



Hochschule
Zittau/Görlitz
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Westsächsische Hochschule Zwickau
University of Applied Sciences

Fakultät für Sozialwissenschaften

Fakultät für Gesundheits- und Pflegewissenschaften

Zwischenbericht der Evaluation des Projekts

„Modellregionen für die geriatriische Versorgung in Sachsen“

gefördert durch

STAATSMINISTERIUM
FÜR SOZIALES UND
VERBRAUCHERSCHUTZ



Freistaat
SACHSEN

Prof. Dr. Andreas Hoff
Prof. Dr. Gisela Thiele
Dipl.-Soz.-Arb. Katja Knauthe

Prof. Dr. Martin Grünendahl
Prof. Dr. Beate Mitzscherlich
Dipl.-Psych. Anke Jakob
Bc. Andreas Spielbauer

Mai 2012

Inhalt

1. Ziele der Netzwerkevaluation (Hoff)	3
2. Evaluationskonzept und Stand der Evaluation (Grünendahl/Mitzscherlich)	4
3. Context - Strukturbeschreibungen der Regionen (Thiele)	7
4. Quantitative Netzwerkbefragung (Hoff/Knauthe)	17
5. Qualitative Beschreibung der Netzwerke – Fallporträts (Mitzscherlich/Jakob/Spielbauer)	44
6. Vergleich der Modellregionen (Mitzscherlich/Grünendahl)	67

Tabellenverzeichnis

Tabelle 4.1: Stichprobengröße und Rücklaufquote	18
Tabelle 5.1: Synopse Struktur und Aktivität der Modellregionen	63

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3.1: Landkarte der Stadt Chemnitz	7
Abbildung 3.2: Landkarte Landkreis Meißen	9
Abbildung 3.3: Landkarte Landkreis Görlitz	11
Abbildung 3.4: Landkarte Leipziger Land	13
Abbildung 3.5: Landkarte Stadt Leipzig	15
Abbildung 4.1: Arbeitsbereiche der Befragungsteilnehmer	19
Abbildung 4.2: Tätigkeitsprofile der Befragungsteilnehmer	20
Abbildung 4.3: Zufriedenheit mit der geriatrischen Versorgung	21
Abbildung 4.4: Unzufriedenheit mit der geriatrischen Versorgung	22
Abbildung 4.5: Zufriedenheit mit der geriatrischen Versorgung nach Region	23
Abbildung 4.6: Unzufriedenheit mit der geriatrischen Versorgung nach Region	25
Abbildung 4.7: Veränderung der geriatrischen Versorgung	27
Abbildung 4.8: Verbesserung der geriatrischen Versorgung nach Region	28
Abbildung 4.9: Verschlechterung der geriatrischen Versorgung nach Region	29
Abbildung 4.10: Keine Veränderung der geriatrischen Versorgung nach Region	30
Abbildung 4.11: Maximale Zustimmung zu Zielen geriatrischer Netzwerke	32
Abbildung 4.12: Zustimmung zu Zielen geriatrischer Netzwerke nach Region	33
Abbildung 4.13: Erwartungen an das geriatrische Netzwerk	37
Abbildung 4.14: Erwartungen an das geriatrische Netzwerk nach Region	40

1 Ziele der Netzwerkevaluation

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) hat im Jahre 2009 ein neues Geriatriekonzept vorgelegt, um den Herausforderungen des demografischen Wandels im Freistaat Sachsen wirksam zu begegnen (SMS 2010). Dies geschah vor dem Hintergrund einer sich abzeichnenden dramatischen Bevölkerungsalterung im Freistaat. Aufgrund einer einzigartigen Kombination der sogenannten ‚Triebkräfte des demografischen Wandels‘ – Mortalität, Fertilität und Migration – ist der demografische Wandel hin zur Bevölkerungsalterung in Sachsen schon jetzt besonders weit vorangeschritten. Das Zusammenwirken der beiden Faktoren a) sinkende Mortalität bzw. Sterblichkeit, das heißt steigende Lebenserwartung – die zu einer steigenden Zahl älterer Menschen führt und b) sinkende Fertilität, das heißt zurückgehende Geburtenzahlen/-raten – die den Anteil von Kindern und Jugendlichen im Verhältnis zu älteren Menschen reduziert, hat die Bevölkerungsstruktur nachhaltig verändert. Schon heute leben in Sachsen vergleichsweise viele alte und ältere Menschen und relativ wenige junge und jüngere Menschen. Die Abwanderung vieler jüngerer Menschen in die wirtschaftlichen Zentren in Ost- und Westdeutschland verstärkt bzw. beschleunigt dieses strukturelle Ungleichgewicht – den vergleichsweise geringen Anteil jüngerer Menschen an der sächsischen Bevölkerung – noch.

Dementsprechend zeichnet sich der Freistaat Sachsen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt durch einen deutlich höheren Anteil älterer Menschen aus. Waren 2010 im Bundesdurchschnitt ein Fünftel der Bevölkerung 65 Jahre und älter, so liegt deren Anteil im Freistaat Sachsen schon heute ungefähr bei einem Viertel. Am ältesten ist die Bevölkerung im Durchschnitt im Regierungsbezirk Chemnitz (26% 65 Jahre und älter), gefolgt vom Regierungsbezirk Dresden (25%). Vergleichsweise „jung“ ist die Bevölkerung im Regierungsbezirk Leipzig (23% 65-Jährige und Ältere) (Eurostat 2010). In den nächsten 20 Jahren wird der Anteil älterer Menschen weiter steigen. Prognosen für das Jahr 2030 gehen von einem Anteil der 65-Jährigen und Älteren an der bundesdeutschen Gesamtbevölkerung von fast 28% aus – in Sachsen wird ihr Anteil dann schon bei mehr als einem Drittel liegen (bei 37% im Regierungsbezirk Chemnitz und bei 36% im Regierungsbezirk Dresden). Lediglich der Regierungsbezirk Leipzig wird mit einem Anteil von ca. 30% 65-Jähriger und Älterer unter dem sächsischen Durchschnitt, aber immer noch deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegen (Eurostat 2010). Problematisch ist diese Entwicklung u.a. deshalb, weil damit einhergehend ein deutlicher Anstieg der Zahl pflegebedürftiger Menschen erwartet wird, denen eine abnehmende Zahl potentiell Pflege leistender Menschen gegenüber steht.

Angesichts dieser unvermeidlichen demografischen Entwicklung hat sich der Freistaat Sachsen vertreten durch das SMS dazu entschlossen, die zukünftige geriatrische Versorgung in vier Modellregionen des Landes zu testen. Ziel der modellhaften Förderung von Geriatrienetzwerken in Sachsen ist es, eine effektivere, qualitätsgesicherte und patientennahe Versorgung zu fördern und die flächendeckende Übertragung der in den Modellregionen gewonnenen Erkenntnisse vorzubereiten. Ausgewählt wurden vier geriatrische Klinikstandorte, die stellvertretend für die regionale Vielfalt in Sachsen stehen: das Klinikum Chemnitz Geriatriezentrum, das Städtische Klinikum Görlitz mit dem Görlitzer Geriatriezentrum, die Geriatrische Rehabilitationsklinik Radeburg bei Dresden und das HELIOS Geriatriezentrum Zwenkau bei Leipzig. Neben der Rehabilitationsklinik Radeburg, deren geriatrisches Versorgungsangebot sich grundsätzlich von dem eines Schwerpunktkrankenhauses mit Geriatriezentrum unterscheidet, wurden Standorte ausgewählt, die verschiedene Versorgungskontexte abbilden. Während das Geriatriezentrum Chemnitz überwiegend die städtische Bevölkerung der Stadt Chemnitz versorgt, ist das HELIOS Geriatriezentrum in Zwenkau am Übergang zwischen Stadt (Leipzig) und Land (Südraum Leipzig) angesiedelt. Im Gegensatz dazu steht das Geriatriezentrum Görlitz stellvertretend für eine Versorgung im ländlichen Raum.

Eine der zentralen Zielstellungen des sächsischen Geriatriekonzepts (SMS 2010) ist die enge Vernetzung von ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen der Geriatrie und Altenhilfe. Dieser Ansatz resultiert aus der Einsicht, dass das übergeordnete Ziel, „...allen geriatrischen Patienten in Sachsen einen *wohnortnahen* Zugang zu einer hochwertigen und effizienten Diagnostik und Therapie inklusive rehabilitativer Angebote zu gewährleisten...“ (SMS 2010: 23) nur so realisiert werden kann.

Deshalb wird versucht, alle vorhandenen ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen in ‚geriatrischen Versorgungsnetzwerken‘ zu bündeln. Die zentrale Position innerhalb eines jeden geriatrischen Netzwerks soll dabei jeweils ein ‚geriatrisches Zentrum‘, d.h. ein regionales Schwerpunktkrankenhaus mit einer geriatrischen Klinik übernehmen. Es ist geplant, dass diese geriatrischen Zentren zu Schwerpunktversorgern innerhalb ihrer Region werden, die eine hochwertige medizintechnische Ausstattung und entsprechendes ‚Know How‘, stationäre geriatrische Versorgung sowie geriatrisches Fachpersonal vorhalten. Zudem kommt diesen Zentren eine Koordinierungsfunktion aller geriatrischen Dienstleistungen in der jeweiligen Region zu. Dadurch sollen Mehrkosten durch Mehrfachbehandlungen vermieden werden. Die Vernetzung mit anderen Anbietern ermöglicht zudem eine wohnortnahe Behandlung von Patienten, die auf deren soziales Umfeld Rücksicht nimmt und dieses ggf. in die Behandlung einbezieht.

2 Evaluationskonzept und Stand der Evaluation

Hintergrund und allgemeine Zielsetzungen

Ziel der modellhaften Förderung von Geriatrienetzwerken in Sachsen ist es, auf dem Weg zu einer effektiveren, qualitätsgesicherten und patientennahen Versorgung deutliche Schritte voranzukommen und zudem die flächendeckende Übertragung der in den Modellregionen gewonnenen Erkenntnisse vorzubereiten.

Unser Evaluationskonzept orientiert sich am CIPP-Modell von Stufflebeam (1983), das in einer Kombination mit dem Ansatz von Donabedian (1966) zu einer Betrachtung der Ebenen **Context** (Versorgungsregionen, Strukturqualität), **Input** (Maßnahmen der Netzwerke), **Process** (Umsetzung, Prozessqualität) und **Product** (Erfolgskontrolle, Ergebnisqualität) führt.

Die Evaluation findet dabei in den vier Versorgungsnetzwerken der beteiligten Modellregionen statt. Evaluert wird sowohl die Netzwerkstruktur als auch die Qualität der Versorgung auf Patientenebene. Ausgangspunkt bildet eine exakte Beschreibung der Modellregionen. Ausgehend von dieser Beschreibung werden Aufbau und Entwicklung der Netzwerke (Input und Output) sowie die Effekte für die Patienten (Outcome) überprüft.

Geplant waren **zwei Messzeitpunkte** (4. Quartal 2011, 1. Quartal 2013), deren Evaluationsergebnisse an die Netzwerke und die Auftraggeber der Evaluation zurückgemeldet werden. Nach inhaltlichen und Vertragsabsprachen mit dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz wurde die Evaluation dort am 1.9. 2011 beantragt und die Förderung des ersten Messzeitpunktes wurde mit Zuwendungsbescheid vom 20.9. 2011 bewilligt. Auf die Ergebnisse dieses ersten Messzeitpunktes bezieht sich der vorliegende Bericht. Im September und Oktober 2011 erfolgten erste Kontaktbesuche und Absprachen mit den Modellregionen, wobei das Vorgehen in der Evaluation besprochen wurde und die dafür notwendigen Erhebungsschritte konkretisiert wurden. Vorgehen und erste Ergebnisse wurden auch auf Koordinatorentreffen und Netzwerkkonferenzen dargestellt, wobei Bedarfe und besondere Problemlagen aus Sicht der Projekte sowohl bei den Fragebogenerhebungen als auch bei der Fallrekonstruktion partiell eingearbeitet wurde.

