UplandCare entwickelten Angeboten zu stärken. Bei einer Übertragung in anderen Regionen sollte geprüft werden, welche Beratungs- und Unterstützungsstrukturen bereits vorhanden sind und wie eine Kooperation mit diesen gestaltet werden kann, um unverbundene Doppelangebote zu vermeiden.
4. **Unterstützung kommunaler Akteure und wichtiger Stakeholder:** Die Organisationsform als kommunal angebundener Verein hat sich im Modellvorhaben bewährt. Insbesondere die Unterstützung durch die beiden Kommunen Willingen und Diemelsee ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor des Modellvorhabens. Für die Übertragbarkeit in andere Regionen ist die Akzeptanz und Unterstützung wichtiger Stakeholder vor Ort – das können neben kommunalen Akteuren auch die regionalen Leistungsbringer sein – unerlässlich. Eine Übertragung in anderen Regionen ist nur dann erfolgversprechend, wenn es gelingt, wichtige Stakeholder vor Ort für eine Zusammenarbeit zu gewinnen.
5. **Kleinräumigkeit und Niedrigschwelligkeit:** Um eine hohe Durchdringung zu erreichen und Vertrauen aufzubauen, ist es notwendig mit dem eigenen Angebot im Sozialraum der Zielgruppe präsent zu sein. Im Modellvorhaben UplandCare bedeutete dies, dass Veranstaltungen und eine offene Sprechstunde auch in Diemelsee angeboten wurden, um die dortige Bevölkerung zu erreichen.

1	<i>Das Modellvorhaben UplandCare</i>	19
1.1	Hintergrund und Ziele des Modellvorhabens	19
1.2	Darstellung des Projektverlaufs	21
1.3	Wissenschaftliche Evaluation	21
1.3.1	Theoretischer Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation	21
1.3.2	Entwicklung des logischen Modells	23
2	<i>Ergebnisse der ersten Projektphase: Konkretisierung des Modellvorhabens UplandCare und Beschreibung des Kontextes</i>	25
2.1	Darstellung des Modellvorhabens als logisches Model	25
2.2	Beschreibung der Projektregion und der Zielgruppe	32
2.2.1	Demografische Entwicklung	32
2.2.2	Zielgruppe	33
2.2.3	Räumliche Struktur und Anbindung an Mittelzentren	34
2.3	Das Gesundheitsnetzwerk PORT Willingen Diemelsee e. V.	38
2.3.1	Die Idee der PORT-Zentren	38
2.3.2	Organisationsform des Gesundheitsnetzwerkes PORT Willingen Diemelsee e. V.	39
2.3.3	Themenschwerpunkte des Gesundheitsnetzwerkes PORT	40
2.3.4	Mitarbeiterinnen des Gesundheitsnetzwerkes PORT Willingen Diemelsee e. V.	40
2.3.5	Zusammenarbeit mit den regionalen Leistungserbringern	41
3	<i>Detaillierte Beschreibung der wissenschaftlichen Evaluation</i>	43
3.1	Ziele und Fragestellungen der wissenschaftlichen Evaluation	43
3.1.1	Implementierung des Modellvorhabens	43
3.1.2	Beeinflussende Faktoren und Implementierungsstrategien	44
3.1.3	Zufriedenheit, Ergebnisse und Wirkmechanismen	44
3.2	Methoden der wissenschaftlichen Evaluation	44
3.2.1	Qualitative Interviews mit Klientinnen und Klienten	45
3.2.2	Qualitative Interviews mit Beschäftigten des Gesundheitsnetzwerkes PORT	46
3.2.3	Qualitative Interviews mit weiteren Stakeholdern	47
3.2.4	Zufriedenheitsbefragung Veranstaltungen und Kurse	48
3.2.5	Zufriedenheitsbefragung Case Management	49
3.2.6	Dokumentation des Case Managements	49
3.2.7	Weitere Dokumentationen durch das Gesundheitsnetzwerk PORT	50
3.3	Ethik und Datenschutz	50

4	<i>Ergebnisse der zweiten Projektphase: wissenschaftliche Evaluation des Modellvorhabens UplandCare</i>	52
4.1	Beschreibung der empirischen Daten	53
4.2	Evaluation des Handlungsfeldes Demenzsensibles Quartier	55
4.2.1	Umsetzung	55
4.2.2	Beeinflussende Faktoren	62
4.2.3	Ergebnis und Zufriedenheit	63
4.2.4	Diskussion und Fazit	67
4.3	Evaluation des Handlungsfeldes Ressourcenstärkung	68
4.3.1	Umsetzung	68
4.3.2	Beeinflussende Faktoren	74
4.3.3	Ergebnis und Zufriedenheit	75
4.3.4	Diskussion und Fazit	77
4.4	Evaluation des Handlungsfeldes Individuelle Beratung, Begleitung und Unterstützung	79
4.4.1	Umsetzung	79
4.4.2	Beeinflussende Faktoren	98
4.4.3	Ergebnis und Zufriedenheit	101
4.4.4	Diskussion und Fazit	103
4.5	Evaluation des Handlungsfeldes Vernetzung und Zusammenarbeit	106
4.5.1	Umsetzung	106
4.5.2	Beeinflussende Faktoren	115
4.5.3	Ergebnis und Zufriedenheit	119
4.5.4	Diskussion und Fazit	121
5	<i>Regionenvergleich anhand von GKV-Routinedaten</i>	123
5.1	Methoden und Analyse	123
5.1.1	Beschreibung der Routinedaten	123
5.1.2	Bildung der Vergleichsregion und Auswahl der Versicherten	125
5.1.3	Analyse	128
5.2	Ergebnisse des Regionenvergleichs	129
5.2.1	Entwicklung der Versicherten in den Regionen im Zeitverlauf	130
5.2.2	Inanspruchnahmen: Haus- und Facharztkontakte sowie Krankenhausaufenthalte	133
5.2.3	Entwicklung der Ausgaben	138
5.3	Diskussion und Fazit des Regionenvergleichs	143
6	<i>Methodische Reflexion</i>	148
7	<i>Fazit und Schlussfolgerungen</i>	150
7.1	Diskussion übergreifender Aspekte	156
7.1.1	Demenzspezifik	156
7.1.2	Formalisierungsgrad des Gesundheitsnetzwerkes	157
7.1.3	Organisationsform und Finanzierung	159
7.2	UplandCare als Modell der Gesundheits- und Pflegestruktursteuerung in ländlichen Gemeinden	160
8	<i>Literaturverzeichnis</i>	162
	<i>Anhang</i>	169

ABBILDUNGEN

Abbildung 1: Datengrundlage der Prozessevaluation	IV
Abbildung 2: Schätzung der Größe der Zielgruppen in der Projektregion	IV
Abbildung 3: Die vier geplanten Handlungsfelder und Aktivitäten des Modellvorhabens.....	VI
Abbildung 4: Hoher Grad der Durchdringung in der Projektregion	VII
Abbildung 5: Gesamtzufriedenheit mit den Angeboten des Gesundheitsnetzwerkes PORT	VIII
Abbildung 6: Alltagsnutzen und Verbesserung der Versorgungssituation.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Abbildung 7: Die Hauptbestandteile und adaptiven Bestandteile des Modellvorhabens UplandCare. X	
Abbildung 8: Modell der Stabilität von häuslichen Versorgungsarrangements (Köhler, Dreyer et al. 2021).....	20
Abbildung 9: Die Projektphasen des Modellvorhabens UplandCare	21
Abbildung 10: Das MRC-Framework (eigene Übersetzung nach Skivington et al. 2021)	22
Abbildung 11: Hauptfunktionen einer Prozessevaluation (eigene Übersetzung nach Moore et al. 2015).....	22
Abbildung 12: Komponenten eines logischen Modells	23
Abbildung 13: Die vier Handlungsfelder des Modellvorhabens UplandCare.....	25
Abbildung 14: Das Handlungsfeld Demenzsensibles Quartier	26
Abbildung 15: Das Handlungsfeld Ressourcenstärkung.....	27
Abbildung 16: Das Handlungsfeld Individuelle Beratung, Begleitung und Unterstützung	28
Abbildung 17: Das Handlungsfeld Vernetzung & Zusammenarbeit.....	28
Abbildung 18: Das Modellvorhaben UplandCare als logisches Modell.....	31
Abbildung 19: Altersstruktur 2020 und 2035 in Willingen und Diemelsee (HA Hessen Agentur GmbH 2021a, 2021b).....	33
Abbildung 20: Die Projektregion mit den Gemeinden Willingen und Diemelsee und den benachbarten Mittelzentren Bad Arolsen, Brilon und Korbach	35
Abbildung 21: Ein PORT-Zentrum mit unterschiedlichen Integrations- und Kooperationsformen (Schmid et al. 2020 S. 64)	39
Abbildung 22: Datengrundlage der Prozessevaluation	45
Abbildung 23: Hauptfunktionen einer Prozessevaluation (eigene Übersetzung nach Moore et al. 2015).....	52

Abbildung 24: Das Handlungsfeld Demenzsensibles Quartier innerhalb des Modellvorhabens UplandCare	55
Abbildung 25: Zugangswege zu den Veranstaltungen (Zufriedenheitsbefragung Veranstaltungen) ...	60
Abbildung 26: Zufriedenheit mit den Veranstaltungen (Zufriedenheitsbefragung Veranstaltungen) .	64
Abbildung 27: Nutzen der Veranstaltungsinhalte im Alltag (Zufriedenheitsbefragung Veranstaltungen)	65
Abbildung 28: Das Handlungsfeld Ressourcenstärkung innerhalb des Modellvorhabens UplandCare	68
Abbildung 29: Zugangswege zu den Kursen (Zufriedenheitsbefragung Kurse)	71
Abbildung 30: Zufriedenheit mit den Kursen (Zufriedenheitsbefragung Kurse).....	75
Abbildung 31: Nutzen der Kursinhalte im Alltag (Zufriedenheitsbefragung Kurse).....	76
Abbildung 32: Das Handlungsfeld Individuelle Beratung, Begleitung und Unterstützung innerhalb des Modellvorhabens UplandCare.....	79
Abbildung 33: Pflegegrad der Klientinnen und Klienten (Quovero)	81
Abbildung 34: Erkrankungen der Klientinnen und Klienten (Quovero)	81
Abbildung 35: Zugangsweg zum Case Management (Quovero, n=117)	84
Abbildung 36: Zugangsweg zum Case Management (Zufriedenheitsbefragung Case Management) ..	86
Abbildung 37: Was ist für eine Beratung besonders wichtig (Zufriedenheitsbefragung Case Management)	88
Abbildung 38: Zufriedenheit mit einzelnen Aspekten der Beratung (Zufriedenheitsbefragung Case Management)	89
Abbildung 39: Anzahl Hausbesuche durch das Case Management (Quovero).....	90
Abbildung 40: Dauer der Beratung nach Art des Kontaktes (SmapiOne)	90
Abbildung 41: Anzahl Kontakte pro Fall (Quovero).....	92
Abbildung 42: Kontakte mit Leistungserbringern auf Fallebene (SmapiOne).....	94
Abbildung 43: Nutzung weiterer Beratungsstellen	97
Abbildung 44 Ergebnis des Case Managements (Zufriedenheitsbefragung Case Management)	101
Abbildung 45 Weiterempfehlung und Gesamtzufriedenheit Case Management (Zufriedenheitsbefragung Case Management)	102
Abbildung 46: Das Handlungsfeld Vernetzung und Zusammenarbeit innerhalb des Modellvorhabens UplandCare	106
Abbildung 47: Aktivitäten, Outputs und Indikatoren zur Vernetzung und Zusammenarbeit.....	107
Abbildung 48: Gründe für die Zusammenarbeit	112
Abbildung 49: Flyer zur Fachtagung Demenz.....	118
Abbildung 50: Analysierte Betrachtungsjahre der Routinedaten	126
Abbildung 51: Die Projektregion (brombeerfarben) und Vergleichsregion (mint) im Bundesland Hessen	127
Abbildung 52: Entwicklung der Pflegegrade in der Projekt- und der Vergleichsregion (%).....	130
Abbildung 53: Entwicklung des Charlson-Komorbiditätsindex ($\bar{x}$, SD)	131

Abbildung 54: Kumulierte relative Häufigkeit von Umzügen in stationäre Pflegeeinrichtungen (%) .	131
Abbildung 55: Kumulierte relative Häufigkeit von Todesfällen zuhause oder in einer stationären Pflegeeinrichtung (%)	132
Abbildung 56: Entwicklung der relativen Gruppengröße (%)	133
Abbildung 57: Entwicklung der durchschnittlichen Anzahl von Hausarztkontakten ($\bar{x}$, SD)	134
Abbildung 58: Entwicklung der durchschnittlichen Anzahl von Facharztkontakten ($\bar{x}$, SD).....	135
Abbildung 59: Entwicklung der durchschnittlichen Anzahl der Krankenhausaufenthalte ($\bar{x}$, SD)	136
Abbildung 60: Entwicklung der durchschnittlichen Anzahl ambulant-sensitiver Krankenhausaufenthalte ($\bar{x}$, SD)	137
Abbildung 61: Entwicklung der durchschnittlichen Anzahl von Rehospitalisierungen ($\bar{x}$, SD).....	137
Abbildung 62: Entwicklung des Anteils der Leistungsbereiche an den Gesamtkosten (%)	139
Abbildung 63: Entwicklung der durchschnittlichen Gesamtkosten in Euro (Boxplots).....	140
Abbildung 64: Gesamtkosten – Arithmetisches Mittel und Median der Projekt- und Vergleichsregion	140
Abbildung 65: Entwicklung der durchschnittlichen Kosten für stationäre Krankenhausbehandlungen in Euro ($\bar{x}$, SD)	141
Abbildung 66: Entwicklung der durchschnittlichen Kosten für Arzneimittel in Euro ($\bar{x}$, SD).....	141
Abbildung 67: Entwicklung der durchschnittlichen Kosten für die ambulante Versorgung in Euro ($\bar{x}$, SD).....	142
Abbildung 68: Entwicklung der durchschnittlichen Kosten für Hilfsmittel in Euro ($\bar{x}$, SD).....	142
Abbildung 69: Entwicklung der durchschnittlichen Kosten für häusliche Krankenpflege in Euro ($\bar{x}$, SD)	143
Abbildung 70: Relative Abweichungen der durchschnittlichen Gesamtkosten der Projektregion von der Vergleichsregion (%)	145
Abbildung 71: Logisches Modell als Ergebnis der Prozessevaluation	155
Abbildung 72: Infrastrukturmonitoring und -entwicklung (Klie 2020, S. 174)	160
Abbildung 73: Handlungsfelder der Kommunen (IWAK 2023, S. 101).....	161

TABELLEN

Tabelle 1: Vergleich der mittleren Gesamtkosten (Median) in der Projekt- und Vergleichsregion.....	IX
Tabelle 2: Die Anzahl der Personen in der Projektregion älter 60 Jahre, mit Pflegebedarf und/oder einer Demenz.....	34
Tabelle 3: Ortsteile Willingen	36
Tabelle 4: Ortsteile Diemelsee	36
Tabelle 5: Demografische Informationen Qualitative Interviews mit Klientinnen und Klienten	46
Tabelle 6: Funktionen der interviewten Stakeholder.....	48
Tabelle 7: Übersicht Datenerhebungen	53
Tabelle 8: Beitrag der Daten zu der Evaluation der Handlungsfelder	54
Tabelle 9: Übersicht Veranstaltungen (Dokumentation PORT)	58
Tabelle 10: Übersicht Teilnehmende Veranstaltungen und Kurse (Zufriedenheitsbefragung Veranstaltungen)	59
Tabelle 11: Veranstaltungsthema und Rolle der Teilnehmenden (Zufriedenheitsbefragung Veranstaltungen)	59
Tabelle 12: Übersicht Kurse (Dokumentation PORT)	70
Tabelle 13: Übersicht Teilnehmende Kurse und Schulungen (Zufriedenheitsbefragung Kurse)	70
Tabelle 14: Übersicht Kurse für Pflegefachpersonen (Dokumentation PORT)	72
Tabelle 15: Vergleich zwischen den Kursen bezüglich der Nutzbarkeit im Alltag (Zufriedenheitsbefragung Kurse).....	77
Tabelle 16: Demografische Informationen der Klientinnen und Klienten des Case Managements (Quovero)	80
Tabelle 17: Die Versicherten zum Zeitpunkt der Gruppenbildung im Juli 2022	126
Tabelle 18: Demografische Informationen der Versicherten im Jahr 2020	129
Tabelle 19: Der Anstieg der durchschnittlichen Gesamtkosten im Vergleich	144

1 Das Modellvorhaben UplandCare

Im Projekt *Bedarfsorientierte Versorgung für Menschen mit Demenz durch Vernetzung in einem ländlichen Quartier – am Beispiel Willingen und Diemelsee* (UplandCare) sollten modellhaft die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstrukturen im ländlichen Raum erprobt werden und Grundlagen für die Übertragbarkeit in andere Regionen identifiziert werden.

Das Modellvorhaben UplandCare wurde vom Hessischen Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege und den hessischen Pflegekassen getragen. Antragsteller und ausführende Institution des Modellvorhabens ist das Gesundheitsnetzwerk PORT Willingen Diemelsee e. V.¹ Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation erfolgt durch das Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE)² am Standort Witten.

1.1 Hintergrund und Ziele des Modellvorhabens

Die für dieses Modellvorhaben relevante Zielgruppen sind Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen, denen durch das Modellvorhaben eine passgenaue und effiziente Versorgung zukommen soll, um die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit zu stabilisieren. Aus der Struktur der ländlichen Projektregion, den Gemeinden Willingen und Diemelsee, mit ihrer geringen Bevölkerungsdichte ergibt sich, dass ein Nebeneinander an spezialisierten Angeboten für die spezifische Versorgungssituation von Menschen mit Demenz und nicht-spezialisierten Angeboten wenig sinnvoll erscheint. Daher sollte im vorliegenden Modellvorhaben eine Versorgungsstruktur entwickelt werden, die Bedürfnisse und Bedarfe von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen in den Fokus stellt, aber ebenso anderen älteren, pflegebedürftigen Personen zu Gute kommt.

Die meisten Menschen mit Demenz leben in der eigenen Häuslichkeit und werden dort maßgeblich durch ihre Angehörigen versorgt (World Health Organization 2012). Die Versorgung einer Person mit Demenz zeichnet sich dadurch aus, dass über den häufig langen Verlauf der Versorgung immer wieder Veränderungen auftreten. Während der Beginn der Versorgung häufig von Unsicherheit geprägt ist und die Person mit Demenz und ihre Angehörigen versuchen, die Situation für sich zu deuten, sind spätere Phasen der Versorgung durch einen komplexen Betreuungs- und Pflegeaufwand geprägt (von Kutzleben 2018). Veränderungen, die im Verlauf der Demenz auftreten, müssen von den Angehörigen ausbalanciert werden, um das Versorgungsarrangement zu stabilisieren. Ob dies gelingt, hängt vom *Rollenverständnis* und *Rollenerleben der/des versorgenden Angehörigen*, der Struktur und Qualität der *dyadischen Beziehung* zwischen der/dem Angehörigen und der Person mit Demenz sowie den verfügbaren und genutzten *Ressourcen* ab (vgl. Abbildung 8). Zusammen bilden sie die spezifische Charakteristik eines Versorgungsarrangements. Versorgungsarrangements sind nur dann stabil, wenn die Bedürfnisse des Menschen mit Demenz und seiner/ihrer Angehörigen über den Verlauf der Versorgung adressiert werden und das Versorgungsarrangement entsprechend angepasst wird (Köhler, Dreyer et al. 2021).

¹ Im Folgenden Bericht wird das „Gesundheitsnetzwerk PORT Willingen Diemelsee e. V.“ abgekürzt als „Gesundheitsnetzwerk PORT“.

² Im Folgenden Bericht wird das „Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE)“ abgekürzt als „DZNE“.

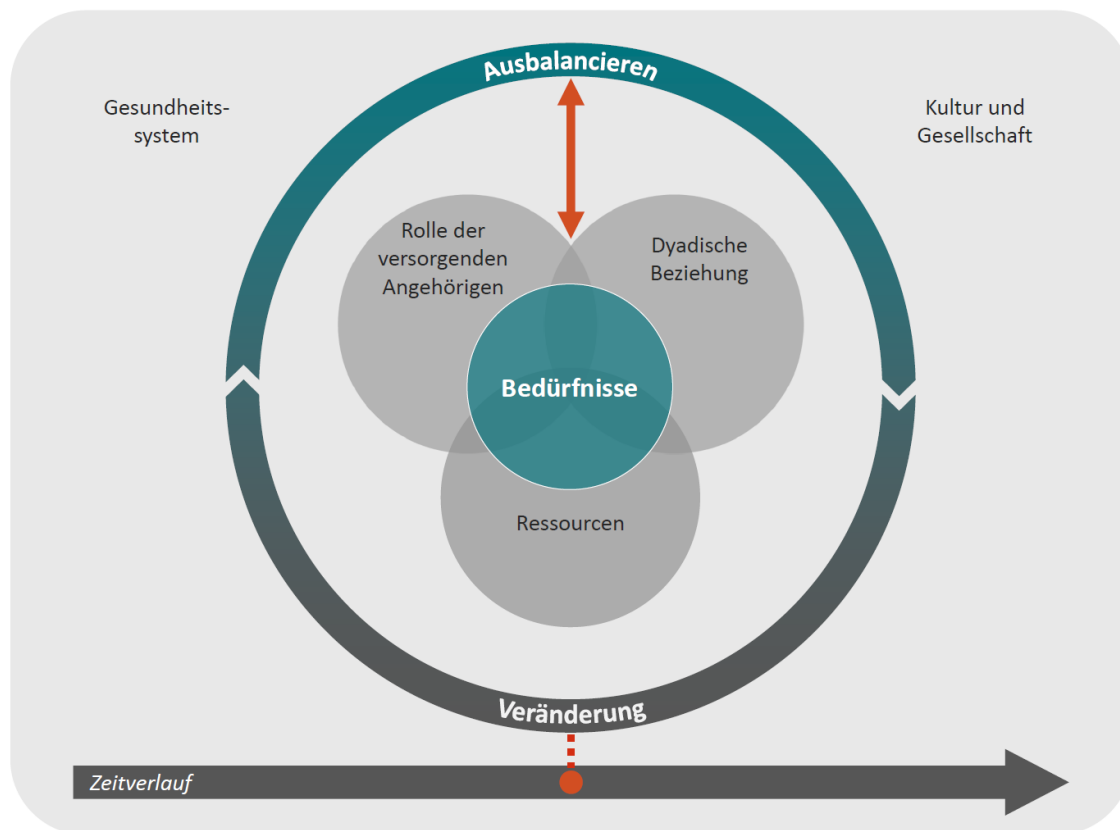


Abbildung 8: Modell der Stabilität von häuslichen Versorgungsarrangements (Köhler, Dreyer et al. 2021)

Versorgungsarrangements für Menschen mit Demenz unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich des Zeitpunktes im Versorgungsverlauf, sondern auch durch die spezifische Konfiguration dieser Charakteristik (Dreyer, Bergmann et al. 2022). Um die Stabilität häuslicher Versorgungsarrangements zu fördern ist es nötig, diese Diversität zu berücksichtigen und die passgenaue Unterstützung zur richtigen Zeit bereitzustellen. Die Fragmentierung des Gesundheitssystems wird dabei von vielen versorgenden Angehörigen und den Personen mit Demenz immer wieder als Herausforderung mit vielen Hürden erlebt. Ein wesentliches Problem der Versorgung von Menschen mit Demenz im Speziellen und älteren, pflegebedürftigen Menschen im Allgemeinen ist deshalb die fehlende Koordination von Versorgungsleistungen und -prozessen. Häufig werden professionelle Hilfen erst spät in das Versorgungsarrangement eingebunden, komplexe Hilfebedarfe werden nicht rechtzeitig erkannt oder es fehlt an entsprechenden Strukturen, um diese durch professionelle oder ehrenamtliche Unterstützung zu kompensieren. Dies kann zu einem Verlust an Lebensqualität oder vermeidbaren Institutionalisierungen führen. Letztere stellen besonders für Menschen mit einer Demenz ein kritisches Lebensereignis dar.

Zusätzlich stehen ländliche Räume häufig vor Herausforderungen wie Bevölkerungsrückgang, schwindender Infrastruktur und einem Mangel an medizinischen Einrichtungen (Opitz and Pfaffenbach 2018, BMEL 2023). Das Modellvorhaben UplandCare zielt darauf ab, Lösungen für diese Herausforderungen in der Versorgung zu entwickeln. Im Modellvorhaben sollen dabei Angebote und Strukturen geschaffen werden, durch die es gelingt, möglichst frühzeitig Zugänge zu der Zielgruppe zu schaffen, eine stabile häusliche Versorgung zu etablieren und gemeinsamen mit den regionalen Akteuren die regionalen Versorgungsstrukturen tragfähig weiterzuentwickeln.

1.2 Darstellung des Projektverlaufs

Die Umsetzung des Modellvorhabens UplandCare gliederte sich in drei Projektphasen. In der ersten Projektphase wurde das Modellvorhaben durch das Gesundheitsnetzwerk PORT weiter konkretisiert. Dabei wurden spezifische Maßnahmen geplant und Ziele formuliert. Das DZNE begleitete diesen Entwicklungsprozess wissenschaftlich und legte auf dieser Grundlage einen Evaluationsplan fest, um die Evaluation inhaltlich und methodisch vorzubereiten. In diese Projektphase fielen auch organisatorische Vorbereitungen. Für die erste Projektphase war ein Zeitraum von einem Jahr vorgesehen. In der zweiten Projektphase wurde das Modellvorhaben durch das Gesundheitsnetzwerk PORT umgesetzt und angepasst. In dieser Projektphase erfolgten durch das DZNE die empirischen Datenerhebungen als Grundlage der Evaluation. Für die zweite Projektphase war ein Zeitraum von zweieinhalb Jahren vorgesehen. In der abschließenden Projektphase erfolgte die Analyse und wissenschaftliche Berichtlegung durch das DZNE. Das Gesundheitsnetzwerk PORT nutzte diese Projektphase, um das Modellvorhaben zu verstetigen. Um für diesen Schritt auch die Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation zu nutzen, war diese letzte Projektphase für das Gesundheitsnetzwerk PORT länger konzipiert (vgl. Abbildung 9).

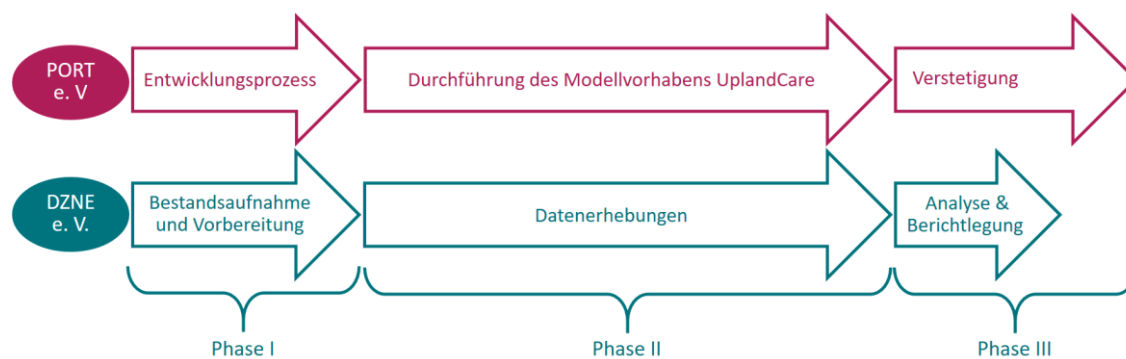


Abbildung 9: Die Projektphasen des Modellvorhabens UplandCare

1.3 Wissenschaftliche Evaluation

Wie bereits beschrieben, sollte das Modellvorhaben UplandCare zu Beginn der Projektlaufzeit durch das Gesundheitsnetzwerk PORT entwickelt und dann umgesetzt werden. Anknüpfend an die vor Projektstart definierten übergeordneten Ziele und wesentlichen Strukturmerkmale wurden die detaillierten Zielsetzungen sowie die konkrete praktische Ausgestaltung des Modellvorhabens erst im Verlauf der Projektlaufzeit entwickelt. Für die wissenschaftliche Evaluation hatte dies zur Konsequenz, dass sie ebenfalls erst innerhalb der Projektlaufzeit konkretisiert werden konnte. Im Folgenden werden deshalb zunächst die grundlegenden, theoretischen Überlegungen der wissenschaftlichen Evaluation vor der Konkretisierung des Modellvorhabens dargestellt. Eine detaillierte Darstellung der wissenschaftlichen Fragestellungen, Methoden und Analysen erfolgt im Anschluss an die detaillierte Planung des Modellvorhabens in Kapitel 3.

1.3.1 Theoretischer Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation

Leitend für die wissenschaftliche Evaluation ist das MRC-Framework zur Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen (Skivington, Matthews et al. 2021). Das MRC-Framework ist ein in der internationalen gesundheitswissenschaftlichen Forschung weit verbreiteter Orientierungsrahmen. Darin werden vier Phasen von Forschung zu komplexen Interventionen unterschieden, in denen jeweils ein anderer Erkenntnisgewinn angestrebt ist. Außerdem werden Kernelemente beschrieben, die für alle Phasen relevant sind (vgl. Abbildung 10).

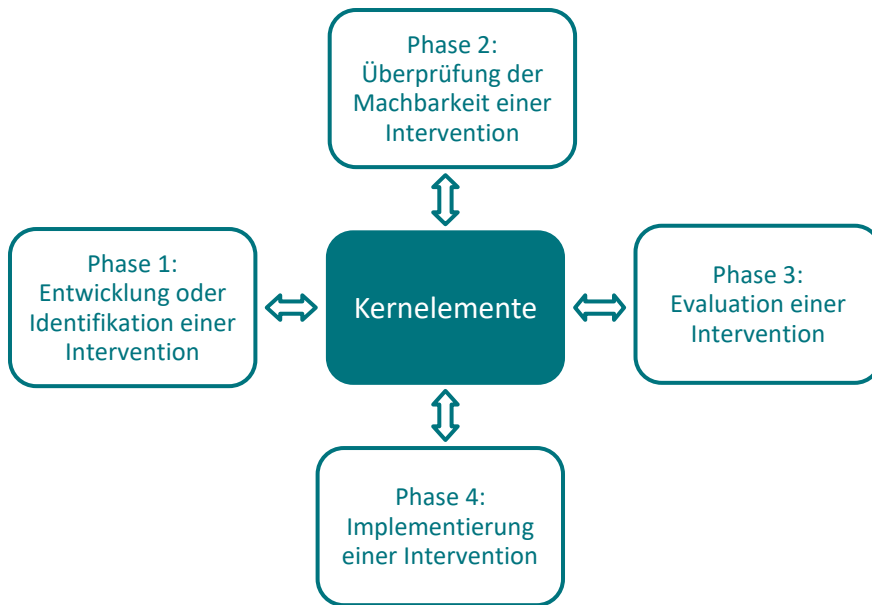


Abbildung 10: Das MRC-Framework (eigene Übersetzung nach Skivington et al. 2021)

Im Modellvorhaben UplandCare soll eine neue Versorgungsform entwickelt und modellhaft erprobt werden. Damit handelte es sich im Sinne des MRC-Framework um ein Entwicklungs- und Machbarkeitsprojekt (Phase 1 und Phase 2). Im Fokus der wissenschaftlichen Evaluation stehen deshalb insbesondere Fragen zur Umsetzung des Modellvorhabens in Form einer Prozessevaluation. Für diese werden der an das MRC-Framework anknüpfende Orientierungsrahmen (vgl. Abbildung 11) zur Prozessevaluation genutzt und entsprechende Fragestellungen und Ziele entwickelt (Moore, Audrey et al. 2015).

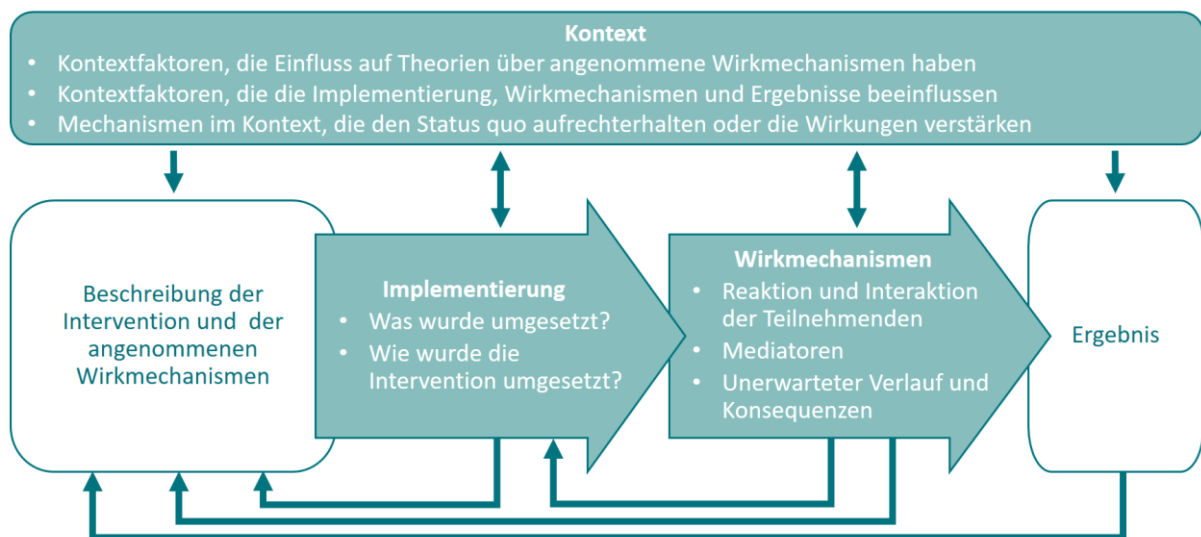


Abbildung 11: Hauptfunktionen einer Prozessevaluation (eigene Übersetzung nach Moore et al. 2015)

1.3.2 Entwicklung des logischen Modells

Im Projektantrag werden Case Management und Care Management als zwei Kernbestandteile des Modellvorhabens UplandCare beschrieben und übergeordnete Ziele dargestellt, ohne jedoch die konkrete Umsetzung und spezifische Ziele sowie begleitende Maßnahmen auszuführen. In der ersten Projektphase wurde deshalb das Modellvorhaben in Form eines logischen Modells konkretisiert. Petersen et. al. (2013, S. 1, Übersetzung durch JD) verstehen unter einem logischen Modell

eine grafische Darstellung davon, wie ein Programm oder eine Intervention die gewünschten Ergebnisse erzielen soll. Es zeigt die Beziehungen zwischen den Ressourcen, die für die Erstellung und Durchführung einer Intervention zur Verfügung stehen, den Aktivitäten, die die Intervention bietet, und den erwarteten Ergebnissen. Ein nützliches logisches Modell erfüllt folgende Funktionen:

- *Es identifiziert die Zwischen- und Endergebnisse der Intervention und die Wege, über die die Aktivitäten der Intervention diese Ergebnisse erzielen.*
- *Es zeigt die Wechselbeziehungen zwischen den Komponenten der Intervention auf.*
- *Es berücksichtigt den Einfluss externer Kontextfaktoren auf die Fähigkeit der Intervention, Ergebnisse zu erzielen.*
- *Es dient als Leitfaden für Programmentwickler, -umsetzer und -evaluatore.*

Das logische Modell soll also konkret darstellen, welche Aktivitäten im Modellvorhaben UplandCare stattfinden und welche Ziele damit kurz-, mittel- und langfristig erreicht werden sollen. Darüber hinaus sind die dafür nötigen Ressourcen sowie der Kontext ebenfalls Bestandteil des logischen Modells (vgl. Abbildung 12). Das logische Modell kann anschließend nicht nur den Entwicklern des Modellvorhabens – in diesem Fall dem Gesundheitsnetzwerk PORT – als Leitfaden zur Umsetzung dienen, sondern es bildet auch die Grundlage für die wissenschaftliche Evaluation und kann dazu beitragen, die Wirkmechanismen des Modellvorhabens offenzulegen (W.K. Kellogg Foundation 2004, Innovation Network Inc. 2010, Mills, Lawton et al. 2019).

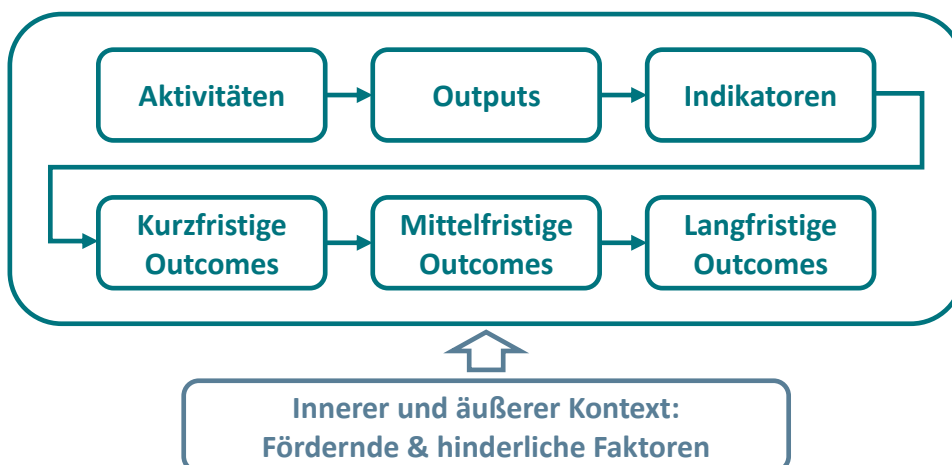


Abbildung 12: Komponenten eines logischen Modells

Um das logische Modell von UplandCare zu erarbeiten, wurden zwei halbtägige Workshops im Januar und Februar 2022 durchgeführt. Aufgrund der Einschränkungen durch die Corona Pandemie wurden diese digital per Videokonferenz durchgeführt. Die Ergebnisse des ersten Workshops wurden mit Hilfe

der Software Miro³ dokumentiert. Diese Dokumentation wurden durch das DZNE ausgewertet und ein erster Entwurf des logischen Modells als Arbeitsgrundlage für den zweiten Workshop erarbeitet. Im zweiten Workshop wurde dieser Entwurf kritisch diskutiert, weiter konkretisiert und fehlende Aspekte ergänzt. Anschließend wurde ein zweiter Entwurf des logischen Modells erstellt und dem Gesundheitsnetzwerk PORT zur internen Diskussion und Abstimmung zur Verfügung gestellt. Anschließend wurde das so angepasste und abgestimmte logische Modell für das Modellvorhaben UplandCare konsentiert.

Die beiden Workshops wurden durch das wissenschaftliche Team des DZNE vorbereitet und moderiert; die inhaltliche Ausgestaltung des logischen Modells erfolgte durch das Gesundheitsnetzwerk PORT. Für das Gesundheitsnetzwerk PORT nahmen die Geschäftsführung, die Leitung Pflege und Prävention, die Case Managerin und die Care Managerin teil. Außerdem begleitete eine Vertreterin der Pflegekassen die Workshops.

³ Miro ist eine Online-Kollaborationsplattform, die unter anderem das gemeinsame Arbeiten an einem digitalen Whiteboard ermöglicht. Weitere Informationen zu Miro finden sich im Internet unter: <https://miro.com/de/>

2 Ergebnisse der ersten Projektphase: Konkretisierung des Modellvorhabens UplandCare und Beschreibung des Kontextes

Das zentrale Ergebnis der in der ersten Projektphase durchgeführten Workshops ist das logische Modell des Modellvorhabens UplandCare. Dieses wird zunächst detailliert dargestellt. Dabei wird beschrieben, welche Aktivitäten im Projektzeitraum geplant sind und welche Ziele damit erreicht werden sollen. Da es für die Durchführung einer Prozessevaluation unerlässlich ist, den Kontext des Modellvorhabens zu kennen, wird daran anschließend die Projektregion Willingen und Diemelsee beschrieben und anschließend die durchführende Organisation das Gesundheitsnetzwerk PORT dargestellt.

2.1 Darstellung des Modellvorhabens als logisches Model

Das Modellvorhaben UplandCare zielt darauf ab, die Versorgungssituation für zuhause lebende Menschen mit Demenz und andere ältere, pflegebedürftige Personen sowie ihre Angehörigen zu stabilisieren. Dies soll durch die Umsetzung von unterschiedlichen Aktivitäten innerhalb von vier miteinander verschränkten Handlungsfeldern erreicht werden (Vgl. Abbildung 13).

Handlungsfeld	Aktivität		
Demenzsensibles Quartier	Organisation und Durchführung von Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Demenz	Organisation und Durchführung von Veranstaltungen für die Öffentlichkeit	Organisation und Durchführung von Schulungen für Change Agents
Ressourcenstärkung	Organisation und Durchführung von Kursen	Koordination und Vermittlung von Schulungen für Angehörige	Erstellen und Verteilen eines Demenzwegweisers
Individuelle Beratung, Begleitung und Unterstützung	Organisation und Durchführung von präventiven Hausbesuchen		Organisation und Durchführung eines Case Managements
Vernetzung & Zusammenarbeit	Vernetzung von und Kooperation mit regionalen Leistungserbringern		Kooperation und Koordination zwischen Case und Care Management

Abbildung 13: Die vier Handlungsfelder des Modellvorhabens UplandCare

Innerhalb eines jeden Handlungsfeldes sollen zwei bis drei Aktivitäten durchgeführt werden. Im Handlungsfeld *Demenzsensibles Quartier* zielen die Aktivitäten *Durchführung von Öffentlichkeitsarbeit* und *Organisation von Veranstaltungen* zu Demenz zunächst darauf ab, der Quartiersbevölkerung Wissen über Demenz und ihren Verlauf zu vermitteln und dadurch Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen in das öffentliche Bewusstsein zu rücken (vgl. Abbildung 14). Zu diesem Zweck plant das Gesundheitsnetzwerk PORT Beiträge über Demenz in der Lokalpresse und auf der eigenen Webseite zu veröffentlichen. Außerdem sollen – z. B. im Rahmen der Demenzwoche – Informationsveranstaltungen zu

Demenz durchgeführt werden. Die Zielgruppe beider Aktivitäten sind alle Bürgerinnen und Bürger der Projektregion, unabhängig von einer eigenen Betroffenheit. Mittelfristig sollen diese beiden Aktivitäten dazu beitragen, dass Bürgerinnen und Bürger Menschen mit Demenz im Alltag offen und respektvoll begegnen. Gleichzeitig soll das Bewusstsein über Demenz in der Quartiersbevölkerung geschärft werden, sodass Bürgerinnen und Bürger sich bei Verdachtsfällen – z. B. in der Nachbarschaft, im Bekanntenkreis oder bei sich und ihren Familien – an das Gesundheitsnetzwerk PORT wenden. Zusätzlich plant das Gesundheitsnetzwerk PORT in diesem Handlungsfeld die Durchführung von Schulungen zu Demenz für Change Agents. Das Gesundheitsnetzwerk PORT versteht unter Change Agents also Personen, mit denen Menschen mit Demenz in ihrem Alltag in Kontakt kommen können. Die Zielgruppe dieser Schulungen sind beispielsweise Beschäftigte im Einzelhandel oder in der Stadtverwaltung. Geeignete Schulungen könnten hier beispielsweise die Initiative Demenz Partner der Deutschen Alzheimer Gesellschaft sein. Durch diese Schulungen sollen den Teilnehmenden Wissen über Demenz und Handlungsmöglichkeiten für ihren Berufsalltag vermittelt werden. Langfristig zielen die Aktivitäten in diesem Handlungsfeld darauf ab, zu einem demenzsensiblen Quartier beizutragen, in dem Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen gerne leben.

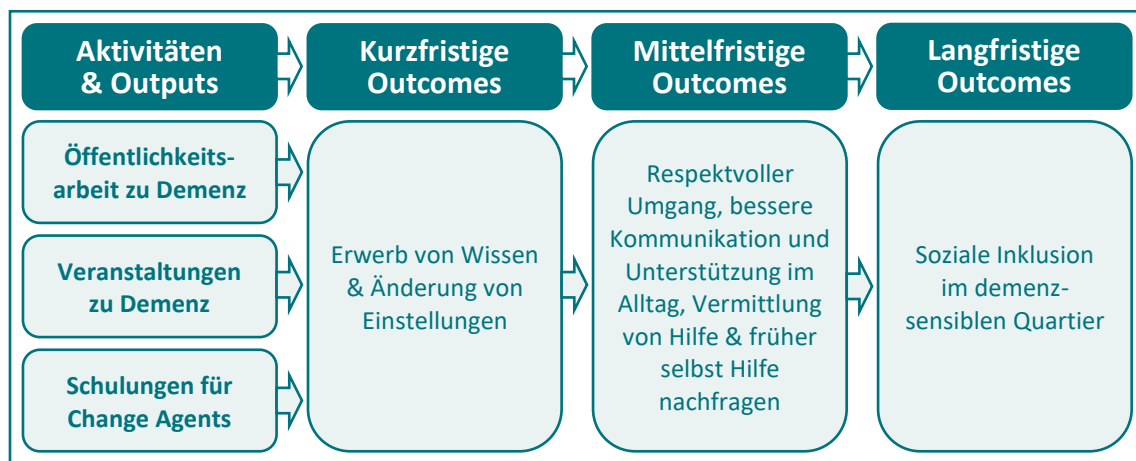


Abbildung 14: Das Handlungsfeld Demenzsensibles Quartier

Im Handlungsfeld *Ressourcenstärkung* richten sich die Aktivitäten an Menschen mit Demenz und Personen mit Pflegebedarf sowie ihre Angehörigen. Das Gesundheitsnetzwerk PORT plant etwa zweimal im Jahr einen Kurs für diese Zielgruppen durchzuführen und darüber hinaus Angehörige von Menschen mit Demenz an geeignete Schulungen in der Region zu vermitteln (vgl. Abbildung 15). Beide Aktivitäten zielen unmittelbar darauf ab, das Wissen der Teilnehmenden zu erweitern und sie zu einer Reflexion ihrer Situation anzuregen. Mittelfristig sollen sie so in die Lage versetzt werden, das neu gewonnene Wissen in ihrem Alltag anzuwenden, um ihre Versorgungssituation positiv zu beeinflussen. Daneben plant das Gesundheitsnetzwerk PORT die Publikation eines Demenzwegweisers. In diesem sollen allgemeine Informationen über Demenz mit regionalen Unterstützungsangeboten verknüpft werden und die Lesenden so in die Lage versetzt werden, passende Unterstützungsangebote zu identifizieren. Langfristig sollen die Aktivitäten dieses Handlungsfeldes einen positiven Beitrag zur Lebensqualität, sozialen Inklusion und Selbstbestimmung der Menschen mit Demenz bzw. Personen mit Pflegebedarf und ihrer Angehörigen leisten. Dadurch sollen Menschen mit Demenz und pflegebedürftige Personen ihre Fähigkeiten länger erhalten und länger in der eigenen Häuslichkeit verbleiben, während sich ihre Angehörigen gleichzeitig weniger stark belastet fühlen.

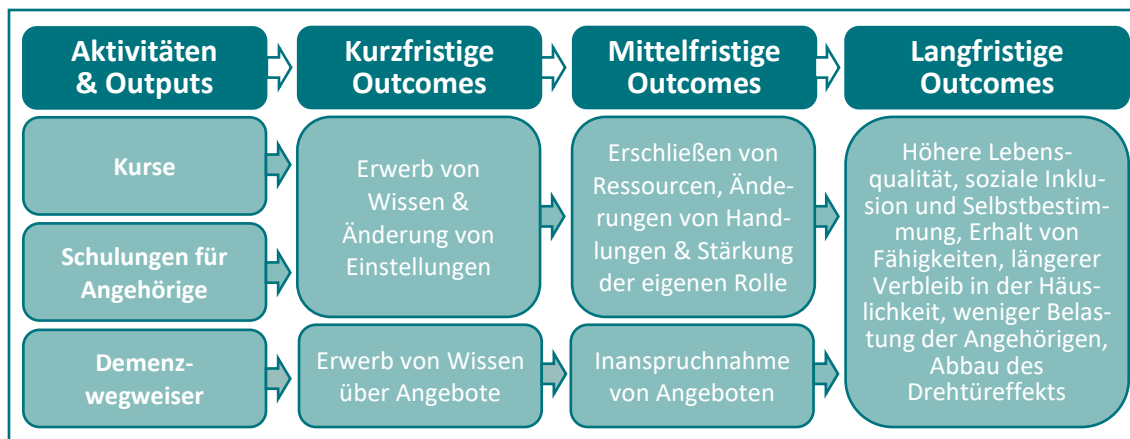


Abbildung 15: Das Handlungsfeld Ressourcenstärkung

Im Handlungsfeld *Individuelle Beratung, Begleitung und Unterstützung* adressieren die Aktivitäten ebenfalls Menschen mit Demenz und pflegebedürftige Personen sowie ihre Angehörigen direkt (vgl. Abbildung 16). Das Gesundheitsnetzwerk PORT möchte zum einen in Kooperation zwischen der Gemeindepflegerin⁴ und der Case Managerin möglichst viele zuhause lebende ältere Menschen durch einen präventiven Hausbesuch erreichen. Insbesondere richtet sich der präventive Hausbesuch an ältere Menschen mit chronischen Erkrankungen, grundsätzlich können aber alle Bürgerinnen und Bürger einen Termin vereinbaren. Der Hausbesuch soll dazu dienen, die häusliche Situation professionell einzuschätzen und bei Bedarf Diagnosestellungen beispielsweise zu Demenz zu empfehlen oder an das eigene Case Management weiterzuvermitteln. Gleichzeitig kann auch eine Wohnberatung und eine Beratung zur Vorsorgedokumenten angeboten werden. Die zweite Aktivität dieses Handlungsfeldes ist das Case Management des Gesundheitsnetzwerkes PORT. Es steht grundsätzlich allen Bürgerinnen und Bürgern der Projektregion offen, richtet sich aber überwiegend an ältere Menschen mit komplexen Hilfebedarfen und ihre Angehörigen. Das Case Management folgt dem Case-Management-Prozess, das heißt nach einem Assessment der Situation sollen zusammen mit den Klientinnen und Klienten geeignete Maßnahmen getroffen werden, um ihre Versorgungssituation zu verbessern. Das kann beispielsweise die Installation von Unterstützungsangeboten, das Durchsetzen von Ansprüchen, Edukation oder die Durchführung von multiprofessionellen Fallkonferenzen umfassen. Langfristig sollen die Aktivitäten auch dieses Handlungsfeldes einen positiven Beitrag zur Lebensqualität, sozialen Inklusion und Selbstbestimmung der Menschen mit Demenz bzw. Personen mit Pflegebedarf und ihren Angehörigen leisten. Dadurch sollen Menschen mit Demenz und pflegebedürftige Personen ihre Fähigkeiten länger erhalten und länger in der eigenen Häuslichkeit verbleiben, während sich ihre Angehörigen gleichzeitig weniger stark belastet fühlen.

⁴ Die Gemeindepflegerin ist seit 2022 beim Landkreis Waldeck-Frankenberg angestellt und wird über das entsprechende Landesprogramm gefördert. Im Landkreis Waldeck-Frankenberg arbeiten insgesamt fünf Gemeindepflegerinnen, die sich auf das Kreisgebiet aufteilen. Die Gemeindepflegerin für Willingen und Diemelsee ist auch in der Kreisstadt Korbach und der Gemeinde Lichtenfels tätig und so insgesamt für etwa 38.000 Bürgerinnen und Bürger zuständig. Weitere Informationen zum Förderprogramm finden sich im Internet unter: <https://familie.hessen.de/gesundheit-und-pflege/laendlicher-raum/gemeindepflegekraefte>

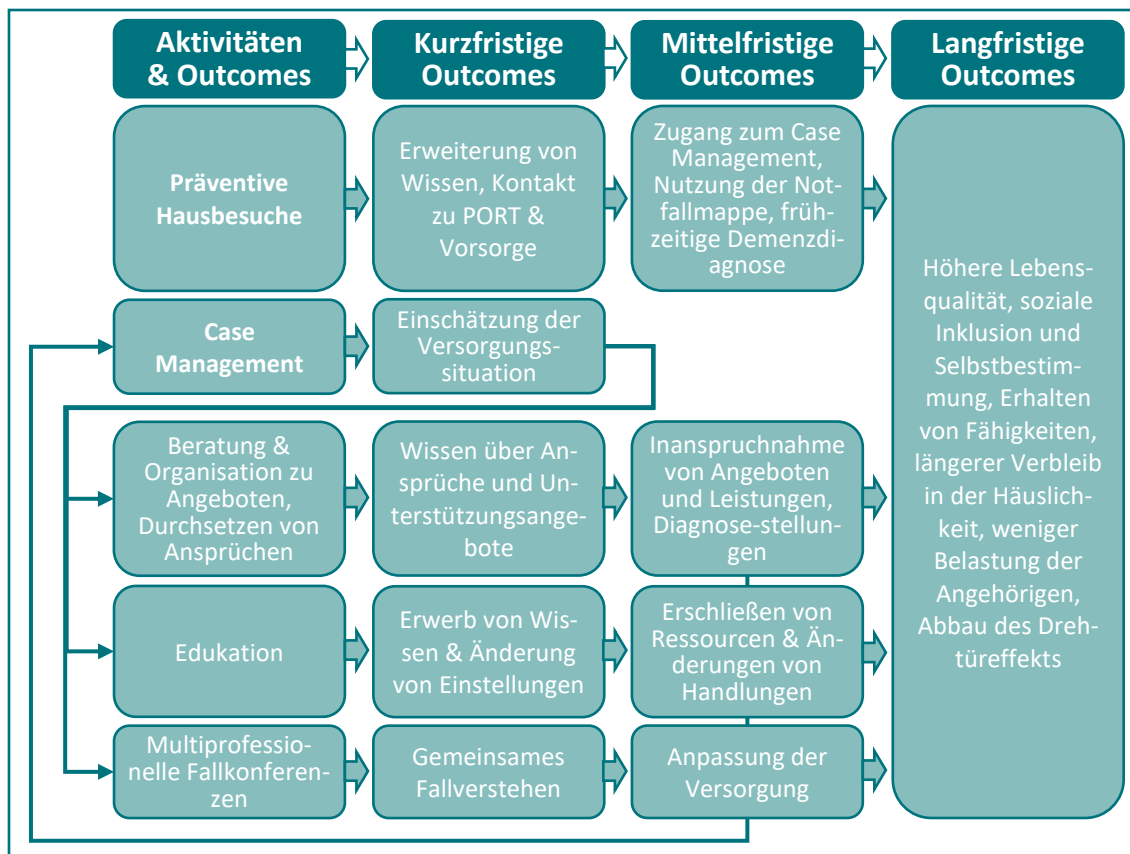


Abbildung 16: Das Handlungsfeld Individuelle Beratung, Begleitung und Unterstützung

Schließlich richten sich die Aktivitäten im vierten Handlungsfeld *Vernetzung & Zusammenarbeit* an die Versorger in der Projektregion sowie die Case und Care Managerinnen des Gesundheitsnetzwerkes PORT. Das Gesundheitsnetzwerk PORT plant, geeignete Formate des Austausches und der Zusammenarbeit zwischen diesen Akteuren zu etablieren. Das können beispielsweise regelmäßige Netzwerktreffen sein. Langfristig soll durch den Austausch über bestehende Angebote und ungedeckte Versorgungsbedarfe die regionale Versorgungsstruktur gemeinsam weiterentwickelt werden. Dies kann die Schaffung neuer Versorgungsangebote, aber auch den Abbau von Doppelstrukturen oder Schnittstellenproblemen zum Beispiel an Sektorengrenzen umfassen.

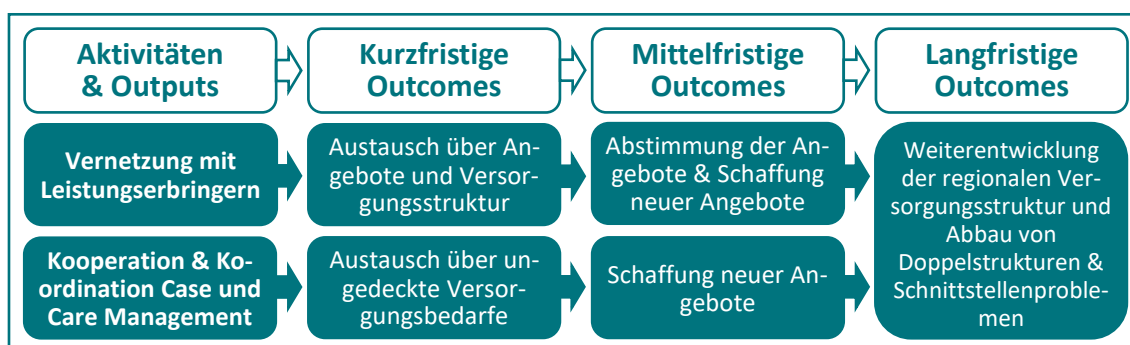


Abbildung 17: Das Handlungsfeld Vernetzung & Zusammenarbeit

Bereits vor dem Modellvorhaben UplandCare waren ältere, pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen die wichtigste Zielgruppe des Gesundheitsnetzwerkes PORT Willingen Diemelsee. Das Case Management wurde mit der Gründung des Gesundheitsnetzwerkes PORT eingeführt und auch das

Care Management bestand bereits vor der Implementierung des Modellvorhabens. Der Innovationscharakter des Modellvorhabens UplandCare drückt sich im Vergleich zu den bestehenden Strukturen und Arbeitsweisen des Gesundheitsnetzwerkes PORT Willingen Diemelsee deshalb durch folgende Neuerungen aus:

1. Das Handlungsfeld *Demenzsensibles Quartier* wird vollständig neu entwickelt.
2. Im Handlungsfeld *Ressourcenstärkung* wird das bestehende Kursangebot ausgebaut und die demenzspezifische Aktivitäten *Koordination und Vermittlung von Schulungen für Angehörige* sowie *Erstellen und Verteilen eines Demenzwegweiser* werden neu entwickelt.
3. Im Handlungsfeld *Individuelle Beratung, Begleitung und Unterstützung* werden präventive Hausbesuche als frühzeitiger Zugang neu entwickelt und das bereits bestehende Case Management demenzspezifisch weiterentwickelt.
4. Im Handlungsfeld *Vernetzung & Zusammenarbeit* wird die bereits bestehende Zusammenarbeit zwischen Case und Care Management sowie zu den regionalen Leistungserbringern mit einem Schwerpunkt auf die Versorgung von Menschen mit Demenz ausgebaut.
5. Die zusammenfassende Beschreibung der bereits vor dem Modellvorhaben UplandCare bestehenden und der innerhalb des Modellvorhabens neu entwickelten Aktivitäten in einem gemeinsamen logischen Modell einschließlich geplanter kurz-, mittel- und langfristiger Outcomes stellt ebenfalls eine Innovation dar.

Insgesamt soll durch das Modellvorhaben UplandCare die häusliche Versorgungssituation von Menschen mit Demenz und anderen älteren Personen mit Pflegebedarf sowie ihren versorgenden Angehörigen stabilisiert werden. In Abbildung 18 werden die vier Handlungsfelder, der Kontext, Ressourcen sowie der Problemhintergrund des Modellvorhabens UplandCare als logisches Modell visualisiert. Das Gesundheitsnetzwerk PORT verfolgt mit den vier Handlungsfeldern unterschiedliche Strategien, um dieses übergeordnete Ziel zu erreichen. Dabei werden unterschiedliche Zielgruppen und verschiedene kurz-, mittel- und langfristige Outcomes adressiert. Im Handlungsfeld *Demenzsensibles Quartier* richten sich die Aktivitäten an die Quartiersbevölkerung im Allgemeinen – das kann auch Menschen mit Demenz, andere pflegebedürftige Personen und ihre Angehörigen umfassen, geht aber über diese Zielgruppen hinaus – und an Beschäftigte im Sozialraum. Durch Öffentlichkeitsarbeit, Veranstaltungen und Schulungen sollen Wissen erweitert, Einstellung reflektiert und das Handeln gegenüber Personen mit Demenz im Alltag positiv beeinflusst werden. In den Handlungsfeldern *Ressourcenstärkung* und *Individuelle Beratung, Begleitung und Unterstützung* richten sich die Aktivitäten dagegen direkt an die Menschen mit Demenz, andere Personen mit Pflegebedarf sowie ihre Angehörigen. Durch Kurse, Schulungen, Informationsmaterialien und intensive Beratung durch präventive Hausbesuche und Case Management soll ihre Versorgungssituation direkt verbessert werden. Strategien, um das zu erreichen, beinhalten u. a. die Wissensvermittlung, das gemeinsamen Lernen, einen schnelleren Zugang zu Unterstützungsangeboten und die Durchsetzung von Ansprüchen sowie die enge Zusammenarbeit mit den regionalen Versorgern am Einzelfall. Im vierten Handlungsfeld *Vernetzung & Zusammenarbeit* besteht die Zielgruppe der Aktivitäten schließlich aus den regionalen Versorgern sowie dem PORT-Team selbst. Durch einen regelmäßigen Austausch sollen ungedeckte Versorgungsbedarfe identifiziert und die regionalen Versorgungsstrukturen weiterentwickelt werden.

Insgesamt stellt sich das Modellvorhaben mit den beschriebenen Handlungsfeldern als sehr komplexe Intervention in einem komplexen System dar (Skivington, Matthews et al. 2021). Durch diese Komplexität ergeben sich besondere Herausforderungen für die wissenschaftliche Evaluation (Ling 2012,

Scott, Alia et al. 2020). Dies wird insbesondere auch dadurch deutlich, dass sich die Aktivitäten an unterschiedliche Zielgruppen richten und dabei unterschiedliche kurz, mittel- und langfristige Ziele erreicht werden sollen. Diese komplexen Effekte in einer Wirksamkeitsevaluation nachweisen zu wollen, scheint – auch angesichts der geringen Einwohnerzahl in der Projektregion (vgl. Kapitel 2.2) – wenig aussichtsreich. Zumal die Wirksamkeit einiger Aktivitäten des Modellvorhabens bereits dargelegt wurde. Beispielsweise ist die Wirksamkeit von Case Management umfangreich untersucht (Pimouguet, Lavaud et al. 2010, Low, Yap et al. 2011, Reilly, Miranda-Castillo et al. 2015, Schiller, Grünzig et al. 2022, Klaas-Ickler, Kolominsky-Rabas et al. 2023) und wird in der aktuellen S3-Leitlinie als Dementia Care Management für Menschen mit Demenz empfohlen (DGN e. V. and DGPPN e. V. 2023). Eine erneute Untersuchung der Wirksamkeit dieser einzelnen Aktivität des Modellvorhabens ist deshalb weniger prioritär. Statt die Wirksamkeit einzelner Aktivitäten (erneut) zu untersuchen, liegt der Schwerpunkt der wissenschaftlichen Begleitung deshalb auf der Prozessevaluation des gesamten Modellvorhabens. Diese Setzung auf eine Prozessevaluation stellt andere Forschungsfragen (vgl. Kapitel 3) ins Zentrum der wissenschaftlichen Untersuchung (Moore, Audrey et al. 2015, Scott, Alia et al. 2020).

Da das Modellvorhaben insgesamt die Versorgungssituation von Menschen mit Demenz und älteren Pflegebedürftigen Personen sowie ihren Angehörigen in der Projektregion stabilisieren will, wird begleitend zur Prozessevaluation ein Vergleich der Projektregion mit einer Vergleichsregion anhand ausgewählter Routinedaten der GKV durchgeführt (vgl. Kapitel 5).

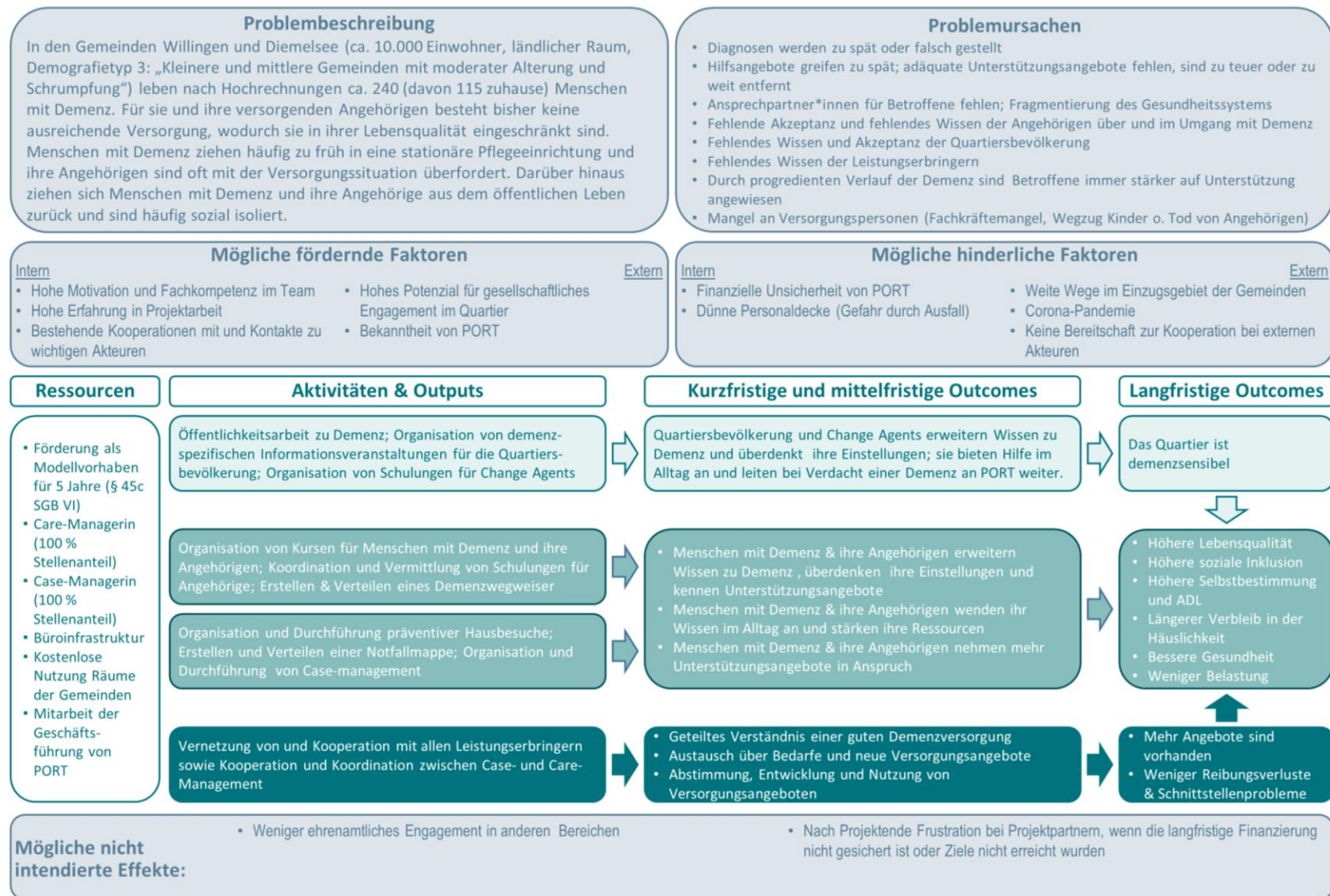


Abbildung 18: Das Modellvorhaben UplandCare als logisches Modell

2.2 Beschreibung der Projektregion und der Zielgruppe

Die Sozial- und Raumstruktur der Projektregion sind wichtige Kontextfaktoren, die die Implementierung des Modellvorhabens beeinflussen. Im Folgenden wird daher zunächst anhand der demografischen Entwicklung der beiden Gemeinden Willingen und Diemelsee geschätzt, wie groß die Zielgruppe des Modellvorhabens ist. Anschließend werden beiden Gemeinden kurz anhand ihrer Sozial- und Wirtschaftsstruktur sowie ihrer Anbindung an die angrenzenden Mittelzentren dargestellt.

2.2.1 Demografische Entwicklung

Das Projekt UplandCare wird in den beiden benachbarten Gemeinden Willingen und Diemelsee durchgeführt. Die Gemeinden liegen im Nord-Westen Hessens, im ländlichen Raum. Laut den Daten des „Wegweisers Kommune“ gehört Willingen zum Demografietyt 3: *Kleine und mittlere Gemeinden mit moderater Alterung und Schrumpfung* (Bertelsmann Stiftung 2020, Bertelsmann Stiftung 2022). Für Diemelsee liegen für eine Typisierung keine ausreichenden Daten vor; die Ausgangslage ist jedoch vergleichbar. Gemeinden dieses Demografietyps sind unter anderem durch ein im Vergleich zu anderen Gemeinden höheres Durchschnittsalter, einen geringeren Anteil von unter 18-Jährigen und einen leichten Bevölkerungsrückgang gekennzeichnet. Eine Herausforderung für diese Gemeinden ist „die Sicherung von bedarfsgerechtem Wohnraum und Lebensqualität älterer Menschen“ (Bertelsmann Stiftung 2020). Willingen und Diemelsee stehen somit zukünftig vor der Herausforderung, sowohl ein bedarfsgerechtes Wohnangebot als auch die nötige Infrastruktur zu erhalten und zu schaffen, um dieser wachsenden Bevölkerungsgruppe ein gutes Leben zu ermöglichen. Auch Berichte des Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL 2023) sowie Studien von Opitz und Pfaffenbach (2018) zeigen, dass ländliche Regionen häufig unter Problemen wie Bevölkerungsrückgang, schwindender Infrastruktur und einem Mangel an medizinischen Einrichtungen leiden. In diesem Kontext ist es unerlässlich, qualitativ hochwertige Gesundheitsdienste bereitzustellen. Um diese Aufgaben bewältigen zu können, wird insbesondere die interkommunale und regionale Kooperation vorgeschlagen. Das Gesundheitsnetzwerk PORT – als von beiden Gemeinden getragener Verein – könnte eine geeignete Form interkommunaler Kooperation sein, um den spezifischen Herausforderungen der Gesundheitsversorgung in ländlichen Gemeinden zu begegnen.

Diese Herausforderung wird besonders in kleinräumigen Bevölkerungsprognosen sichtbar. Zum Jahresende 2020 lebten in beiden Gemeinden der Projektregion zusammen ca. 10.800 Menschen: 6.132 in Willingen und 4.711 in Diemelsee (Hessisches Statistisches Landesamt 2021). In Willingen waren davon 23 % zwischen 60 und 79 Jahre alt; 8 % waren 80 Jahre und älter. Bis zum Jahr 2035 wird der jeweilige Anteil auf 30 % bzw. 9 % steigen (HA Hessen Agentur GmbH 2021). Diemelsee hat eine ähnliche Altersstruktur: 2020 waren 23 % der Bürgerinnen bzw. Bürger zwischen 60 und 79 Jahre alt und 9 % 80 Jahre und älter. Der Anstieg der jeweiligen Anteile bis 2035 wird mit 32 % bzw. 10 % prognostiziert (HA Hessen Agentur GmbH 2021) (vgl. Abbildung 19). Damit werden in 10 Jahren etwa 40 % der Bevölkerung der Projektregion in einem Alter sein, in welchem das Thema Pflegebedürftigkeit relevant ist (Rothgang and Müller 2021). Gleichzeitig nimmt der Anteil der Personen in jüngeren Altersgruppen ab.

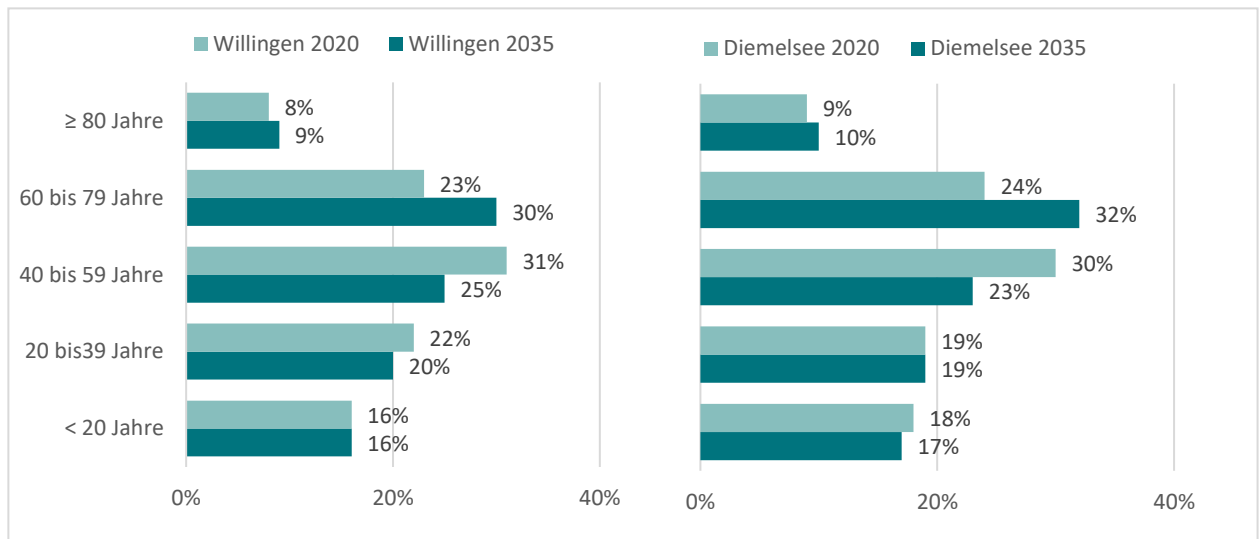


Abbildung 19: Altersstruktur 2020 und 2035 in Willingen und Diemelsee (HA Hessen Agentur GmbH 2021a, 2021b)

2.2.2 Zielgruppe

Um einzuschätzen, wie viele Personen von den Leistungen des Modellprojekts UplandCare profitieren können, muss zunächst ermittelt werden, wie viele Personen in der Projektregion potenzielle Nutzerinnen und Nutzer des Angebots sein könnten. Neben den im Fokus stehenden Personen mit Demenz und ihren Angehörigen, richten sich Teile des Modellvorhabens im Sinne einer präventiven Strategie auch an andere ältere, pflegebedürftige Personen und deren Angehörige. Da die Anzahl dieser Personen in der Projektregion unbekannt ist, wird sie im Folgenden auf der Grundlage verschiedener Datenquellen geschätzt.

Auf der Grundlage der Fortschreibung des Zensus von 2011 wird geschätzt, dass am 31.12.2020 6.132 Menschen in Willingen und 4.711 in Diemelsee lebten. Davon waren in Willingen 464 (7,57 %) zwischen 60 und 64 Jahre alt, 946 (15,43 %) zwischen 65 und 79 Jahre alt und 491 (8 %) älter als 80 Jahre; in Diemelsee waren 386 (8,19 %) zwischen 60 und 64 Jahre alt, 745 (15,81 %) zwischen 65 und 79 Jahren alt und 424 (9 %) älter als 80 Jahre (HA Hessen Agentur GmbH 2021, HA Hessen Agentur GmbH 2021, eigene Berechnungen, Hessisches Statistisches Landesamt 2021). Auf der Grundlage dieser Altersstruktur lässt sich die Anzahl der älteren pflegebedürftigen Personen und die Anzahl der Personen mit Demenz in der Projektregion schätzen. Demnach kann unter Bezugnahme der Statistik über Pflegebedürftige (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022) geschätzt werden, dass Ende 2020 insgesamt 523 pflegebedürftige Personen in der Projektregion lebten, darunter 385 zuhause. Auf der Grundlage der Schätzung der Demenzprävalenz in Europa (Alzheimer Europe 2019), ist davon auszugehen, dass in Willingen in der Altersgruppe der über 60-Jährigen 131 Personen an einer Demenz erkrankt sind; in Diemelsee ist in dieser Altersgruppe von 111 Betroffenen auszugehen (vgl. Tabelle 2). Insgesamt ergibt sich demnach, dass in der Projektregion 242 Personen mit Demenz leben, was einer Prävalenz von 2,23 % entspricht. Thyrian und Kollegen (2020) haben die Demenzprävalenz für alle Kreise Deutschlands nach einem ähnlichen Verfahren geschätzt. Für den Landkreis Waldeck-Frankenberg – in welchem die beiden Gemeinden Willingen und Diemelsee liegen – kommen sie dabei auf eine Prävalenz von 2,2 %, was in etwa den geschätzten Werten der Projektregion entspricht. Von diesen 242 Personen lebten Ende 2020 etwa 115 zuhause (eigene Berechnung auf der Grundlage von Rothgang, Iwansky et al. 2010).

Nach diesen Schätzungen kommen etwa 385 pflegebedürftige Personen und 115 Personen mit Demenz als potentielle Nutzende des Modellvorhabens UplandCare in Frage. Dabei ist zu beachten, dass sich diese beiden Gruppen überschneiden, da mit einer Demenz und zunehmenden Alter die Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit deutlich steigt. In der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen waren 26 % der Männer und 22 % der Frauen mit einer Demenz im engeren Sinn pflegebedürftig. Dieser Anteil steigt in der Gruppe der über 90-Jährigen auf 77 % der Männern und 82 % der Frauen (Rothgang, Iwansky et al. 2010).