Beschreibung der Modellregionen (Context)

Um einen Vergleich der Regionen vornehmen zu können, ist zunächst eine klare Definition und strukturelle Beschreibung der Einzugsgebiete der Netzwerke notwendig. Dabei wird sowohl die demographische Entwicklung als auch die vorhandene Versorgungsstruktur analysiert, ergänzt um belastbare Daten zu Krankheits- und Pflegekosten (Kassendaten).

Die **Beschreibung der Strukturmerkmale** der Region wurde von Frau Prof. Thiele von der Hochschule Zittau/Görlitz in Zusammenarbeit mit den Projekten erarbeitet, sie befindet sich im **Kapitel 3** dieses Berichtes. Der Zugang zu Kassendaten konnte bisher nicht erreicht werden, obwohl es dazu zahlreiche Bemühungen speziell von Prof. Pihl von der Westsächsischen Hochschule Zwickau gab.

Netzwerkanalyse (Input und Output)

Hier stehen vor allem Fragen nach Struktur und Aktivitäten der Netzwerke im Vordergrund. Methodisch werden in einer Kombination von

- Fragebogenverfahren (Ist-Zustand und Zusammenarbeit aktiver und potentieller Netzwerkpartner),
- Interview mit den Netzwerkmanagern (Barrieren, Erfolgsfaktoren, Maßnahmen),
- Veranstaltungsanalyse (Fort- und Weiterbildungen, öffentliche und interne Veranstaltungen und Sitzungen, Internetaktivitäten) und
- Dokumentenanalyse (Qualitätssicherungsmaßnahmen wie Qualitätsstandards, Verfahrensweisungen und Versorgungskonzepte)

Aufbau und Output der Netzwerke evaluiert.

Auf dieser Ebene lag in der ersten Phase der Schwerpunkt der Evaluation. Um die Rahmenbedingungen und die Ausgangssituation der Netzwerkentwicklung beschreiben zu können, wurde zum einen eine umfangreiche standardisierte **Befragung der Netzwerkpartner (Kap. 4)** durchgeführt. Die Befragung der Netzwerkpartner wurde unter Mitarbeit von Katja Knauthe durch Prof. Hoff von der Hochschule Zittau/Görlitz koordiniert, wobei das Instrument in Rücksprache mit den Netzwerkkoordinatoren erstellt und von diesen Adressdatenbanken zur Verfügung gestellt wurden.

Zum anderen wurde die Netzwerkentwicklung auf der Basis von Experteninterviews mit den Netzwerkmanagern der einzelnen Modellregionen, sowie durch die Analyse von Dokumenten und Veranstaltungen erhoben und beschrieben. Dieser Evaluationsteil lag in der Verantwortung der Arbeitsgruppe um Prof. Mitzscherlich, die durch Anke Jakob und Andreas Spielbauer unterstützt wurde. Die **Interviews mit den Netzwerkkoordinatorinnen** fanden im Zeitraum Dezember 2011 - Februar 2012 statt, so dass je nach Einstellungsdatum mindestens drei Monate Netzwerkentwicklung reflektiert werden konnten. Zusätzlich (zum Evaluationskonzept) wurde jeweils ein Interview mit einem von den Projekten benannten Initiator des Modellvorhabens - in allen Fällen waren das die leitende Ärzte der Geriatriezentren- geführt, die wichtige Information zum Kontext, zur Vorgeschichte des Netzwerkes und zur konzeptuellen Ausrichtung des Netzwerkes beitragen konnten.

Alle Interviews wurden transkribiert und themenzentriert ausgewertet. Die Ergebnisse aus den Interviews gingen schwerpunktmäßig in die Prozessbeschreibungen ein und wurden mit den Informationen aus der Dokumenten- und Veranstaltungsanalyse im Rahmen einer Prozessbeschreibung zu **Fallporträts der einzelnen Modellregionen (Kap. 5)** verdichtet. Weitere Basis der Prozessbeschreibung und Bewertung im Rahmen der Fallporträts und der vergleichenden Betrachtung waren die **Dokumentenanalysen**, wozu alle Projekte zum Stichtag 31.1.2012 befristete Unterlagen einreichten. In die Auswertung gingen in allen Fällen ein: Adressdatei(en) bzw. Datenbank(en) der Netzwerkpartner (Stand 31.1.), eine chronologische Auflistung aller wesentlichen netzwerkorientierten Aktivitäten im Zeitraum 2011 - 31.1.2012, sowie Einladungen und Protokolle von Arbeitsgruppentreffen bzw. Netzwerkkonferenzen.

Zusätzlich konnten die Projekte Pressemitteilungen, Präsentationen, Flyer u.a. Unterlagen der Öffentlichkeitsarbeit einreichen. In die Betrachtung einbezogen wurden auch erste Produkte bzw. vorliegende Entwürfe für Produkte wie Überleitungsbögen, Feedback-Bögen, Gesundheitsmappe, Instrumente für das geriatrische Assessment u.a.. Die Internet-Plattformen der Projekte waren zum Zeitpunkt 31.1.2012 meist noch nicht verlinkt/extern zugänglich. Hinweise auf die Arbeit der Netzwerke in den Präsentationen der Träger wurden mit einbezogen. Meist bezogen diese sich zunächst auf die Gründung der Netzwerke, erste Netzwerkkonferenzen, Pressemitteilungen zu öffentlichen Aktivitäten wie Sächsischer Geriatrietag u.ä.. Zu einem späteren Zeitpunkt konnten auch die Internetpräsentationen eingesehen werden. Auf der Basis der Fortführung dieser Dokumentenanalyse kann im Sommer 2013 die Entwicklung der Netzwerke bezüglich Reichweite, Nachhaltigkeit und Verstetigung, sowie Entwicklungen/Veränderungen in der inhaltlichen Ausrichtung der Projekte beschrieben werden.

Patientenebene (Outcome)

Um die Effekte der Netzwerke auf die tatsächliche Versorgung darzustellen, sollen zu den zwei Messzeitpunkten Zufallsstichproben von Patienten analysiert werden. Mit Daten der Krankenkassen werden Menschen, die noch im gewohnten häuslichen Umfeld leben oder die im Pflegeheim zu Hause sind, hinsichtlich ihrer Gesundheit und der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen beschrieben. Als Einschlusskriterien dienen dabei ein Alter von mindestens 80 Jahren und eine vorhandene Multimorbidität (mindestens 8 Diagnosen). Im ersten Messzeitpunkt werden Personen, die in den letzten 6 Monaten stationär behandelt wurden, ausgeschlossen, um Effekte des in 2011 begonnenen Netzwerkaufbaus zu kontrollieren. Als Gruppengröße ist aus Gründen der Effektstärke und der Subgruppenbildung eine Zahl von jeweils 100 Patienten je Zentrum (Gesamt-n=400) sinnvoll.

Erfasst werden sollen die Lebenssituation (Wohnort, Familienstatus), die Gesundheit (Diagnosen, Pflegebedürftigkeit) sowie die erhaltene medizinische Versorgung in den letzten 24 Monaten (Arztkontakte (Häufigkeit, Hausarzt, Facharzt), Stationäre Aufenthalte (Krankenhaus und Rehabilitation), evtl. Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel). Auf dieser Ebene konnten bisher keine Daten erhoben und ausgewertet werden, da sich der Zugang zu den Kassendaten als deutlich schwieriger erwiesen hat als ursprünglich abgesprochen.

Ergänzend zu diesen retrospektiven Analysen werden in jeder Region typische Verläufe prospektiv analysiert. Dafür werden je Zentrum eine Anzahl von n=10 Patienten (Gesamt-n=40) angestrebt, die dann über den gesamten Zeitraum der Evaluation verfolgt werden. An diesen prototypischen Fallrekonstruktionen können vor allem Schnittstellenprobleme erkannt und bearbeitet werden. Für die **Rekonstruktion von Versorgungsverläufen** wurden gemeinsam mit den Projekten wesentliche Kriterien definiert und Instrumente entwickelt (Stammblatt, Zustimmungserklärung, Erstinterview) sowie die benötigten Patientenstichproben rekrutiert. Aufgrund der erwarteten Mortalität wurde für die Ersterhebung von n=15 Personen ausgegangen. In allen Zentren liegt eine ausreichend Anzahl an Zustimmungserklärungen vor, so dass im Mai 2012 mit der Durchführung der Erstinterviews begonnen werden konnte. Eine Beschreibung von (exemplarischen) Versorgungsverläufen innerhalb des Netzwerkes kann dann im nächsten Bericht geliefert werden.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt lassen sich also Aussagen über die Ausgangssituation der einzelnen Modellregionen (Strukturbeschreibung), die Situationseinschätzung und die Erwartungen der bis Herbst 2011 involvierten Netzwerkpartner und über den Umfang bzw. die Reichweite der ersten Aktivitäten und Entwicklungen der Netzwerkarbeit in den Modellregionen treffen, woraus im Rahmen der Fallporträts auch Empfehlungen an die einzelnen Modellprojekte gerichtet werden. Eine grundsätzliche Bewertung auf der Outcome-Ebene oder ein Vergleich der Regionen bezüglich der durch die Netzwerkarbeit erzielten Effekte ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht möglich, sondern erfordert den im Rahmen des zweiten Messzeitpunktes erhobenen Verlauf, sowohl auf der Ebene der Netzwerkpartner (Fragebogenerhebung), der Netzwerkaktivitäten und deren Begründung und Bewertung, sowie auf der Ebene der Patientenverläufe.

3. Context – Strukturbeschreibung der Regionen

3.1 Chemnitz



Abb. 3.1: Landkarte der Stadt Chemnitz

Die Stadt Chemnitz befindet sich im Westen des Freistaates Sachsen. Sie liegt am Nordrand des Erzgebirges im Erzgebirgsbecken. Die Stadt ist nordöstlich vom Landkreis Mittelsachsen, südwestlich vom Landkreis Zwickau und südlich vom Erzgebirgskreis umgeben. Mit etwa 243.000 Einwohnern ist sie nach Dresden und Leipzig die drittgrößte Stadt und eines der sechs Oberzentren des Freistaates. Chemnitz ist kreisfreie Stadt und Sitz der gleichnamigen Landesdirektion. Der Name der Stadt, die von 1953–1990 „Karl-Marx-Stadt“ hieß, leitet sich vom Fluss gleichen Namens „Chemnitz“ ab, der durch die Stadt fließt.

Ein vielfältiger Branchenmix bestimmt das Wirtschaftsleben, das vor allem durch den Maschinen- und Fahrzeugbau geprägt ist. Vor allem seine zentrale Lage in der Mitte des Freistaates Sachsen, die gute infrastrukturelle Anbindung an das überregionale Verkehrsnetz bedingen, dass der Landkreis zu den stärksten Wirtschaftsregionen Sachsens zu zählen ist. Wichtige Industriestandorte sind noch heute Burgstädt, Limbach-Oberfrohna, Grüna oder Hartmannsdorf, die die kreisfreie Stadt Chemnitz umschließen.

Die bisher höchste Einwohnerzahl erreichte Chemnitz am Ende des Jahres 1983 mit 318.917. Eine Prognose der Bertelsmann Stiftung geht davon aus, dass im Jahre 2025 mit einer Bevölkerung von 208.419 gerechnet werden muss, was einer Reduktion zur aktuellen Zahl um ca. 15% entspricht. Die Stadt Chemnitz kann demzufolge nicht wie Dresden und Leipzig mit einer Aufwärtsentwicklung hinsichtlich der Einwohnerzahlen rechnen.