	<i>Willingen</i>	<i>Diemelsee</i>	<i>Insgesamt</i>
Gesamtbevölkerung 2020	6132	4711	10843
Personen älter als 60 Jahre	1901 (31,0 %)	1555 (33,0 %)	3456 (32,9 %)
Pflegebedürftige Personen älter als 60 Jahre	289 (4,7 %)	243 (5,2 %)	532 (4,9 %)
Zuhause lebende, pflegebedürftige Personen älter als 60 Jahre	209 (3,4 %)	176 (3,7 %)	385 (3,6 %)
Personen mit Demenz älter als 60 Jahre	131 (2,1 %)	111 (2,4 %)	242 (2,2 %)
Zuhause lebende Personen mit Demenz älter als 60 Jahre	62 (1,0 %)	53 (1,1 %)	115 (1,1 %)

Tabelle 2: Die Anzahl der Personen in der Projektregion älter 60 Jahre, mit Pflegebedarf und/oder einer Demenz

Über die Anzahl der versorgenden Angehörigen liegen wenige statistische Informationen vor. Rothgang und Müller (2021) geben an, dass im Durchschnitt etwa zwei versorgende Angehörige eine pflegebedürftige Person zuhause pflegen und betreuen. Für die Projektregion Willingen und Diemelsee würde dies bedeuten, dass ca. 770 Angehörige die 385 pflegebedürftigen Personen unterstützen. Hinzu kommen die Angehörigen der Personen mit einer Demenz, die bisher nicht pflegebedürftig sind. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass nicht alle versorgenden Angehörigen in der Projektregion leben, sondern ihre pflegebedürftigen Angehörigen über zum Teil großen Distanzen unterstützen (Franke, Kramer et al. 2019). Diese Angehörigen können viele Angeboten von UplandCare nicht nutzen und gehören deshalb nicht zur engeren Zielgruppe des Modellvorhabens.

2.2.3 Räumliche Struktur und Anbindung an Mittelzentren

Willingen und Diemelsee sind ländlich geprägte Gemeinden. Auf einer Fläche von 80,26 km² leben Ende 2020 in Willingen 6.132 Personen (76 Personen pro km²). In Diemelsee leben zum gleichen Zeitpunkt 4.711 Personen auf einer Fläche von 121,50 km² (39 Personen pro km²) (Hessisches Statistisches Landesamt 2021). Die Bürgerinnen und Bürger verteilen sich auf insgesamt 22 Ortsteile (9 in Willingen, 13 in Diemelsee). Aufgrund der dünnen Besiedlung müssen innerhalb der Projektregion teils lange Wege bewältigt werden. Das südwestlich gelegenen Willingen ist 23 km bzw. 30 Autominuten vom nordöstlich gelegenen Vasbeck entfernt (vgl. Abbildung 20⁵).

⁵ Kartendaten von Openstreetmap, Hervorhebungen durch JD, URL: <https://www.openstreetmap.org/#map=11/51.3426/8.7410>

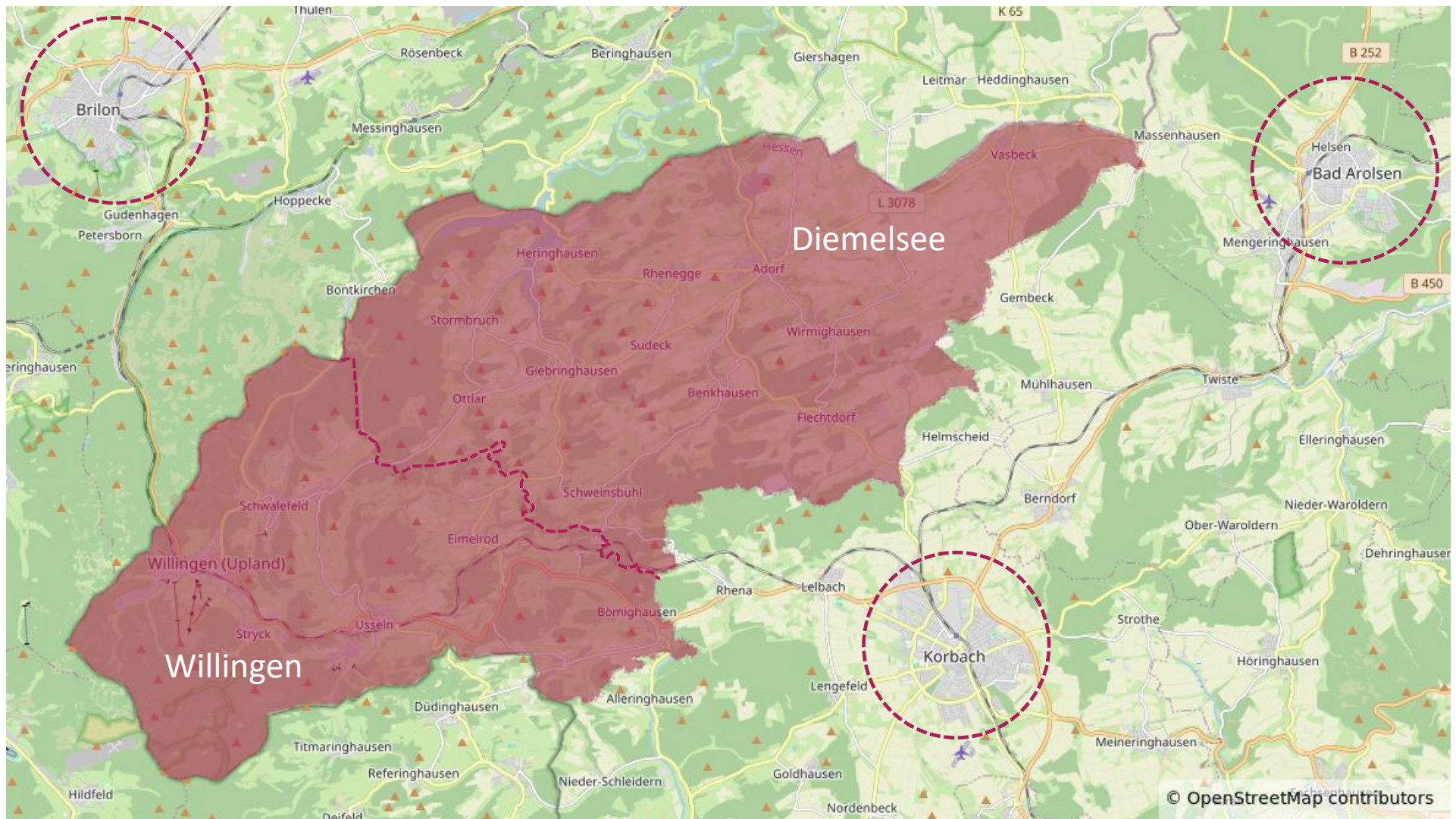


Abbildung 20: Die Projektregion mit den Gemeinden Willingen und Diemelsee und den benachbarten Mittelzentren Bad Arolsen, Brilon und Korbach

Hinsichtlich der Siedlungs-, Wirtschafts- und Infrastruktur unterscheiden sich die Gemeinden Willingen und Diemelsee voneinander. Die Gemeinde Willingen ist insgesamt dichter besiedelt als Diemelsee und stärker zentralisiert. Im gleichnamigen Ortsteil Willingen leben 43,2 % der Bevölkerung und im Ortsteil Usseln 28,2 % der Bürgerinnen und Bürger (vgl. Tabelle 3) (Gemeinde Willingen (Upland) 2025). Beide Ortsteile verfügen über einen Bahnhof und sind an die beiden Mittelzentren Korbach und Brilon per Bahn angebunden. Vor allem durch die Bildungs- und Einzelhandelsinfrastruktur wird Willingen als „mittel zentral“ klassifiziert, was angesichts der Einwohnerzahl außergewöhnlich ist (HMWEVW 2019). Diese Bedeutung erlangt Willingen vor allem als wichtiger Standort des Sports – beispielsweise ist die kooperative Gesamtschule der Gemeinde Willingen eine Eliteschule des nordischen Skisports, die über eine gymnasiale Oberstufe verfügt – und durch den Tourismus. Im Jahr 2020 arbeiten 52,3 % der Beschäftigten im Handel, Gastgewerbe und Verkehr. Im produzierenden Gewerbe arbeiten 16,1 % der Beschäftigten (HA Hessen Agentur GmbH 2021).

<i>Ortsteile Willingen</i>	<i>Anteil der Bevölkerung</i>
Willingen	43,15 %
Usseln	28,19 %
Schwalefeld	8,83 %
Eimelrod	7,21 %
Rattlar	4,36 %
Bömighausen	3,91 %
Wellinghausen	1,59 %
Neerdaar	1,42 %
Hemmighausen	1,34 %

Tabelle 3: Ortsteile Willingen

Diemelsee hat mit dem Ortsteil Adorf ein weniger stark ausgeprägtes Zentrum; hier leben 32,2 % der Bevölkerung. In den beiden nächstgrößeren Ortsteilen Vasbeck und Flechtdorf leben 11,9 % bzw. 11,1 % der Bürgerinnen und Bürger (vgl. Tabelle 4) (Gemeindevorstand der Gemeinde Diemelsee 2025). Aufgrund der Infrastrukturausstattung wird Diemelsee mit einer geringen Zentralität klassifiziert, was angesichts der Bevölkerungsgröße typisch ist (HMWEVW 2019). Der Tourismus spielt für die Beschäftigung in Diemelsee eine geringere Rolle als in Willingen. 14 % der Beschäftigten in Diemelsee arbeiten im Handel, Gastgewerbe und Verkehr. Dafür arbeiten 57,4 % im produzierenden Gewerbe (HA Hessen Agentur GmbH 2021).

<i>Ortsteile Diemelsee</i>	<i>Anteil der Bevölkerung</i>
Adorf	32,16 %
Vasbeck	11,88 %
Flechtdorf	11,05 %
Rhenegge	9,02 %
Heringhausen	8,07 %
Wirmighausen	7,73 %
Stormbruch	4,73 %
Sudeck	3,06 %
Ottlar	2,87 %
Benkhausen	2,85 %
Giebringhausen	2,49 %
Schweinsbühl	2,37 %
Deisfeld	1,69 %

Tabelle 4: Ortsteile Diemelsee

Für die Versorgung von pflegebedürftigen Personen und insbesondere von Menschen mit Demenz sind Fachärzte und andere spezielle Gesundheitsangebote notwendig. Mittelzentren nehmen bei der Erfüllung dieser bedarfsgerechten Daseinsversorgung eine besondere Rolle ein („System der Zentralen Orte“). Für die beiden Gemeinden Willingen und Diemelsee soll das Mittelzentrum Korbach diese Funktionen erfüllen; insbesondere für den nordöstlichen Teil Diemelsees spielt aber auch das Mittelzentrum Bad Arolsen eine wichtige Rolle (HMWEVW 2019). Für die Gemeinde Willingen zeigt sich außerdem eine enge Verflechtung mit dem in NRW gelegenen Mittelzentrum Brilon. Für die gesundheitliche Versorgung ist beispielsweise das in Brilon gelegene Krankenhaus von großer Bedeutung. Korbach verfügt in den Bereichen Sport/Kultur, Bildung, Verwaltung und Verkehr über eine sehr hohe Infrastrukturausstattung; in den Bereichen Krankenhäuser und Fachärzte ist die Infrastrukturausstattung im Verhältnis zur Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner durchschnittlich. Demgegenüber verfügt Bad Arolsen bei einer gleich hohen Krankenhausedichte über eine sehr hohe Anzahl an Fachärztinnen bzw. Fachärzten pro Einwohner (HA Hessen Agentur GmbH 2019). Sowohl Korbach als auch Bad Arolsen werden aufgrund ihrer Infrastrukturausstattung und Bedeutung als Arbeits- und Einkaufsort mit einer hohen Zentralität klassifiziert.

2.3 Das Gesundheitsnetzwerk PORT Willingen Diemelsee e. V.

Das Gesundheitsnetzwerk PORT entstand im Jahr 2017 durch das Förderprogramm „Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ der Robert Bosch Stiftung. In diesem Programm förderte die Robert Bosch Stiftung bundesweit zunächst vier Initiativen, mit denen sie modellhaft einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Primärversorgung in Deutschland leisten will. Inzwischen sind acht weitere PORT-Zentren dazugekommen. Das Gesundheitszentrum PORT ist eins der ersten vier dieser Zentren.

2.3.1 Die Idee der PORT-Zentren

Folgende Inhalte zeichnen PORT-Zentren aus und unterscheiden sie von anderen Formen innovativer Versorgungsmodelle, wie beispielsweise MVZs:

- *Die Zentren sollen allen Einwohnern einer Region einen „Hafen“ – also eine Anlaufstelle – für ihre gesundheitlichen Belange bieten.*
- *Die Angebote der Zentren sind auf die konkreten Bedarfe der Patienten ausgerichtet und werden so erbracht, dass sie den für die Patienten optimalen Behandlungspfad ermöglichen.*
- *Die Primärversorgung dient dem Erstzugang zu Gesundheitsleistungen und beinhaltet auch niederschwellige Angebote aus den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung.*
- *Die langfristige Koordinierung der Versorgung – gerade auch bei chronischen Erkrankungen – sorgt ebenfalls für einen optimalen und möglichst stabilen Behandlungsverlauf und ein möglichst gutes Leben auch mit Krankheit.*
- *Die basalen und sozialen Bedarfe werden dabei als integraler Bestandteil eines ganzheitlichen Ansatzes zur Gesundheitsversorgung verstanden und mit einem bevölkerungsbezogenen Public-Health-Ansatz verknüpft, der den spezifischen regionalen Bedarf adressiert. (Schmid, Günther et al. 2020, S. 11)*

Mit dieser Idee der Primärversorgung werden Vorschläge aufgegriffen, die beispielsweise auch der Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten zur Versorgung für ländliche Regionen gemacht hat (SVR 2014). Kennzeichnend sowohl für das PORT-Konzept als auch die vom SVR vorgeschlagenen „Lokalen Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ ist eine gewisse Zentralisierung von Leistungen unter einem Dach bei gleichzeitiger Ausrichtung auf die Bedarfe der gesamten Quartiersbevölkerung. Patientinnen und Patienten sollen in beiden Konzepten nur einen zentralen Anlaufpunkt haben, der möglichst niedrigschwellig – beispielsweise durch aufsuchende Angebote – sein soll. Eine gute Koordination (Case Management) und eine enge Kooperation zwischen Leistungserbringern innerhalb und außerhalb der Zentren sollen zu besseren patientenbezogenen Outcomes führen und auch für Effizienzgewinne sorgen.

In der Konzeption der Robert Bosch Stiftung finden PORT-Zentren auch einen räumlichen Ausdruck als Bauwerk (vgl. Abbildung 21), innerhalb dessen ein interdisziplinäres Team den Kern des PORT-Zentrums bildet und mit anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen und anderen gesellschaftlichen Akteuren zusammenarbeitet. Allerdings zeichnet sich das PORT-Konzept insbesondere dadurch aus, dass die besonderen Bedarfslagen der jeweiligen Region in der individuellen Konzeption berücksichtigt werden können (Schmid, Günther et al. 2020).

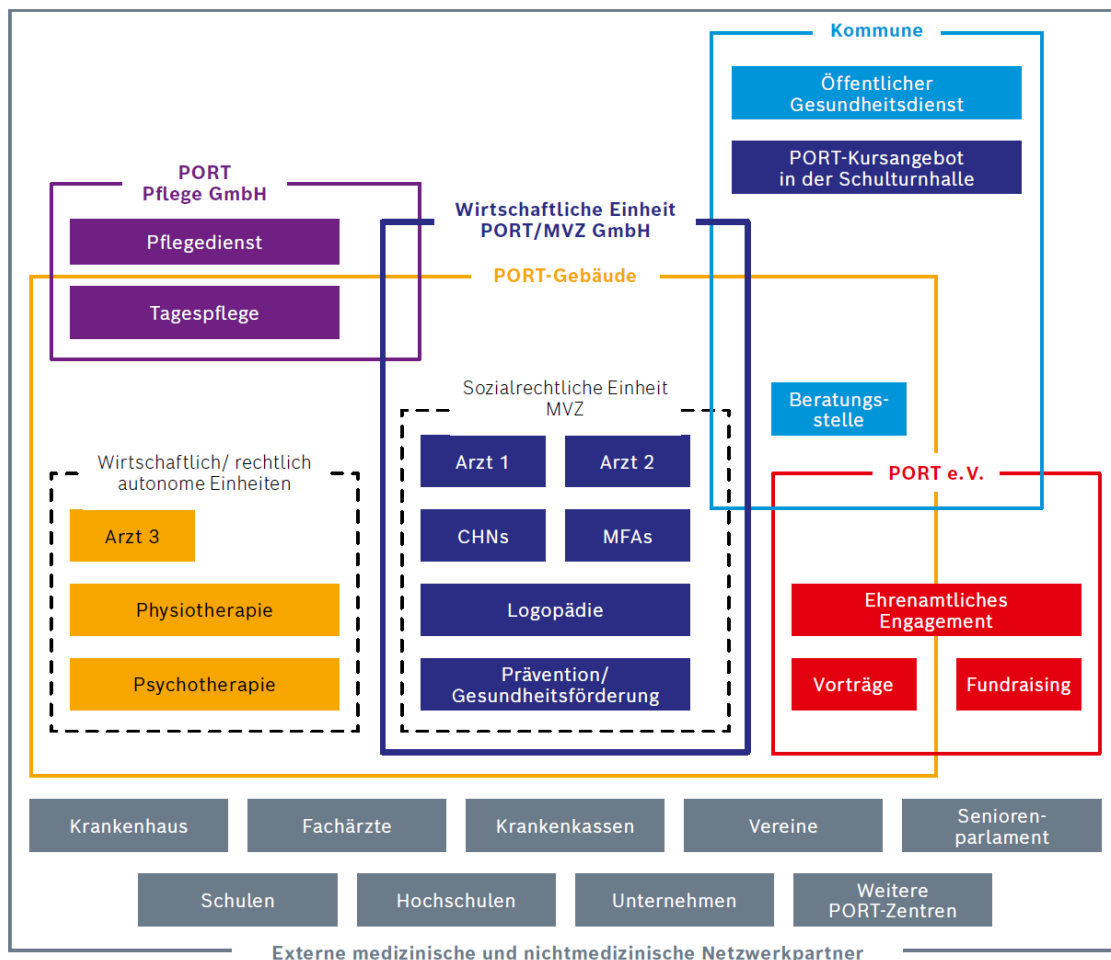


Abbildung 21: Ein PORT-Zentrum mit unterschiedlichen Integrations- und Kooperationsformen (Schmid et al. 2020 S. 64)

2.3.2 Organisationsform des Gesundheitsnetzwerkes PORT Willingen Diemelsee e. V.

Das Gesundheitsnetzwerk PORT Willingen und Diemelsee weicht von der oben beschriebenen Konzeption der PORT-Zentren ab und passt sie den Bedarfen der Projektregion an. Das zeigt sich unter anderem darin, dass es von Beginn an als Netzwerk ohne bauliches Zentrum konzipiert wurde. In der Konzeptions- und Gründungsphase hatte das PORT-Zentrum seine Büroräume im Gebäude einer ärztlichen Gemeinschaftspraxis in Willingen. Dieses Gebäude wird auch von einem ambulanten Pflegedienst und einer Apotheke genutzt und befindet sich fußläufig zu einer stationären Pflegeeinrichtung und dem in Willingen ansässigen Pflegehotel (Kurzzeit-, Rehabilitations- und Tagespflege). Seit Anfang 2021 hat das PORT-Zentrum seine Räume im Gesundheitspavillon der Gemeinde Willingen. Neben dem PORT-Zentrum wird der Gesundheitspavillon auch für Sport- und Gesundheitsangebote genutzt. Leistungserbringer des Gesundheitswesens nutzen dieses Gebäude aber nicht. Auch organisatorisch sind Leistungserbringer nicht formal und wirtschaftlich an das PORT-Zentrum in Willingen und Diemelsee gebunden. Als Organisationsform des PORT-Zentrums wurde ein Verein gegründet, für den eine außerordentlich enge Anbindung an die beiden Kommunen und den Landkreis kennzeichnend ist: Vereinsmitglieder sind unter anderem die beiden Kommunen und der Landkreis Waldeck Frankenberg, jedoch keine Ärztinnen bzw. Ärzte, Therapeutinnen bzw. Therapeuten oder anderen Leistungserbringer. In der Konzeptions- und Gründungsphase gab es aber eine enge Zusammenarbeit mit der Gemeinschaftspraxis und dem Pflegehotel in Willingen sowie einen Austausch mit dem dort ansässigen ambulanten Pflegedienst und der stationären Pflegeeinrichtung. Sowohl räumlich als auch in Fragen der

Kooperation und Ausgestaltung ergibt sich in der Gründungsphase für das Gesundheitsnetzwerk PORT daraus eine im Vergleich zur Gemeinde Diemelsee engere Verankerung in der Gemeinde Willingen. Dies ist ein wichtiger Kontextfaktor, der sich auf die Umsetzung des Modellvorhabens UplandCare auswirkt.

Der Bürgermeister der Gemeinde Diemelsee ist der erste Vorsitzende dieses Vereins, der stellvertretende Vorsitzende ist der erste Kreisbeigeordnete des Landkreises Waldeck-Frankenberg und der Bürgermeister der Gemeinde Willingen ist der Finanzvorstand. Der Vereinsvorstand ist vor allem in strategische und konzeptionelle Fragen involviert; das Tagesgeschäft wird von der Geschäftsführung des Vereins verantwortet. Die (kommunal-)politische Verankerung ist für das Gesundheitsnetzwerk von großer Bedeutung. Beide Bürgermeister unterstützen und bewerben das Gesundheitsnetzwerk PORT innerhalb ihrer beiden Gemeinden. Darüber hinaus bemühen sie sich, zusammen mit dem Landkreis Waldeck-Frankenberg im politischen Raum langfristige Finanzierungsmöglichkeiten zu erwirken. Der Landkreis unterstützt das Gesundheitsnetzwerk PORT Willingen Diemelsee schon jetzt finanziell. Die beiden Gemeinden stellen Räumlichkeiten und Unterstützung durch die Kommunalverwaltung bereit. Mit der Organisationsform als kommunal angebundener Verein und seiner räumlich-baulichen Ausgestaltung unterscheidet sich das PORT-Zentrum in Willingen und Diemelsee von anderen durch die Robert Bosch Stiftung geförderten PORT-Zentren.

2.3.3 Themenschwerpunkte des Gesundheitsnetzwerkes PORT

Unter dem Dach des Gesundheitsnetzwerkes PORT zielt das Modellvorhaben UplandCare auf eine spezifische Zielgruppe: Das Modellvorhaben richtet sich an Personen mit Demenz und ältere, pflegebedürftige Menschen sowie ihre versorgenden Angehörigen. Außerhalb des Modellvorhabens hat das Gesundheitsnetzwerk PORT den Anspruch und das Selbstverständnis für alle Bürgerinnen und Bürger der Projektregion Versorgungs- und Präventionsangebote zu bieten und aktiv die Versorgungs- und Präventionsstrukturen für alle von der Geburt an bis zum Tod mitzugestalten. Beispielsweise führt das Gesundheitsnetzwerk PORT in Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung und den örtlichen Kindertagesstätten das Präventionsprojekt „Gemeinsam stark für morgen – Gesund aufwachsen in Willingen und Diemelsee“ durch. Außerdem gibt es Überlegungen, zum Thema betriebliches Gesundheitsmanagement Angebote zusammen mit den ansässigen Unternehmen zu entwickeln. In der Vergangenheit wurde durch das Gesundheitsnetzwerk PORT eine Befragung zum altersgerechten Wohnen durchgeführt, und es sind erste Schritte zum Aufbau eines Ehrenamtsnetzwerkes unternommen worden.

2.3.4 Mitarbeiterinnen des Gesundheitsnetzwerkes PORT Willingen Diemelsee e. V.

Beim Gesundheitsnetzwerk PORT sind zum Projektstart des Modellvorhabens vier hauptberufliche Mitarbeiterinnen beschäftigt: eine Geschäftsführerin, eine Buchhalterin, eine Gesundheitslotsin und eine Versorgungslotsin. Außerdem arbeiten eine Ehrenamtskoordinatorin und ein Ehrenamtskoordinator auf Basis einer geringfügigen Beschäftigung für das Gesundheitsnetzwerk PORT. Im Verlauf des Modellvorhabens kam es durch den Renteneintritt der Versorgungslotsin zu einer personellen Veränderung, sodass zum Projektende ihre Stelle mit zwei neuen Kolleginnen besetzt wurde. Die Vollzeitstellen der Versorgungslotsin und der Gesundheitslotsin werden über die Förderung als Modellvorhaben finanziert und deshalb hier weiter ausgeführt.

Das Aufgabenprofil der Versorgungslotsin ist das einer Case Managerin. Sie ist die zentrale Ansprechperson für hilfesuchende Personen in der Projektregion. Sie führt Hausbesuche durch, berät und unterstützt die Klientinnen und Klienten und unterstützt die Organisation der häuslichen Versorgung. Um

dies zu erreichen arbeitet sie eng mit den regionalen Leistungserbringern zusammen. Das Gesundheitsnetzwerk PORT selbst erbringt über die Beratungsleistung der Case Managerin hinausgehend keine Gesundheitsleistungen. Das heißt die medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgung wird durch die Versorger vor Ort bzw. – wenn nötig – überregional geleistet. Die Stelle der Versorgungslotsin ist zu Projektbeginn mit einer examinierten Gesundheitspflegerin besetzt, die berufsbegleitend ein Studium Case Management abgeschlossen hat.

Das Aufgabenprofil der Gesundheitslotsin entspricht dem einer Care Managerin. Die Gesundheitslotsin arbeitet mit der Geschäftsführung an der strategischen Weiterentwicklung des Gesundheitsnetzwerkes PORT und tauscht sich mit der Case Managerin zu Fragen der Versorgungsstruktur aus. Sie organisiert Veranstaltungen und Kurse, führt die Öffentlichkeitsarbeit durch, erstellt Informations- und Werbematerialien und recherchiert zu Gesundheitsthemen und Fördermöglichkeiten. Außerdem treibt sie zusammen mit der Case Managerin die Vernetzung der regionalen Leistungserbringer voran. Die Stelle der Gesundheitslotsin ist zu Projektbeginn mit einer Absolventin eines Public Health Studiengangs auf Masterniveau besetzt.

2.3.5 Zusammenarbeit mit den regionalen Leistungserbringern

Wie bereits beschrieben, bietet das Gesundheitsnetzwerk PORT – jenseits des Case Managements – keine direkten Gesundheitsleistungen an. Medizinische, pflegerische und therapeutische Leistungen werden von den Versorgern in der Projektregion und darüber hinaus erbracht. Formal sind dabei die regionalen Versorger nicht durch Verträge an das Gesundheitsnetzwerk PORT gebunden und es gibt keine wirtschaftlichen Verflechtungen. Im Verein Gesundheitsnetzwerk PORT Willingen Diemelsee e. V. sind keine regionalen Versorger Vereinsmitglieder. Auch diese Organisationsform unterscheidet das PORT-Zentrum in Willingen und Diemelsee von anderen PORT-Zentren, die in der Regel Gesundheitsleistungen direkt anbieten und mit den Krankenkassen abrechnen.

Da das PORT-Zentrum selbst keine Gesundheitsleistungen anbietet, liegt seine Hauptaufgaben in der Koordination, Moderation und Vernetzung einer Vielzahl von regionalen Versorgerinnen und Versorgern. Alle Gesundheitsdienstleistenden aus der Region sind auf der Webseite im „Verzeichnis des Gesundheitsnetzwerkes PORT“ aufgeführt (vgl. Kapitel 4.2.1.1). Dieses Verzeichnis ermöglicht es Interessierten, sich einen Überblick über die verfügbaren Gesundheitsdienstleister in ihrer Umgebung zu verschaffen. Es besteht aus aktuell 30 Versorgenden, welche in der Projektregion Willingen und Diemelsee ansässig sind:

- 3 Hausarztpraxen
- 3 ambulante Pflegedienste
- 3 stationäre Pflegeeinrichtungen
- 2 Einrichtungen der Tages- und Kurzzeitpflege
- 3 Zahnarztpraxen
- 3 Apotheken
- 7 Therapiepraxen (Physiotherapie, Logopädie, Krankengymnastik)
- 4 Einrichtungen für Beratung und Hilfe (z. B. Gemeindepflege, Ernährungsberatung)
- 1 Einrichtung für Betreuung/Alltagsbegleitung
- 1 Einrichtung im Bereich Schwangerschaft und Familie (Hebamme)

Mit einigen dieser Versorgenden findet ein engerer Austausch auf Fallebene (vgl. Kapitel 4.4.1.3) oder auch fallunabhängig auf Systemebene (vgl. Kapitel 4.5.1.2) statt. **Erst durch diese Zusammenarbeit mit den Versorgenden wird das Gesundheitsnetzwerk PORT zu einem tatsächlichen Netzwerk von Akteuren.** In wieweit sich diese Akteure selbst als Mitglied eines Netzwerkes verstehen und nicht lediglich als Kooperationspartner mit dem Verein Gesundheitsnetzwerk PORT ist unklar. Darüber hinaus erstreckt sich die Zusammenarbeit des Gesundheitsnetzwerkes PORT auf Akteure, die nicht auf der Webseite genannt werden, wie etwa die Krankenhäuser und Facharztpraxen in den drei Mittelzentren, Sanitätshäuser oder psychotherapeutische Einrichtungen. Diese decken vor allem Bedarfe, für die es in der Projektregion selbst keine Angebote gibt. Hier wird die Zusammenarbeit je nach Bedarf auf Einzel-fallebene oder auch darüber hinaus auf der Systemebene ausgeweitet.

3 Detaillierte Beschreibung der wissenschaftlichen Evaluation

Anhand des in der ersten Projektphase entwickelten logischen Modells wurden in der zweiten Projektphase zunächst detaillierte Fragestellungen der Prozessevaluation entwickelt und daran anschließend ein geeignetes methodisches Vorgehen gewählt. Schließlich wurden die Fragestellungen und Methode forschungsethisch reflektiert und ein Ethikantrag bei der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) zur Begutachtung vorgelegt.

3.1 Ziele und Fragestellungen der wissenschaftlichen Evaluation

Dem Orientierungsrahmen (Abbildung 11) zur Prozessevaluation von Moore et al. (Moore, Audrey et al. 2015) entsprechend, zielte die Prozessevaluation des Modellvorhabens UplandCare auf drei Bereiche ab

1. Implementierung: zu beschreiben, welche Teile des Modellvorhabens wie im Projektzeitraum umgesetzt werde und wer durch das Modellvorhaben erreicht wird,
2. Beeinflussenden Faktoren und Implementierungsstrategien: förderliche und hinderliche Faktoren des Kontextes auf die Umsetzung des Modellvorhabens zu beschreiben sowie erfolgreiche und weniger erfolgreiche Implementierungsstrategien benennen,
3. Zufriedenheit, Ergebnisse und Wirkmechanismen: die Zufriedenheit der Nutzenden zu erfassen, mögliche Ergebnisse darzustellen und Wirkmechanismen des Modellvorhabens zu identifizieren.

Im Fokus der wissenschaftlichen Evaluation steht also der Umsetzungsprozess des Modellvorhabens UplandCare in der Projektregion Willingen und Diemelsee. Ein besseres Verständnis dieses Prozesses und der Einfluss möglicher Hindernisse aber auch förderlicher Faktoren sollen die Grundlage dafür bilden, das Modellvorhaben auch auf andere ländliche Gemeinden übertragen zu können. Wie oben bereits beschrieben (vgl. Kapitel 2.1), ist es dagegen kein Ziel der wissenschaftlichen Evaluation, Ergebnisse im Sinn einer Wirksamkeitsevaluation zu liefern.

Begleitend zur Prozessevaluation erfolgt eine Analyse von Routinedaten der GKV. Dafür werden Versicherte der Projektregion mit Versicherten einer vergleichbaren Region anhand ausgewählter Routinedaten miteinander verglichen (vgl. Kapitel 5).

3.1.1 Implementierung des Modellvorhabens

Ein wesentliches Ziel der wissenschaftlichen Prozessevaluation ist eine möglichst detaillierte Beschreibung der Umsetzung der Handlungsfelder. Daraus leiten sich folgende Fragestellungen ab:

- Zeigen sich bei der Umsetzung des Modellvorhabens ein oder mehrere Hauptbestandteile, die grundlegend für das Modellvorhaben sind, und bei einer Übertragung in andere Regionen priorisiert werden sollten?
- Welche Handlungsfelder sind weniger wichtig oder können an den jeweiligen Kontext adaptiert werden?
- Was sind die Gründe für eine mögliche Anpassung des Modellvorhabens?
- Warum entscheiden sich regionale Versorger für eine Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsnetzwerk PORT im Rahmen des Modellvorhabens?

- Welche Personen werden durch das Modellvorhaben erreicht? Wie erfahren sie von den einzelnen Aktivitäten? Aus welchen Gründen entscheiden sie sich dafür, die Angebote wahrzunehmen?

Aus Implementierungssicht wurden damit Aspekte wie Umsetzungstreue (fidelity), Anpassungen (adaption) und Durchdringung (reach/penetration) adressiert (Proctor, Silmere et al. 2011).

3.1.2 Beeinflussende Faktoren und Implementierungsstrategien

Die Umsetzung komplexer Interventionen ist voraussetzungs- und von vielen Faktoren abhängig. Diese können sowohl innerhalb des Modellvorhabens, der umsetzenden Organisation und ihrer Beschäftigten als auch außerhalb im Kontext liegen. Für eine mögliche Übertragung in anderen Regionen ist es wichtig, diese Faktoren zu kennen. Deshalb sollen durch die Prozessevaluation folgende Fragen beantwortet werden:

- Welche Faktoren unterstützen die Umsetzung des Modellvorhabens?
- Welche Faktoren zeigen sich als hinderlich für die Umsetzung des Modellvorhabens?
- Welche Implementierungsstrategien werden genutzt? Wie erfolgreich sind sie?

Als Grundlage für diesen Teil der Prozessevaluation wird das *Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)* (Damschroder, Reardon et al. 2022) genutzt.

3.1.3 Zufriedenheit, Ergebnisse und Wirkmechanismen

Schließlich zielt die Prozessevaluation darauf ab, Wirkmechanismen des Modellvorhabens offenzulegen. Dazu gehört auch eine Darstellung der Interaktion und der Zufriedenheit der Nutzenden. Folgende Fragen sollen in deshalb durch die Prozessevaluation adressiert werden:

- Wie erleben die Klientinnen und Klienten das Case Management?
- Wie zufrieden sind die Teilnehmenden mit den Veranstaltungen und Kursen?
- Wie zufrieden sind die Klientinnen und Klienten mit dem Case Management?
- Welche Veränderungen zeigen sich durch das Modellvorhaben und was sind mögliche Wirkmechanismen?
- Wie erleben die regionalen Versorger die Zusammenarbeit und wie zufrieden sind sie?

3.2 Methoden der wissenschaftlichen Evaluation

Bei dem Modellvorhaben UplandCare handelt es sich um eine komplexe Intervention. Um dieser Komplexität gerecht zu werden, kommt ebenfalls ein komplexes Evaluationsdesign zur Anwendung. Zur Beantwortung der Forschungsfragen werden vielfältige Daten (vgl. Abbildung 22) und unterschiedliche Analysemethoden genutzt, die im Folgenden beschrieben werden. Im Ergebnisteil wird jeweils dargestellt, welchen Daten und Analysemethoden zur Evaluation der einzelnen Handlungsfelder genutzt werden. Teilweise werden dabei Daten und Analysemethoden im Sinne von mixed-methods aufeinander bezogen (Bamberger, Rao et al. 2010).



Abbildung 22: Datengrundlage der Prozessevaluation

3.2.1 Qualitative Interviews mit Klientinnen und Klienten

In qualitativen Interviews mit Klientinnen und Klienten werden diese zu ihren Erfahrungen mit dem Case Management befragt. Die Rekrutierung von Interviewpartnerinnen bzw. Interviewpartnern verläuft in zwei Stufen: zunächst werden Klientinnen bzw. Klienten und Angehörige von der Case Managerin über die wissenschaftliche Studie informiert. Wenn sie an einer Teilnahme interessiert sind, werden mit ihrer Einwilligung ihre Kontaktdaten an das DZNE zum Zweck der Kontaktaufnahme weitergegeben. Das DZNE nimmt daraufhin telefonisch Kontakt auf, erläutert den Ablauf des Interviews und vereinbart, wenn weiterhin Interesse an einer Teilnahme besteht, ein Interviewtermin. In der Regel findet das Interview in der Häuslichkeit der Klientin bzw. des Klienten oder der Angehörigen bzw. des Angehörigen statt; auf Wunsch ist aber auch ein Interview an einem anderen Ort oder ein Telefoninterview möglich. Bevor das Interview durchgeführt wird, wird noch einmal der Ablauf und der Zweck des Interviews erläutert und die schriftliche Einwilligung zur Teilnahme eingeholt.

Das Interview wird in der Regel von zwei wissenschaftlich Beschäftigten des DZNE zusammen durchgeführt und folgt einem vorab entwickelten Leitfaden (vgl. Anlage 1). U. a. wird erfragt, wie die Klientinnen und Klienten auf das Case Management aufmerksam geworden sind, wie sie die Kontaktaufnahme und Beratung erlebt haben und wie sich ihre Situation anschließend entwickelt hat. Die Interviews werden digital aufgezeichnet und anschließend transkribiert und pseudonymisiert⁶. Zusätzlich werden demografische Informationen mit einem kurzen Fragebogen erhoben. Die Analyse erfolgt inhaltsanalytisch (Kuckartz) in MAXQDA⁷. Zunächst wird deduktiv ein Codebaum aus dem logischen Modell und dem theoretischen Rahmen abgeleitet. Dieser wird durch zwei Forschende zunächst unabhängig voneinander induktiv weiterentwickelt und anschließend diskutiert, bis ein geteiltes Verständnis des Materials entsteht.

Insgesamt wurden **10 qualitative Interviews** geführt: vier mit Personen mit Pflegebedarf und sechs mit Angehörigen von Personen mit Pflegebedarf (vgl. Tabelle 5). Auffällig ist, dass fast alle interviewten Personen in Willingen leben und weiblich sind. Die aufgezeichneten Interviews dauerten **durchschnittlich 28 Minuten**; insgesamt liegen **4 Stunden und 42 Minuten** Interviewmaterial vor.

⁶ Die Transkripte aller qualitativen Interviews werden durch einen professionellen Transkriptionsservice oder KI-gestützt (noScribe Version 0.4.1 und Version 0.5) erstellt und anschließend durch eine wissenschaftliche Hilfskraft korrigiert und regelbasiert pseudonymisiert.

⁷ MAXQDA ist eine Software zur Analyse qualitativer und quantitativer Daten. Weitere Informationen im Internet unter: <https://www.maxqda.com/de/>

<i>Personen mit Pflegebedarf (n=4)</i>			
Alter	Durchschnittsalter	75,3 Jahre	
	Spannweite	62-89 Jahre	
Geschlecht	Weiblich	3	
	Männlich	1	
Wohnort	Willingen	3	
	Diemelsee	1	
Wohnsituation	Alleine	3	
	Zusammen mit Partner	1	
Pflegegrad	PG 1	2	
	PG 3	2	
<i>Versorgende Angehörigen (n=6)</i>			
Alter	Durchschnittsalter	65 Jahre	
	Spannweite	47-77 Jahre	
Geschlecht	Weiblich	6	
	Männlich	0	
Wohnort	Willingen	6	
	Diemelsee	0	
Verhältnis zur Person mit Pflegebedarf	Ehepartner	4	
	Tochter	1	
	Sonstiges	1	
Gemeinsamer Haushalt mit der Person mit Pflegebedarf	Ja	5	
	Nein	1	
Pflegegrad der Person mit Pflegebedarf	Beantragt	1	
	PG 2	2	
	PG 3	3	

Tabelle 5: Demografische Informationen Qualitative Interviews mit Klientinnen und Klienten

3.2.2 Qualitative Interviews mit Beschäftigten des Gesundheitsnetzwerkes PORT

Mit den Beschäftigten des Gesundheitsnetzwerkes PORT werden ebenfalls qualitative Interviews durchgeführt. Dabei sind unterschiedliche Interviewformate geplant:

1. Mit den Beschäftigten werden Interviews zu ihren allgemeinen Aufgaben im Gesundheitsnetzwerk PORT, ihrer Einbindung bei der Umsetzung des Modellvorhabens UplandCare sowie ihren Erfahrungen geführt. Die Interviews werden in der Regel als Einzelinterviews durchgeführt; Gruppeninterviews sind auch möglich. Nach Möglichkeit werden die Interviews persönlich in den Räumen des Gesundheitsnetzwerkes PORT durchgeführt, alternativ können sie auch per Videotelefonie umgesetzt werden. Die Interviews folgen einem Gesprächsleitfaden.
2. Zu Beginn der Jahre 2023, 2024 und 2025 werden Fokusgruppeninterviews mit dem PORT-Team durchgeführt, um die Umsetzung des Modellvorhabens gemeinsam zu reflektieren und die Planung für das nächste Jahr darzustellen. Die Fokusgruppeninterviews finden in den Räumen des Gesundheitsnetzwerkes PORT statt und folgen einem Leitfaden.

3. Ab Herbst 2022 tauschen sich die Forschenden des DZNE mit der Care Managerin des Gesundheitsnetzwerkes PORT alle zwei Wochen per Videotelefonie zur Umsetzung des Modellvorhabens UplandCare aus. Dabei werden sowohl der aktuelle Stand als auch weitere Planungen sowie förderliche und hinderliche Faktoren besprochen. Außerdem dienen diese regelmäßigen Termine auch der organisatorischen Abstimmung. Diese Interviews werden ohne Leitfaden als offenes Gespräch geführt und nur dann für die Evaluation genutzt, wenn sie relevante Informationen enthalten.

Alle Interviews werden in der Regel von zwei wissenschaftlich Beschäftigten des DZNE zusammengeführt; sie werden digital aufgezeichnet, transkribiert und anschließend pseudonymisiert. Vor den Interviews werden die Befragten über die Studie informiert und um ihre schriftliche Einwilligung zum Interview gebeten. Die Analyse erfolgt inhaltsanalytisch (Kuckartz) in MAXQDA. Zunächst wird deduktiv ein Codebaum aus dem logischen Modell und dem theoretischen Rahmen abgeleitet. Dieser wird durch zwei Forschende zunächst unabhängig voneinander induktiv weiterentwickelt und anschließend diskutiert, bis ein geteiltes Verständnis des Materials entsteht.

Insgesamt wurden **7 Interviews mit Beschäftigten des Gesundheitsnetzwerkes PORT** geführt. Diese dauerten **durchschnittlich 40 Minuten**; insgesamt liegt Interviewmaterial mit dem PORT-Team im Umfang von **4 Stunden und 45 Minuten** vor. Die Geschäftsführung von PORT, die Care Managerin und die beiden Ehrenamtskoordinatoren wurden jeweils einmal interviewt; die Case Managerin wurde zweimal interviewt; einmal wurden die Case Managerin und die Care Managerin zusammen interviewt. Zusätzlich wurden **3 Fokusgruppeninterviews** mit dem PORT-Team geführt. An diesen Fokusgruppeninterviews nahmen immer die Geschäftsführung, die Case Managerin und die Care Managerin teil. Durch Personalwechsel nahmen vier unterschiedliche Case Managerinnen an den Fokusgruppeninterviews teil. Die Fokusgruppeninterviews dauerten **durchschnittlich 2 Stunden und 9 Minuten**; insgesamt liegt Interviewmaterial im Umfang von **6 Stunden und 29 Minuten** vor. Von dem regelmäßigen Austausch zwischen der Care Managerin und dem wissenschaftlichen Team des DZNE wurden **20 Sitzungen** aufgezeichnet. Diese Interviews dauerten **durchschnittlich 29 Minuten**; insgesamt liegt Interviewmaterial dieses Austausches im Umfang von **9 Stunden und 47 Minuten** vor.

3.2.3 Qualitative Interviews mit weiteren Stakeholdern

Mit weiteren Stakeholdern – das sind vor allem die Versorgerinnen und Versorger in der Projektregion – werden ebenfalls qualitative Interviews geführt. Die Rekrutierung der Interviewpartnerinnen bzw. Interviewpartner erfolgt telefonisch durch das DZNE; teilweise erfolgt eine Unterstützung durch das Gesundheitsnetzwerk PORT, wenn die Kontaktaufnahme nicht auf Anhieb gelingt.

Die Interviews werden in der Regel persönlich in den Räumen der Stakeholder durchgeführt; telefonische Interviews bzw. Interviews per Videotelefonie sind aber auch möglich. Neben Einzelinterviews sind auch Gruppeninterviews möglich. Bevor das Interview beginnt, werden die Interviewpartner über den Ablauf der Studie informiert und um ihre schriftliche Einwilligung gebeten. Die Interviews werden in der Regel von zwei wissenschaftlich Beschäftigten des DZNE zusammen durchgeführt und folgen einem vorab entwickelten Leitfaden (vgl. Anlage 2), der je nach Interviewpartner individuell angepasst werden kann. Die Interviews werden digital aufgezeichnet, transkribiert und anschließend pseudonymisiert. Im Fokus der Interviews steht die konkrete Zusammenarbeit im Modellvorhaben UplandCare. Darüber hinaus werden auch Fragen zur allgemeinen Versorgungsstruktur, zur Projektregion, zum ländlichen Raum sowie zur Übertragbarkeit, Finanzierbarkeit und Trägerschaft gestellt.

Die Analyse erfolgt inhaltsanalytisch (Kuckartz) in MAXQDA. Zunächst wird deduktiv ein Codebaum aus dem logischen Modell und dem theoretischen Rahmen abgeleitet. Dieser wird durch zwei Forschende zunächst unabhängig voneinander induktiv weiterentwickelt und anschließend diskutiert, bis ein geteiltes Verständnis des Materials entsteht.

Es wurden **17 Interviews** mit Stakeholdern geführt. Drei dieser Interviews waren Gruppeninterviews, sodass insgesamt **21 Stakeholder** an den Interviews teilnahmen. Die Stakeholder sind überwiegend in der Versorgung in der Projektregion tätig. Zusätzlich wurden drei Stakeholder aus der Politik und ein Stakeholder eines Sozialverbandes interviewt (vgl. Tabelle 6). Alle Stakeholder wurden einmal interviewt. Die Interviews dauerten **durchschnittlich 44 Minuten**; insgesamt liegt Interviewmaterial im Umfang von **12 Stunden und 32 Minuten** vor.

	<i>Anzahl Interviews</i>
Ambulanter Pflegedienst	3
Tagespflege	1
Kurzzeitpflege	1
Stationäre Altenpflege	1
Entlassmanagement Krankenhaus	1
Hausarzt	2
Apotheke	2
Ambulante Therapie	2
Bürgermeister	2
Kreisbeigeordneter	1
Sozialverband	1

Tabelle 6: Funktionen der interviewten Stakeholder

3.2.4 Zufriedenheitsbefragung Veranstaltungen und Kurse

Die Teilnehmenden der Veranstaltungen und Kurse werden mit einem kurzen Fragebogen (vgl. Anlage 3) zu ihrer Zufriedenheit befragt. Die Fragebögen werden im Anschluss an die jeweilige Veranstaltung durch Beschäftigte des Gesundheitsnetzwerkes PORT an die Teilnehmenden verteilt und eine Box aufgestellt, in die die ausgefüllten Fragebögen anonym abgegeben werden können. Die Teilnahme an der Zufriedenheitsbefragung ist freiwillig. Neben fünf Fragen, die sich auf die Zufriedenheit unterschiedlicher Aspekte der jeweiligen Veranstaltung beziehen, werden Teilnehmende gebeten anzugeben, ob das Angebot für sie im Alltag hilfreich ist, wie sie von dem Angebot erfahren haben und ob sie schon andere Angebote des Gesundheitsnetzwerkes genutzt haben. Außerdem haben sie die Möglichkeit in einem Freitextfeld weitere Vorschläge, Lob oder Kritik zu formulieren. Da die Befragung anonym und ohne schriftliche Einwilligung erfolgt, werden nur wenige Angaben zur Person der Teilnehmenden gemacht, um so den Datenschutz zu gewährleisten.

Die ausgefüllten Fragebögen werden anschließend durch das Gesundheitsnetzwerk PORT an das DZNE übergeben. Die deskriptive Analyse erfolgt in IBM SPSS Statistics Version 21 und MS Excel 2016.

An den **12** Veranstaltungen des Gesundheitsnetzwerkes PORT im Evaluationszeitraum nahmen ca. **337** Personen teil. Von diesen beteiligten sich **213** Personen an der Zufriedenheitsbefragung, was einer Teilnahmequote von **63,2 %** entspricht. Darüber hinaus nahmen ca. **75** Personen im Evaluationszeitraum an den **8** Kursen teil. Von diesen beteiligten sich **41** Personen an der Zufriedenheitsbefragung, was einer Teilnahmequote von **54,7 %** entspricht.

3.2.5 Zufriedenheitsbefragung Case Management

Die Klientinnen und Klienten des Case Managements werden mit einem kurzen Fragebogen (vgl. Anlage 4) zu ihrer Zufriedenheit mit dem Case Management befragt. Die Fragebögen werden durch das Gesundheitsnetzwerk PORT mit der Bitte um Teilnahme postalisch an die Klientinnen und Klienten verschickt bzw. durch die Case Managerin im Anschluss an die Beratung übergeben. Den Fragebögen liegt ein frankierter Rückumschlag bei, sodass die Klientinnen und Klienten den ausgefüllten Fragebogen direkt und ohne Kosten an das DZNE schicken können.

Der Zufriedenheitsfragebogen orientiert sich an dem Case Management Fragebogen von Schmitt, Warkentin et al. (2022) und den Fragebögen zur wissenschaftlichen Begleitung der Implementierung der Pflegestützpunkte in Hessen (Joost and Metzenrath 2012). Er enthält Fragen zur Zufriedenheit mit unterschiedlichen Aspekten der Beratung durch die Case Managerin, zum Zugangsweg und weiteren genutzten (Beratungs-)Angeboten sowie ein Freitextfeld. Da die Befragung anonym und ohne schriftliche Einwilligung erfolgt, können nur wenige Angaben zur ausfüllenden Person gemacht, um so den Datenschutz zu gewährleisten. Die deskriptive Analyse der Fragebögen erfolgt in IBM SPSS Statistics Version 21 und MS Excel 2016.

Im Evaluationszeitraum wurden **109 Fragebögen** zur Zufriedenheit mit dem Case Management an Klientinnen bzw. Klienten verschickt und verteilt. Von diesen wurden **50 Fragebögen** mit dem beiliegenden Rückumschlag an das DZNE geschickt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von **45,9 %**.

3.2.6 Dokumentation des Case Managements

Neben den qualitativen Interviews und der Zufriedenheitsbefragung werden zwei Dokumentationen des Gesundheitsnetzwerkes PORT zum Case Management ausgewertet.

3.2.6.1 Quovero

Die Case Managerin des Gesundheitsnetzwerkes PORT nutzt für ihre Arbeit die Software Quovero⁸, in der sie zu den einzelnen begleiteten Fällen demografische Informationen, gesundheitsbezogene Daten sowie den Beratungsprozess festhält. Um den Datenschutz einzuhalten stellt das Gesundheitsnetzwerk PORT diese Informationen dem DZNE in aggregierter Form zur Verfügung. Die Analyse erfolgt deskriptiv in MS Excel 2016.

Es wurden nur Fälle ausgewertet, die zwischen dem 1. Oktober 2022 und dem 30. September 2024 neu in das Case Management des Gesundheitsnetzwerkes PORT eingeschrieben wurden. Dies trifft auf **117 Fälle** zu, durchschnittlich werden in diesem Zeitraum **15 Fälle pro Quartal** neu in das Case Management eingeschrieben.

3.2.6.2 Zusätzliche Dokumentation des Case Managements

Nicht alle Kontakte der Case Managerin werden in Quovero erfasst. Um ihre Tätigkeit detaillierter beschreiben zu können, wird eine zusätzliche Dokumentation mit Hilfe von SmapOne⁹ erstellt. Über einen Zeitraum von sechs Monaten von Anfang April 2024 bis Ende September 2024 erfasst die Case Managerin auf ihrem dienstlichen Mobiltelefon in SmapOne alle Kontakte mit Klientinnen bzw. Klienten so-

⁸ Mehr Informationen zu Quovero im Internet unter: <https://www.synectic.de/>

⁹ Mit dem App-Baukasten von SmapOne können App-basierte Dokumentationen erstellt werden, die unabhängig von einer aktuellen Internetverbindung funktionieren. Für gemeinnützige Zwecke ist eine kostenfreie Nutzung möglich. Weitere Informationen zu SmapOne im Internet unter: <https://www.smapone.com/>

wie Anfragen von Bürgerinnen und Bürgern und alle Kontakte zu Versorgern und anderen Netzwerkpartnern. Die Dokumentation ist anonym, sodass keine Rückschlüsse auf die Personen gezogen werden können. Eine Übersicht der erhobenen Daten für Kontakte mit Klientinnen bzw. Klienten oder mit anderen Privatpersonen findet sich in Anlage 5; eine Übersicht der erfassten Daten für Kontakte mit Versorgern findet sich in Anlage 6. Die Dokumentation wird in MS Excel 2016 exportiert und dort deskriptiv vom DZNE ausgewertet.

Im Zeitraum vom 1. April 2024 bis 30. September 2024 hat die Case Managerin **261 Kontakte mit Klientinnen und Klienten** – das entspricht **durchschnittlich 10,4 Kontakten pro Woche** – und **212 Kontakte mit Versorgern und Netzwerkpartnern** – das entspricht durchschnittlich **8,5 Kontakten pro Woche** – dokumentiert.

3.2.7 Weitere Dokumentationen durch das Gesundheitsnetzwerk PORT

Darüber dokumentiert die Care Managerin des Gesundheitsnetzwerkes PORT tabellarisch weitere Aktivitäten des Modellvorhabens. Dabei handelt es sich beispielsweise um bei Veranstaltungen um den Veranstaltungsort, das Datum, die Anzahl der Teilnehmenden und Pressemitteilungen sowie andere Werbemaßnahmen wie Flyer oder Plakate. Auch bei Vernetzungstreffen wird die Anzahl von Teilnehmenden festgehalten und die Form der Einladung dokumentiert. Außerdem werden dem DZNE – sofern der Datenschutz dem nicht entgegensteht – Protokolle und Mitschriften zur Verfügung gestellt. Diese Form der Dokumentation dient vor allem dazu, die Umsetzung des Modellvorhabens UplandCare nachvollziehen zu können; geeignete Dokumente und Informationen werden deskriptiv oder inhaltsanalytisch ausgewertet.

3.3 Ethik und Datenschutz

In einem Ethikantrag werden das methodische Vorgehen ausführlich dargelegt, forschungsethische Aspekte reflektiert und getroffene Maßnahmen zur Reduktion und Vermeidung möglicher Risiken beschrieben. Außerdem werden auch Maßnahmen des Datenschutzes und die Umsetzung der informierten Einwilligung dargelegt. Ein hohes Maß an Datenschutz wird, durch die enge Zusammenarbeit mit dem Datenschutzkoordinator des DZNE Standortes Witten sowie dem Datenmanager des DZNE Standortes Witten sichergestellt. Der Ethikantrag wurde durch die Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) geprüft und das ethische Clearing erteilt (Antrag Nr. 22-033) (vgl. Anlage 7).

Im Projektverlauf wurde das ursprünglich geplante methodische Vorgehen angepasst. Abweichend zum oben geschilderten Vorgehen, war eine standardisierte Befragung von Personen mit Pflegebedarf sowie ihren Angehörigen in der Projektregion zu zwei Zeitpunkten geplant. Die Befragung sollte mit einem umfangreichen Fragebogen¹⁰ durchgeführt werden und zielte darauf ab – trotz aller methodischen Herausforderungen (vgl. Kapitel 2.1) – mögliche Veränderungen der kurz-, mittel- und langfristigen Outcomes des Modellvorhabens zu erfassen. Für diese Befragung konnten trotz einer Ausweitung der Rekrutierung – u. a. durch ein Anschreiben der AOK – nicht genügend Teilnehmende gefunden

¹⁰ Im Fragebogen wurden die Teilnehmenden nach demografischen Informationen, die Nutzung von Gesundheits- und Pflegeleistungen, ihre Lebensqualität, Aktivitäten des täglichen Lebens, Resilienz und Belastung, soziale Unterstützung, Stabilität des Versorgungsarrangements und ihrer Lebenszufriedenheit befragt. Dafür wurden überwiegend standardisierte und wissenschaftlich erprobte Instrumente genutzt.

werden; bis Herbst 2023 nahmen nur sieben Menschen mit Pflegebedarf und nur zehn versorgende Angehörige an der Befragung teil.

Deshalb wurde dieser Teil der wissenschaftlichen Evaluation fallen gelassen. Inzwischen hatte sich durch die Prozessevaluation das Case Management als die zentrale Aktivität im Handlungsfeld *Individuelle Beratung, Begleitung und Unterstützung* des gesamten Modellvorhabens abgezeichnet. Gemeinsam mit dem Gesundheitsnetzwerk PORT und dem Projekt-Beirat bestehend aus Vertreterinnen des Hessischen Ministeriums für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege und der Pflegekassen wurde deshalb entschieden, die wissenschaftliche Prozessevaluation anzupassen. Die Anpassung umfasste:

1. Die standardisierte Befragung wird nicht weitergeführt.
2. Die Klientinnen und Klienten des Case Managements werden zur Zufriedenheit befragt (vgl. Kapitel 3.2.5).
3. Es werden qualitative Interviews mit den Klientinnen und Klienten des Case Managements geführt (vgl. Kapitel 3.2.1).
4. Die Kontakte der Case Managerin werden mit SmapOne ausführlicher dokumentiert und analysiert (vgl. Kapitel 3.2.6.2)

Die Änderung des methodischen Vorgehens wurde in einem Amendement zum Ethikantrag dargestellt und ebenfalls von der Ethikkommission der DGP begutachtet (vgl. Anlage 8).

4 Ergebnisse der zweiten Projektphase: wissenschaftliche Evaluation des Modellvorhabens UplandCare

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der zweiten Projektphase des Modellvorhabens UplandCare vorgestellt. Sie bilden den Kern der wissenschaftlichen Evaluation. Die Ergebnisdarstellung folgt dem in der ersten Projektphase erarbeiteten logischen Modell (vgl. Kapitel 2.1) und den Hauptfunktionen des Orientierungsrahmens für Prozessevaluation des MRC-Frameworks (vgl. Kapitel 1.3.1).

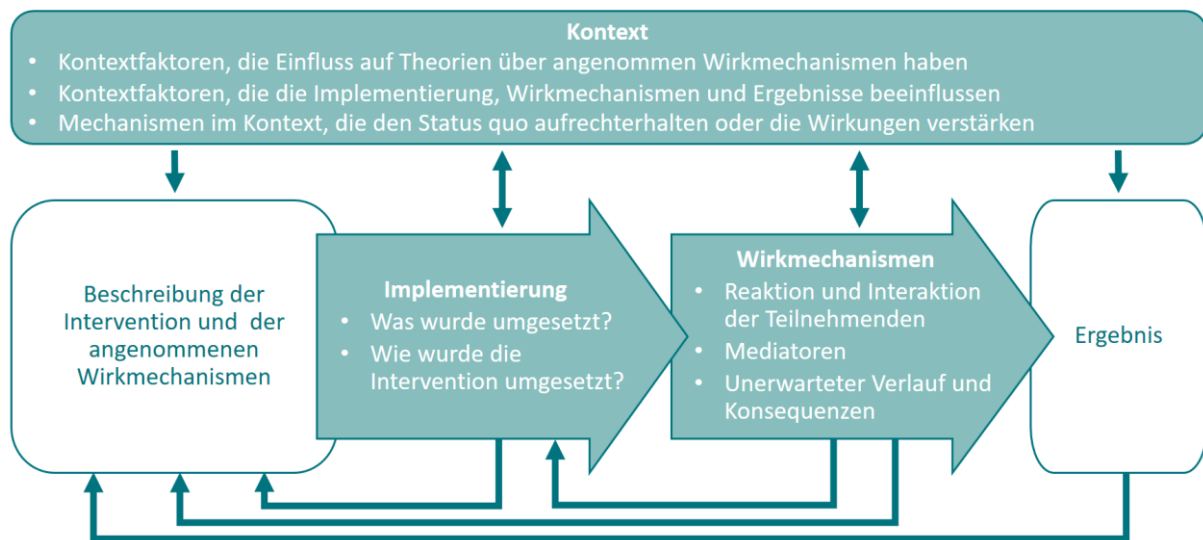


Abbildung 23: Hauptfunktionen einer Prozessevaluation (eigene Übersetzung nach Moore et al. 2015)

Dementsprechend leitet sich folgende Gliederung für dieses Kapitel ab:

1. Zunächst wird für jedes Handlungsfeld die **Umsetzung** der Aktivitäten im Projektzeitraum dargestellt und dabei insbesondere aufgezeigt, wer vom Modellvorhaben erreicht wurde.
2. Um zeigen zu können, welche Faktoren des Kontextes die Umsetzung ermöglicht oder erschwert haben, werden anschließend **beeinflussende Faktoren** rekonstruiert. Diese sind für eine Übertragbarkeit in andere Regionen relevant.
3. Werden für jedes Handlungsfeld Wirkmechanismen dargestellt. Diese umfassen die **Zufriedenheiten** und **Akzeptanz**. Wo möglich werden auch **Ergebnisse in Bezug auf die Wirksamkeit** aufgezeigt.

Die Handlungsfelder *Individuelle Beratung, Begleitung und Unterstützung* und *Vernetzung & Zusammenarbeit* nehmen im Vergleich zu den Handlungsfeldern *Demenzsensibles Quartier* und *Ressourcenstärkung* in der Evaluation und in der Darstellung der Ergebnisse deutlich mehr Raum ein. Diese Schwerpunktsetzung begründet sich aus dem Verlauf des Modellvorhabens und ist an sich bereits ein erstes und wichtiges Ergebnis der Evaluation. Während die vier Handlungsfelder in der Konzeption dieser komplexen Intervention zunächst gleichberechtigt nebeneinanderstehen und so auch im logischen Modell abgebildet werden, zeigt sich im Projektverlauf, dass die Priorität des Gesundheitsnetzwerkes PORT auf die Umsetzung der Handlungsfelder Individuelle Beratung, Begleitung und Unterstützung sowie Vernetzung und Zusammenarbeit gelegt wird. Aus diesem Grund wird auch die wissenschaftliche Evaluation angepasst und diesen beiden Handlungsfeldern mehr Raum in der Datenerhebung und Datenanalyse gegeben (vgl. Kapitel 3.3.)

4.1 Beschreibung der empirischen Daten

Für die Prozessevaluation wird eine Vielzahl von Daten erhoben und analysiert (vgl. Tabelle 7).

<i>Qualitative Interviews</i>	<i>Anzahl Personen</i>	<i>Anzahl Interviews</i>	<i>Gesamtdauer</i>
Klientinnen	10 Personen	10 Interviews	4 h 42 min
PORT-Team	8 Personen	30 Interviews	21 h 01 min
Stakeholder	21 Personen	17 Interviews	12 h 32 min
<i>Summe</i>	<i>39 Personen</i>	<i>57 Interviews</i>	<i>38 h 16 min</i>

<i>Zufriedenheitsbefragung</i>	<i>Verteilte Frageböge</i>	<i>Rücklauf</i>	<i>Rücklaufquote</i>
Veranstaltungen	337	213	63,2 %
Kurse	75	41	54,7 %
Case Management	109	50	45,9 %
<i>Summe</i>	<i>521</i>	<i>304</i>	<i>58,3 %</i>

<i>Dokumentation des Case Management</i>	<i>Anzahl</i>
Quovero	117 Fälle
Kontakt mit Klientinnen bzw. Klienten	261 Kontakte
Kontakt mit Versorgern	212 Kontakte

Tabelle 7: Übersicht Datenerhebungen

Diese Daten werden für die Evaluation der einzelnen Handlungsfelder auf unterschiedliche Weise genutzt. Die folgende Ergebnisdarstellung erfolgt integrativ, indem sie inhaltlich den Handlungsfeldern des logischen Modells folgt. Beispielsweise haben sich Stakeholder sowohl zur Vernetzung als auch zum Case Management geäußert. Ihre Aussagen finden sich deshalb in den Ergebnisdarstellungen beider Handlungsfelder. Für beide Handlungsfelder werden aber auch noch weitere Daten und Analysen genutzt, beispielsweise die Dokumentation in Quovero für die Evaluation des Case Managements und weitere Prozessdaten und Dokumentationen für das Handlungsfeld *Vernetzung und Zusammenarbeit*.

	<i>Demenzsensibles Quartier</i>	<i>Ressourcenstärkung</i>	<i>Individuelle Beratung, Begleitung und Unterstützung</i>	<i>Vernetzung und Zusammenarbeit</i>
Interviews mit Klientinnen	4 Interviews	3 Interviews	10 Interviews	-
Interviews mit dem PORT-Team	23 Interviews	17 Interviews	17 Interviews	27 Interviews
Interviews mit Stakeholdern	3 Interviews	4 Interviews	16 Interviews	16 Interviews
Zufriedenheitsbefragungen	213 Fragebögen zur Zufriedenheit Veranstaltungen	41 Fragebögen zur Zufriedenheit Kursen	50 Fragebögen zur Zufriedenheit Case Management	-
Dokumentation Case Management in Quovero	-	-	117 dokumentierte Fälle	-
Dokumentation Case Management mit SmapOne	-	-	261 Kontakte mit Klienten; 212 Kontakte mit Versorgern	-
Analyse von Prozessdaten und weiteren Dokumentationen	Dokumentation Veranstaltungen (Ort, Anzahl Teilnehmende, Werbung, Presse)	Dokumentation von Kursen (Ort, Anzahl Teilnehmende, Werbung, Presse)	-	Dokumentation Vernetzungsaktivitäten (Einladungen, Tageordnungen, Protokolle)

Tabelle 8: Beitrag der Daten zu der Evaluation der Handlungsfelder

Tabelle 8 gibt einen Überblick darüber, welche Daten den Analysen der jeweiligen Handlungsfelder zugrunde liegen. Diese Datenquellen werden auch zu Beginn der einzelnen Evaluationskapitel genannt. Bei der Nennung konkreter Zahlen und bei direkten Zitaten wird die exakte Datengrundlage kenntlich gemacht. Für Zahlen wird die jeweilige Quelle in der Tabellen- bzw. Abbildungsbeschriftung in Klammern hinter der Bezeichnung genannt. Für direkte Zitate aus qualitativen Interviews wird die Datengrundlage durch folgendes Schema kenntlich gemacht: „Art_Nummer, Position“

1. Art des Interviews:
 - a. FG = Fokusgruppeninterview mit dem PORT-Team
 - b. SH = Interview mit einem Stakeholder
 - c. PORT = Interview mit einer Beschäftigten des Gesundheitsnetzwerkes PORT
 - d. KT = Interview mit einer Klientin bzw. einem Klienten
2. Nummer
 - a. Bei Fokusgruppeninterviews die Nummer des Interviews
 - b. Bei allen anderen Interviews das genutzte Pseudonym
3. Position
 - a. Genaue Angabe, wo im Transkript sich die zitierte Stelle befindet

4.2 Evaluation des Handlungsfeldes Demenzsensibles Quartier

Das Handlungsfeld *Demenzsensibles Quartier* besteht aus drei Aktivitäten:

1. *Organisation und Durchführung von Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Demenz*
2. *Organisation und Durchführung von Veranstaltungen für die Öffentlichkeit*
3. *Organisation und Durchführung von Schulungen für Change Agents*

Ziel aller Aktivitäten ist es, die Quartiersbevölkerung im allgemeinen und Change Agents im Speziellen für das Thema Demenz zu sensibilisieren und Betroffene an das Case Management des Gesundheitsnetzwerk PORT zu vermitteln. Die Analyse zum Handlungsfeld *Demenzsensibles Quartier* beruht auf 23 qualitativen Interviews mit dem Team von PORT, 4 Interviews mit Klientinnen bzw. Klienten des Case Managements, 3 Interviews mit Stakeholdern, der Zufriedenheitsbefragung der Veranstaltungsteilnehmerinnen und -teilnehmer sowie der Dokumentation durch PORT (vgl. Kapitel 4.1.).

Handlungsfeld	Aktivität		
Demenzsensibles Quartier	Organisation und Durchführung von Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Demenz	Organisation und Durchführung von Veranstaltungen für die Öffentlichkeit	Organisation und Durchführung von Schulungen für Change Agents
Ressourcenstärkung	Organisation und Durchführung von Kursen	Koordination und Vermittlung von Schulungen für Angehörige	Erstellen und Verteilen eines Demenzwegweisers
Individuelle Beratung, Begleitung und Unterstützung	Organisation und Durchführung von präventiven Hausbesuchen		Organisation und Durchführung eines Case Managements
Vernetzung & Zusammenarbeit	Vernetzung von und Kooperation mit regionalen Leistungserbringern		Kooperation und Koordination zwischen Case und Care Management

Abbildung 24: Das Handlungsfeld Demenzsensibles Quartier innerhalb des Modellvorhabens UplandCare

4.2.1 Umsetzung

Die Umsetzung der drei Aktivitäten *Organisation und Durchführung von Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Demenz*, *Organisation und Durchführung von Veranstaltungen für die Öffentlichkeit* und *Organisation und Durchführung von Schulungen für Change Agents* wird im Folgenden getrennt voneinander dargestellt.

4.2.1.1 Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Demenz

Als grundsätzliches Prinzip der Öffentlichkeitsarbeit von PORT lässt sich eine zielgruppenspezifische Gestaltung identifizieren. Das Gesundheitsnetzwerk PORT legt mit einem großen Aufwand Wert darauf, in einfacher Sprache und barrierefrei nach außen zu kommunizieren und die Zielgruppe ange-

messen anzusprechen. Die Gestaltung entsprechender Medien – z. B. Flyer und Plakate – liegt im Aufgabenbereich des Care Managements; es findet aber eine enge Abstimmung und Reflexion in den regelmäßigen Teamsitzungen statt. Das Gesundheitsnetzwerk PORT hat dabei ein Corporate Design entwickelt, um einen hohen Wiedererkennungseffekt zu erzielen.

Im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit war die umfassende Neugestaltung der eigenen Webseite¹¹ die aufwendigste Aktivität. Dies ist besonders deshalb interessant, weil die Neugestaltung der Webseite bei der Konzeptualisierung des Modellvorhabens zunächst nicht vorgesehen war. Für das Gesundheitsnetzwerk war die Entwicklung aus den unten genannten Funktionen aber so wichtig, dass eine Abweichung vom ursprünglichen logischen Modell frühzeitig im Projektverlauf entschieden wurde. Die Webseite wurde professionell auf der Grundlage eines Lastenheftes mit einem externen Dienstleister entwickelt. Trotzdem hat das Gesundheitsnetzwerk PORT viele eigene Personalressourcen in die Neugestaltung der Webseite investiert; vor allem die Care Managerin aber auch das gesamte PORT-Team waren in diesen Prozess eingebunden. Auch nach der Fertigstellung ist mit der fortlaufenden Pflege insbesondere des Veranstaltungskalenders ein zeitlicher Aufwand verbunden. Die Webseite soll für das Gesundheitsnetzwerk PORT mehrere Funktionen erfüllen:

1. Neben den eigenen Räumen bietet die Webseite für das Gesundheitsnetzwerk PORT die Möglichkeit, als Akteur mit einem eigenen Angebot überhaupt in der **Öffentlichkeit sichtbar** zu sein, die eigene Arbeit vorzustellen und eigene Angebote, wie das Angebot der **Case Managerin** zu bewerben. Hier werden auch der Verein und die Beschäftigten vorgestellt.
2. Die Webseite soll einen Beitrag zur Steigerung der **Gesundheitskompetenz** der Bürgerinnen und Bürger leisten, indem über spezifische Gesundheitsthemen informiert wird. Dazu gehören auch Informationen über Demenz, die bisher als einzige chronische Erkrankung besonders herausgestellt wird¹². In der Regel sind die Beiträge kurz; zur vertieften Information wird auf die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. und das Demenz Partner Webtraining verwiesen.
3. Mit einem **Veranstaltungskalender** werden eigene Angebote wie der INSEA-Kurs (vgl. Kapitel 0) oder Informationsveranstaltungen, aber auch Angebote regionaler Vereine und Initiativen wie Seniorensportkurse beworben.
4. In einem **Verzeichnis** werden alle Gesundheitsdienstleister der Region aufgeführt. Überwiegend stellen sich diese mit einer kurzen Beschreibung des Angebotes, einem Foto und Kontaktdaten vor.
5. Darüber hinaus ist geplant, ein digitales **Ehrenamtsnetzwerk** über die Webseite nutzen zu können. Hier sollte unkompliziert ehrenamtliche Hilfe angeboten und nachgefragt werden. Bisher wird das digitale Ehrenamtsnetzwerk allerdings noch nicht genutzt, weil es bisher nicht gelungen ist, Ehrenamtliche für dieses Angebot zu gewinnen.

Den größten Mehrwert der Webseite sieht das Gesundheitsnetzwerk PORT in der Verbindung von Gesundheitsthemen mit den Angeboten regionaler Versorger und anderen regionalen Angeboten, wie Sportvereinen, Menüdiensten (Essen-auf-Rädern) oder Lebensmittel-Lieferdiensten. In diesem Sinne soll die Webseite für die Nutzerinnen und Nutzer ein Portal sein, um sich über Gesundheits- und Pfl-

¹¹ Die Webseite ist abrufbar unter: <https://www.gesundheit-port.de/>

¹² Der Bereich zur Demenz auf der Webseite findet sich unter: <https://www.gesundheit-port.de/menschen-mit-demenz/>

gethemen zu informieren und gleichzeitig den direkten Verweis auf die jeweiligen regionalen Angebote zu ermöglichen. Darüber hinaus erfüllt die Webseite auch eine Funktion für die Vernetzung mit den regionalen Leistungserbringern (vgl. Kapitel 4.5).

Speziell auf Demenz bezogen hat das Gesundheitsnetzwerk PORT im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit außerdem einen „Demenzkoffer“ angeschafft. Dieser enthält Materialien, um Kindern einen einfachen Zugang zum Thema Demenz zu ermöglichen. Der Koffer kann von Kindertagesstätten ausgeliehen und für ihre Arbeit genutzt werden. In der ersten Projektphase gab es darüber hinaus die Idee, das Thema Demenz mit Schülerinnen und Schülern künstlerisch zu bearbeiten oder zusammen mit der lokalen Theatergruppe aufzugreifen. Diese Ideen wurden jedoch nicht umgesetzt. Ebenfalls verworfen wurde im Projektverlauf die ursprüngliche Planung, das Thema Demenz im Rahmen der Demenzwoche und dem Welt-Alzheimer-Tag stärker in den Blick der Öffentlichkeit zu rücken:

Ja, das war aber eine bewusste Entscheidung, weil wir gesagt haben, wenn wir jetzt was zum Thema Demenz machen in der Demenzwoche, irgendeinen Artikel, dann fragen sich die Leute, was ist das denn jetzt, warum schreiben die jetzt was zu Demenz, ich dachte, das ist PORT. Also, ne, das ist super schwierig, da so ein Thema rauszugreifen, [...] deswegen haben wir gesagt, wenn wir jetzt auf einmal aufpoppen und einen Artikel zu Demenz machen oder eine Veranstaltung auch, müssen wir schon gucken, wen wir dabei verlieren und wen wir/ ne, ob wir überhaupt jemanden gewinnen. (FG_01, Pos. 324-325)

In den Bereich der allgemeinen Öffentlichkeitsarbeit fällt darüber hinaus die Pressearbeit, um eigene Veranstaltungen oder Kurse zu bewerben und über Neuigkeiten zu berichten, sowie die Teilnahme an Veranstaltungen im Sozialraum wie beispielsweise dem Markt der Möglichkeiten, Seniorenachmittagen oder Treffen von regionalen Vereinen. In der Regel nahmen die Case und die Care Managerin an diesen Terminen teil, um sich selbst und das Angebot des Gesundheitsnetzwerkes PORT vorzustellen, sich selbst als Ansprechpersonen bekannt zu machen und bereits bestehende Kontakte zu pflegen. Dies trägt zum Aufbau von Vertrauen bei.

4.2.1.2 Durchführung und Organisation von Veranstaltungen für die Öffentlichkeit

Im Modellvorhaben UplandCare hat das Gesundheitsnetzwerk PORT in den Jahren 2023 und 2024 vielfältige Veranstaltungen durchgeführt und auch für das Jahr 2025 sind weitere Veranstaltungen geplant (vgl. Tabelle 9).