Die Entwicklung der Altersstruktur verweist auf den allgemeinen Trend des Übergangs von einer jungen in eine alte Gesellschaftsstruktur. Während 1990 der Anteil der bis 14 Jährigen noch über 15% betrug, ist er 2010 auf 10% gesunken. Im Gegensatz dazu ist der Anzahl der über 65 Jährigen im gleichen Zeitraum von 15% auf 27% gestiegen.

Versorgungsangebote in Chemnitz

In der Stadt Chemnitz befinden sich auf der Flemmingstraße das Klinikum, in Rabenstein das DRK Krankenhaus, die Zeisigwaldklinik Bethanien, die Klinik Carolabad, Zentrum für Psychosomatik und Verhaltensmedizin und der Magdalenenstift, Reha- Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängige Männer.

Chemnitz-geriatrische Initiativen

- Klinikum Chemnitz gGmbH, Geriatriezentrum/Ärztliche Leitung: OA Dipl. Med. Matthias Forbrig/
- Verwaltungsleitung: Ludwig Heinze/Pflegeleitung: Hannelore Siebenborn/Anschrift: Dresdner Straße 17/Tel.: 0371/333-114 23/Fax: 0371/ 333-114 71/E-Mail:geriatrie@skc.de
URL:www.klinikumchemnitz.de

Unterstützungsnetzwerk Pflege_C

- Das Unterstützungsnetzwerk will eine möglichst weit reichende und strukturierte Verknüpfung aller im Bereich Pflege, Versorgung, Betreuung und Beratung von Menschen mit Unterstützungsbedarf arbeitenden Partner erreichen und dabei vor allem konkrete sozialräumliche Netzwerke bilden. Schwerpunkt soll die wohnortnahe Unterstützung von Ratsuchenden und deren Angehörigen sein. Die Beratungsstellen im Unterstützungsnetzwerk Pflege_C bieten trägerunabhängige Auskünfte und Informationen zu: allgemeinen Sach-und Rechtsfragen rund um das Alter, den verschiedenen Sozialleistungen, Vermittlungsstellen weiterer Leistungsträger, z. B. Pflegekassen, Rentenversicherungen, Sozialamt, den verschiedenen Leistungsanbietern.

VBAD e.V. Verein zur Betreuung Angehöriger Demenzkranker (VBAD) e.V.

Dienstanbieter dieser Seiten ist der Verein zur Betreuung Angehöriger Demenzkranker e.V., vertreten durch: den Vorsitzenden, Herrn Hartmut Decker und die stellvertretende Vorsitzende, Frau Simona Buschmann/inhaltlich Verantwortlicher gemäß § 10 Absatz 3 MDStV: Herr Holger Beyer z.H. Holger Beyer/Telefon: 03 73 41/48 99 26/Chemnitzer Straße 64/E-Mail:kontakt@vbad.de, 09427 Ehrenfriedersdorf Internet:http://vbad.de http://vbad.de/letzter Zugriff:9.11.15:22

3.2 Landkreis Meißen



Abb. 3.2: Landkarte Landkreis Meißen

Der Landkreis Meißen befindet sich in der nördlichen Mitte des Freistaates Sachsen. Die Elbe durchzieht viele Städte und Gemeinden. Nachbarkreise sind im Norden die brandenburgischen Landkreise Elbe-Elster und Oberspreewald-Lausitz, wo sich der Gerontopsychiatrisch-Geriatrie Verbund befindet (s. S. 5). Im Osten schließt sich der Landkreis Bautzen, im Südosten die Stadt Dresden, im Süden der Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge, im Südwesten der Landkreis Mittelsachsen sowie im Nordwesten der Landkreis Nordsachsen an. Der Landkreis ist insofern von der Versorgungslage her zwar autonom, hat aber mehrere Schnittstellen zu geriatrischen Einrichtungen, die im Bedarfsfall mit genutzt werden können.

Der Landkreis Meißen umfasst das Kerngebiet der einstigen Markgrafschaft Meißen. 1996 wurde er zunächst mit Teilen des Landkreises Dresden-Land gebildet. 2008 wurde dann der Landkreis Riesa-Großenhain zum neuen Landkreis Meißen zusammengeschlossen.

Wirtschaftlich nimmt der Landkreis eine führende Rolle unter den sächsischen Landkreisen ein, wenn auch nach der Wende die Anzahl der Arbeitsplätze nicht mehr erreicht werden konnte. Durch die Nähe zu Dresden profitiert die Region insbesondere vom produzierenden und verarbeitenden Gewerbe, von Landwirtschaft und Weinbau sowie vom Tourismus. Industrie und Gewerbe haben sich vor allem um die fünf Großen Kreisstädte Meißen, Riesa, Großenhain, Coswig und Radebeul herum etabliert. Landwirtschaftlich ist der Landkreis durch die günstigen Bodenverhältnisse und dem Anbau von Obst- und Gemüsesorten gekennzeichnet, während der unter Kennern geschätzte und weithin bekannte Wein der Region an den nördlichen Elbhängen gedeiht.

Die Bevölkerungsentwicklung ist laut Statistischem Landesamt bis 2025 um bis zu 15% rückläufig, wobei die Verdichtungsräume selbst weniger betroffen sind als die ländlichen Regionen. Der Rückgang der Bevölkerungsentwicklung vollzieht sich im Landkreis Meißen allerdings etwas langsamer als in der Modellregion Görlitz, wo mit einer Abnahme, je nach der berechneten Variante, von bis zu 20% gerechnet werden muss.

Ansprechpartner im Landkreis Meißen

- **Sozialamt** Amtsleiterin Frau Seifert/Loosestraße 17/19 Haus/01662 Meißen/sozialamt@kreis-meissen.de,
- **Gesundheitsamt** Frau DM Albrecht/Georgenstraße 4/01097 Dresden Telefon: 0351/8178124/Fax: 0351/8178118/E-Mail: gesundheitsamt@dresden.de,

Seniorenansprechpartner

- Brauhausstr. 21 (Sozialamt) 01662 Meißen (0 35 21) 75 58 25: Mo: 09.00-11.30 Di: 09.00-11.30/ 14.00-18.00 Do: 09.00-12.00: Sozialberatung
- **Altenhilfeplan** ist von 2001 und sollte dringend neu erarbeitet werden.

Versorgungsangebote im Landkreis

Landkreis Meißen

- Selbsthilfegruppen:
- Meißner Selbsthilfegruppe Demenz e.V./Standort: Meißen.

Netzwerke

- Netzwerk SAPV – Spezialisierte Ambulante Palliativ Versorgung (Riesa)
- Netzwerk Demenz Radebeul (Initiator Familieninitiative Radebeul)
- Arbeitskreis Seniorentag Meißen.

Sonstiges

- Sozialpsychiatrischer Dienst LK Meißen/Standorte: Meißen, Radebeul, Coswig.

Landkreis Bautzen

- Selbsthilfegruppen:
- Diabetiker Selbsthilfegruppe/Standort: Radeberg und Umgebung.

Netzwerke

- NEGUS Bautzen.

Sonstiges

- Ärztestammtisch/Standort: Radeberg.

Ansprechpartner in Radeburg

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

- Die Gerontopsychiatrie bietet ein zeitgemäßes und differenziertes Angebot für ältere Menschen (ab 65 Jahren) mit psychischen Erkrankungen und seelischen Störungen. Sie besteht aus einer teilweise beschützten und einer offenen Station mit jeweils 22 Betten in Ein- und Zweibettzimmern, stationsintegrierter Tagesklinik mit bis 3 Plätzen, Nachtcafé.
- Oberärztin: Frau Dr. med. Claudia Werthmann.

3.3 Landkreis Görlitz

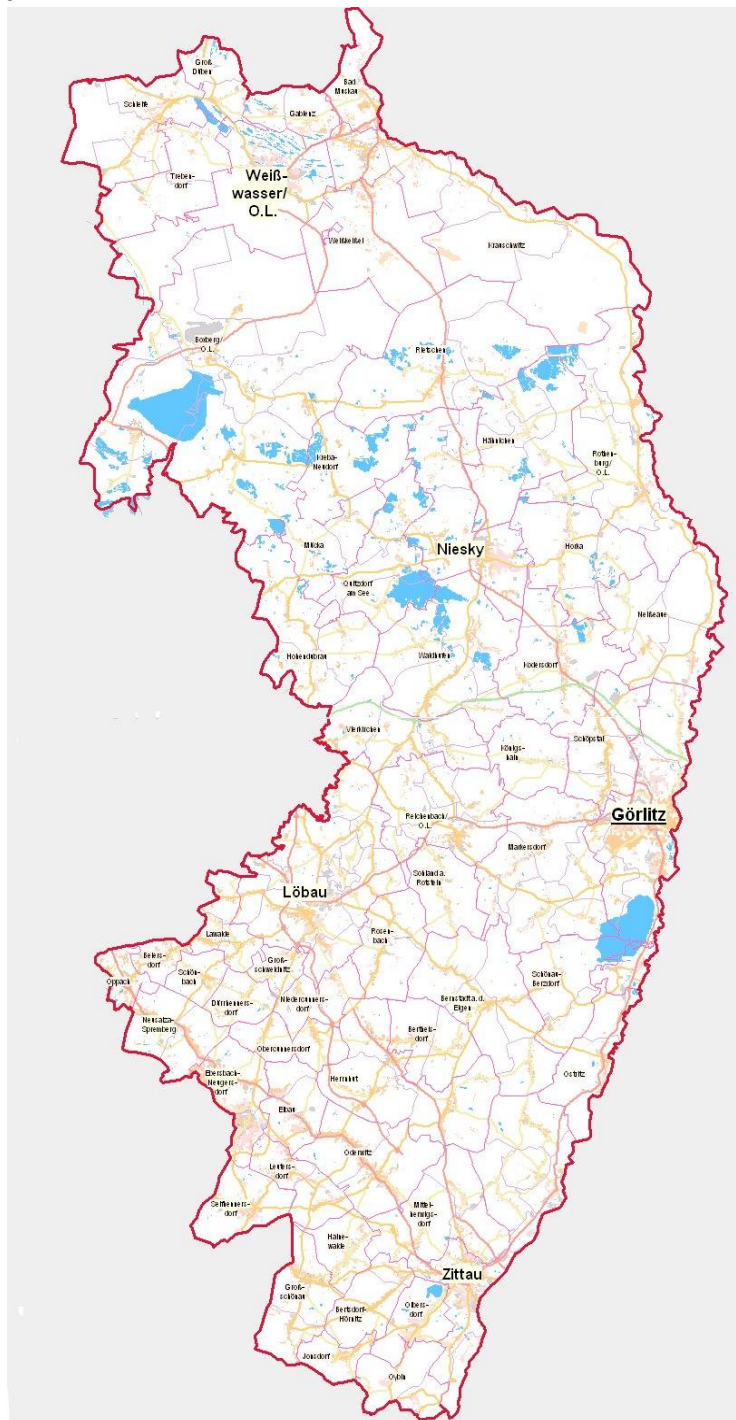


Abb. 3.3: Landkarte Landkreis Görlitz

Der Landkreis Görlitz entstand im Zuge der sächsischen Kreisreform 2008, indem der Niederschlesische Oberlausitzkreis, die Stadt Görlitz und der Landkreis Löbau-Zittau zusammengelegt worden sind. Der Landkreis Görlitz ist der östlichste Landkreis Sachsens und Deutschlands. Große Kreisstädte sind neben dem Kreissitz in Görlitz im Norden Weißwasser, nordwestlich Niesky, westlich Löbau und Zittau befindet sich im Süden. Der Kreis liegt im östlichen Teil der Oberlausitz, gehört zum Direktionsbezirk Dresden und ist Mitglied der Euroregion Neiße.

Der Landkreis Bautzen grenzt im Westen an, der brandenburgische Landkreis Spree-Neiße im Norden, die polnischen Landkreise Żary (Woiwodschaft Lebus) und Zgorzelec (Woiwodschaft Niederschlesien) befinden sich im Osten des Landkreises Görlitz und die tschechischen Regionen Liberec und Ústí beschließen ihn im Süden. Es ist der Landkreis Sachsens, der die größte Nord-Süd-Ausdehnung hat. Am Kottmar, einem Berg von 583m Höhe, entspringt eine der Spreequellen, die den Westen des Landkreises durchzieht. Neben der Lausitzer Neiße im Osten befinden sich die Mandau, das Löbauer Wasser sowie der Weiße und der Schwarze Schöps im Landkreis. Aufgrund von Flutungen der ehemaligen Braunkohletagebauegebiete entstanden beispielsweise der Bärwalder- sowie der Berzdorfer See, der sich direkt an die kreisfreie Stadt Görlitz anschließt.

Die Wirtschaft ist durch seine Lage an der Grenze zu Polen und Tschechien durch die Herausforderungen deutsch-polnisch-tschechischer Wirtschaftsbeziehungen in den Schlüsselbranchen Metallbau, Kunststoffindustrie, Glasindustrie und erneuerbare Energien gekennzeichnet. Ziel ist es, einen gemeinsamen trinationalen Wirtschaftsraumes um den Landkreis herum zu etablieren.

Gravierend negativ werden sich die Entwicklungen der Einwohnerzahlen im Landkreis Görlitz verändern. Nach der Hochrechnung des statistischen Landesamtes werden diese bis 2025 auf 60% des Niveaus von 1990 sinken. Auch die Einkommensstruktur wird sich infolge der drastischen Entwicklungen negativ verändern. Der Anteil der Arbeitslosenempfänger und die der Rentner ist gegenüber ihrem durchschnittlichen Anteil in Sachsen größer und beträgt rund 30%.

Ansprechpartner im Landkreis Görlitz

- Einteilung in **Sozialräume**,
- regelmäßige Sozialraumkonferenzen in den 7 Sozialräumen,
- **Sozialamt** Herr Matthias Schmidt, Telefon: 03583/72-1700,
- **Gesundheitsamt** Dr. med. Christoph Ziesch, Telefon: 03581/663-2601,
- **Seniorenbeirat** Dr. Brigitte Pohl/Konsulstr. 9/02826 Görlitz/Telefon: 3581/404012/E-Mail: rose-maria-zock@gmx.de
- **Altenhilfeplan** Es existiert eine Pflegebedarfsprognose bis zum Jahr 2020, die von der Fakultät Sozialwissenschaften der HS Zittau/Görlitz bereits 1996 für die Stadt Görlitz erarbeitet worden ist. Des Weiteren gibt es Handlungsempfehlungen für die Altenhilfe und die Bewältigung des demographischen Wandels für den ehemaligen Landkreis Löbau-Zittau vom November 2006.

Versorgungsangebote im Landkreis Görlitz

Görlitz –geriatrische Initiativen

- Städtisches Klinikum Görlitz gGmbH, Akutgeriatrie der Medizinischen Klinik
- Ärztliche Leitung: CA Dr. med. W. Wilke, Medizinische Klinik; OA Dr. med. S. Zeller, Leiter der Abteilung Geriatrie/Geschäftsführung /Verwaltungsleitung: Ing.-oec. Ulrike Holtzsch/Anschrift: Girbigdorfer Straße 1-3, 02828 Görlitz/Tel.: 03581/371551, Fax: 03581/371538/E-Mail:wilke.wolfgang@klinikum-goerlitz.de/URL:www.klinikum-goerlitz.de
- Träger: Klinikum Görlitz gGmbH/Girbigdorfer Straße 1-3, 02828 Görlitz

Der Landkreis Leipzig ist 2008 im Rahmen der sächsischen Kreisreform aus dem Zusammenschluss des bisherigen Muldentalkreises mit dem Landkreis Leipziger Land entstanden. Er befindet sich im Nordwesten Sachsens und schließt sich im Norden an die kreisfreie Stadt Leipzig an. Im Norden und Osten befindet sich der Landkreis Nordsachsen und südöstlich der Landkreis Mittelsachsen. Im Westen bzw. Südwesten grenzen die Bundesländer Sachsen-Anhalt und Thüringen an. Die Mulde, Pleiße und die Weiße Elster sind Flüsse, die den Landkreis durchqueren. Besonders hervorzuheben sind die vielen kleineren und größeren Seen im Westen des Kreises, die auf Grund von Flutungen der ehemaligen Braunkohletagebauegebiete entstanden sind und die das Leipziger Neuseenland bilden.

Wirtschaftlich ist der Landkreis, der insbesondere durch die Messestadt Leipzig profitiert, durch zahlreiche Industrie- und Gewerbeansiedlungen gekennzeichnet. Die Landwirtschaft ist schon seit Jahrhunderten in den angrenzenden Gemeinden wie dem Muldenland, der Dahlemer Heide und dem Kohrener Land aufgrund günstiger Bodenbedingungen besonders ausgeprägt. Die ehemalige Bergbauregion im Süden Leipzigs hat sich zu einem bedeutenden Gewerbe- und Erholungsgebiet entwickelt. Energie, Chemie und weiterhin der Bergbau sind hier die dominierenden Branchen.

Ansprechpartner im Landkreis Leipziger Land

- Einteilung in **Sozialräume**,
- regelmäßige Sozialraumkonferenzen in den 7 Sozialräumen,
- Teilnahme der Bürgerschaft gering,
- **Sozialamt** - Frau Kessler – Federführung für die Entstehung des **Pflegenetzwerks** Leipziger Land [seit 2010],
- **Gesundheitsamt** - Frau Dipl. med. Schäpling,
- **KISS/ Beratungsstelle** für Betroffene und Angehörige sowie Selbsthilfegruppen – Frau Severin (Tumorberatungsstelle),
- Es gibt einen **Seniorenbeirat** - er ist nicht mehr aktiv, da Berufene krank und aufgrund beruflicher Neuorientierung dieser ehrenamtlichen Tätigkeit sich derzeit nicht widmen können.
- Neuberufung des Seniorenbeirats im Frühjahr 2012 –Rücksprache mit Sozialsamtsleitung Frau Kessler bereits gehalten.
- **Altenhilfeplan** vorhanden.

Versorgungsangebote im Landkreis

Im Landkreis Leipzig existieren vier Krankenhäuser, die insbesondere der Regelversorgung verpflichtet sind. Das betrifft die beiden privaten Helios Kliniken Leipziger Land, bestehend aus der Helios Klinik Borna und der Helios Klinik Zwenkau (mit Geriatriezentrum) sowie den beiden Muldentalkliniken in Grimma und Wurzen in der Trägerschaft des Landkreises. Hinzu kommt das Fachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie in Zschadraß und das Neurologische Rehabilitationszentrum in Bennewitz mit 40 Akutbetten.

Des Weiteren gehören zum Versorgungsnetzwerk die Sachsenklinik in Bad Lausick, eine Rehabilitationsklinik für Orthopädie, Neurologie und Psychosomatik und die Median Klinik, eine weitere private Rehabilitationsklinik für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Orthopädie. Im Norden in Naunhof befindet sich die Sachsen-Klinik, eine Rehabilitationsklinik für Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates und das Fachklinikum Brandis, ebenfalls eine Rehabilitationsklinik, die auf orthopädische sowie rheumatologische Erkrankungen spezialisiert ist und auf Psychosomatik und Neurologie.

Entstehung folgender Arbeitsgruppen vor dem GeriNet:

- AG Demenz,
- AG Pflegeüberleitung.

Stadt Leipzig



Abb. 3.5: Landkarte Stadt Leipzig

Gegenüber anderen schrumpfenden Großstädten wächst die Stadt Leipzig langsam, aber stetig. Die Bevölkerungszahl hat sich in den letzten neun Jahren um 5% erhöht. Seit 2005 erreicht sie mit 500.000 Einwohnern wieder die Sollzahl, die für eine Großstadt erreicht werden muss. Zu verdanken ist diese Entwicklung der regen Handelstätigkeit als seit Jahrhunderten alter Messestandort.

Die bereits beschriebenen Positiv- und Negativentwicklungen der Bevölkerung bestätigen sich, auch wenn das Saldo der Geburten- und Sterbefälle berücksichtigt wird. Gewinne über 8% werden in den Stadtbezirken Südvorstadt, Schleußig und Gohlis Süd verzeichnet, während ein Negativsaldo in etwa gleicher Ausprägung in Grünau Ost und Mitte sowie in den Bezirken Thekla, Wahren, Neulindenu und Zentrum Ost beobachtet wird. Der Anteil an Migranten und Ausländern mit Migrationshintergrund ist wie in allen ostdeutschen Großstädten sehr gering. In den einzelnen Altersgruppen werden maximal bis zu 550 Personen männlichen und weiblichen Geschlechts erreicht.

Ansprechpartner im Landkreis Leipziger Land

- **Gesundheitsamt Leipzig** – Frau Dr. Krause-Döring, **KISS/ SHG- Kontakt- und Beratungsstelle** – Frau Klass, **Gesunde Städte Netzwerk Leipzig** seit Mai 2011,
- **Seniorenbeauftragte der Stadt Leipzig** – Frau Motzer, Aufnahme in den Altenhilfeplan von einer Umstrukturierung der offenen Altenhilfe (Positionspapier - Neuordnung der Altenhilfe in der Stadt Leipzig/ Altenhilfeplan),
- **Seniorenbeirat der Stadt Leipzig** – Frau Gruner (Positionspapier 2008/ Altengerechtes Wohnen im Quartier),
- **Städtische** Versorgungs – und Beratungsstrukturen (Sozialamtsleitung - Frau Kader-Probst/ Stadt und Sozialplanung),
- **Paritätische** Versorgungs – und Beratungsstrukturen (Vertretung über Bundesverband/ Landesvertretung),
- **Private** Versorgungs – und Beratungsstrukturen (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. – Landesgeschäftsstelle in Leipzig, Landesbeauftragte Frau Kallé),
- **Studien und Pilotprojekte** an der Universität Leipzig (Prof. Riedel-Heller, Prof. Brähler, Prof. Radic etc.) sowie Fachhochschule Leipzig (Prof. Grande, AGNES, Gesundheitsladen etc.).

Versorgungsangebote in der Stadt Leipzig

vorhandene Netzwerkstrukturen

(GGV, GA, SA, Gesunde Städte Netzwerk Leipzig, Quartiersmanagement, Modellprojekte, Palliativnetzwerk, Pflegenetzwerk Leipzig (...),

Gerontopsychiatrische geriatriische Verbände (GGV)

Federführung durch den Psychiatriekoordinator Herrn Seyde, Netzwerkstruktur wurde Ende der neunziger Jahre von Berlin (unter Mithilfe von Herrn Klein/ Klinikum Hedwigshöhe) nach Leipzig gebracht und schlussendlich durch Herrn Seyde implementiert.

Modellprojekt von 2008 bis 2010 – Pflegevernetzung

- *keine Verstetigung* der Koordinierungsstelle im Gesundheitsamt erfolgt,
- Ergebnis: Das Pflegehandbuch Leipzig, käuflich zu erwerben 39,90 €,

4. Quantitative Netzwerkbefragung

Die vorliegende Netzwerkbefragung präsentiert die Ergebnisse der ersten Fragebogenerhebung in den vier Modellregionen. Der Schwerpunkt der Darstellung wird dabei auf regionale Unterschiede und Gemeinsamkeiten gelegt. Befragt wurden die Mitglieder der sich im Aufbau befindlichen vier geriatrischen Netzwerke, also Vertreter/innen der verschiedenen an der Versorgung geriatrischer Patienten beteiligten Akteure, nicht geriatrische Patienten oder deren Angehörige selbst. Deren Perspektive wird mit Hilfe anderer Instrumente der Evaluation erfasst.