<i>Veranstaltungstitel</i>	<i>Datum & Ort</i>	<i>Teilnehmende</i>
Patientenverfügung & Vorsorgevollmacht	23.05.2023, Willingen	Ca. 50
Patientenverfügung & Vorsorgevollmacht	10.10.2023, Diemelsee	Ca. 35
Adventsbasteln	30.11.2023, Willingen	Ca. 12
Gefahren im Internet sicher begegnen	19.03.2024, Willingen	Ca. 30
Osterfrühstück	28.02.2024, Diemelsee	Ca. 30
Volkskrankheit Demenz	12.06.2024, Willingen	Ca. 20
Unterstützung für pflegende Angehörige	04.07.2024, Willingen	Ca. 20
Volkskrankheit Demenz	10.07.2024, Diemelsee	Ca. 40
Patientenverfügung & Vorsorgevollmacht	05.09.2024, Diemelsee	Ca. 20
Unterstützung für pflegende Angehörige	19.09.2024, Diemelsee	Ca. 20
Patientenverfügung & Vorsorgevollmacht	23.10.2024, Diemelsee	Ca. 20
Umgang mit Demenz	21.11.2024, Willingen	Ca. 30
<i>Geplante Veranstaltungen</i>		
Elektronische Patientenakte und eRezept	05.08.2025, Willingen	
Elektronische Patientenakte und eRezept	04.09.2025, Diemelsee	
Schlaganfall – Risikofaktoren und Vorsorge	25.09.2025, Willingen	
Menschen mit Demenz verstehen und begleiten	23.10.2025, Willingen	
Schlaganfall – Risikofaktoren und Vorsorge	06.11.2025, Diemelsee	

Tabelle 9: Übersicht Veranstaltungen (Dokumentation PORT)

In den ersten Veranstaltungen ging es um Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten. Damit griff das Gesundheitsnetzwerk PORT einen Bedarf innerhalb der Quartiersbevölkerung auf, der beim Verteilen der Notfallmappen (vgl. Kapitel 4.4.1) geäußert wurde. Bestandteil der Notfallmappen sind neben anderen wichtigen Dokumenten (z. B. Medikamentenplan) auch Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten sein. Klientinnen und Klienten des Case Managements aber auch andere interessierte Bürgerinnen und Bürger äußerten aber immer wieder Unsicherheit beim Erstellen dieser Dokumente, was das Gesundheitsnetzwerk PORT zum Anlass nahm, mehrfach Vorträge zu diesem Thema zu organisieren. Dabei ist dem Gesundheitsnetzwerk PORT bewusst geworden, dass es notwendig ist, die Veranstaltungen nach Möglichkeit sowohl in Willingen als auch in Diemelsee durchzuführen, um die Bewohnerinnen und Bewohnern in beiden Gemeinden zu erreichen:

Wir haben das gemerkt bei der Patientenverfügung, die Diemelseeer gehen in Diemelsee zur Veranstaltung und die Willinger in Willingen. Also wirklich eindeutig. Vielleicht waren zwei Leute aus Diemelsee in Willingen, aber auch nur, weil wir die persönlich befreundet gekannt haben oder sowas. Also das ist wirklich, das ist so. Und es ist auch in Ordnung, wenn wir das wissen. Deswegen machen wir das tatsächlich synonym. Nicht synonym, na, egal. In beiden Bereichen. (FG_02, Pos. 155)

Im Jahr 2024 führte das Gesundheitsnetzwerk PORT eine erste Vortragsreihe mit einem Fokus auf das Thema Demenz durch. Hier wurden unter anderem Wissen zur Entstehung, Prävention und Umgang mit Demenz vermittelt und Entlastungsmöglichkeiten für versorgende Angehörige vorgestellt. In Vorbereitung der Veranstaltungsreihe äußerte das Gesundheitsnetzwerk PORT Bedenken hinsichtlich der thematischen Einengung auf das Thema Demenz und nutzen den Pflegezirkel (vgl. Kapitel 4.5.1.2) als Reflexionsraum:

Wir haben ja unseren, unseren Pflegezirkel, [...] der für uns auch ein total gutes Gremium ist, weil wir dann einfach auch die Möglichkeit haben, nochmal Feedback zu bekommen für die Sachen, die wir so überlegt haben. [...] Und mit denen hatten wir ja überlegt, wie wir das Thema Sensibilisierung des Quartiers nochmal gut aufstellen, weil wir hatten ja verschiedene Ideen und wollten einfach hören, was sagen denn die, die Profis quasi aus der Versorgung. (FG_03, Pos. 15)

Der Pflegezirkel bestärkte das Gesundheitsnetzwerk PORT bei der Durchführung der Vortragsreihe und ermutigte dazu, die Zielgruppe zu erweitern, insbesondere um pflegende Angehörige zu erreichen.

Seit Frühjahr 2023 haben etwa 337 Personen an den Veranstaltungen des Gesundheitsnetzwerkes PORT teilgenommen, was angesichts der Bevölkerung und damit möglichen Zielgruppe in der Projektregion eine hohe Resonanz ist. Von diesen 337 Personen haben sich 213 (63,2 %) an der Evaluation der Veranstaltungen beteiligt. Ein Großteil der teilnehmenden Personen sind pflegende Angehörige (41,8 %). Weniger häufig nehmen pflegebedürftige Personen (4,6 %) oder Personen aus beruflichen Gründen (6,2 %) teil. Dagegen stellen Bürgerinnen und Bürger, die weder selbst pflegebedürftig sind noch jemanden pflegen, fast die Hälfte (47,7 %) der Teilnehmenden (vgl. Tabelle 9). Die meisten teilnehmenden Personen sind zwischen 40 und 64 Jahre alt (49,8 %) oder 65 Jahre und älter (45,5 %).

Rolle	Person mit Pflegebedarf	4,6 %
	Pflegender Angehöriger	41,8 %
	Berufliche Gründe	6,2 %
	Keine der Rollen	47,4 %
Alter	Unter 40 Jahre	4,7 %
	40 bis 64 Jahre	49,8 %
	65 Jahre oder älter	45,5 %
Genutztes Verkehrsmittel	Auto	87,2 %
	Zu Fuß/Fahrrad	12,8 %
	ÖPNV	0 %
	Taxi	0 %
Dauer Anreise	Unter zehn Minuten	30,8 %
	10-14 Minuten	25,8 %
	15-19 Minuten	18,2 %
	20 -29 Minuten	14,6 %
	30 und mehr Minuten	10,6 %
Bereits andere Angebote von PORT genutzt	Ja	41,8 %
	Nein	58,2 %

Tabelle 10: Übersicht Teilnehmende Veranstaltungen und Kurse (Zufriedenheitsbefragung Veranstaltungen)

Damit besuchen vielen Personen, die selbst weder pflegebedürftig sind noch einen pflegebedürftigen Angehörigen versorgen, die Veranstaltungen. Dies trifft vor allem auf die Veranstaltungen zu *Patientenverfügung & Vorsorgevollmachten* (70,2 %) zu; bei den Vorträgen zu *Demenz* und *Pflegenden Angehörigen* nehmen dagegen direkt betroffene Personen wesentlich häufiger teil. (vgl. Tabelle 11).

Veranstaltungsthema	Person mit Pflegebedarf	Pflegender Angehöriger	Berufliche Gründe	Keine der Rollen
Patientenverfügung	1,9 %	21,2 %	6,7 %	70,2 %
Pflegende Angehörige	3,1 %	87,5 %	3,1 %	6,3 %
Vortrag zu Demenz	10,3 %	53,4 %	6,9 %	29,3 %

Tabelle 11: Veranstaltungsthema und Rolle der Teilnehmenden (Zufriedenheitsbefragung Veranstaltungen)

Auffällig ist außerdem, dass das Auto mit deutlichem Abstand das am häufigsten genutzte Verkehrsmittel (87,2 %) ist und niemand mit öffentlichen Verkehrsmitteln angereist ist. Dies unterstreicht die große Bedeutung des Autos für die Mobilität im ländlichen Raum und weist gleichzeitig darauf hin, dass ohne die Möglichkeit, ein Auto zu nutzen, die Teilnahme an Veranstaltung und somit auch soziale Teilhabe eine Herausforderung ist. Über 40 % der teilnehmenden Personen haben bereits an anderen Angeboten von PORT teilgenommen.

Die meisten Teilnehmenden (49 %) erfahren aus der Zeitung von den Veranstaltungen von PORT (vgl. Abbildung 25). Danach sind Aushänge und Flyer (25 %), das soziale Netzwerk (25 %) und die direkte Ansprache durch das Gesundheitsnetzwerk PORT (20 %) – beispielsweise durch die Case Managerin – die wichtigsten Zugangswege zu den Veranstaltungen. Nur selten erfahren Teilnehmende dagegen aus dem Internet (8 %), von den regionalen Versorgern (3 %) oder auf anderem Weg (3 %) von den Veranstaltungen.

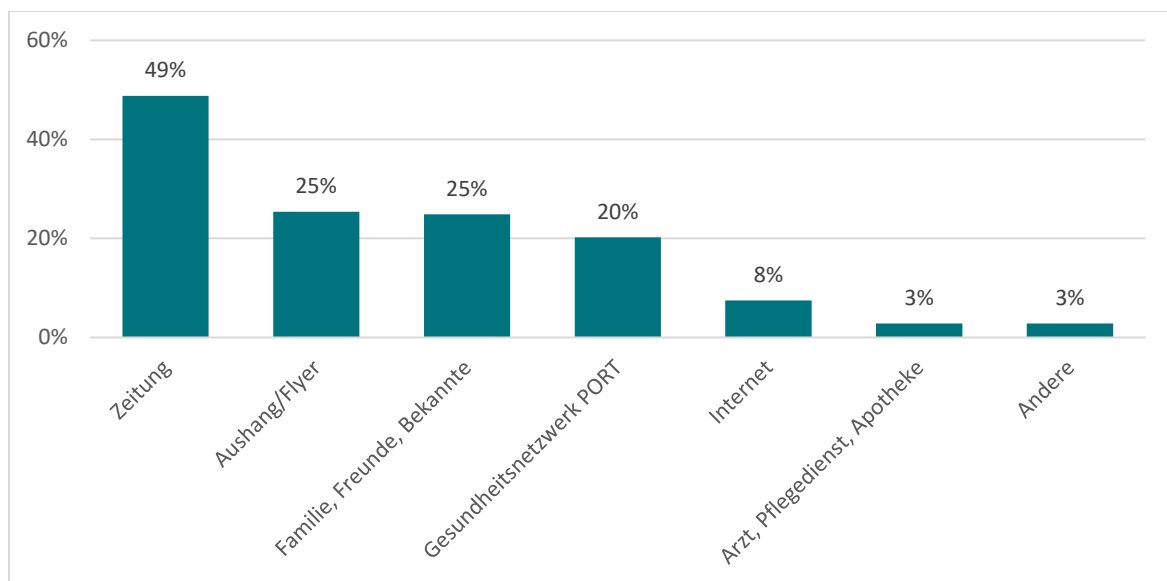


Abbildung 25: Zugangswege zu den Veranstaltungen (Zufriedenheitsbefragung Veranstaltungen)

4.2.1.3 Organisation und Durchführung von Schulungen für Change Agents

Im Projektverlauf hat sich das Gesundheitsnetzwerk PORT verschiedentlich mit der Durchführung und Organisation von Schulungen für Change Agents befasst. Es war geplant, Personen, die im Alltag mit Personen mit Demenz in Kontakt kommen können, für den Umgang mit diesen zu sensibilisieren. Das könnten beispielsweise Beschäftigte des Einzelhandels, von Banken oder der Stadtverwaltung sein. Das Gesundheitsnetzwerk PORT hat verschiedene Schulungsprogramme recherchiert und in Betracht gezogen, beispielsweise Initiative Demenz Partner¹³ der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. und das Demenzlotsen-Programm¹⁴ des Malteser Hilfsdienst e. V. Letztendlich wurde aber keine der Schulungen durchgeführt. In den qualitativen Experteninterviews wurden dafür verschiedene Gründe genannt:

¹³ Weitere Informationen zur Initiative Demenz Partner der Deutschen Alzheimer Gesellschaft finden sich im Internet unter: <https://www.demenz-partner.de/>

¹⁴ Weitere Informationen zum Demenzlotsen-Programm des Malteser Hilfsdienst e. V. finden sich im Internet unter: <https://www.malteser.de/demenzlotsen-hrs.html>

1. Es bestand die Sorge, dass sich nicht genug Personen für diese Schulungen interessieren, weil es keinen Bedarf gibt. So wurde vermutet, dass wenige Personen mit Demenz in der Projektregion alleine leben und öffentliche Orte besuchen, ohne dass sie von Angehörigen begleitet werden. Diese Art der Sensibilisierung wurde also als nicht passend für den Kontext wahrgenommen.
2. Die Initiative Demenz Partner der Deutschen Alzheimer Gesellschaft hätte von den Beschäftigten von PORT durchgeführt werden müssen. Diese verstehen sich aber nicht als ausgewiesene Demenzexpertinnen und sehen sich deshalb nur bedingt in der Lage, die Inhalte der Schulung zu vermitteln. Das Programm der Malteser sei deshalb prinzipiell geeigneter gewesen, weil dies von einer externen Fachkraft durchgeführt worden wäre.
3. Die Schulungen für Change Agents werden insgesamt als nachrangiger Schritt innerhalb des Prozesses der Sensibilisierung des Sozialraums bewertet. Vorrangig erscheint es, das Thema Demenz zunächst durch Öffentlichkeitsarbeit und Veranstaltungen stärker im Bewusstsein der Bevölkerung zu verankern. Erst wenn seitens Organisationen und Betrieben ein konkreter Bedarf erkennbar wird, die eigenen Beschäftigten in diesem Themenfeld fortzubilden, wird das Gesundheitsnetzwerk PORT entsprechende Schulungsangebote anbieten.

Die Zweifel an der Passgenauigkeit hinsichtlich des Kontextes und des Zeitpunktes hat das Gesundheitsnetzwerk PORT auch mit den eigenen Netzwerkpartnern im Rahmen des Pflegezirkels diskutiert. Dort wurde ebenfalls bezweifelt, dass Schulungen für Change Agents der nächste wichtige Schritt in der Sensibilisierung für die Situation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen sei:

Und dann haben wir das auch im Pflegezirkel darüber gesprochen und die haben auch gesagt, das können wir uns nicht so richtig vorstellen. Und dann haben wir gemerkt, das ist so weit weg, weil einfach dieses Thema Demenz noch gar nicht so präsent ist, dass wir nicht mit dieser Sache anfangen können. Und dann haben wir angefangen, erstmal mit der Öffentlichkeitsarbeit und mit den Veranstaltungen und dann tatsächlich den Wegweisern. (FG_03, Pos. 204)

4.2.1.4 Exkurs: Demenzspezifik

Im Handlungsfeld Demenzsensibles Quartier liegt nicht bei allen Aktivitäten der Schwerpunkt auf einer Sensibilisierung zum Thema Demenz: Im Handlungsfeld Öffentlichkeitsarbeit zu Demenz hat sich das Gesundheitsnetzwerk bewusst dagegen entschieden, Zeitungs- oder Webartikel im Rahmen der Woche der Demenz zu veröffentlichen; auch andere Aktivitäten wie Projekte mit Schulen wurden bisher nicht umgesetzt. Dafür wird auf der neuen Webseite zum Thema Demenz informiert und im Handlungsfeld Veranstaltungen für die Öffentlichkeit wurde neben allgemeinen Veranstaltungen eine sehr erfolgreiche Veranstaltungsreihe zu Demenz durchgeführt, während die Qualifizierung von Change Agents ebenfalls zurückgestellt wurde. Insgesamt drückt sich in diesem wechselnden Fokus auf das Thema Demenz ein gewisses Spannungsverhältnis aus. Zum einen möchte das Gesundheitsnetzwerk PORT nicht riskieren, durch einen Fokus auf das Thema Demenz ausschließlich als Demenznetzwerk in der Öffentlichkeit wahrgenommen zu werden und so den Zugang zu anderen Bevölkerungsgruppen zu verlieren. Zum anderen versteht das Gesundheitsnetzwerk den Begriff der Inklusion weit und möchte im Sinne einer Caring Community daran arbeiten, dass es eine Sensibilität dafür gibt, dass jeder Mensch – mit oder ohne Demenz – in eine Situation geraten kann, in der er oder sie Unterstützung benötigt und das Gesundheitsnetzwerk PORT dann die nötige Hilfe anbietet und die Versorgung organisiert:

Es ist doch völlig egal, ob die Leute verwirrt sind, weil sie dement sind oder weil sie alt sind oder weil was auch immer gerade passiert ist oder sie nicht mal alt sind, sondern einfach so eine Kultur zu haben, in der es einfach akzeptiert ist und völlig in Ordnung ist, dass man mal nicht weiß, wo man hin will [...] wir wollen das gar nicht immer auf Demenz so stark einschränken, sondern wir wollen eigentlich insgesamt dafür sensibilisieren, dass es Situationen gibt, in denen man Hilfe braucht und dass es völlig okay ist. [...] Es ist völlig egal, ob die Leute eine Demenz haben oder nicht. Wenn sie Hilfe brauchen, ist es wichtig, dass jemand, reagiert, dass jemand da ist, sagt: "Ach, da gibt es ja das Gesundheitsnetzwerk PORT" und dass dann eine Versorgung sichergestellt wird. (FG_01, Pos. 169-171)

Die Aufgabe des Gesundheitsnetzwerkes PORT bestehe deshalb darin, einen Beitrag für ein inklusives Quartier für alle Menschen unabhängig von ihrer konkreten Situation oder spezifischen Erkrankung zu leisten:

Es gibt relativ wenig Unterschied, ob ich jetzt eine Demenz habe oder nicht, was das Quartier angeht, was Barrierefreiheit angeht, was Sensibilisierung angeht: wie gehe ich mit Menschen um, die eine Einschränkung haben? Und dann ist es im Prinzip egal, ob sie eine Demenz haben oder eine andere Einschränkung, sowohl natürlich physische Barrieren als auch andere. Also uns geht es ja darum, dass wir in einem Quartier sind oder in unserer Region sind, in dem man einfach akzeptiert, dass es ganz unterschiedliche Bedarfe gibt und eben auch Einschränkungen. (FG_02, Pos. 112)

4.2.2 Beeinflussende Faktoren

Durch die Prozessevaluation konnten folgende Faktoren rekonstruiert werden, die für Umsetzung des Handlungsfeldes *Demenzsensibles Quartier* förderlich und hinderlich waren:

1. Raum für Reflexion und fachlichen Austausch

Gerade, wenn Unsicherheit bestand, war der Reflexionsraum in Teamsitzungen und im Rahmen des Pflegesystems hilfreich. So konnten beispielsweise gemeinsam angemessene Formen der Ansprache der Zielgruppe gesucht oder geeignete Werbestrategien entwickelt werden. Gleichzeitig kann sich Expertise der regionalen Versorger sowohl fördernd als auch hinderlich auf die Umsetzung auswirken: Wenn die Teilnehmenden des Pflegesystems geplante Aktivitäten des Gesundheitsnetzwerkes PORT unterstützen, werden sie eher umgesetzt. Stoßen sie hingegen auf Skepsis, werden sie eher zurückgestellt. Gleichzeitig sorgt diese Form der Teilnahme im Pflegesystem aber für Akzeptanz der Aktivitäten des Gesundheitsnetzwerkes. Überregional bieten Konferenzen, Tagungen und der Austausch mit anderen PORT-Zentren ebenfalls Möglichkeiten zur Reflexion der eigenen Praxis und geben neue Ideen. Beispielsweise wurde das Gesundheitsnetzwerk PORT so auf den „Demenzkoffer“ aufmerksam.

2. Räumliche Nähe und Verankerung im Sozialraum

Im Rahmen der Durchführung von Veranstaltungen hat sich gezeigt, dass sich die räumliche Nähe zur Zielgruppe sehr positiv auf die Teilnahme auswirkt. Selbst in der relativ kleinen Projektregion ist es notwendig, gewachsene Strukturen zu berücksichtigen und Veranstaltung „vor Ort“ durchzuführen. Für das Modellvorhaben bedeutet dies, dass Veranstaltungen zum Teil doppelt in Willingen und Diemelsee durchgeführt wurden, weil die Bürgerinnen und Bürger tendenziell in ihrer „eigenen“ Gemeinde bleiben. Die räumliche Verankerung drückt sich aber auch in der Auswahl der Referentinnen und Referenten aus. Das Gesundheitsnetzwerk PORT hat nach Möglichkeit für die Veranstaltungen Referentinnen und Referenten aus der Region gewonnen. Dies hat eine doppelte Wirkung: zum einen sind die Referentinnen und Referenten zum Teil bekannt, was als zusätzliche Werbung für die Veranstaltung wirkt, zum anderen besteht für die Teilnehmenden so auch nach Ende der Veranstaltung die Möglichkeit, mit den Referentinnen und Referent in Kontakt zu treten. Insgesamt wird das Gesundheitsnetzwerk PORT mit seinen Angeboten so zu einem Teil des Sozialraums der Bürgerinnen und Bürger, was sich u. a. dadurch ausdrückt, dass diese sich gegenseitig auf Veranstaltung aufmerksam machen und immer wieder an den Veranstaltungen des Gesundheitsnetzwerkes PORT teilnehmen.

3. Möglichkeit eigene Räume und Räume der Gemeinde zu nutzen

Für das Gesundheitsnetzwerk PORT ist es unkompliziert möglich, Veranstaltungen in den eigenen Räumen im Gesundheitspavillon oder in kommunalen Räumen – wie beispielsweise den Dorfgemeinschaftshäusern – durchzuführen, was sich förderlich auf die Durchführung von Veranstaltungen auswirkt.

4. Eigene Überzeugungen und Expertise

Das Gesundheitsnetzwerk PORT ist nicht immer davon überzeugt, explizit und ausschließlich zum Thema Demenz zu sensibilisieren und zu informieren, sondern möchte grundsätzlich daran mitwirken, dass alle Menschen gut und sozial inkludiert im Sozialraum leben können. Ebenso versteht sich das Gesundheitsnetzwerk als Institution, die sich an alle Menschen mit Unterstützungsbedarf richtet. Darüber hinaus verstehen sich die Beschäftigten des Gesundheitsnetzwerkes nicht als ausgewiesene Demenzexpertinnen. Insgesamt tragen diese Selbstverortungen dazu bei, dass das Gesundheitsnetzwerk PORT demenzspezifische Sensibilisierung nicht immer priorisiert und teilweise zurückstellt.

4.2.3 Ergebnis und Zufriedenheit

Die Teilnehmenden sind mit den durch das Gesundheitsnetzwerk PORT angebotenen Veranstaltungen insgesamt sehr (83 %) oder überwiegend (17 %) zufrieden (vgl. Abbildung 26). Fast alle Befragten (96 %) würden Veranstaltungen des Gesundheitsnetzwerkes PORT auf jeden Fall weiterempfehlen, 6 % gaben an, dies vielleicht zu tun. Diese hohe Zufriedenheit und Dankbarkeit für das Angebot bringen die Teilnehmenden auch vielfach im Freitextfeld der Zufriedenheitsbefragung zum Ausdruck:

- „Dickes Lob für die tolle Veranstaltung + danke für die Nähe!“
- „Der Referent war spitze.“
- „Dauer von einer Stunde optimal.“
- „Machen Sie alle gerne weiter so! Vielen Dank!“
- „Sehr kompetenter Vortrag mit gut nachvollziehbarer Darstellung. Angenehme (entspannte) Atmosphäre. Vielen Dank!“
- „Toller Beitrag, vielen Dank!!!“
- „Sehr lockere und gelöste Atmosphäre! Weiter so, es war gut verständlich.“

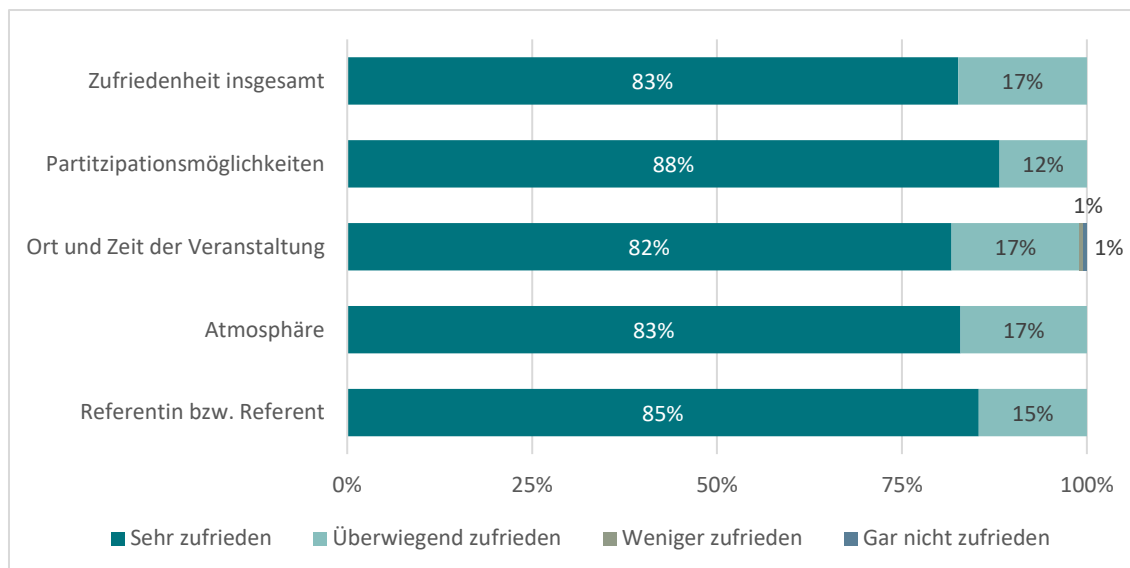


Abbildung 26: Zufriedenheit mit den Veranstaltungen (Zufriedenheitsbefragung Veranstaltungen)

Die große Gesamtzufriedenheit zeigt sich auch in den einzelnen Zufriedenheitsdimensionen. Hier sticht vor allem die sehr hohe Zufriedenheit mit den Möglichkeiten der Partizipation (88 %) und mit den Referentinnen und Referenten (85 %) heraus. Bezüglich des Ortes und der Zeit zeigt sich sehr selten (1 %) auch eine Unzufriedenheit. Hier muss jedoch angemerkt werden, dass die Personen, für die der Ort oder der Zeitpunkt der Veranstaltungen gänzlich unpassend waren, nicht an der Veranstaltung teilnehmen konnten und sich deshalb auch nicht an der Zufriedenheitsbefragung beteiligen konnten. Wie bereits oben dargestellt, nutzen die meisten Teilnehmenden das Auto als Verkehrsmittel. Auch wenn die Veranstaltungen direkt in Willingen bzw. Diemelsee stattfinden, gibt es aus den einzelnen, zum Teil sehr kleinen Ortsteilen weite Wege, die sich ohne eigenes Auto oder einer Mitfahrgelegenheit nur schwer überwinden lassen. Diese Herausforderungen der Mobilität sind typisch für ländliche Gemeinden¹⁵. Auch die Wahl des richtigen Zeitpunktes für Veranstaltungen ist nicht immer einfach, da sich je nach Zielgruppe Bedarfe unterscheiden. Eine Klientin berichtete beispielsweise davon, dass sich die Teilnahme an den Veranstaltungen nur schwer mit ihrer Rolle als pflegende Angehörige vereinbaren lässt:

Das Einzige, was ich gesagt habe, aber das kann man ja nicht, diese Vorträge, die wir jetzt waren, die waren von abends halb sechs bis um sieben Uhr. Und das ist für mich immer ein bisschen strapaziös, weil mein Mann muss ja um sechs, viertel nach sechs muss ich eben das Essen machen und dann muss er ja gespritzt werden. Und ich muss ja dann um fünf ungefähr fahren. Halb sechs geht das los, kurz nach fünf. Und dann habe ich gesagt, das wäre was, das habe ich aber auch oben angesprochen, was ich schöner fände, wenn man es auf den Nachmittag legt. (KT_62831C66, Pos. 121)

¹⁵ Seit August 2024 gibt es in der Gemeinde Willingen einen ehrenamtlich organisierten Bürgerbus, der dienstags und donnerstags tagsüber eine Fahrt nach und von Willingen bis zur eigenen Haustür anbietet. Dieses Angebot ist besonders für Personen ohne die Möglichkeit ein eigenes Auto zu nutzen sehr interessant; eventuell wäre ein vergleichbares Angebot auch für Veranstaltungen des Gesundheitsnetzwerkes PORT denkbar.

Und ein anderer Klient berichtet davon, dass es im Winter abends zu schnell zu dunkel sei, um an den Veranstaltungen teilzunehmen:

Jetzt hatten Sie wieder eine [Veranstaltung], aber dann war es abends zu dunkel. Dann hat das keinen Zweck. (KT_56794398, Pos. 73)

Dahingegen gestaltet sich die Teilnahme an frühen Veranstaltungen für berufstätige Personen als schwer:

Uhrzeit nach der Arbeit grundsätzlich richtig, aber 17 Uhr noch etwas früh. Besser wäre ab ca. 18 Uhr. (Freitextfeld, Zufriedenheitsbefragung Veranstaltungen)

- Die Teilnehmenden sind sehr zufrieden mit den Veranstaltungen
- Je nach Zielgruppe, muss eine passende Uhrzeit für den Veranstaltungsbeginn gefunden werden
- Veranstaltungen wirken auf drei Ebenen: Wissensvermittlung, sozialer Austausch, Türöffner zu weiteren Angeboten des Gesundheitsnetzwerkes

Als Ergebnis der Veranstaltungen des Gesundheitsnetzwerkes PORT lassen sich drei Wirkebenen unterscheiden:

1. dienen die Veranstaltungen der Wissensvermittlung. Im besten Fall sind die Inhalte für die Teilnehmenden von Bedeutung und sie können sie für ihren Alltag nutzen.
2. sind die Veranstaltungen Orte des sozialen Austausches. Gerade bei Gesundheits- und Pflege Themen können Betroffene ihre Geschichten teilen und voneinander lernen.
3. bieten die Veranstaltungen einen Rahmen, in dem sich das Gesundheitsnetzwerk PORT vorstellen kann und so einen Zugang zu seinen anderen Angeboten schaffen kann.

Viele Teilnehmende geben an, dass sie die Veranstaltungsinhalte auch in ihrem Alltag voll und ganz (37 %) oder zum überwiegenden Teil (52 %) nutzen können (vgl. Abbildung 27)

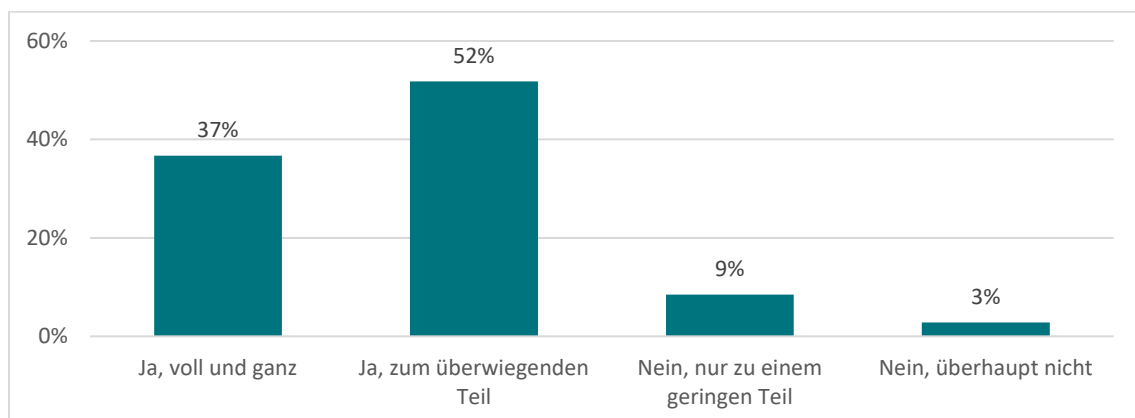


Abbildung 27: Nutzen der Veranstaltungsinhalte im Alltag (Zufriedenheitsbefragung Veranstaltungen)

Dieses direkte Ergebnis wird auch aus den getätigten Aussagen im Freitextfeld der Zufriedenheitsbefragung unterstrichen:

- „Das Angebot war sehr gut. Ich habe sehr vieles mitgenommen nach Hause.“
- „Es war sehr informativ! Vielen Dank an das gesamte Team für die Organisation.“
- „Sehr informativ und bereichernd.“
- „Es war ein guter Vortrag, der Hoffnung gemacht hat!“

Gleichzeitig merkten einige Teilnehmenden aber auch an, dass mehr auf praxisnahe Beispiele – hier ging es um eine Veranstaltung zum Umgang mit Personen mit Demenz – eingegangen werden sollte und eine andere Person wünschte sich einen detaillierteren Einblick in rechtliche Fragen:

- „ggf. mehr praxisnahe Beispiele aus dem Alltag + deren Umgang damit beschreiben“
- „Noch detaillierter auf rechtliche Gegebenheiten, Psychiatrie und Ruhigstellung durch Medikamente bei Demenz eingehen. Streitfall familiäre Betreuung/Betreuungsgericht/Krankenhaus/Altenheim.“

Das Gesundheitsnetzwerk PORT ist auf dieses Feedback eingegangen und plant für das zweite Halbjahr 2025 eine praxisnahe Veranstaltung zum Verständnis und zur Begleitung von Personen mit Demenz. Neben dieser direkten Wissensvermittlung bieten alle Veranstaltungen auch Raum für Diskussion und Austausch, was aus Sicht des Gesundheitsnetzwerkes PORT besonders wichtig sei und in diesem Umfang aber vorher nicht erwartet wurde:

Die Leute haben sich in allen Veranstaltungen total schnell geöffnet [...] und das war jedes Mal total spannend, weil man gemerkt hat, die Leute sind längst drüber hinweg, also die schämen sich dafür gar nicht, das ist für diese Person überhaupt kein Thema mehr, weil sie es einfach täglich damit zu tun haben [...] es war so wichtig, die abzuholen, also einfach einen Raum zu bieten, wo sie sich dann auch mal öffnen können, und das haben sie sofort gemacht, die haben einfach über ihre Geschichten gesprochen, und haben dann auch die Möglichkeit gehabt, auch Antworten zu bekommen. Also das hat toll funktioniert. (FG_03, Pos. 15)

Außerdem können die Teilnehmenden der Veranstaltungen auch auf weitere Angebote des Gesundheitsnetzwerkes PORT aufmerksam gemacht werden:

- *Die Damen haben ein gutes Gefühl vermittelt, dass man im Bedarfsfall einen guten Ansprechpartner hat. (Freitextfeld, Zufriedenheitsbefragung Veranstaltungen)*
- *Scheint ein super Netzwerk zu sein, PORT. Bin auf Weiteres gespannt. (Freitextfeld, Zufriedenheitsbefragung Veranstaltungen)*

Die Veranstaltungen bieten also eine gute Möglichkeit, interessierte Personen auf das Case Management (vgl. Kapitel 4.4) oder die INSEA-Kurse (vgl. Kapitel 4.3) hinzuweisen. Aber auch für Personen, die bereits das Case Management nutzen, bieten Veranstaltungen eine gute Möglichkeit sich mit der Case Managerin auszutauschen:

Interviewer: *Rufen Sie dann [Name der Case Managerin] nochmal bei Bedarf an? Oder meldet Sie sich bei Ihnen zwischendurch? Oder wie ist das?*

Klient: *Nee, wenn dann, rufe ich da an. Aber wie gesagt, man sieht sich ja öfter auch bei Veranstaltungen. (KT_56794398, Pos. 73)*

4.2.4 Diskussion und Fazit

Im Handlungsfeld *Demenzsensibles Quartier* des Modellvorhabens UplandCare legte das Gesundheitsnetzwerk PORT den Schwerpunkt der Aktivitäten auf die komplette Neugestaltung der eigenen Webseite und die Organisation und Durchführung von Veranstaltungen. Eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Demenz und die Schulung von Change Agents wurde dagegen zurückgestellt. Die Webseite war ursprünglich nicht als Aktivität im Handlungsfeld *Demenzsensibles Quartier* geplant. Für das Gesundheitsnetzwerk PORT erfüllt die Webseite aber fünf wichtige Funktionen, sodass ihre Neugestaltung und Weiterentwicklung mit großem Aufwand umgesetzt wurden. Sie soll

1. einen Beitrag zur Gesundheitskompetenz – hier auch speziell zu Demenz – leisten,
2. zweitens eigene und andere Angebote aus der Projektregion im Themenfeld Gesundheit in einem Veranstaltungskalender bewerben,
3. drittens für die Bürgerinnen und Bürger alle Gesundheitsdienstleister der Projektregion in einem Verzeichnis vorstellen,
4. viertens den Zugang zum Ehrenamtsnetzwerk bieten und
5. fünftens vor allem das eigene Beratungs- und Unterstützungsangebot durch die Case Managerin vorstellen und bewerben.

Ebenfalls mit großem Aufwand wurden zahlreiche Veranstaltungen und insbesondere die Vortragsreihe zu Demenz umgesetzt. Da die Wege in ländlichen Räumen oft weit sind und Menschen diese überwiegend mit dem Auto zurücklegen, ist es wichtig die Veranstaltungen vor Ort durchzuführen. Für das Modellvorhaben UplandCare bedeutete dies, Veranstaltungen auch doppelt in Willingen und Diemelsee anzubieten, um die Zielgruppe zu erreichen. Dies ist allerdings mit einem hohen personellen Aufwand verbunden. Dabei wirkte sich die Reflexion und Diskussion im eigenen Team und mit dem Pflegezirkel sowie die unkomplizierte Verfügbarkeit von geeigneten Räumlichkeiten förderlich auf die Umsetzung aus. Insgesamt kommt durch die Schwerpunktsetzung in diesem Handlungsfeld die Vision des Gesundheitsnetzwerkes PORT, ein inklusives Quartier für alle Menschen zu schaffen und für unterschiedliche gesundheitliche Situationen und Bedürfnisse zu sensibilisieren, zum Ausdruck. Dies schließt Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen explizit ein, beschränkt sich aber nicht ausschließlich auf diese. Geleitet von dieser Überzeugung und weil die Befürchtung besteht, den Zugang zu anderen Zielgruppen zu verlieren, wiegt das Gesundheitsnetzwerk PORT immer wieder kritisch ab, wie sehr demenzspezifische Angebote in den Vordergrund gestellt werden sollten.

Dem Gesundheitsnetzwerk PORT gelang es vor allem durch die Veranstaltungen sehr erfolgreich für Gesundheits- und Pflegethemen zu sensibilisieren. Das Veranstaltungsangebot ist in der Projektregion einzigartig und ein Alleinstellungsmerkmal, was sich auch in einer hohen Teilnahmezahl als hohe Durchdringung ausdrückt. Die Wirkungsweise beschränkt sich dabei nicht nur auf die Wissensvermittlung, sondern auch auf den sozialen und inhaltlichen Austausch der Teilnehmenden untereinander. Die Teilnehmenden äußern sich sehr zufrieden über die Veranstaltungen, empfehlen diese weiter und haben oft schon andere Angebote des Gesundheitsnetzwerkes genutzt. Außerdem nutzt das Gesundheitsnetzwerk PORT die Veranstaltungen, um das weitere Angebot wie die Kurse und die individuelle Unterstützung durch die Case Managerin – diese nimmt in der Regel an den Veranstaltungen teil – zu bewerben und erreicht dabei auch Personen, die (noch) nicht direkt mit dem Thema Pflege konfrontiert sind. In diesem Sinne hat das Handlungsfeld *Demenzsensibles Quartier* einen präventiven Charakter, weil durch ihn das Gesundheitsnetzwerk PORT in der Projektregion bekannt gemacht wird und durch die persönliche Anwesenheit der Case Managerin die Basis für eine vertrauensvolle und kompetente Unterstützung gelegt wird (vgl. Kapitel 4.4).

4.3 Evaluation des Handlungsfeldes Ressourcenstärkung

Das Handlungsfeld *Ressourcenstärkung* besteht aus drei Aktivitäten:

1. *Organisation und Durchführung von Kursen*
2. *Koordination und Vermittlung von Schulungen für Angehörige*
3. *Erstellen und Verteilen eines Demenzwegweisers*

Ziel aller Aktivitäten dieses Handlungsfeldes ist es, Menschen mit Demenz oder andere Personen mit einem Pflegebedarf und ihre jeweiligen pflegenden Angehörigen in ihren Ressourcen zu stärken, gesundheitsbezogenes Wissen zu vermitteln und über passende Angebote zu informieren. Die Analyse des Handlungsfeldes *Ressourcenstärkung* beruht auf 17 qualitativen Interviews mit dem Team von PORT, 3 Interviews mit Klientinnen bzw. Klienten des Case Managements, 4 Interviews mit Stakeholdern, der Zufriedenheitsbefragung der Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer sowie der Dokumentation durch PORT (vgl. Kapitel 4.1.).

Handlungsfeld	Aktivität		
Demenzsensibles Quartier	Organisation und Durchführung von Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Demenz	Organisation und Durchführung von Veranstaltungen für die Öffentlichkeit	Organisation und Durchführung von Schulungen für Change Agents
Ressourcenstärkung	Organisation und Durchführung von Kursen	Koordination und Vermittlung von Schulungen für Angehörige	Erstellen und Verteilen eines Demenzwegweisers
Individuelle Beratung, Begleitung und Unterstützung	Organisation und Durchführung von präventiven Hausbesuchen		Organisation und Durchführung eines Case Managements
Vernetzung & Zusammenarbeit	Vernetzung von und Kooperation mit regionalen Leistungserbringern		Kooperation und Koordination zwischen Case und Care Management

Abbildung 28: Das Handlungsfeld Ressourcenstärkung innerhalb des Modellvorhabens UplandCare

4.3.1 Umsetzung

Die Umsetzung der drei Aktivitäten *Organisation und Durchführung von Kursen*, *Koordination und Vermittlung von Schulungen für Angehörige* und *Erstellen und Verteilen eines Demenzwegweisers* wird im Folgenden getrennt voneinander dargestellt.

4.3.1.1 Organisation und Durchführung von Kursen

Das Gesundheitsnetzwerk PORT hat im Modellvorhaben UplandCare zwei unterschiedliche Kursformate wiederkehrend angeboten: Zum einen den *INSEA-Kurs* und zum anderen den Kurs *Fit mit dem Smartphone*. Beide Kurse werden für die Teilnehmenden kostenfrei angeboten und stellen ein einmaliges Angebot in der Projektregion dar.

Der *INSEA-Kurs* ist die deutsche Version des an der Universität Stanford entwickelten und evidenzbasierten *Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP)* (Lorig, Sobel et al. 1999, Franek 2013). In diesem Kurs wird den Teilnehmenden mit chronischen Erkrankungen oder anderen Beeinträchtigungen vermittelt, wie sie ihre Ressourcen zur Bewältigung ihrer Situation aktivieren und nutzen können. Ziel des Kurses ist es, betroffene Menschen zu befähigen, möglichst lange ein selbstständiges Leben führen zu können. Der Kurs hat sechs Kurseinheiten á 2,5 Stunden und wird von zwei Personen geleitet, von denen mindestens eine Person selbst eine chronische Erkrankung hat. Die Kursleiterinnen stammen aus der Projektregion und kennen sich mit den Gegebenheiten vor Ort gut aus. Neben Menschen mit chronischen Erkrankungen nahmen auch pflegende Angehörige an dem Kurs teil, um einen Umgang mit ihrer oft belastenden Situation zu finden.¹⁶

Der Kurs *Fit mit dem Smartphone* findet im Rahmen des Hessischen Di@-Lotsen-Programms statt. Direkt nach der Pilotphase des Di@-Lotsen-Programms¹⁷ wurde das Gesundheitsnetzwerk PORT im Mai 2022 einer der ersten Digitallotsenstützpunkte in Hessen und ist neben der Stadt Frankenberg (Eder) der einzige Stützpunkt im Landkreis Waldeck-Frankenberg. Der Kurs richtet sich an Seniorinnen und Senioren und vermittelt in sechs Kurseinheiten den sicheren Umgang mit dem Smartphone. Das Gesundheitsnetzwerk PORT legt dabei einen Schwerpunkt auf Gesundheitsthemen und stellt im Rahmen des Kurses den Teilnehmenden die eigene Webseite vor. Der Kurs wird von der Care Managerin mit Unterstützung durch Ehrenamtliche durchgeführt.

Beide Kursformate wurden mehrfach durchgeführt. Seit Herbst 2021 bis Frühling 2025 nahmen insgesamt 75 Personen an beiden Kursen teil (vgl. Tabelle 12: Übersicht Kurse). Von diesen beteiligen sich 41 (54,7 %) an einer Befragung zur Zufriedenheit¹⁸. Fast alle Kurse fanden in den Räumen des Gesundheitsnetzwerkes PORT in Willingen statt. Im Anschluss an die *INSEA-Kurse* hat sich ein Stammtisch von Pflegenden Angehörigen gegründet, der vom Gesundheitsnetzwerk PORT in der Anfangsphase organisatorisch unterstützt wurde. Außerdem treffen sich die ehemaligen Teilnehmenden der *INSEA-Kurse* einmal jährlich zu einem gemeinsamen Frühstück, um weiterhin in einem Austausch zu bleiben. Auch dieses Format wird organisatorisch vom Gesundheitsnetzwerk PORT begleitet. Mit einem *Digitalen Stammtisch* wird ein ähnliches Austauschformat auch für die Teilnehmenden des Kurses *Fit mit dem Smartphone* angeboten, um auch diesen eine Gelegenheit für weitere Fragen und Kontaktmöglichkeiten zu bieten.

¹⁶ Weitere Informationen zu diesem intensiven Programm finden sich im Internet unter:
<https://www.insea-aktiv.de/>

¹⁷ Weitere Informationen zum Di@-Lotsen-Programm finden sich im Internet unter:
<https://staatskanzlei.hessen.de/unsere-themen/demografie/di-lotsen>

¹⁸ Der Kurs *Fit mit dem Smartphone* ab dem 20.03.2025 lag bereits außerhalb des Befragungszeitraums. Die elf teilnehmenden Personen konnten nicht mehr an der Zufriedenheitsbefragung teilnehmen. Demnach lag die tatsächliche Beteiligungsquote der Zufriedenheitsbefragung bei 64,1 %.

<i>Veranstaltungstitel</i>	<i>Datum & Ort</i>	<i>Teilnehmende</i>
INSEA-Kurs (6 Wochen)	09.11.2021, Willingen	9
INSEA-Kurs (6 Wochen)	26.04.2022, Diemelsee	abgesagt
INSEA-Kurs (6 Wochen)	19.09.2022, Willingen	8
INSEA-Kurs (6 Wochen)	24.08.2023, Willingen	11
Fit mit dem Smartphone (6 Wochen)	19.10.2023, Willingen	9
Fit mit dem Smartphone (6 Wochen)	26.03.2024, Willingen	10
Fit mit dem Smartphone (6 Wochen)	28.08.2024, Diemelsee	10
INSEA-Kurs (6 Wochen)	10.09.2024, Willingen	7
Fit mit dem Smartphone (6 Wochen)	20.03.2025, Willingen	11
<i>Geplante Veranstaltungen</i>		
INSEA-Kurs (6 Wochen)	17.11.2025, Willingen	
Letzte Hilfe Kurs – Das kleine 1x1 der Sterbebegleitung	29.11.2025, Willingen	

Tabelle 12: Übersicht Kurse (Dokumentation PORT)

Die meisten Teilnehmenden der Kurse sind 65 Jahre oder älter (90 %) und pflegende Angehörige (20 %) oder Bürgerinnen und Bürger, die weder selbst pflegebedürftig sind noch einen pflegenden Angehörigen versorgen (74,3 %) (vgl. Tabelle 13). Letztere besuchten vor allem den Kurs *Fit mit dem Smartphone*. Wie schon für die Teilnehmenden der Veranstaltungen (vgl. Kapitel 4.2.1) ist das Auto (87,8 %) das wichtigste Verkehrsmittel. Einige Teilnehmende kam zu Fuß oder mit dem Fahrrad (12,2 %), niemand nutzte den ÖPNV oder ein Taxi. Über die Hälfte der Teilnehmenden braucht weniger als 15 Minuten bis zum Kursort. Und fast ein Drittel der Teilnehmenden hat bereits andere Angebote des Gesundheitsnetzwerkes PORT genutzt.

Rolle	Person mit Pflegebedarf	5,7 %
	Pflegender Angehöriger	20 %
	Keiner der Rollen	74,3 %
Alter	Unter 40 Jahre	0 %
	40 bis 64 Jahre	10 %
	65 Jahre oder älter	90 %
Genutztes Verkehrsmittel	Auto	87,8 %
	Zu Fuß/Fahrrad	12,2 %
	ÖPNV	0 %
	Taxi	0 %
Dauer Anreise	Unter zehn Minuten	30,0 %
	10-14 Minuten	32,5 %
	15-19 Minuten	22,5 %
	20 -29 Minuten	12,5 %
	30 und mehr Minuten	2,5 %
Bereits andere Angebote von PORT genutzt	Ja	28,9 %
	Nein	71,1 %

Tabelle 13: Übersicht Teilnehmende Kurse und Schulungen (Zufriedenheitsbefragung Kurse)

Teilnehmende werden vor allem durch Familie, Freunde und Bekannte (39 %), aus der Zeitung (37 %) oder direkt vom Gesundheitsnetzwerk PORT (29 %) auf die Kurse aufmerksam gemacht. Andere Zugangswege spielen im Vergleich dazu eine untergeordnete Rolle (vgl. Abbildung 29). Auffällig ist eine hohe Nachfrage nach den Kursen *Fit mit dem Smartphone*. Teilweise gab es eine Warteliste für die Termine, da die Zahl der Teilnehmenden begrenzt ist.

Der Kurs spricht sich innerhalb sozialer Gruppe herum und teilweise nahmen ganze Bekanntenkreise gemeinsam an dem Kurs teil:

Ja, vom Turnen hatten wir davon gesprochen, dass also dieser Smart. Fit am Smartphone glaube ich hieß es. Und da sag ich, habt ihr denn nicht auch Interesse daran? Ja, und da waren wir dann auch tatsächlich fünf hier, die das mitgemacht haben. Ja. Und das war auch sehr schön. (KT_6B6E507B, Pos. 50)

Dagegen gestaltet sich die Gewinnung von Teilnehmenden für den INSEA-Kurs teilweise schwierig, weshalb ein geplanter Kurs in Diemelsee abgesagt werden musste. Auch war geplant für die Zielgruppen des INSEA-Kurses – chronisch erkrankten oder pflegebedürftige Menschen und ihren Angehörigen – jeweils getrennte Kurse anzubieten. Auch das konnte aufgrund zu geringer Zahl von Teilnehmenden bisher nicht verwirklicht werden. In Experteninterviews werden als Gründe genannt:

- Die Kursinhalte seien schwer in der Außendarstellung zu vermitteln. Begriffe wie *INSEA* oder *Selbstmanagement* seien nicht auf Anhieb zu verstehen.
- Die Zielgruppe sei häufig belastet. Eine Teilnahme an einem Kurs über einen Zeitraum von sechs Wochen sei insbesondere für pflegenden Angehörige auf Grund ihrer Sorgeverantwortung nicht einfach möglich.
- Die Kurse fänden zu unregelmäßig statt, als dass Versorger wie Hausärzte ihre Patientinnen und Patienten an die Kurse vermitteln könnten. Betroffene bräuchten häufig sofort Unterstützung und könnten nicht auf einen Kurs warten.

Für den INSEA-Kurs hat sich für die Rekrutierung deshalb eine direkte Ansprache von Klientinnen und Klienten des Case Managements besonders bewährt; die Hälfte der Teilnehmenden des INSEA-Kurses gibt an, so auf den Kurs aufmerksam geworden zu sein. Die persönliche Ansprache ist zwar besonders aufwendig, scheint aber wegen des bestehenden Vertrauensverhältnisses zwischen der Case Managerin und den Klientinnen und Klienten auch besonders geeignet zu sein. Zusätzlich kennt diese die Situation der Klientinnen und Klienten gut und kann so gezielt Personen ansprechen, die besonders von einer Teilnahme an dem Kurs profitieren können.

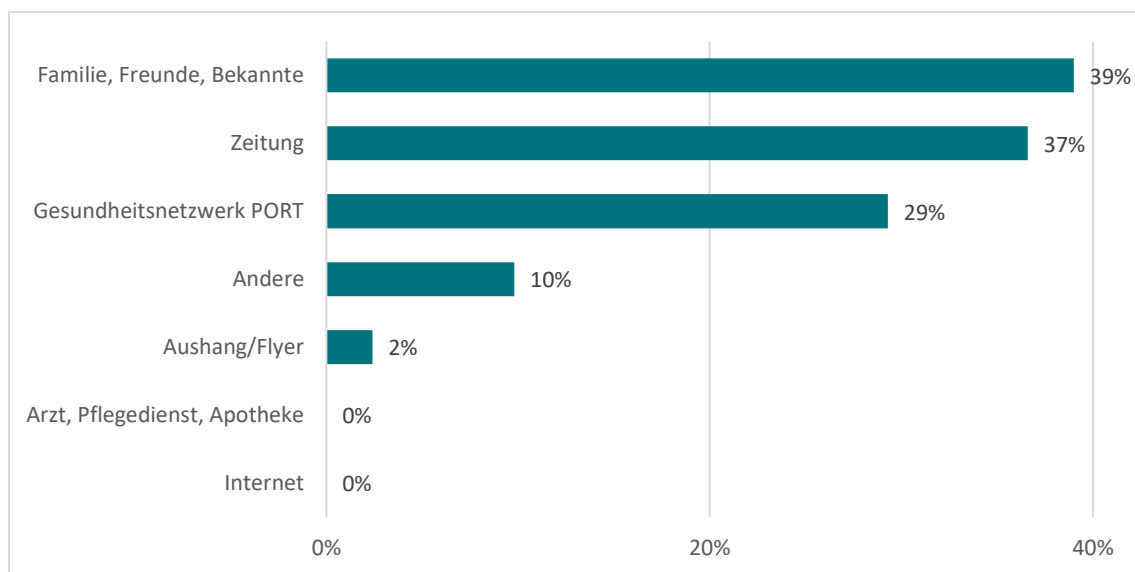


Abbildung 29: Zugangswege zu den Kursen (Zufriedenheitsbefragung Kurse)

Neben den oben genannten Kursen hat das Gesundheitsnetzwerk PORT in Kooperation mit der Gesundheitskasse AOK Hessen und einem regionalen Versorger im Projektzeitraum eine Kursreihe für Pflegefachpersonen der stationären Langzeitpflege angeboten (vgl. Tabelle 14). Die letzten beiden Kurse *Letzte Hilfe* wurden für pflegende Angehörige geöffnet und in der Presse beworben.

<i>Veranstaltungstitel</i>	<i>Datum & Ort</i>	<i>Teilnehmende</i>
Prophylaxe	08.05.2023, Willingen	8
Stürze	08.05.2023, Willingen	8
Demenz im Quartier	09.05.2023, Willingen	21
Deeskalation	09.05.2023, Willingen	25
Letzte Hilfe I	10.05.2023, Willingen	11
Letzte Hilfe II	10.05.2023, Willingen	15

Tabelle 14: Übersicht Kurse für Pflegefachpersonen (Dokumentation PORT)

4.3.1.2 Koordination und Vermittlung von Schulungen für Angehörige

Schulungen für versorgende Angehörige von Menschen mit Demenz – z. B. zur Kommunikation bei Demenz – können einen Beitrag leisten, die Versorgungssituation zuhause zu stabilisieren. Das Gesundheitsnetzwerk PORT wollte deshalb eine Übersicht über bestehen Schulungsmöglichkeiten in der Projektregion oder unmittelbarer Nähe erstellen, um bei Bedarf Angehörige an diese vermitteln zu können. Bisher hat diese Weitervermittlung nicht systematisch stattgefunden, weil ein entsprechendes Schulungsangebot in der Region nicht besteht. Beispielsweise finden zurzeit keine Treffen der Angehörigengruppe Demenz in Korbach¹⁹ statt, es gibt keine lokale Gruppe der Alzheimer Gesellschaft²⁰ und kein Demenznetzwerk²¹ im Landkreis. Die Beschäftigten des Gesundheitsnetzwerkes PORT schätzen ein Schulungsangebot für Angehörige von Menschen mit Demenz grundsätzlich als sehr sinnvoll ein, weil mit einer demenziellen Erkrankung sehr häufig Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen einhergehen, von denen Angehörige – anders als bei anderen chronischen Erkrankungen – schnell überfordert und stark belastet sein können. In Schulungen könnten Angehörige einen guten Umgang mit Menschen mit Demenz erlernen, die über die Edukation im Rahmen des Case Managements hinausgeht:

Aber hier, ich habe das noch nicht gehört, und das fehlt uns eigentlich, denn wir können auch nur zum begrenzten Teil ja da was auffangen. Man kann sich das anhören, man kann auch Infos dazu geben oder vielleicht auch Tipps zum Verhalten, aber das setzt sich nicht. Das ist dann, man ist weg und dann stehen sie wieder davor und die Lage ist angespannt und dann machen sie es wieder verkehrt und es schaukelt sich hoch. Also ich finde einfach, da fehlt das schon. (FG_03, Pos. 221)

Trotzdem hat das Gesundheitsnetzwerk PORT bisher selbst keine mehrtägigen Schulungen für Angehörige von Menschen mit Demenz angeboten, weil antizipiert wurde, dass nicht genügend Teilnehmende gewonnen werden können. Stattdessen bot das Gesundheitsnetzwerk PORT einmalige Veranstaltungen für pflegende Angehörige und hier auch speziell zum Thema Demenz an (vgl. Kapitel 4.2.1), verweist im Demenzwegweiser auf weiterführende, auch digitale Angebote und empfiehlt Angehörigen eine Teilnahme am INSEA-Kurs:

¹⁹ <https://www.landkreis-waldeck-frankenberg.de/leben-geniessen/wohlbefinden-bewahren/pflege-betreuung/angehoerigengruppe-demenz/>

²⁰ https://www.alzheimer-hessen.de/Uebersicht_Hessen

²¹ <https://www.demenzatlus-hessen.de/netzwerke>

Ich bin mir nicht sicher, wenn wir jetzt eine Schulung anbieten würden hier, ob wir da überhaupt drei Leute für finden würden, ehrlich gesagt. [...] so machen wir es ja auch quasi dieses Jahr, dass wir sagen, wir machen einen Vortrag, wo es genau darum geht, und wenn es dann nochmal Rückfragen gibt, kommen die wieder quasi in die Beratung, wir bieten INSEA an, wir bieten einen Stammtisch an, nur es muss ja dann auch Leute geben, die dann auch wirklich dahin kommen, und die auch Lust darauf haben es anzunehmen. (FG_03, Pos. 229)

4.3.1.3 Erstellen und Verteilen des Demenzwegweisers

Im Modellvorhaben UplandCare hat das Gesundheitsnetzwerk PORT einen Demenzwegweiser²² erstellt und bei eigenen Veranstaltungen und im Case Management verteilt. Das Gesundheitsnetzwerk PORT hatte zu Beginn des Modellvorhabens Zweifel an dem Nutzen eines Demenzwegweisers, weil es zum einen bereits gute Demenzwegweiser bzw. Informationsmaterialien zu Demenz von anderen Stellen gibt, und zum anderen durch einen Demenzwegweiser nach außen ein großer Fokus auf das Thema Demenz gelegt worden wäre, wodurch sich anderen Zielgruppen ggf. nicht mehr vom Gesundheitsnetzwerk PORT angesprochen gefühlt hätten. In einer Diskussion innerhalb des Pflegezirkels (vgl. Kapitel 4.5.1) hätten aber vor allem die ambulanten Pflegedienste einen eigenen Demenzwegweiser als sinnvolles Angebot unterstützt, weil die bestehenden Informationsmaterialien häufig sehr umfangreich seien und den Betroffenen nicht dabei helfen würden, passende Unterstützungsangebote in ihrer Region zu finden.

Die Grundidee des Demenzwegweisers und ein Unterscheidungsmerkmal zu bereits bestehenden Angeboten ist es allgemeine Informationen über Demenz mit regionalen Angeboten zu verknüpfen. Dafür gliedert sich der Demenzwegweiser in vier Teile: erstens Risikofaktoren und Anzeichen für eine Demenz, zweitens Diagnosestellung, drittens Therapiemöglichkeiten und das Leben mit Demenz und viertens Informationen für Angehörige. Jeweils passend zu den Inhalten wird immer wieder auf weiterführende Informationen verwiesen, auf das Unterstützungsangebot durch das eigene Case Management aufmerksam gemacht und es werden regionale Angebote und Versorger genannt. Letztere werden teilweise mit eigenen Zitaten und Fotos zum Thema Demenz präsentiert, so dass den Lesenden direkt Ansprechpersonen vorgestellt werden, wodurch Vertrauen zu diesen aufgebaut und Hürden der Kontaktaufnahme abgebaut werden sollen.

4.3.1.4 Exkurs: Demenzspezifik

Es fällt auf, dass in der Projektregion und daran angrenzenden Gemeinden bisher wenig Angebote speziell für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen vorhanden sind. So gibt es beispielsweise keine Angehörigenschulungen, an die das Gesundheitsnetzwerk PORT verweisen könnte. Auch das eigene Kursangebot steht grundsätzlich allen Interessierten offen, wobei sich der *INSEA-Kurs* an chronisch erkrankten Personen und Personen mit Pflegebedarf und ihre jeweiligen Angehörigen richtet. Die Kurse sind also nicht spezifisch auf Personen mit Demenz und ihre Angehörigen ausgerichtet; der *INSEA-Kurs* ist aber auch für Angehörige von Menschen mit Demenz geeignet und unterstützt diese in einem resilienten Umgang mit ihrer Situation. Ob auch Menschen mit Demenz zumindest in frühen Phasen der Erkrankung an diesem Programm teilnehmen können oder ob dafür eine Adaption nötig ist, muss ge-

²² Der Demenzwegweiser ist im Internet abrufbar unter: <https://www.gesundheit-port.de/wp-content/uploads/2024/07/24-04-26-Demenzwegweiser-Digitale-Variante.pdf>

prüft werden (Longstreth 2021). Spezifische Schulungen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen anzubieten, wird angesichts der Größe der Projektregion in Zweifel gezogen, weil durch das Gesundheitsnetzwerk PORT angenommen wird, dass zu wenig Interessenten gewonnen werden können.

Der Demenzwegweiser richtet sich dagegen spezifisch an Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen. Die Zweifel des Gesundheitsnetzwerkes PORT, ob ein eigener Demenzwegweiser überhaupt sinnvoll sei, wurde durch die positive Rückmeldung aus dem Pflegezirkel ausgeräumt. Für die ambulanten Pflegedienste spielt die Versorgung von Menschen mit Demenz im Alltag eine große Rolle, sodass sie sich für dieses Angebot eingesetzt haben. Die hohe Nachfrage nach diesem Wegweiser scheint dies zu bestätigen.

4.3.2 Beeinflussende Faktoren

Durch die Prozessevaluation können folgende Faktoren rekonstruiert werden, die für Umsetzung des Handlungsfelds *Ressourcenstärkung* förderlich oder hinderlich sind:

1. Räumliche Nähe zu den Teilnehmenden

Für die Gewinnung von Teilnehmenden für die Kurse ist ein förderlicher Faktor die räumliche Nähe des Gesundheitsnetzwerkes PORT. Dadurch sind die Fahrzeiten für die Teilnehmenden gering und die Teilnahmebereitschaft steigt. Allerdings zeigt sich, dass fast alle Teilnehmenden das Auto als Verkehrsmittel nutzen und insbesondere der ÖPNV nicht genutzt wird.

2. Vertrauen in das Angebot des Gesundheitsnetzwerkes PORT

Noch stärker wirkt sich das Vertrauen in das Gesundheitsnetzwerk PORT positiv auf die Teilnahmebereitschaft aus. Teilnehmende haben bereits andere Angebote genutzt und sind damit zufrieden. Insbesondere eine gezielte und persönliche Einladung zu den Kursen durch die Case Managerin steigert die Teilnahmebereitschaft. Dies ist in der vertrauensvollen Beziehung zur Case Managerin begründet.

3. Nutzungsmöglichkeit der eigenen Räume

Das Gesundheitsnetzwerk PORT verfügt über die Möglichkeit, eigene Räume unkompliziert für die Kurse nutzen zu können. Das erleichtert deren Organisation und Durchführung.

4. Sorgeverpflichtung der Teilnehmenden

An den INSEA-Kursen nehmen häufig pflegende Angehörige teil, für die eine Teilnahme mitunter schwer mit den Sorgeverpflichtungen vereinbar ist. Sie sind darauf angewiesen, dass die Kurse pünktlich beginnen und enden, um rechtzeitig wieder bei ihren pflegebedürftigen Angehörigen zu sein.

5. Eigene Überzeugungen

Die Beschäftigten des Gesundheitsnetzwerkes PORT sind zu Beginn des Modellvorhabens nicht von der Umsetzung des Demenzwegweisers überzeugt, weil sie darin zum einen ein Doppelangebot zu bereits bestehenden Informationsangeboten sehen und zum anderen nach außen nicht als Anbieter von Angeboten ausschließlich für Personen mit Demenz in Erscheinung treten wollen. Dies führt dazu, dass die Umsetzung des Demenzwegweisers zunächst zurückgestellt wird.

6. Austausch im Netzwerk

Im Rahmen des Pflegezirkels tauscht sich das Gesundheitsnetzwerk PORT mit regionalen Versorgern aus und diskutiert mit diesen das eigene Angebot. Damit wird der Pflegezirkel zu einem wichtigen Reflexionsraum, aus dem das Gesundheitsnetzwerk PORT Impulse für das eigene Angebot zieht.

4.3.3 Ergebnis und Zufriedenheit

Die Teilnehmenden äußern eine sehr hohe Zufriedenheit mit den Kursangeboten. Insgesamt sind sie sehr (93 %) oder überwiegend (7 %) zufrieden (vgl. Abbildung 30).

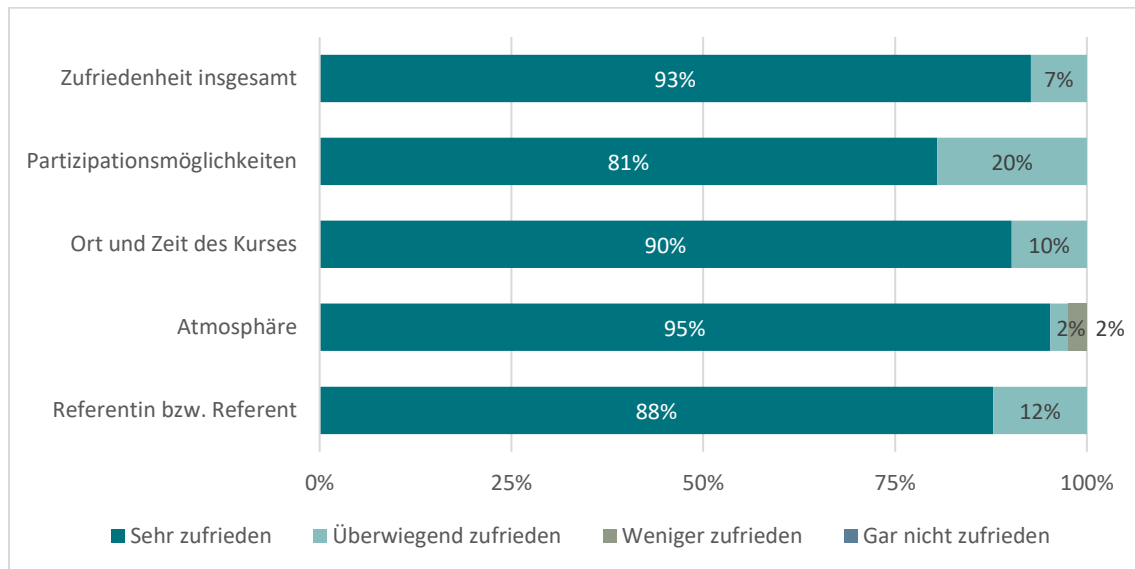


Abbildung 30: Zufriedenheit mit den Kursen (Zufriedenheitsbefragung Kurse)

Alle Befragten würden das Angebot von PORT weiterempfehlen und viele drücken ihre Zufriedenheit auch im Freitextfeld der Zufriedenheitsbefragung aus:

- *Eine super Sache.*
- *Es war sehr anregend und erfrischend mit jungen Menschen die Möglichkeiten zu erfahren, die uns das Smartphone liefert. Herzlichen Dank!*
- *Für mich war alles positiv. Würde an einem Folgekurs wieder teilnehmen. Kann ich nur weiterempfehlen. Ganz vielen Dank!*
- *Schade, dass der Kurs schon zu Ende ist!!*
- *Wir sind sehr zufrieden und haben schon einige Angebote wahrgenommen.*

Die hohe Gesamtzufriedenheit drückt sich auch in den einzelnen Zufriedenheitsdimensionen aus. Hier fällt vor allem auf, dass fast alle Teilnehmenden sehr zufrieden mit der Atmosphäre (95 %) und dem Ort und der Zeit (90 %) des Kurses sind.

Die Teilnehmenden geben an, dass sie die Kursinhalte voll und ganz (22 %) oder zum überwiegenden Teil (78 %) im Alltag nutzen können (vgl. Abbildung 31). Dies Einschätzung bringen die Teilnehmenden auch im Freitextfeld der Zufriedenheitsbefragung zum Ausdruck:

- *Es hat mir sehr gut gefallen. Wurde toll erklärt, sodass man es gut verstehen konnte. Es wurde einem super geholfen.*
- *Zu Beginn konnte jede Teilnehmerin ihre Vorstellungen über das, was sie gern mit dem Handy nutzen möchte äußern. Diese Erwartungen wurden zur vollsten Zufriedenheit von dem eifrigen kompetenten Dreierteam erfüllt. Es wurden viele alltagstäglichen Tipps vermittelt, die hoffentlich gut im Gedächtnis haften?! Herzlichen Dank, dass wir dieses Angebot nutzen konnten. Der Kurs hat viel Freude bereitet: Einer für alle, alle für einen.*
- *Es war sehr lehrreich.*
- *Viele der angesprochenen Punkte konnte ich auch zu Hause anwenden.*

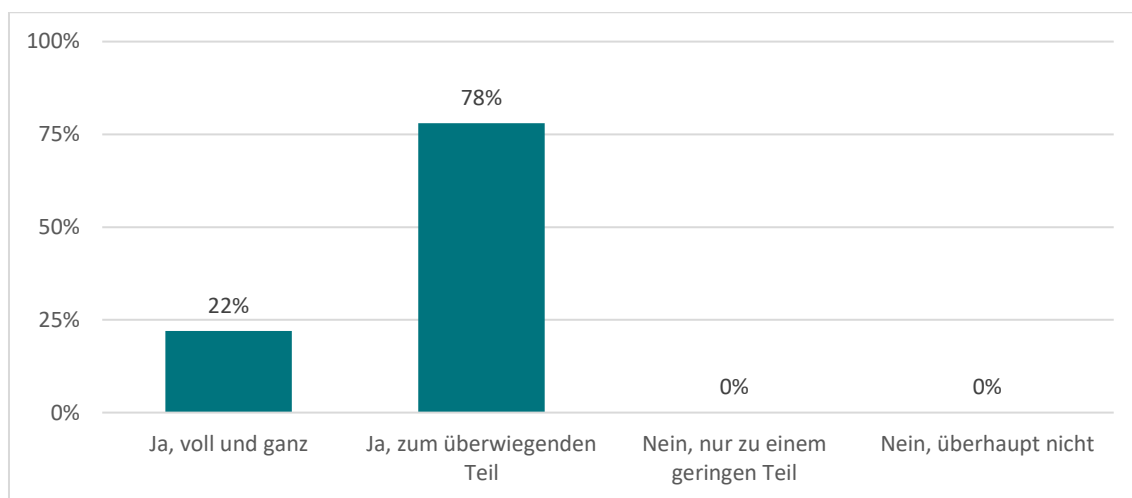


Abbildung 31: Nutzen der Kursinhalte im Alltag (Zufriedenheitsbefragung Kurse)

Im Vergleich zu den Veranstaltungen im Handlungsfeld *Demenzsensibles Quartier* (vgl. Kapitel 4.2.3) gibt niemand an, dass die Kursinhalte nicht oder nur zu einem geringen Teil im Alltag nutzbar sind. Allerdings geben im Vergleich auch weniger Teilnehmende der Kurse an, dass die Kursinhalte voll und ganz im Alltag nutzbar sind. Das insofern auffällig, als dass zu erwarten gewesen wäre, dass die über einen langen Zeitraum andauernden Kurse im Vergleich zu den Veranstaltungen einen sehr hohen Nutzen im Alltag haben.

Bei näherer Betrachtung fällt auf, dass nur ein Teilnehmender der INSEA-Kurse (10 %) angibt, die Inhalte im Alltag voll und ganz nutzen zu können. Das ist im Vergleich zu 74,2 % der Teilnehmenden der Kurse *Fit mit dem Smartphone* vergleichsweise wenig (vgl. Tabelle 15).

Auch wenn die meisten Teilnehmenden der INSEA-Kurse angeben, dass die Kursinhalte überwiegend nützlich im Alltag sind, könnte geprüft werden, ob andere Schwerpunktsetzungen in den INSEA-Kursen sinnvoll sind. Allerdings muss dabei berücksichtigt werden, dass überhaupt nur

- Die persönliche Ansprache und eine vertrauensvolle Beziehung helfen Teilnehmende für die Kurse zu gewinnen
- Die Teilnehmenden sind sehr zufrieden mit den Kursen und können das Gelernte in ihrem Alltag nutzen
- Der Demenzwegweiser wird stark nachgefragt. Er zeichnet sich dadurch aus, dass er allgemeine Informationen zu Demenz mit regionalen Angeboten verbindet.

10 Teilnehmende der INSEA-Kurse an der Zufriedenheitsbefragung teilgenommen haben. Eine weitere Evaluation der INSEA-Kurse wäre deshalb sinnvoll.

	<i>Nutzbarkeit der Kursinhalte im Alltag</i>	
	<i>Ja, voll und ganz</i>	<i>Ja, zum überwiegenden Teil</i>
Fit mit dem Smartphone	23 (74,2 %)	8 (25,8 %)
INSEA-Kurs	1 (10 %)	9 (90 %)

Tabelle 15: Vergleich zwischen den Kursen bezüglich der Nutzbarkeit im Alltag (Zufriedenheitsbefragung Kurse)

Über die Kursinhalte hinaus, ist aber auch der Austausch unter den Teilnehmenden – besonders im INSEA-Kurs – sehr relevant. Häufig befinden sie sich in ähnlichen Situationen und können so voneinander lernen und sich unterstützen:

Das hat uns gutgetan. Miteinander sprechen, jeder hat irgendwo was. [...] Man ist nachher so im Tunnel selber drin. Denkt nicht mehr an sich und merkt, es geht immer, wird immer schlechter. Und dass man auch da rausgeholt wird. Das ist eine ganz tolle Sache, muss ich einfach sagen. (KT_62831C66, Pos. 76)

Bezüglich des Demenzwegweisers lassen sich nur indirekt Rückschlüsse auf die Zufriedenheit ziehen. Das Gesundheitsnetzwerk PORT hat innerhalb kurzer Zeit fast alle Exemplare der ersten Auflage (250 Stück) verteilt und berichtet, dass die Demenzwegweiser auf den Veranstaltungen sehr begehrt ist. Diesen Erfolg nimmt das Gesundheitsnetzwerk PORT zum Anlass, einen Pflegewegweiser mit ähnlicher Zielsetzung und Struktur zu entwickeln.

Es kann angenommen werden, dass der Demenzwegweiser dadurch wirkt, dass er zum Thema Demenz sensibilisiert und erstes Wissen bezüglich der Diagnosestellung und des Lebens mit der Erkrankung vermittelt und auf weitere Informationsmöglichkeiten verweist. Dadurch stellt er einen niedrigschwelligen Zugang dar. Gleichzeitig werden im Demenzwegweiser regionale Ansprechpersonen und das eigene Case Management genannt, sodass Hilfesuchende wissen, an wen sie sich wenden können und Barrieren in der Kontaktaufnahme abgebaut werden können. Neben dem Nutzen für Betroffene hat der Erstellungsprozess des Demenzwegweisers an sich auch positive Impulse für die Netzwerkarbeit gegeben, weil seine Konzeption nicht nur im Pflegezirkel besprochen wurde, sondern einige Netzwerkpartner auch aktiv beim Erstellen des Demenzwegweisers beteiligt waren. Sie haben entweder einzelne Teile auf inhaltliche Richtigkeit geprüft oder sich im Demenzwegweiser selbst zum Thema Demenz äußern können. Diese Form der Zusammenarbeit wurde von PORT als positiv wahrgenommen.

Also deswegen meinte ich, dass für die Netzwerkarbeit war das irgendwie gut, weil sich alle so ein bisschen selber darstellen konnten in dem Wegweiser, beziehungsweise daran mitarbeiten. Und ich fand, das war eigentlich ganz nett, so in der Zusammenarbeit, weil am Ende auch so ein physisches Produkt rausgekommen ist. Also was ganz Konkretes, wo man auch einfach irgendwie so weiß, da hat man mitgearbeitet. (PORT_6A8ABAF_19, Pos. 28)

4.3.4 Diskussion und Fazit

Im Handlungsfeld *Ressourcenstärkung* schafft das Gesundheitsnetzwerk PORT für die Projektregion einzigartige Angebote. Sowohl das Kursangebot – bestehend aus den Kursen *Fit mit dem Smartphone* und *INSEA* – als auch der Demenzwegweiser werden sehr gut nachgefragt. Bisher wurden fast alle Demenzwegweiser der ersten Auflage (250 Exemplare) verteilt und 75 Personen haben an den Kursen teilgenommen. Wodurch eine hohe Durchdringung in der Projektregion zum Ausdruck kommt. Die Koordination und Vermittlung an Schulungen für Angehörige erfolgte bisher nicht systematisch, da in der

Projektregion keine entsprechenden Schulungen bestehen, an die vermittelt werden konnte. Das Gesundheitsnetzwerk PORT plant selbst keine Schulungen durchzuführen, weil die Gewinnung von Teilnehmenden zu diesem spezifischen Thema als schwierig eingeschätzt wird. Dafür wurde das Thema Demenz aber weiterhin in Veranstaltungen behandelt und als Teil dessen auch Vorträge zum Umgang mit Demenz angeboten. Jenseits des Demenzwegweisers richten sich die Aktivitäten in diesem Handlungsfeld nicht ausschließlich an Personen mit Demenz und ihre Angehörigen.

Die Teilnehmenden der beiden Kursformate unterscheiden sich: An beiden Kursen nehmen zwar ältere Personen teil, im Kurs *Fit mit dem Smartphone* sind diese meistens aber weder selbst pflegebedürftig noch pflegen sie einen Angehörigen. Neben der Wissensvermittlung im Umgang mit dem Smartphone trägt der Kurs so dazu bei, die Teilnehmenden auch auf andere Angebote des Gesundheitsnetzwerkes PORT aufmerksam zu machen, die bisher (noch) keinen Unterstützungsbedarf haben. Es ist anzunehmen, dass dadurch Barrieren der Kontaktaufnahmen zur Case Managerin abgebaut werden, wenn die Teilnehmenden zukünftig einen entsprechenden Bedarf haben. Die Teilnehmenden erfahren häufig aus der Zeitung und aus dem eigenen sozialen Netzwerk von dem Kurs.

Die Teilnehmenden der *INSEA-Kurse* sind dagegen entweder selbst pflegebedürftig oder pflegen einen Angehörigen. Letzteren fällt es zum Teil schwer, die Teilnahme am Kurs mit ihren Sorgeverpflichtungen zu vereinbaren. In dieser belastenden Situation hat sich die direkte Ansprache und Einladung am Kurs teilzunehmen als zwar aufwendiger, aber erfolgreicher Zugangsweg bewährt. Für zukünftige Kurse und Schulungen zu spezifischen Themen könnte die Kooperation mit den regionalen Versorgern – hier vor allem die ambulanten Pflegedienste – weiter ausgebaut werden, um individuell Personen zu rekrutieren. Auch wenn bisher keine Teilnehmenden für die Kurse durch Netzwerkpartner gewonnen wurden, scheint die gezielte Ansprache und Werbung in dieser Zielgruppe der erfolgversprechendste Weg zu sein. Für die Teilnehmenden der *INSEA-Kurse* ist darüber hinaus der Austausch untereinander und die Möglichkeit nach den Kursen weiterhin in Kontakt zu bleiben und sich zu unterstützen ein großer Gewinn.

Neben diesen positiven Effekten für die Teilnehmenden und Nutzenden des Demenzwegweisers, sind die Aktivitäten in diesem Handlungsfeld auch für die Netzwerkarbeit mit den regionalen Versorgern relevant. So erleben die Beschäftigten des Gesundheitsnetzwerkes PORT die Diskussion und Rückmeldung im Pflegezirkel sowie die gemeinsame Arbeit am Demenzwegweiser positiv und als Gewinn für die Vernetzungsarbeit. Insgesamt gelingt es dem Gesundheitsnetzwerk PORT in diesem Handlungsfeld des Modellvorhabens UplandCare so sich als relevanter Akteur sowohl für die Zielgruppe als auch die regionalen Versorger zu etablieren.

4.4 Evaluation des Handlungsfeldes Individuelle Beratung, Begleitung und Unterstützung

Das Handlungsfeld *Individuelle Beratung, Begleitung und Unterstützung* besteht aus den zwei Aktivitäten *Präventive Hausbesuche* und *Case Management*. Ziel war es, erstens durch präventive Hausbesuche einen frühen Zugang zur Zielgruppe von UplandCare zu erhalten, um diese bei Bedarf im Case Management intensiv zu betreuen, und zweitens das bereits bestehende Case Management zu verstetigen und an den Bedarfen von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen auszurichten.

Handlungsfeld	Aktivität		
Demenzsensibles Quartier	Organisation und Durchführung von Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Demenz	Organisation und Durchführung von Veranstaltungen für die Öffentlichkeit	Organisation und Durchführung von Schulungen für Change Agents
Ressourcenstärkung	Organisation und Durchführung von Kursen	Koordination und Vermittlung von Schulungen für Angehörige	Erstellen und Verteilen eines Demenzwegweisers
Individuelle Beratung, Begleitung und Unterstützung	Organisation und Durchführung von präventiven Hausbesuchen		Organisation und Durchführung eines Case Managements
Vernetzung & Zusammenarbeit	Vernetzung von und Kooperation mit regionalen Leistungserbringern		Kooperation und Koordination zwischen Case und Care Management

Abbildung 32: Das Handlungsfeld Individuelle Beratung, Begleitung und Unterstützung innerhalb des Modellvorhabens UplandCare

Die Analyse des Handlungsfeldes *Individuelle Beratung, Begleitung und Unterstützung* beruht auf 17 qualitativen Interviews mit dem Team von PORT, 10 Interviews mit Klientinnen bzw. Klienten des Case Managements, 16 Interviews mit Stakeholdern, der Zufriedenheitsbefragung der Klientinnen bzw. Klienten sowie der Dokumentation mit Quovero und SmapOne (vgl. Kapitel 4.1.).

4.4.1 Umsetzung

Im logischen Modell (vgl. Abbildung 32) werden *Präventive Hausbesuche* und *Case Management* als zwei unterschiedliche Aktivitäten dargestellt. So war ursprünglich angedacht, die präventiven Hausbesuche nach Möglichkeit zusammen mit der Gemeindepflegerin durchzuführen und separat zu dokumentieren. Die organisatorische Trennung von präventiven Hausbesuchen und Case Management wird im Projektverlauf nicht wie geplant realisiert. Tatsächlich melden sich Klientinnen und Klienten immer mit einem konkreten Anlass beim Gesundheitsnetzwerk; ein rein präventiver und anlassloser Hausbesuch wird nicht nachgefragt. Gleichzeitig sind – wie noch gezeigt werden wird – nicht alle Case-Management-Fälle komplex, sodass einige dieser Fälle eher den Charakter eines präventiven Hausbesuchs haben. In der Konsequenz lassen sich *Präventive Hausbesuche* und das *Case Management* nicht

als zwei getrennte Aktivitäten darstellen. Vielmehr gibt es Case Management Fälle von unterschiedlicher Komplexität. Im Folgenden wird daher nur das Case Management dargestellt. Hierzu zählen jedoch auch Erstkontakte, die noch keinen komplexen Versorgungsbedarf aufweisen und daher entsprechend der ursprünglichen Konzeption auch als präventive Hausbesuche bezeichnet werden könnten.

4.4.1.1 Nutzerinnen und Nutzers des Case Managements

Von Anfang Oktober 2022 bis Ende September 2024 wurden 117 Personen der Projektregion neu durch das Case Management des Gesundheitsnetzwerkes PORT beraten, begleitet und unterstützt. Dabei wurden durchschnittlich 15 Personen pro Quartal neu in das Case Management eingeschrieben. Diese Zahlen verdeutlichen, dass von den eingangs geschätzten 385 zuhause lebenden pflegebedürftigen Personen in der Projektregion ein sehr hoher Anteil durch das Gesundheitsnetzwerk PORT erreicht wurde. Es kann festgehalten werden, dass das Case Management erfolgreich implementiert wurde und einen hohen Anteil (30,4 %) der Zielgruppe erreicht.

Der überwiegende Teil (vgl. Tabelle 16) der durch die Case Managerin im Case Management unterstützten Personen ist weiblich (61,5 %) und zwischen 65 und 84 Jahre (50 %) bzw. 85 Jahre und älter (30,1 %). Die hohe Anzahl an alleinlebenden und verwitweten Klientinnen und Klienten ist auffällig. Insbesondere Frauen sind hier stärker betroffen als Männer: 57 % der Frauen sind verwitwet, während dies nur auf 21 % der Männer zutrifft. Zudem leben 40 % der Frauen alleine, verglichen mit 32 % der Männer. Im Gegensatz dazu leben 60 % der Männer mit ihrer Partnerin zusammen, während dieser Anteil bei Frauen lediglich 28 % beträgt. Die Hauptpflegeperson ist meistens die Tochter bzw. der Sohn (38 %) oder die (Ehe-)Partnerin/der (Ehe-)Partner (25 %); für knapp ein Drittel der Klientinnen und Klienten sind allerdings überhaupt keine versorgenden Angehörigen angegeben.

Geschlecht	Weiblich	61,5 %
	Männlich	38,5 %
Alter	Unter 40	1,0 %
	40 bis 64	18,3 %
	65 bis 84	50,0 %
	Über 85	30,8 %
Wohnort	Willingen	76,9 %
	Diemelsee	23,1 %
Wohnsituation	Mit Partner	40,6 %
	Allein Lebend	36,8 %
	Mit Familienangehörigen	22,6 %
Familienstand	Verheiratet/Partner	45,9 %
	Verwitwet	43,1 %
	Geschieden	6,4 %
	Ledig	4,6 %
Hauptpflegeperson	Tochter/Sohn	37,6 %
	(Ehe-)Partner	24,8 %
	Sonstige	8,5 %
	Keine	29,1 %

Tabelle 16: Demografische Informationen der Klientinnen und Klienten des Case Managements (Quovero)

Über 50 % der Klientinnen und Klienten haben beim Erstkontakt mit der Case Managerin keinen Pflegegrad; etwa 10 % haben einen Pflegegrad 1 oder 3 und knapp 20 % haben den Pflegegrad 2. Im Versorgungsverlauf nimmt der Anteil an Personen ohne Pflegegrad auf etwas über einen Drittel (38 %) ab und gleichzeitig vor allem der Anteil an Klientinnen und Klienten mit Pflegegrad 1 (15 %), 2 (27 %) und

3 (15 %) zu. Dieser Anstieg der Pflegegrade, lässt sich vor allem auf die Tätigkeit der Case Managerin zurückführen, weil sehr häufig zu Beginn der Versorgung die Antragsstellung des Pflegegrades steht, um die nötige Unterstützung organisieren zu können.

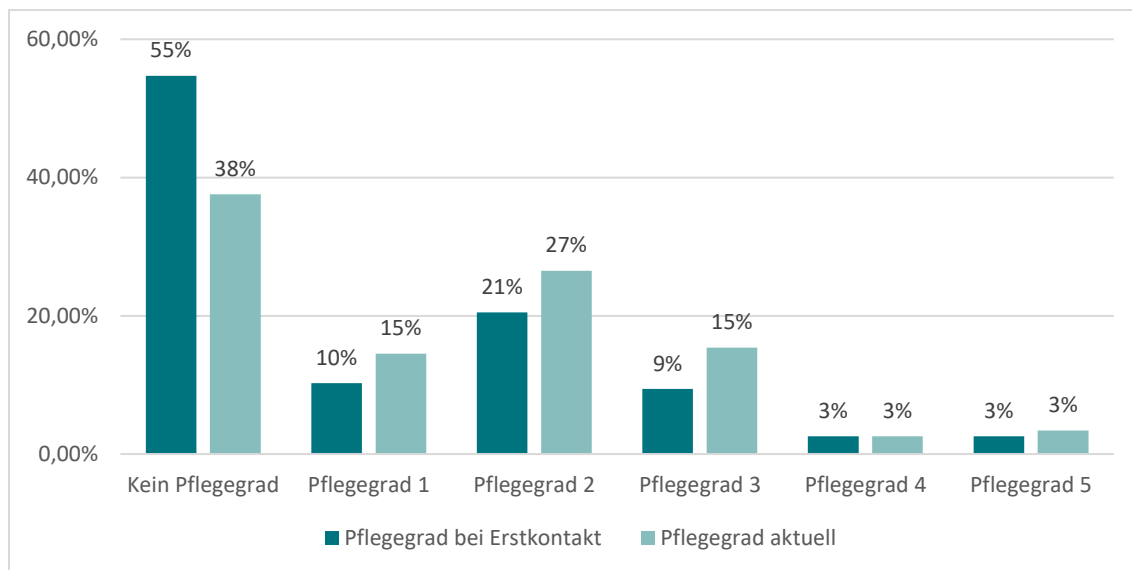


Abbildung 33: Pflegegrad der Klientinnen und Klienten (Quovero)

Etwa jede dritte Klientin bzw. jeder dritte Klient ist von einer Herz-Kreislauf-Erkrankung und/oder einer Muskuloskelettalen Erkrankung betroffen, womit diese Gruppen von Erkrankungen am häufigsten vorkommen (vgl. Abbildung 34). Etwa 17 % der Klientinnen und Klienten sind von einer neurologischen oder neuropsychiatrischen Erkrankung betroffen, wobei in über der Hälfte dieser Fälle (n=11) eine Demenz die Ursache der Erkrankung ist. Weitere Erkrankungen wie Stoffwechselerkrankungen, chronische Erkrankungen der Atemwege oder Krebserkrankungen kommen bei etwas jeweils 10 % der Klientinnen und Klienten vor. Etwa 9 % der leiden unter drei oder mehr chronischen Erkrankungen, für knapp 20 % wurde keine chronische Erkrankung dokumentiert.

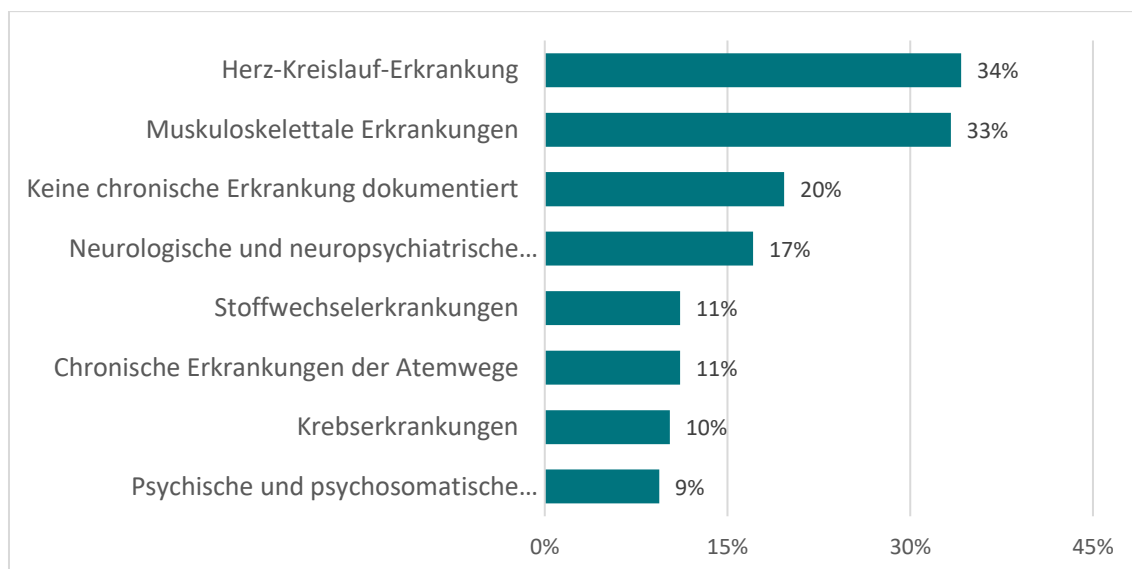


Abbildung 34: Erkrankungen der Klientinnen und Klienten (Quovero)

Zusammenfassend sind die Klientinnen und Klienten von PORT ältere Personen, bei denen häufig ein Pflegebedarf vorliegt. Sie wohnen zu einem größeren Teil in Willingen zusammen mit ihren Partnern oder anderen Familienmitgliedern, allerdings lebt ein beachtlicher Teil der Klientinnen und Klienten auch alleine, ohne versorgende Angehörige aus dem engen sozialen Netzwerk.

- Im Zeitraum von zwei Jahren wurden 117 Personen neu durch das Case Management versorgt.
- Die Klientinnen und Klienten wohnen häufiger in Willingen als in Diemelsee und zu mehr als einem Drittel alleine.
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Muskuloskelettale Erkrankungen kommen am häufigsten vor.

Neben diesen ins Case Management eingeschriebenen Fällen, berät die Case Managerin durchschnittlich 20 weitere Personen pro Quartal zu pflegerelevanten Aspekten, ohne dass sie ins Case Management aufgenommen werden. Typisch sind hier allgemeine Fragen zum Pflegegrad oder Informationsbedarfe hinsichtlich regio-

ner Versorgungsangebote. Bei diesen Personen ist es aber nicht ausgeschlossen, dass sie im weiteren Verlauf intensiver durch die Case Managerin betreut werden und im Sinne eines Case Managements versorgt werden. Zusätzlich wird die Case Managerin auch immer wieder von Personen außerhalb der eigentlichen Zielgruppe kontaktiert. Dies sind beispielsweise Touristinnen bzw. Touristen auf der Suche nach einer ärztlichen Versorgung oder anderen Gesundheitsangeboten, die über die Webseite (vgl. Kapitel 4.2.14.2) auf PORT aufmerksam werden, oder Personen außerhalb der Projektregion, die zwar prinzipiell in die Zielgruppe fallen, aber aufgrund der regionalen Zuständigkeit nicht im Rahmen von UplandCare versorgt werden können.

4.4.1.2 Zugangswege zum Case Management

Es ist ein erklärtes Ziel des Gesundheitsnetzwerkes PORT, frühzeitig einen Zugang zur Zielgruppe zu erhalten und dabei auch Menschen zu erreichen, die sonst keinen oder nur einen späten Zugang zum Gesundheits- und Pflegesystem erhalten würden. Innerhalb der Projektlaufzeit hat das Gesundheitsnetzwerk PORT eine Vielzahl unterschiedlicher Maßnahmen ergriffen, um möglichst früh einen Zugang zur Zielgruppe herzustellen, dazu gehören unter anderem:

1. Öffentlichkeitsarbeit und Werbung in Form von Pressemitteilungen, durch das Erstellen und Verteilen von Flyern und Plakaten und das Erstellen der Webseite.
2. Vorstellung des Case Managements und der Case Managerin im Rahmen eigener Veranstaltungen wie der Vortragsreihe zur Demenzversorgung, den *INSEA-Kursen* oder den Kursen *Fit mit dem Smartphone*.
3. Vorstellung des Case Managements und der Case Managerin im Rahmen von Veranstaltungen oder regelmäßigen Treffen von lokalen Gruppen oder Vereinen.
4. Verteilen von Notfallmappen²³, inklusive „Beratungsgutscheinen“.

²³ Die Notfallmappe wurde von PORT im Rahmen des UplandCare Projektes entwickelt. Sie bietet den Klientinnen und Klienten sowie allen weiteren interessierten Personen die Möglichkeit, wichtige Dokumente wie Patientenverfügung, Vorsorgevollmachten oder den Medikamentenplan für einen – auch ungeplanten – Krankenhausaufenthalt an einem Ort zu haben. Ursprünglich war die Notfallmappe als Türöffner für die *Präventiven Hausbesuche* geplant, indem beim Verteilen (z. B. im Rahmen eigener Veranstaltungen) Hilfe beim Füllen der Notfallmappe angeboten wurde. Diese Funktion als Türöffner hat die Notfallmappe teilweise erfüllt, gleichwohl

5. Laufender und zielgerichteter Austausch mit Netzwerkpartnern und anderen Kooperationspartnern.

Das Gesundheitsnetzwerk PORT sucht dabei immer wieder nach neuen Möglichkeiten, um einen niedrigschwelligen Zugang zur Zielgruppe zu finden. Beispielhaft dafür steht die Kooperation mit dem Rettungsdienst und die Gestaltung der Informationsmaterialien:

1. Mit dem ansässigen Rettungsdienst gibt es die Vereinbarung, dass dieser Informationsmaterialien über das Gesundheitsnetzwerk PORT und Kontaktdaten zur Case Managerin auf den Rettungsfahrzeugen mitführt. Bei Rettungseinsätzen in der Projektregion können diese an Menschen mit weitergehenden Unterstützungsbedarf ausgehändigt werden. Es komme immer wieder vor, dass der Rettungsdienst gerufen werde und sich beim Eintreffen der Einsatzkräfte herausstellt, dass weniger ein akuter Notfall als vielmehr eine komplexe Versorgungssituation vorliege. Oder aber, dass bereits beim Notfalleinsatz absehbar ist, dass sich eine längerfristige Betreuungs- oder Pflegesituation im Anschluss ergeben kann. In beiden Fällen könne durch die Weitergabe der Kontaktinformationen ein Zugang zum Case Management von PORT hergestellt werden.
2. Das Gesundheitsnetzwerk PORT legt großen Wert auf die Gestaltung seiner Informationsmaterialien. In Bezug auf das Case Management ist dabei auffällig, dass nicht nur die Kontaktdaten zur Case Managerin aufgeführt werden, sondern diese namentlich und mit Foto genannt wird. Die Case Managerin wird persönlich bekanntgemacht. Das soll Vertrauen stiften und den Zugang erleichtern.

Insgesamt ist das Öffnen von Zugangswegen zu PORT mit einem hohen personellen Aufwand verbunden. Die Teilnahme an Veranstaltungen, die Gestaltung von Informationsmaterialien und die persönliche Kontaktpflege bzw. der Kontaktaufbau zu Versorgern ist zeitlich aufwendig. Insbesondere die Kontaktpflege zeigt sich dabei als fortlaufender Prozess: Es ist nicht ausreichend, den Versorgern einmalig das Case Management vorzustellen; vielmehr müssen Kontakte zu den Versorgern kontinuierlich gepflegt werden, was sich aufgrund der Personalfluktuations im Gesundheitswesen unter Umständen als herausfordernd darstellen kann (vgl. Kapitel 4.5.2).

In der Quovero-Dokumentation zeigt sich, dass die Zugangswege zum Case Management übereinstimmend mit den Maßnahmen von PORT vielfältig sind (vgl. Abbildung 35). Empfehlungen durch die Netzwerkpartner (38 %) und durch das persönliche Netzwerk der Klientinnen und Klienten (22 %) sowie durch die Öffentlichkeitsarbeit von PORT (22 %) sind dabei die wichtigsten Zugangswege. Eine Kontaktherstellung durch ein Krankenhaus oder eine Kranken-/Pflegekasse erfolgt dagegen nur selten. In zwölf Prozent der Fälle ist kein Zugangsweg dokumentiert.

besteht eine hohe Nachfrage nach den Notfallkarten; während der Projektlaufzeit wurden über 1000 Notfallkarten verteilt. Das Deckblatt der Notfallkarte befindet sich in Anlage 9. Weitere Informationen zur Notfallkarte finden sich auf der Webseite von PORT unter: <https://www.gesundheit-port.de/notfallkarte/>

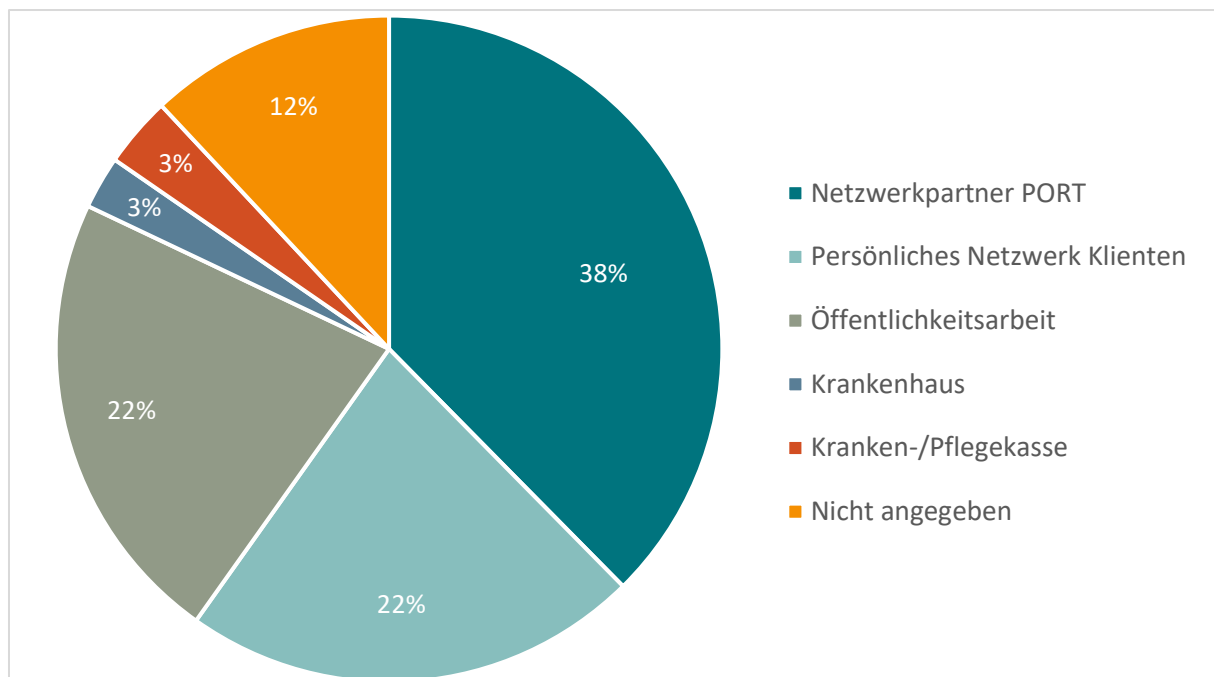


Abbildung 35: Zugangsweg zum Case Management (Quovero, n=117)

Es gibt keine klaren Indikatoren oder verbindliche Absprachen darüber, wann Netzwerkpartner Personen an PORT vermitteln. Vielmehr sprechen Netzwerkpartner allgemein von einem erhöhten Hilfe- oder Informationsbedarf, Versorgungslücken, komplexen Fällen, instabilen Situation oder einem Bedarf nach Hilfsmitteln oder Wohnraumanpassungen, bei denen auf das Case Management von PORT verwiesen wird. Insgesamt scheinen Netzwerkpartner immer dann an PORT zu vermitteln, wenn ein Versorgungs- und Beratungsbedarf besteht, der im Rahmen ihrer eigenen Tätigkeit nicht gedeckt werden kann, weil er entweder zu zeitaufwendig oder nicht abrechenbar ist oder über die eigene Expertise bzw. den eigenen Aufgabenbereich hinausgeht. Es zeigt sich dabei, dass Netzwerkpartner vor allem dann an die Case Managerin weitervermitteln, wenn sie positive Erfahrungen mit der Vermittlung gemacht haben und der Arbeit der Case Managerin vertrauen. Die Gewissheit, dass bei einer Vermittlung an das Case Management eine gute Versorgung sichergestellt ist, wird beispielsweise in einem Interview mit einem Netzwerkpartner geäußert:

Ne, das ist ja halt auch wichtig, dass man weiß, ich komme hier an meine Grenzen, ich kann das dann aber abgeben und weiß, dass da eine weitere vernünftige Versorgung auch erfolgt. (SH_72F7263F, Pos. 24)

Ganz überwiegend erfolgt die Vermittlung durch die Weitergabe der Kontaktdaten der Case Managerin (z. B. in Form von Flyern), sodass sich die Klientinnen und Klienten in der Regel mit einem konkreten Anliegen an die Case Managerin wenden. Aber in etwa 8 % der Fälle geht die Kontaktaufnahme von der Case Managerin selbst aus. In diesen Fällen gibt meistens ein Netzwerkpartner mit Einverständnis der betroffenen Person die Kontaktdaten an die Case Managerin weiter; manchmal weisen aber auch Personen aus dem sozialen Umfeld (z. B. Nachbarn) die Case Managerin auf eine Person mit Unterstützungsbedarf hin.

Auch wenn die Kontaktaufnahme durch die Case Managerin nur einen geringen Anteil aller Kontaktaufnahmen ausmacht, wird daran deutlich, dass sich einige Personen nicht selbstständig die nötige Hilfe organisieren und eine aufsuchende Arbeit notwendig ist:

Interviewer: Wie sind Sie auf die Idee gekommen, sich an die Versorgungslotsin zu wenden?

Klientin: Ich war im Krankenhaus. Ich kannte [PORT] nur vom Hörensagen. Im Krankenhaus war das durch die Person angeleiert praktisch und dann rief mich die [Name der Case Managerin] hier an und kam dann [...] Die hat sich bei mir gemeldet, ich hätte die von selbst nicht angerufen.

Interviewer: Warum nicht?

Klientin: Weil ich denke: wofür brauche ich so was? (KT_01D2FBC6, Pos. 24)

Auch eine andere Klientin merkt an, dass es ihr generell nicht leicht gefallen sei nach Hilfe zu fragen. Im Rahmen einer Veranstaltung eines örtlichen Sozialverbandes hatte sich aber die Case Managerin vorgestellt und dadurch diese Barriere abgebaut:

Wenn man selbst eigentlich immer der gewesen ist, der organisiert und gemacht hat und für alle immer da war, und das überhaupt kein Problem war, und wenn man dann selber in so einer Situation drin ist, fühlt sich das erstmal ganz anders an. Anderen zu helfen ist leichter als Hilfe anzunehmen. [...] Ja, so kam das, dass ich mich an PORT gewandt habe und hab um Hilfe gebeten. Was ja nicht so einfach ist, aber weil [Name der Case Managerin] das damals so erklärt hat und gesagt hat, wenn da Bedarf ist, keine Scheu, Sie können sich melden. Und dann hab ich gedacht, das mach ich jetzt. Jetzt nehm ich's wahr. [...] Also dieser Vortrag, der hat da wirklich für mich, ja, das wesentlich vereinfacht. (KT_84F68F31, Pos. 4)

Ebenfalls auf einer Veranstaltung einer lokalen Gruppe, hat diese Klientin vom Case Management von PORT erfahren:

Wir hatten ein Rentnertreffen von ehemaligen Arbeitskollegen und dann kam der Bürgermeister aus [Projektstadt] dazu und er sagte: ach, das ist aber schön, wir haben jetzt hier was Neues, PORT, und das möchte er uns gerne mal vorstellen und es wäre schön, gerade für ältere Leute, wenn auch wir dazu beitragen würden, dass das andere auch erfahren. Ja, und so kam das eigentlich [...] dann haben wir die [Name der Case Managerin] angerufen. (KT_6B6E507B, Pos. 4)

Aus der Zufriedenheitsbefragung der Klientinnen und Klienten wird die Bedeutung des sozialen Netzwerkes beim Zugang zum Case Management besonders deutlich. Im Unterschied zur Dokumentation in Quovero geben dabei fast die Hälfte (44 %) der Klientinnen und Klienten an, dass sie von Familienangehörigen, Freunden, Bekannten oder Nachbarn von PORT erfahren haben. Dieser höhere Anteil lässt sich auch dadurch erklären, dass bei dieser Befragung Mehrfachantworten möglich waren und 24 % der Klientinnen und Klienten angegeben haben, durch zwei oder mehr Wege auf das Case Management aufmerksam geworden zu sein. Denn auch in der Zufriedenheitsbefragung spielen die Versorger (42 %) und die Öffentlichkeitsarbeit (36 %) eine große Rolle.

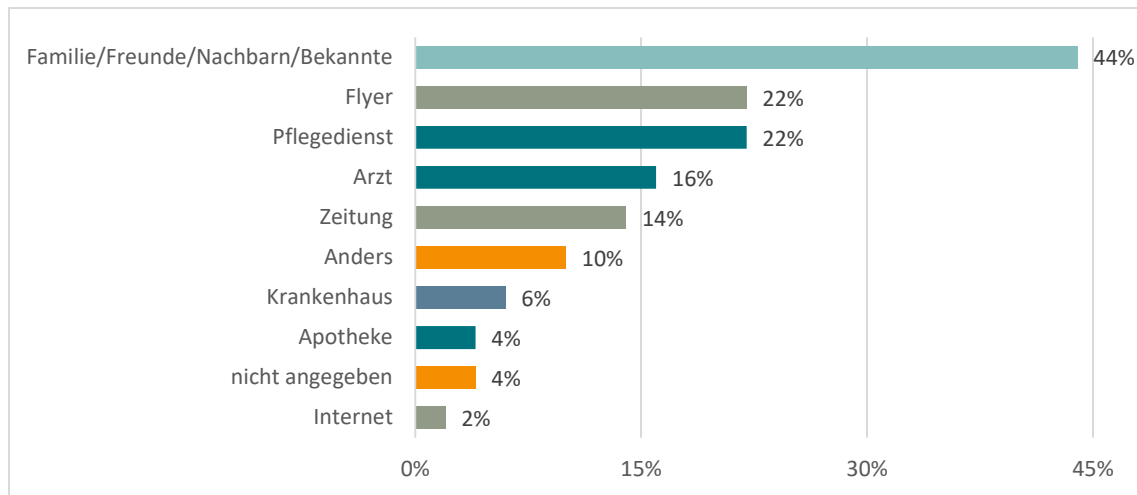


Abbildung 36: Zugangsweg zum Case Management (Zufriedenheitsbefragung Case Management)

Gerade wenn Klientinnen und Klienten zufrieden mit der Unterstützung durch die Case Managerin sind und das Gesundheitsnetzwerk PORT weiterempfehlen, leistet das soziale Netzwerk einen sehr wichtigen Beitrag als Zugangsweg, weil damit Vertrauen geschaffen wird. Dies zeigt sich auch in den qualitativen Interviews mit den Klientinnen und Klienten. So berichtet eine Klientin davon, wie sie von einer Verwandten und einer Bekannten, die bereits durch die Case Managerin betreut wurden, auf das Angebot von PORT aufmerksam gemacht wurde:

Klientin: *Ich hab das durch zwei, einmal [Verwandte] hier im Ort und noch eine sehr gute Bekannte. Ah, die Bekannte, der Mann war eher sehr krank, mittlerweile ist er auch verstorben. Die hat das der [Name Verwandten] weitergegeben. Die waren dann sehr zufrieden. Und wie das dann mit meinem Mann dann war, ja, denk ich: rufst du auch mal an. Und so durch diese Bekannten bin ich eben überhaupt, ich wusste von PORT gar nichts.*

Interviewer: *Und wie haben Sie die Nummer bekommen?“*

Klientin: *Ja, von den Bekannten. (KT_44270A39, Pos. 5)*

Eine andere Klientin erzählt, wie sie von ihrer Nachbarin auf das Angebot von PORT hingewiesen wurde:

Das Journal brachte meine Nachbarin mit und sagte, ihre Schwägerin hätte gesagt: Ach, guck doch mal, das ist etwas für [Name der Klientin], die braucht doch auch mal Hilfe. Und dann haben wir das durchgeguckt. Und dann stand da die Telefonnummer und das auf einem Freitag, weiß ich noch. Und da sage ich: Ja, ist Wochenende. Ach, sagt sie: Rufe doch einfach mal an! Und ich rief an und [Name der Case Managerin] war am Telefon. Und die hat sich dann gleich für Montag, hat sie sich angemeldet. Ob es mir recht wäre, Montag? Und von da ab an hat sie mir immer geholfen. (KT_E43E972D, Pos. 3)

Schließlich wird in den qualitativen Interviews mit den Klientinnen und Klienten deutlich, dass das Gesundheitsnetzwerk PORT einen hohen Bekanntheitsgrad in der Projektregion hat und man es „vom Hörensagen“ her kenne. Oder, wie es in einem im Freitextfeld der Zufriedenheitsbefragung formuliert wurde: „PORT ist in Willigen allgemein bekannt.“

Wie eingangs beschrieben wurde, nahmen innerhalb der Projektregion mehr Menschen aus Willigen als aus Diemelsee das Case Management von PORT in Anspruch. Die Analyse der Zugangswege liefert

eine mögliche Erklärung für diesen Umstand: Die Zusammenarbeit mit den Netzwerkpartnern ist historisch gewachsen und auf Grund der räumlichen Nähe (vgl. Kapitel 2.3.2) in Willingen zwischen PORT und den dort ansässigen Versorgern intensiver. Dadurch werden mehr Personen durch Netzwerkpartner in Willingen an PORT vermittelt. Gleichzeitig ist PORT mit seinen eigenen Büroräumlichkeiten und eigenen Veranstaltungen und Kursen überwiegend in Willingen präsent. Gerade am Anfang war das Case Management deshalb mehr Menschen in Willingen bekannt und es wurde dort häufiger in Anspruch genommen, was wiederum dazu führte, dass es sich innerhalb informeller sozialer Netzwerke stärker herumgesprochen hat und eine Durchdringung der Gemeinde schneller erreicht wurde. Als zwei weitere bedeutsame Kontextfaktoren lassen sich außerdem die Gemeindepflegerin und zweitens die unterschiedliche Siedlungsstruktur nennen. Seit April 2022 ist eine von vier Gemeindepflegerinnen des Landkreises Waldeck-Frankenberg in Diemelsee tätig. In Teilen bietet sie ähnliche Beratungen wie das Case Management von PORT an, weshalb sich potentielle Klientinnen und Klienten des Case Management ggf. in Diemelsee häufiger als in Willingen an die Gemeindepflegerin wenden (vgl. Kapitel 4.4.1.5). Des Weiteren ist Diemelsee im Vergleich zu Willingen siedlungsstrukturell stärker gegliedert. Während der Ortsteil Willingen mit fast der Hälfte der Einwohner der Gemeinde Willingen das deutliche Zentrum, ist die Zentrumsfunktion des größten Ortsteils Adorf in Diemelsee weniger stark ausgeprägt; nicht ganz ein Drittel der Einwohner Diemelsees leben dort. Gleichzeitig besitzt Diemelsee trotz weniger Einwohnern eine 50 % größere Fläche als Willingen. Das macht nicht nur die Wege länger, sondern führt auch zu anderen sozialen Netzwerken als in Willingen, weshalb angenommen werden kann, dass es länger dauert bis sich das Case Management in Diemelsee in informellen sozialen Netzwerken herumgesprochen hat.

Dem Gesundheitsnetzwerk PORT sind die Unterschiede in der Inanspruchnahme zwischen Willingen und Diemelsee bewusst, und es versucht ihnen durch verschiedene Maßnahmen aktiv entgegen zu wirken:

1. Seit 2024 führt das Gesundheitsnetzwerk PORT Veranstaltungen nach Möglichkeit sowohl in Willingen als auch in Diemelsee durch. Dadurch erhöht sich zwar der organisatorische und personelle Aufwand, es zeigt sich aber, dass so mehr Personen der Zielgruppe in Diemelsee erreicht werden können.
2. Seit Anfang 2025 bietet das Gesundheitsnetzwerk regelmäßig eine offene Sprechstunde in den Räumlichkeiten eines Netzwerkpartners in Adorf (Diemelsee) an. Der Netzwerkpartner stellt nicht nur den Raum, sondern bewirbt die Sprechstunde aktiv durch einen Aushang und in den sozialen Medien. Das Gesundheitsnetzwerk hat die Sprechstunde ebenfalls aktiv unter anderem in einem lokalen Podcast²⁴ beworben. Die Idee der Sprechstunde in den Räumlichkeiten des Netzwerkpartners ist, dass dort die Zielgruppe niedrigschwellig erreicht werden kann. Auch diese Maßnahme ist mit höherem personellem und organisatorischem Aufwand verbunden; eine erste Bilanz von PORT ist aber positiv, da die Sprechstunde gut besucht wird.

²⁴ Diese Folge des Podcasts *BEI UNS AM DIEMELSEE* ist im Internet abrufbar unter: <https://podcast041251.podigee.io/167-new-episode>

- Das Gesundheitsnetzwerk PORT betreibt einen hohen Aufwand, um einen frühzeitigen Zugang zu den Klientinnen und Klienten herzustellen. Die Kooperation mit den regionalen Versorgern und die Präsenz im Sozialraum sind dafür zentral.
- Die regionalen Versorger und das persönliche soziale Netzwerk sind die wichtigsten Zugangswege zum Case Management.
- Das Gesundheitsnetzwerk PORT und das Case Management sind in der Projektregion bekannt.

Im letzten Halbjahr der Datenerhebung (zweites und drittes Quartal 2024) zeigt sich ein leichter Anstieg der Inanspruchnahme in Diemelsee: In diesem Zeitraum kamen 42 % der neuen Klientinnen und Klienten aus Diemelsee. Auch wenn der

Anstieg nicht ursächlich auf das zusätzliche Engagement in Diemelsee zurückzuführen ist, sollte das Gesundheitsnetzwerk PORT weiter in Diemelsee sowohl mit Veranstaltungen als auch Sprechstunden präsent sein und die Kontakte mit den lokalen Versorgern pflegen und weiter ausbauen.

4.4.1.3 Beschreibung des Ablaufs, der Art und der Funktionen des Case Managements

Im Folgenden wird das Case Management als individueller Versorgungsprozess beschrieben. Dabei wird zunächst auf die *Kontaktaufnahme und Erreichbarkeit* eingegangen, anschließend *die Kontakthäufigkeit, die Art der Beratung und das Assessment* dargestellt, an das sich die *Maßnahmenplanung und Zusammenarbeit mit den Versorgern* anschließt.

Kontaktaufnahme und Erreichbarkeit

Nachdem Personen mit Unterstützungsbedarf oder ihre Angehörigen auf das Case Management aufmerksam geworden sind, wenden sie sich meistens telefonisch an die Case Managerin. Diese erste Kontaktaufnahme erleben die Klientinnen und Klienten durch den offenen und verständnisvollen Umgang der Case Managerin als äußerst positiv; die Case Managerin gibt ihnen das Gefühl, dass um Unterstützung zu bitten selbstverständlich ist und sie an dieser Stelle entsprechende Hilfe und Unterstützung erhalten:

Interviewer: Mit was für einem Gefühl sind Sie [zur Sprechstunde] gefahren?

Klientin: Mit einem guten, weil sie sehr nett war am Telefon. Da hat man wirklich sofort gewusst, da wird mir jetzt geholfen. (KT_FEOAFEE8, Pos. 12)

In der Zufriedenheitsbefragung zum Case Management wird Freundlichkeit von 40 % der Befragten als ein wichtigstes Kriterium einer guten Beratung eingeschätzt (vgl. Abbildung 37).

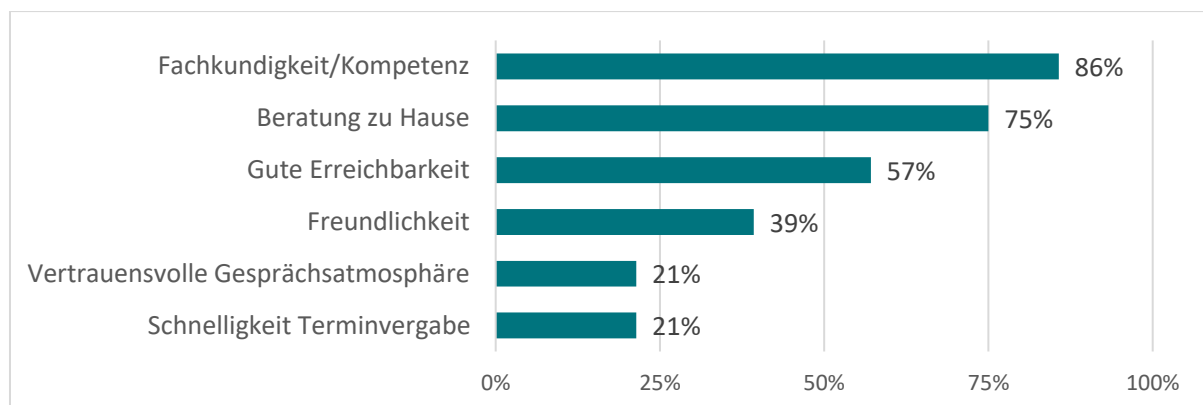


Abbildung 37: Was ist für eine Beratung besonders wichtig (Zufriedenheitsbefragung Case Management)

In den qualitativen Interviews bestätigen die Klientinnen und Klienten, dass der empathische Umgang der Case Managerin den Grundstein für eine vertrauensvolle Beziehung legt. Dieses Vertrauen schon ab dem ersten Kontakt kann Barrieren abbauen und die Voraussetzung für einen erfolgreichen Case Management Prozess sein:

[Name der Case Managerin] hat total nett reagiert und wir haben auch gleich einen Termin abgemacht und sie hat mit ganz viel Verständnis auf mich reagiert. Dass ich mich nicht so schlecht gefühlt habe. [...] Für mich war das erstmal schon eine Hemmung überhaupt um Hilfe zu bitten, aber wie gesagt die Art von [Name der Case Managerin] hat es mir dann ganz leichtgemacht. (KT_84F68F31, Pos. 6)

Eng verbunden mit der ersten Kontaktaufnahme, ist die Erreichbarkeit. Diese wird als dritt-wichtigster Aspekt einer guten Beratung von den Klientinnen und Klienten genannt (vgl. Abbildung 37). Erst durch eine gute Erreichbarkeit ist der Zugang zum Case Management gewährleistet. Für das Case Management in UplandCare bestätigen dies nahezu²⁵ alle Klientinnen und Klienten (vgl. Abbildung 38). Dabei ist es für das Gesundheitsnetzwerk PORT im Modellvorhaben UplandCare aufgrund der Personalstruktur keine leichte Aufgabe, eine gute Erreichbarkeit sicherzustellen: während der Projektlaufzeit war die meiste Zeit nur eine Case Managerin im Gesundheitsnetzwerk PORT angestellt. In Zeiten, in denen sie nicht gearbeitet hat (z. B. Urlaub, Weiterbildung, Krankheit), wurden Kontaktaufnahmen von der Care Managerin entgegengenommen und nach Rückkehr an die Case Managerin weitergegeben. In den Befragungen und qualitativen Interviews finden sich jedoch keine Hinweise darauf, dass Anfragen an das Case Management aufgrund dieser Personalausstattung nicht bearbeitet wurden.

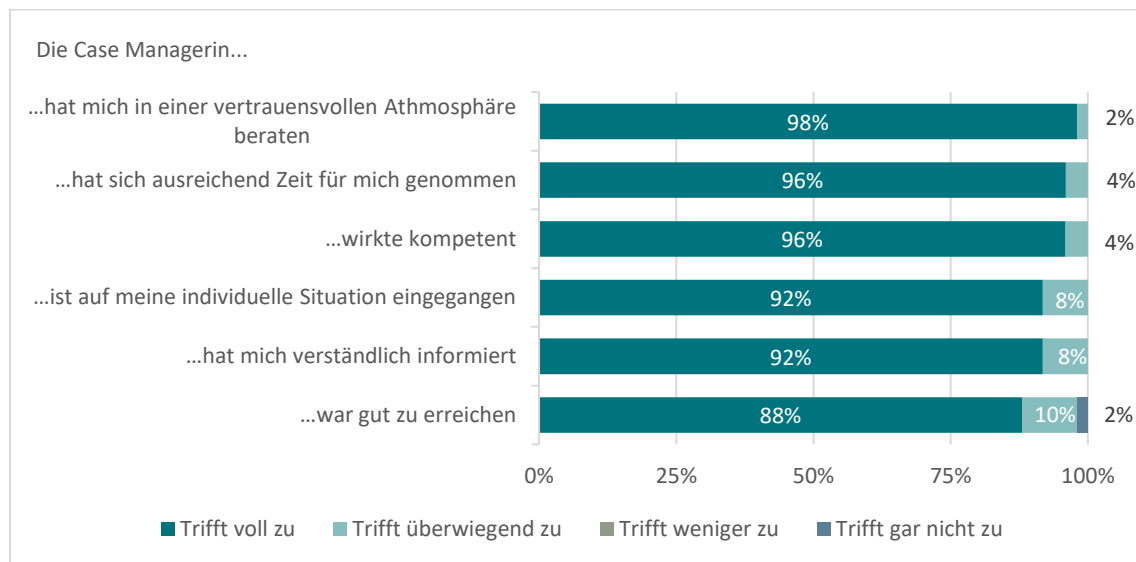


Abbildung 38: Zufriedenheit mit einzelnen Aspekten der Beratung (Zufriedenheitsbefragung Case Management)

Kontakthäufigkeit, Ort der Beratung und Assessment

Das Case Management im Modellvorhaben ist aufsuchend. Ganz überwiegend finden die Beratung und Begleitung durch die Case Managerin in der Häuslichkeit der Klientinnen und Klienten statt. 81 % der Fälle lassen sich mindestens einmal zuhause beraten. Weitere 11 % nutzen die Sprechstunde für die

²⁵ Eine Person hat angegeben, dass sie keine Antwort auf eine Anfrage per E-Mail bekommen hat.

Beratung, und nur 8 % der Klientinnen und Klienten lassen sich ausschließlich telefonisch beraten (vgl. Abbildung 39).

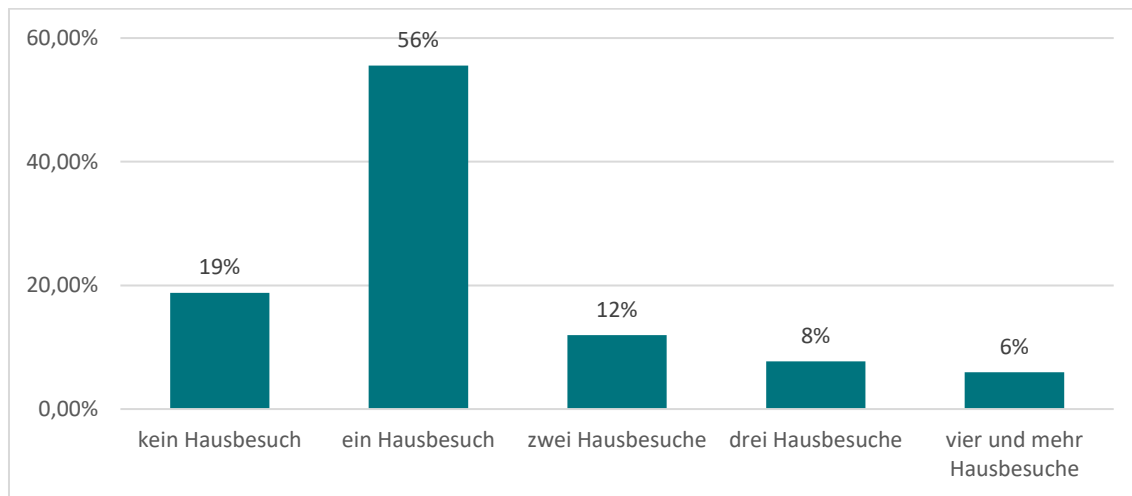


Abbildung 39: Anzahl Hausbesuche durch das Case Management (Quovero)

Hausbesuche sind mit einem hohen personellen und zeitlichen Aufwand verbunden. Durch die räumliche Nähe benötigt die Case Managerin in 73 % weniger als 15 Minuten für die Anfahrt; in 27 % der Fälle ist sie allerdings zwischen 15 und 30 Minuten unterwegs. Der größere Aufwand liegt aber in der Durchführung der Hausbesuche selbst. Im Vergleich zur telefonischen Beratung und Beratung in der Sprechstunde dauern Hausbesuche länger: in 56 % der Fälle zwischen 30 und 60 Minuten, in 20 % der Fälle sogar zwischen ein und zwei Stunden (vgl. Abbildung 40). Aus Sicht der Klientinnen und Klienten ist diese Zeit ausreichend (vgl. Abbildung 38)

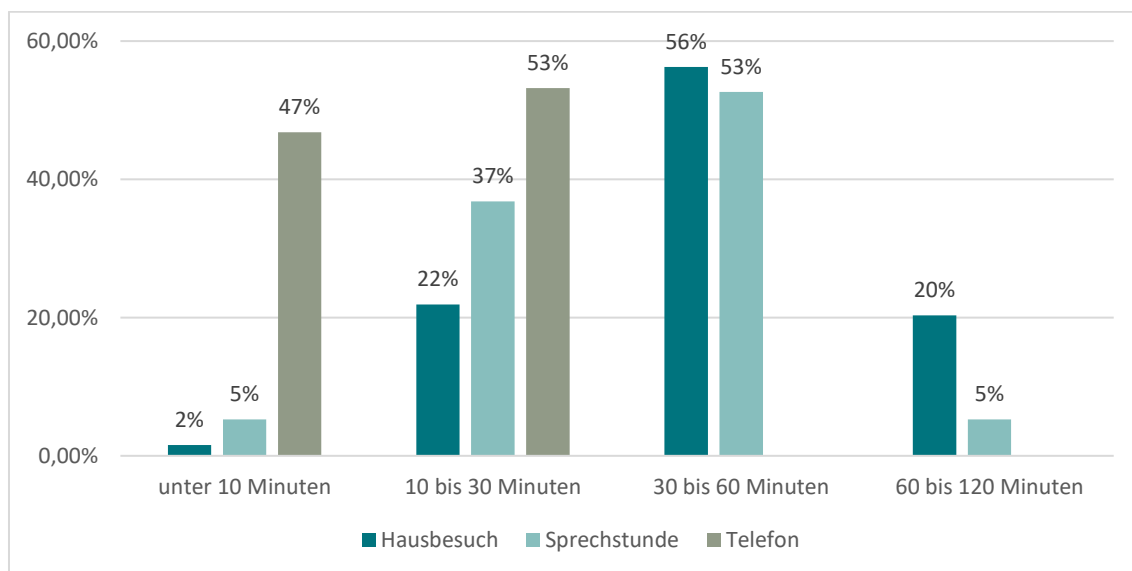


Abbildung 40: Dauer der Beratung nach Art des Kontaktes (SmapOne)

Dass sich dieser hohe zeitliche Aufwand lohnt, zeigt sich nicht nur daran, dass die Durchführung von Hausbesuchen von den Klientinnen und Klienten als zweitwichtigster Aspekt einer guten Beratung eingeschätzt wird (vgl. Abbildung 37). Auch in den qualitativen Interviews mit den Klientinnen und Klienten wird immer wieder betont, dass die Beratung in der eigenen Häuslichkeit ein großer Mehrwert ist:

Das war, das war total toll. Das hatte [Name Case Managerin] gleich angeboten, dass sie zu mir kommen kann. Das hab ich dann auch gerne angenommen, weil's gesundheitlich halt für mich viel einfacher ist, es kommt jemand zu mir, als dass ich mich auf den Weg mache. Und, ja, das hat dann auch ziemlich kurzfristig geklappt. Das war toll. (KT_84F68F31, Pos. 18)

Während telefonische Beratungen eher für kleinere Anliegen oder kürzere Absprachen genutzt werden, findet vor allem während der Hausbesuche ein umfangreiches Assessment und die Planung der Maßnahmen statt. Die Case Managerin nutzt dafür kein standardisiertes Assessmentinstrument, sondern führt ein offenes Gespräch mit den Klientinnen und Klienten und macht sich vor Ort ein ganzheitliches Bild vom Gesundheitszustand und der Wohnsituation. Ein standardisiertes oder computergestütztes Assessment habe sich in der Vergangenheit nicht bewährt, da es aus Sicht der Case Managerin der individuellen Situation der Klientinnen nicht gerecht werde und dadurch einem vertrauensvollen Beziehungsaufbau im Wege stehe. Gerade eine vertrauensvolle Beziehung sei aber die Grundvoraussetzung dafür, dass sich die Klientinnen öffnen und Hilfe annehmen könnten. Dass dies in den allermeisten Fällen zu gelingen scheint, spiegelt sich nicht nur in einer hohen Zufriedenheit mit dem Schaffen einer vertrauensvollen Beratungsatmosphäre, sondern wird auch immer wieder in den qualitativen Interviews geäußert.

Dass sich die Situation der Klientinnen und Klienten als sehr individuell darstellt, wird aus den in Quovero dokumentierten Anlässen des Erstkontaktes zum Case Management deutlich. Diese reichen von allgemeinen Herausforderungen in der häuslichen und pflegerischen Versorgung über die Belastung der Angehörigen hin zu psychischen und gesundheitlichen Problemlagen oder konkreten Fragen nach einem Krankenhausaufenthalt oder zur Wohnraumgestaltung. In 60 % der Fälle wurden zwei und mehr Anlässe dokumentiert. Beratungsanfragen aufgrund einer Demenz sind sehr selten (n=4) dokumentiert. Am häufigsten (in 40 % der Fälle) sind Fragen zur Pflegeversicherung wie beispielsweise die Antragsstellung für einen Pflegegrad ein Anlass, sich an die Case Managerin zu wenden. In 25 % der Fälle spielen Fragen rund um das Thema Vorsorgevollmachten und Patientenverfügung eine Rolle – hier gibt oft die Notfallmappe einen Anlass Kontakt mit der Case Managerin aufzunehmen – und bei 20 % der Klientinnen ist ein Unterstützungsbedarf im Alltag oder Haushalt der Grund für die Kontaktaufnahme.

Aus dem Anlass lässt sich aber nicht unbedingt auf die Komplexität des Falls schließen. Diese ergebe sich nach Ansicht der Case Managerin häufig erst im persönlichen Gespräch und einer professionellen Einschätzung der gesundheitlichen und sozial-räumlichen Situation. In der Dokumentation wird nicht zwischen komplexen und weniger komplexen Case Management Fällen unterschieden. Allerdings lässt sich aus der Häufigkeit der dokumentierten Kontakte und besonders der Häufigkeit von Hausbesuchen je Fall eine vorsichtige Schätzung des Anteils komplexer Fälle ableiten. Für 39 % der Fälle wurde nur ein Kontakt zwischen der Case Managerin und der Klientin bzw. dem Klienten dokumentiert. Es ist plausibel, diese Fälle als wenig komplex einzuschätzen. Für 40 % der Fälle wurden zwei oder drei Kontakte dokumentiert. Für diese kann eine mittlere Komplexität angenommen werden. In 21 % der Fälle wurden vier und mehr Kontakte dokumentiert. Bei diesen kann angenommen werden, dass es sich um komplexe Fälle handelt (vgl. Abbildung 41). Ein ähnlicher Anteil an komplexen Fällen ergibt sich, wenn zwei und mehr Hausbesuche als Indikator für einen Fall mit hoher Komplexität zugrunde gelegt werden. Dies trifft auf 26 % der Case-Management-Fälle zu (vgl. Abbildung 39). Maximal wurden 12 Kontakte, davon acht Hausbesuche und eine Sprechstunde bei einem Fall festgehalten, was für eine sehr

intensive Betreuung spricht. Es ist außerdem auffällig, dass bei vielen Fällen über einen langen Zeitraum ein Kontakt zur Case Managerin besteht; es also häufig zu einer langfristigen und kontinuierlichen Unterstützung kommt.

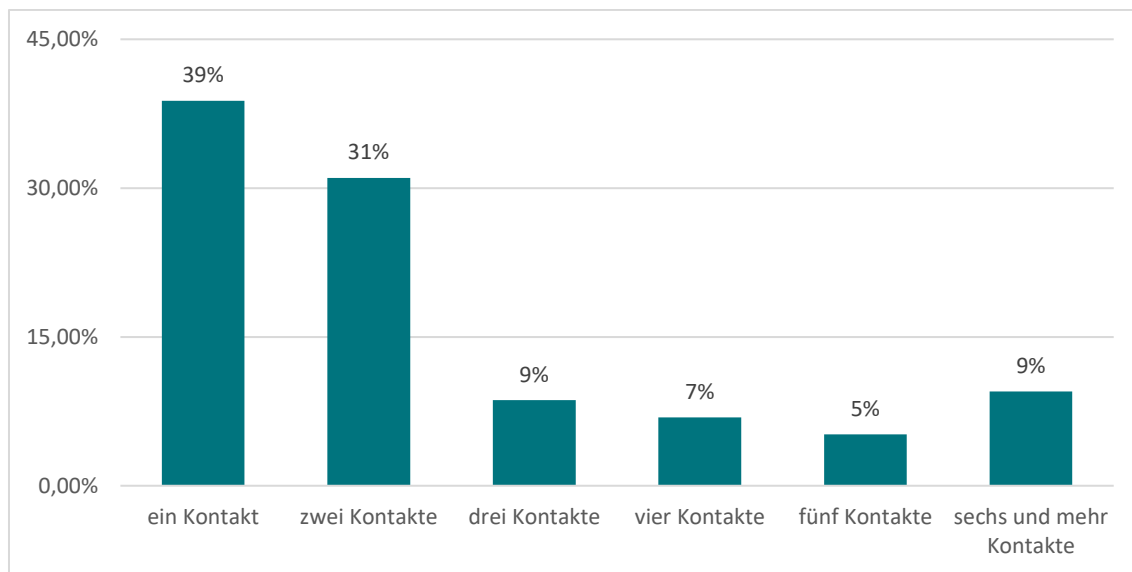


Abbildung 41: Anzahl Kontakte pro Fall (Quovero)

Maßnahmenplanung und Zusammenarbeit mit den Versorgern

Nachdem die Case Managerin zusammen mit den Klientinnen bzw. den Klienten die Versorgungsbedarfe ermittelt, werden gemeinsam Ziele und das weitere Vorgehen festgelegt. Sehr Häufig steht dabei am Anfang das gemeinsame Ausfüllen eines Antrags auf einen Pflegegrad, um überhaupt den Zugang zu weiteren Unterstützungsangeboten zu schaffen. Die Klientinnen und Klienten schildern die Unterstützung während des gesamten Begutachtungsprozesses und bei anderen organisatorischen Belangen als enorme Erleichterung:

Klientin: Und von da ab an hat sie mir immer geholfen bei Anträgen, ob das die Krankenkasse war, ob das mit der Erhöhung von der Diakonie war, dass die Preise erhöht wurden oder sonst etwas und ich Fragen hatte. [Name der Case Managerin] war immer da. Immer, die ganzen Jahre. [...] Sie hat auch da damals den Antrag gestellt für die Pflegestufen. Und das hat sie alles gemacht. Ich hätte es nicht geschafft. [...]

Interviewer: Das heißt, vorher hatten Sie auch gar keine Pflegestufe?

Klientin: Nein, ich hatte keine Hilfe, keine Pflegestufe, nichts. Nein. Ich wusste ja gar nicht, dass es so etwas gab, dass einem jemand behilflich sein würde. (KT_ E43E972D, Pos. 29)

Wenn ein Pflegegrad bereits vorliegt bzw. nachdem er bewilligt wurde, ist eine Hauptaufgabe des Case Managements die Identifikation und Installation geeigneter (regionaler) Unterstützungsangebote für die Klientinnen und Klienten. Die Case Managerin informiert dabei unabhängig und neutral über die regionalen Leistungserbringer und die Klientinnen bzw. Klienten entscheiden ob und wer in die Versorgung eingebunden werden soll. Mit schriftlicher Einwilligung der Klientinnen bzw. Klientin nimmt die Case Managerin dafür direkt Kontakt zu Leistungserbringern auf. Dies geschieht in 95 % der Fälle telefonisch. Allein im letzten Halbjahr der Datenerhebung hat die Case Managerin 180-mal Kontakt zu

Leistungserbringern gehabt, um die Versorgung der Klientinnen und Klienten zu organisieren. Die mit deutlichem Abstand wichtigsten Kooperationspartner der Case Managerin sind dabei die ambulanten Pflegedienste gefolgt von den Kurzzeitpflegeeinrichtungen (vgl. Abbildung 42). Der Großteil (69 %) dieser Kontakte ging dabei von der Case Managerin aus; in 31 % waren es aber die Kooperationspartner, die den Austausch zu einem Einzelfall initiiert haben. Das zeugt von etablierten Formen des Austausches, insbesondere zwischen den regionalen ambulanten Pflegediensten und der Case Managerin wie in diesem Interview zum Ausdruck kommt:

Ja, wir arbeiten sehr gut zusammen. [Die Case Managerin] meldet sich, wenn sie jemanden hat, der versorgt werden muss. Und wir hatten jetzt einen Fall, da war es ein bisschen schwieriger. [...] und die Kosten waren nicht geklärt. Und ja, dann hat man schon viel Zeit miteinander verbracht, um zu gucken, wie managen wir das jetzt, ne? Und das klappt wirklich sehr, sehr gut, das muss ich schon sagen.
(SH_0F93BBBC, Pos. 4)

Hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen der Case Managerin und den lokalen Leistungserbringern auf Fallebene bestehen keine formalen Absprachen oder Kooperationsvereinbarungen, so gibt es weder klare Indikatoren, in welchen Fällen eine Zusammenarbeit erfolgt, noch eine Beschreibung dessen, wie die Zusammenarbeit ausgestaltet wird und wer welche Rolle innerhalb dieses Prozesses innehat. Es bestehen auch keine Absprachen über einen schnelleren Zugang zu Leistungen für die Klientinnen und Klienten des Case Managements. Allerdings berichten verschiedene Versorger davon, dass wenn die Case Managerin dringende ungedeckte Versorgungsbedarfe identifiziert hat, nach gemeinsamen Lösungen gesucht wird, sodass davon auszugehen ist, dass im Einzelfall eine schnellere oder bedarfsgerechtere Versorgung initiiert werden kann. Die Zusammenarbeit auf Fallebene zeichnet sich durch Vertrauen, Kooperation und persönliche Beziehungen aus, die immer wieder im konkreten Einzelfall hergestellt werden. Dies funktioniert nach Aussagen der Versorger sehr gut und es gebe keinen Bedarf an einer stärkeren Formalisierung der Zusammenarbeit. Dies könnte sich aus Sicht der Versorger ändern, wenn es zu finanziellen oder organisatorischen Verflechtungen kommt.

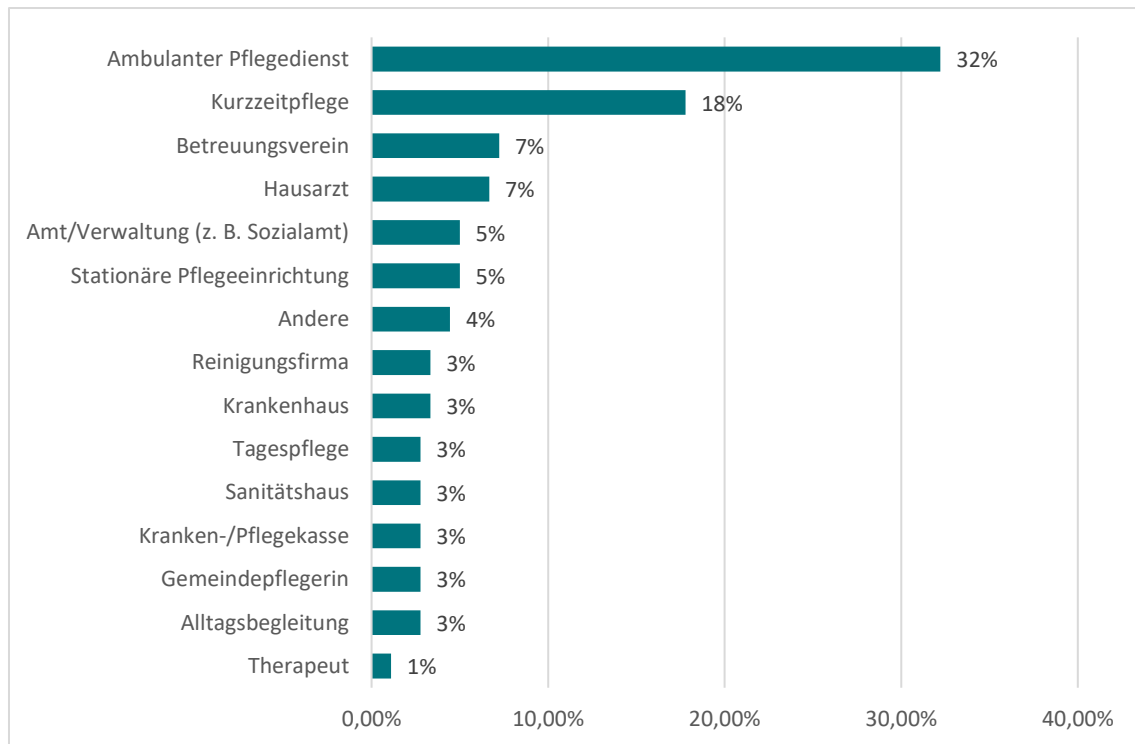


Abbildung 42: Kontakte mit Leistungserbringern auf Fallebene (SmapOne)

Neben dem Schaffen des Zugangs zu adäquaten Leistungen und der Aufklärung über Ansprüche, sind typische Funktionen des Case Managements die *Eduktion* (z. B. Vermittlung von Wissen im Umgang mit der Situation) und *soziale Integration* (z. B. Hinweis auf lokale Angebote wie Veranstaltungen, Schulungen oder den Bürgerbus) sowie die *Mobilisierung des sozialen Unterstützungsnetzwerkes* (Ansprache von Nachbarn, Kontakt zu Familienangehörigen aufnehmen).

In der deutlichen Mehrzahl der Fälle kommt es zu ein oder zwei Kontakten zwischen der Case Managerin und den Klientinnen und Klienten. Jedoch berichten sowohl die interviewten Klientinnen und Klienten als auch die Case Managerin davon, dass ein Case-Management-Fall damit nicht beendet sei. Vielmehr entstehe häufig eine langfristige Beziehung und Klientinnen und Klienten melden sich immer wieder, wenn sie Unterstützung benötigen:

Abgeschlossen ist so ein Fall immer dann, wenn derjenige verstorben ist oder weggezogen ist. Es ist gerade hier so, dass die immer wieder anrufen und dann auch mal hier noch eine Frage haben. Oder dass dann mal jetzt, wenn der Mann verstorben ist, die Frau anruft und möchte irgendwas. Also es gibt irgendwie nicht, dass man das, wie man es im Studium gelernt hat, dass man sagt, so nach einem halben Jahr ist so ein Case Management Fall abgeschlossen. Das ist hier anders. Also die wissen einfach, man ist da, und wir kommen dann, ne? Es hört nicht auf. (PORT_OD45282A, Pos. 67)

Auch diese Klientin bringt zum Ausdruck, dass sie sich immer wieder an die Case Managerin wenden würde:

Und wenn es nur eine Kleinigkeit wäre, würde ich anrufen, wenn ich meine es wäre angebracht. (KT_01D2FBC6, Pos. 98)

4.4.1.4 Exkurs I: Demenzspezifik des Case Managements

Ein Aspekt des Handlungsfeldes *Individuelle Beratung, Begleitung und Unterstützung* war es, das Case Management demenzspezifisch weiterzuentwickeln. Im Projektverlauf zeigte sich, dass Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen nicht überdurchschnittlich häufig durch das Case Management versorgt werden: In etwa zehn Prozent der Case Management Fälle wurde eine Demenzdiagnose dokumentiert und in vier Fällen stellte eine Demenz den Grund dar, Kontakt mit dem Gesundheitsnetzwerk PORT aufzunehmen. Damit entspricht die Anzahl der Personen mit in einer Demenzdiagnose in etwa dem auf Grundlage der Altersstruktur zu erwartendem Anteil, wenn es sich um eine zufällige Stichprobe gehandelt hätte²⁶. Da es sich bei den Klientinnen und Klienten des Case Managements allerdings um Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen und Pflegebedürftigkeit handelt, wäre ein höherer Anteil von Personen mit einer Demenzdiagnose zu erwarten gewesen. Andere chronische Erkrankungen oder Herausforderungen in der häuslichen Versorgung kommen häufiger vor. Das Gesundheitsnetzwerk PORT hat sich bewusst dagegen entschieden, das Case Management als ein Angebot speziell für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen zu bewerben, weil die Befürchtung besteht, dass sich Personen mit anderen Erkrankungen dann nicht mehr vom Case Management angesprochen fühlen. Während in der Darstellung nach außen das Case Management also nicht als speziell auf Personen mit Demenz ausgerichtet wurde, haben sich die Beschäftigten des Gesundheitsnetzwerkes PORT zu Beginn des Modellvorhabens intensiv mit der Versorgung von Menschen mit Demenz auseinandergesetzt und sich weitergebildet²⁷. Als Ergebnis dieses Prozesses wurde ein Versorgungspfad Demenz entwickelt (vgl. Anlage 10), der als Diskussionsgrundlage mit den Versorgern vor Ort genutzt werden sollte, um eine gute Versorgung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zu realisieren. In der weiteren inhaltlichen Ausrichtung des Case Managements setzte sich aber innerhalb des Gesundheitsnetzwerkes PORT die Überzeugung durch, dass der Versorgungspfad Demenz für alle Versorgungssituationen anwendbar sei und sich die Arbeit des Case Management bei Menschen mit Demenz nicht grundsätzlich von der Versorgung von Menschen mit anderen (chronischen) Erkrankungen unterscheide:

Also es hat sich nichts geändert in dem Sinn, weil die Versorgung von demenziell Erkrankten, die wird genauso durchgeführt wie die Versorgung von Menschen mit anderen Erkrankungen oder die einen Hilfebedarf haben. Das Krankheitsbild ist ein anderes, aber die Versorgung bleibt die gleiche. (FG_01, Pos. 561)

Als ein wichtiger Unterschied zu anderen Erkrankungen wurde allerdings die Rolle und die Belastung der Angehörigen identifiziert, die bei der Versorgung von Menschen mit Demenz häufig an ihre Grenzen kommen würden:

Und da ist häufig der Fokus so auf den Angehörigen, weil die gehen da an ihre Grenzen, die brauchen Unterstützung. Und dann sind die Unterstützungs- und Hilfsangebote natürlich ganz anders, wie jemand, der vielleicht jetzt mal eine Grundpflege einmal die Woche braucht oder Hilfe bei der Medikamenteneinnahme. Das ist dann schon wieder eine ganz andere Klientel. Da ist bei demenziell Erkrankten wirklich der Angehörige mehr im Mittelpunkt. (PORT_OD45282A, Pos. 19)

²⁶ Aufgrund der Altersstruktur der Klientinnen und Klienten und der Demenz-Prävalenzraten unterschieden nach Alter und Geschlecht wären 13 Personen mit Demenz zu erwarten gewesen.

²⁷ Zu Beginn des Modellvorhabens führte das Gesundheitsnetzwerk PORT eine zweitägige Fachtagung „Demenz im Quartier“ durch (vgl. Kapitel 4.5.1). Außerdem nahmen die Beschäftigten am Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft teil, um Impulse für die eigene Arbeit zu bekommen.

Die Arbeitsweise der Case Managerin unterscheide sich im Falle der Versorgung von Menschen mit einer Demenz also grundsätzlich nicht von anderen (chronischen) Erkrankungen und findet nach dem etablierten Ablauf statt: nach der Kontaktaufnahme wird während eines Hausbesuchs die Versorgungssituation eingeschätzt und mit Einverständnis der Klientinnen bzw. Klienten werden individuelle und bedarfsgerechte Maßnahmen ergriffen. Gleichwohl werde dabei eine besondere Aufmerksamkeit auf die Situation der Angehörigen gelegt und bei Bedarf gemeinsam mit ihnen nach Entlastungsmöglichkeiten gesucht.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich das Gesundheitsnetzwerkes PORT im Case Management nicht auf die Versorgung von Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen begrenzt hat. Vielmehr besteht das Selbstverständnis ein Angebot zu schaffen, das allen Bürgerinnen und Bürger der Projektregion unabhängig von ihrer Erkrankung zur Verfügung steht. Diese universalistische Konzeption des Case Managements bedeutet aber auch, dass die Rolle des Case Managements vor allem darin besteht, bei Bedarf an spezialisierte Angebote – häufig außerhalb der Projektregion, beispielsweise im angrenzenden Mittelzentrum Korbach – weiterzuvermitteln und keine umfassende eigene Expertise für alle Krankheitsbilder aufzubauen. Wie auch in anderen Handlungsfeldern des Modellvorhabens wird hier in der Weiterentwicklung des Case Managements ein Spannungsfeld zwischen der Anforderung des Modellvorhabens, ein demenzspezifisches Angebot zu entwickeln, und dem eigenen Selbstverständnis eines universalistischen Versorgungsmodells deutlich.

4.4.1.5 Exkurs II: Bezug & Abgrenzung zu anderen Beratungs- und Unterstützungsangeboten

Diese Prozessevaluation hatte nicht zum Ziel, die Beratungs- und Unterstützungsleistungen der Case Managerin und generell des Gesundheitsnetzwerkes PORT mit anderen bestehenden Beratungs- und Unterstützungsleistungen zu vergleichen. Trotzdem ist es wichtig, die Leistungen von PORT in die bestehenden Versorgungsstrukturen einzuordnen. Unter anderem deshalb wurden die Klientinnen und Klienten auch danach gefragt, ob und welche weiteren Beratungsangebote sie bereits genutzt haben. Dabei gaben etwa ein Drittel der Klientinnen und Klienten an, kein anderes Beratungsangebot genutzt zu haben, 42 % gaben an, mindestens ein anderes Beratungsangebot in Anspruch genommen zu haben, 14 % haben zwei und 12 % drei weitere Angebote genutzt (vgl. Abbildung 43). Am häufigsten erfolgte eine Beratung durch Pflege- und Krankenkassen (34 %) sowie durch ambulante Pflegedienste (32 %); dagegen ließen sich nur 16 % der Klientinnen und Klienten durch den Pflegestützpunkt beraten und nur 6 % hatten einen Kontakt zur Gemeindepflegerin. Das ist besonders deshalb interessant, weil die letzten beiden Beratungsangebote ebenfalls einen lokalen Bezug haben. In den meisten Fällen kommt es aber nicht zu einer Doppelnutzung. Fast allen Klientinnen und Klienten, mit denen qualitative Interviews geführt wurden, ist das Beratungsangebot des Pflegestützpunktes unbekannt; nur eine Klientin bzw. ein Klient gibt an, den Pflegestützpunkt zu kennen und dort auch eine Beratung in Anspruch genommen zu haben. Die Beratung dort unterscheide sich von der Unterstützung durch das Case Management vor allem darin, dass das Gesundheitsnetzwerk PORT „näher dran“ sei und es eine feste Ansprechperson gebe.