4.1 Methodik und Stichprobenbeschreibung

Im Folgenden wird zunächst die in der Netzwerkbefragung angewandte Methodik erläutert sowie die Stichproben an den vier Modellstandorten beschrieben. Bei der Befragung war es entscheidend, dass an den vier Standorten dasselbe Instrument zum Einsatz kam. Aufgrund der zu erwartenden größeren Anzahl von Befragungsteilnehmer/innen schied ein qualitatives Forschungsdesign als Methode aus. Ein voll standardisierter, stark strukturierter Kurzfragebogen war angesichts des Anforderungsprofils das am besten geeignete methodische Instrument. Trotz vieler brennender Fragen zum Thema geriatrische Versorgung wurde auf den Einsatz eines umfassenden Erhebungsinstrumentes verzichtet, um einen hohen Rücklauf aus den entstehenden Geriatrie-Netzwerken sicherstellen zu können. Der Kurzfragebogen kam im Rahmen einer schriftlichen Befragung zum Einsatz, das heißt er wurde von den Geriatriezentren an die Mitglieder der von ihnen koordinierten geriatrischen Netzwerke ausgeteilt. Die Befragten schickten diese dann ausgefüllt an die Geriatriezentren zurück, teilweise auch direkt an die für die Netzwerkbefragung zuständige Hochschule nach Görlitz. Die Auswertung erfolgte mit Hilfe von computergestützter Statistiksoftware – konkret wurde IBM SPSS Statistics Version 19 verwendet.

Inhaltlich wurden folgende Fragen gestellt: Die erste Frage erhob die Zufriedenheit der Netzwerkmitglieder mit der gegenwärtigen geriatrischen Versorgung in ihrer Stadt bzw. in ihrem Landkreis. Diese Frage wurde durch eine Liste von 14 konkreten Dimensionen der geriatrischen Versorgung spezifiziert. Zusätzlich wurde in einer ergänzenden offenen Frage Raum gelassen für andere Aspekte der geriatrischen Versorgung, die den Befragten noch wichtig waren. Die Zustimmung wurde mit Hilfe einer modifizierten Likert-Skala (Atteslander 2010: 236/237), genauer gesagt mittels einer standardisierten 4-Punkt-Skala mit den Antwortoptionen „stimmt völlig“, „stimmt überwiegend“, „stimmt eher nicht“ und „stimmt überhaupt nicht“ erfragt. Üblicherweise kommen bei Likert-Skalen 5 Antwortmöglichkeiten zum Einsatz, wobei es die mittlere den befragten Personen ermöglicht, sich einer Antwort zu „enthalten“, indem sie die mittlere Option („Weiß nicht“ oder „Weder/Noch“) ankreuzen. Dies sollte hier ganz bewusst vermieden werden. Die befragten Netzwerkmitglieder sollten sich auf eine Einschätzung festlegen müssen. Im Anschluss folgten zwei offene Fragen, bei denen den Befragten ganz bewusst Raum gegeben wurde, unstrukturiert aus ihrer Sicht positive (Frage 2) bzw. problematische Aspekte (Frage 3) ihrer täglichen Arbeit als Versorger geriatrischer Patienten zu benennen.

Mit der vierten Frage wurden die befragten Personen gebeten einzuschätzen, ob sich die geriatrische Versorgung in ihrer Stadt bzw. in ihrem Landkreis in den letzten 10 Jahren verbessert oder verschlechtert hatte oder in etwa gleich geblieben war. Dabei wurden dieselben Dimensionen erfragt, die schon in Frage 1 zum Einsatz gekommen waren – nur wurde diesmal nicht der Status Quo, sondern retrospektiv der erinnerte Zustand von vor 10 Jahren erfasst. Mit dieser Frage sollte erfasst werden, ob es aus Sicht der befragten Versorgungsdienstleister/innen im Zuge des demografischen Wandels und der zunehmenden öffentlichen Sensibilisierung für dieses Thema bereits in der Vergangenheit zu erkennbaren Veränderungen in der geriatrischen Versorgung gekommen ist. Zudem sollte der Blick geschärft werden für zeitliche Veränderungen. Schließlich wird mit dieser Frage ein zeitbezogener Vergleichsmaßstab etabliert, der im Verlauf der zweiten Befragung als zusätzlicher Bezugspunkt dienen kann. Auf diese Weise können Veränderungen über einen längeren Zeitraum als den relativ kurzen Zeitraum der Evaluation der geriatrischen Modellprojekte erfasst werden.

Frage 5 war die umfangreichste Frage des Erhebungsinstruments. Hier kam wiederum die modifizierte Likert-Skala zum Einsatz, die schon in der ersten Frage verwendet wurde. Es wurde eine Liste von 21 Zielen, die ein geriatrisches Netzwerk erfüllen soll, abgefragt. In der Auswahl der Ziele haben wir uns am „Geriatriekonzept des Freistaats Sachsen“ (SMS 2010) orientiert. Auch in der fünften Frage erhielten die Befragten die Möglichkeit, weitere Ziele eines geriatrischen Netzwerks zu benennen, die auf der Liste nicht enthalten waren. Der Fragenkomplex zu den Zielen geriatrischer Netzwerke wurde abgerundet durch zwei weitere, kürzere Fragen. Frage 6 erfragte die Bereitschaft, sich selbst aktiv in die Arbeit des betreffenden geriatrischen Netzwerks einzubringen und Frage 7 bezog sich auf die *Erwartungen* der Befragten an das jeweilige geriatrische Netzwerk. Hier wurde eine Liste von 7 vorformulierten Erwartungen vorgelegt, die wiederum um eine offene Frage ergänzt wurde.

Zum Abschluss des Fragebogens wurden Arbeitsbereich, Tätigkeitsprofil und Geschlecht der Befragten erfasst. Diese Information sollte Aufschluss darüber geben, in wie starkem Maße bestimmte Tätigkeitsbereiche in den sich im Aufbau befindlichen geriatrischen Netzwerken bereits repräsentiert sind und wo ggf. noch verstärkte Überzeugungsarbeit notwendig ist. Außerdem ist es dank dieser Information möglich, Befragungsinhalte wie die gegenwärtige und rückblickende Einschätzung der geriatrischen Versorgung oder Ziele und Erwartungen bestimmten Tätigkeitsprofilen zuzuordnen.

Stichprobenziehung

Eine Schwierigkeit der Netzwerkbefragung bestand darin, dass im Gegensatz zu den meisten wissenschaftlichen Datenerhebungen die Fallzahl der befragten Personen im Vorfeld der Erhebung nicht absehbar war. Dies liegt in der Natur dieser begleitenden Evaluation begründet. Zum Zeitpunkt der Fragebogenkonstruktion und des Pretests hatten einige Standorte gerade mit dem Aufbau von Netzwerken begonnen, andere befanden sich noch in der Vorbereitungsphase. Im Verlauf der Expansionsphase nahm die Anzahl von Netzwerkmitgliedern rasch zu. Die Größe der Grundgesamtheit der zu befragenden Personen unterlag also einer sehr dynamischen Entwicklung, was es der wissenschaftlichen Projektleitung praktisch unmöglich machte, den beteiligten Geriatriezentren klare Vorgaben über die Zahl der zu versendenden Fragebögen zu machen. Umgekehrt war es schwierig, im Verlauf der Datenerhebungsphase Rücklaufquoten zu berechnen und damit zuverlässige Aussagen über die Ausschöpfung des Befragungspotentials in den Netzwerken zu geben, da sich die Grundgesamtheit permanent änderte. An zwei Standorten (Zwenkau-Leipzig, Radeburg-Dresden) wuchs das Netzwerk parallel zur geplanten Datenerhebungsphase so schnell, dass eine Nacherhebung veranlasst wurde und weitere Personen zur Teilnahme an der Netzwerkbefragung bewegt wurden. Die in der folgenden Tabelle 2.1 dargestellten Stichprobengrößen und Rücklaufquoten können aus diesem Grund also nicht als Maß für den ‚Fleiß‘ der Geriatriezentren bei der Durchführung der Netzwerkbefragung interpretiert werden.

Tabelle 4.1: Stichprobengröße und Rücklaufquote

	Chemnitz	Dresden (Radeburg)	Görlitz	Leipzig (Zwenkau)	Gesamt N
N verteilte Fragebögen	130	852	77	500	1.559
Rücklauf FB zurück	28	90	37	110	265
Rücklaufquote	21,5%	9,5%	48,1%	22,0%	17,0%

Bei der Betrachtung der Stichprobengrößen an den einzelnen Standorten fallen zum Teil sehr große Differenzen auf, die sich aus regionalen Unterschieden erklären. So gibt es beispielsweise im Landkreis Görlitz verglichen mit den Großstädten Dresden und Leipzig nur wenige geriatrische Dienstleister, die zudem über einen geografisch großen Raum (der Landkreis Görlitz hat eine Nord-Süd-Ausdehnung von über 100 km und eine Ost-West-Ausdehnung von ca. 30 km) verteilt sind. Da das

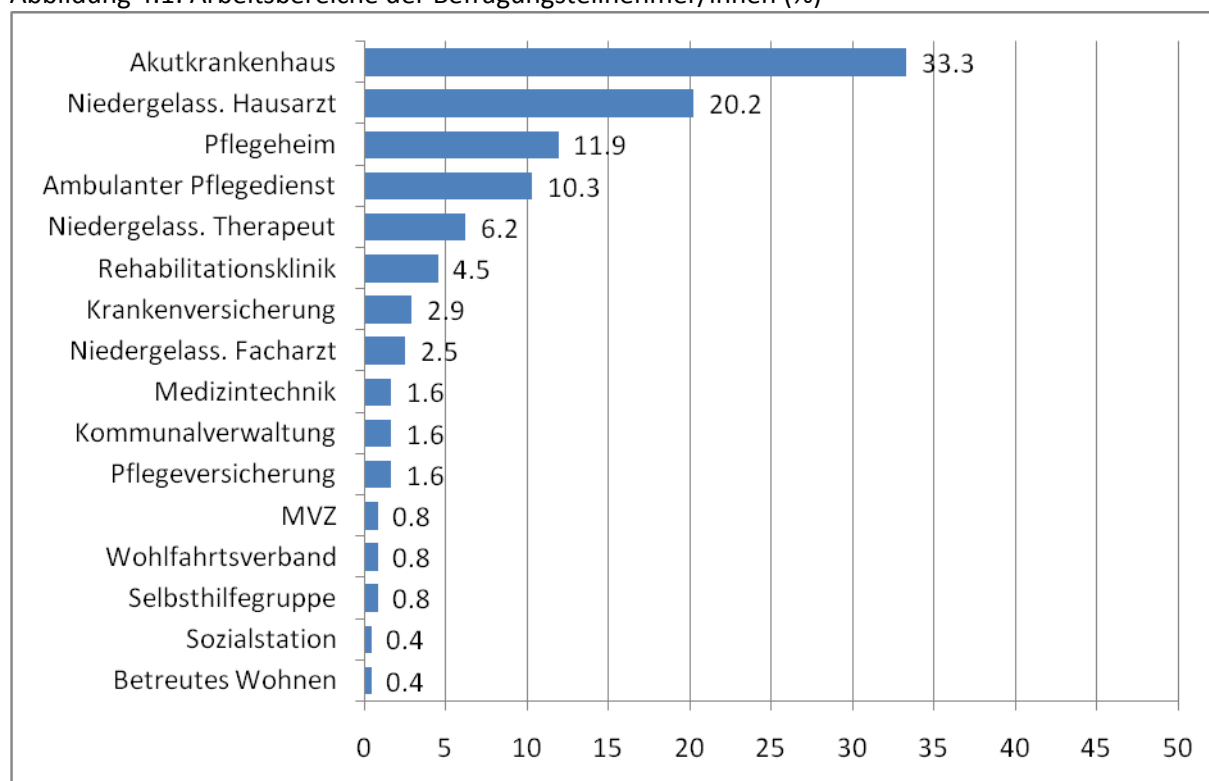
Geriatrizentrum Görlitz jedoch als erster der vier Standorte mit dem Aufbau eines geriatrischen Netzwerks begonnen hatte, gab es zum Zeitpunkt der Befragung bereits relativ stabile Netzwerkstrukturen mit engen Kontakten zu Netzwerkpartner/innen, so dass eine vergleichsweise hohe Rücklaufquote von fast 50% realisiert werden konnte.