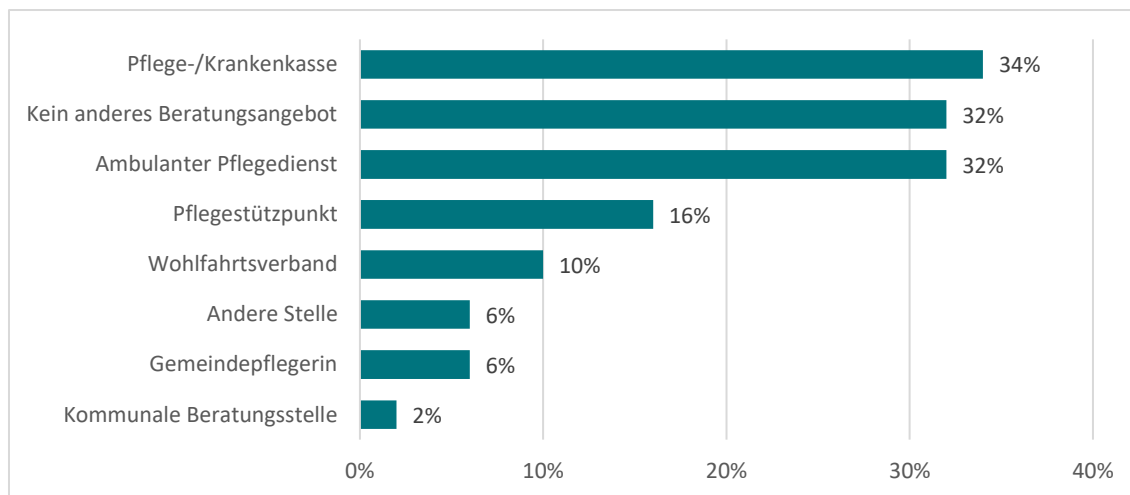


Abbildung 43: Nutzung weiterer Beratungsstellen

Die interviewten Stakeholder²⁸ äußern sich unterschiedlich bezüglich der Vergleichbarkeit des Case Managements des Gesundheitsnetzwerkes PORT mit bestehenden Versorgungsstrukturen. Die meisten Stakeholder sehen einen deutlichen Unterschied zur eigenen Beratung und den bestehenden Beratungsstrukturen durch den Pflegestützpunkt, die Pflegekassen oder die Gemeindepflegerin. Das machen sie vor allem an folgenden Kriterien fest:

1. Das Case Management von PORT sei stärker als der Pflegestützpunkt oder die Pflegekassen in die lokalen Versorgungsstrukturen eingebunden und kenne die Gegebenheiten vor Ort besser. Dies drücke sich auch dadurch aus, dass wesentlich häufiger ein Kontakt zum Case Management von PORT bestehe.
2. Das Case Management von PORT sei ohne Terminvergabe zu erreichen und führe im Unterschied zum Pflegestützpunkt in der Regel Hausbesuche durch, was ein großer Vorteil für die Klientinnen und Klienten sei.
3. Es gebe beim Case Management von PORT immer die gleichen Ansprechpersonen. Dies sei insbesondere bei der Beratung durch die Kranken- und Pflegekassen häufig nicht der Fall.
4. Das Case Management von PORT sei intensiver und die Begleitung der Klientinnen und Klienten laufe über einen längeren Zeitraum als beim Pflegestützpunkt.
5. Über das Case Management hinaus biete PORT Kurse und Veranstaltungen an und richte sich mit diesen auch aber nicht ausschließlich an andere Zielgruppen (z. B. Senioren und Kinder). Im Vergleich zum Pflegestützpunkt sei das Angebot deshalb breiter.
6. Im Unterschied zum eigenen Beratungsangebot (z. B. Beratung nach § 37 (3) SGB XI aber auch im Versorgungsalltag) könne sich das Case Management von PORT mehr Zeit lassen.
7. Das Case Management von PORT werde von den Klientinnen und Klienten als unabhängig und dadurch vertrauenswürdiger wahrgenommen.
8. Im Unterschied zur eigenen Arbeit hätte das Case Management von PORT nur punktuell Kontakt zu den Klientinnen und Klienten und kenne diese deshalb nicht so gut und könne weniger gezielt auf ihre Bedürfnisse eingehen.

²⁸ Mit den Beschäftigten des Pflegestützpunktes und mit der Gemeindepflegerin konnten keine qualitativen Interviews geführt werden, sodass ihre Perspektiven auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen ihrem Angebot und dem Angebot des Gesundheitsnetzwerkes PORT nicht erhoben werden konnte.

Einige Stakeholder sehen aber auch Gemeinsamkeiten und Überschneidungen zu bestehenden Angeboten oder der eigenen Beratungstätigkeit. So werde das Assessment der Versorgungssituation und die anschließende bedarfsgerechte Vermittlung von Unterstützungsangeboten sowie Hilfe bei Antragsstellungen ähnlich auch vom Pflegestützpunkt oder der Gemeindepflegerin wahrgenommen. Deshalb vermitteln einige Stakeholder Klientinnen und Klienten auch an den Pflegestützpunkt oder die Gemeindepflegerin; bei anderen hat die Zusammenarbeit mit dem Case Management von PORT die Zusammenarbeit mit dem Pflegestützpunkt weitestgehend abgelöst:

Früher hatten wir auch einen relativ guten Kontakt zum [Pflegestützpunkt], aber eigentlich seit PORT braucht man das nicht mehr. Ich rufe höchstens mal den sozialpsychiatrischen Dienst an, wenn ich eben sehe, das geht zu Hause gar nicht, da ist eine Eigen- oder eine Fremdgefährdung. (SH_B65C9344, Pos. 84)

In den meisten Fällen sehen die Stakeholder keine Überschneidung des Case Managements von PORT mit dem eigenen Beratungsangebot. Die eigene Beratungstätigkeit umfasst beispielsweise die Beratungseinsätze nach § 37 (3) SGB XI, die Beratung des Entlassmanagements oder allgemeine pflegerische oder medizinische Beratungen. Häufig seien diese Beratungen klar umgrenzt und werden nicht durch das Case Management von PORT angeboten, sodass dieses nicht als Konkurrenz, sondern als positive Ergänzung wahrgenommen werde. Ein Stakeholder sah jedoch eine deutlich Doppelstruktur des Case Managements von PORT zum eigenen Angebot und dem Angebot des Pflegestützpunktes, die angesichts knapper Ressourcen vermieden werden müsse. Nach Ansicht dieses Stakeholders reichten die bestehenden Strukturen aus, um die Klientinnen und Klienten gut beraten und versorgen zu können. Der Mehrwert des Gesundheitsnetzwerkes PORT liege nicht in der Beratung des Einzelfalls, sondern in der Vernetzung der bestehenden Strukturen.

Ich glaube, weil die Ressourcen knapp sind, muss man eigentlich stärker das konzentrieren. Und ich sehe so ein bisschen, muss ich ganz ehrlich sagen, als eine Doppelstruktur an der Stelle. Weil das, die Menschen, die einen Pflegegrad haben, müssen ja ohnehin ein Beratungsgespräch einmal im Jahr haben. [...] Ich glaube, es braucht schon jemanden, der diese Koordination federführend in der Hand hat, aber vielleicht mit einem anderen Schwerpunkt. Nicht mit dem Schwerpunkt so sehr: „Ich berate jetzt die einzelnen Leute“, sondern vielmehr mit dem Schwerpunkt: „Wie bringe ich die Träger oder die Anbieter von Leistungen zusammen?“ Das, glaube ich, wäre ein besserer Fokus an der Stelle dann. Weil da muss einer den Hut aufhaben, sonst funktioniert das nicht. (SH_A23ED586, Pos. 101)

Insgesamt sehen einige Stakeholder zwar Überschneidung des Angebots des Case Managements des Gesundheitsnetzwerkes PORT mit bestehenden Angeboten, nehmen dies jedoch nicht als unnötige Doppelstruktur wahr, weil es insgesamt einen sehr hohen Beratungsbedarf gebe und das Case Management durch die räumliche Nähe und lokale Anbindung anders agieren könne und so einen wichtigen Beitrag in der Versorgung für die Projektregion leiste.

4.4.2 Beeinflussende Faktoren

Ein Ziel der wissenschaftlichen Evaluation war es, fördernde und hinderliche Faktoren der Umsetzung des Case Managements zu identifizieren, um diese bei einer Übertragung in andere Regionen berücksichtigen zu können. Neben den im Folgenden genannten Faktoren ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor der Umsetzung des Case Managements im Rahmen des Modellvorhabens UplandCare, dass bereits vor Projektbeginn tragfähige Strukturen der Kooperation mit lokalen Versorgern etabliert waren und das

Case Management bereits eine gewisse Bekanntheit innerhalb der Projektregion – besonders in Willingen – erreicht hatte. Durch die vorangegangene Förderung der Robert Bosch Stiftung als PORT-Zentrum konnten über einen längeren Zeitraum Kooperationen mit den Versorgern vor Ort aufgebaut werden, ohne die das Case Management nicht umsetzbar wäre. Das Gesundheitsnetzwerk PORT selbst bietet außer dem Case Management keine Gesundheitsleistungen an. Eine Versorgung der Klientinnen und Klienten kann deshalb nur zusammen mit den Versorgern vor Ort gelingen, die wiederum freiwillig mit dem Case Management zusammenarbeiten. Der Aufbau dieser belastbaren Kooperation benötigt Zeit, die sowohl durch die vorangegangene Förderung als auch die vergleichsweise lange Projektlaufzeit des Modellvorhabens UplandCare gegeben war. Darüber hinaus konnten folgende Faktoren durch die wissenschaftliche Evaluation rekonstruiert werden:

1. Unterstützung durch lokale Stakeholder

- Das Gesundheitsnetzwerk PORT insgesamt und im Speziellen das Case Management werden von wichtigen lokalen Stakeholdern unterstützt. Hier sind zunächst die beiden Bürgermeister der Gemeinden Willingen und Diemelsee sowie der Landkreis als wichtige politische Unterstützer, sowie die lokalen Versorger – zu Beginn vor allem die Hausarztpraxis, die Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtung, der ambulante Pflegedienst und die stationäre Pflegeeinrichtung in Willingen – zu nennen. Ohne die Unterstützung dieser Stakeholder gerade in der Anfangsphase wäre eine Umsetzung des Case Managements nur schwer möglich gewesen. Sie haben zum einen für Legitimation und öffentliches Vertrauen gesorgt, zum anderen beratend unterstützt, sowie Zugänge zu Klientinnen und Klienten ermöglicht. Für die Umsetzung in anderen Regionen ist es unbedingt nötig, wichtige lokale Stakeholder zu gewinnen, um ein vergleichbares Projekt umsetzen zu können.

2. Personal und Ressourcen

- Immer wieder werden die Professionalität, Kompetenz, Berufserfahrung sowie persönliche Motivation der Case und der Care Managerin sowie der Geschäftsführung als Faktoren genannt, durch die die Umsetzung des Case Managements überhaupt erst gelingen kann. Um diese Fachkräfte gewinnen und halten zu können, müssen bei einer Umsetzung in anderen Regionen ausreichend finanzielle Mittel sowie ein attraktives Arbeitsumfeld geschaffen werden. Das Arbeiten im Team ermöglicht dabei die Reflektion komplexer Fälle und die Entwicklung von Lösungsstrategien. Als ein möglicher hinderlicher Faktor wurde genannt, dass die Stelle der Case Managerin die meiste Zeit von nur einer Person besetzt wurde. Dies macht Vertretungen im Krankheits- oder Urlaubsfall schwer. Wäre die Case Managerin unvorhergesehener Weise für eine lange Zeit ausgefallen, wäre – nicht zuletzt wegen der eher gering formalisierten Dokumentation – eine Kontinuität der Betreuung der Fälle schwer gewesen.
- Die Personalgewinnung kann angesichts des Fachkräftemangels besonders im ländlichen Raum schwierig sein. Umso wichtiger ist eine langfristig angelegte Personalplanung, um geeignete Fachkräfte zu finden und zu binden. Das Gesundheitsnetzwerk PORT war sich dieser Herausforderung bewusst und hat frühzeitig versucht, die Stelle der Case Managerin doppelt zu besetzen, was in der Zwischenzeit gelungen ist. Diese Doppelbesetzung ermöglicht auch einen noch stärkeren fachlichen Austausch.

- Neben einer guten personellen Ausstattung wird die Umsetzung des Case Management durch eigene Räumlichkeiten gefördert. Hier können barrierefrei Sprechstunden durchgeführt werden. Außerdem wird durch den eigenen Raum die Sichtbarkeit des Angebots erhöht. Klientinnen und Klienten hilft es, wenn sie ein Angebot auch räumlich verorten können.
- Finanzielle Anreize scheinen die Kooperationsbereitschaft der lokalen Versorger nicht zu steigern. Der Versuch z. B. multiprofessionelle Fallkonferenzen zu vergüten ist kein ausreichender Anreiz für eine Zusammenarbeit; hingegen sind Arbeitserleichterungen und eine bessere Versorgung der eigenen Klientinnen und Klienten die wichtigsten Gründe, warum Versorger auf Fallebene mit der Case Managerin kooperieren.

3. Sozialraum und Versorgungsstruktur

- Die räumliche Nähe ermöglicht einen schnellen persönlichen Austausch mit den lokalen Versorgern und steigert die Bekanntheit des Case Managements. Gleichzeitig bestanden zum Teil bereits persönliche oder berufliche Beziehungen schon vor dem Modellvorhaben, was die Zusammenarbeit erleichtert.
- Insgesamt wird die Versorgung der Zielgruppe als gut, aber die Kapazitäten als nahezu ausgeschöpft wahrgenommen. Dadurch zeichnet sich die Versorgungsstruktur durch wenig Konkurrenz aus und begünstigt die Kooperationsbereitschaft der Versorger. Dies wirkt sich positiv auf die Bereitschaft der Zusammenarbeit mit dem Case Management aus. Außerdem wird das Case Management selbst von den allermeisten Versorgern nicht als Konkurrenz zum eigenen Angebot wahrgenommen.

4. Umsetzungsstrategien

- Das Schaffen von Vertrauen ist eine Grundvoraussetzung für ein gelingendes Case Management. Dies betrifft sowohl den Kontakt mit den Klientinnen und Klienten als auch die Kooperation mit den lokalen Versorgern. Um eine Vertrauensbasis zu den lokalen Versorgern zu schaffen, setzt das Gesundheitsnetzwerk PORT im Modellvorhaben Up-landCare vor allem auf die Pflege persönlicher Beziehungen. Dabei ist es wichtig, dass die Versorger weder das Gefühl haben durch das Case Management kontrolliert zu werden, noch den Eindruck gewinnen, dass bestimmte Versorger bevorzugt werden. Die kommunale Ansiedlung und Unabhängigkeit werden dabei positiv bewertet. Auch für Klientinnen und Klienten wird das Vertrauen in der persönlichen Beziehung hergestellt. Als fördernd wird dabei die Präsenz der Case Managerin im Sozialraum beispielsweise bei Veranstaltungen wahrgenommen.
- Das Sicherstellen einer guten Erreichbarkeit und hohen Verlässlichkeit sowie feste Ansprechpersonen sind zusätzlich vertrauensfördernd.

- Inwiefern eine stärkere Formalisierung des Case Managements fördernd oder hinderlich für dessen Umsetzung ist, kann nicht abschließend geklärt werden. Das Case Management des Gesundheitsnetzwerkes PORT ist wenig formalisiert. Es gibt bisher keine hohen Anforderungen an die interne Dokumentation und keine formalen Kooperationsvereinbarungen mit den lokalen Versorgern. Dies ermöglicht einen hohen Grad an Flexibilität und Freiheit, der gerade zu Beginn des Modellvorhabens eher als förderlich angesehen werden kann, weil dadurch eine Passung mit der individuellen Situation ermöglicht wird. Gleichzeitig geht mit dieser Freiheit auch ein hoher Koordinierungs- und Abstimmungsaufwand einher. Wenn eine Formalisierung dazu beiträgt, Rollenerwartungen zu klären und die Zusammenarbeit zu strukturieren, kann sie förderlich sein.

4.4.3 Ergebnis und Zufriedenheit

Aus der Dokumentation des Case Managements in Quovero lassen sich nicht in allen Fällen die Ergebnisse des Case Managements rekonstruieren; in der Regel werden Fälle in der Dokumentation nicht beendet, sondern werden fortgeschrieben bis die Klientinnen versterben oder eine stationäre Pflegeeinrichtung umziehen. Relativ häufig wird der erfolgreiche Antrag des Pflegegrads und die Installation von Unterstützungsleistungen festgehalten. Insgesamt eignet sich die Dokumentation aber nicht dafür, Fallübergreifend die Ergebnisse des Case Managements auszuwerten. Dafür äußern die Klientinnen und Klienten in den qualitativen Interviews große Dankbarkeit für die Unterstützung der Case Managerin:

Und wenn ich [Name der Case Managerin] nicht gehabt hätte, wäre ich arm dran gewesen. Wäre ich wirklich arm dran gewesen, ich hätte ja keinen gehabt. [...] das kam, wie wirklich ein Engel vom Himmel. Ja, sonst hätte ich alleine dagestanden.
(KT_E43E972D, Pos. 3)

Dieser Eindruck deckt sich mit den Ergebnissen der Zufriedenheitsbefragung: 96 % der Klientinnen und Klienten geben an, dass die Empfehlungen der Case Managerin hilfreich waren und 87 % stimmen der Aussage zu, dass sich ihre Situation verbessert hat (vgl. Abbildung 44).

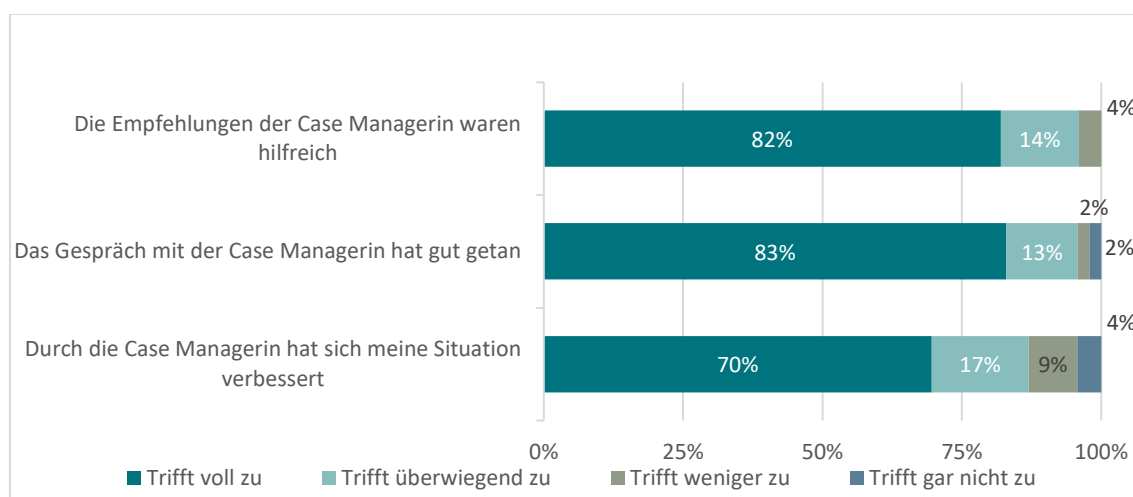


Abbildung 44 Ergebnis des Case Managements (Zufriedenheitsbefragung Case Management)

Interessanter Weise erleben sie jenseits konkreter und praktischer Hilfe das Gespräch mit der Case Managerin an sich als etwas, dass ihnen gutgetan hat. Dazu trägt sowohl die ausreichende Zeit, die

Gesprächsatmosphäre – die Gespräche finden oft in der eigenen Häuslichkeit statt – und die ruhige und kompetente Art der Case Managerin bei. Zusätzlich wirkt auch allein das Wissen darum, dass Betroffene auch zukünftig mit ihrer schwierigen Situation nicht allein sind, sondern sich jeder Zeit wieder an das Case Management wenden können, zu einer Entlastung und Beruhigung bei:

Ich bin so dankbar, dass PORT da ist. Das kann sich kein Mensch vorstellen. Und ich denke auch, dass das ganz, ganz wichtig ist, dass das gerade auch in ländlichen Räumen, wo man ja nicht so Ansprechpartner hat, dass das bestehen bleibt. Für jeden ist das einfach eine Beruhigung. Man hat genug andere Dinge, die einen aufregen oder manchmal. Und dann weiß man so, wenn jetzt irgendwas kommt, da kannst du mit drüber sprechen und dann findet man auch irgendwo was. Und das finde ich, also das ist für mich ganz, ganz beruhigend. (KT_ 62831C66, Pos. 144)

Insgesamt zeigen sich die Klientinnen und Klienten sehr zufrieden mit der Versorgung durch die Case Managerin. Dies trifft sowohl auf die einzelnen Aspekte der Beratung (vgl. Abbildung 38) als auch auf die Gesamtzufriedenheit (vgl. Abbildung 45) zu. Fast alle (96 %) Klientinnen und Klienten würden die Beratung durch die Case Managerin weiterempfehlen; viele mit denen qualitative Interviews geführt wurden, haben dies auch bereits getan.

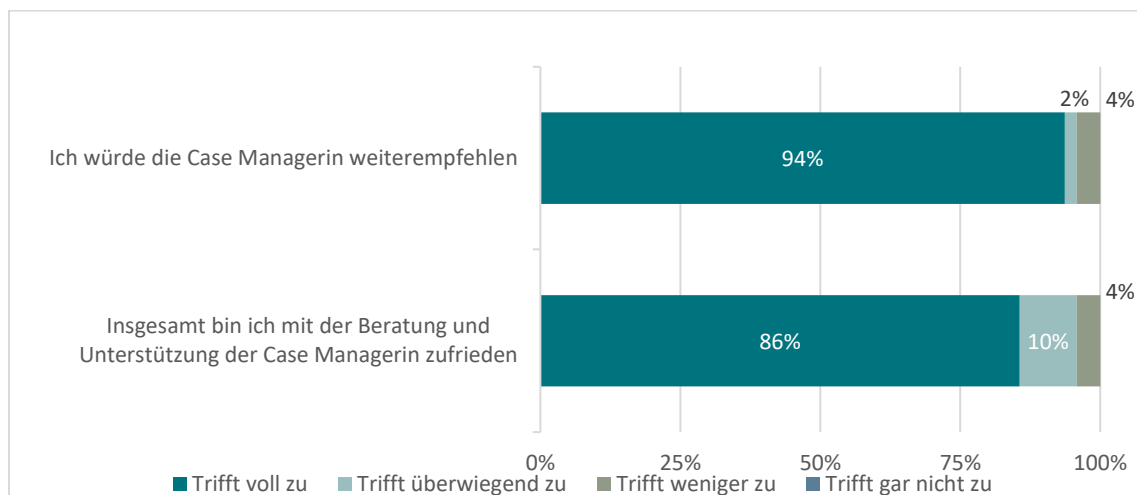


Abbildung 45 Weiterempfehlung und Gesamtzufriedenheit Case Management (Zufriedenheitsbefragung Case Management)

Auch die regionalen Versorger drücken in den qualitativen Interviews ein hohes Maß an Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit der Case Managerin auf Fallebene aus. Dabei waren sie teilweise zu Beginn der Einführung des Case Managements skeptisch, weil sie befürchteten, dass entweder ihre eigene Arbeit durch die Case Managerin kontrolliert werden würde, dass das Case Management ein konkurrierendes Angebot sei oder die Case Managerin andere Versorger in der Zusammenarbeit bevorzugt behandeln würde. Während der Projektlaufzeit konnten diese Befürchtungen aber durch eine vertrauensvolle Zusammenarbeit weitestgehend ausgeräumt werden. Außerdem sei die häusliche Versorgung generell eher von einer Unterversorgung geprägt, wodurch weniger Konkurrenz und dafür Kooperation vorherrschend sei. Für die Versorger liegt der Nutzen des Case Management vor allem in einer besseren Versorgung der eigenen Klientinnen und Klienten. Darüber hinaus erleben sie durch das Case Management aber auch eine Entlastung in der eigenen Arbeit:

Sobald ein zum Beispiel komplexer Versorgungsfall entsteht, nach einer Krankenhausentlassung, bei Verschlechterung einer Erkrankung wird [Name der Case Managerin] angerufen. Wir haben die Handynummer und dann wird sie aktiv. Besucht die Leute, kann zu Hause eben eine umfassende Aufnahme der Wohnsituation, der vorhandenen Hilfsmittel und so etwas machen. Worauf wir dann reagieren können. Das läuft super und entlastet uns riesig in der Versorgung von chronisch Kranken.
(SH_ 74F7B0B0, Pos. 3)

4.4.4 Diskussion und Fazit

Im Modellvorhaben UplandCare ist es dem Gesundheitsnetzwerk PORT gelungen, im Handlungsfeld *Individuelle Beratung, Begleitung und Unterstützung* das bestehende Case Management fortzuführen und auszubauen. Die ebenfalls in diesem Handlungsfeld geplanten präventiven Hausbesuche wurden nicht als eigenständige Aktivität durchgeführt. Allerdings ist zu diskutieren, ob es sich bei allen Case Management Fällen tatsächlich um ein Case Management im engeren Sinne handelt. Viele Fälle scheinen eher umfangreiche Beratungen zu sein und einen präventiven Charakter zu haben.

Im Zeitraum von Anfang Oktober 2022 bis Ende September 2024 wurden 117 neue Fälle durch das Case Management versorgt. Angesichts der rund 11.000 Einwohnerinnen und Einwohnern und schätzungsweise 385 Personen, die mit einem Pflegebedarf zuhause leben, ist dies ein sehr hoher Grad der Durchdringung. Dieser äußert sich auch in der Zusammenarbeit des Case Managements mit nahezu allen Versorgern in der Projektregion und dem hohen Weiterempfehlungsgrad. Das Gesundheitsnetzwerk PORT im Allgemeinen und das Case Management im Speziellen ist in der Projektregion bekannt und wird nachgefragt. Auffällig ist, dass überproportional viele Personen aus Willingen im Case Management versorgt werden. Dies ist vor allem durch die Entstehungsgeschichte und räumliche Ordnung zu erklären. Das Gesundheitsnetzwerk PORT adressiert dieses Ungleichgewicht u. a. durch eine offene Sprechstunde in Diemelsee.

Während das Case Management also erfolgreich fortgeführt und ausgebaut wurde, erfolgte – nachdem anfänglich Impulse in diese Richtung gesetzt wurden – keine demenzspezifische Weiterentwicklung des Case Managements, weil es nach Einschätzung des Gesundheitsnetzwerkes PORT in der Arbeitsweise keine grundsätzlichen Unterschiede zur Versorgung anderer pflegebedürftiger Personen gibt und die Befürchtung bestand, dass mit einer öffentlichen Bewerbung des Case Managements als Angebot für Personen mit Demenz der Zugang zu anderen pflegebedürftigen Personen erschwert werde. Laut eigener Dokumentation liegt bei 11 Klientinnen und Klienten eine Demenz vor. Angesichts dessen, dass in der Projektregion schätzungsweise 115 Personen mit einer Demenz zuhause leben, sind dies vergleichsweise wenig Fälle. Auch aufgrund der Altersstruktur sowie Pflegebedürftigkeit der Klientinnen und Klienten wäre ein höherer Anteil an Klientinnen und Klienten mit einer Demenz zu erwarten gewesen. Entgegen der Befürchtung des Gesundheitsnetzwerkes PORT sich bei einer Bewerbung des Case Management als Angebot auch für Menschen mit Demenz den Zugang zu anderen pflegebedürftigen Personen zu verschließen, scheint es eher so zu sein, dass das Case Management von Personen mit Demenz unterdurchschnittlich häufig nachgefragt wird. Mit der Veranstaltungsreihe zum Thema Demenz (vgl. Kapitel 4.2.1.2) und dem Demenzwegweiser (vgl. Kapitel 4.3.1.3) hat sich das Gesundheitsnetzwerk PORT inzwischen öffentlich wahrnehmbar dem Thema Demenz zugewendet; es bleibt abzuwarten, ob dadurch auch mehr Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen im Case Management erreicht werden können.

Für die Einordnung und Diskussion des im Rahmen des Modellvorhabens UplandCare durchgeführten Case Managements hilft ein Blick in die einschlägige Literatur. Beispielsweise unterscheidet Wendt (2020) idealtypisch sieben Phasen des Case Managements:

1. Outreach (der Zugang zum Case Management)
2. Assessment (das Erheben der Bedarfslage und Ressourcen)
3. Planning (Vereinbarung von Ziele und Versorgungsplanung)
4. Linking (Vermittlung und Koordination von Versorgungsleistungen)
5. Monitoring (Kontrolle des Vorgehens)
6. Evaluation (Auswertung inkl. Prozess- und Ergebnisevaluation)
7. Accountability (Nachweis der Effektivität und Effizienz; Nachsorge und Entpflichtung)

Der Schwerpunkt des Case Managements des Gesundheitsnetzwerkes PORT liegt deutlich auf den ersten vier Phasen. Es wird sehr viel Wert und Energie daraufgelegt, pflegebedürftige Personen mit und ohne Demenz sowie ihre Angehörige möglichst frühzeitig zu erreichen und die Versorgungsbedarfe und Ressourcen umfassend zu erheben – in der Regel in der eigenen Häuslichkeit der Klientinnen bzw. Klienten. Darauf aufbauend werden gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten Lösungen gesucht und Maßnahmen geplant. Häufig geht es dabei zunächst darum, einen Zugang zum Pflege- und Gesundheitssystem herzustellen, indem Klientinnen und Klienten bei Antragsstellung (z. B. Pflegegrad, Schwerbehinderung, Wohnraumverbessernde Maßnahmen) unterstützt werden. Anschließend werden Klientinnen und Klienten zu passenden regionalen Angeboten vermittelt. Die drei letzten Phasen nehmen im Case Management des Gesundheitsnetzwerkes PORT eine weniger prominente Stellung ein. Dies liegt auch daran, dass bisher keine Notwendigkeit bestand, das Case Management systematisch zu dokumentieren und auszuwerten. Vor allem aber daran, dass die Mehrzahl der Fälle unter der Schwelle zu einem komplexen Case Management Fall bleibt und entweder einen präventiven Charakter hat oder eine umfassende Fachberatung darstellt. In diesen Fällen stellt sich eine Kontrolle des Vorgehens, Auswertung und Nachweisführung als nicht funktional dar. Insofern kann argumentiert werden, dass die in diesem Handlungsfeld geplanten *Präventiven Hausbesuche* als Teil des Case Managements realisiert werden. Zukünftig wäre zu prüfen, ob eine Unterscheidung der Komplexität der Fälle in der Dokumentation sinnvoll ist.

Im Zentrum des Case Managements stehen die anwaltschaftliche (advocacy) und die vermittelnde (Broker) Funktion des Case Managements (Wendt 2020). Durch die Unterstützung bei Antragsstellungen werden Ressourcen mobilisiert und Rechte der Klientinnen und Klienten durchgesetzt; durch eine gute Kenntnis der regionalen Versorgungsstrukturen werden sie bedarfsgerecht weitervermittelt. Aber auch die unterstützende (support) Funktion des Case Management spielt eine wichtige Rolle, da Klientinnen und Klienten beraten und in ihrer Selbstbestimmung gestärkt werden. Dagegen nimmt das Case Management nicht direkt die Funktion als Türöffner (gatekeeper) ein. Da PORT selbst keine Versorgungsleistungen anbietet, kann das Case Management nicht selbst Zugänge zu Leistungen steuern. Dies leitet zu einem wesentlichen Charakter des Case Management des Gesundheitsnetzwerkes PORT über.

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

eine Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen. Der Handlungsansatz ist zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können. (Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. 2025)

Die Steuerungsfunktion des Case Management des Gesundheitsnetzwerkes PORT ist insofern begrenzt, als dass die Case Managerin keinen direkten Einfluss auf die konkrete Leistungserbringung hat. Die Case Managerin tritt hier als Vermittlerin auf, die Bedarfe der Klientinnen und Klienten bei den regionalen Versorgern adressiert. Im Einzelfall gelingt es, in dringenden Situationen sehr schnell die nötige Unterstützung zu organisieren und gemeinsam mit den regionalen Versorgern nach Lösungen zu suchen. Der Erfolg dieses Steuerungsmodells liegt in der sozialen Interaktion zwischen Case Managerin und Versorgern begründet. Die Versorger vertrauen der Einschätzung der Case Managerin zu dem Einzelfall und arbeiten kollegial zusammen. Es gibt jedoch keine formalen Kooperationsvereinbarungen zwischen dem Gesundheitsnetzwerk PORT und den regionalen Versorgern. Allerdings ist auch höchst fraglich, ob ein höherer Grad der Verbindlichkeit durch Kooperationsvereinbarung hergestellt werden könnte, da die Versorger immer wieder betonen, dass die eigene Freiwilligkeit und Freiheit in der Kooperation hohe Güter seien. Die mit dem Case Management verbundene Hoffnung einer effektiven und effizienten Steuerung ist also insofern begrenzt, als dass sie allein von der vertrauensvollen Zusammenarbeit abhängig ist, informell ist und immer wieder interaktionell hergestellt werden muss. Dies scheint aber zu gelingen. Zumindest drücken die allermeisten Klientinnen und Klienten eine hohe Zufriedenheit mit dem Case Management aus und geben zum Großteil an, dass sich ihre Situation durch das Case Management verbessert hat. Auch die Versorger teilen diese Zufriedenheit und berichten von einer sehr guten Zusammenarbeit.

Kennzeichnend für das Case Management des Gesundheitsnetzwerkes PORT ist neben der regionalen Verankerung erstens die Offenheit und Flexibilität und zweitens der aufsuchende und niedrigschwellige Charakter. Letzterer drückt sich u. a. dadurch aus, dass eine Terminvereinbarung unkompliziert und zeitnah möglich ist und das Case Management auch von sich aus Kontakt aufnimmt, wenn es entsprechende Anfragen aus dem sozialen Netzwerk oder durch Versorger gibt; es gibt außer dem Wohnort keine formalen Zugangsvoraussetzungen. Die Ermittlung des Versorgungsbedarfs erfolgt durch eine offene Gesprächsführung in der Regel in der eigenen Häuslichkeit. Auch die anschließende Maßnahmenplanung erfolgt durch freiwillige und offene Kooperation mit den regionalen Versorgern. Die Offenheit des gesamten Case-Managements-Prozesses stellt hohe Anforderungen an die Qualifikation, Professionalität und vor allem kommunikativen Kompetenzen der Case Managerin, da wenig standardisierte Prozesse und Verfahren abgearbeitet werden können. Die enge Anbindung an das Team und die Möglichkeiten, komplexe Fälle zu besprechen und zu reflektieren, sind wichtige Unterstützungsfaktoren. Darüber hinaus sind die Unterstützung lokaler Stakeholder und die räumliche Nähe Kontextfaktoren, die die Umsetzung des Case Management positiv beeinflusst haben. Als zentrale Umsetzungsstrategie des Case Managements konnte der Beziehungsaufbau und das Schaffen von Vertrauen identifiziert werden. Dies betrifft sowohl die Kommunikation mit den Klientinnen und Klienten als auch mit den regionalen Versorgern.

4.5 Evaluation des Handlungsfeldes Vernetzung und Zusammenarbeit

4.5.1 Umsetzung

Vernetzung und Zusammenarbeit stellt sich im Projektverlauf als eines der zentralen Handlungsfelder im logischen Modell heraus. Die Ziele dieses Handlungsfeldes sind vielfältig (vgl. Abbildung 46). Auf Ebene der Kooperation von und mit allen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern bedeutet dies u. a. ein gemeinsames Verständnis einer guten Demenzversorgung in der Region zu entwickeln und Wissen über offene Bedarfe und die zugrundeliegende Versorgungsstruktur auszutauschen. Mittelfristig sollen sich die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in Bezug auf Angebote für die Zielgruppe miteinander abstimmen und gemeinsam neue Angebote etablieren. Auf Ebene der Kooperation und Koordination zwischen dem Case Management und dem Care Management wird angestrebt, dass das Care Management die Bedarfe der Zielgruppe kennt und das Case Management wiederum über die Entwicklung der Versorgungslandschaft informiert ist. So können vom Care Management ebenfalls neue Angebote in Kooperation mit den Versorgerinnen und Versorgern etabliert werden, auf welche das Case Management zugreifen kann. Langfristig erhoffen sich die Beteiligten durch eine gelungene Vernetzung

- mehr Angebote zur Versorgung von Menschen mit Demenz und anderen pflegebedürftigen Personen in der Region,
- weniger Reibungsverluste und Schnittstellenprobleme zwischen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern.

Handlungsfeld	Aktivität		
Demenssensibles Quartier	Organisation und Durchführung von Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Demenz	Organisation und Durchführung von Veranstaltungen für die Öffentlichkeit	Organisation und Durchführung von Schulungen für Change Agents
Ressourcenstärkung	Organisation und Durchführung von Kursen	Koordination und Vermittlung von Schulungen für Angehörige	Erstellen und Verteilen eines Demenzwegweisers
Individuelle Beratung, Begleitung und Unterstützung	Organisation und Durchführung von präventiven Hausbesuchen		Organisation und Durchführung eines Case Managements
Vernetzung & Zusammenarbeit	Vernetzung von und Kooperation mit regionalen Leistungserbringern		Kooperation und Koordination zwischen Case und Care Management

Abbildung 46: Das Handlungsfeld Vernetzung und Zusammenarbeit innerhalb des Modellvorhabens UplandCare

Zur Umsetzung dieser Ziele werden verschiedene Vernetzungsaktivitäten in *UplandCare* vorgenommen. Diese orientierten sich zum einen an den aufkommenden Bedarfen, zum anderen an den zuvor vom Team im logischen Modell festgelegten Outputs und dessen Indikatoren:

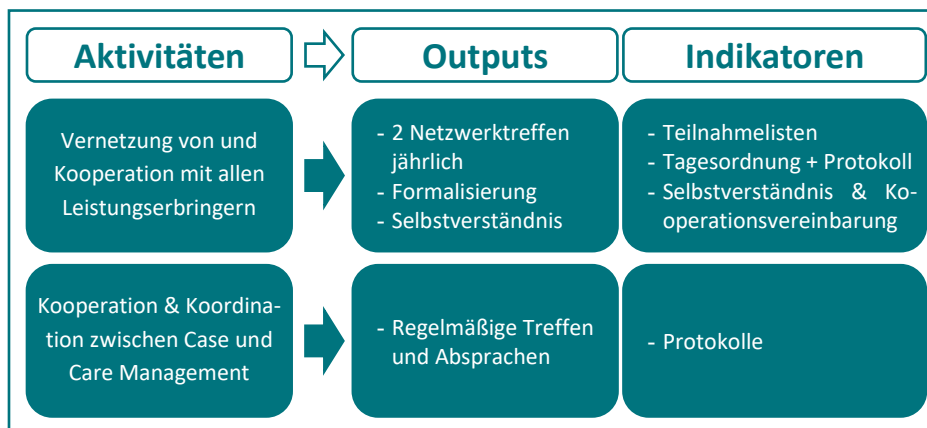


Abbildung 47: Aktivitäten, Outputs und Indikatoren zur Vernetzung und Zusammenarbeit

Die Analyse des Handlungsfeldes *Vernetzung & Zusammenarbeit* beruht auf 27 qualitativen Interviews mit dem Team von PORT, 16 Interviews mit Stakeholdern und der Dokumentation der Vernetzungsaktivitäten durch PORT (vgl. Kapitel 4.1.).

Die Vernetzungsaktivitäten und -prozesse in diesem Handlungsfeld lassen sich auf zum einen auf der Ebene des PORT-Teams, insbesondere zwischen dem Care Management und Case Management, beschreiben. Zum anderen finden Vernetzungsaktivitäten schwerpunktmäßig zwischen dem Team und den externen Versorgerinnen und Versorgern in der Region statt. Darüber hinaus gibt es Zusammenarbeit zwischen den Versorgerinnen und Versorgern untereinander, welche jedoch nicht Teil des zu evaluierenden Handlungsfeldes ist.

4.5.1.1 Koordination zwischen Care Management und Case Management

Das Care Management und das Case Management arbeiten in enger Kooperation miteinander, um eine effiziente und bedarfsgerechte Versorgung der Klientinnen und Klienten zu gewährleisten. Diese soll im Projektverlauf nochmals intensiviert werden. Die Mitarbeiterinnen geben an, dass die zwei fest etablierten Teamsitzungen pro Woche eine wichtige Basis dieser Zusammenarbeit seien bei denen aktuelle Fälle besprochen und Lösungsansätze entwickelt würden. Darüber hinaus dienen informelle Gespräche im Büroalltag dazu, spontan auftretende Probleme direkt und ohne Verzögerung anzugehen. Dabei wird in der Zusammenarbeit großer Wert auf kreatives Denken und die Entwicklung neuer Ansätze gelegt.

Sowohl die Case als auch die Care Managerin beziehen regelmäßig Impulse von außen ein und betreiben aktiv Recherche. Der Austausch mit Klientinnen und Klienten, Teilnehmerinnen und Teilnehmern der eigenen Veranstaltungen und Kurse sowie Versorgerinnen und Versorgern der Region, wie zum Beispiel mit den Teilnehmenden des Pflegezirkels, bringt neue Ideen und Möglichkeiten mit sich. Die Suche nach neuen, unterstützenden Netzwerkpartnern wird von der Care und der Case Managerin gemeinsam mit der Geschäftsführung vorangetrieben. Das Care Management hat zusätzlich die Aufgabe, gezielt Angebote von Akteuren, wie Vereinen in der Region, zusammenzutragen und auf der Webseite darzustellen sowie neue unterstützende Materialien wie etwa einen Pflegewegweiser zu entwickeln.

Ein wesentlicher Aspekt der Arbeit ist es, schnell und gezielt auf identifizierte Bedarfe zu reagieren. So werden Bedarfe, die im Case Management erkannt werden, in den Teamsitzungen diskutiert und an das Care Management weitergeleitet. Ein praktisches Beispiel hierfür ist die Versorgungslücke bei psychischen Erkrankungen, welche zur Entwicklung verschiedener Lösungsansätze, u. a. Bildung von Kooperationen mit Kliniken oder Ideen zur Erweiterung des internen Teams führen (siehe Praxisbeispiel). Auch werden Bedarfe, die im Austausch mit Netzwerkpartnern und Klienten aufkommen, wie etwa Schulungen zur Patientenverfügung, vom Team geprüft und adressiert. Aus den auftretenden Bedarfen sind bereits konkrete Angebote wie demenzspezifische Vortragsreihen hervorgegangen, an denen sich auch neue Kooperationspartner beteiligen. Ein weiterer zentraler Aspekt ist die Pflege des Netzwerkes. Während das Case Management regelmäßige Kontakte zu Netzwerkpartnern pflegt, sorgt das Care Management dafür, dass diese Kontakte nicht abreißen und beide Seiten bei Bedarf zusammenarbeiten.

Insgesamt zeigt sich, dass durch regelmäßigen Austausch und gemeinschaftliche Aktionen das Case Management und das Care Management proaktiv auf die Bedarfe der Klienten reagieren und innovative Lösungen zur Verbesserung der Versorgung im Gesundheitsnetzwerk entwickeln.

Praxisbeispiel: Versorgungslücke bei psychischen Erkrankungen

Die Case Managerin stellte in der Versorgung der Klientinnen und Klienten einen Anstieg von Belastungssituation und psychischen Problemlagen fest, für die bisher kein adäquates Versorgungsangebot in der Region bestand. Diese Bedarfslage wurde innerhalb des PORT-Teams besprochen und gemeinsam nach Lösungen gesucht.

Zunächst wurde dieser ungedeckte Bedarf mit den regionalen Versorgern erörtert und dann mit Akteuren auf Eben des Landkreises besprochen. Schließlich ergab sich eine Kooperation mit einem Anbieter ambulanter und klinischer Angebote in diesem Bereich.

Aus der Kooperation ist unter anderem eine Veranstaltung entstanden und es wurde die verstärkte Zusammenarbeit im ambulanten Bereich vereinbart.

4.5.1.2 Vernetzung und Zusammenarbeit mit Versorgerinnen und Versorgern

Im *UplandCare* Projekt spielen die Netzwerktreffen eine zentrale Rolle bei der Vernetzung der beteiligten Fachkräfte, die aus unterschiedlichen Bereichen wie Apotheken, Therapie, Medizin und Pflege kommen. Die Netzwerktreffen ermöglichen es, in einem offenen Rahmen Ideen und Erfahrungen auszutauschen. Im Rahmen des Modellvorhabens *UplandCare* waren ca. zwei Netzwerktreffen mit allen Versorgenden pro Jahr geplant, im Evaluationszeitraum fanden die Treffen allerdings jährlich statt. Während das erste angesetzte Netzwerktreffen im Frühjahr 2022 aufgrund zu geringer Anmeldezahlen abgesagt werden musste, nahmen am darauffolgenden Termin im Mai 2023 rund 31 Versorgerinnen und Versorger aus der Region teil. An diesem Termin fand ein Fotoshooting statt, welches einen großen Anreiz zur Teilnahme darstellte. Die an diesem Tag entstandenen Fotos wurden auf die Webseite von PORT hochgeladen und die Versorgerinnen und Versorger dort anschließend im Versorger-Verzeichnis aufgeführt. Im Juni 2024 wurde die Präsentation der neuen Internetpräsenz als Anlass für ein Netzwerktreffen genommen, in dessen Rahmen auch der oben genannte Workshop stattfand. Dieser Einladung kamen 14 Versorgerinnen und Versorger nach.

Neben den übergreifenden Vernetzungstreffen werden der persönliche Austausch und die lokale Nähe als besonders wertvoll in der täglichen Vernetzungsarbeit angesehen. Die geografische Nähe fördert spontane und unkomplizierte Kontakte sowie eine schnelle Koordination, die insbesondere in den dynamischen Kontexten des Gesundheitswesens entscheidend ist. Die Care Managerin nutzt regelmäßige Einzelgespräche, um spezifische Angelegenheiten direkt und effektiv zu adressieren, und pflegt

diesen persönlichen Kontakt durch regelmäßige Besuche sowie gezielte, individuelle Treffen. Zur Informationsverbreitung werden hauptsächlich E-Mails eingesetzt, ergänzt durch telefonische Kontakte, um eine aktive Teilnahme zu gewährleisten. Neue Kommunikationstools, wie eine Signal-Gruppe, werden bisher weniger wahrgenommen. Dies unterstreicht erneut die Wichtigkeit des persönlichen Kontakts.

Größere Veranstaltungen wie Workshops, Fototermine und der Launch der Webseite werden genutzt, um die Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartner zu informieren und einzubinden. Auch Zusammenarbeitsformen, wie mit Apotheken oder Tagespflegeeinrichtungen, die überwiegend durch sporadische E-Mail-Kontakte oder persönliche Besuche gekennzeichnet sind, helfen dabei, wichtige Informationen oder Veranstaltungen anzukündigen. Die regelmäßige Interaktion mit der Ehrenamtskoordinatorin und dem Ehrenamtskoordinator deckt zudem einen gewissen Bedarf an Dienstleistungen ab und reagiert effektiv auf die Bedürfnisse der Gesellschaft. Strukturfragen und Themen der Gesundheitsförderung werden regelmäßig in Netzwerktreffen mit der Kreisverwaltung diskutiert. Die Kommunikation und Abstimmungen auf Vorstandsebene sind entscheidend für die strategische Ausrichtung und Weiterentwicklung des Netzwerkes. Die Dynamik zwischen den strukturierten und übergreifenden Netzwerktreffen und dem unmittelbaren persönlichen Austausch bildet die zentrale Vernetzungsstrategie des Projekts. Diese Kombination aus systematischer und spontaner Zusammenarbeit verbessert nicht nur die Ausführung von Diensten, sondern optimiert auch die gesundheitliche Versorgung auf lokaler Ebene. Die intensive Vernetzung und der direkte Dialog fördern eine effiziente Zusammenarbeit sowie das Verständnis und die Unterstützung unter den verschiedenen Akteuren des Netzwerkes.

Die praktische Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitsnetzwerk PORT und den regionalen Versorgern variiert stark. Dies liegt zum Teil an den inhaltlichen Erfordernissen: beispielsweise ist auf Einzelfallebene die Zusammenarbeit mit Pflegediensten aufgrund häufiger und notwendiger Interaktionen intensiver als mit Apotheken oder einzelnen Therapeuten. Außerdem geben Versorgerinnen und Versorger aus dem Netzwerk an, dass nicht ausreichend zeitliche oder personelle Ressourcen zur Verfügung stünden oder nicht alle gleichermaßen an einer Zusammenarbeit interessiert seien. Dies führt ebenfalls zu einer unterschiedlichen Intensität und Tiefe in der Zusammenarbeit. Ein weiterer variierender Faktor könnte die geografische Lage der Versorgenden, historische Entwicklungen oder spezifische organisatorische Strukturen sein, die zu unterschiedlichen Kooperationsniveaus führen (vgl. Kapitel 4.5.2). In wieweit sich die regionalen Gesundheitsversorger selbst als Mitglieder eines Netzwerkes verstehen und nicht lediglich als Kooperationspartner mit dem Verein Gesundheitsnetzwerk PORT kann auf Grundlage der Daten nicht eindeutig beantwortet werden. Dafür wäre zu klären, inwiefern ein gemeinsames Verständnis über die Ziele und Mittel eines solches Netzwerkes vorliegt.

Im Rahmen eines Netzwerktreffens brachte ein Versorger die Idee nach einem regelmäßigen Austausch zwischen regionalen Akteuren, die in der Pflege tätig sind, ein. Das Gesundheitsnetzwerk PORT hat diesen Impuls aufgegriffen und zu einem ersten Treffen eingeladen. Der so entstandene **Pflegezirkel** ist ein Forum, in dem sich verschiedene regionale Versorger zum Thema Pflege auf Systemebene regelmäßig austauschen. Der Pflegezirkel kann als ein Teilnetzwerk begriffen werden, das nur die in der Pflege tätigen Akteure umfasst. Diese thematische Eingrenzung wird als sinnvoll erlebt, um den Rahmen für eine fokussierte Zusammenarbeit zu geben. Das Gesundheitsnetzwerk PORT nutzt den Pflegezirkel auch, um eigene Ideen vorzustellen und sich ein Feedback der regionalen Versorger einzuholen. Beispielsweise wird im Rahmen des Pflegezirkels die Relevanz von Demenz für den Arbeitsall-

tag der Versorgerinnen und Versorger diskutiert, sodass die Umsetzung des Demenzwegweisers beschlossen wurde (vgl. Kapitel 4.3.1.3). Ebenso wurde in diesem Gremium die Idee der Veranstaltungsreihen zu verschiedenen Gesundheitsthemen wie Demenz oder Schlaganfall vorgestellt. Zusätzlich dient der Pflegezirkel als Plattform für die Präsentation und Diskussion neuer Ideen, Projekte und gemeinsamer Interessen. Er fördert die Vernetzung und Kooperation der Beteiligten, was sich als äußerst wertvoll erweist. Sogar Weiterbildungsangebote für Mitarbeitende werden von einigen Teilnehmenden geteilt, sodass externe Kolleginnen und Kollegen bei ausreichend Kapazitäten an diesen teilnehmen können. So erklärt eine Stakeholderin:

Die werden sich das nicht leisten können, externe Veranstalter reinzuholen, um eine Fortbildung zu bieten. Ich habe auch zu ihr gesagt: was musst du denn eigentlich? Ist völlig egal, alles, Expertenstandard können wir alle mit dabei nehmen, Inkontinenz, Ernährung, Demenz, Dekubitus, das können wir alles unseren Alltagsbegleitern bieten [...] da können die doch dazu kommen. (SH_ F07FF59F, Pos.30)

So entstehen Synergieeffekte und es können ggf. Kosten gespart werden. Am Pflegezirkel nehmen die Case und Care Managerin des Gesundheitsnetzwerkes PORT sowie Versorgerinnen und Versorger aus der Projektregion teil, die im Alltag professionelle Pflege erbringen. Dazu gehören unter anderem Vertreterinnen und Vertreter der ambulanten und stationären Altenpflege, Tagespflege sowie der Kurzzeitpflege. Das Engagement der Teilnehmenden variiert jedoch stark. Das Gesundheitsnetzwerk PORT lädt zu den Treffen des Pflegezirkels ein, moderiert die Sitzungen und fertigt ein Ergebnisprotokoll an. Aus der Dokumentation wird deutlich, dass die Treffen in der Anfangsphase alle zwei bis drei Monate stattfanden – künftig wird eine Frequenz von einmal pro Quartal angestrebt. Seit der Gründung des Pflegezirkels fanden insgesamt fünf Treffen statt, von denen drei in den Räumlichkeiten von PORT durchgeführt wurden. Ein Treffen fand in den Räumen eines Mitgliedes des Pflegezirkels statt. Zum Pflegezirkel werden anlassbezogen weitere Akteure eingeladen. Das letzte Treffen im Evaluationszeitraum fand im November 2024 statt und hatte das Thema Nachbarschaftshilfe im Fokus.

4.5.1.3 Zugangswege ins Netzwerk

Anhand der geführten Interviews mit einer Vielzahl von verschiedenen regionalen Versorgern sowie dem PORT-Team wird deutlich, dass die Zugangswege ins Gesundheitsnetzwerk vielfältig waren und sind. Insgesamt ist Vernetzung ein andauernder Prozess, welcher bereits vor Projektlaufzeit begann und während des Modellvorhabens UplandCare intensiv weiter betrieben wurde.

Durch eine *direkte Ansprache* nimmt das Gesundheitsnetzwerk PORT aktiv Kontakt zu neuen potenziellen Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern auf und lädt diese zu Netzwerktreffen ein. Wesentlich für den erfolgreichen Aufbau des Netzwerkes ist dabei die intensive Aufklärungsarbeit der Case Managerin in der Frühphase des Gesundheitsnetzwerkes PORT, welche über ihre Ziele und Aufgaben informiert und die Partnerinnen und Partner durch gemeinsame Arbeit an konkreten Fällen enger zusammenführt. Darüber hinaus profitiert das Gesundheitsnetzwerk von *Weiterempfehlungen*: Klientinnen und Klienten, die mit dem Case Management zufrieden sind, berichten ihren Versorgerinnen und Versorgern von der positiven Erfahrung, was potenzielle Kooperationspartner anzieht. Wichtige Stakeholder, wie die Bürgermeister der Gemeinden, empfehlen zum einen neue Versorgerinnen und Versorger an das Gesundheitsnetzwerk PORT, wodurch ein Austausch initiiert wird. Zum anderen machen sie das Gesundheitsnetzwerk PORT auf neue Versorger aufmerksam. Darüber hinaus gibt es die *Kontaktaufnahme durch Versorgerinnen und Versorger*, die an einer Kooperation oder Präsenz auf der Webseite des Gesundheitsnetzwerkes PORT interessiert sind. Viele regionale Versorger haben keine eigene Webseite, sodass das Verzeichnis auf der Webseite des Gesundheitsnetzwerkes PORT für sie

eine gute Möglichkeit ist, ihr Angebot nach außen darzustellen. Um als Versorger in das Verzeichnis des Gesundheitsnetzwerkes PORT aufgenommen zu werden, müssen zwei Voraussetzungen erfüllt sein: erstens müssen die Versorger in der Projektregion ansässig sein und zweitens muss mindestens ein Teil der Gesundheitsdienstleistungen mit den gesetzlichen Kranken- oder Pflegekassen abrechenbar sein. Letzteres stellt für das Gesundheitsnetzwerk PORT ein Qualitätskriterium dar:

Das ja für uns immer so ein bisschen das Qualitätskriterium ist, wo man dann unterscheidet, wen nimmt man mit auf die, auf die Versorgerplattform und wen nicht, dass man da so ein bisschen eine Grenze ziehen kann. (PORT_6A8ABABF, Pos. 27)

Es gibt Angebote bzw. Versorgerinnen und Versorger, welche die Kriterien nicht erfüllten und deshalb nicht aufgenommen werden konnten. Ziel ist es jedoch, möglichst niemanden auszugrenzen. Überregionale Angebote, welche wichtig für eine gute Versorgung in der Region sind, werden nicht in das Online-Verzeichnis aufgenommen oder als offizieller Netzwerkpartner vorgestellt, spielen in der Versorgung der Klientinnen und Klienten jedoch eine wichtige Rolle. Auf Fallebene wird deshalb eng zusammengearbeitet.

4.5.1.4 Gründe für die Zusammenarbeit

Die Gründe für die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsnetzwerk PORT sind vielfältig. Voraussetzung für die Bereitschaft der Zusammenarbeit ist jedoch, dass die Beteiligten einen konkreten Mehrwert erkennen können. Aus diesem Grund achtet das Gesundheitsnetzwerk PORT besonders darauf, welche Aspekte für die Versorgerinnen und Versorger von Interesse sind und wie diese zielgruppenspezifisch angesprochen werden können. Eine Übersicht der Gründe für die Zusammenarbeit kann Abbildung 48 entnommen werden.

Ein zentrales Motiv stellt die *Qualität der Versorgung und Patientenbetreuung* dar. Durch gemeinsame Zielsetzungen und eine enge Vernetzung der Einrichtungen können Versorgungslücken geschlossen sowie flexible und schnelle Notfalllösungen, insbesondere in ländlichen Regionen, realisiert werden. Darüber hinaus erleichtert die Zusammenarbeit die alltägliche Arbeit und erhöht die *operative Effizienz*. Klare Zuständigkeiten und Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner, eine koordinierte Informationsverteilung sowie die Entlastung durch ein zentrales Case Management ermöglichen eine effektivere Organisation und unterstützen das medizinische Personal im Arbeitsalltag. Ein weiterer wichtiger Faktor ist der *fachliche Austausch und die Vernetzung* zwischen den Versorgerinnen und Versorgern. Regelmäßige Netzwerktreffen fördern den interdisziplinären Wissenstransfer und den Aufbau persönlicher Kontakte. Neue Versorgerinnen und Versorger werden dabei durch etablierte Strukturen in das Netzwerk integriert und bei ihrer Anbindung unterstützt. Auch die *Öffentlichkeitsarbeit und das Marketing* spielen eine bedeutende Rolle. Einrichtungen profitieren von der positiven Darstellung nach außen, zum Beispiel durch Fotoshootings, eine stärkere Webpräsenz oder gemeinsame Kommunikationsmaßnahmen. Diese Aktivitäten tragen zugleich zur Gewinnung neuer Klientinnen und Klienten bei. Ein attraktives Netzwerkkumfeld hilft zudem beim *Personalmanagement*. Die Außendarstellung als moderner und vernetzter Arbeitgeber kann helfen, potenzielle neue Mitarbeitende anzuziehen – dies gilt sowohl für die Versorgerinnen und Versorger als auch für das Team des Gesundheitsnetzwerkes PORT. Gleichzeitig bietet das Netzwerk *Möglichkeiten zur Weiterbildung und gemeinsamen Personalentwicklung*. Gemeinsame Veranstaltungen sowie der Austausch über aktuelle Fachthemen und Herausforderungen fördern die Qualifikation und Motivation des Personals. Die unterschiedlichen Gründe und Motive für eine Zusammenarbeit bilden die Breite des Netzwerkes gut ab und könnten eine Grundlage für die Erarbeitung eines gemeinsamen Selbstverständnisses darstellen.

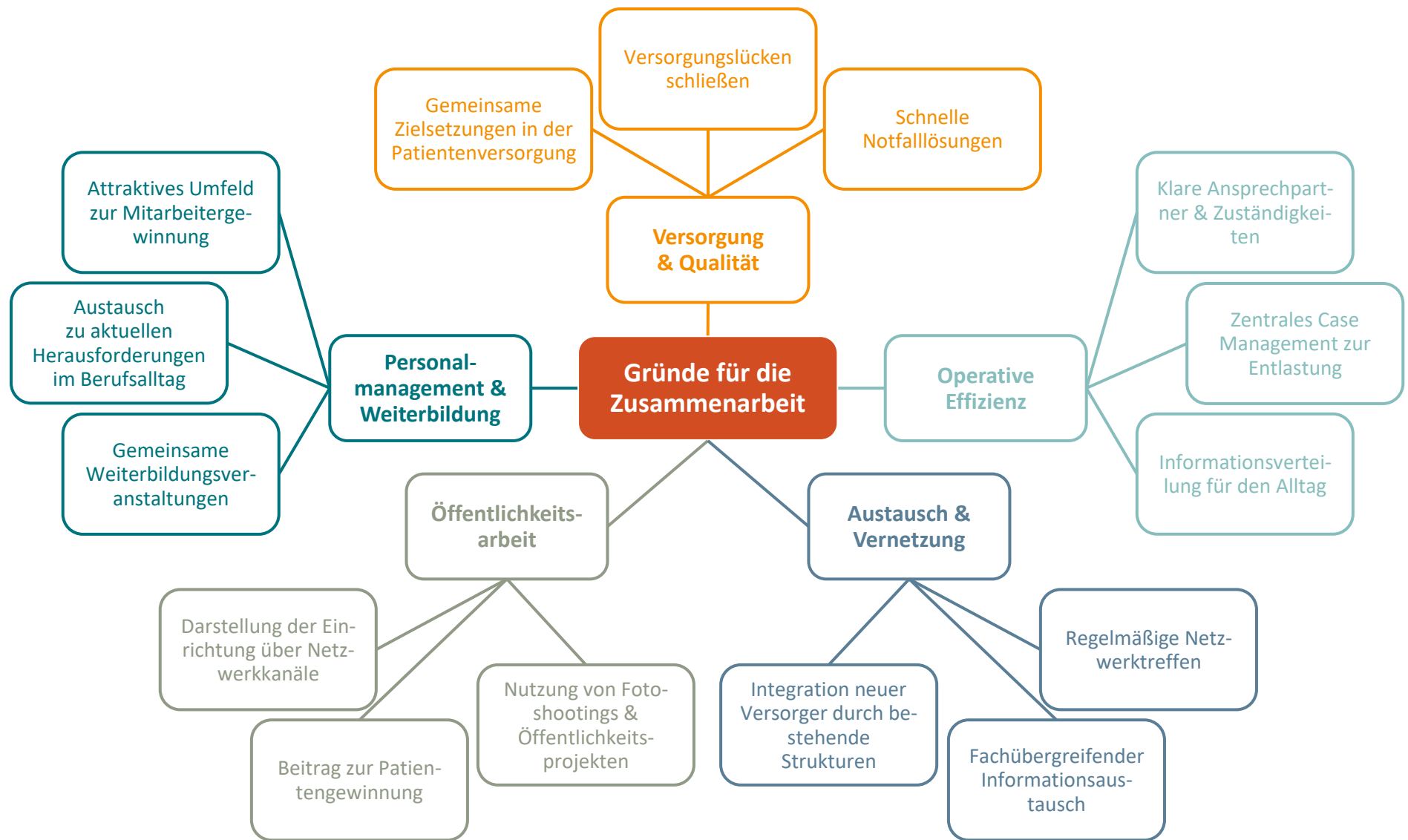


Abbildung 48: Gründe für die Zusammenarbeit

4.5.1.5 Formalisierung der Zusammenarbeit

Wiederkehrend wurde im Projektzeitraum diskutiert, ob und in welcher Form die Zusammenarbeit mit den Versorgern im Netzwerk formalisiert werden sollte. Zum Zeitpunkt dieser Berichterlegung gibt es keine bindende Formalisierung der Zusammenarbeit zwischen PORT und den regionalen Versorgern im Modellvorhaben *UplandCare*. Die Zusammenarbeit läuft auf freiwilliger Basis und beruht auf dem Engagement der Beschäftigten. Eine Formalisierung wird sowohl vom PORT-Team als auch von den Versorgerinnen und Versorgern vor Ort eher skeptisch gesehen. Dennoch werden sowohl Argumente für als auch gegen eine stärkere Formalisierung gesehen und diese miteinander abgewogen. Die Argumente für eine Formalisierung der Zusammenarbeit setzen sich aus verschiedenen Aspekten zusammen, die sowohl die Entwicklung und Stärkung des Netzwerkes als auch die Klärung und Verbesserung von Abläufen und Kooperationen betreffen. Die Argumente gegen eine Formalisierung beziehen sich im Wesentlichen auf Bedenken bezüglich der Flexibilität, Exklusivität und der praktischen Auswirkungen solcher Verbindlichkeiten.

Die **Argumente für und gegen eine Formalisierung** werden im Folgenden aufgelistet und diskutierte Alternativen benannt:

Argumente für eine Formalisierung:

- **Netzwerkidentifikation erhöhen:** Formalisierung symbolisiert gemeinsames Bekenntnis und fördert Zugehörigkeitsgefühl.
- **Verbindlichkeit steigern:** Formellere Strukturen erhöhen Engagement und Kooperationswert.
- **Relevanz bei Finanzen:** Formalisierung für klare finanzielle Richtlinien und Transparenz.
- **Klare Kooperationsindikatoren:** Definition spezifischer Erfolgsindikatoren zur klaren Kommunikation.
- **Reflexion und Strategie:** Formeller Austausch motiviert tiefere Reflexion und strategische Entwicklung.
- **Interessenkonflikte managen:** Vermeidung durch formelle Vereinbarungen.

Argumente gegen eine Formalisierung:

- **Umgang mit Nicht-Unterzeichnern:** Risiko der Exklusivität bei Ablehnung formaler Zusammenarbeit.
- **Kein Zwang zur Durchsetzung:** Aktuell keine finanziellen Anreize, die formale Vereinbarungen erfordern.
- **Druck durch Formalisierung:** Potenzieller Druck und Verpflichtungsgefühl könnte Zusammenarbeit beeinträchtigen.
- **Negative Effekte auf Kooperationen:** Abschreckung neuer Netzwerkpartner oder Gefährdung bestehender Kooperationen.
- **Risiko inhaltloser Strukturen:** Formalisierungen könnten zu substanzlosen Strukturen führen.
- **Flexibilitätsverlust:** Strikte Formalisierung kann Anpassungsfähigkeit des Netzwerkes einschränken.
- **Gefahr für freiwillige Teilnahme:** Formalisierung könnte freiwilligen, selbstmotivierten Charakter untergraben.

Diese Argumente zeigen, dass eine gewisse Formalisierung der Zusammenarbeit sowohl mit Herausforderungen verbunden ist, aber auch bedeutende Vorteile für die Entwicklung, Steuerung und Quali-

tät des Gesundheitsnetzwerkes mit sich bringen kann. Die Präferenz liegt bei einem vertrauensbasierten, flexiblen Ansatz, der individuelle Bedürfnisse und dynamische Entwicklungen innerhalb des Netzwerkes besser unterstützen kann.

Alternativen zur vertraglichen Formalisierung

Statt einer vertraglichen Formalisierung stehen vor allem zwei Optionen alternativ zur Debatte:

- **Charta statt Vertrag:** Anstelle eines Vertrags favorisiert PORT eine Charta, die die Ziele, Leistungen und Kooperationsweisen innerhalb des Netzwerkes beschreibt. Diese Charta soll auch als Werkzeug dienen, um gemeinsame Prioritäten mit den Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern zu definieren und alle Beteiligten stärker einzubinden, was den Zusammenhalt und das gemeinsame Verständnis fördern kann.
- **Versorgungspfad als Formalisierungsinstrument:** PORT hat einen Versorgungspfad für die Früherkennung und Behandlung von Demenz entwickelt. Dieser Pfad dient nicht nur zur Strukturierung der Versorgung, sondern auch zur Sensibilisierung der Versorgerinnen und Versorger für eine qualitativ hochwertige Betreuung von Demenzpatienten. Zudem ermöglicht er die Ableitung von Rollen und Verantwortlichkeiten. Perspektivisch soll dieser partizipativ überarbeitet werden, um Netzwerkpartner systematisch einzubeziehen. Bisher findet der Versorgungspfad jedoch keine Anwendung im Arbeitsalltag (vgl. Kapitel 4.4.1.4).

Darüber hinaus setzen die Mitarbeiterinnen des Gesundheitsnetzwerkes PORT bereits einige Maßnahmen zur Stärkung der Zusammenarbeit, Verbindlichkeit, Transparenz und gemeinsamen Außendarstellung abseits einer vertraglichen Regelung um:

- **Regelmäßige Treffen und Pflegezirkel:** Durch kontinuierliches Zusammenkommen in Form von regelmäßigen Treffen und Pflegezirkeln soll ein gemeinsames Verständnis und Vertrauen zwischen den Partnern aufgebaut und gefestigt werden. So können Differenzen über die Zeit hinweg abgebaut werden.
- **Protokolle zur Schaffung von Transparenz:** Die Nutzung von Protokollen bei Treffen hilft, Transparenz und Nachvollziehbarkeit der besprochenen Inhalte und Entscheidungen zu gewährleisten, was besonders wichtig ist, wenn nicht alle Beteiligten an den Treffen teilnehmen können.
- **Gemeinsame Außendarstellung und Werbung:** Eine kooperative Präsenz nach außen, etwa durch gemeinsame Werbemaßnahmen oder durch transparente Darstellung der Zusammenarbeit zwischen den Netzwerkpartnern, kann das Netzwerk stärken und für Außenstehende sichtbar machen.

Diese alternativen Methoden zur vertraglichen Formalisierung zeigen einen Fokus auf flexible, partizipative und prozessorientierte Ansätze, die darauf abzielen, die Zusammenarbeit und das gemeinsame Verständnis innerhalb des Netzwerkes zu verbessern, ohne sich auf starr definierte vertragliche Vereinbarungen zu verlassen.

4.5.2 Beeinflussende Faktoren

Eine gelungene Vernetzung und Zusammenarbeit im Rahmen des Projekts und des Gesundheitsnetzwerkes ist stark davon abhängig, welche einflussnehmenden Faktoren wie wirken. Im Rahmen der Datenerhebung wurden insbesondere fördernde und hinderliche Faktoren in Form von qualitativen Interviews erfragt. Diese sind oftmals eng miteinander verschränkt und bedingen sich gegenseitig. So kann „räumliche Distanz“ beispielsweise ein fördernder Faktor sein, wenn diese zwischen den Akteuren als eher gering und als „kurze Wege“ wahrgenommen wird. Sie kann jedoch auch die Zusammenarbeit und Vernetzung hemmen, wenn sie als (zu) groß wahrgenommen wird.

Fördernde Faktoren der Vernetzung

Die erfolgreiche Vernetzung im Projekt basiert auf einigen kritischen Schlüsselkomponenten. Diese wurden von den Versorgerinnen und Versorgern in der Projektregion sowie den Projektmitarbeiterinnen im Rahmen der Datenerhebung identifiziert: Eine der wesentlichsten Säulen für die Stabilität und Wirksamkeit des Netzwerkes sei der sorgfältige **Aufbau von Vertrauen und eine belastbare Zusammenarbeit**. Dies erfordert Zeit und Geduld. Die Entwicklung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen den Netzwerkpartnern ist ein fortlaufender Prozess, der nicht überstürzt werden kann. Eine starke, belastbare Zusammenarbeit wird vielmehr durch wiederholte positive Interaktionen und die Demonstration von Zuverlässigkeit und Engagement in der gemeinsamen Arbeit gefestigt.

Die **persönliche Ansprache und der Aufbau von Beziehungen** sind ebenfalls entscheidend für den Erfolg einer Vernetzung. Durch direkte, persönliche Kommunikation, etwa mittels Telefonate oder persönlichen Treffen, werden Verbindlichkeiten und das Interesse an der Zusammenarbeit erheblich gestärkt. Diese Ansätze tragen dazu bei, vertrauensvolle und authentische Beziehungen zu schaffen, wodurch die Kooperation und das gegenseitige Verständnis gefördert werden. Durch **regelmäßigen Kontakt und Nachhaken** wird dafür gesorgt, dass das Netzwerk aktiv und dynamisch bleibt.

Darüber hinaus ist die **Einbindung der regionalen Strukturen und Akteure** ein fundamentales Handlungsfeld für die regionale Verankerung und Akzeptanz des Netzwerkes. Durch die Integration von wichtigen regionalen Stakeholdern wird sichergestellt, dass die Planungen und Aktivitäten des Netzwerkes gut auf die spezifischen Bedürfnisse und Besonderheiten der Region abgestimmt sind. Diese lokale Verwurzelung ist essentiell, um isolierte Vorgehensweisen zu vermeiden und das Netzwerk effektiv in die Gemeinschaft zu integrieren.

- Aktuell gibt es im UplandCare Projekt keine Formalisierung in der Zusammenarbeit mit den Versorgerinnen und Versorgern.
- Formalisierung hat Vorteile wie die Stärkung des Netzwerks und klare Kooperationsstrukturen.
- Bedenken bestehen hinsichtlich der Flexibilität und der möglichen negativen Auswirkungen auf die bestehenden Beziehungen.
- Alternativ wird eine gemeinsame Charta zur Förderung der Zusammenarbeit und zur Schaffung von Transparenz diskutiert.
- Ziel: ein vertrauensbasiertes und dynamisches Verhältnis innerhalb des Netzwerkes fördern, ohne sich auf starre Formalitäten zu stützen.

Die **räumliche Nähe** und der Kontakt zwischen den Netzwerkpartnern unterstützen ebenfalls den erfolgreichen Austausch und die enge Zusammenarbeit. Wenn die Teilnehmer geografisch näher beieinander sind, erleichtert dies regelmäßige Treffen und den kontinuierlichen, direkten Austausch, der für effektive Abstimmungen und schnelle Entscheidungsfindungen notwendig ist.

Es muss im Kleinen entstehen. Ich glaube schon, eine Stadt wie Korbach mit 15.000 Einwohnern ist glaube ich schon zu groß. Das dauert zu lange, um die Akzeptanz da reinzukriegen. Wir haben Glück, gleich ist der Bürgermeister da und verkörpert das positiv. Wir hatten ja ganz wichtige Schnittstellen sofort mit im Boot, die das auch breitgetreten haben und die auch dahintergestanden haben. (SH_F07FF59F, Pos. 40)

Zudem ist der **Zeitfaktor** bei der Entwicklung des Netzwerkes nicht zu unterschätzen. Die Akzeptanz eines solchen Netzwerkes entsteht nicht über Nacht. Die beteiligten Akteure müssen über einen längeren Zeitraum die Vorteile und den Nutzen der Vernetzung erkennen und schätzen lernen. Diese schrittweise Anerkennung ist essentiell, um eine dauerhafte und tiefe Verankerung des Netzwerkes innerhalb der Gemeinschaft zu gewährleisten.

Schließlich ist das **persönliche Engagement der Mitarbeiterinnen** von PORT von unschätzbarem Wert, wie die Befragten angeben. Der Einsatz und die Überzeugung jeder einzelnen Person innerhalb des Netzwerkes spielen eine entscheidende Rolle, um eine Kultur des Engagements zu fördern. Die Identifikation mit dem Netzwerk und dessen Zielen motiviert die Mitarbeiterinnen von PORT wiederum sich aktiv einzubringen und als Botschafterinnen dessen zu wirken.

Neben diesen kritischen Schlüsselkomponenten gibt es weitere wichtige Faktoren, welche die Effektivität und Reichweite des Netzwerkes begünstigen:

- **Zielgruppenspezifische Formate:** Entwicklung abgestimmter Angebote verbessert Effektivität und Einbeziehung im Netzwerk.
- **Unterstützung durch Schlüsselpersonen:** Gewinnung von Führungskräften in Institutionen und Verwaltung erhöht Glaubwürdigkeit und Sichtbarkeit des Netzwerkes.
- **Fachwissen und Überzeugungsfähigkeit:** Essentielle Kompetenzen für das Gewinnen von Unterstützung und Netzwerkerfolg.
- **Öffentlichkeitsarbeit durch Veranstaltungen:** Einsatz von Events und Werbemaßnahmen zur Bewusstseinsschärfung und Unterstützungserweiterung.
- **Fachlicher Austausch auf Augenhöhe:** Kollegiale Zusammenarbeit fördert Verständnis und Engagement.
- **Kultur der Zusammenarbeit:** Förderung der Kooperation über Konkurrenz hinaus zur Effizienzsteigerung und Bildung von Synergien.
- **Moderne Kommunikationsmethoden:** Versuch der Nutzung neuer Techniken wie soziale Medien für einen effektiven Informationsaustausch.
- **Ehrenamtliches Engagement:** PORT übernimmt die Koordination von Ehrenamtlichen. Dies stärkt das Gemeinschaftsgefühl und vermittelt die Werte des Netzwerkes in der Öffentlichkeit.
- **Gemeinsame Arbeitsbereiche:** Förderung der spontanen Kommunikation und Kooperation durch gemeinsame Büros zwischen Care und Case Management des Gesundheitsnetzwerkes PORT.

Insgesamt erfordern der Aufbau und die Pflege eines erfolgreichen Gesundheitsnetzwerkes eine durchdachte Mischung aus verschiedenen Faktoren, wie u. a. Zeitinvestition für den Vertrauensaufbau, persönliche Kommunikation, regionale Integration, räumliche Nähe und das Engagement aller Beteiligten. Durch das Zusammenspiel dieser Faktoren kann ein robustes, reaktionsschnelles und tief in der lokalen Gemeinschaft verwurzeltes Netzwerk entstehen, das effektiv auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und der Region reagiert.

Hinderliche Faktoren der Vernetzung

Die erfolgreiche Vernetzung der regionalen Versorger im Netzwerk kann durch hinderliche Faktoren beeinträchtigt werden. Ein zentrales Hemmnis stellt der **Mangel an Zeit** dar, der insbesondere durch hohe Arbeitsbelastung, Personalmangel und terminliche Überschneidungen entsteht. Viele Akteure sehen sich nicht in der Lage, neben ihren regulären Aufgaben zusätzliche Netzwerkarbeit zu leisten. Eng damit verbunden ist die hohe Arbeitsbelastung, die die Bereitschaft zur aktiven Teilnahme am Netzwerk weiter einschränkt.

Ein weiterer hinderlicher Aspekt ist die **Wahrnehmung von Konkurrenz zwischen verschiedenen Leistungserbringern**. Die Sorge, andere Dienstleistenden könnten bevorzugt werden oder es könnten sich exklusive Strukturen („Kartelle“) bilden, könnte mitunter zu Misstrauen führen und die kooperative Haltung beeinträchtigen. Wenige der Befragten geben an, zu Beginn der Zusammenarbeit diese Sorge gehabt zu haben, sie jedoch bereits nach kurzer Zusammenarbeit ablegen konnten. Zusätzlich erschwert zu Beginn eine gewisse Skepsis gegenüber dem Netzwerk die aktive Mitwirkung, da zunächst nicht klar ist, welche konkreten Vorteile oder Veränderungen sich aus der Teilnahme ergeben.

Auch **geografische Distanzen** zwischen den Beteiligten sowie die Herausforderung, gemeinsame Termine zu koordinieren, wirken sich negativ auf die Netzwerkbildung aus. **Kommunikationsprobleme**, etwa durch Sprachbarrieren oder Missverständnisse, können zusätzlich das Vertrauen unter den Akteuren belasten.

Auf struktureller Ebene kann die unzureichende Durchmischung der Professionen innerhalb großer Regionen zur **Bildung von Grüppchen** führen, was die übergreifende Zusammenarbeit erschwert. Hinzu kommt, dass ein zu dominantes Auftreten einzelner Personen andere Akteure abschrecken und die Kooperationsbereitschaft mindern kann. Schließlich können auch **Ängste vor Veränderungen**, insbesondere vor einem möglichen Mehraufwand, zu Ablehnung und Zurückhaltung gegenüber der Netzwerkarbeit führen.

- Der Aufbau eines erfolgreichen Gesundheitsnetzwerks wird durch förderliche und hinderliche Faktoren beeinflusst
- Zu den förderlichen Faktoren gehören der Aufbau von Vertrauen und die Schaffung einer belastbaren Zusammenarbeit, die Einbindung der regionalen Akteure und die räumliche Nähe zwischen diesen, da dies persönliches Engagement erleichtert und verstärkt sowie eine tiefere Verwurzelung in der lokalen Gemeinschaft fördert.
- Hinderliche Faktoren wie Zeitmangel, Wettbewerbsdenken, geografische Distanz, das Bilden von internen Grüppchen und Ängste vor Veränderungen stellen dagegen bedeutende Herausforderungen dar.
- Um diese Barrieren zu überwinden, bedarf es gezielter Strategien und Maßnahmen, die auf Vertrauensbildung und organisatorische Unterstützung abzielen sowie die Bedeutung gemeinsamer Zielsetzungen betonen.

Die genannten Faktoren verdeutlichen, dass eine erfolgreiche Etablierung von Gesundheitsnetzwerken mehr erfordert als strukturelle Rahmenbedingungen: Vertrauen, Kommunikation auf Augenhöhe und organisatorische Entlastung sind zentrale Voraussetzungen, um die Potenziale interprofessioneller Zusammenarbeit tatsächlich ausschöpfen zu können.

4.5.2.1 Exkurs: Demenzspezifik der Vernetzung & Zusammenarbeit

Im Handlungsfeld *Vernetzung und Zusammenarbeit* spielt das Thema Demenz eine untergeordnete Rolle. Die Kooperations-

partnerinnen und Kooperationspartner werden nicht themenspezifisch, sondern mit Fokus auf die Versorgung von älteren und pflegebedürftigen Menschen in der Region ausgewählt. Ziel ist es, möglichst keine Dienstleistung auszuschließen, welche an der Versorgung von Menschen mit De-

menz und pflegebedürftigen Personen generell, beteiligt sind. Das Thema Demenz wird vom PORT-Team dennoch aktiv aufgegriffen, um mit den Gesundheitsdienstleistenden der Region an einem gemeinsamen Verständnis zu einer guten Demenzversorgung zu arbeiten. So wurde das erste Vernetzungstreffen innerhalb der Projektlaufzeit im April 2022 zum Thema Demenz konzipiert. Die Mitarbeiterinnen des Gesundheitsnetzwerkes PORT wollten den selbst entwickelten Versorgungspfad Demenz nutzen, um sich mit den regionalen Versorgerinnen und Versorgern über eine gute Versorgung von Menschen mit Demenz auszutauschen. Aufgrund zu geringer Anmeldezahlen musste dieses Vernetzungstreffen jedoch abgesagt werden. Stattdessen gingen die Mitarbeiterinnen des Gesundheitsnetzwerkes PORT einzeln auf die Versorgerinnen und Versorger der Region zu, um mit Ihnen zum Thema Demenz in den Austausch zu kommen. Außerdem hat das Gesundheitsnetzwerk PORT zu einer zweitägigen Demenz-Fachtagung einen Monat später eingeladen. Die Fachtagung wurde durch die Uni Witten-Herdecke (Masterstudiengang Versorgung von Menschen mit Demenz) im Gesundheitspavillon von PORT durchgeführt (vgl. Abbildung 49). Inhaltliche Schwerpunkte der Fachtagung waren:



Abbildung 49: Flyer zur Fachtagung Demenz

Diagnose Demenz: Ursache und Krankheitsverlauf
Grundlegende Merkmale dementieller Erkrankungen, Assessment/Screening Instrumente, Krankheitsverlauf, Prädiktoren und beeinflussende Faktoren für dementielle Erkrankungen, Pharmakotherapie.
Versorgung von Menschen mit Demenz im Netzwerk. Rolle und Aufgabe von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern vor Ort
Verständnis von Public Health Care, Teilhabeorientierung und Lebensqualität für Menschen mit Demenz als Ziel, besondere Bedeutung der pflegenden Angehörigen für Menschen mit Demenz, Gesundheitsförderung für Angehörige & Maßnahmenstruktur.

Selbstbestimmtes Leben für Menschen mit Demenz im Quartier
Konzepte für die quartiersbezogene Gesundheitsarbeit, Konzepte für die selbstbestimmte Lebensführung unter besonderer Berücksichtigung von Menschen mit Demenz, psychosoziale Fragen des Lebens mit Demenz.
Praktische Quartiersarbeit für Menschen mit Demenz
Definition und Beschreibung des Quartiers, Konzepte der Quartiersarbeit, Beispiele demenzorientierter Angebote (z. B. Demenzcafé).

Der Demenzwegweiser spielt ebenfalls eine Rolle in der demenzspezifischen Vernetzung. Es handelt sich um eine Broschüre mit Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (vgl. Kapitel 4.3.1.3). Dennoch spielt dieser auch im Handlungsfeld Vernetzung und Zusammenarbeit eine wichtige Rolle, da er erst aufgrund des positiven Feedbacks des Pflegezirkels entstand. Der Demenzwegweiser hat aus der Sicht des Gesundheitsnetzwerkes PORT deshalb auch die Zusammenarbeit im Netzwerk gestärkt:

- Die Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartner haben sich bei der Entstehung beteiligt, indem sie Korrektur lasen und Zitate beifügten
- Der Demenzwegweiser ist erst durch die positive Rückmeldung des Pflegezirkels entstanden

Anhand des Beispiels Demenzwegweiser wird deutlich, welche wichtige Funktion der Pflegezirkel als Feedback-Gremium für PORT hat und die Bedeutung von demenzspezifischen Angeboten konnte gestützt werden.

4.5.3 Ergebnis und Zufriedenheit

In diesem Kapitel werden die Wirkmechanismen und Ergebnisse beschrieben, welche durch die Vernetzungsbestrebungen entstehen. Insbesondere im Rahmen von qualitativen Interviews wurden Indikatoren, wie Zufriedenheit oder die Akzeptanz der Vernetzung, herausgearbeitet und analysiert.

Zufriedenheit mit und Akzeptanz der Vernetzung

Die Versorger zeigen sich mit der Vernetzung auf Systemebene sehr zufrieden und beschreiben die Zusammenarbeit als „sehr gut“, „wirklich richtig gut“ und als „angenehm und nett“. Diese Wahrnehmung wird durch eine effektive Kommunikationskultur unterstützt, die das Funktionieren des Netzwerkes begünstigt. Besonders die Case Managerin betont, dass die Zusammenarbeit nicht nur gut, sondern auch schnell vonstattengeht, was wiederum die Zufriedenheit der Beteiligten merklich erhöht. Die Versorgerinnen und Versorger sind das Alleinstellungsmerkmal der Vernetzung:

Die wissen ja gar nicht da draußen alle, was sie verpassen. (SH_F07FF59F, Pos. 55)

Diese positiven Rückmeldungen spiegeln die Wertschätzung der Struktur und der Arbeitsweise des Gesundheitsnetzwerkes PORT wider. Für die Versorger ist wichtig, dass sie Beschäftigten des Gesundheitsnetzwerkes PORT kennen und wissen, wie sie diese erreichen können. Insbesondere schätzen sie, dass sie über die Kooperation auf Systemebene Informationen erhalten und ein Ort des Austausches geschaffen wird, der ihnen ermöglicht mit anderen regionalen Versorgern in Kontakt zu kommen. Teilweise lernen sich die Versorger im Rahmen dieser Netzwerkaktivitäten erst kennen. Insofern erfüllt die Netzwerkarbeit eine wichtige koordinierende und soziale Funktion. Die Vernetzungstreffen und der Pflegezirkel sind einzigartig; außerhalb der Vernetzung innerhalb des Modellvorhabens Upland-Care gab und gibt es keine strukturierten Austauschformate zwischen den Versorgern in der Projektregion.

Obwohl eine hohe Zufriedenheit besteht, wird teilweise der Wunsch nach einer Ausweitung des Netzwerkes und einer vertiefenden kooperativen Arbeit, besonders im Bereich der Bedarfsanalyse und strukturellen Zusammenarbeit geäußert. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, zukünftige Strategien zur Verbesserung und Erweiterung der Netzwerkaktivitäten zu entwickeln, um die Vernetzung auch in Zukunft erfolgreich und zufriedenstellend zu gestalten.

Die meisten regionalen Versorger bringen der Vernetzung durch das Gesundheitsnetzwerk PORT eine hohe Akzeptanz entgegen. Diese drückt sich beispielsweise in der hohen Teilnahmebereitschaft an den meisten Vernetzungsaktivitäten aus. Bei diesen wird selbstverständlich angenommen, dass die Moderation und Organisation – also die Durchführung der Vernetzung – durch die Beschäftigten des Gesundheitsnetzwerkes PORT erfolgt. Das ist besonders deshalb interessant, weil sich das Gesundheitsnetzwerk PORT zu Beginn des Modellvorhabens selbst als ein Akteur unter vielen verstanden hat und für sich keine besondere Rolle antizipiert hat. Tatsächlich erwarten die Netzwerkpartner aber vom Gesundheitsnetzwerk PORT, dass dieses nicht nur zu gemeinsamen Aktivitäten einlädt, sondern diese auch moderiert. Eine Rolle, die das Gesundheitsnetzwerk PORT erst im Projektverlauf annimmt, aber unterstreicht, dass es für Vernetzungs- und Koordinierungsaktivitäten einen verantwortlichen und steuernden Akteur braucht.

Wirkmechanismen

Im Rahmen der Analyse der Wirkmechanismen wurde deutlich, dass diese entscheidend zur Steigerung der Effektivität und zur Langfristigkeit des Netzwerkes beitragen. Ein grundlegender Mechanismus ist der Aufbau von **Vertrauen**, welcher wesentlich durch eine effiziente und gut funktionierende Zusammenarbeit unterstützt wird. Die verlässliche Kooperation zwischen dem Gesundheitsnetzwerk PORT und den regionalen Versorgern schafft eine solide Grundlage für offene und ehrliche Diskussionen. Der regelmäßige Austausch unterschiedlicher Standpunkte, sowohl im Gesamtnetzwerk als auch in Teilnetzwerken wie dem Pflegezirkel, fördert nicht nur die Entwicklung einer Dialogkultur und Meinungsvielfalt, sondern ebenso die Bildung eines gemeinsamen Verständnisses.

Das Besprechen und Anpassen verschiedener Perspektiven unterstützt die kontinuierliche Weiterentwicklung der individuellen sowie kollektiven Ansichten und verstärkt die persönlichen Beziehungen. Diese engen Bindungen erleichtern

die Zusammenarbeit bedeutend und steigern deren Effizienz. Anhaltende Zusammenarbeit und langfristige Kooperationen intensivieren die Verbindungen zwischen den Beteiligten. Die tiefgehenden Beziehungen, die sich aus dieser dauerhaften Kooperation ergeben, fördern ein besseres Verständnis und

- Zufriedenheit, Akzeptanz und Wirkmechanismen sind eng miteinander verknüpft und spielen eine Schlüsselrolle in der erfolgreichen Umsetzung und Weiterentwicklung des Netzwerkes.
- Zufriedenheit innerhalb des Netzwerkes wird durch effiziente Kommunikationskultur und Einsatz einer strukturierten Infrastruktur gefördert
- Akzeptanz des Netzwerkes in der Gemeinde hängt stark von der Einbindung lokaler Versorger und Führungspersonlichkeiten ab, sowie von dem Verständnis des Nutzens des Netzwerkes.
- Als Ergebnisse zeigen sich eine konkrete Zusammenarbeit und Ansätze einer gemeinsamen Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur vor Ort

steigern die Gesamteffektivität der gemeinsamen Bemühungen. Dazu gehört auch, dass sich die Netzwerkpartner als wichtiger Teil des Netzwerks verstehen. Beispielsweise werden sie im Pflegezirkel als Expertinnen und Experten durch das Gesundheitsnetzwerk PORT adressiert und um ihre Einschätzung zu Themen wie dem Demenzwegweiser, der Veranstaltungsreihe zu Demenz und den Schulungen für Change Agents gebeten. Durch diese gemeinsame Kooperation auf Augenhöhen wird eine vertrauensvolle Beziehung immer wieder hergestellt.

Als Ergebnisse der Vernetzung drückt sich als konkrete Zusammenarbeit bei Aktivitäten wie der Veranstaltungsorganisation oder dem Erstellen des Demenzwegweiser aus. Darüber ergeben sich durch den Pflegezirkel und die Vernetzungstreffen aller Versorger nicht nur ein fachlicher Austausch und der Aufbau von Kooperationen zwischen den regionalen Versorgern, sondern auch erste Ansätze einer gemeinsamen Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstruktur.

4.5.4 Diskussion und Fazit

Im Handlungsfeld *Vernetzung und Zusammenarbeit* zielte das Gesundheitsnetzwerk PORT darauf, erstens die Kooperation und Koordination zwischen Case und Care Management weiter auszubauen und zweitens eine Vernetzung und Kooperation mit allen Leistungserbringern zu erreichen.

Auf Ebene der **Kooperation und Koordination zwischen dem Case und Care Management** wird eine enge Kooperation vor allem durch regelmäßige Teamsitzungen sichergestellt, aber auch durch eine enge Zusammenarbeit im Arbeitsalltag gefördert. Die Zusammenarbeit beider Bereiche konnte während der Projektlaufzeit intensiviert werden. Auftretende Bedarfe, wie beispielsweise die psychologische Beratung, wurden vom Case Management identifiziert und gemeinsam mit dem Care Management Lösungsansätze entwickelt.

Auf Ebene der **Kooperation von und mit allen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern** setzte das Gesundheitsnetzwerk PORT in der Projektlaufzeit verschiedene Aktivitäten um. Etwa jährlich fand ein Netzwerktreffen für alle Versorgerinnen und Versorgern statt. Eine Formalisierung der Zusammenarbeit wurde noch nicht vorgenommen, die Vor- und Nachteile einer Formalisierung wurden jedoch im Team sowie im Netzwerk ausgiebig diskutiert. Die Art und Weise der Zusammenarbeit mit den Versorgerinnen und Versorgern variiert stark: ausschlaggebend sind u. a. zeitliche und personelle Ressourcen, Engagement von Mitarbeitenden und das Interesse an Vernetzung generell. Grundsätzlich zeigt sich, dass der Aufbau eines erfolgreichen Gesundheitsnetzwerkes durch förderliche und hinderliche Faktoren beeinflusst wird. Damit lässt sich die Vernetzung mit den regionalen Versorgern durch folgende Kriterien nach Löcherbach (2020, S. 44) beschreiben:

- Zeitraum: Die Vernetzung ist langfristig angelegt und zielt auf eine dauerhafte Kooperation ab.
- Formalisierungsgrad: Die Kooperation kann als loses Netzwerk beschrieben werden. Es gibt bisher keinen Kooperationsvertrag, Mitgliedschaften oder ein Selbstverständnis.
- Umfang der Kooperation: Die Kooperation umfassend. Grundsätzlich können alle Bereiche der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung thematisiert werden. Es gibt jedoch einen Schwerpunkt auf die häusliche Primärversorgung für ältere und chronisch kranke Personen und ihre Angehörigen.
- Umfang der Netzwerkpartner: Mit fast allen Versorgern der Region besteht ein regelmäßiger Austausch. Eine Zusammenarbeit auf Systemebene ist jedoch abhängig vom Vernetzungsthema, den Ressourcen und den Motiven der regionalen Versorger.

- Vernetzungsraum: Die Vernetzung auf der Systemebene beschränkt sich auf die Projektregion Willingen und Diemelsee. Sie kann als lokal bis regional beschrieben werden.

Die Ergebnisse des Handlungsfeldes *Vernetzung und Zusammenarbeit* zeigen, dass der Aufbau eines nachhaltigen Gesundheitsnetzwerkes stark durch zwischenmenschliche Faktoren geprägt ist. Insbesondere **Vertrauen** und eine **offene Kommunikationskultur** haben sich als tragende Säulen einer funktionierenden Zusammenarbeit herausgestellt. Diese Befunde decken sich mit Erkenntnissen aus der Netzwerkforschung, wonach Vertrauen als „soziales Kapital“ (Putnam 1994) fungiert, das Kooperation erst ermöglicht und aufrechterhält. Netzwerke im Gesundheitswesen sind auf freiwillige Kooperation angewiesen und bewegen sich häufig in einem Spannungsfeld zwischen institutioneller Autonomie, Ressourcenkonkurrenz und gemeinsamem Versorgungsauftrag (Provan and Kenis). Vertrauen ersetzt formale Kontrolle durch gegenseitige Verlässlichkeit und erlaubt eine flexible, adaptive Zusammenarbeit (Sydow 2010). Die im Projekt PORT etablierten regelmäßigen Treffen, informellen Absprachen und persönlichen Kontakte lassen sich als gezielte Vertrauensbildungsmaßnahmen deuten. Auch die **transparente und strukturierte Kommunikation**, etwa durch die übersichtliche Webseite oder niedrigschwellige Erreichbarkeit, hat zur Vertrauensbildung beigetragen. Kommunikation wirkt hier nicht nur als Übertragung von Information, sondern als Medium zur Schaffung gemeinsamer Perspektiven und Handlungssicherheit – ein zentraler Aspekt in interprofessionellen Netzwerken (Neugebauer, Brzoska et al. 2022). Gleichzeitig zeigt sich, dass Vertrauen nicht vorausgesetzt werden kann, sondern **aktiv aufgebaut und gepflegt** werden muss. Misstrauen, z. B. durch wahrgenommene Konkurrenz oder unklare Zuständigkeiten, kann Vernetzungsprozesse erheblich hemmen. Besonders in komplexen Versorgungskontexten wie der Demenzversorgung, in denen viele Akteure mit unterschiedlichen Interessen beteiligt sind, sind **kontinuierliche Kommunikationswege** entscheidend. Die Ergebnisse zeigen, dass Netzwerkentwicklung nicht allein durch organisatorische Maßnahmen, sondern vor allem durch **Beziehungsarbeit** gelingt. Für eine nachhaltige Zusammenarbeit braucht es Räume und Formate, in denen Vertrauen wachsen kann – etwa durch regelmäßige persönliche Begegnungen, gemeinsame Fortbildungen oder partizipative Entscheidungsprozesse. Auch die geografische Nähe wurde mehrfach als fördernder Faktor benannt. Diese Maßnahmen sollten fester Bestandteil von Netzwerkplanung und -Management sein. Für zukünftige Projekte wäre es wünschenswert, **Vertrauen und Kommunikationsqualität systematisch zu evaluieren**, um wechselseitige Wahrnehmungen besser erfassen und gezielt adressieren zu können.

5 Regionenvergleich anhand von GKV-Routinedaten

Für das Modellvorhaben UplandCare wird angenommen, dass die einzelnen Handlungsfelder zusammengekommen die Versorgung in der gesamten Projektregion positiv beeinflussen (vgl. Kapitel 2.1). Mögliche Auswirkungen des Modellvorhabens könnten sich deshalb auf der Ebene der gesamten Region und aller dort lebenden Personen der Zielgruppe zeigen. Begleitend zur Prozessevaluation wird deshalb ein Vergleich der Projektregion (PR) mit einer Vergleichsregion (VR) hinsichtlich ausgewählter Routinedaten einer gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt. Dieser Vergleich zielt darauf ab, folgende Fragen zu beantworten:

- Was zeichnet die Versicherten in der Projektregion im Vergleich mit Versicherten einer ähnlichen Region aus?
- Wie entwickeln sich die Versicherten beider Regionen hinsichtlich ausgewählter Routinedaten während der Projektlaufzeit?
- Lassen sich Beziehungen zwischen der Entwicklung der Routinedaten und dem Modellvorhaben herstellen?

Insbesondere die Beantwortung der letzten Frage soll einen ersten Beitrag dazu leisten, zu diskutieren ob Routinedaten der GKV geeignet sind, um Ergebnisse des Modellvorhabens auf regionaler Ebene sichtbar zu machen. Zu diesem Zweck werden Hypothesen zur Entwicklung der Routinedaten unter Einfluss des Modellvorhabens gebildet, analytisch geprüft und anschließend diskutiert.

5.1 Methoden und Analyse

Der Regionenvergleich zielt darauf ab, die zuhause lebenden Versicherten mit Pflegebedarf und/oder einer Demenzdiagnose in der Projektregion mit einer ähnlichen Zielgruppe einer ähnlichen Region über den Projektverlauf anhand ausgewählter Routinedaten zu vergleichen. Zu diesem Zweck werden geeignete Routinedaten ausgewählt und anhand dieser eine Gruppe von Versicherten in der Projektregion mit Versicherten der Vergleichsregion über einen Zeitraum von bis zu fünf Jahren miteinander verglichen. Dabei ist damit zu rechnen, dass über den Beobachtungszeitraum Versicherte aus beiden Regionen ausscheiden, weil sie in eine stationäre Pflegeeinrichtung ziehen oder versterben. Im Folgenden werden die Auswahl der Routinedaten, die Bildung der Vergleichsregion und Einschlusskriterien der Versicherten sowie die Analyseverfahren beschrieben.

5.1.1 Beschreibung der Routinedaten

Der Regionenvergleich mit Routinedaten wird in Zusammenarbeit mit der AOK Hessen durchgeführt. Um Datenschutz zu gewährleisten, bereitet die AOK Hessen die Daten in aggregierter Form auf und übermittelt sie ausschließlich in diesem Format zur Analyse an das DZNE; das DZNE erhält also keine Daten von einzelnen Versicherten. Die Auswahl der Variablen wird vom in der ersten Projektphase entwickelten logischen Modell abgeleitet. Dort werden als langfristige Outcomes des Modellvorhabens u. a. ein längerer Verbleib in der Häuslichkeit, eine Reduktion von Rehospitalisierungen und der bessere Zugang zur Versorgung angenommen. Zusätzlich zu diesen Outcomes ist aus Sicht der GKV eine Betrachtung der Kosten relevant. Im logischen Modell wird vermutet, dass sich das Modellvorhaben UplandCare positiv auf die Lebensqualität und die Aktivitäten des täglichen Lebens auswirkt und die häusliche Versorgung von Menschen mit Demenz und anderen pflegebedürftigen Personen stabilisiert. Dies kann sich unter Umständen langfristig positiv auf die Entwicklung der Kosten der GKV auswirken.

Die AOK Hessen stellt dem DZNE passende Routinedaten für alle eingeschlossenen Versicherten der Projekt- und Vergleichsregion zu Verfügung. Dabei erfolgt die Datenweitergabe in Form von aggregierten Kennwerten, die beispielsweise das arithmetische Mittel, die Standardabweichung, den Median, das untere Quartil, das obere Quartil, das Minimum und das Maximum umfassen. Der Regionenvergleich beruht auf folgenden Routinedaten:

Demografische Informationen, Komorbidität und Pflegebedürftigkeit

Beschreibung und Vergleichbarkeit: Informationen zur Komorbidität und Pflegebedürftigkeit dienen vor allem dazu, die Gruppen im Zeitverlauf zu beschreiben und zu prüfen, ob die Versicherten der beiden Gruppen vergleichbar sind.

- Anzahl der Versicherten des jeweiligen Jahres, für die Routinedaten vorliegen
- Anzahl von Versicherten, die das gesamte Jahr eingeschlossen wurden
- Anzahl weiblicher Versicherter
- Alter der Versicherten (Arithmetisches Mittel, Standardabweichung, Minimum, Maximum)
- Anzahl Kassenwechsel
- Anzahl Todesfälle
- Komorbidität (Charlson-Komorbiditätsindex (Glasheen, Cordier et al. 2019): Arithmetisches Mittel, Standardabweichung, Minimum, Maximum, Median, unteres Quartil, oberes Quartil)
- Demenz (Anzahl Versicherte mit einer nicht näher bezeichneten Demenz (ICD-10: F03) und Anzahl Versicherte mit einer spezifischen Demenz (ICD 10: F00.-, F01.-, F02.-, G30.-, G31.0)
- Pflegebedarf (Pflegegrad: Anzahl Versicherte in den jeweiligen Pflegegraden)

Stationäre Pflege

Hypothese: Im Vergleich zur Vergleichsregion ziehen in der Projektregion weniger Versicherte in eine stationäre Pflegeeinrichtung.

- Anzahl Umzüge in stationäre Pflegeeinrichtungen
- Anzahl Umzüge in stationäre Pflegeeinrichtung und anschließend verstorben

Inanspruchnahmen: Arztkontakte und Krankenhausaufenthalte

Hypothese: Im Vergleich mit der Vergleichsregion nehmen in der Projektregion die Arztkontakte zu und die Krankenhausaufenthalte ab.

- Krankenhausaufenthalte (Arithmetisches Mittel, Standardabweichung, Minimum, Maximum, Median, unteres Quartil, oberes Quartil)
- Ambulant-sensitive Krankenhausaufenthalte (Sundmacher, Fischbach et al. 2015) (Arithmetisches Mittel, Standardabweichung, Minimum, Maximum, Median, unteres Quartil, oberes Quartil)
- Rehospitalisierungen (Erneuter Krankenhausaufenthalt innerhalb von 30 Tagen unabhängig von der Diagnose: Arithmetisches Mittel, Standardabweichung, Minimum, Maximum, Median, unteres Quartil, oberes Quartil)
- Hausarztkontakte (Arithmetisches Mittel, Standardabweichung, Minimum, Maximum)
- Facharztkontakte (Arithmetisches Mittel, Standardabweichung, Minimum, Maximum)

Kosten

Hypothese: In der Projektregion nehmen die Kosten im Vergleich zur Vergleichsregion ab.

- Kosten Krankenhaus (Arithmetisches Mittel, Standardabweichung, Minimum, Maximum, Median, unteres Quartil, oberes Quartil)
- Kosten ambulante Versorgung (Arithmetisches Mittel, Standardabweichung, Minimum, Maximum, Median, unteres Quartil, oberes Quartil)
- Kosten Arzneimittel (Arithmetisches Mittel, Standardabweichung, Minimum, Maximum, Median, unteres Quartil, oberes Quartil)
- Kosten häusliche Krankenpflege (Arithmetisches Mittel, Standardabweichung, Minimum, Maximum, Median, unteres Quartil, oberes Quartil)
- Kosten Hilfsmittel (Arithmetisches Mittel, Standardabweichung, Minimum, Maximum, Median, unteres Quartil, oberes Quartil)
- Gesamtkosten (Summe der fünf Leistungsbereiche: Arithmetisches Mittel, Standardabweichung, Minimum, Maximum, Median, unteres Quartil, oberes Quartil)

5.1.2 Bildung der Vergleichsregion und Auswahl der Versicherten

Um einen möglichst adäquaten Vergleich durchzuführen, wird eine Vergleichsregion ausgewählt, die der Projektregion in sozialstrukturellen Merkmalen möglichst ähnlich ist. Die Vergleichsregion wird dabei aus verschiedenen Gemeinden gebildet, die je eine eigene Postleitzahl haben, um entsprechende Versicherte in den Routinedaten identifizieren zu können. Die Gemeinden müssen folgende Kriterien erfüllen, um zur Vergleichsregion zusammengeschlossen zu werden:

1. Der Kreis, dem die Gemeinde angehört, muss wie für Willingen und Diemelsee nach der Klassifizierung des Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) ein dünnbesiedelter ländlicher Kreis sein.²⁹
2. Die Gemeinde muss wie Willingen nach der Typisierung des Wegweisers Kommune dem Demografietyt 3 „Kleine und mittlere Gemeinden mit moderater Alterung und Schrumpfung“ angehören.³⁰
3. Wie Willingen und Diemelsee darf die Vergleichsgemeinde kein Mittelzentrum sein, da diese einen Versorgungsauftrag u. a. für soziale Dienstleistungen (z. B. Fachärzte) für die Region haben. (Danielzyk and Prieb 2020)

Auf sieben Gemeinden in Hessen treffen diese Kriterien zu; sie bilden die Vergleichsregion. In Abbildung 51 ist die Projektregion bestehend aus Willingen und Diemelsee brombeerfarben hervorgehoben, die Vergleichsregion ist mintgrün eingefärbt. Die Vergleichsregion besteht aus den sieben Gemeinden Diemelstadt (PLZ 34474), Edertal (PLZ 34549), Homberg (Ohm) (PLZ 35315),

²⁹ Zur Typenbildung werden folgende Siedlungsstrukturmerkmale herangezogen: 1. Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten, 2. Einwohnerdichte der Kreisregion und 3. Einwohnerdichte der Kreisregion ohne Berücksichtigung der Groß und Mittelstädte. Dünn besiedelte ländliche Kreise zeichnen sich durch einen geringen Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten sowie einer niedrigen Einwohnerdichte aus. Weitere Informationen unter: <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbeobachtung/Raumabgrenzung/deutschland/kreise/siedlungsstrukturelle-kreistypen/kreistypen.html>

³⁰ Die Typisierung des Wegweisers Kommune beruht auf ausgewählten sozioökonomischen und demografischen Indikatoren. Diemelsee hat zu wenig Einwohner für eine Typisierung. Weitere Informationen unter: <https://www.wegweiser-kommune.de/kommunen/willingen-upland>

Mücke (PLZ 35325), Niederaula (PLZ 36272), Schotten (PLZ 63679) und Vöhl (34516). Sowohl in der Projektregion als auch in der Vergleichsregion werden alle Versicherten der AOK eingeschlossen, die folgende Einschlusskriterien erfüllen:

- Erster Wohnsitz in der entsprechenden Gemeinde
- Zuhause lebend
- Zum Zeitpunkt der Gruppenbildung im Juli 2022 mindestens 60 Jahre alt
- Ein Pflegegrad und/oder eine Demenzdiagnose liegen vor

In der Projektregion treffen im Juli 2022 die Einschlusskriterien auf 186 Personen zu, in der Vergleichsregion auf 1215 Personen (vgl. Tabelle 17).

		Projektregion	Vergleichsregion
		Anzahl	
Geschlecht		186	1215
	Weiblich	62,4 %	60,7 %
	Männlich	37,6 %	39,3 %
Alter in Jahren	Durchschnittsalter	81,6	81,3
	SD	8,5	8,2
Demenzdiagnose	unspezifisch	32,3 %	31,9 %
Pflegegrad	Mittelwert ($\bar{x}$)	2,06	2,10
	SD	1,06	1,13
Charlson-Komorbiditätsindex	Mittelwert ($\bar{x}$)	9,12	8,76
	SD	4,28	3,83

Tabelle 17: Die Versicherten zum Zeitpunkt der Gruppenbildung im Juli 2022

Die AOK hat mit Hilfe des Propensity-Score-Matchings bei der Erstellung der Gruppen geprüft, ob sich die Versicherten in beiden Regionen hinsichtlich ihres Alters, ihres Geschlechts, der Anzahl der Demenzdiagnosen, der Komorbidität (CCI) und des Pflegegrad voneinander unterscheiden und hat keine statistisch signifikanten Unterschiede in Bezug auf diese Variablen festgestellt (vgl. Anlage 11). Für die so ausgewählten Versicherten in beiden Regionen werden rückblickend für die Jahre 2020 und 2021 sowie fortschreibend für die Jahre 2022 und 2023 die Routinedaten durch die AOK ausgelesen. Für das Jahr 2024 liegen darüber hinaus Informationen zu Umzügen in stationäre Pflegeeinrichtungen, Kassenaustritte und Tod vor, sodass diese Daten auch für das Jahr 2024 erstellt werden können - Abrechnungsdaten liegen dagegen zum Zeitpunkt der Berichtlegung noch nicht vollständig in den Routinedaten vor.

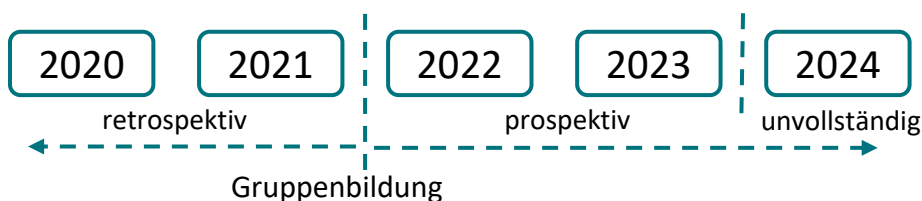


Abbildung 50: Analytierte Betrachtungsjahre der Routinedaten

Um atypische Extremwerte in Bezug auf die Gesamtkosten zu vermeiden wird außerdem in Abstimmung mit der AOK nur das zentrale 95 %-Intervall (2,5 - 97,5-Perzentil) der Versicherten beider Regionen an das DZNE übermittelt. Grundlage dieses Daten-Trimming sind die Gesamtkosten der Versicherten im Jahr 2020. Das bedeutete, dass die Versicherten, die im Jahr 2020 in beiden Gruppen die höchsten bzw. niedrigsten Gesamtkosten verursachen, ausgeschlossen werden.

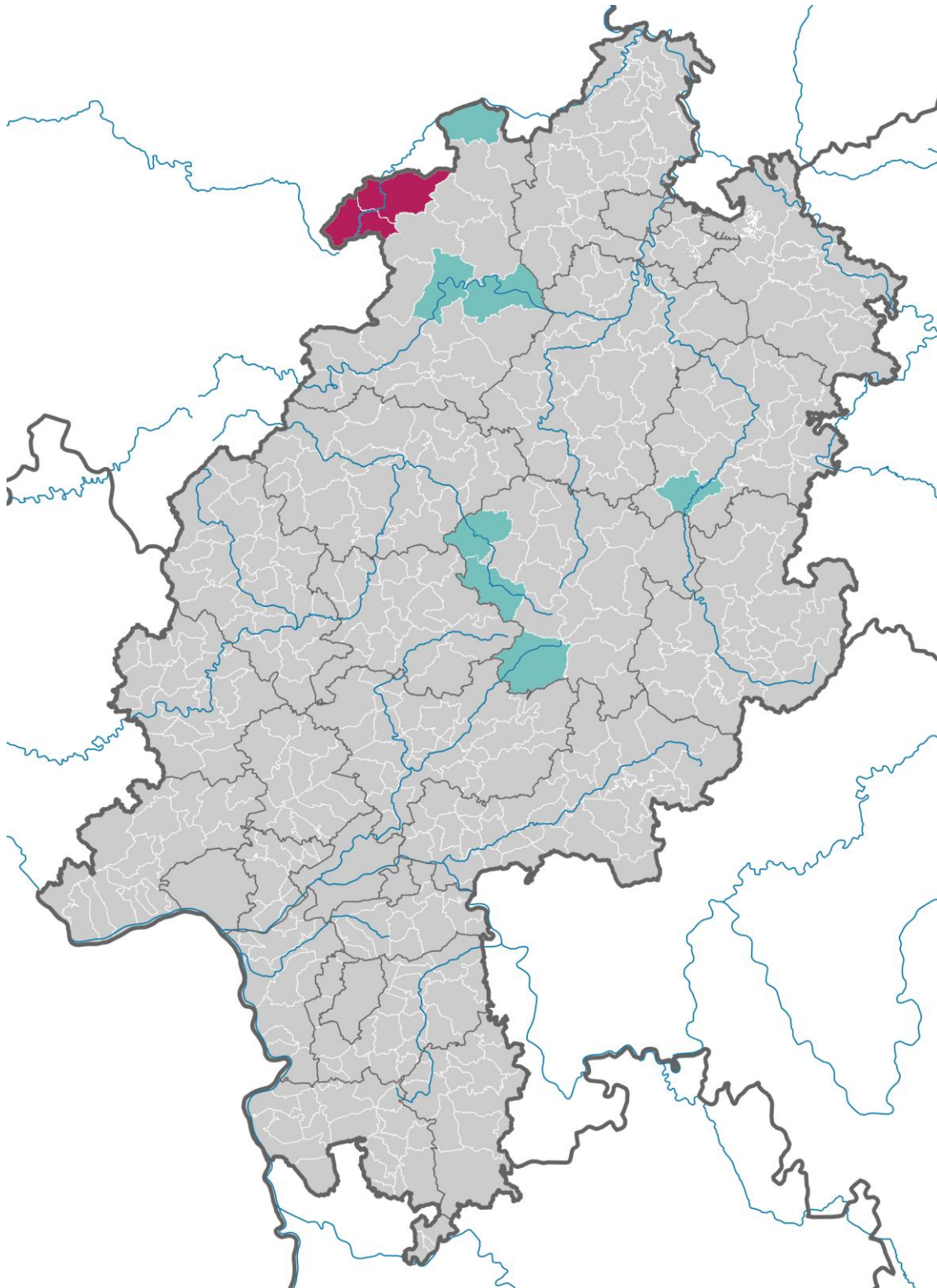


Abbildung 51: Die Projektregion (brombeerfarben) und Vergleichsregion (mint) im Bundesland Hessen³¹

³¹ Grafik von TUBS, Lizenz Creative Commons CC0 1.0 Universal Public Domain Dedication (https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Municipalities_in_Hesse.svg), Titel: Municipalities in Hessen, farbliche Hervorhebungen durch JD

5.1.3 Analyse

Die Routinedaten wurden dem DZNE aufgrund datenschutzrechtlicher Vorgaben nicht als Rohdaten, sondern ausschließlich in aggregierter Form zur Verfügung gestellt. Dieser Sachverhalt hat die Auswertung der Daten eingeschränkt und vor besondere Herausforderungen gestellt.

Die Auswertung von metrischen Daten (z. B. Anzahl der Krankenhausaufenthalte) wurde überwiegend durch Plots mit den gelieferten Parametern (z. B. Low- und High-Hinges von Boxplots, Mediane und Standardabweichungen) realisiert. Ein Blick auf die aggregierten Daten legt nahe, dass innerhalb der Projekt- und Vergleichsregion bei vielen Variablen enorme Varianz und Heterogenität vorliegt (Faustregel zur Bewertung: Standardabweichungen größer als Mittelwerte). Eine angemessene inferenzstatistische Auswertung erfordert in diesen Fällen die Verwendung nicht-parametrischer Verfahren (z. B. Mann-Whitney U-Test anstelle des klassischen t-Tests). Derartige Verfahren lassen sich allerdings nur mit Rohdaten durchführen, da z. B. eine Rangordnung gebildet werden muss (Bortz and Schuster). Aus diesem Grund wurden die metrischen Daten nicht inferenzstatistisch ausgewertet.

Die Auswertung von nominalen bzw. Zähldaten (z. B. Zahl der verstorbenen bzw. umgezogenen Personen) stellt niedrigere Anforderungen an die Datenstruktur und lässt sich auch mit aggregierten Daten angemessen umsetzen, da die Teststatistik ausschließlich auf den Häufigkeiten in Kontingenztafeln basiert und keine Individualdaten voraussetzt. Neben Plots, etwa zur Entwicklung der Stichprobengröße, wurden hier robuste Fishers Exact Tests berechnet, um Unterschiede zwischen den Gruppen inferenzstatistisch zu untersuchen. Diese Tests sind robust gegenüber der Aggregation der Daten und liefern auch ohne Einzelwerte valide inferenzstatistische Ergebnisse. (Bortz and Schuster)

Die statistische Auswertung der Routinedaten wurde mithilfe der Statistik-Software R und RStudio durchgeführt (Versionen siehe Dokumentation im Anhang). Zur Analyse wurden sowohl bereitgestellte Kennwerte (z. B. Hinges der Boxplots) als auch selbstberechnete Werte (z. B. Anzahl der Fälle ohne Pflegegrad) herangezogen. Vereinzelt fehlende Werte (z. B. Pflegegrad 5 für die IG im Jahr 2020) wurden nach Rücksprache mit dem Projektauftraggeber durch Nullen ersetzt.

Im Rahmen der Stichprobenbeschreibung werden, abhängig von der jeweiligen Variablen, absolute und relative Häufigkeiten, Mittelwerte, Standardabweichungen, Mediane sowie Spannweiten tabellarisch getrennt für die Projekt- und Vergleichsregion dargestellt.

Zur Visualisierung zentraler Kennwerte kamen verschiedene Diagrammtypen zum Einsatz, welche die Entwicklung der wichtigsten Parameter in beiden Gruppen über den Projektzeitraum abbilden. Gestapelte Balkendiagramme veranschaulichen relative Häufigkeiten und Anteile, beispielsweise die Entwicklung der Pflegegrade. Die Gesamtkosten wurden mittels eines vereinfachten Boxplots (Median, Box, 1,5-fache Interquartilrange) visualisiert. Liniendiagramme, teils ergänzt um Whiskers zur Darstellung der Standardabweichung, dienen der Darstellung von Mittelwerten (z. B. durchschnittliche Kosten der häuslichen Krankenpflege) sowie der Entwicklung der Stichprobengröße im Zeitverlauf. Bei allen Diagrammen, in denen Whiskers zur Visualisierung der Varianz innerhalb der Gruppen verwendet wurden, wurde die Skalierung der y-Achse auf null begrenzt, um die Darstellung unplausibler negativer Werte (z. B. negative Anzahl an Facharztkontakten) zu vermeiden.

Da wie bereits erwähnt eine inferenzstatistische Auswertung der Routinedaten in vielen Fällen nicht möglich war, gestatten die Plots lediglich einen vorsichtigen Einblick in potenzielle Trends und Entwicklungen, ohne Anspruch auf wissenschaftliche Belastbarkeit und Verallgemeinerung zu erheben.

5.2 Ergebnisse des Regionenvergleichs

Im Jahr 2020 verbleiben nach dem Trimming der Daten in der Projektregion 176 Versicherte und in der Vergleichsregion 1156 Versicherte (vgl. Tabelle 11). In beiden Gruppen sind fast zwei Drittel der Versicherten weiblich (PR: 62,5 %, VR: 61,5 %) und im Durchschnitt etwa 80 Jahre alt (PR: 80 Jahre, VR: 79,8 Jahre).

		Projektregion	Vergleichsregion
		Anzahl	
		176	1156
Geschlecht	weiblich	62,5 %	61,5 %
	männlich	37,5 %	38,5 %
Alter in Jahren	Durchschnittsalter	80	79,8
	SD	8,4	8,1
Demenzdiagnose	unspezifisch	30,1 %	28,5 %
	spezifisch	17,6 %	18,3 %
Pflegegrad	kein Pflegegrad	35,8 %	29,9 %
	Pflegegrad 1	15,3 %	13,6 %
	Pflegegrad 2	30,7 %	34,4 %
	Pflegegrad 3	13,1 %	17,2 %
	Pflegegrad 4	5,1 %	3,9 %
	Pflegegrad 5	0,0 %	1,0 %
Charlson-Komorbiditätsindex	Mittelwert ($\bar{x}$)	6,9	6,7
	SD	3,2	2,8
	Min	1	1
	Max	18	20

Tabelle 18: Demografische Informationen der Versicherten im Jahr 2020

Der Anteil von Versicherten, bei denen eine nicht näher spezifizierte Demenzdiagnose dokumentiert wurde, liegt in der Projektgruppe bei 30,1 % und in der Vergleichsgruppe bei 28,5 %. Für spezifischere Diagnose nimmt dieser Anteil in beiden Gruppen ab (PR: 17,6 %; VR: 18,3 %). Es ist davon auszugehen, dass die Anzahl von Versicherten sowohl mit unspezifischer als auch mit spezifischer Demenzdiagnose in beiden Regionen anhand der Routinedaten überschätzt wird, da kein Verfahren der Validierung der Diagnosedaten genutzt wird (Rommel, Gaertner et al.) (Schubert, Ihle et al. 2010). Insofern können diese Prävalenzraten nur als ein grober Orientierungswert dienen. Sie zeigen in erster Linie an, dass es bezüglich der Demenzprävalenz keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Versicherten beider Regionen gibt. Im Jahr 2020 haben noch 35,8 % der Versicherten in der Projektregion bzw. 29,9 % in der Vergleichsregion keinen Pflegegrad. Schließlich zeigt der Charlson-Komorbiditätsindex für die Versicherten in beiden Gruppen eine vergleichbar hohe Krankheitslast und ein erhöhtes Mortalitätsrisiko an, was angesichts der Einschlusskriterien nicht außergewöhnlich ist (Glasheen, Cordier et al.).

5.2.1 Entwicklung der Versicherten in den Regionen im Zeitverlauf

Wie zu erwarten, nimmt im Zeitverlauf die Pflegebedürftigkeit und die Komorbidität der Versicherten in beiden Regionen zu. Während Ende 2020 in beiden Regionen etwa ein Drittel der Versicherten keinen Pflegegrad haben (PR: 36 %, VR: 30 %), sinkt dieser Anteil bis Ende 2023 in beiden Gruppen auf unter zehn Prozent (PR: 7 %, VR 8 %). Gleichzeitig nimmt vor allem der Anteil von Versicherten mit höheren Pflegegraden zu (vgl. Abbildung 52). Die Pflegegrade der Versicherten in beiden Regionen entwickeln sich dabei sehr ähnlich.

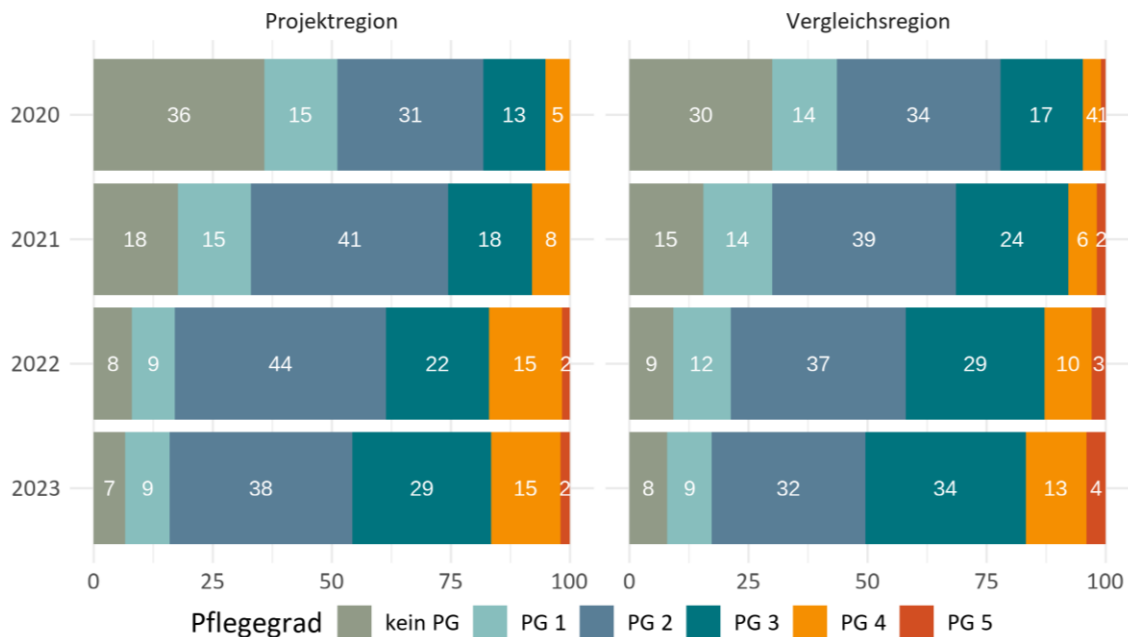


Abbildung 52: Entwicklung der Pflegegrade in der Projekt- und der Vergleichsregion (%)

Ebenfalls nimmt im Zeitverlauf in beiden Regionen die Komorbidität zu (vgl. Abbildung 53). In der Projektregion liegt der CCI im Jahr 2020 im Durchschnitt bei 6,9 und steigt bis 2023 auf durchschnittlich 7,8 an. Auffällig ist, dass er bereits ein Jahr vorher im Jahr 2022 mit 8,1 seinen Höchstwert erreicht und danach wieder sinkt. Dies könnte darin begründet sein, dass im Zeitverlauf Versicherte durch Tod oder Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung aus der Beobachtung ausscheiden und von diesen Ereignissen Versicherte mit höherer Komorbidität stärker betroffen sind. Da keine Individualdaten vorliegen, kann dieser Zusammenhang jedoch nicht geprüft werden. Unter den Versicherten der Vergleichsregion ist diese Auffälligkeit nicht zu beobachten und der CCI nimmt kontinuierlich von 6,6 im Jahr 2020 auf 7,5 im Jahr 2023 zu. Insgesamt tragen die Versicherten in der Projektregion eine leicht höhere Krankheitslast.

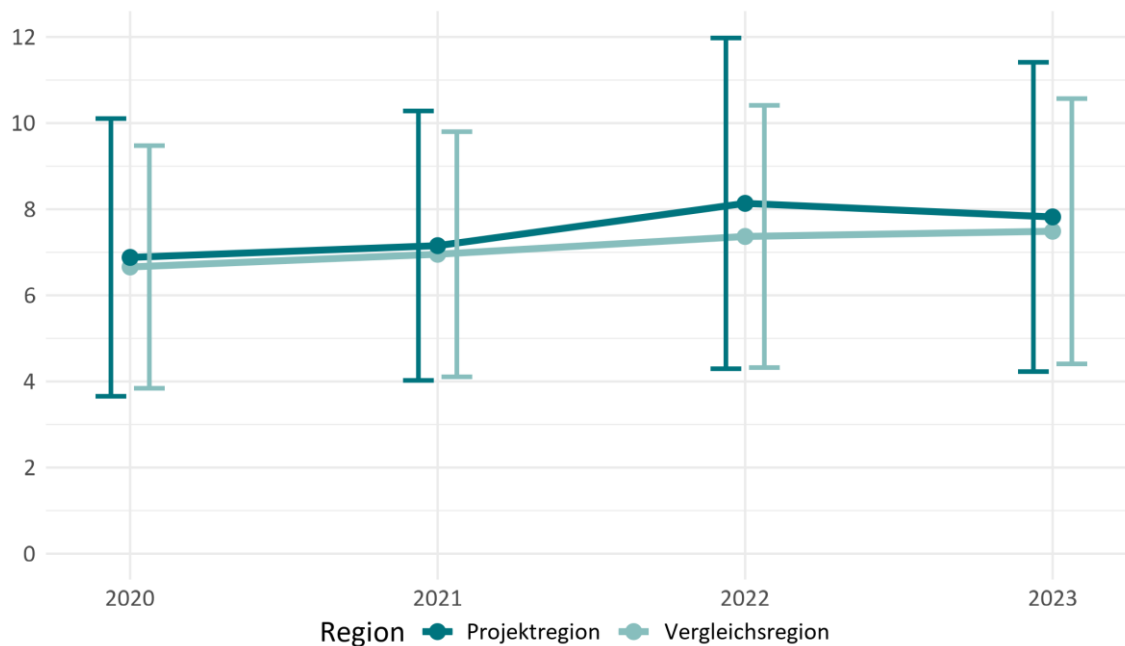


Abbildung 53: Entwicklung des Charlson-Komorbiditätsindex ($\bar{x}$, SD)

Da Komorbidität und Pflegebedürftigkeit Risikofaktoren für eine Institutionalisierung sind (Smith, Kokmen et al. 2000), verwundert es nicht, dass im Zeitverlauf in beiden Regionen Versicherte in stationäre Pflegeeinrichtungen ziehen. Bis Ende 2024 sind 32 (18,2 %) Versicherte in der Projektregion und 167 (14,5 %) Versicherte der Vergleichsregion dauerhaft in eine stationäre Pflegeeinrichtung gezogen (vgl. Abbildung 54).

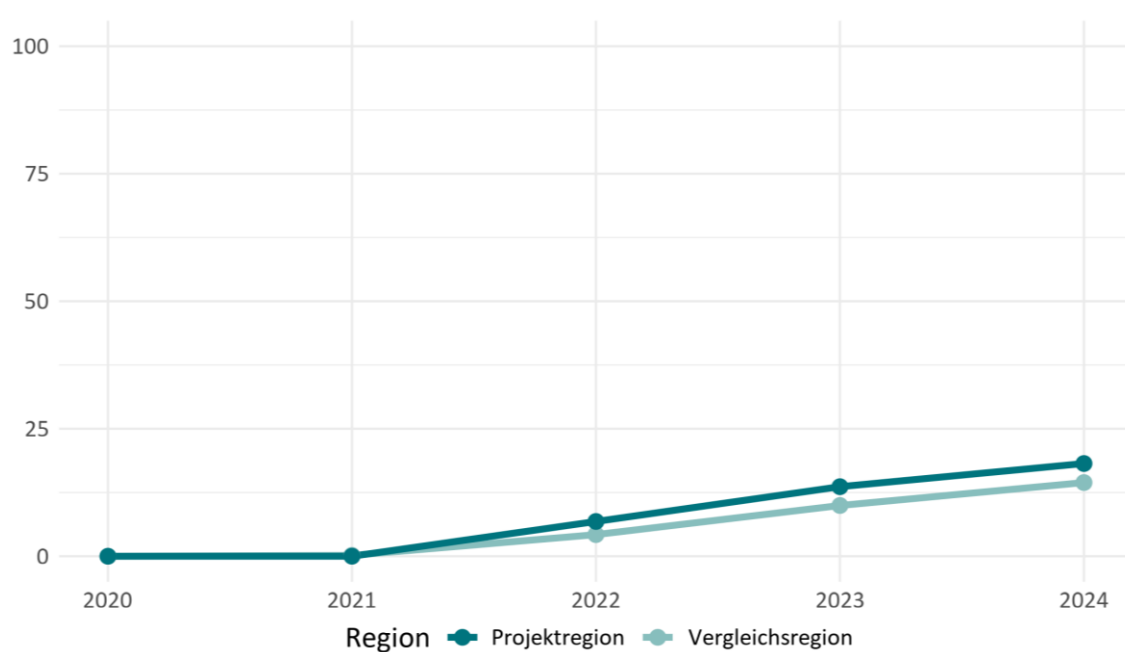


Abbildung 54: Kumulierte relative Häufigkeit von Umzügen in stationäre Pflegeeinrichtungen (%)

Damit sind in der Projektregion in Bezug auf die Gruppengröße etwas mehr Versicherte in eine stationäre Pflegeeinrichtung gezogen als in der Vergleichsregion. Dieser Gruppenunterschied erreicht – berechnet mit dem robusten Fishers Exact Test – jedoch keine statistische Signifikanz ($p = 0,211$). Die

Stärke dieses nicht signifikanten Zusammenhangs zwischen Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung und Gruppenzugehörigkeit ist zudem sehr schwach (Cramers V = 0,04).

Ebenso ist mit steigender Komorbidität und Pflegebedürftigkeit zu erwarten, dass im Zeitverlauf Versicherte sterben (Glasheen, Cordier et al. 2019). Die Versicherten der Projektregion zeigen im Vergleich zu den Versicherten eine leicht höhere Mortalitätsrate (vgl. Abbildung 55). Bis Ende 2024 sind 53 (30,1 %) der Versicherten in der Projektregion verstorben im Vergleich zu 316 (27,2 %) der Versicherten der Vergleichsregion.

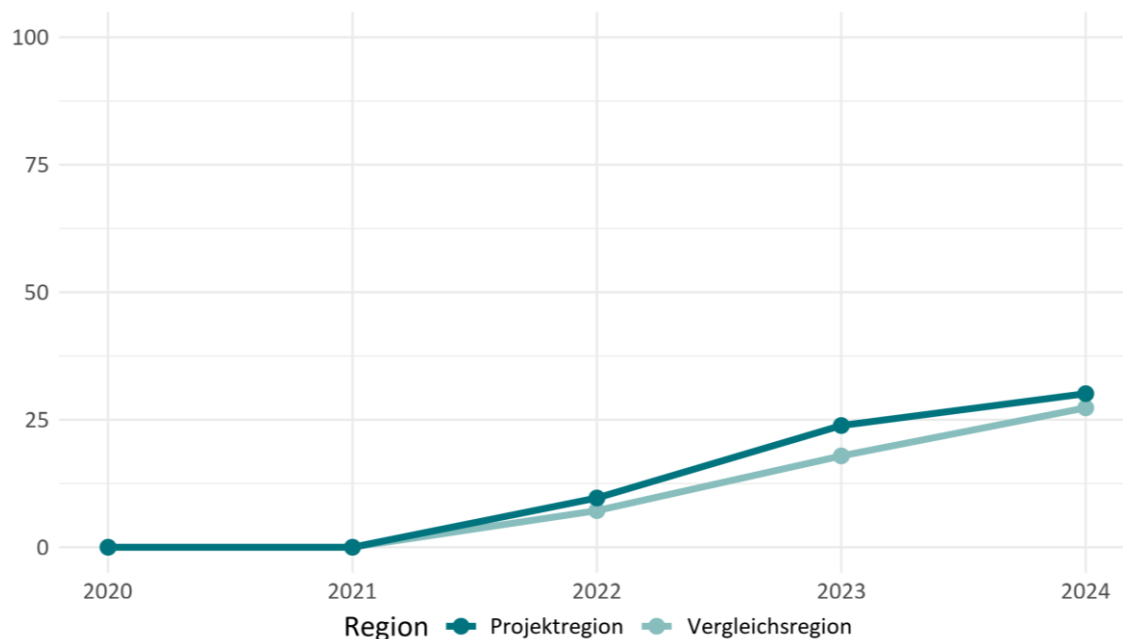


Abbildung 55: Kumulierte relative Häufigkeit von Todesfällen zuhause oder in einer stationären Pflegeeinrichtung (%)

Auch dieser Gruppenunterschied ist – berechnet mit dem robusten Fishers Exact Test – statistisch nicht signifikant ($p = 0,47$) und die Effektstärke des Zusammenhangs ist ebenfalls sehr schwach (Cramers V = 0,02). Insgesamt führen Umzüge in stationäre Pflegeeinrichtungen und Todesfälle dazu, dass die Gruppen von Versicherten in beiden Regionen im Zeitverlauf kleiner werden (vgl. Abbildung 56). Von anfänglich 176 Versicherten der Projektregion leben Ende 2024 noch 101 Versicherte und damit nur noch 57,3 % in der eigenen Häuslichkeit³². In der Vergleichsregion nimmt die Gruppengröße in ähnlichem Umfang ab. Von anfänglich 1156 Versicherten leben Ende 2024 noch 725 und damit 61,9 % in der eigenen Häuslichkeit.

³² Versicherte, die in einer stationären Pflegeeinrichtung versterben, werden sowohl bei Umzügen in eine stationäre Pflegeeinrichtung als auch bei den verstorbenen Personen gezählt. In der Projektregion sind 32 Personen in eine stationäre Pflegeeinrichtung gezogen. Davon sind 11 verstorben. 42 Versicherte sind gestorben, ohne in eine stationäre Pflegeeinrichtung zu ziehen. In der Vergleichsregion sind 167 Versicherte in eine stationäre Pflegeeinrichtung gezogen. Davon sind 42 Personen verstorben. 274 weitere Versicherte sind verstorben, ohne in eine stationäre Pflegeeinrichtung gezogen zu sein. In der Projektregion hat des Weiteren eine Person im Jahr 2024 die Versicherung gewechselt und wurde deshalb ausgeschlossen.

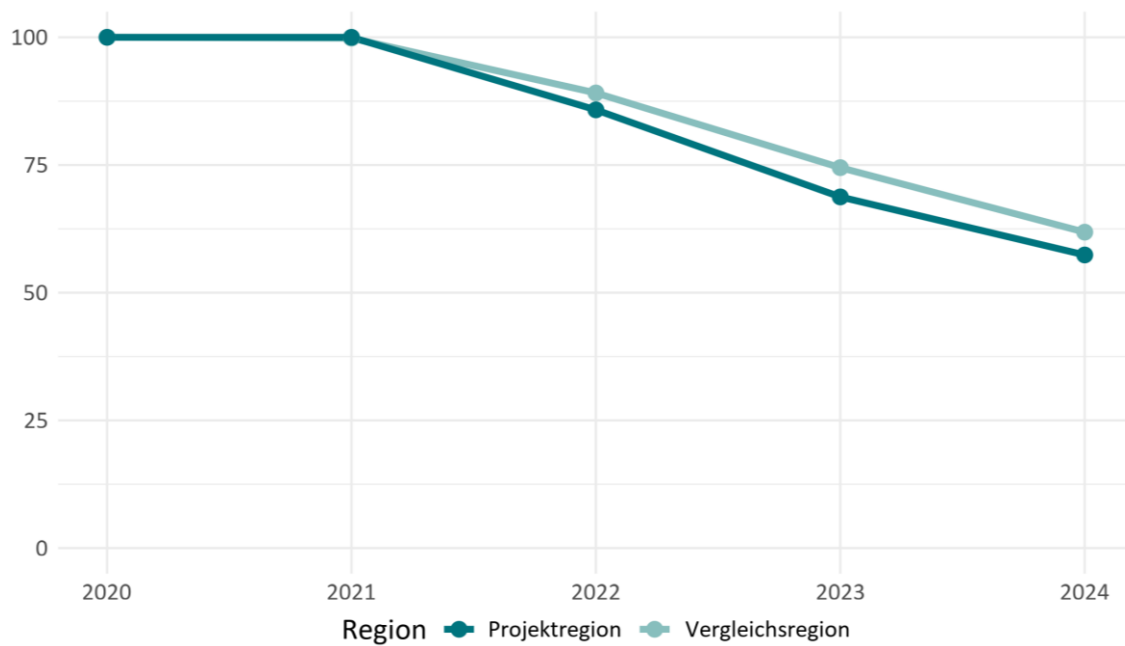


Abbildung 56: Entwicklung der relativen Gruppengröße (%)

5.2.2 Inanspruchnahmen: Haus- und Facharztkontakte sowie Krankenhausaufenthalte

Die Versicherten in beiden Regionen haben entsprechend ihres Alters, ihrer chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit häufig Kontakt zu Haus- und Fachärzten. In der Projektregion steigt die durchschnittliche Anzahl von Hausarztkontakten von 17,7 im Jahr 2020 zunächst leicht an (2021: 18,9) um bis Ende 2023 kontinuierlich auf durchschnittlich 16,7 Hausarztkontakte pro Versicherten zu sinken. In der Vergleichsregion haben die Versicherten etwas häufiger Kontakt zum Hausarzt (2020: 19,7; 2021: 20,5 und 2023: 19,7). Im Zeitverlauf vergrößert sich damit der Unterschied in der Anzahl der durchschnittlichen Hausarztkontakte zwischen den Versicherten der Projekt- und der Vergleichsregion von 2,0 im Jahr 2020 auf 3,0 im Jahr 2023. Um beurteilen zu können, ob dieser Unterschied bedeutsam ist, wird in Abbildung 57 neben der durchschnittlichen Anzahl der Hausarztkontakte ebenfalls die Standardabweichung als Fehlerbalken dargestellt. Beispielsweise beträgt die Standardabweichung der Anzahl der Hausarztkontakte in der Projektregion im Jahr 2020 11,1 und in der Vergleichsregion 12,5. Daraus wird ersichtlich, dass die Streuung der Arztkontakte innerhalb der beiden Gruppen sehr hoch ist und die Unterschiede zwischen den Gruppen sehr wahrscheinlich nicht signifikant sind. Für die Versicherten in der Projektregion sind minimal 0 bis maximal 59 Hausarztkontakte für eine Person in den Routinedaten der AOK dokumentiert; in der Vergleichsregion sind es minimal ebenfalls 0 Hausarztkontakte und maximal 143 Kontakte innerhalb eines Jahres.

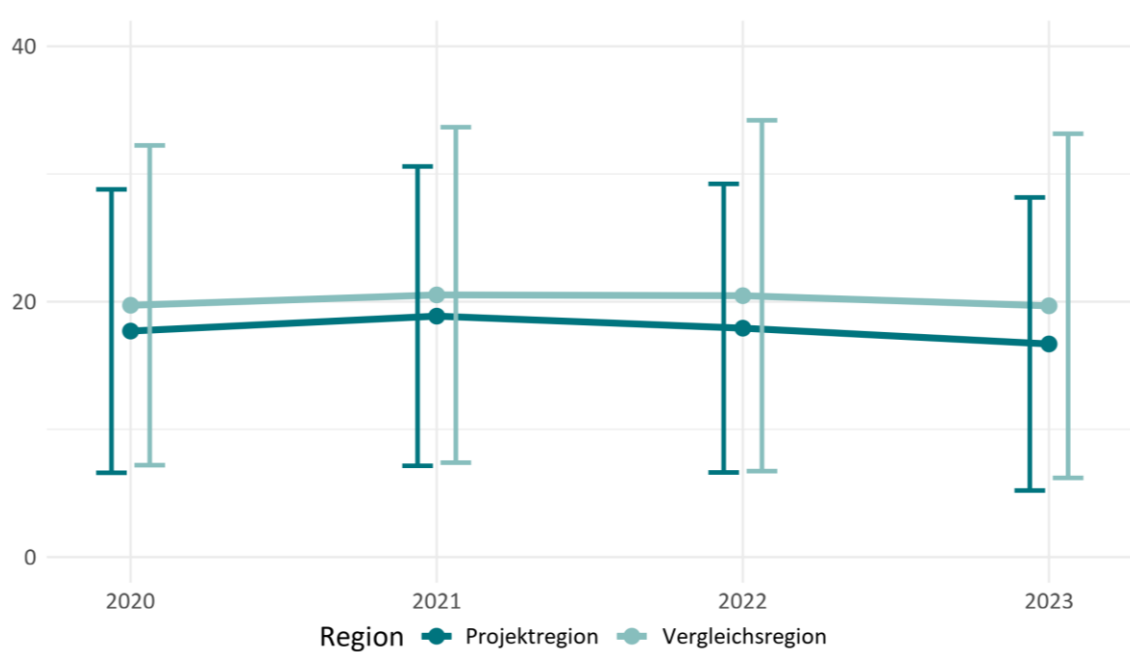


Abbildung 57: Entwicklung der durchschnittlichen Anzahl von Hausarztkontakten ($\bar{x}$, SD)

Ein ähnlicher Befund ergibt sich aus der Betrachtung der durchschnittlichen Anzahl von Facharztkontakten der Versicherten in beiden Regionen. Die Versicherten der Projektregion nehmen durchschnittlich etwas seltener eine fachärztliche Versorgung in Anspruch als die Versicherten der Vergleichsregion. In der Projektregion steigt die durchschnittliche Anzahl von Facharztkontakten von 2020 (7,5 Kontakte) zunächst bis 2022 leicht an (9,1 Kontakte) um bis Ende 2023 leicht auf 7,2 Kontakte zu sinken. Die durchschnittliche Anzahl der Facharztkontakte in der Vergleichsregion bleibt dagegen in etwa konstant (2020: 8,9; 2021: 9,7; 2023: 9,1). Um die Unterschiede der durchschnittlichen Anzahl der Facharztkontakte besser einschätzen zu können, ist in Abbildung 58 ebenfalls die Standardabweichung als Fehlerbalken dargestellt.³³ Daraus wird deutlich, dass die Anzahl der Facharztkontakte innerhalb der beiden Regionen sehr stark streut; im Betrachtungszeitraum liegt die minimale Anzahl von Facharztkontakten in der Projekt- und der Vergleichsregion bei 0 Kontakten. Maximal werden in diesem Zeitraum innerhalb eines Jahres 190 Kontakte zu einem Facharzt für eine Person der Projektregion dokumentiert (maximal 182 Kontakte im Jahr in der Vergleichsregion)³⁴. Aus der großen Standardabweichung lässt sich ableiten, dass die Unterschiede in der fachärztlichen Versorgung zwischen den beiden Regionen nicht signifikant sind.

³³ Die Standardabweichung ist im negativen Bereich beschnitten, um eine unplausible Darstellung einer negativen Anzahl von Facharztkontakten zu vermeiden (vgl. Kapitel 5.1.3)

³⁴ Die sehr hohe Anzahl maximaler Facharztkontakte lässt sich durch die Behandlung von dialysepflichtigen Patienten erklären.

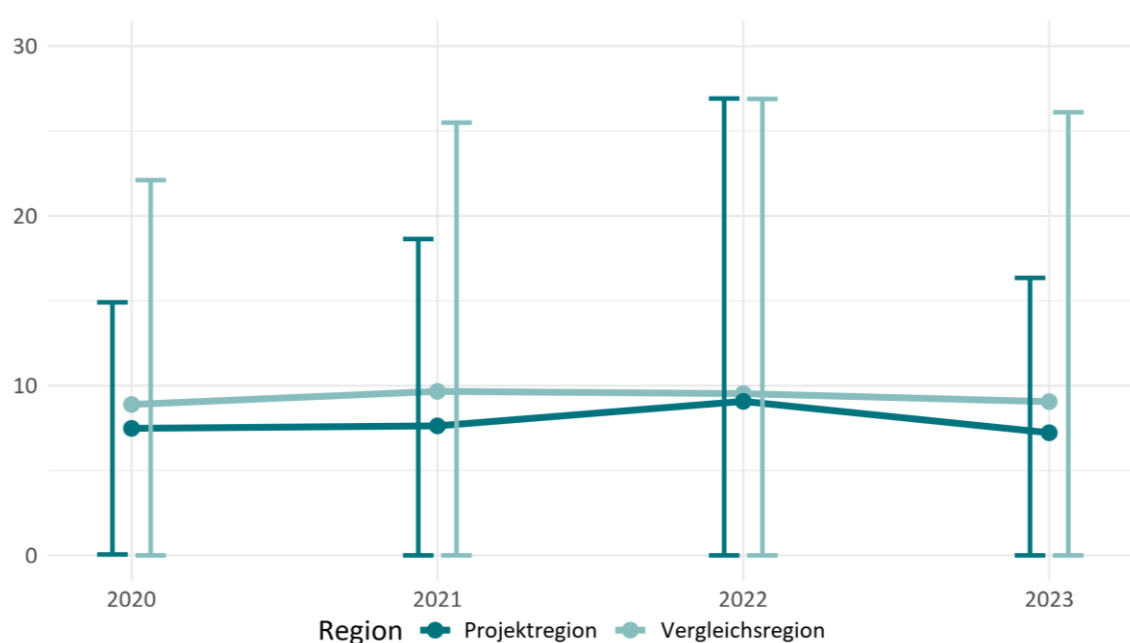


Abbildung 58: Entwicklung der durchschnittlichen Anzahl von Facharztkontakten ($\bar{x}$, SD)

Neben der Anzahl der Haus- und Facharztkontakte wird in den Routinedaten der AOK ebenfalls erfasst, wie häufig die Versicherten innerhalb eines Jahres stationär in einem Krankenhaus versorgt werden. Hinsichtlich der durchschnittlichen Anzahl der Krankenhausaufenthalte zeigen sich zwischen den Versicherten der Projekt- und der Vergleichsregion wenig Unterschiede (vgl. Abbildung 59). In den Jahren 2020 und 2021 liegt die durchschnittliche Anzahl von Krankenhausaufenthalten in der Projektregion leicht über der durchschnittlichen Anzahl von Krankenhausaufenthalten in der Vergleichsregion. So kommt es im Jahr 2020 kommt in der Projektregion zu 128 Krankenhausaufenthalten. Das sind durchschnittlich 0,73 Krankenhausaufenthalten pro versicherte Person; in der Vergleichsregion kommt es im gleichen Jahr zu 734 Krankenhausaufenthalten, was durchschnittlich 0,63 Krankenhausaufenthalten pro versicherte Person entspricht. Diese leichten Unterschiede vergrößern sich im Jahr 2021 noch etwas (PR: 0,87; VR: 0,70), bevor sie bis Ende 2023 nahezu identisch sind (PR: 0,768; VR: 0,774). Auch hier zeigt sich wieder eine große Streuung innerhalb der beobachteten Gruppen: Die überwiegende Anzahl der Versicherten hat bei einer jährlichen Betrachtung keinen Krankenhausaufenthalt. Sowohl in der Projekt- als auch der Vergleichsregion beträgt das Minimum und der Median in allen Jahren 0 Krankenhausaufenthalten; in der Projektregion liegt die maximale Anzahl von Krankenhausaufenthalten innerhalb eines Jahres bei 8, in der Vergleichsregion bei 11.

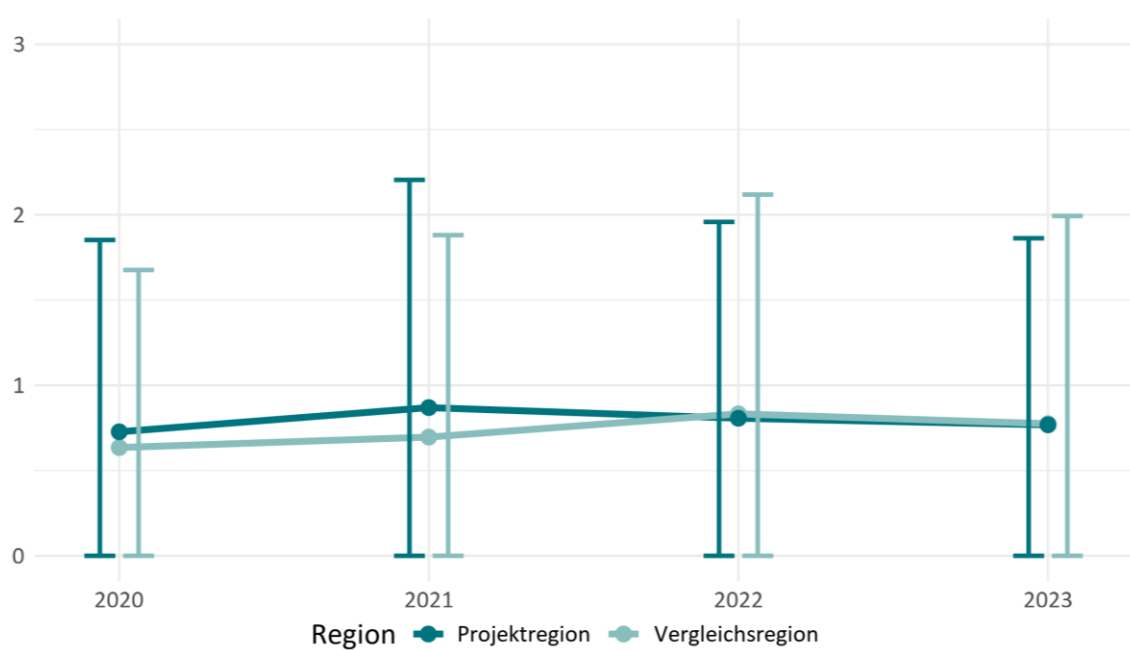


Abbildung 59: Entwicklung der durchschnittlichen Anzahl der Krankenhausaufenthalte ($\bar{x}$, SD)

Krankenhausaufenthalte bedingen nicht nur hohe ökonomischen Kosten verbunden, sondern sind für Menschen mit Demenz häufiger mit negativen Outcomes als für Patienten ohne eine Demenzdiagnose verbunden (Rao, Suliman et al. 2016). Durch eine gute häusliche und ambulante Versorgung kann ein Teil der Krankenhausaufenthalte vermieden werden. Ambulant-sensitive Krankenhausaufenthalte sind potenziell vermeidbare Krankenhausaufenthalte und können damit ein Indikator für eine gute häusliche und ambulante Versorgung sein (Sundmacher, Fischbach et al. 2015). In der Projektregion kommt es im Jahr 2020 zu 26 potenziell vermeidbaren Krankenhausaufenthalten. Bezogen auf die Gruppengröße sind dies 0,15 pro versicherte Person (vgl. Abbildung 60). Über den Projektverlauf steigt die Anzahl ambulant-sensitiver Krankenhausaufenthalte auf 38 an. Dies entspricht 0,25 ambulant-sensitiver Krankenhausaufenthalte pro versicherte Person. Damit steigt auch der Anteil ambulant-sensitiven Krankenhausaufenthalte an der Gesamtzahl der Krankenhausaufenthalte von 20,31 % im Jahr 2020 auf 32,76 % im Jahr 2023 an. Auch in der Vergleichsregion steigt die durchschnittliche Anzahl der ambulant-sensitive Krankenhausaufenthalte im Projektzeitraum an. Im Jahr 2020 kommt es zu 204 ambulant-sensitiven Krankenhausaufenthalten, was durchschnittlich 0,18 ambulant-sensitiven Krankenhausaufenthalten entspricht. Im Jahr 2023 kommt es in der Vergleichsregion zu 220 ambulant-sensitiven Krankenhausaufenthalten unter den Versicherten, was 0,21 ambulant-sensitiven Krankenhausaufenthalten pro Person entspricht. Der Anteil ambulant-sensitiver Krankenhausaufenthalte an allen Krankenhausaufenthalten bleibt in der Vergleichsregion allerdings fast konstant. Im Jahr 2020 sind 27,79 % aller Krankenhausaufenthalte ambulant-sensitiv; im Jahr 2023 trifft dies auf 27,57 % aller Fälle zu.