An den übrigen Standorten wurden im ersten Anlauf ähnliche Fallzahlen realisiert. In Radeburg und Zwenkau gelang es jedoch im weiteren Verlauf, das im Entstehen begriffene Netzwerk weit über die ursprünglich geplanten Grenzen hinaus auszudehnen. So konnte am Standort Zwenkau die gesamte Stadt Leipzig und Teile des ehemaligen Regierungsbezirks Leipzig in die Netzwerkbefragung einbezogen werden. Analog wurde am Standort Radeburg die Befragung auf die Stadt Dresden ausgedehnt. Im Ergebnis stehen für beide Standorte deutlich größere Zahlen verteilter Fragebögen. Dementsprechend war die Zahl ausgefüllter Fragebögen höher als in Chemnitz und Görlitz. Allerdings resultieren daraus auch ins Verhältnis gesetzt zu den hohen Fallzahlen geringere Rücklaufquoten.

Arbeitsbereich, Tätigkeitsprofil und Geschlecht

Zusätzlich zu den inhaltlichen Fragen wurden in dem Kurzfragebogen Informationen zu Arbeitsbereich, Tätigkeitsprofil und Geschlecht erhoben. Das geschah vor dem Hintergrund der Annahme, dass Arbeitsbereich und Tätigkeitsprofil der befragten Personen möglicherweise das Antwortverhalten beeinflussen. So ist es beispielsweise naheliegend zu vermuten, dass klinisches Personal die stationäre Versorgung positiver bewertet als die ambulante. Es könnte jedoch auch der Fall sein, dass gerade Klinikpersonal die Zustände in der stationären Versorgung besonders kritisch sieht, da Klinikmitarbeiter/innen mit eventuellen Missständen ständig konfrontiert werden und dies unter Umständen ihrem Berufsethos widerspricht. Es ist also unklar, in welche Richtung Arbeitsbereich oder Tätigkeitsprofil die Ergebnisse beeinflussen – gleichwohl erscheint es plausibel, dass der berufliche Hintergrund Einfluss hat auf die Interpretation der Versorgungslage. Ähnliches gilt prinzipiell für Geschlechtsunterschiede. Im Folgenden wird die Verteilung von Arbeitsbereichen, Tätigkeitsprofilen und Geschlecht in der vorliegenden Stichprobe vorgestellt. Abbildung 4.1 gibt einen Überblick über die Arbeitsbereiche, in denen die befragten Personen arbeiten:

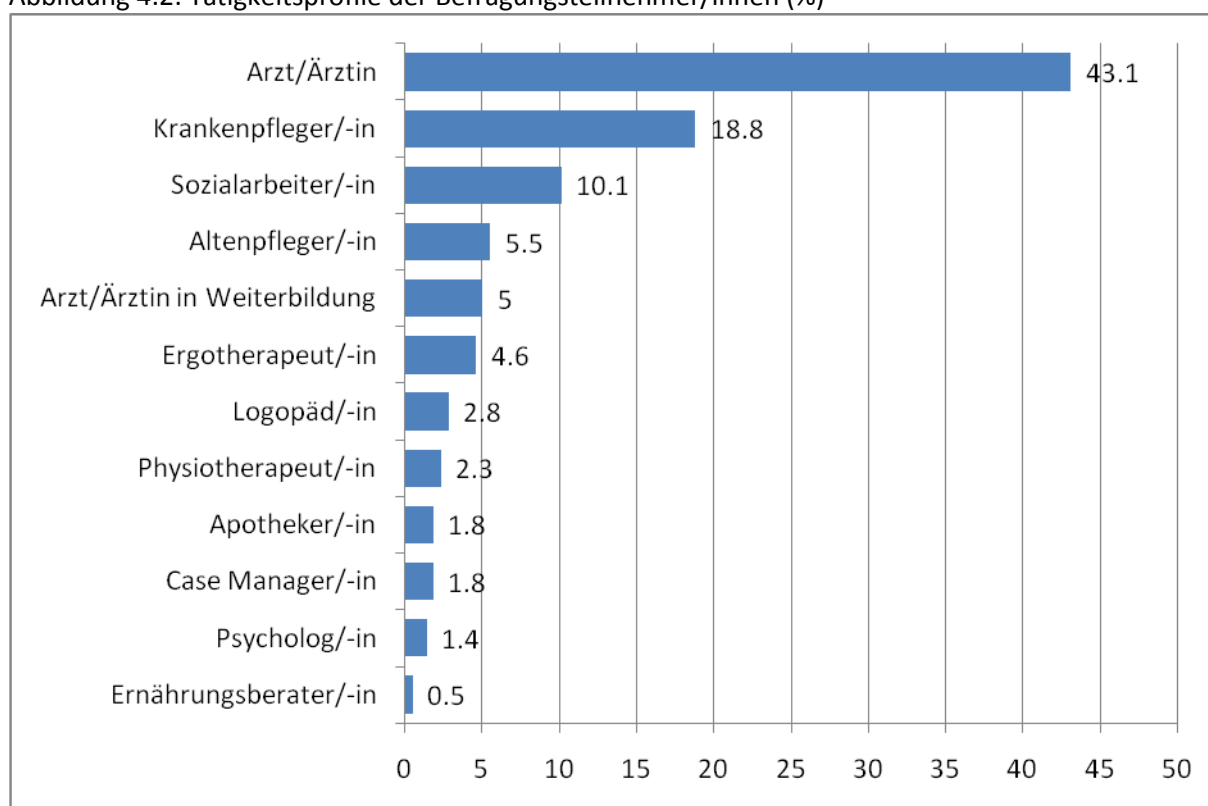
Abbildung 4.1: Arbeitsbereiche der Befragungsteilnehmer/innen (%)



Von unseren insgesamt 265 Befragten hatten 243 die Frage beantwortet, in welchem Arbeitsbereich sie tätig sind. Das bedeutet, dass sich der Wert 100% in Abbildung 2.2 auf n = 243 Personen bezieht – und nicht auf 265. Mit einem Drittel der größte Anteil von Befragungsteilnehmer/innen arbeitete an einem Akutkrankenhaus. Ebenfalls stark vertreten waren Hausärzte, die ein Fünftel der Befragten entsprachen. Jeweils mehr als 10 Prozent waren in der stationären Pflege (Pflegeheim) und in ambulanten Pflegediensten tätig. Etwas mehr als 6% der befragten Personen waren niedergelassene Therapeut/innen und 4,5% arbeiteten in einer Rehabilitationsklinik. Die restlichen 13,6% Prozent verteilen sich auf 10 verschiedene Arbeitsbereiche (für Details siehe Abbildung 4.1).

Nun werden wir uns das Tätigkeitsprofil der Befragungsteilnehmer/innen ein wenig genauer ansehen. Von unseren insgesamt 265 Befragten hatten 218 die Frage nach ihrem Tätigkeitsprofil beantwortet. Das bedeutet, dass sich der Wert 100% in Abbildung 4.2 auf n = 218 Personen bezieht – und nicht auf 265.

Abbildung 4.2: Tätigkeitsprofile der Befragungsteilnehmer/innen (%)



Ärzte und Ärztinnen sind ganz klar die dominierende Berufsgruppe in unserer Stichprobe – 43% der Befragten identifizierten sich als Ärzte/Ärztinnen. Rechnet man weitere 5 Prozent Ärzte/Ärztinnen in Weiterbildung hinzu, repräsentieren sie fast die Hälfte der befragten Personen. Ein knappes Fünftel arbeitete als Krankenpfleger/in und ein Zehntel als Sozialarbeiter/in. Das verbleibende Fünftel der Befragungsteilnehmer/innen verteilte sich zu jeweils 5 Prozent auf Altenpfleger/innen und Ergotherapeutinnen sowie auf sechs weitere Berufsgruppen mit geringeren Anteilen.

Abschließend die Frage nach der Geschlechtsverteilung in der Netzwerkbefragung: erwartungsgemäß dominierten hier die Frauen, die 62 Prozent der Befragten stellten. Auch diese Frage wurde nicht von allen Befragten beantwortet – die Antwortneigung lag mit 253 von 265 möglichen Personen jedoch vergleichsweise hoch.

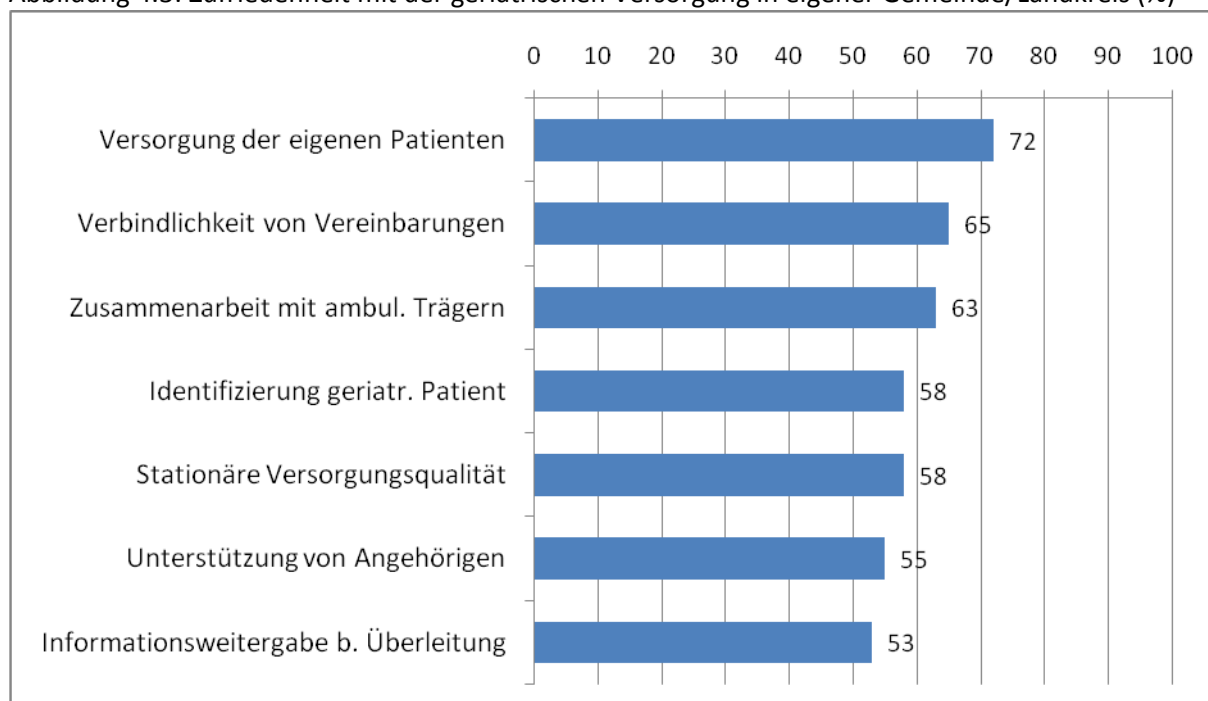
4.2 Zufriedenheit mit der gegenwärtigen geriatrischen Versorgung

Mit diesem Kapitel beginnt nun die Ergebnispräsentation. In diesem wie in den weiteren Kapiteln erfolgt zunächst eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse für alle Modellprojekt-Standorte, bevor dann im weiteren Verlauf eine separate Auswertung nach den Regionen erfolgt.