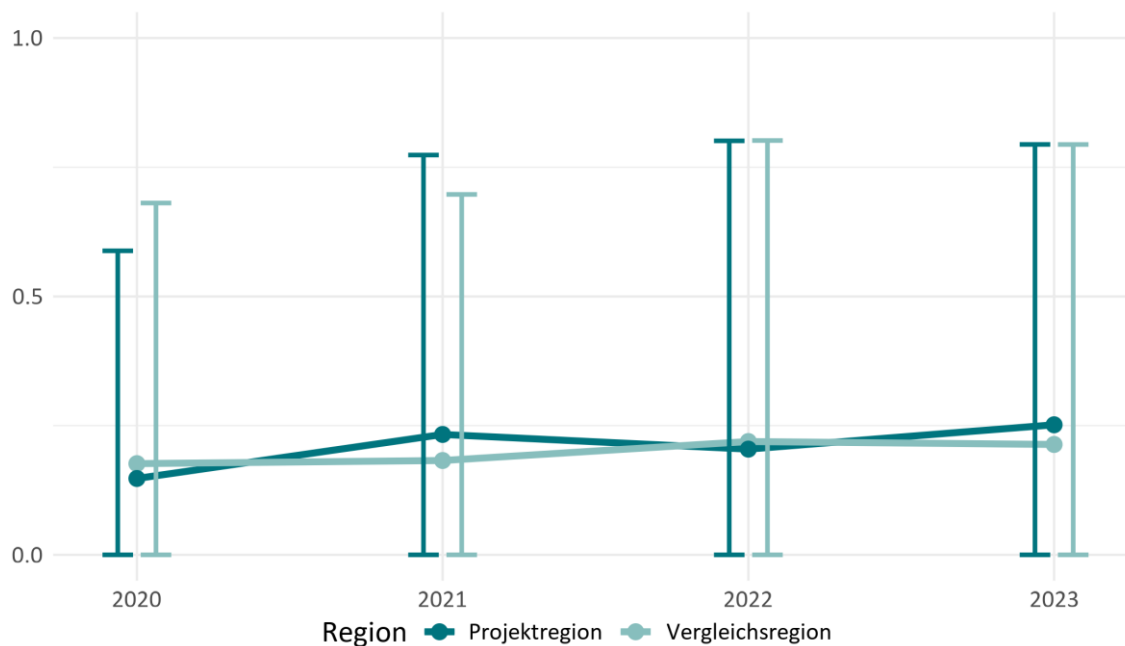


Abbildung 60: Entwicklung der durchschnittlichen Anzahl ambulant-sensitiver Krankenhausaufenthalte ($\bar{x}$, SD)

Ähnlich wie ambulant-sensitive Krankenhausaufenthalte können auch Rehospitalisierungen ein Indikator für eine gute häusliche und ambulante Nachversorgung sein. In der Projektregion steigt die Anzahl von Wiederaufnahmen in ein Krankenhaus innerhalb von 30 Tagen von durchschnittlich 0,09 im Jahr 2020 auf 0,12 im Jahr 2023 an. Im gleichen Zeitraum steigt die Anzahl von Reshospitalisierungen in der Vergleichsregion stärker von durchschnittlich 0,13 im Jahr 2020 auf 0,19 im Jahr 2023 an. Aufgrund der großen Streuung innerhalb der Gruppen ist auch hier davon auszugehen, dass diese Unterschiede zwischen den Gruppen nicht signifikant sind.

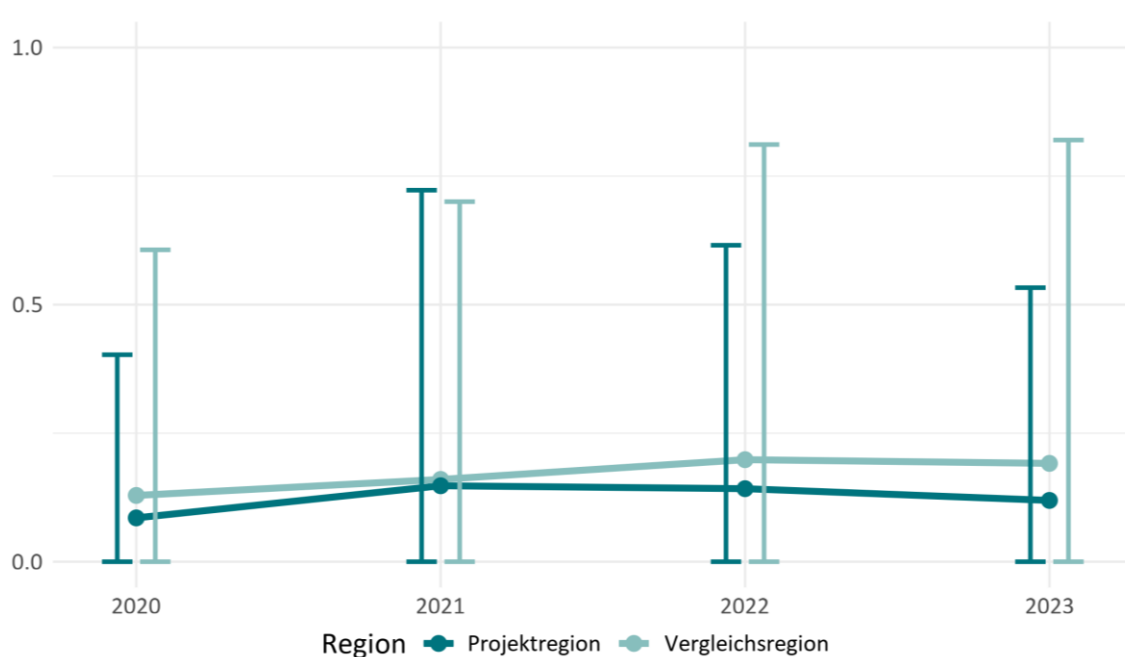


Abbildung 61: Entwicklung der durchschnittlichen Anzahl von Rehospitalisierungen ($\bar{x}$, SD)

Insgesamt unterscheiden sich die Versicherten in beiden Regionen im Zeitverlauf weder in der Anzahl der Haus- und Facharztkontakte noch bei den Krankenhausaufenthalten deutlich voneinander. Die

Versicherten der Projektregion haben etwas weniger Kontakt zu Haus- und Fachärzten und werden deutlich seltener innerhalb von 30 Tagen erneut in ein Krankenhaus aufgenommen. Dafür werden etwas häufiger Versicherte aufgrund einer Diagnose in ein Krankenhaus aufgenommen, von der angenommen werden kann, dass eine ambulante Versorgung möglich wäre. Innerhalb beider Gruppen gibt es hinsichtlich aller oben genannten Vergleichsvariablen eine große Streuung, die in Verbindung mit den nah beieinanderliegenden Mittelwerten als Hinweis darauf interpretiert werden kann, dass die Unterschiede zwischen den Gruppen nicht signifikant sind.

5.2.3 Entwicklung der Ausgaben

Die Kostenentwicklung der GKV wird über den Projektzeitraum in fünf Leistungsbereichen beobachtet:

1. Ausgaben für stationäre Krankenhausaufenthalte
2. Ausgaben der ambulanten Versorgung
3. Ausgaben für Arzneimittel
4. Ausgaben für häusliche Krankenpflege
5. Ausgaben für Hilfsmittel

In der Projektregion fallen im Jahr 2020 mehr als die Hälfte (56 %) der Gesamtausgaben für Krankenhausaufenthalte an, gefolgt von Kosten für Arzneimittel (16 %) und die ambulante Versorgung (12 %) (vgl. Abbildung 62). Für Hilfsmittel und häusliche Krankenpflege fallen jeweils weniger als 10 % der Gesamtausgaben an. Auch in der Vergleichsregion entfällt im Jahr 2020 der größte Teil der Ausgaben auf die stationäre Krankenhausversorgung. Allerdings machen diese Kosten hier nur 41 % der Gesamtkosten aus. Entsprechend liegen die Kostenanteile für Arzneimittel (23 %), die ambulante Versorgung (16 %) und häusliche Krankenpflege (11 %) höher als in der Projektregion. Die Kosten für Hilfsmittel machen auch in der Vergleichsregion 9 % der Gesamtkosten aus.

Im Projektverlauf von 2020 bis 2023 ändern sich die Anteile der Leistungsbereiche an den Gesamtkosten. Interessanterweise ist dabei eine Angleichung der Kostenanteile zwischen den Regionen zu beobachten. Während der Anteil der Krankenhauskosten in der Projektregion deutlich von 56 % im Jahr 2020 auf 47 % der Gesamtkosten im Jahr 2023 abnimmt, nimmt im gleichen Zeitraum der Anteil der Krankenhauskosten in der Vergleichsregion von 41 % bis auf 44 % leicht zu. Auch die Anteile der anderen Leistungsbereiche gleichen sich in diesem Zeitverlauf an.

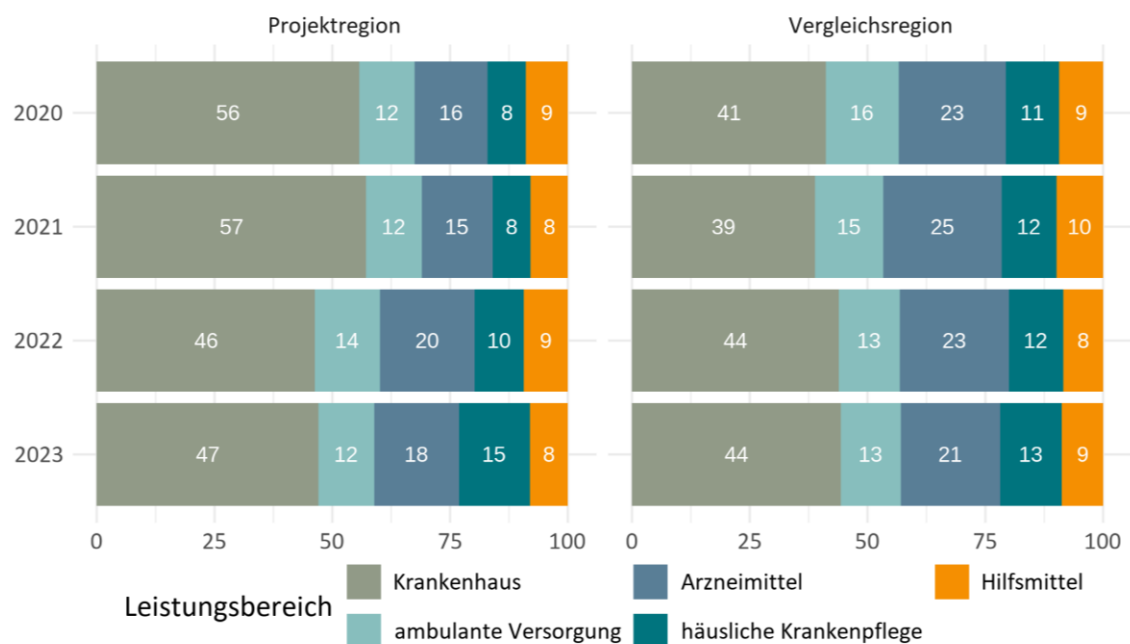


Abbildung 62: Entwicklung des Anteils der Leistungsbereiche an den Gesamtkosten (%)

Während sich also die Anteile der fünf Leistungsbereiche zwischen den beiden Regionen im Zeitverlauf angleichen, entwickeln sich die durchschnittlichen Gesamtkosten pro Versicherten in beiden Regionen gegenläufig (vgl. Abbildung 63). Im Jahr 2020 liegen die durchschnittlichen Gesamtkosten in der Projektregion mit 7633 € rund 450 € über den durchschnittlichen Gesamtkosten der Vergleichsregion (7181 €). Über den Zeitverlauf steigen in beiden Regionen die durchschnittlichen Gesamtkosten an. Im Jahr 2022 erreichen sie in der Projektregion mit 9254 € ihren Höchststand. Sie liegen zu diesem Zeitpunkt bereits unter den durchschnittlichen Gesamtkosten von 10809 € in der Vergleichsregion. Bis zum Jahr 2023 nehmen die durchschnittlichen Gesamtkosten in der Projektregion dann auf 8428 € ab, während sie in der Vergleichsregion weiter auf 11140 € steigen. Damit verursacht eine versicherte Person der Projektregion durchschnittlich 2712 €: das entspricht etwa einem Viertel weniger Kosten für die GKV als eine versicherte Person in der Vergleichsregion.

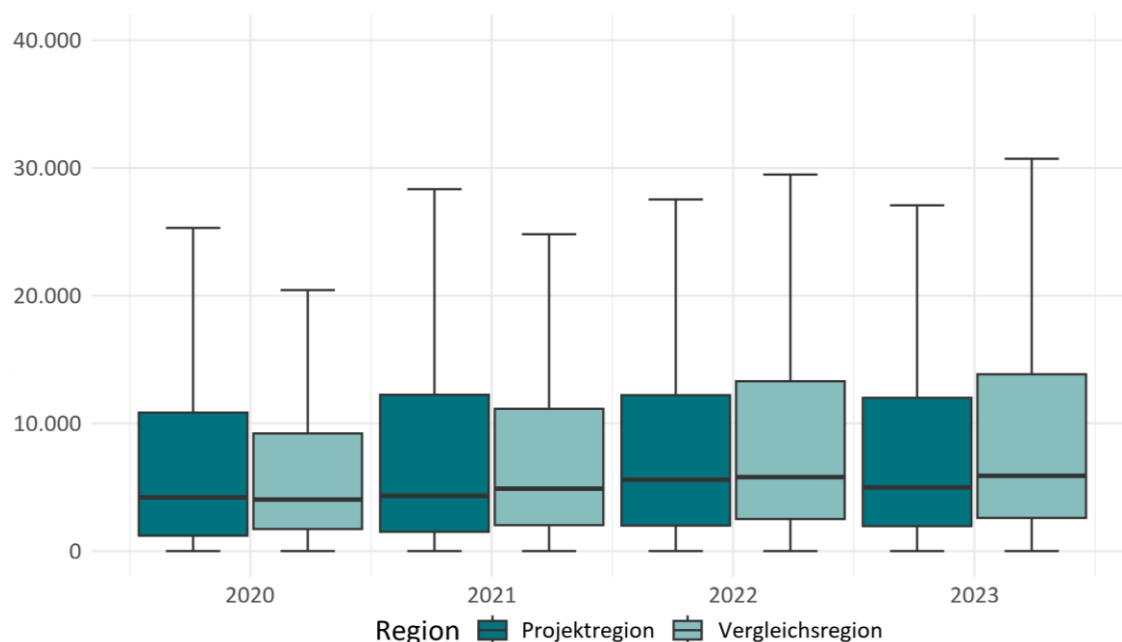


Abbildung 63: Entwicklung der durchschnittlichen Gesamtkosten in Euro (Boxplots)

Allerdings unterscheiden sich die Versicherten innerhalb der beiden Regionen in Bezug auf die Gesamtkosten zum Teil erheblich voneinander; die Streuung innerhalb der Gruppen ist sehr hoch. So liegt die Standardabweichung zu allen Zeitpunkten oberhalb des arithmetischen Mittels und die Minimalkosten pro Versicherten liegen teilweise bei 0 €, während die Maximalkosten bei bis zu 150.000 € pro Versicherten innerhalb eines Jahres liegen. Aufgrund dieser hohen Streuung innerhalb der Gruppen sind die Unterschiede in den Gesamtkosten zwischen den beiden Regionen als nicht signifikant zu bewerten. Eine Betrachtung des Medians als Mittelwert ist weniger anfällig für diese Ausreißer und hohe Streuung. Der Median zeigt über den Projektverlauf eine ähnliche, aber weniger starke Entwicklung auf. Im Jahr 2020 liegt der Median der Gesamtkosten in der Projektregion bei 4203 € und damit rund 160 € über den Mediankosten der Vergleichsregion (4039 €). In beiden Regionen steigen die Mediankosten an und erreichen in der Projektregion im Jahr 2022 ihren Höchstwert mit 5585 € (VR: 5794 €). Anschließend fallen die Mediankosten in der Projektregion auf 4990 €, während sie in der Vergleichsregion weiter auf 5895 € ansteigen. Zu diesem Zeitpunkt liegen die Mediankosten der Projektregion um 904 € – oder rund 15 % – niedriger als in der Vergleichsregion.

	Projektregion		Vergleichsregion	
	Arithmetisches Mittel (SD)	Median	Arithmetisches Mittel (SD)	Median
2020	7633 € (8714 €)	4203 €	7181 € (8080 €)	4039 €
2021	9096 € (12.153 €)	4327 €	8960 € (11.832 €)	4889 €
2022	9255 € (10.712 €)	5585 €	10.809 € (15.121 €)	5794 €
2023	8428 € (9438 €)	4990 €	11.140 (14.968 €)	5895 €

Abbildung 64: Gesamtkosten – Arithmetisches Mittel und Median der Projekt- und Vergleichsregion

Ein größer werdender Unterschied zwischen der Projektregion und der Vergleichsregion zeigt sich dabei in fast allen Leistungsbereichen. Am stärksten ist er jedoch bei den Krankenhauskosten ausgeprägt (vgl. Abbildung 65). Im Jahr 2020 verursachen die Versicherten durchschnittlich 1302 € mehr Kosten als die Versicherten der Vergleichsregion (PR: 4255 €; VR: 2952 €). Dieser Kostenunterschied kehrt sich bis zum Jahr 2023 um. Die Versicherten der Vergleichsregion verursachen jetzt durchschnittlich 972 €

weniger Krankenhauskosten als die Versicherten in der Vergleichsregion; die Durchschnittskosten liegen in der Vergleichsregion sogar unter denen von 2020 (PR: 3969 €; VR: 4941 €).

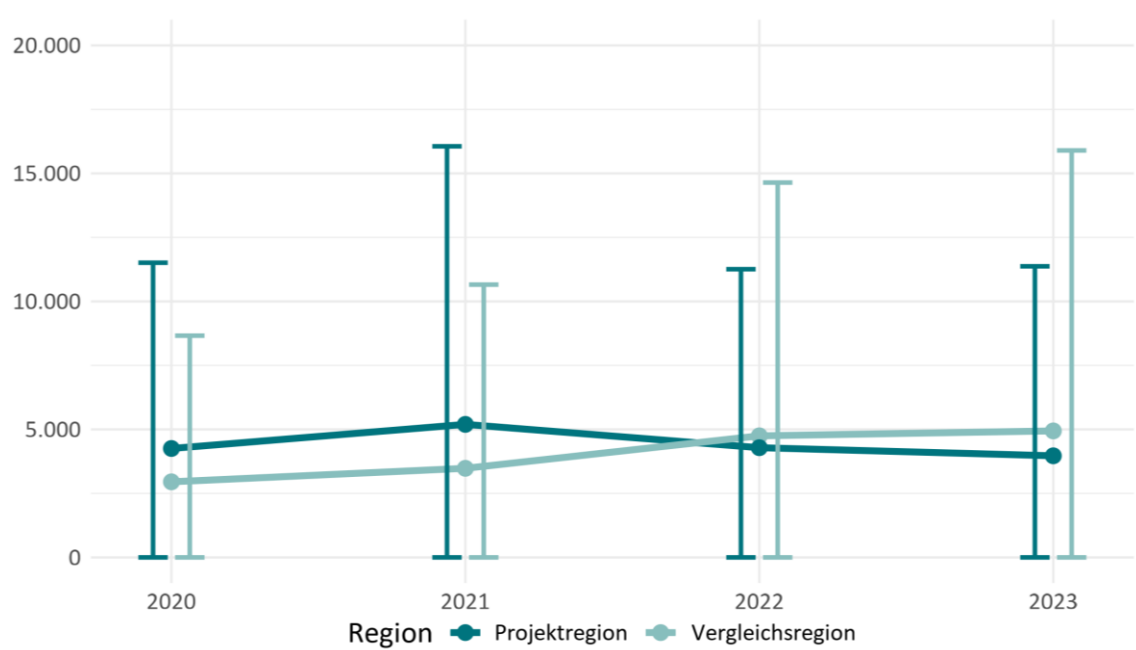


Abbildung 65: Entwicklung der durchschnittlichen Kosten für stationäre Krankenhausbehandlungen in Euro ($\bar{x}$, SD)

Die durchschnittlichen Kosten für Arzneimittel steigen in der Projektregion zwar von 1184 € im Jahr 2020 auf 1518 € im Jahr 2023 an, in der Vergleichsregion steigen die Kosten im gleichen Zeitraum jedoch stärker (2020: 1634 €; 2023: 2355 €), sodass sich der Unterschied zwischen beiden Regionen von durchschnittlich 450 € im Jahr 2020 auf 837 € im Jahr 2023 fast verdoppelt (vgl. Abbildung 66).

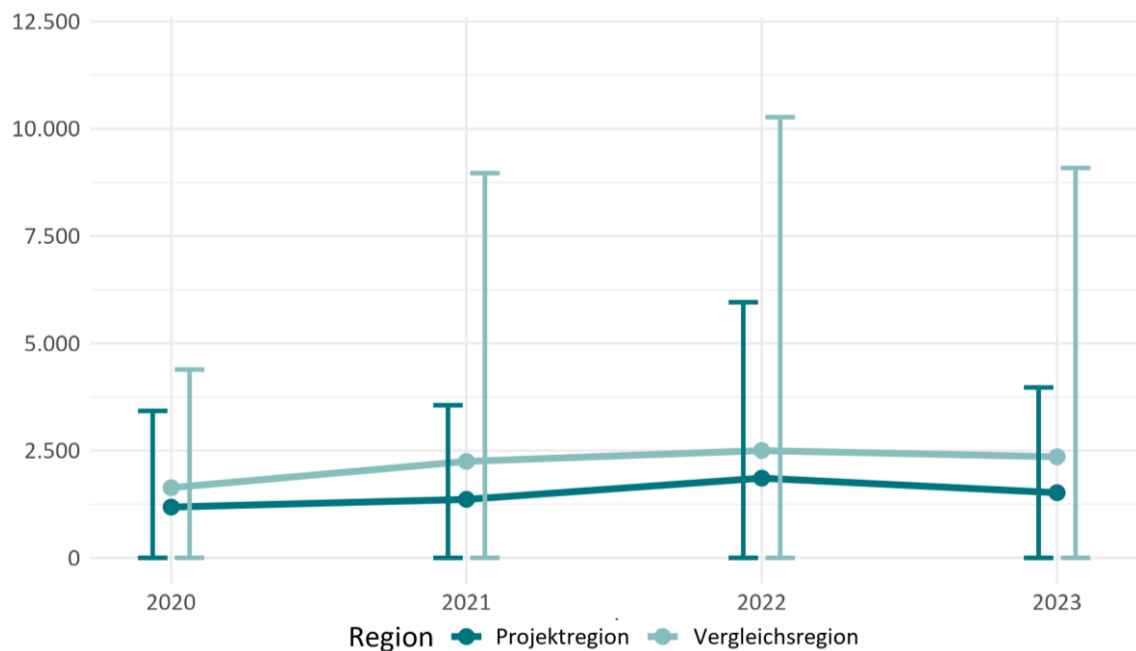


Abbildung 66: Entwicklung der durchschnittlichen Kosten für Arzneimittel in Euro ($\bar{x}$, SD)

Ähnlich kommt es im Betrachtungszeitraum zu einem stärkeren Unterschied bezüglich der durchschnittlichen ambulanten Kosten (vgl. Abbildung 67). Im Jahr 2020 verursachen die Versicherten in der

Vergleichsregion durchschnittlichen 218 € weniger Kosten als die Versicherten der Vergleichsregion (PR: 896 €; VR: 1114 €). Dieser Unterschied verdoppelt sich bis Ende 2023 nahezu auf 417 € (PR: 995 €; VR: 1412 €).

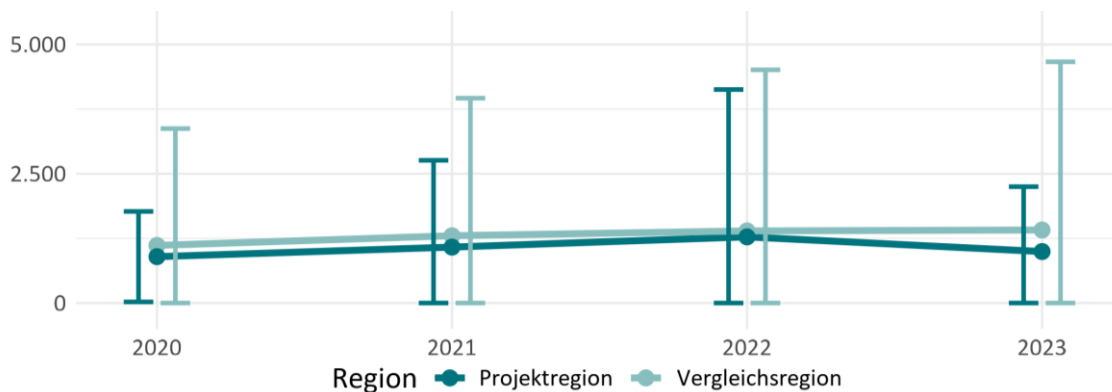


Abbildung 67: Entwicklung der durchschnittlichen Kosten für die ambulante Versorgung in Euro ($\bar{x}$, SD)

Ebenso vergrößert sich der Unterschied zwischen den Versicherten beider Regionen hinsichtlich der Kosten für Hilfsmittel (vgl. Abbildung 68). Im Jahr 2020 verursachen die Versicherten der Projektregion durchschnittlich 684 € Kosten und damit durchschnittlich 12 € mehr Kosten als die Versicherten der Vergleichsregion (VR: 671 €). Die Kosten für Hilfsmittel bleiben bis zum Jahr 2023 in der Projektregion nahezu unverändert (PR: 683 €), während sie in der Vergleichsregion auf 977 € steigen, sodass die Versicherten in der Projektregion durchschnittlich 294 € weniger Kosten für Hilfsmittel verursachen.

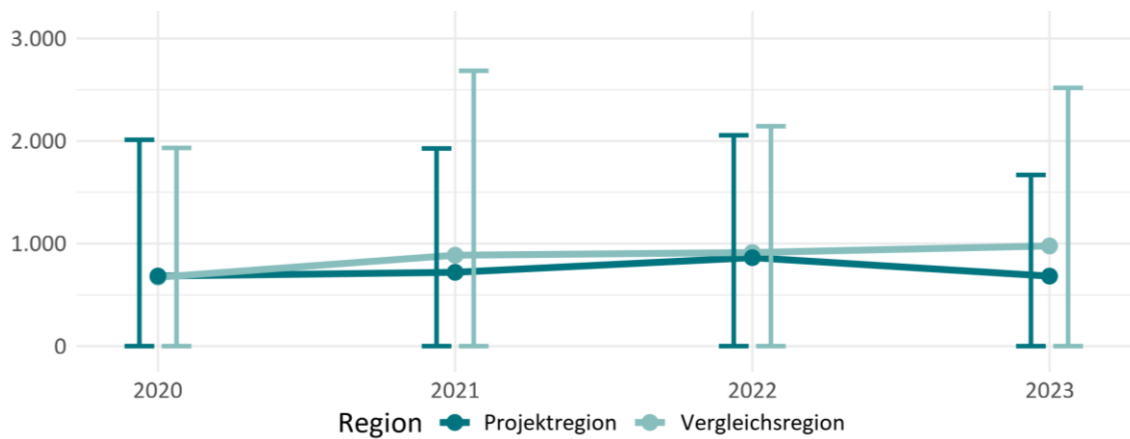


Abbildung 68: Entwicklung der durchschnittlichen Kosten für Hilfsmittel in Euro ($\bar{x}$, SD)

Die Kosten für häusliche Krankenpflege ist der einzige Leistungsbereich, in dem es von 2020 bis 2023 zu keiner Veränderung des Unterschiedes zwischen den Versicherten beider Regionen kommt (vgl. Abbildung 69). Im Jahr 2020 verursachen die Versicherten der Projektregion durchschnittlich 195 € weniger Kosten als die Versicherten der Vergleichsregion; im Jahr 2023 sind es 192 € weniger. Allerdings verdoppelte sich in beiden Regionen in diesem Zeitraum die durchschnittlichen Kosten für häusliche Krankenpflege nahezu: Im Jahr 2020 verursachen die Versicherten der Projektregion durchschnittlich 614 € Kosten; im Jahr 2023 sind es bereits 1264 €. In der Vergleichsregion stiegen die durchschnittlichen Kosten im gleichen Zeitraum von 809 € auf 1455 € an.

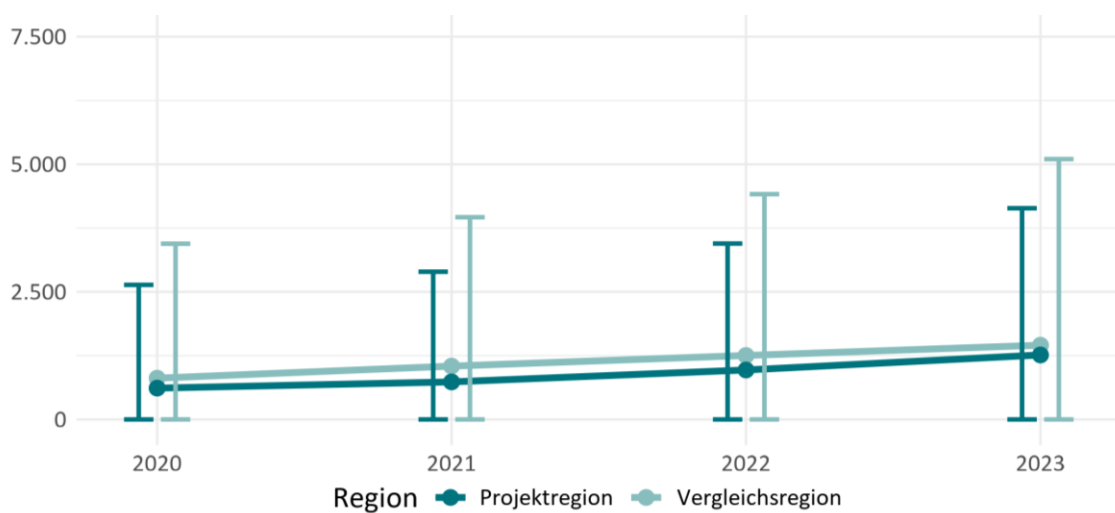


Abbildung 69: Entwicklung der durchschnittlichen Kosten für häusliche Krankenpflege in Euro ($\bar{x}$, SD)

5.3 Diskussion und Fazit des Regionenvergleichs

Im Spiegel der Routinedaten der GKV AOK zeigt sich zunächst, dass sich die Versicherten in beiden untersuchten Regionen bezüglich ihres Alters, Geschlechtes, Pflegegrades und Komorbiditäten nicht signifikant voneinander unterscheiden. Über den Beobachtungszeitraum nimmt – wie zu erwarten war – die Pflegebedürftigkeit und Komorbidität unter den Versicherten in beiden Regionen zu. Damit einhergehend steigt für die Versicherten in beiden Regionen das Risiko eines dauerhaften Umzugs in eine stationäre Pflegeeinrichtung sowie das Sterberisiko. Bis Ende 2024 ziehen 18,2 % der Versicherten der Projektregion in eine stationäre Pflegeeinrichtung und 30,1 % versterben. In der Vergleichsregion ziehen etwas weniger Versicherte (14,5 %) in eine stationäre Pflegeeinrichtung um und es gibt anteilig weniger Todesfälle (27,2 %). Die Unterschiede zwischen beiden Gruppen sind zwar nicht statistisch signifikant, es wäre aber zu erwarten gewesen, dass es in der Projektregion aufgrund des Modellvorhabens UplandCare zu weniger Umzügen in stationäre Pflegeeinrichtungen kommt. Insgesamt zeigt sich ein uneinheitlicher Befund hinsichtlich der angenommenen Effekte des Modellvorhabens im Spiegel der Routinedaten. Entgegen des vermuteten Zusammenhangs ziehen die Versicherten in der Projektregion etwas häufiger in eine stationäre Pflegeeinrichtung und sterben etwas früher, ebenso haben sie weniger häufig Kontakte zu Haus- und Fachärzten. Dafür nehmen die Krankenhausaufenthalte unter den Versicherten weniger stark zu als in der Vergleichsregion. Insbesondere kommt es zu weniger Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen, wohingegen es keinen eindeutigen Trend bei den ambulant-sensitiven Krankenhausaufenthalten gibt.

Mit Blick auf die Kosten zeichnet sich ein deutlicher Trend zu Gunsten der Projektregion ab. Zunächst fällt auf, dass sowohl in der Projektregion als auch in der Vergleichsregion die durchschnittlichen Gesamtkosten deutlich über den durchschnittlichen Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt liegen (vgl. Tabelle 19). Im Jahr 2020 geben die gesetzlichen Krankenversicherungen in den fünf betrachteten Leistungsbereiche³⁵ für ihre Mitglieder durchschnittlich 3398 € aus. Bis zum Jahr 2023 steigen diese Ausgaben um 13,34 % auf 3851 € an (KBV 2025). Für die Versicherten in der Projektregion fallen im Jahr 2020 durchschnittliche Ausgaben von 7633 € an. Diese steigen bis zum Jahr 2023 aber etwas weniger stark um 10,42 % auf 8428 € an. Die deutlich höheren Kosten sind in der

³⁵ Die fünf Leistungsbereiche sind: Krankenhausbehandlungen, ärztliche Behandlungen, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel sowie häusliche Krankenpflege.

Altersstruktur und dem Gesundheitszustand der Versicherten der Projektregion begründet und nicht ungewöhnlich. Die Ausgaben der GKV steigen mit höherem Alter deutlich an (Stahmeyer, Geyer et al. 2018); insbesondere in der Zeit vor dem Tod kommt es zu einer exponentiellen Kostensteigerung (Stahmeyer, Hamp et al. 2021). In der Vergleichsregion liegen die durchschnittlichen Kosten im Jahr 2020 mit einer Höhe von 7181 € ebenfalls deutlich über den allgemeinen Durchschnittskosten, aber auch leicht unterhalb der Durchschnittskosten der Projektregion. Allerdings steigen die durchschnittlichen Kosten in der Vergleichsregion bis zum Jahr 2023 deutlich stärker um 55,13 % auf 11.140 €. Auch bei einer Betrachtung des Medians zeigt sich dieser Trend. In der Projektregion liegen die Mediankosten 2020 bei 4203€ und steigen bis 2023 um 18,72 % auf 4990 € an. In der Vergleichsregion liegen die Mediankosten 2020 niedriger bei 4039 € und steigen um 45,95 % auf 5895 € an.

		2020	2023	Veränderung
Projektregion	Arithmetisches Mittel	7633 €	8428 €	+ 10,42 %
	Median	4203 €	4990 €	+ 18,72 %
Vergleichsregion	Arithmetisches Mittel	7181 €	11.140 €	+ 55,13 %
	Median	4039 €	5895 €	+ 45,95 %
GKV gesamt (KBV)	Arithmetisches Mittel	3398 €	3851 €	+ 13,34 %

Tabelle 19: Der Anstieg der durchschnittlichen Gesamtkosten im Vergleich

Oder anders ausgedrückt: Im Jahr 2020 verursachen die Versicherten der Projektregion durchschnittlich 6,3 % bzw. 425 € höhere Kosten als die Versicherten der Vergleichsregion; die Mediankosten in der Projektregion liegen in diesem Jahr um 4,1 % bzw. 164 € über den Mediankosten der Vergleichsregion. Im Jahr 2023 hingegen verursachen die Versicherten der Projektregion durchschnittlich 24,3 % bzw. 2712 € niedrigere Kosten als die Versicherten in der Vergleichsregion; die Mediankosten der Projektregion liegen in diesem Jahr 15,4 % bzw. 905 € unter den Mediankosten der Vergleichsregion (vgl. Abbildung 70). Diese Unterschiede in den Gesamtkosten ergeben sich aus Unterschieden in nahezu allen Leistungsbereichen, wobei die Veränderungen der Krankenhauskosten absolut betrachtet am meisten beitragen. Dies liegt aber auch daran, dass die Krankenhauskosten in beiden Regionen über 45 % der Gesamtkosten ausmachen. **Für die Einordnung und Interpretation dieser Ergebnisse ist wichtig festzuhalten, dass aufgrund der fehlenden statistischen Tests zu den hier vorgestellten Unterschieden keine Aussage zur statistischen Signifikanz der Unterschiede gemacht werden kann.**

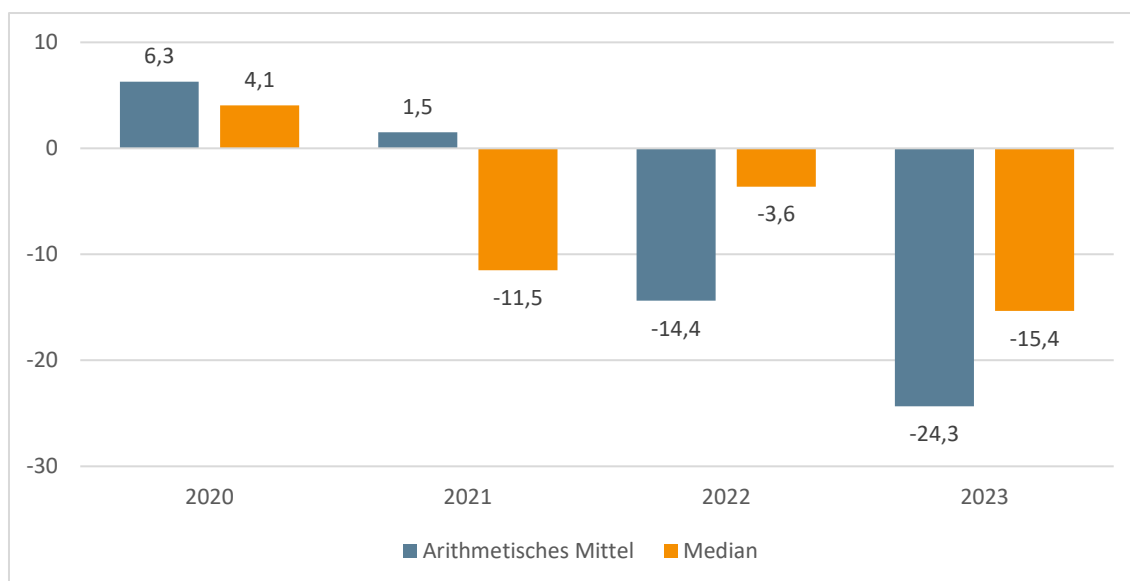


Abbildung 70: Relative Abweichungen der durchschnittlichen Gesamtkosten der Projektregion von der Vergleichsregion (%)

Auf Basis dieser Daten lässt sich berechnen, welche Mehrkosten angefallen wären, wenn es für die Versicherten in der Projektregion durchschnittlich zu genauso hohen Kosten gekommen wäre, wie für die Versicherten der Vergleichsregion. Zusätzlich kann auch berechnet werden, wie hoch die Gesamtkosten gewesen wären, wenn die Versicherten in der Projektregion wie im Jahr 2020 weiterhin durchschnittlich höhere Gesamtkosten als die Versicherten der Vergleichsregion gehabt hätten. Im Jahr 2023 sind in der Projektregion für die 151 zuhause lebenden Versicherte Gesamtkosten in Höhe von knapp 1.273.000 € angefallen. Hätten diese Versicherten durchschnittlich genau so hohe Gesamtkosten wie die Versicherten der Vergleichsregion gehabt, würden die Gesamtkosten um knapp 410.00 € höher bei etwa 1.682.000 € liegen. Hätten die durchschnittlichen Gesamtkosten der Projektregion sogar wie im Jahr 2020 weiterhin 6,3 % über den durchschnittlichen Gesamtkosten der Versicherten der Vergleichsregion gelegen, würden die Gesamtkosten der Versicherten der Projektregion im Jahr 2023 sogar um gut 515.000 € höher bei etwa 1.788.000 € liegen.

5.3.1.1 Zusammenhang zwischen den Routinedaten und dem Modellvorhaben UplandCare

Sind die Veränderungen und Unterschiede auf das Modellvorhaben UplandCare zurückzuführen? Diese Frage lässt sich aufgrund methodischer und inhaltlicher Gründe nicht beantworten, u. a. weil:

1. Das Modellvorhaben keine kontrollierte randomisierte Studie ist,
2. unbekannt ist, ob und wie die Versicherten in der Projektregion direkt (z. B. durch ein Case Management³⁶) oder indirekt (z. B. durch Veränderungen der Zusammenarbeit zwischen den Versorgern) mit dem Modellvorhaben in Berührung gekommen sind,
3. die Vergleichsregion nicht vertieft (z.B. hinsichtlich ihrer Versorgungsstrukturen) untersucht wird,
4. die Zielindikatoren (z.B. Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte, Heimeinzüge, Sterblichkeit und Kostenentwicklung) von sehr vielen Faktoren abhängen, die nicht oder nur teilweise vom Modellvorhaben beeinflusst werden.

³⁶ Bei 41 der 117 Klientinnen und Klienten des Case Managements wurde eine AOK-Mitgliedschaft dokumentiert. Wie viele dieser Klientinnen und Klienten auch Versicherte des Routinedatensatzes sind, konnte aufgrund des Datenschutzes nicht ermittelt werden.

Gleichzeitig wurde versucht, einem Teil der methodischen Einschränkungen zu begegnen, indem im Rahmen des Propensity-Score-Matchings sichergestellt wurde, dass sich die Versicherten beider Regionen nicht signifikant hinsichtlich ihres Geschlechts, ihres Alters, ihrer Pflegebedürftigkeit und Komorbidität – alles Faktoren, die ebenfalls Einfluss auf die Zielindikatoren haben können – voneinander unterscheiden. Außerdem wurde die Vergleichsregion so ausgewählt, dass sie der Projektregion hinsichtlich demografischer und sozialstruktureller Merkmale möglichst ähnlich ist. Insofern kann eine eingeschränkte Vergleichbarkeit zwischen den Versicherten und der beiden Regionen angenommen werden. Auch wenn also nicht von einem ursächlichen Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Routinedaten und dem Modellvorhaben UplandCare ausgegangen werden kann, scheint die Diskussion der Entwicklung einzelner Routinedaten vor dem Hintergrund der Umsetzung der Handlungsfelder des Modellvorhabens lohnend.

Umzüge in eine stationäre Pflegeeinrichtung

Ein Hauptziel des Modellvorhabens UplandCare ist es, die häusliche Versorgung von Menschen mit Demenz und anderen Menschen mit Pflegebedarf zu stabilisieren und so im besten Fall die Zahl der Umzüge in stationäre Pflegeeinrichtungen hinauszuzögern oder zu reduzieren. Die Versicherten der Projekt- und Vergleichsregion unterscheiden sich am Ende des Beobachtungszeitraums hinsichtlich der Institutionalisierungsrate nicht signifikant voneinander; in der Projektregion sind relativ betrachtet sogar etwas mehr Versicherte in eine stationäre Pflegeeinrichtung gezogen. Es gibt mehrere mögliche Erklärungsansätze für dieses Ergebnis:

- Die Entscheidung in eine stationäre Pflegeeinrichtung zu ziehen, steht häufig am Ende eines oft langen Versorgungsverlaufs in der eigenen Häuslichkeit. Sie ist von vielen Faktoren abhängig und der Einfluss des Modellvorhabens auf diese Faktoren könnte gering sein.
- Ein Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung markiert den Endpunkt der oft mehrjährigen häuslichen Versorgung. Möglicherweise war der Beobachtungszeitraum zu kurz, um Effekte des Modellvorhabens sehen zu können.
- Es kann sogar sein, dass durch das Case Management zunächst mehr Personen einen Zugang zu einer Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung erhalten. In der Dokumentation des Case Managements ist die Beratung zu und Unterstützung bei einem Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung dokumentiert und auch in qualitativen Interviews mit Stakeholdern wird thematisiert, dass in dringenden Fällen Klientinnen und Klienten des Case Managements einen schnelleren Zugang erhalten. Dies macht deutlich, dass auch wenn sich viele Betroffene einen Verbleib in der Häuslichkeit wünschen, dies nicht immer die ideale Umgebung für eine bedarfsgerechte Versorgung ist. Ein sorgsam geplanter Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung kann also auch ein Beitrag zu einem stabilen Versorgungsverlauf sein (von Kutzleben, Köhler et al.).

Haus- und Facharztkontakte

Ein weiteres Ziel des Modellvorhabens UplandCare ist es, pflegebedürftige Personen einen schnelleren Zugang zur Versorgung zu ermöglichen. Dazu gehört auch, wenn nötig, die haus- und fachärztliche Versorgung zu unterstützen. Es besteht also die Hypothese, dass durch das Modellvorhaben UplandCare die Anzahl der Haus- und Facharztkontakte zunimmt. In den Routinedaten zeigt sich diese angenommene Zunahme jedoch nicht.

- Für Facharztkontakte könnte ein Grund darin liegen, dass insbesondere in ländlichen Gemeinden die fachärztliche Versorgungssituation angespannt ist und durch das Modellvorhaben wenige Möglichkeiten bestehen darauf einzuwirken.
- Für Hausarztkontakte könnte ein Effekt ein, dass durch UplandCare – und hier vor allem durch das Case Management – Kontakthäufigkeiten reduziert werden, wenn Anliegen der Patientinnen und Patienten von der Case Managerin übernommen werden. Während es in einigen Fällen ein Ziel sein kann, überhaupt einen Kontakt zu einem Hausarzt herzustellen, um eine Klientin bzw. einen Klienten einen Zugang zu einer adäquaten Versorgung zu ermöglichen, kann es in anderen Fällen eher ein Ziel sein, überflüssige Arztbesuche zu vermeiden, um die Versorgungsstrukturen insgesamt zu entlasten.

Krankenhauseinweisungen

Im logischen Modell wird dargestellt, dass durch das Modellvorhaben UplandCare vermeidbare Krankenhausaufenthalte und Rehospitalisierungen durch eine gute häusliche und ambulante Versorgung reduziert werden sollen. Tatsächlich nimmt die Zahl der durchschnittlichen Krankenhausaufenthalte der Versicherten in der Projektregion weniger stark zu als bei den Versicherten der Vergleichsregion. Der Unterschied ist aber gering. Dieser Trend zeigt sich insbesondere auch bei der durchschnittlichen Anzahl von Wiederaufnahmen. Dagegen nehmen ambulant-sensitive Krankenhausaufenthalte in der Projektregion stärker zu als in der Vergleichsregion. Mögliche Erklärungen für diese uneinheitlichen Ergebnisse könnten sein:

- Krankenhausaufenthalte lassen sich oft nicht vermeiden. Das Modellvorhaben kann auf diese nicht vermeidbaren Fälle also keinen Einfluss haben, insofern können allgemeine Unterschiede rein zufällig sein.
- Im Modellvorhaben UplandCare kommt es zu einer Kooperation mit den Rettungsdiensten, die theoretisch zu einer Reduktion ambulant-sensitiver Krankenhausaufenthalte führen kann. Tatsächlich werden bisher aber noch keine Personen durch den Rettungsdienst an das Case Management vermittelt. Die Kooperation scheint sich also noch nicht auszuwirken.
- Der Unterschied insbesondere bei den Rehospitalisierungen könnte mit der – auch in qualitativen Interviews beschriebenen – guten Zusammenarbeit zwischen Entlassmanagement und dem Case Management bzw. den regionalen Versorgern in einem Zusammenhang stehen, was sich positiv auf die Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt auswirken kann.

5.3.1.2 Fazit

Die hochgradig aggregierten Routinedaten können von vielfältigen Faktoren beeinflusst und deshalb Indikatoren für unterschiedlichste Entwicklungen sein. Deshalb ist es nicht möglich – trotz einer sorgfältig ausgewählten Vergleichsregion – Veränderungen ursächlich auf das Modellvorhaben zu beziehen. Wie in der Diskussion gezeigt wurde, ist es vorstellbar, dass das Modellvorhaben UplandCare in gegensätzlichen Richtungen auf die Routinedaten wirkt: es könnte entweder die Verlängerung der häuslichen Versorgung fördern, oder aber zu einem stabilen Übergang in die stationäre Versorgung beitragen; es könnte sowohl mehr Kontakte zu Ärzten schaffen, als auch überflüssige Kontakte vermeiden. Daher kann nicht von einer Wirkungsweise in nur eine Richtung ausgegangen werden. Eine Analyse auf Ebene von aggregierten Daten schränkt außerdem die Möglichkeit der statistischen Analyseverfahren ein. In der vorliegenden Evaluation, hat sich die Analyse der Routinedaten trotzdem als sinnvoll erwiesen. Weniger um mögliche Effekte des Modellvorhabens UplandCare auf Ebene der Routinedaten nachweisen zu können, als vielmehr um die Routinedaten als zusätzliche Datenquelle zu nutzen, um das Modellvorhaben und die angenommene Wirkung besser beschreiben zu können.

6 Methodische Reflexion

Wie in Kapitel 2.1. beschrieben und begründet lag der Fokus der wissenschaftlichen Begleitung im Rahmen des Modellvorhabens UplandCare auf der Prozessevaluation. Ziel war es zu verstehen, wie es dem Gesundheitsnetzwerk PORT gelingt, das Modellvorhaben UplandCare zu entwickeln und in der Projektregion umzusetzen. Dies setzt ein vertieftes Verständnis des Kontextes voraus. Erstmals wurden dabei die Aktivitäten, sowie kurz-, mittel- und langfristige Ziele eines Gesundheitsnetzwerkes als logisches Modell konzipiert. Dieser vorbereitende Schritt der Evaluation hat sich im Rückblick als sehr wertvoll erwiesen. So war das logische Modell leitend für die anschließende Entwicklung des Evaluationsdesigns, ebenso eignet es sich als Vorlage für die Übertragbarkeit vergleichbarer Angebote in andere Regionen. Ein logisches Modell kann dabei als Programmtheorie fungieren und dabei helfen, die *Black Box* der Intervention zu erhellen sowie die Wirkungsweise der Intervention besser zu verstehen (Pawson and Sridharan 2010). Für weitergehende Evaluationen aber auch die Übertragbarkeit in andere Regionen ist dieses vertiefte Verständnis unerlässlich.

Während des Projektzeitlaufes wurde eine Anpassung des Evaluationsdesigns notwendig, die sich durch die agile Entwicklung des Modellvorhabens UplandCare durch das Gesundheitsnetzwerk PORT sowie Herausforderungen im Rahmen der Gewinnung von Studienteilnehmenden begründen lässt. Ursprünglich war geplant in einem Studienarm mögliche Effekte des Modellvorhabens mit Hilfe einer Prä-Post-Befragung zu beschreiben. Dabei sollten sowohl die Klientinnen bzw. Klienten des Case Managements als auch Nutzerinnen bzw. Nutzer der präventiven Hausbesuche und Teilnehmende der Kurse und Veranstaltungen sowie Personen, die gar keinen Kontakt zum Gesundheitsnetzwerk PORT hatten, zu zwei Zeitpunkten mit einem umfangreichen Fragebogen befragt werden. Für diesen Studienarm konnten trotz einer Ausweitung der Rekrutierung – alle Versicherten der AOK in der Projektregion wurden von der AOK angeschrieben und um eine Teilnahme gebeten – nicht genügend Teilnehmende gewonnen werden. Gleichzeitig zeigte sich im Projektverlauf, dass die Handlungsfelder *Individuelle Beratung, Begleitung und Unterstützung* sowie *Vernetzung & Zusammenarbeit* in der Umsetzung besonders wichtig für das Gesundheitsnetzwerk PORT waren und somit verstärkt adressiert wurden, was die fortlaufende Anpassung und Ausrichtung des Versorgungsangebotes auch während des Projektverlaufes verdeutlicht. Seitens der Evaluation wurde daher entschieden, die sich als Kernelemente des Modellprojektes herauskristallisierenden Aspekte des Case Managements sowie der Vernetzung mit den Leistungserbringern vertieft zu analysieren und eine Anpassung des methodischen Vorgehens vorzunehmen. Unter anderem resultierte aus diesem Anpassungsprozess auch der beschriebene Vergleich der Projektregion mit einer Vergleichsregion anhand von GKV-Routinedaten (vgl. Kapitel 5).

Eine weitere Herausforderung für die Evaluation ergab sich aus der Überschneidung zwischen der vorangegangenen Förderung des Gesundheitsnetzwerkes PORT im Rahmen des Aufbaus von PORT Zentren durch die Robert-Bosch-Stiftung mit der daran anschließenden Förderung des Modellvorhabens UplandCare durch das Hessische Ministerin für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege und den hessischen Pflegekassen. Bereits im Förderzeitraum durch die Robert Bosch Stiftung wurden die Grundsteine für das Case Management und die Vernetzung mit den regionalen Versorgern gelegt. Diese beiden Aktivitäten waren auch für das Modellvorhaben UplandCare äußerst relevant und wurden innerhalb des Modellvorhabens fortgeführt und weiterentwickelt. Für die Evaluation ergab sich daraus die Herausforderung, dass der Aufbau des Case Managements und die Anfänge der Netzwerkarbeit mit den regionalen Versorgern nur retrospektiv rekonstruiert werden konnten. Eine Abgrenzung

zwischen den beiden Förderperioden ergab aus wissenschaftlicher Sicht keinen Sinn, da diese beiden Perioden unmittelbar aufeinander aufbauten. Vielmehr wird daran deutlich, wie lange der Aufbau eines regionalen Case Managements und eines funktionierenden Netzwerkes benötigt.

Die Evaluation mit dem Ziel, die strukturellen und organisatorischen Voraussetzungen und die Wirkweise des Modellprojektes UplandCare auch im Hinblick auf die Übertragbarkeit auf andere Regionen zu ermöglichen, wurde durch den engen Austausch und die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitsnetzwerk PORT und dem DZNE möglich. Beispiele dafür sind der regelmäßige Austausch mit der Care Managerin, aber auch die Teilnahme der wissenschaftlich Beschäftigten des DZNE an Vernetzungstreffen, Sitzungen des Pflegezirkels, Vorstandssitzungen und Veranstaltungen des Gesundheitsnetzwerkes PORT. Dadurch war es möglich Anpassungen des Modellvorhabens sowie Erfolge aber Schwierigkeiten der Umsetzung unmittelbar nachzuvollziehen und auch das Evaluationsdesign bei Bedarf anzupassen (Scott, Alia et al. 2020). Das DZNE wirkte dabei nicht im Sinne der Interventionstreue (Carroll, Patterson et al. 2007) auf eine Einhaltung des ursprünglich geplanten Modellvorhabens hin, sondern war im Gegenteil daran interessiert zu verstehen, wann und warum von ursprünglichen Planungen abgewichen wurde. Damit griff die Evaluation auch Charakteristiken einer teilnehmenden Beobachtung auf (Bachmann 2009). Da der enge Austausch als Voraussetzung für eine erfolgreiche Prozessevaluation angesehen werden kann, stellte sich für die Evaluatoreninnen bzw. Evaluatoren auch die Anforderung, die eigene Rolle und das Verhältnis zum Gesundheitsnetzwerk PORT immer wieder kritisch zu reflektieren, um gleichzeitig eine notwendige Distanz halten zu können. Gemeinsame interne Teamsitzungen des Forschungsteams und das Führen von Forschungstagebüchern waren hierbei hilfreich.

7 Fazit und Schlussfolgerungen

Im Projektzeitraum setzte das Gesundheitsnetzwerk PORT das Modellvorhaben UplandCare erfolgreich um. Dabei konnten durch die begleitende wissenschaftliche Evaluation drei ineinandergreifende Alleinstellungsmerkmale identifiziert werden, die wichtige Impulse für eine Übertragung in andere Regionen geben können:

1. Durch eine starke Präsenz im Sozialraum gelingt dem Gesundheitsnetzwerk im Case Management ein **früher und niedrigschwelliger Zugang** zur Zielgruppe des Modellvorhabens. Eine Besonderheit ist, dass dabei in der Regel eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit der pflegebedürftigen Personen mit und ohne Demenz durchgeführt wird. Innerhalb von zwei Jahren haben 117 von geschätzt 385 in der Projektregion zuhause lebenden Personen mit Pflegebedarf zum ersten Mal Kontakt mit dem Case Managements gehabt. Dieser **hohe Grad der Durchdringung** ermöglicht eine professionelle Einschätzung der häuslichen Versorgungssituation eines erheblichen Teils der in Willingen und Diemelsee lebenden Zielgruppe.
2. In regelmäßigen Teamsitzungen zwischen dem Case Management und dem Care Management wird die Versorgungssituation der durch das Case Management betreuten Fälle reflektiert, um nach individuellen Lösungen zu suchen. Durch diese Reflexion werden über die Einzelfälle hinausgehend **Versorgungslücken** in der Region **identifiziert**. Dies bietet die einzigartige Möglichkeit, die regionale Versorgungsstruktur aktiv an den Bedarfen der Bürgerinnen und Bürger auszurichten.
3. Mit fast allen regionalen Versorgern besteht eine Zusammenarbeit auf Einzelfallebene. Viele Versorger der Projektregion beteiligen sich darüber hinaus an fallunabhängigen Vernetzungsaktivitäten; insbesondere unter den Mitgliedern des Pflegezirkels besteht dabei eine enge Zusammenarbeit. Diese Formen der Vernetzung sind einzigartig in der Projektregion. Zusammen mit der engen Anbindung des Gesundheitsnetzwerkes PORT an die Kommunalpolitik und den Landkreis besteht ein **hohes Potential für koordiniertes Handeln**, um gemeinsam auf gesundheitsbezogene Herausforderungen reagieren und die regionale Versorgungsstruktur zusammen weiterentwickeln zu können.

Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass der Schwerpunkt der Umsetzung des Modellvorhabens UplandCare auf den Handlungsfeldern *Individuelle Beratung, Begleitung und Unterstützung* – und hier besonders auf dem Case Management – und *Vernetzung & Zusammenarbeit* liegt. Die Handlungsfelder *Demenzsensibles Quartier* und *Ressourcenstärkung* treten gegenüber diesen Handlungsfeldern in den Hintergrund. Diese Prioritätensetzung sollte unbedingt bei einer Übertragung in andere Regionen berücksichtigt werden. Für den Erfolg des Modellvorhabens ist die Etablierung des Case Managements und die Vernetzung mit den regionalen Leistungserbringern unerlässlich. Diese beiden Handlungsfelder bilden die **Kernbestandteile** des Modellvorhabens. Um diese beiden Handlungsfelder erfolgreich umzusetzen, zeigen sich in der Evaluation die folgenden fördernden Faktoren als besonders bedeutsam:

- Eine **Unterstützung durch die Stakeholder vor Ort** ist unerlässlich – und zwar sowohl durch die Kommunalpolitik, als auch durch andere zentrale regionale Versorger. Sie öffnen Türen zu weiteren politischen Akteuren bzw. weiteren regionalen Versorgern und schaffen Zugänge zu den Bürgerinnen und Bürgern. Ihre Unterstützung ist ebenso ein Beitrag zum Aufbau von Vertrauen. Die Unterstützung der Stakeholder wird wahrscheinlicher, wenn sie erstens inhaltlich vom Modellvorhaben überzeugt sind und einen Handlungsbedarf im Bereich Gesundheit und Pflege sehen und sie zweitens (zunächst) keine finanziellen und organisatorischen Verpflichtungen eingehen müssen, ihr eigenes Risiko also gering ist. Insbesondere die Anbindung an die Kommunen und den Landkreis erzeugt Sicherheit und gewährleistet Kontinuität.
- **Ausreichend Zeit ist entscheidend.** Das Modellvorhaben UplandCare konnte in dieser Form nur umgesetzt werden, weil die Grundstrukturen schon vor Beginn der Förderung durch die Förderung als PORT-Zentrum durch die Robert Bosch Stiftung bestanden. Stakeholder, regionale Versorger und nicht zuletzt die Zielgruppe vom eigenen Angebot zu überzeugen und Vertrauen aufzubauen ist ein lang andauernder Prozess, der nicht immer gradlinig verläuft.
- **Persönliches Engagement und hohe Qualifikation** der Beschäftigten des Gesundheitsnetzwerkes PORT ist ausschlaggebend für die erfolgreiche Umsetzung des Modellvorhabens UplandCare. Um diese Fachkräfte gewinnen und halten zu können, müssen ausreichend Ressourcen bereitgestellt und berufliche Perspektiven entwickelt werden.
- Die **räumliche und soziale Nähe** zur Zielgruppe und den Versorgern ist zentral, um Vertrauen aufzubauen und präsent sein zu können. Weite Wege können eine hohe Barriere der Inanspruchnahme darstellen. Bereits in der vergleichsweise kleinen Projektregion zeigen sich sozialstrukturelle Unterschiede und sozialräumliche Grenzen zwischen den beiden Gemeinden Willingen und Diemelsee. Diese Unterschiede und Grenzen müssen berücksichtigt werden. Das kann nur gelingen, wenn die Begebenheiten vor Ort bekannt sind.
- Eine große **Flexibilität** des Modellvorhabens und die **Agilität** des Gesundheitsnetzwerks PORT erleichtert die Anpassung an die regionalen Bedarfslagen. Diese Flexibilität zeigt sich schon vor Beginn des Modellvorhabens UplandCare durch die Adaption des Konzepts der PORT-Zentren an die Bedarfe in der Projektregion, indem die Entwicklung eines Netzwerkes vor die Errichtung eines räumlichen Zentrums gestellt wurde. Auch im Modellvorhaben ergaben sich durch Prioritätensetzung Anpassungen. Solange die Kernbestandteile – Case und Care Management – erhalten bleiben, fördert die Flexibilität die Akzeptanz des Modellvorhabens.

Spiegelbildlich zu diesen fördernden Faktoren lassen sich auf Grundlage der Evaluation hinderliche Faktoren identifizieren:

- Das Gesundheitsnetzwerk PORT bietet im Rahmen des Modellvorhabens keine medizinischen, pflegerischen oder therapeutischen Leistungen an. Diese werden von den regionalen Versorgern erbracht. Allerdings führt das Gesundheitsnetzwerk PORT mit dem Case Management Beratungsleistungen im pflegerischen Bereich durch. Dieses Unterstützungsangebot kann als **Konkurrenz** zu bestehenden Beratungsangeboten wahrgenommen werden. In der Projektregion führen beispielsweise ambulante Pflegedienste Pflegeberatungsbesuche (§ 37 Abs. 3 SGB XI) durch, es gibt einen Pflegestützpunkt in Korbach (§ 7a SGB XI und § 7c SGB XI) und eine Gemeindepflegerin in Diemelsee. Außerdem gibt es weitere Akteure, die Beratungsangebote vorhalten, beispielsweise der Sozialverband VdK. Erleben diese Akteure das Beratungsangebot des Gesundheitsnetzwerkes PORT als Konkurrenz, kann das die Kooperationsbereitschaft einschränken, zu **Doppelstrukturen** führen und Synergieeffekte verhindern. Bei einer Übertragung vergleichbarer Vorhaben in eine andere Region, muss deshalb genau geprüft werden, wie bestehenden (Beratungs-)Strukturen berücksichtigt werden können.

- Wenn Akteure **nicht** von den Inhalten des Modellvorhabens **überzeugt** sind, kann dies eine Umsetzung erschweren. Dies kann sowohl die Bereitschaft von Versorgern im Rahmen des Case Managements und der Vernetzung mit dem Gesundheitsnetzwerk PORT zusammenzuarbeiten als auch die organisationsinterne Umsetzung einzelner Bestandteile des Modellvorhabens betreffen.
- **Finanzielle und rechtliche Unsicherheit** können die Umsetzung bremsen und Ressourcen binden. Beispielsweise bindet die Sicherstellung des Angebots des Gesundheitsnetzwerkes PORT über den Förderzeitraum des Modellprojekts UplandCare hinaus Ressourcen der Beschäftigten. Gleichzeitig bestanden gerade zu Beginn der Umsetzung des Case Managements Unsicherheiten bezüglich der Rechtmäßigkeit als kommunal getragener Verein im Bereich der Unterstützung von pflegebedürftigen Personen tätig werden zu können.
- Eine **fehlende Passung zwischen Projektregion und Sozialraum** kann dazu führen, dass Akteure die Grenzen der Projektregion als für sie nicht relevant erleben. Das bedeutet, dass insbesondere Versorger überregional tätig sein können und die (verwaltungsbedingte) Grenzziehung der Projektregion für sie eine Beteiligung erschweren. Aber auch pflegebedürftige Personen nehmen Gesundheitsleistungen außerhalb der Projektregion in Anspruch und erleben die regionale Begrenzung als nicht immer sinnhaft. Wenn der Projektraum mit dem eigenen Sozialraum überstimmt, kann dies aber die Identifikation mit dem Modellvorhaben erhöhen.

Auch wenn sich die Umsetzung der Handlungsfelder *Individuelle Beratung, Begleitung und Unterstützung* sowie *Vernetzung & Zusammenarbeit* als prioritär zeigt, haben die Handlungsfelder *Demenzsensibles Quartier* und *Ressourcenstärkung* Bedeutung. Sie erfüllen zwei sehr wichtige Funktionen:

1. Durch Vorträge, Kurse und Informationsmaterialien wird die **Gesundheitskompetenz** der Bürgerinnen und Bürger gefördert, ein Beitrag zur **Prävention** geleistet und für die Bedarfe pflegebedürftiger Personen und Menschen mit Demenz **sensibilisiert**. Die Veranstaltungen und Kurse gehen dabei über den reinen Wissenserwerb hinaus und ermöglichen einen sozialen Austausch unter den Teilnehmenden. Mehr als 400 Personen haben im Evaluationszeitraum an den Veranstaltungen und Kursen teilgenommen. Auch daran lässt sich eine **hohe Durchdringung** innerhalb der Projektregion ablesen. Das Kurs- und Veranstaltungsangebot ist in der Projektregion einzigartig und ermöglicht der Case Managerin, Klientinnen bzw. Klienten bei Bedarf an dieses Angebot zu vermitteln.
2. Durch die Kurs- und Veranstaltungsangebote sowie eine zielgruppengerechte Öffentlichkeitsarbeit steigert das Gesundheitsnetzwerk PORT die eigene Bekanntheit in der Projektregion. Insbesondere dadurch, dass die Case Managerin und die Care Managerin bei diesen Gelegenheiten „Gesicht zeigen“ und das Unterstützungsangebot des Gesundheitsnetzwerkes PORT bewerben, werden **Barrieren abgebaut und Vertrauen aufgebaut**. Das Kurs- und Veranstaltungsangebot stellt sich somit als eine wichtige Möglichkeit dar, um im Sozialraum präsent zu sein.

Die beiden Handlungsfelder *Demenzsensibles Quartier* und *Ressourcenstärkung* zeigen sich dabei in der Umsetzung des Modellvorhabens flexibler. Hier erfolgten im Projektzeitraum die größten Anpassungen. Impulse, die sich aus der Beratungstätigkeit der Case Managerin oder der Kooperation mit den regionalen Versorgern ergeben, können aufgenommen und diese Handlungsfelder den Bedarfslagen entsprechend angepasst werden. Sie können deshalb als **adaptive Bestandteile** des Modellvorhabens aufgefasst werden.

In der Evaluation stellt sich ein sehr hoher Grad der **Durchdringung** in der Projektregion als der **zentrale Output** aller Handlungsfelder dar. Diese Durchdringung zeigt sich zum einen bei den Bürgerinnen und

Bürgern: Sowohl durch die Veranstaltungen und Kurse, als auch durch das Case Management gelingt es im Modellvorhaben, einen frühzeitigen Zugang herzustellen und einen großen Anteil der Zielgruppe zu erreichen. Zum anderen kooperiert das Gesundheitsnetzwerk PORT sowohl fallbezogen im Case Management als auch fallunabhängig in den Vernetzungsaktivitäten mit nahezu allen Versorgern in der Region.

Ebenso identifiziert die Evaluation **Vertrauen** als **zentralen Wirkmechanismus** sowohl bezogen auf die regionalen Versorger als auch auf die Zielgruppen: In Bezug auf die regionalen Versorger zeigt sich der Aufbau von Vertrauen dadurch, dass es dem Gesundheitsnetzwerk PORT gelingt, sich nicht als Konkurrenz und Kontrollinstanz, sondern als ergänzendes und entlastendes Angebot zu etablieren. Das Vertrauen zwischen den regionalen Versorgern und dem Gesundheitsnetzwerk PORT entsteht dabei vor allem durch die Zusammenarbeit mit der Case Managerin auf Ebene der Einzelfälle. Aber auch die individuelle Ansprache und Beziehungsarbeit durch die Care Managerin und die fallübergreifenden Netzwerkaktivitäten tragen zum Aufbau von Vertrauen bei. Der Aufbau von Vertrauen scheint ein sich selbst verstärkender Prozess zu sein. Je mehr Versorger vertrauensvoll mit dem Gesundheitsnetzwerk PORT zusammenarbeiten, desto einfacher gelingt es, weitere Versorger für eine Zusammenarbeit zu gewinnen. Ähnlich zeigt sich dieser Prozess auch für die Klientinnen bzw. Klienten: Je mehr Personen durch das Gesundheitsnetzwerk versorgt werden und dabei gute Erfahrungen machen, desto leichter fällt der Zugang zu weiteren Personen. Die Klientinnen und Klienten erleben das Case Management als niedrigschwellig, aufsuchend und kümmernd. Die Angebote des Gesundheitsnetzwerkes PORT – das umfasst neben dem Case Management auch die Kurse und weiteren Veranstaltungen – sprechen sich in sozialen Netzwerken wie der Familie, der Nachbarschaft oder in Vereinen herum und bauen so Barrieren ab. Dabei hilft es, dass auch hier die Case Managerin und die Care Managerin als Personen im Sozialraum bekannt sind. Gleichzeitig verdeutlicht dies, dass Vertrauen ein Prozess ist, also immer wieder durch positive Beziehungsarbeit hergestellt werden muss und auch das Risiko besteht, dass Vertrauen verloren werden kann. Das Gesundheitsnetzwerk PORT ist sich dieses Risikos bewusst und legt deshalb großen Wert auf die Zusammenarbeit mit den regionalen Versorgern und einen guten Kontakt zu den Klientinnen und Klienten. Welche Bedeutung der Aufbau von Vertrauen für die Gesundheitsversorgung hat, wurde erst kürzlich im Rahmen der PaRIS-Studie der OECD herausgestellt (OECD 2025, S. 223):

Individual relationships are foundational to trust, serving as the bedrock upon which broader confidence in healthcare systems are built. PaRIS data show that consistent, positive interactions via a single/central healthcare professional foster a sense of trust and reliability on an inter-personal level. In addition, these individual experiences of trust can significantly influence a patient's perception of the entire healthcare system, shaping their overall trust in the healthcare system's ability to deliver quality care.

Es ist davon auszugehen, dass sich der Aufbau von Vertrauen zwischen der Case Managerin und den Klientinnen bzw. Klienten langfristig positiv auf deren Gesundheit auswirkt. Und dass es dem Gesundheitsnetzwerk PORT zu gelingen scheint, dieses Vertrauen aufzubauen, zeigt sich in den positiven Rückmeldungen durch Teilnehmende, Klientinnen bzw. Klienten und die regionalen Versorger. Über alle Handlungsfelder hinweg zeigt sich, dass die Teilnehmenden und die Klientinnen und Klienten **außerordentlich zufrieden** mit der Umsetzung des Modellvorhabens UplandCare sind. Sie schätzen die individuelle und aufsuchende Unterstützung durch die Case Managerin und sind von der Durchführung der Kurse und Veranstaltungen überzeugt. Die Versorger geben an, dass sie sich durch das Case Management entlastet fühlen und/oder wahrnehmen, dass sich die Versorgungsqualität ihrer Klientinnen

bzw. Klienten verbessert. Die Ergebnisse der Analyse der Routinedaten weisen dabei auf einen möglichen Trend zur Kosteneinsparung für die GKV hin, der angesichts statistischer Unsicherheit allerdings äußerst vorsichtig bewertet werden sollte. Mögliche Kosteneinsparung durch Case und Care Management zeigen sich auch in anderen Studien als nicht eindeutig (Brinkmann, Radic et al. 2023).

Auf der Grundlage der Ergebnisse dieser Prozessevaluation wird auf der nächsten Seite ein weiterentwickeltes logisches Modell des Modellvorhabens vorgeschlagen (vgl. Abbildung 71). Dieses begründet sich in der Analyse durch die wissenschaftliche Begleitung und kann als Grundlage für die Umsetzung vergleichbarer Vorhaben in anderen Regionen und zur weitergehenden Evaluation genutzt werden. Im aktualisierten logischen Modell werden die vier Handlungsfelder als **Hauptbestandteile** (*Individuelle Beratung, Begleitung und Unterstützung* und *Vernetzung & Koordination*) bzw. **adaptive Bestandteile** (*Öffentlichkeitsarbeit, Sensibilisierung & Ehrenamt* und *Prävention & Ressourcenstärkung*) dargestellt. Als Hauptbestandteile werden mit dem Case Management und der Zusammenarbeit mit den regionalen Versorgern die wichtigsten Aktivitäten festgelegt. Sie bilden den Kern des Modellvorhabens. Dagegen können die adaptiven Bestandteile stärker auf die Bedarfe der Regionen angepasst werden. Am Grad der **Durchdringung (Output)** lässt sich der Erfolg der Implementierung ablesen. Nur wenn es gelingt, die Zielgruppe frühzeitig und kontinuierlich zu erreichen und mit den Versorgern zusammenzuarbeiten, können die kurz-, mittel- und langfristigen Outcomes erzielt werden. Dafür ist insbesondere der Aufbau von **Vertrauen (Wirkmechanismus)** mit allen Beteiligten die Voraussetzung. Die förderlichen und hinderlichen Faktoren nehmen dabei Einfluss auf den Implementierungserfolg.

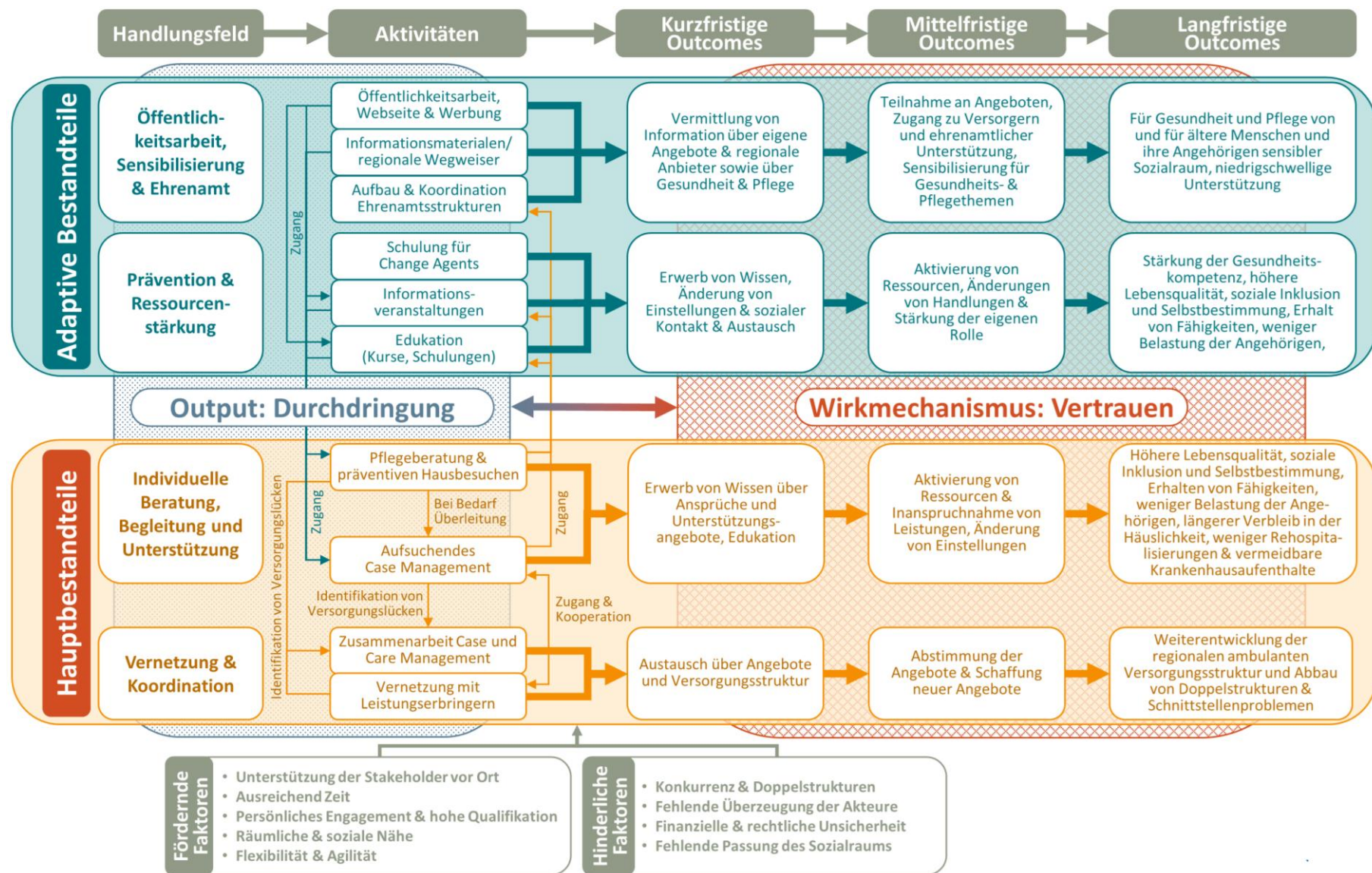


Abbildung 71: Logisches Modell als Ergebnis der Prozessevaluation

7.1 Diskussion übergreifender Aspekte

Während der wissenschaftlichen Evaluation zeigten über die Umsetzung des Modellvorhabens und die Identifikation von beeinflussenden Faktoren hinaus drei weitere Aspekte von hoher Relevanz. Auch wenn diese nicht im Fokus der Evaluation standen, werden sie hier diskutiert, weil aus ihnen Erkenntnisse für die Übertragbarkeit in anderen Regionen sowie die Weiterentwicklung des Gesundheitsnetzwerkes PORT abgeleitet werden können. Die Aspekte betreffen erstens die Demenzspezifik, zweitens den Formalisierungsgrad des Gesundheitsnetzwerkes sowie drittens die Organisationsform und Finanzierung.

7.1.1 Demenzspezifik

Als Zielgruppe des Modellvorhabens wurden neben älteren, pflegebedürftigen Personen und ihren Angehörigen spezifisch Menschen mit Demenz genannt. Die Ausrichtung auf Personen mit Demenz ergab sich in erster Linie aus dem Förderschwerpunkt des Modellvorhabens. Im Handlungsfeld *Demenzsensibles Quartier* drückt sich dieser Fokus des Modellvorhabens klar aus. In der wissenschaftlichen Evaluation zeigte sich über den Projektzeitraum ein Spannungsverhältnis zwischen der Fokussierung auf diese Zielgruppe und dem Schaffen eines Angebots für alle Bürgerinnen und Bürger der Projektregion unabhängig von ihrer Erkrankung. Mit der Fachtagung zur Versorgung von Menschen mit Demenz, der Entwicklung eines Versorgungspfades Demenz und der Entwicklung erster Ideen zur Sensibilisierung zum Thema Demenz direkt zu Beginn der Umsetzung des Modellvorhabens wurden Menschen mit Demenz in den Fokus der Arbeit des Gesundheitsnetzwerkes PORT gerückt. Im weiteren Verlauf gingen von dieser Fokussierung aber zunächst wenig Impulse für die tatsächliche Arbeit aus. Erst in der zweiten Hälfte der Projektzeit wurden mit einer Vortragsreihe zum Thema Demenz und der Publikation eines Demenzwegweisers demenzspezifische Angebote umgesetzt. Weitere demenzspezifische Aspekte des Modellvorhabens – wie die Schulungen von Change Agents oder die demenzspezifische Weiterentwicklung des Case Managements – wurden weiterhin zurückgestellt. Erklären lässt sich dies dadurch, dass die Akteure des Gesundheitsnetzwerkes PORT nicht von der Fokussierung auf das Thema Demenz überzeugt waren und zu der Einschätzung kamen, dass sie in der Öffentlichkeit als reines Demenznetzwerk wahrgenommen werden könnten, was möglicherweise Zugänge zu anderen Gruppen erschwert. Begleitet wurde dies von einem inklusiven Selbstverständnis, aus dem heraus grundsätzlich alle Personen – also auch Menschen mit Demenz – die Angebote des Gesundheitsnetzwerkes PORT in Anspruch nehmen können und sich das Gesundheitsnetzwerk PORT dafür einsetzt, im Sinn einer Caring Community einen inklusiven Sozialraum für alle Bürgerinnen und Bürger zu entwickeln (Klie 2014). Insgesamt erscheint eine thematische Einengung auf das Thema Demenz aus Sicht des Gesundheitsnetzwerkes PORT als nicht sinnvoll. Obwohl das Projekt UplandCare explizit auf die Versorgung von Menschen mit Demenz ausgerichtet war, entschied sich das PORT Team einen breiteren thematischen Ansatz zu wählen um – auch im Sinne der Prävention – einen früheren und breiteren Zugang zur älteren Bevölkerung zu erlangen. Spezifische Angebote wie z. B. der Demenzwegweiser und die Vortragsreihe zu Demenz wurden ergänzend hierzu entwickelt und haben sich bewährt.

Angesichts der geringen Bevölkerungsgröße und der zu erwartenden geringen Anzahl von Personen mit Demenz in der Projektregion³⁷, wäre es auch aus wissenschaftlicher Sicht hinderlich, sich allein auf diese Zielgruppe zu beschränken. Trotzdem wird an dieser Stelle deutlich, dass die Organisation einer

³⁷ In der Projektregion leben schätzungsweise 115 Personen mit einer Demenz in der eigenen Häuslichkeit (vgl. Kapitel 2.2.2)

kleinräumigen spezialisierten Versorgung – auch anderer chronischer Erkrankungen – voraussetzungs-
voll ist. Anbieter solcher spezialisierten Versorgungsangebote sind häufig überregional tätig, was be-
deutet, dass eine gute Kenntnis von und Kooperation mit diesen Anbietern notwendig ist. Die klein-
räumige Ausrichtung, Kenntnis über die Bedarfslagen vor Ort und eine enge Zusammenarbeit mit den
Versorgern vor Ort ist die Stärke des Gesundheitsnetzwerkes PORT. Ergänzend sollten Strukturen auf
einer höheren Ebene entwickelt werden, die eine spezialisierte, kleinräumige Versorgung begünstigen,
indem sie eine Vernetzung über die Projektregion hinaus ermöglichen und über neue Angebote der
spezialisierten Versorgung informieren.

Im Fall der Versorgung von Personen mit Demenz wurde in den qualitativen Interviews mit Stakehol-
dern darauf hingewiesen, dass aber auch kleinräumig Versorgungslücken in der Projektregion beste-
hen. So fehle es an einer Tages- und Kurszeitpflege für Personen mit Demenz sowie an Edukations- und
Selbsthilfestrukturen für versorgende Angehörige dieser Gruppe. Gerade die Unterstützung von Ange-
hörigen ist bei der Versorgung von Menschen mit Demenz von großer Bedeutung. Sie werden auch
vom Gesundheitsnetzwerk PORT im Case Management unterstützt. Angehörige von Menschen mit De-
menz sind im Vergleich zu anderen versorgenden Angehörigen stärker belastet; gleichzeitig sind Men-
schen mit Demenz noch stärker als andere Menschen mit Pflegebedarf auf die Unterstützung von An-
gehörigen angewiesen, um eine stabile häusliche Versorgung zu ermöglichen (Köhler, Dreyer et al.
2021, Köhler, Dreyer et al. 2022). Kleinräumige Unterstützungsangebote für Menschen mit Demenz
und ihre Angehörigen sollten deshalb durch das Gesundheitsnetzwerk PORT verstärkt in den Blick ge-
nommen werden, ohne sich dabei auf Versorgung von Menschen mit Demenz zu begrenzen. Zusätzlich
wäre aus wissenschaftlicher Sicht zu prüfen, inwiefern in der eigenen Arbeit des Gesundheitsnetzwer-
kes PORT – beispielsweise im Case Management – demenzspezifische Aspekte, wie sie der Experten-
standard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz empfiehlt, noch stärker inte-
griert werden können (Roes, Bieber et al. 2018). Dies könnte beispielsweise Kommunikationsstrategien
mit Menschen mit Demenz im Case Management und die Beratung und Edukation von versorgenden
Angehörigen betreffen.

7.1.2 Formalisierungsgrad des Gesundheitsnetzwerkes

Das Gesundheitsnetzwerk PORT zeigte sich in der Umsetzung des Modellvorhabens UplandCare als
flexible und wenig formalisierte Organisation. Dies bietet Vorteile in der agilen Anpassung des eigenen
Vorgehens und Ausrichtung an der Bedarfslage in der Projektregion. Ein niedriger Formalisierungsgrad
kann aber auch zu einer weniger belastbaren Zusammenarbeit führen und die Arbeit erschweren, weil
Vorgehensweisen und Kooperationsformen immer wieder ausgehandelt werden müssen. Für die Wei-
terentwicklung der eigenen Arbeit und eine mögliche Übertragung in andere Regionen sollte in folgen-
den Bereichen ein stärkerer Formalisierungsgrad geprüft werden.

Das Case Management des Gesundheitsnetzwerkes PORT stellt sich als offenes Verfahren dar. Das As-
sessment der häuslichen Versorgungssituation erfolgt durch ein individuelles und offenes Gespräch,
die Dokumentation in der Case Management Software Quovero wird auf die nötigsten Angaben be-
schränkt. Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass die Case Managerin sich ohne Vorgaben und enge
Struktur auf den Einzelfall einlassen kann und wenig Ressourcen für die Dokumentation gebunden
werden. Standardisierte Assessments können demgegenüber von Klientinnen bzw. Klienten als be-
fremdlich und distanzierend erlebt werden. Das offene Vorgehen setzt aber gleichzeitig hohe Anfor-
derungen an die Professionalität und die Fähigkeiten der Case Managerin. Im Modellvorhaben Upland-
Care war die Durchführung des Case Managements in dieser Form nur möglich, weil die Case

Managerin über jahrelange Berufserfahrung in der ambulanten Versorgung verfügte und eine spezifische Fortbildung im Bereich Case Management hatte. In Zukunft sollte geprüft werden, ob das Case Management des Gesundheitsnetzwerkes PORT in Richtung eines stärkeren Formalisierungsgrades und im Sinne der Anforderungen an ein strukturiertes Case Management weiterentwickelt werden kann. Hierdurch könnten Aspekte der Vergleichbarkeit, Nachvollziehbarkeit und einer strukturierten Dokumentation qualitativ gestärkt werden ohne aber den offenen Charakter der Gespräche zu beeinflussen. Folgende Aspekte können hierzu dienlich sein:

- Bisher wird im Case Management nicht systematisch zwischen komplexen Fällen und einfacheren Beratungsanfragen unterschieden. Tatsächlich sind die Übergänge zwischen diesen Formen im Arbeitsalltag oft fließend und hinter einfachen Anfragen können komplexe Bedarfslagen stehen, die erst im weiteren Beratungsverlauf offengelegt werden. Trotzdem sollte zwischen der Komplexität von Fällen anhand geeigneter Kriterien unterschieden werden und festgelegt werden, wann eine Person in das Case Management eingeschrieben wird. Die Durchführung eines Case Managements im engeren Sinne, inklusive aufwendiger Dokumentation ist nur für komplexe Fälle sinnvoll (Frommelt, Klie et al. 2008). Gleichzeitig ist ein Monitoring von weniger komplexen Beratungsanfragen aber durchaus gewinnbringend, weil sich auch daraus Impulse für die eigene Arbeit generieren lassen.
- Seit Anfang 2025 arbeiten zwei Versorgungslotsinnen als Case Managerinnen für das Gesundheitsnetzwerk PORT. Um eine lückenlose Fortführung des Case Managements im Krankheits- oder Urlaubsfall oder im Falle eines Personalwechsels zu ermöglichen, sollten gemeinsame Standards der Dokumentation entwickelt und umgesetzt werden.
- Grundsätzlich eignet sich die offene Gesprächsführung des Case Managements sehr gut für viele Anliegen und hilft im Sinne einer Klientenorientierung, eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Klientin bzw. Klient und Case Managerin aufzubauen. Es sollte dennoch geprüft werden, für spezifische Versorgungssituationen erprobte Assessmentinstrumente eingesetzt werden können, um die Arbeit der Case Managerinnen zu erleichtern. Assessmentinstrumente können auch bei der Evaluation der gesetzten Ziele des Case Managements genutzt werden und Erfolge des Case Management gegenüber Dritten darstellbar machen. Die Einführung möglicher Assessmentinstrumente oder Erhebungsbögen kann dabei jedoch nicht die fachliche Einschätzung der Case Managerin ersetzen, sondern sollte so gewählt werden, dass sie von allen beteiligten Personen als Unterstützung wahrgenommen wird (Pantucek 2007).
- Schließlich sollte geprüft werden, wie die Dokumentation noch stärker als bisher genutzt werden kann, um fallübergreifend die Versorgungssituation zu evaluieren und mögliche Versorgungslücken in der Projektregion zu identifizieren. Auf diese Weise kann die Dokumentation als Datengrundlage die Zusammenarbeit zwischen Case und Care Management bereichern.

Auch die Zusammenarbeit mit den regionalen Leistungserbringern ist bisher wenig formalisiert und eng mit den handelnden Personen verbunden. Im Projektverlauf wurden immer wieder mögliche Vor- und Nachteile einer Formalisierung – beispielsweise in Form von Kooperationsvereinbarungen oder der Entwicklung eines gemeinsamen Selbstverständnisses – diskutiert. Gegen eine Formalisierung der Zusammenarbeit sprach vor allem, dass sie eine Barriere zum Zugang zu Versorgern darstellen kann. Viele Versorger betonen in den qualitativen Interviews dieser Evaluation, dass ihnen ihre Unabhängigkeit wichtig ist und sie vertragliche Bindungen meiden. Insofern ermöglicht der Verzicht auf einer Formalisierung eine große Offenheit und situationsbezogene Formen der Kooperation. Andererseits kann eine Formalisierung aber auch Vorteile bieten und die Netzwerkarbeit erleichtern und vertiefen (Heinrich, Laporte Uribe et al. 2016, Braeseke, Pflug et al. 2018):

- Eine Formalisierung trägt zur Rollenklärung bei; durch sie kann festgelegt werden wie und in welchen Fällen kooperiert wird. So kann beispielsweise auch die Fortführung der Kooperation bei personellen Veränderungen erleichtert werden.
- Ein gemeinsames Selbstverständnis hilft dabei, gemeinsame Ziele der Zusammenarbeit zu formulieren oder Qualitätsstandards in der Versorgung zu entwickeln. Ein solches Selbstverständnis trägt dazu bei, gemeinsames Handeln zu koordinieren und eine geteilte Identität als Netzwerk herauszubilden.
- Vertragliche Regelungen können auch zu einem Austausch von Gesundheitsdaten erleichtern und so die Zusammenarbeit fördern.

Eine Stärkung der Formalisierung der Netzwerkarbeit ist insgesamt nötig, um die Kooperation auf Dauer sicherzustellen. Zur Frage der Formalisierung hält auch Löcherbach (2020, S. 47) fest:

Es bedarf nicht zwingend einer vertraglichen Regelung mit Geschäftsordnung, aber eine (schriftliche) Rahmenvereinbarung, die Klärung der Organisationsform, grundlegende Arbeitsprinzipien sowie Existenz und Akzeptanz von Netzwerkregeln sind für eine verbindliche Zusammenarbeit unerlässlich.

Um zu vermeiden, dass eine Formalisierung der Zusammenarbeit zu einer Zugangsbarriere zum Netzwerk wird, kann die Formalisierung als Prozess der unterschiedlichen Geschwindigkeiten angestoßen werden und zunächst nur diejenigen Versorger umfassen, die sich aus eigenem Interesse freiwillig an einer Formalisierung beteiligen möchten. Wenn sich die Formalisierung dieses Teil-Netzwerkes bewährt und Vorteile für die Versorgung bringt, kann dies auf weitere Netzwerkpartner ausstrahlen.

7.1.3 Organisationsform und Finanzierung

Das Gesundheitsnetzwerk PORT ist als Verein mit kommunaler Anbindung organisiert. In den qualitativen Interviews drücken die regionalen Versorger immer wieder aus, dass sie diese kommunale Anbindung als Garant einer Unabhängigkeit sehr begrüßen. Prinzipiell wären auch andere Organisationsformen oder eine vollständige Integration in die kommunalen Verwaltungsstrukturen denkbar. Im Modellvorhaben UplandCare hat sich die Rechtsform als Verein aus Sicht der beteiligten Stakeholder jedoch bewährt, weil diese Organisationform bei vergleichsweise wenig administrativem und bürokratischem Aufwand eine hohe Flexibilität bietet und eine Kooperation zwischen mehreren Gemeinden ermöglicht. Verbunden mit der rechtlichen Organisationsform ist die räumliche Ausgestaltung. Im Projektzeitraum bezog das Gesundheitsnetzwerk PORT im Gesundheitspavillon der Gemeinde Willingen neue Räume. Dies erleichterte die Arbeit auf unterschiedliche Weise. Zum einen ist ein gemeinsamer Arbeitsort wichtig, um die Kommunikation zwischen Case und Care Management zu fördern. Die neuen Räume können darüber hinaus für Beratungsgespräche und die Durchführung von Veranstaltungen genutzt werden und machen das Gesundheitsnetzwerk PORT für die Zielgruppe als Ort sichtbar. Gleichzeitig besteht mit den Räumlichkeiten in Willingen die Gefahr, dass sich das bestehende Ungleichgewicht der Durchdringung der beiden Gemeinden verfestigt. Das Gesundheitsnetzwerk PORT begegnet dem, indem Räume von Kooperationspartnern zur Durchführung von Sprechstunden genutzt werden und Veranstaltungen auch an anderen Orten durchgeführt werden. Dies ist wichtig, um die Zielgruppe auch in anderen Ortsteilen zu erreichen und sollte unbedingt beibehalten werden.

Abschließend wurde in den qualitativen Interviews immer wieder die langfristige Finanzierung des Gesundheitsnetzwerkes PORT über die Förderung als Modellvorhaben hinaus thematisiert. Die meisten Versorger und Stakeholder sehen dabei eine gemischte Finanzierung zwischen staatlichen Akteuren wie den Gemeinden, dem Landkreis und dem Bundesland auf der einen Seite und den Kranken- und Pflegeversicherungen auf der anderen Seite als ein geeignetes Modell an. Interessanter Weise geben auch mehr Klientinnen und Klienten in den qualitativen Interviews an, dass sie sich vorstellen können,

sich an den Kosten zu beteiligen. Mehrfach wird die Einrichtung eines Fördervereins vorgeschlagen, um die Arbeit des Gesundheitsnetzwerkes PORT unterstützen zu können. Diese freiwillige Art der Finanzierung durch Nutzerinnen bzw. Nutzer der Angebote wird aber nicht ausreichend sein, sodass weiterhin nach innovativen Möglichkeiten gesucht werden sollte, wie die Gemeinden, der Landkreis und die Krankenversicherungen in die Lage versetzt werden können, diese innovative Versorgungsstruktur langfristig finanzieren zu können.

7.2 UplandCare als Modell der Gesundheits- und Pflegestruktursteuerung in ländlichen Gemeinden

Mit der Umsetzung des integrierten Case und Care Managements im Rahmen des Modellvorhabens UplandCare trägt das Gesundheitsnetzwerk PORT zu einer an den Bedarfen orientierten und auf die regionalen Besonderheiten abgestimmten Steuerung in der Gesundheitsversorgung und Pflege bei. Durch die Verwirklichung eines integrierten Case und Care Managements auf kommunaler Ebene greift das Gesundheitsnetzwerk PORT eine vielfach geäußerte Forderung zur Gestaltung der Gesundheitsversorgung auf (BMFSFJ 2016) und steht dem kritischen Befund von Klie (2020, S. 173) entgegen:

Von einem solchen Bild ineinandergreifender Care und Case Management-Strukturen ist die Wirklichkeit der Pflegeberatung und der kommunalen Pflegeplanung weit entfernt (vgl. auch Braeseke et al. 2019). Faktisch bezieht sich die Pflegeberatung, die in den Händen der Pflegekassen liegt, auf die Information über Rechtsansprüche und die Aufstellung eines standardisierten Versorgungsplans.

Tatsächlich lassen sich in der Umsetzung des Modellvorhabens UplandCare insbesondere in den oben aufgeführten Alleinstellungsmerkmale Ansätze davon erkennen, wie Case Management zusammen mit einem Care Management und einer kommunalen Anbindung zu einer bedarfsgerechten Infrastrukturplanung beitragen kann. Es lassen sich deutliche Parallelen zu dem von Klie (2020, S. 174) vorgeschlagenen Modell zum Infrastrukturmonitoring und zur -entwicklung erkennen (vgl. Abbildung 72).

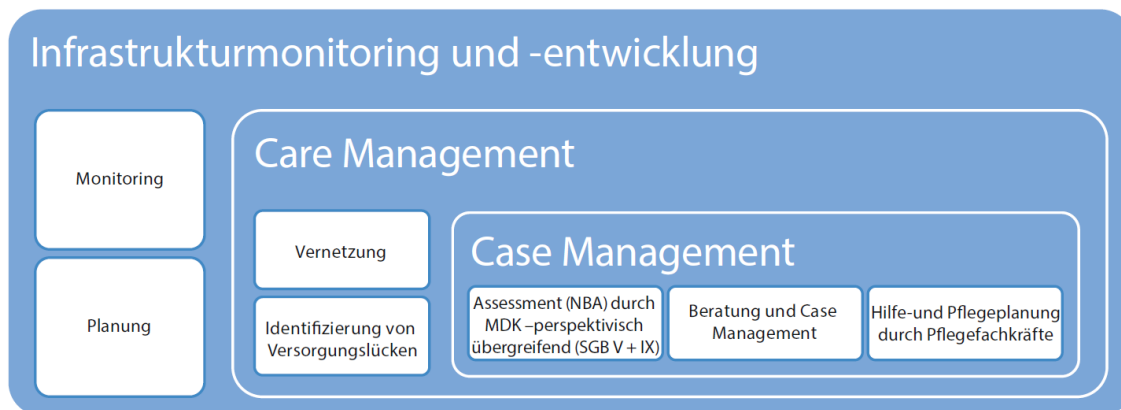


Abbildung 72: Infrastrukturmonitoring und -entwicklung (Klie 2020, S. 174)

Damit wird deutlich, dass die Ergebnisse des Modellvorhabens UplandCare über eine gute Versorgung von Menschen mit Demenz und älteren, pflegebedürftigen Personen sowie ihren Angehörigen hinausgeht und auch einen Beitrag zur Weiterentwicklung regionaler Versorgungsstrukturen leistet. Die Beteiligung der Kommunen und des Landkreises am Gesundheitsnetzwerk PORT kann als Übernahme freiwilliger Aufgaben im Bereich der Alten- und Gesundheitspolitik begriffen werden (Braeseke, Naegele et al. 2019).

Im DAK Pflegereport 2025 (Klie 2025) werden unter anderem ein Mangel an (Fach-)Pflegepersonen und allgemeine Infrastrukturdefizite als Herausforderungen genannt, denen durch eine regional und kommunal verankerte Pflegestrukturplanung sowie einen Ausbau von Koordination, Kooperation und sektorenübergreifenden Arbeitsansätzen begegnet werden könne. Darunter falle auch der Aufbau informeller und zivilgesellschaftlicher Formen der Unterstützung. Es sind „die Bedingungen vor Ort, die für eine Sicherstellung der Pflege maßgeblich sind.“ (ebd. S. 22) Kommunen können einen entscheidenden Beitrag leisten, um diese Bedingungen vor Ort – also kleinräumig und niedrigschwellig – herzustellen und den Sozialraum zu einer *Caring Community* weiterzuentwickeln (Rischart 2019). Um dies zu ermöglichen, muss allerdings ihre Rolle gestärkt werden. Im hessischen Pflegebericht (IWAK 2023) wird beschrieben, wie Kommunen in sechs Handlungsfeldern kleinräumig zu einer gelingenden Versorgungsstruktur für Personen mit Pflegebedarf beitragen können (vgl. Abbildung 73).



Abbildung 73: Handlungsfelder der Kommunen (IWAK 2023, S. 101)

Mit der Beteiligung und Umsetzung des Modellvorhabens UplandCare haben sich die beiden Gemeinden der Projektregion auf den Weg gemacht, aktuellen und zukünftigen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung und Pflege aktiv zu begegnen. Um sie langfristig in die Lage zu versetzen, diese Aufgaben zu übernehmen, müssen allerdings geeignete Refinanzierungsmodelle entwickelt werden (Brüker, Kaiser et al. 2017). Durch eine Stärkung der kleinräumigen Versorgungsstrukturen und einer besseren Vernetzung der ambulanten Versorgung, kann es gelingen, häusliche Versorgungsarrangement zu stabilisieren und teure Unterbringungen in stationären Versorgungsformen zu vermeiden (Rothgang, Müller et al. 2012). Auch in den beiden Gemeinden der Projektregion ist angesichts der demografischen Entwicklung (vgl. Kapitel 2.2.1) mit einer weiteren Zunahme von Bürgerinnen und Bürgern mit Pflegebedarf zu rechnen. Angesichts des damit einhergehenden prognostizierten Anstieges der kommunalen Ausgaben im Bereich Hilfe zur Pflege ist es deshalb auch für beide Kommunen ökonomisch sinnvoll, die ambulante Versorgung zu stärken und Personen mit Pflegebedarf möglichst lange ein Leben in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen (Rischart 2019).

Gerade für kleine, ländliche Gemeinden kann das Modellvorhaben UplandCare ein geeignetes Versorgungsmodell darstellen, um interkommunale Kooperation in diesen Handlungsfeldern zu fördern und regionalen Versorgungs- und Präventionsstrukturen tragfähig weiterzuentwickeln.

8 Literaturverzeichnis

- Alzheimer Europe (2019). *Dementia in Europe Yearbook 2019. Estimating the prevalence of dementia in Europe*. Luxembourg, im Internet unter: https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/alzheimer_europe_dementia_in_europe_yearbook_2019.pdf.
- Bachmann, G. (2009). *Teilnehmende Beobachtung*. In: Handbuch Methoden der Organisationsforschung: Quantitative und Qualitative Methoden. S. Kühl, P. Strodtholz and A. Taffertshofer. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften: 248–271.
- Bamberger, M., V. Rao and M. Woolcock (2010). *Using mixed methods in monitoring and evaluation: experiences from international development*. In: SAGE Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research - 2nd ed. A. Tashakkori and C. Teddlie. Thousand Oaks and London: 613–641.
- Bertelsmann Stiftung (2020). *Demografiertypisierung 2020. Typ 3: Kleine und mittlere Gemeinden mit moderater Alterung und Schrumpfung*. Gütersloh, im Internet unter: <https://www.wegweiser-kommune.de/documents/20125/132144/Typ+3.pdf/8846ff9d-7b26-3c78-7c64-07c717c7508e?t=1624448914425>.
- Bertelsmann Stiftung. (2022). *Wegweiser Kommune*. Zuletzt aufgerufen am 01.09.2025, im Internet unter: <https://www.wegweiser-kommune.de/daten/demografiertypen+willingen-upland+2018+karte>.
- BMEL (2023). *Ländliche Regionen im Fokus. Fakten und Hintergründe*. Berlin, im Internet unter: https://www.bmleh.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/laendliche-regionen-im-fokus.pdf?__blob=publicationFile&v=20.
- BMFSFJ (2016). *Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung*. Berlin, im Internet unter: <https://www.bmfsfj.bund.de/resource/blob/120144/2a5de459ec4984cb2f83739785c908d6/7-altenbericht-bundestagsdrucksache-data.pdf>.
- Bortz, J. and C. Schuster (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin und Heidelberg, Springer.
- Braeseke, G., G. Naegel, F. Engelmann, N. Lingott and S. Inkrot (2019). *Handlungsempfehlungen zur Altenhilfeplanung*. Berlin, im Internet unter: [https://soziales.hessen.de/sites/soziales.hessen.de/files/2022-06/handlungsempfehlungen_altenhilfeplanung_final_190513\(1\)_barrierefrei.pdf](https://soziales.hessen.de/sites/soziales.hessen.de/files/2022-06/handlungsempfehlungen_altenhilfeplanung_final_190513(1)_barrierefrei.pdf).
- Braeseke, G., C. Pflug and E. Beikirch (2018). *Studie zur Erfüllung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie der Qualitätssicherung in Pflegestützpunkten*. im Internet.
- Brinkmann, C., M. Radic and L. Kasprick (2023). *Kosteneffektivität von Case und Care Management bei älteren Populationen in Deutschland: Eine systematische Literaturübersicht*. Gesundheitswesen 85(4): 332–338.
- Brüker, D., P. Kaiser, S. Leiber and S. Leitner (2017). *Die Rolle der Kommunen in der Pflegepolitik. Chancen und Grenzen einer vorbeugenden Perspektive* 63(2): 301–332.

- Carroll, C., M. Patterson, S. Wood, A. Booth, J. Rick and S. Balain (2007). *A conceptual framework for implementation fidelity*. Implementation Science 2(1): 40.
- Damschroder, L. J., C. M. Reardon, M. A. O. Widerquist and J. Lowery (2022). *The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback*. Implementation Science 17(1): 75.
- Danielzyk, R. and A. Prieb (2020). *Die Sicherung der Daseinsvorsorge durch Klein- und Mittelstädte als Beitrag des zentralörtlichen Systems zu gleichwertigen Lebensverhältnissen*. Europa Regional 26(3): 7–21.
- Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (2025). *Die Case Management Definition der DGCC von 2015*. Zuletzt aufgerufen am 01.09.2025, im Internet unter: <https://www.dgcc.de/case-management/>.
- DGN e. V. and DGPPN e. V. (2023). *S3-Leitlinie Demenzen. Langfassung, Version 4.0*. im Internet unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-013>.
- Dreyer, J., J. M. Bergmann, K. Köhler, I. Hochgraeber, C. Pinkert, M. Roes, J. R. Thyrian, H. Wiegelmann and B. Holle (2022). *Differences and commonalities of home-based care arrangements for persons living with dementia in Germany – a theory-driven development of types using multiple correspondence analysis and hierarchical cluster analysis*. BMC Geriatrics 22(1): 723.
- Franek, J. (2013). *Self-management support interventions for persons with chronic disease: an evidence-based analysis*. Ont Health Technol Assess Ser 13(9): 1–60.
- Franke, A., B. Kramer, P. M. Jann, K. van Holten, A. Zentgraf, U. Otto and I. Bischofberger (2019). *Aktuelle Befunde zu „distance caregiving“. Was wissen wir und was (noch) nicht?* Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 52(6): 521–528.
- Frommelt, M., T. Klie, P. Löcherbach, H. Mennemann, M. Monzer and W.-R. Wendt (2008). *Pflegeberatung, Pflegestützpunkte und das Case Management*. Freiburg: Verlag Forschung–Entwicklung–Lehre.
- Gemeinde Willingen (Upland). (2025). *Einwohner der Gemeinde Willingen (Upland)*. Zuletzt aufgerufen am 01.09.2025, im Internet unter: <https://www.rathaus-willingen.de/aktuelles/zahlen-daten-infos/einwohner/>.
- Gemeindevorstand der Gemeinde Diemelsee. (2025). *Einwohnerzahlen der Gemeinde Diemelsee*. Zuletzt aufgerufen am 01.09.2025, im Internet unter: <https://gemeinde-diemelsee.de/zahlen-und-fakten/>.
- Glasheen, W. P., T. Cordier, R. Gumpina, G. Haugh, J. Davis and A. Renda (2019). *Charlson Comorbidity Index: ICD-9 Update and ICD-10 Translation*. Am Health Drug Benefits 12(4): 188–197.
- HA Hessen Agentur GmbH (2019). *Studie zur empirischen Überprüfung der zentralen Orte in Hessen*. Wiesbaden, im Internet unter: https://redaktion.hessen-agentur.de/publication/2019/Methodik_Zentrale_Orte_2019_998_komplett.pdf.

- HA Hessen Agentur GmbH (2021). *Gemeindedatenblatt: Diemelsee (635007)*. Wiesbaden, im Internet unter: https://www.hessen-gemeindelexikon.de/gemeindelexikon_PDF/show.cfm?id=635007.
- HA Hessen Agentur GmbH (2021). *Gemeindedatenblatt: Willingen (Upland) (635022)*. Wiesbaden, im Internet unter: https://www.hessen-gemeindelexikon.de/gemeindelexikon_PDF/show.cfm?id=635022.
- Heinrich, S., F. Laporte Uribe, M. Roes, W. Hoffmann, J. R. Thyrian, K. Wolf-Ostermann and B. Holle (2016). *Knowledge management in dementia care networks: a qualitative analysis of successful information and support strategies for people with dementia living at home and their family caregivers*. Public Health 131: 40–48.
- Hessisches Statistisches Landesamt (2021). *Hessisches Gemeindestatistik 2021*. Wiesbaden, im Internet unter: <https://statistik.hessen.de/publikationen/thematische-veroeffentlichungen/gemeinden-hessen>.
- HMWEVW (2019). *Landesentwicklungsplan Hessen 2020 - Raumstruktur, Zentrale Orte und Großflächiger Einzelhandel - 4. Änderung des Landesentwicklungsplans Hessen 2000 Entwurf für die Beteiligung nach § 9 ROG in Verbindung mit § 4 HLPg*. im Internet unter: https://landesplanung.hessen.de/sites/landesplanung.hessen.de/files/191213_A_LEP_4_Aenderung_Plantext_barr.pdf.
- Innovation Network Inc. (2010). *Logic Model Workbook*. im Internet unter: https://innonet.org/media/logic_model_workbook_0.pdf.
- IWAK (2023). *Hessischer Pflegebericht 2023*. im Internet unter: https://familie.hessen.de/sites/familie.hessen.de/files/2024-02/hessischer_pflegebericht_2023.pdf.
- Joost, A. and A. Metzenrath (2012). *Wissenschaftliche Begleitung der Implementierung der Pflegestützpunkte in Hessen*. im Internet.
- KBV. (2025). *Gesundheitsdaten*. Zuletzt aufgerufen am 01.09.2025, im Internet unter: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17097.php>.
- Klaas-Ickler, D., P. Kolominsky-Rabas and N. Dietzel (2023). *Kann Case Management den Umzug von Menschen mit Demenz in eine Pflegeeinrichtung verzögern? – Ein systematisches Review randomisiert kontrollierter Studien*. Gesundheitswesen(EFirst).
- Klie, T. (2014). *Caring Community - leitbildfähiger Begriff für eine generationenübergreifende Sorgeskultur?* In: *Sorgende Gemeinschaften - Vom Leitbild zu Handlungsansätzen*. Dokumentation. Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (ISS). Frankfurt am Main: 10–23.
- Klie, T. (2020). *Care und Case Management – Steuerung im Kontext von Pflegebedürftigkeit*. In: *Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung*. K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber and A. Schwinger. Berlin, Springer: 165–176.
- Klie, T. (2025). *Langzeitpflege in Zeiten demografischer Transformation: die neue Bedeutung von Care und Case Management*. In: *Pflegereport 2025. Pflege vor Ort – zwischen Anspruch und Wirklichkeit Perspektiven für ein verlässliches Pflegesystem*. T. Klie. Hamburg, DAK-Gesundheit: 1–25.

- Köhler, K., J. Dreyer, I. Hochgraeber, C. Pinkert, M. Von Kutzleben, B. Holle and M. Roes (2022). *Dyadic relationship, carer role, and resources: a theory-driven thematic analysis of interviews with informal carers focusing on the stability of home-based care arrangements for people living with dementia*. BMC Geriatrics 22(1).
- Köhler, K., J. Dreyer, I. Hochgraeber, M. von Kutzleben, C. Pinkert, M. Roes and B. Holle (2021). *Towards a middle-range theory of 'Stability of home-based care arrangements for people living with dementia' (SoCA-Dem): findings from a meta-study on mixed research*. BMJ Open 11(4): 1–16.
- Kuckartz, U. (2014). *Qualitative text analysis: A guide to methods, practice and using software*. Sage.
- Ling, T. (2012). *Evaluating complex and unfolding interventions in real time*. Evaluation 18(1): 79–91.
- Löcherbach, P. (2020). *Vernetzung im Gesundheitswesen*. In: Care und Case Management: Transprofessionelle Versorgungsstrukturen und Netzwerke. P. Löcherbach and W. R. Wendt. Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer: 39–57.
- Longstreth, M. E. (2021). *Formal and Informal Caregivers' Perceptions of a Proposed Adaptation of the Chronic Disease Self-Management Program for Individuals with Alzheimer's Disease and Related Dementias: A Feasibility Study*. University of Wyoming.
- Lorig, K. R., D. S. Sobel, A. L. Stewart, B. W. Brown, Jr., A. Bandura, P. Ritter, V. M. Gonzalez, D. D. Laurent and H. R. Holman (1999). *Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial*. Med Care 37(1): 5–14.
- Low, L. F., M. Yap and H. Brodaty (2011). *A systematic review of different models of home and community care services for older persons*. BMC Health Serv Res 11: 93.
- Mills, T., R. Lawton and L. Sheard (2019). *Advancing complexity science in healthcare research: the logic of logic models*. In: BMC Med Res Methodol. England. 19: 55.
- Moore, G. F., S. Audrey, M. Barker, L. Bond, C. Bonell, W. Hardeman, L. Moore, A. O'Cathain, T. Tinati, D. Wight and J. Baird (2015). *Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance*. BMJ : British Medical Journal 350: h1258.
- Neugebauer, T., P. Brzoska, K. J. Wrona, Y. Yilmaz-Aslan and K. Hämel (2022). *Interprofessionelle Kommunikation in der Primärversorgung - Fördernde und hemmende Aspekte. Ein narratives Review*. Pflegewissenschaft 24(4): 241–249.
- OECD (2025). *Does Healthcare Deliver?: Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)*. Paris, im Internet.
- Opitz, S. and C. Pfaffenbach (2018). *Lebensqualität im ländlichen Raum*. Standort 42(3): 171–177.
- Pantucek, P. (2007). *Falleinschätzung im Case Management*. Soziale Arbeit 56(11-12): 432–440.
- Pawson, R. and S. Sridharan (2010). *Theory-driven evaluation of public health programmes*. Evidence-based public health: Effectiveness and efficiency 49: 43–112.
- Petersen, D., E. Taylor and D. Peikes (2013). *The Logic Model: The Foundation to Implement, Study, and Refine Patient-Centered Medical Home Models*. Rockville, MD, im Internet.

- Pimouguet, C., T. Lavaud, J. F. Dartigues and C. Helmer (2010). *Dementia case management effectiveness on health care costs and resource utilization: a systematic review of randomized controlled trials*. J Nutr Health Aging 14(8): 669–676.
- Proctor, E., H. Silmere, R. Raghavan, P. Hovmand, G. Aarons, A. Bunger, R. Griffey and M. Hensley (2011). *Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda*. Administration and policy in mental health 38(2): 65–76.
- Provan, K. G. and P. Kenis (2007). *Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness*. Journal of Public Administration Research and Theory 18(2): 229–252.
- Putnam, R. D. (1994). *Social Capital and Public Affairs*. Bulletin of the American Academy of Arts and Sciences 47(8): 5–19.
- Rao, A., A. Suliman, S. Vuik, P. Aylin and A. Darzi (2016). *Outcomes of dementia: Systematic review and meta-analysis of hospital administrative database studies*. Archives of Gerontology and Geriatrics 66: 198–204.
- Reilly, S., C. Miranda-Castillo, R. Malouf, J. Hoe, S. Toot, D. Challis and M. Orrell (2015). *Case management approaches to home support for people with dementia*. Cochrane Database Syst Rev 1(1): Cd008345.
- Rischar, P. (2019). *Die Kosten der Pflege in Deutschland – Auswertungen von Daten der Pflege- und Sozialhilfestatistik*. In: Pflegereport 2019. 25 Jahre Pflegeversicherung: Kosten der Pflege – Bilanz und Reformbedarf. T. Klie. Hamburg, DAK-Gesundheit: 181–221.
- Roes, M., A. Bieber, J. Burbaum, M. N. Dichter, B. Fröhlich, G. Gille, J. Haberstroh, M. Halek, B. Hasenbein, S. Jansen, S. Johannes, M. Kessler, A. Kuckert-Wöstheinrich, R. Lotzen, C. Müller-Hergl and D. Purwins (2018). *Der Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz*. In: Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Sonderdruck einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. D. N. f. Q. i. d. P. (DNQP). Osnabrück, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP): 24–69.
- Rommel, A., B. Gaertner, H. Neuhauser, D. Yessimova, H. Schröder, G. Brückner, K. Schüssel and M. Porst (2025). *Demenzkrankungen – Prävalenz, Trends und regionale Verteilung in Deutschland. Eine Auswertung auf Basis von GKV-Routinedaten*. Journal of Health Monitoring 10(1): 1–10.
- Rothgang, H., S. Iwansky, R. Müller, S. Sauer and R. Unger (2010). *Barmer GEK-Pflegereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege*. im Internet unter: <https://www.barmer.de/resource/blob/1026512/f8589d5893690d311f2e2502352781b8/barmer-gek-report-pflege-2010-data.pdf>.
- Rothgang, H. and R. Müller (2021). *Barmer Pflegereport 2021. Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends*. im Internet unter: <https://www.bifg.de/media/dl/Reporte/Pflegereporte/2021/barmer-pflegereport-2021.pdf>.
- Rothgang, H., R. Müller and R. Unger (2012). *Themenreport Pflege 2030. Was ist zu erwarten - was ist zu tun*. Gütersloh.

- Schiller, C., M. Grünzig, S. Heinrich, G. Meyer and A. Bieber (2022). *Case management for people with dementia living at home and their informal caregivers: A scoping review*. Health & Social Care in the Community 30: 1233–1253.
- Schmid, A., S. Günther and J. Baierlein (2020). *Vision und Umsetzung eines PORT-Gesundheitszentrums*. im Internet unter: [https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2020-11/Vision und Umsetzung eines PORT-Gesundheitszentrums.pdf](https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2020-11/Vision_und_Umsetzung_eines_PORT-Gesundheitszentrums.pdf).
- Schmitt, J., N. Warkentin, D. Wilfling, J. Steinhäuser and K. Götz (2022). *Ein Case-Management-Fragebogen für Angehörige geriatrischer Patienten*. Z Gerontol Geriatr 55(5): 406–411.
- Schubert, I., P. Ihle and I. Köster (2010). *Interne Validierung von Diagnosen in GKV-Routinedaten: Konzeption mit Beispielen und Falldefinition*. Gesundheitswesen 72(06): 316–322.
- Scott, V. C., K. Alia, J. Scaccia, R. Ramaswamy, S. Saha, L. Leviton and A. Wandersman (2020). *Formative Evaluation and Complex Health Improvement Initiatives: A Learning System to Improve Theory, Implementation, Support, and Evaluation*. American Journal of Evaluation 41(1): 89–106.
- Skivington, K., L. Matthews, S. A. Simpson, P. Craig, J. Baird, J. M. Blazeby, K. A. Boyd, N. Craig, D. P. French, E. McIntosh, M. Petticrew, J. Rycroft-Malone, M. White and L. Moore (2021). *A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance*. BMJ 374: n2061.
- Smith, G. E., E. Kokmen and P. C. O'Brien (2000). *Risk Factors for Nursing Home Placement in a Population-Based Dementia Cohort*. Journal of the American Geriatrics Society 48(5): 519–525.
- Stahmeyer, J. T., S. Geyer, J. Epping, J. Tetzlaff and S. Eberhard (2018). *Gesundheitsausgabenentwicklung und der Einfluss des demografischen Wandels*. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 61(4): 432–441.
- Stahmeyer, J. T., S. Hamp, J. Zeidler and S. Eberhard (2021). *Gesundheitsausgaben und die Rolle des Alters: Eine detaillierte Analyse der Kosten von Überlebenden und Verstorbenen*. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 64(10): 1307–1314.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2022). *Pflegebedürftige 2019: Deutschland, Stichtag, Geschlecht, Altersgruppe, Art der Versorgung von Pflegebedürftigen*. Tabelle 22421-0001.
- Sundmacher, L., D. Fischbach, W. Schuettig, C. Naumann, U. Augustin and C. Faisst (2015). *Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany*. Health Policy 119(11): 1415–1423.
- SVR (2014). *Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. Berlin, im Internet unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Langfassung2014.pdf.
- Sydow, J. (2010). *Management von Netzwerkorganisationen – Zum Stand der Forschung*. In: Management von Netzwerkorganisationen: Beiträge aus der „Managementforschung“. J. Sydow. Wiesbaden, Gabler Verlag: 373–470.

- Thyrian, J. R., M. Boekholt, W. Hoffmann, M. Leiz, J. Monsees, T. Schmachtenberg, F. Schumacher-Schönert and U. Stentzel (2020). *Die Prävalenz an Demenz erkrankter Menschen in Deutschland – eine bundesweite Analyse auf Kreisebene*. *Der Nervenarzt* 91(11): 1058–1061.
- von Kutzleben, M. (2018). *Häusliche Versorgung von Menschen mit Demenz - Rekonstruktion des Versorgungshandelns informeller Versorgungspersonen im Zeitverlauf*. Weinheim, Beltz Juventa.
- von Kutzleben, M., K. Köhler, J. Dreyer, B. Holle and M. Roes (2017). *Stabilität von häuslichen Versorgungsarrangements für Menschen mit Demenz Entwicklung und Konsentierung einer Definition von Stabilität durch Expertenfokusgruppen*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 50(3): 210–218.
- W.K. Kellogg Foundation (2004). *Logic Model Development Guide*. Michigan, im Internet unter: https://www.naccho.org/uploads/downloadable-resources/Programs/Public-Health-Infrastructure/KelloggLogicModelGuide_161122_162808.pdf.
- Wendt, W. R. (2020). *Care Strukturen – innerhalb und außerhalb des Systems der Versorgung*. In: *Care und Case Management. Transprofessionelle Versorgungsstrukturen und Netzwerke*. P. Löcherbach and W. R. Wendt. Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer: 23–38.
- World Health Organization (2012). *Dementia: a public health priority*. Geneva, im Internet unter: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75263/9789241564458_eng.pdf?sequence=1.

Anhang

<i>Anlage 1: Interviewleitfaden für Klientinnen und Klienten des Case Managements</i>	170
<i>Anlage 2: Interviewleitfaden für Stakeholder</i>	172
<i>Anlage 3: Fragebogen Zufriedenheit mit Veranstaltungen und Kursen</i>	174
<i>Anlage 4: Fragebogen Zufriedenheit mit dem Case Management</i>	176
<i>Anlage 5: Dokumentation der Kontakte mit Klientinnen bzw. Klienten in SmapOne</i>	178
<i>Anlage 6: Dokumentation der Kontakte mit Versorgern in SmapOne</i>	179
<i>Anlage 7: Ethisches Clearing des Ethikantrags durch die Ethikkommission der DGP</i>	180
<i>Anlage 8: Ethisches Clearing des Amendements durch die Ethikkommission der DGP</i>	181
<i>Anlage 9: Deckblatt der Notfallmappe</i>	182
<i>Anlage 10: Versorgungspfad Demenz</i>	183
<i>Anlage 11: Ergebnis Imbalance Test der Routinedaten</i>	184

Anlage 1: Interviewleitfaden für Klientinnen und Klienten des Case Managements

Organisatorisches

1. Aufklärung und Einwilligung
 - a. Zeitrahmen festlegen
 - b. Mögliche Fragen klären
2. Hinweis, dass am Ende noch ein sehr kurzer demografischer Fragebogen erhoben wird
3. Aufnahmegerät einschalten

Wie kam es dazu, dass Sie die Unterstützung von [Name der Case Managerin] in Anspruch genommen haben?

- Gab es einen Auslöser/Grund?
- Wie sind Sie auf das Angebot von [Name der Case Managerin] aufmerksam geworden?
 - o Kennen Sie jemanden, der sich auch durch [Name der Case Managerin] beraten lässt?
 - o Hat ihr Hausarzt Sie auf das Angebot hingewiesen?
 - o Haben Sie aus der Zeitung vom Angebot erfahren?
- Wann haben Sie das erste Mal Kontakt zu [Name der Case Managerin] gehabt?
- Kannten Sie das Gesundheitsnetzwerk PORT schon vorher?

Wie haben Sie sich bei der ersten Kontaktaufnahme gefühlt?

- Wie leicht oder schwer ist es Ihnen gefallen Kontakt mit [Name der Case Managerin] aufzunehmen?
- Wie ging es Ihnen, als Sie entschlossen haben, Kontakt mit [Name der Case Managerin] aufzunehmen (Frage nach positiven oder negativen Emotionen z. B. Ängste/Bedenken, Erleichterung, Hoffnung)
- Wie viel Zeit lag zwischen dem Auftreten Ihres Problems und der Kontaktaufnahme? (Wurden die Kontaktaufnahme bzw. das allgemeine Suchen nach Unterstützung vor sich hergeschoben?)
- Was hat Ihnen dabei geholfen, sich an [Name der Case Managerin] zu wenden?

Wie lief die erste Beratung durch [Name der Case Managerin] ab?

- Welche Erwartungen an die Beratung hatten Sie?
- Wie lange hat es von der ersten Kontaktaufnahme bis zur ersten Beratung gedauert?
- Wo fand die Beratung statt?
- Wie haben Sie sich dabei gefühlt?
- Wie haben Sie das Gespräch erlebt? (es geht darum herauszufinden, wie der Beziehungsaufbau ablief und ob es den Klienten leicht oder schwer fiel sich zu öffnen und was ggf. die Gründe dafür waren)
- Fiel es Ihnen schwer [Name der Case Managerin] von Ihrer Situation zu erzählen?

Wie ging die Unterstützung durch [Name der Case Managerin] danach weiter?

- Wie häufig hatten Sie Kontakt?
- Wie hat [Name der Case Managerin] Ihnen geholfen?
(z. B.: Information über Leistungsansprüche, Hilfe bei Antragsstellungen, Durchsetzen von Ansprüchen, Praktische Hilfe oder praktische Anleitung, Emotionale Unterstützung, Informationen und Umgang zur spezifischen Krankheit, Informationen zu Leistungserbringern, Vermittlung von Hilfsangeboten)
- Wie fanden Sie die Ideen und Vorschläge von [Name der Case Managerin]?
- Wie würde Ihre Situation ohne die Hilfe von [Name der Case Managerin] aussehen?
- Kamen während der Beratung weitere Themen auf?
- Wie hat Ihr soziales Umfeld auf die Unterstützung durch [Name der Case Managerin] reagiert?
- Gab es etwas, das Ihnen nicht so gut an der Unterstützung durch [Name der Case Managerin] gefallen hat?
- Was gefällt Ihnen an der Unterstützung durch [Name der Case Managerin] besonders gut?
- Wie würden Sie Ihre Beziehung zu [Name der Case Managerin] beschreiben?
- Hat sich Ihre Beziehung zu [Name der Case Managerin] über die Zeit geändert?

Worum ging es in Ihrem letzten Kontakt mit [Name der Case Managerin]?

- Ist die Unterstützung durch [Name der Case Managerin] für Sie jetzt erst einmal beendet?
- Würden Sie sich wieder an [Name der Case Managerin] wenden?

Wie könnte es gelinden, dass noch mehr Menschen die Unterstützung von [Name der Case Managerin] nutzen?

- Was sind Ihrer Meinung nach Hürden?

Haben Sie schon andere Beratungsangebote genutzt?

- Welche?

Anlage 2: Interviewleitfaden für Stakeholder

Organisatorisches

4. Aufklärung und Einwilligung
 - a. Zeitrahmen festlegen
 - b. Mögliche Fragen klären
5. Aufnahmegerät einschalten

Der Fokus liegt für uns auf:

1. Art der Zusammenarbeit verstehen, um sie beschreiben zu können
2. Gründe der Zusammenarbeit verstehen, um förderliche und hinderliche Faktoren nennen zu können
3. Abgrenzung zu bestehenden Angeboten und Passung in die Versorgungslandschaft verstehen, um den Kontext zu verstehen.

Allgemeine Erzählaufforderung am Anfang: Bitte beschreiben Sie, wie Sie mit dem Gesundheitsnetzwerk PORT im Modellvorhaben UplandCare zusammenarbeiten.

Nachfragen auf Fallebene / für das Case-Management:

- Wie passen Ihr Angebot und das Angebot zu einander? (Wie unterscheiden, ergänzen oder überschneiden sich die Angebote von PORT von Ihren Angeboten/Tätigkeit? Welche Rolle sehen Sie bei sich, welche Rolle bei PORT?)
- Führen Sie selbst Beratung durch (z. B. §37, §45 oder §7 SGB XI)? Was ist der Unterschied zur Beratung von PORT?
- Sehen Sie Frau Potthoff eher als den ersten Kontakt für pflegebedürftige Personen oder als Case-Managerin für komplexe Fälle?
- Sind die Fälle, bei denen Sie mit PORT zusammenarbeiten besonders?
- Verweisen Sie Personen an PORT? Wenn ja, warum/in welchen Fällen?
- Wie tauschen Sie Informationen mit PORT über konkrete Fälle aus?
- Wie sorgen Sie dafür, dass Ihren Mitarbeitenden das Angebot von PORT bekannt ist?
- Wie häufig kommt es zu einem Kontakt mit PORT auf Fallebene?
- Werden durch PORT Klienten an Sie verwiesen? Erfolgt die Vermittlung von Klienten durch PORT Ihrer Meinung nach neutral und unabhängig? Befürchten Sie, dass PORT andere Anbieter bevorzugt?
- Profitieren Ihre Klienten/Patienten/Kunden von Ihrer Zusammenarbeit mit PORT?
- Erhalten Klienten/Patienten/Kunden aus Ihrer Sicht durch die Zusammenarbeit mit PORT einen schnelleren oder adäquateren Zugang zu Unterstützungsangeboten?

Nachfragen zur Systemebene:

- Wie häufig findet ein Austausch mit PORT jenseits von Einzelfällen statt, zu Beispiel zur allgemeinen Versorgungssituation in der Region oder zu übergreifenden Themen?
- Sollte es häufiger zu einem Austausch kommen?
- Was sind Themen und Ergebnisse dieses Austausches?
- Abgesehen von PORT; mit wem arbeiten Sie auf der Systemebene noch viel zusammen?

Themenfeld Kooperation insgesamt

- Gibt es auch etwas, dass Ihrer Ansicht nach anders gestaltet werden könnte?
- Was halten Sie davon die Zusammenarbeit stärker zu formalisieren? Z. B. indem sie konkrete Vereinbarungen mit PORT schließen würden oder Sie standardisierte Formulare zum Informationsaustausch nutzen?
- Können Sie sich noch an den Anfang Ihrer Zusammenarbeit mit PORT erinnern? Wie hat sich die Zusammenarbeit damals ergeben?
- Aus welchem Grund haben Sie sich entschieden mit PORT zusammenzuarbeiten? Was haben Sie von der Zusammenarbeit mit PORT?
- Wie zufrieden sind Sie mit der Zusammenarbeit mit PORT?

Themenfeld Versorgungsstruktur

- Gibt es in Willingen/Diemelsee andere Akteure, die etwas Ähnliches wie PORT anbieten? Arbeiten Sie auch mit diesen Akteuren zusammen? Welche Unterschiede sehen Sie? Inwiefern stellt das Angebot von PORT eine Doppelstruktur dar?
- Wie unterscheidet sich das Angebot von PORT von anderen Angeboten wie z.B. dem Pflegestützpunkt oder der Gemeindepflegerin? Wie unterscheidet sich Ihre Zusammenarbeit mit PORT von Ihrer Zusammenarbeit mit dem Pflegestützpunkt oder der Gemeindepflegerin Frau Saure? Verweisen Sie Klienten an diese Angebote? Arbeiten Sie mit diesen Angeboten auf Fallebene zusammen?
- Denken Sie, dass das Angebot zu PORT eine Doppelstruktur zu anderen Angeboten darstellt?

Themenfeld Übertragbarkeit

- Wenn man PORT in eine andere Region übertragen wollen würde. Was müsste man aus Ihrer Sicht dabei beachten?
- Wie könnten in anderen Regionen Organisationen wie ihre von einer Zusammenarbeit mit einem Gesundheitsnetzwerk überzeugt werden? Was könnte hinderlich für eine Zusammenarbeit sein?

Themenfeld Demenz

- Wie wichtig ist das Thema Demenz in Ihrer Arbeit?
- Welche speziellen Angebote brauchen Personen mit Demenz und ihre Angehörigen Ihrer Ansicht nach?
- Sehen Sie diesbezüglich Versorgungslücken in der Region?
- Sollte PORT mehr zum Thema Demenz tun? Wenn ja, haben sie konkrete Vorschläge?

Themenfeld ländlich Raum und die konkrete Projektregion

- Unabhängig vom Thema Demenz, wie würden Sie die Versorgungssituation in Willingen und Diemelsee beschreiben?
- Sehen Sie einen Unterschied zwischen Willingen und Diemelsee in Ihrer Arbeit aber auch in der Versorgungsstruktur?
- Sehen Sie einen Unterschied in der Versorgung im ländlichen Raum?
- Was sind Ihrer Ansicht nach Herausforderungen in der Versorgung im ländlichen Raum?
- Bietet der ländliche Raum auch Chancen?
- Das Gesundheitsnetzwerk PORT ist für Willingen und Diemelsee zuständig. Denken Sie, dass das eine sinnvolle Größe für eine Region ist? Welche Vor- und Nachteile würde Sie sehen, wenn die Region kleiner oder größer wäre?

Themenfeld Finanzierbarkeit und Trägerschaft

- Was ist Ihrer Ansicht nach eine geeignete Trägerschaft für PORT?
- Wie könnte Ihrer Meinung nach eine langfristige Finanzierung für PORT aussehen?

Anlage 3: Fragebogen Zufriedenheit mit Veranstaltungen und Kursen





UplandCare im
Gesundheitsnetzwerk PORT
Willingen Diemelsee e.V.

An welcher Veranstaltung haben Sie teilgenommen?

☐ INSEA-KURS
 ☐ Schulung Demenzpartner
 ☐ Vortrag zum Thema Demenz oder Pflege
☐ Anderes, und zwar:

Zufriedenheit?	Sehr zufrieden	Überwiegend zufrieden	Weniger zufrieden	Gar nicht zufrieden
Wie zufrieden waren sie mit der Leitung der Veranstaltung?	☐	☐	☐	☐
Wie zufrieden waren sie mit der Atmosphäre der Veranstaltung?	☐	☐	☐	☐
Wie zufrieden waren Sie mit dem Ort und der Zeit der Veranstaltung?	☐	☐	☐	☐
Wie zufrieden waren Sie mit der Möglichkeit Fragen zu stellen oder sich auf andere Art einzubringen?	☐	☐	☐	☐
Wie zufrieden waren Sie mit der Veranstaltung insgesamt?	☐	☐	☐	☐

Glauben Sie, dass Sie die Inhalte der Veranstaltung in Ihrem (Arbeits-)Alltag nutzen können?

☐ Nein, überhaupt nicht
☐ Nein, nur zu einem geringen Teil
☐ Ja, zum überwiegenden Teil
☐ Ja, voll und ganz

Wie haben Sie von der Veranstaltung erfahren?

☐ Zeitung
☐ Internet
☐ Aushang/Flyer
☐ Familie/Freunde/Bekannte
☐ Arzt/Pflegedienst/Apotheke
☐ Gesundheitsnetzwerk PORT
☐ Arbeitgeber
☐ Anderes, und zwar:

Was beschreibt Sie am besten?
(bitte nur die Antwort ankreuzen, die Sie am besten beschreibt)

☐ Ich benötige selbst Pflege und Unterstützung im Alltag
☐ Ich kümmere mich um einen pflegebedürftigen Angehörigen
☐ Ich habe aus beruflichen Gründen teilgenommen
☐ Keine der Optionen

Würden Sie die Angebote des Gesundheitsnetzwerkes PORT weiterempfehlen?

☐ Nein, auf keinen Fall
☐ Vielleicht
☐ Ja, auf jeden Fall

Haben Sie bereits an anderen Angeboten des Gesundheitsnetzwerkes PORT teilgenommen?

☐ Nein
☐ Ja

Wie sind Sie zum Veranstaltungsort gekommen?

☐ Mit dem Auto
☐ Mit dem ÖPNV (Bus/Bahn)
☐ Mit dem Taxi
☐ Mit dem Fahrrad oder zu Fuß

Wie lange haben Sie etwa benötigt um zum Veranstaltungsort zu kommen?

Ca. Minuten

Wie alt sind Sie?

☐ Unter 40 Jahre
☐ 40 bis 64 Jahre
☐ 65 Jahre oder älter

➔ Bitte wenden (Anregungen, Kritik)

UplandCare – Fragebogen Zufriedenheit vom 01.09.2022

1

Haben Sie Anregungen, Lob oder Kritik zur Veranstaltung/zum Angebot?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

UplandCare im
Gesundheitsnetzwerk PORT
Willingen Diemelsee e.V.

Wie zufrieden waren Sie mit der Beratung und Unterstützung durch die Versorgungslotsin vom Gesundheitsnetzwerk PORT?				
	Trifft voll zu	Trifft überwiegend zu	Trifft weniger zu	Trifft gar nicht zu
Die Erreichbarkeit der Versorgungslotsin war gut.	☐	☐	☐	☐
Die Versorgungslotsin hat sich ausreichend Zeit für mich genommen.	☐	☐	☐	☐
Das Beratungsgespräch fand in einer vertrauensvollen Atmosphäre statt.	☐	☐	☐	☐
Die Versorgungslotsin wirkte auf mich kompetent .	☐	☐	☐	☐
Die Versorgungslotsin ist auf meine individuelle Situation eingegangen.	☐	☐	☐	☐
Die Informationen der Versorgungslotsin waren verständlich .	☐	☐	☐	☐
	Trifft voll zu	Trifft überwiegend zu	Trifft weniger zu	Trifft gar nicht zu
Die Empfehlungen der Versorgungslotsin waren hilfreich .	☐	☐	☐	☐
Das Gespräch mit der Versorgungslotsin hat mir gut getan .	☐	☐	☐	☐
Durch die Versorgungslotsin hat sich meine Situation verbessert .	☐	☐	☐	☐
Insgesamt bin ich mit der Beratung und Unterstützung der Versorgungslotsin zufrieden .	☐	☐	☐	☐
Ich würde die Versorgungslotsin weiterempfehlen .	☐	☐	☐	☐

Haben Sie Lob, Kritik oder konkrete Verbesserungsvorschläge zur Beratung und Unterstützung durch die Versorgungslotsin?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- 1 -
➔ Bitte die zweite Seite ausfüllen!

Wie haben Sie von dem Angebot der Versorgungslotsin vom Gesundheitsnetzwerk PORT erfahren?
(Mehrfachnennungen sind möglich)

☐ Arzt	☐ Internet
☐ Apotheke	☐ Krankenhaus
☐ Familie/Freunde/Nachbarn/Bekannte	☐ Pflegedienst
☐ Flyer	☐ Zeitung
☐ Anders, bitte nennen:	

Haben Sie schon an anderen Angeboten vom Gesundheitsnetzwerk PORT teilgenommen?

☐ Nein ☐ Ja, bitte nennen:

Haben Sie schon einmal die Internetseite des Gesundheitsnetzwerkes PORT genutzt?

☐ Nein ☐ Ja

Haben Sie eine oder mehrere der unten aufgeführten Stellen genutzt, um sich zu Gesundheit oder Pflege beraten zu lassen? (Kreuzen Sie bitte alle Beratungsstellen an, die Sie genutzt haben.)

☐ Beratung durch eine Pflege- bzw. Krankenkasse	☐ Beratung durch einen ambulanten Pflegedienst
☐ Beratung durch die Gemeindepflegerin	☐ Beratung durch eine kommunale Beratungsstelle
☐ Beratung durch einen Pflegestützpunkt	☐ Beratung durch einen Wohlfahrtsverband
☐ Andere Beratungsstelle, bitte nennen:	

Welche Aspekte der Beratung zu Pflege und Gesundheit sind Ihnen besonders wichtig?
(Bitte wählen Sie die für Sie wichtigsten drei Merkmale aus.)

☐ Gute Erreichbarkeit	☐ Schnelligkeit der Terminvergabe
☐ Freundlichkeit der Beraterin/des Beraters	☐ Vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre
☐ Möglichkeit, dass die Beratung zu Hause stattfinden kann	☐ Fachkenntnis und Kompetenz der Beraterin/des Beraters

Wie alt sind Sie?

☐ Unter 40 Jahre ☐ 40 bis 64 Jahre ☐ 65 bis 84 Jahre ☐ 85 Jahre oder älter

Welches Geschlecht haben Sie?

☐ Weiblich ☐ Männlich ☐ Divers

Was trifft auf Sie zu?

☐ Ich brauche/bekomme Pflege oder Unterstützung ☐ Ich kümmere mich um einen pflegebedürftigen Angehörigen ☐ Keine der Optionen

Anlage 5: Dokumentation der Kontakte mit Klientinnen bzw. Klienten in SmapOne

<i>Fragen/Items</i>	<i>Antwortmöglichkeiten</i>
Datum des Kontaktes	
Mit wem war der Kontakt?	Person mit Pflegebedarf Angehörigen Beiden unbekannt
Von wem ging der Kontakt aus?	PORT Klient/Angehöriger
Wie hat der Kontakt stattgefunden	Hausbesuch Telefonisch Sprechstunde E-Mail
Bei Hausbesuchen: Dauer der Anfahrt	unter 15 Minuten 15 bis 30 Minuten 30 bis 60 Minuten über eine Stunde
Wo wohnt die Person mit Pflegebedarf?	Willingen Diemelsee Wo anders unbekannt
Wie lange dauerte der Kontakt?	unter 10 Minuten 10 bis 30 Minuten 30 bis 60 Minuten eine bis zwei Stunden
Bestand schon vorher ein Kontakt	Ja (Bestand) Nein (neu)
Bei neuen Kontakten: Wie war der Zugangsweg? (Mehrfachauswahl möglich)	Krankenhaus MDK Öffentlichkeitsarbeit Persönliche Empfehlung Rettungsdienst Über das Netzwerk Unbekannt
Wurde ein Eintrag in Quovero gemacht?	Ja Nein
Was war der Inhalt des Kontaktes (Mehrfachauswahl möglich)	Antragsstellung Pflegegrad Andere Antragsstellungen Vollmachten/Verfügungen/Notfallmappe Wohnraumanpassungen Kontakt Leistungserbringer/Organisation von Unterstützungsangeboten Hilfsmittel Medikamente Allgemeine Beratung zur Pflegesituation Entlastung Angehörige sonstiges
Freitextfeld für Anmerkungen	

Anlage 6: Dokumentation der Kontakte mit Versorgern in SmapOne

<i>Fragen/Items</i>	<i>Antwortmöglichkeiten</i>
Datum des Kontaktes	
Mit wem war der Kontakt	Alltagsbegleitung Ambulanter Pflegedienst Amt/Verwaltung (z. B. Sozialamt) Apotheke Betreuungsverein Gemeindepflegerin Hausarzt Kranken-/Pflegekasse Kurzzeitpflege Sanitätshaus Stationäre Pflegeeinrichtung Tagespflege Therapeut Andere
Ist die Einrichtung ein Teil des Netzwerkes von PORT?	Ja nein
Von wem ging der Kontakt aus?	PORT Versorger/Amt/etc.
Wie hat der Kontakt stattgefunden?	Persönlich Telefonisch E-Mail
Bei persönlichen Kontakten: Wo hat der Kontakt stattgefunden?	In den Räumen von PORT Wo anders
Bei wo anders: Wie lange hat die Anfahrt gedauert?	unter 15 Minuten 15 bis 30 Minuten 30 bis 60 Minuten über eine Stunde
Was war der Anlass des Kontaktes	Einzelfallebene (Case Management) Systemebene (Vernetzung)

Anlage 7: Ethisches Clearing des Ethikantrags durch die Ethikkommission der DGP

Ethikkommission der DGP • Alfred-Herrhausen-Straße 50 • 58455 Witten

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative
Erkrankungen e. V. (DZNE)
Standort Witten
Herrn Dr. Bernhard Holle
Stockumer Straße 12
58453 Witten



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
PFLGEWISSENSCHAFT e.V.

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft
(DGP) e. V.
Geschäftsstelle
Bürgerstr. 47
47057 Duisburg

Telefon: 0203 – 356793
info@dg-pflegewissenschaft.de

Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft
für Pflegewissenschaft
(DGP) e.V.
Vorsitz: Christine Dunger, Ph.D.
Alfred-Herrhausen-Straße 50
58455 Witten

Ethikkommission@dg-pflegewissenschaft.de

Ihr Antrag an die Ethikkommission vom 05.09.2022
(Antrag Nr. 22-033)

Sehr geehrter Herr Holle,

die Ethikkommission der DG Pflegewissenschaft hat Ihren Antrag

*UplandCare – Wissenschaftliche Evaluation eines nach §45c Nr. 3 SGB XI geförderten
Modellvorhabens*

geprüft und erteilt Ihnen hiermit das ethische Clearing.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg!

17. Oktober 2022

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Christine Dunger'.

Christine Dunger, Ph.D.
Vorsitzende der Ethikkommission der DGP

Anlage 8: Ethisches Clearing des Amendements durch die Ethikkommission der DGP

Ethikkommission der DGP • Alfred-Herrhausen-Straße 50 • 58455 Witten



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
PFLEGEWISSENSCHAFT e.V.

Jan Dreyer
Bernhard Holle
Deutsches Zentrum für
Neurodegenerative Erkrankungen
(DZNE) e. V. Arbeitsgruppe
Versorgungsstrukturen
Stockumer Straße 12 58453 Witten

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft
(DGP) e. V.
Geschäftsstelle
Bürgerstr. 47
47057 Duisburg

Telefon: 0203 – 356793
info@dg-pflegewissenschaft.de

Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft
für Pflegewissenschaft
(DGP) e.V.
Vorsitz: Christine Dunger, Ph.D.
Alfred-Herrhausen-Straße 50
58455 Witten

Ethikkommission@dg-pflegewissenschaft.de

Ihr Antrag an die Ethikkommission vom 05.09.2022
(Amendment zum Antrag 22-033)

Sehr geehrter Herr Dreyer,
Sehr geehrter Herr Holle,

die Ethikkommission der DG Pflegewissenschaft hat Ihren Antrag/ das Amendment zu Ihrem Antrag

UplandCare – Wissenschaftliche Evaluation eines nach §45c Nr. 3 SGB XI geförderten
Modellvorhabens

geprüft und erteilt Ihnen hiermit das ethische Clearing.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg!

25.03.2024

Christine Dunger, Ph.D.
Vorsitzende der Ethikkommission der DGP



UplandCare im
Gesundheitsnetzwerk PORT
Willingen Diemelsee e.V.

Persönliche Daten:

Nachname:	Tel.:
Vorname:	E-Mail:
Geburtsdatum:	Krankenkasse:
Straße Nr.:	Versichertennr.:
PLZ Ort:	Pflegegrad:
Haushalt:	Hilfsmittel:
☐ lebt mit Angehörigen ☐ lebt alleine	☐ Sehhilfe ☐ Hörgeräte

Ansprechpartner:

Notfallkontakt:

Anschrift:

Tel.:

Hausarzt:

Tel.:

Fax:

Pflegedienst:

Tel.:

Fax:

Bevollmächtigter:

Tel.:

geset. Betreuer:

Tel.:

Case Manager:

Tel.:

E-Mail:

Information bei Entlassung an PORT gewünscht?

☐ Ja ☐ Nein

Beiliegende Dokumente:

☐ Medikationsplan

☐ bestehende Diagnosen

☐ Information über Implantate

☐ Patientenverfügung

☐ Vorsorgevollmacht

☐ Betreuungsverfügung

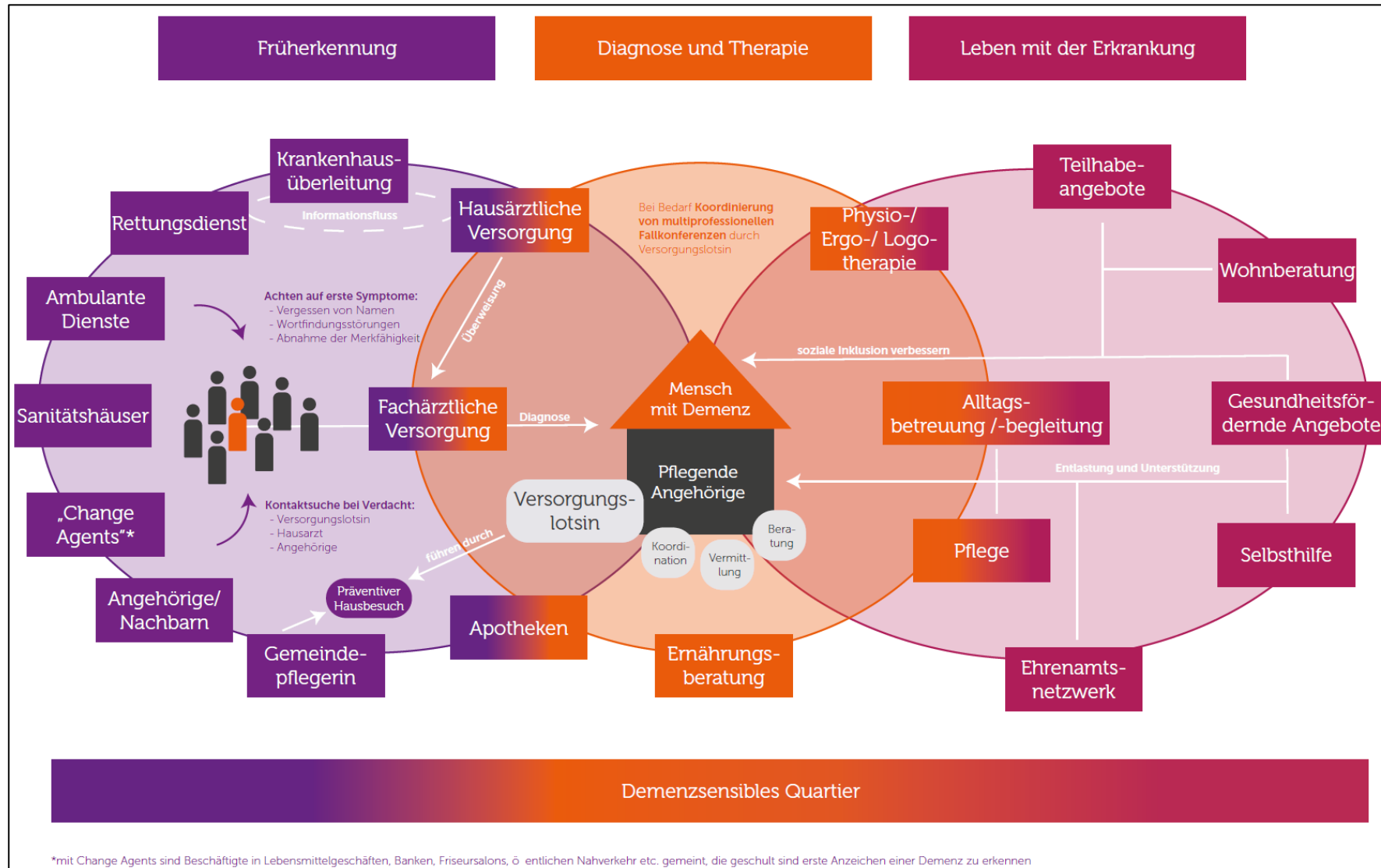
☐ Impfpass

☐ Allergiepass

Allergie gegen:

Datum, Unterschrift

Anlage 10: Versorgungspfad Demenz



Anlage 11: Ergebnis Imbalance Test der Routinedaten

<pre> > #II. IMBALANCE-TESTS - IG VS. ALL 7 PLZ----- > #Computing indices of covariate imbalance before matching----- > ### 1. Standardized difference > treated <- Matchingdaten %> % + mutate(., treated = IG_KG==1) %> % + pull(., treated) > cov <- Matchingdaten %> % + select(.,c(-1,-3,-4,-6,-10)) > std.diff <- apply(cov,2,function(x) 100*(mean(x[treated]) + mean(x[!treated]))/(sqrt(0.5*(var(x[treated]) + var(x[!treated]))))) > abs(std.diff) KNZ_DEMENZ ALTER_2022 GE- SCHLECHT_num PFLEGEGRAD_num CCI2019 0.8690688 2.7614159 3.3353944 3.1959957 9.0002651 > > #No imbalance between IG and all 7 PLZ > #All scores are below 25! > > ### 2. chi-square test > if(!requireNamespace("Rltools", quietly=TRUE)) + install.packages("Rltools") > library("Rltools") > > xBalance(IG_KG ~ KNZ_DEMENZ + ALTER_2022 + GESCHLECHT_num + PFLEGEGRAD_num + CCI2019, + data = Matchingdaten, + report = c("chisquare.test")) ---Overall Test--- chisquare df p.value unstrat 2.07 5 0.84 > > > > > #non-significant overall-test: > #indicates that there is no imbalance between the IG and overall KG - > #at least regarding the selected variables </pre>	<pre> > #3. Logistic regression model to calculate the propensity score > ps <- glm(IG_KG ~ KNZ_DEMENZ + ALTER_2022 + GESCHLECHT_num + PFLEGEGRAD_num + CCI2019, + data = Matchingdaten, + family = binomial()) > summary(ps) Call: glm(formula = IG_KG ~ KNZ_DEMENZ + AL- TER_2022 + GESCHLECHT_num + PFLEGEGRAD_num + CCI2019, family = bino- mial(), data = Matchingdaten) Deviance Residuals: Min 1Q Median 3Q Max -0.6468 -0.5436 -0.5262 -0.5041 2.1604 Coefficients: Estimate Std. Error z value Pr(> z) (Intercept) -2.237916 0.839017 -2.667 0.00765 ** KNZ_DEMENZ -0.011174 0.173172 -0.065 0.94855 ALTER_2022 0.003122 0.010116 0.309 0.75757 GESCHLECHT_num -0.061452 0.166359 -0.369 0.71183 PFLEGEGRAD_num -0.045857 0.073872 -0.621 0.53476 CCI2019 0.025671 0.020023 1.282 0.19983 --- Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1 (Dispersion parameter for binomial family taken to be 1) Null deviance: 1097.3 on 1400 degrees of freedom Residual deviance: 1095.2 on 1395 degrees of freedom AIC: 1107.2 Number of Fisher Scoring iterations: 4 </pre>
--	---