Zufriedenheit mit dem Status Quo der geriatrischen Versorgung in Sachsen

Die erste Frage der Netzwerkbefragung bezog sich auf die gegenwärtige Einschätzung der geriatrischen Versorgung im Freistaat Sachsen durch die an den geriatrischen Netzwerken beteiligten Akteure. Dazu wurde ihnen eine Liste mit 14 Statements vorgelegt, die relevante Teilaspekte erfassten. Die Befragten konnten anhand der in Abschnitt 4.1 beschriebenen modifizierten Likert-Skala ihre Zustimmung oder Ablehnung zu diesen Statements artikulieren. Aus Gründen der größeren Übersichtlichkeit wurde entschieden, überwiegend positive und überwiegend negative Einschätzungen separat zu präsentieren. Die folgende Abbildung 4.3 gibt einen Überblick über die Bereiche der geriatrischen Versorgung, mit denen die Netzwerkmitglieder am zufriedensten waren und Abbildung 4.4 jene, mit denen sie am unzufriedensten waren.

Abbildung 4.3: Zufriedenheit mit der geriatrischen Versorgung in eigener Gemeinde/Landkreis (%)



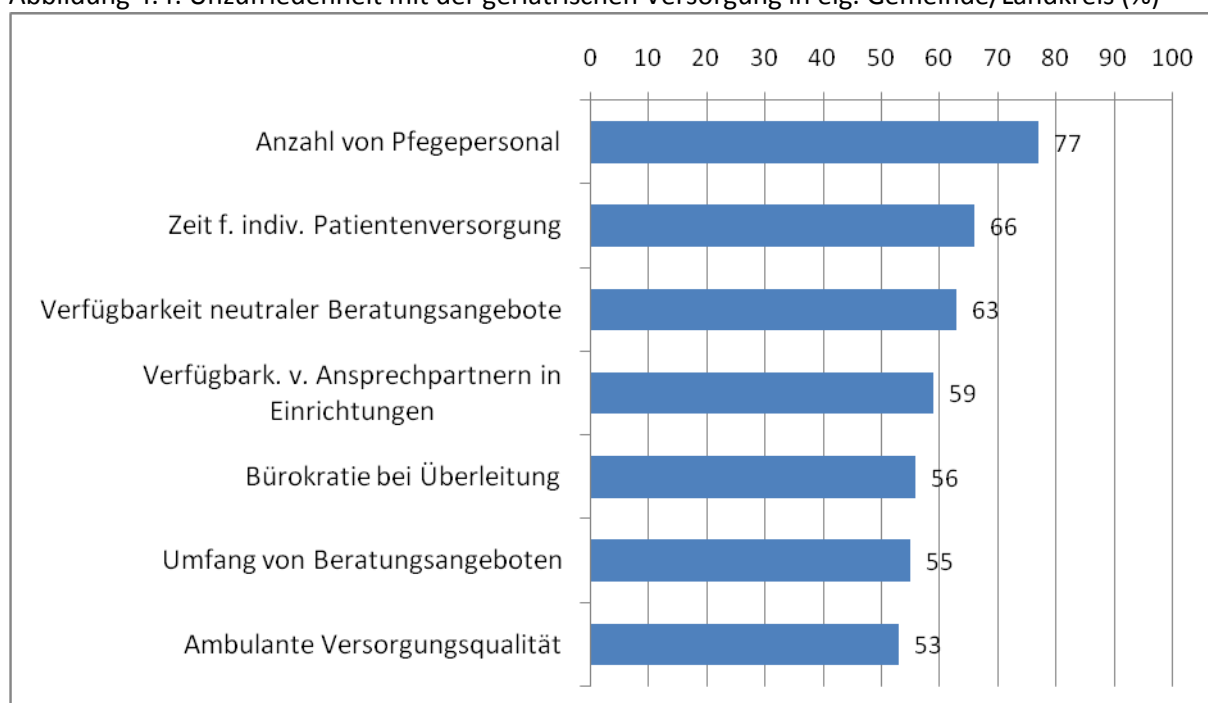
Die Prozentwerte in Abbildung 4.3 ergeben sich aus der Zusammenfassung der Antwortoptionen „Stimmt völlig“ und „Stimmt überwiegend“. Dargestellt sind all die Aspekte der gegenwärtigen geriatrischen Versorgung, die überwiegend positiv bewertet wurden. Am besten bewertet wurde die Versorgung der *eigenen Patienten* (72% Zustimmung). Eine positive Einschätzung der eigenen Arbeit ist nun sicherlich nicht wirklich überraschend – gleichwohl ist es Ausdruck der hohen Einsatzbereitschaft der geriatrischen Versorger, die sich um eine bestmögliche Versorgung ihrer Patienten bemühen.

Ebenfalls sehr positiv bewertet mit beinahe zwei Dritteln Zustimmung wurden die Verbindlichkeit von Vereinbarungen mit anderen Versorgungsträgern und die Zusammenarbeit mit ambulanten Trägern. Hier kommt zum Tragen, dass in der vorliegenden Stichprobe Mitarbeiter/innen aus dem stationären Bereich (Akutkliniken, Rehabilitationskliniken, Pflegeheime) etwas überrepräsentiert waren – 50% aller Befragten kamen aus diesem Bereich, verglichen mit 29% niedergelassenen Ärzten/Therapeuten und 11% aus ambulanten Pflegediensten/Sozialstationen (die übrigen 10% verteilten sich auf 8 weitere Kategorien). Angesichts dessen sollte der positive Wert für die stationäre Ver-

sorgungsqualität durch weitere Ergebnisse untermauert werden. Festzuhalten bleibt in jedem Fall, dass das Klinikpersonal seine Arbeit offensichtlich überwiegend positiv bewertet. Es bleibt allerdings auch nicht zu übersehen, dass umgekehrt 42% der Befragten die stationäre Versorgungsqualität kritisch sehen.

Bei der Identifizierung geriatrischer Patienten gibt es zwar noch Nachholbedarf. Erfreulich ist dennoch das insgesamt positive Feedback. Allerdings dürfte auch hier der große Anteil von Klinikpersonal eine Rolle gespielt haben. Dem Vernehmen nach liegen noch vorhandene Probleme bei der Identifikation geriatrischer Patienten vor allem im niedergelassenen bzw. ambulanten Bereich – mehr dazu im weiteren Verlauf dieses Kapitels. Gerade noch positiv bewertet wurden die Unterstützung von Patientenangehörigen und die Informationsweitergabe/Dokumentation bei der Überleitung von Patienten. Das lässt im Umkehrschluss die Feststellung zu, dass es in beiden Bereichen noch erhebliche Probleme gibt. Abbildung 4.4 fasst nun die Aspekte der gegenwärtigen geriatrischen Versorgung zusammen, die überwiegend kritisch gesehen werden:

Abbildung 4.4: Unzufriedenheit mit der geriatrischen Versorgung in eig. Gemeinde/Landkreis (%)



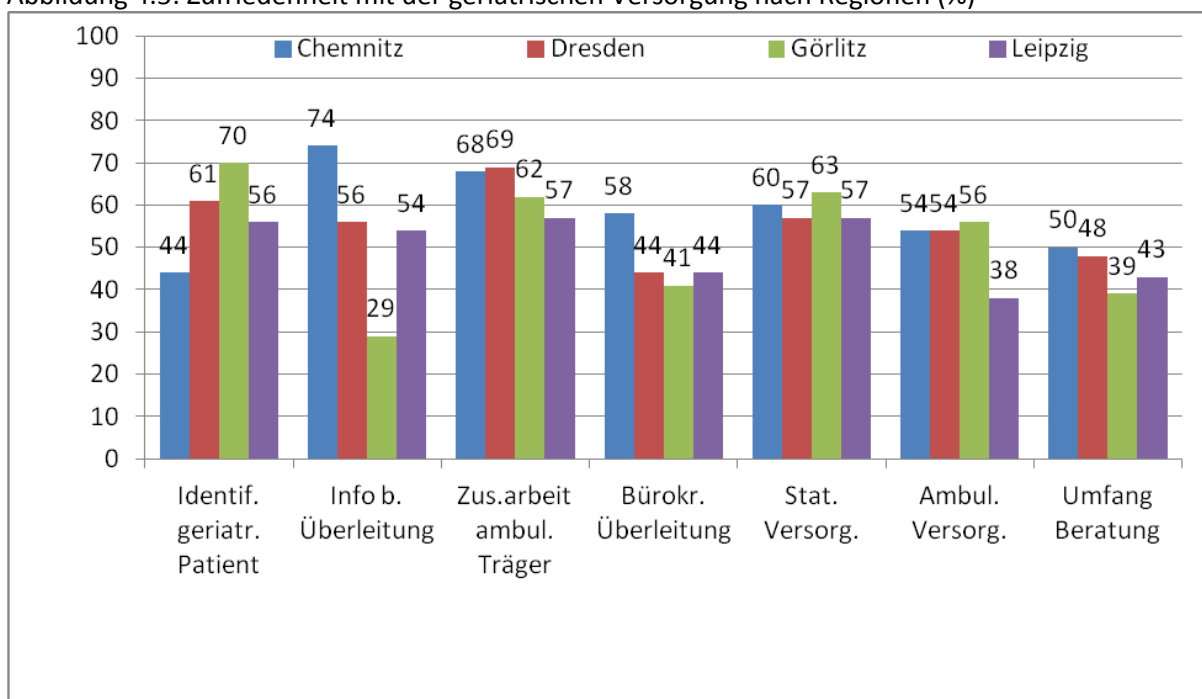
In Analogie zur Vorgehensweise in Abbildung 4.3 wurden auch hier zwei Antwortoptionen („Stimmt überhaupt nicht“ und „Stimmt eher nicht“) zusammengefasst. Erwartungsgemäß wurde der größte Unmut über die Anzahl verfügbarer Pflegekräfte geäußert – mehr als drei Viertel der Befragten stimmten dieser Aussage zu. Ebenfalls deutlich negativ wurde bewertet, dass es aus Sicht der befragten geriatrischen Versorger/innen zu wenig Zeit für individuelle Zuwendung an Patient/innen gibt. Zwei Drittel stimmten dieser Aussage zu. Die straffe Zeitplanung im Klinikalltag wie im Alltag der ambulanten Pflegekräfte wird ganz offensichtlich als Defizit empfunden. In ähnlich großem Umfang äußerten sich die Befragten besorgt über den Mangel an neutralen Beratungsangeboten, d.h. Beratungsangeboten, die nicht von Versorgungsträgern oder Kranken- bzw. Pflegekassen verantwortet werden, bei denen sich auch beim größten Bemühen der Mitarbeiter/innen um neutrale Beratung zumindest der Verdacht der Sicherung des eigenen ökonomischen Vorteils nicht völlig von der Hand weisen lässt. Hier macht sich möglicherweise die Entscheidung der sächsischen Landesregierung bemerkbar, im Gegensatz zu allen anderen Bundesländern in Deutschland keine unabhängigen Pflegestützpunkte einzurichten.

Ebenfalls von einer deutlichen Mehrheit (59%) bemängelt wurde das Fehlen von unmittelbaren Ansprechpartner/innen in den verschiedenen geriatrischen Einrichtungen. Immer noch überwiegend negativ bewertet wurden die Bürokratie bei der Überleitung von Patienten, der Umfang vorhandener Betreuungsangebote und die ambulante Versorgungsqualität. Bei den drei letztgenannten Aspekten gibt es allerdings fast genauso viele Befragte, die diese überwiegend positiv bewerteten. Diese moderate Einschätzung kommt zumindest bei der Frage nach der Überleitungsbürokratie etwas überraschend.

Zufriedenheit mit der geriatrischen Versorgung nach Regionen

In diesem Unterkapitel wird die Zufriedenheit mit der gegenwärtigen geriatrischen Versorgung im Freistaat Sachsen differenziert nach Regionen bzw. Standorten der Modellprojekte betrachtet. Tatsächlich gibt es zum Teil erhebliche Unterschiede, wie aus der folgenden Abbildung 4.5 ersichtlich wird. Vorab noch folgender Hinweis zur Verallgemeinerbarkeit dieser Ergebnisse: diese Netzwerkbefragung kann weder ein repräsentatives Meinungsbild der sächsischen Bevölkerung, noch eine repräsentative Einschätzung der im Bereich geriatrische Versorgung in Sachsen Tätigen wiedergeben. Dazu wäre eine auf einer größeren Fallzahl beruhende statistische Zufallsauswahl der Befragten nötig. Nichtsdestotrotz kann man davon ausgehen, dass diese Erhebung ein relativ zuverlässiges Stimmungsbild der an der geriatrischen Versorgung in den ausgewählten Modellregionen Beteiligten widerspiegelt. Nachdem die ursprünglichen Modellregionen Radeburg und Zwenkau ihre Netzwerkaktivitäten auf den Großraum Dresden bzw. Leipzig ausgedehnt haben, erscheint es nur angemessen, wenn sich dies auch in der Bezeichnung der Regionen widerspiegelt.

Abbildung 4.5: Zufriedenheit mit der geriatrischen Versorgung nach Regionen (%)



Auf der Grundlage der vorliegenden Untersuchung kann festgehalten werden, dass es mit Ausnahme des Bereichs ‚stationäre Versorgungsqualität‘ erhebliche regionale Unterschiede in Sachsen gibt. Die stationäre Versorgungsqualität wird von der Mehrheit der Befragten an allen Standorten als überwiegend positiv eingeschätzt. Allerdings lassen die leicht positiven Zufriedenheitswerte von 57-63% auch erkennen, dass es in diesem Bereich noch Luft nach oben gibt.

Auch in Bezug auf die ambulante Versorgungsqualität stimmen die Netzwerkmitglieder zumindest an drei (Chemnitz, Dresden und Görlitz) der vier Standorte weitgehend überein. Es fällt auf, dass die Leipziger Netzwerkmitglieder offenbar keine hohe Meinung von der ambulanten geriatrischen Ver-

sorgung im Großraum Leipzig haben. Fast zwei Drittel der Befragten (62%) bewerten diese negativ. An den drei anderen Standorten halten sich positive und negative Einschätzungen in etwa die Waage. Ganz offensichtlich gibt es in der ambulanten geriatrischen Versorgung im Freistaat Sachsen noch erheblichen Verbesserungsbedarf! Dieser Mangel kann insbesondere im ländlichen Raum zu schwerwiegenden Benachteiligungen älterer Menschen führen. Aus diesem Grunde sollte hier ein Schwerpunkt der zukünftigen Arbeit liegen.

Andererseits funktioniert die Zusammenarbeit zwischen stationären und ambulanten Trägern offenbar gut. Mehr als zwei Drittel in Chemnitz und Dresden sowie knappe zwei Drittel in Görlitz bewerten diese positiv. Lediglich im Raum Leipzig ist die Einschätzung etwas weniger optimistisch, aber immer noch mehrheitlich positiv.

Ein Aspekt, der von allen vier Modellprojekten als sehr kritisch eingeschätzt wurde, war der Umfang verfügbarer Beratungsangebote. In Chemnitz und Dresden hielten sich positive und negative Einschätzung wenigstens noch die Waage. In Leipzig und vor allem in Görlitz überwog eindeutig ein negatives Urteil vorhandener Beratungsangebote. Es stimmt bedenklich wenn die eigentlichen regionalen Experten als geriatrischen Versorger ein solch negatives Urteil fällen. Hier muss ganz dringend nachgebessert werden!

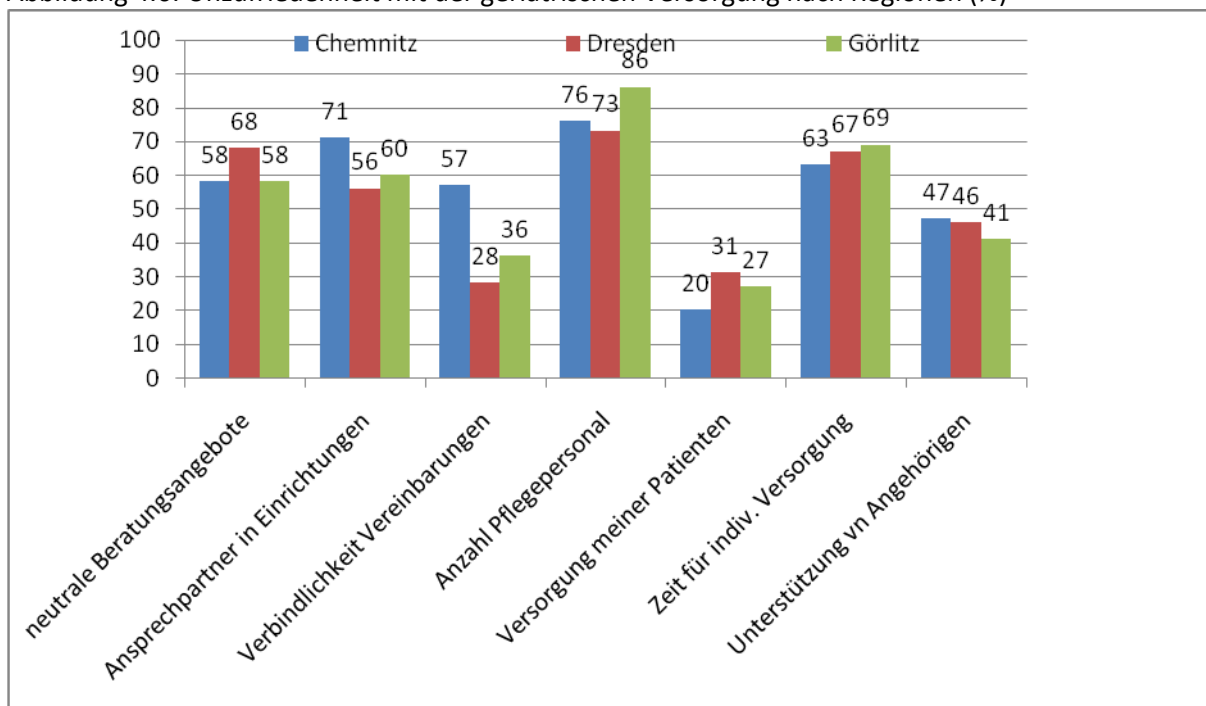
Erwartungsgemäß wurde der bei der Überleitung von Patienten erforderliche bürokratische Aufwand mehrheitlich negativ bewertet. Überraschend war diesbezüglich die überwiegend positive Bewertung in Chemnitz!

Die größten Unterschiede zwischen den Standorten gab es in Hinblick auf zwei Aspekte der geriatrischen Versorgung: a) Informationsweitergabe/Dokumentation bei der Überleitung (hier lag der Fokus auf der wechselseitigen Information der beteiligten Versorgungsträger – und nicht auf dem bürokratischen Aufwand wie bei der vorherigen Frage) und b) das Assessment zur Identifikation geriatrischer Patienten. Auch bei der Informationsweitergabe bei der Überleitung zeichnete sich der Standort Chemnitz durch eine überaus positive Beurteilung aus – drei Viertel sahen dies hier als gelungen an. Das andere Extrem in dieser Hinsicht ist der Landkreis Görlitz. Hier sahen 71% die Informationsweitergabe bei der Überleitung kritisch. In Dresden und Leipzig war die Einschätzung relativ ausgeglichen – etwas mehr als die Hälfte schätzten die Informationsübermittlung bei der Übergabe eher positiv ein.

Bei der Identifikation geriatrischer Patienten ergab sich nun beinahe das gegenteilige Bild. Hier schnitt Görlitz mit einer positiven Bewertung von 70% überaus gut ab, gefolgt von der Region Dresden, wo ebenfalls eine deutliche Mehrheit von 61% eine positive Einschätzung abgab. Überwiegend negativ fiel hingegen die Einschätzung in Chemnitz aus – 56% schätzten dies negativ ein, verglichen mit dem gleichen Anteil in Leipzig, der es eher positiv einschätzte.

In der folgenden Abbildung 4.6 erfolgt nun die Einschätzung weiterer sieben Dimensionen der geriatrischen Versorgung, die allerdings nur an den Standorten Chemnitz, Dresden und Görlitz erhoben wurden. Dabei handelte es sich um Aspekte der geriatrischen Versorgung, mit denen die Befragten eher unzufrieden waren. Daher wurde die Abbildung entsprechend bezeichnet.

Abbildung 4.6: Unzufriedenheit mit der geriatrischen Versorgung nach Regionen (%)



Spitzenreiter bei der negativen Einschätzung der gegenwärtigen geriatrischen Versorgung war eindeutig die Zahl verfügbarer Pflegekräfte. Besonders dramatisch ist die Situation offensichtlich im Landkreis Görlitz, wo fast 90% der Befragten die Situation negativ einschätzten. Nicht viel besser ist die Lage in Chemnitz und Dresden. Hier waren drei Viertel der Befragten unzufrieden mit der personellen Ausstattung an Pflegekräften. Es ist ganz klar erkennbar, dass hier das mit Abstand größte Defizit in der geriatrischen Versorgung gesehen wird. Es besteht dringender Handlungsbedarf!

Angesichts dieses Befundes kann es nicht überraschen, dass ebenfalls eine große Mehrheit der befragten Versorgungsträger das Gefühl hat, nicht genügend Zeit für die individuelle Versorgung von Patienten zu haben. Auch hier zeichnet sich das zuvor beschriebene Muster ab: die Situation wird in Görlitz am dramatischsten eingeschätzt (69% negative Einschätzung), dicht gefolgt von Dresden (67% negative Einschätzung) und Chemnitz (63% negative Einschätzung).

Im Zusammenhang mit der angespannten Personalsituation ist sicher auch der nächste Punkt zu sehen – das Fehlen eines Ansprechpartners in Einrichtungen. Dies wurde in Chemnitz von besonders vielen Befragten (70%) negativ reflektiert. Auch in Görlitz (60%) und Dresden (56%) überwogen negative Einschätzungen, allerdings nicht so deutlich ausgeprägt wie in der Region Chemnitz.

Ebenfalls kritisch eingeschätzt wurde das oft fehlende Angebot an neutralen Beratungsangeboten. Diese Kritik war in der Region Dresden besonders ausgeprägt – mehr als zwei Drittel der Befragten dort sahen dies negativ.

Interessante regionale Unterschiede gab es hinsichtlich der Verbindlichkeit von Vereinbarungen zwischen verschiedenen Versorgungsträgern. Deutlich mehr als die Hälfte (57%) der Befragten im Raum Chemnitz beurteilten dies negativ. In scharfem Kontrast dazu wurde dies in Görlitz und vor allem in Dresden überwiegend positiv eingeschätzt. Knapp zwei Drittel der Görlitzer (36% negativ) und sogar fast drei Viertel der Dresdner (28% negativ) Studienteilnehmer/innen gaben indirekt ein positives Feedback.

Vergleichsweise ausgewogen war die Einschätzung der Unterstützung von Patientenangehörigen. Positive und negative Beurteilungen hielten sich in Chemnitz und Dresden etwa die Waage. In Görlitz

hingegen überwogen eher positive Urteile – nur 41% sahen dies negativ. Rundum positiv wurde nur ein Aspekt gesehen, nämlich die Versorgung der eigenen Patienten. Am geringsten war die Unzufriedenheit diesbezüglich in Chemnitz (ein Fünftel unzufrieden), gefolgt von Görlitz (ca. ein Viertel) und Dresden (ein knappes Drittel).

Dieser Abschnitt hat den Nachweis von zum Teil erheblicher regionaler Vielfalt erbracht. Regionale Unterschiede gab es vor allem beim Überleitungsmanagement, bei der Identifikation geriatrischer Patienten, bei der Beurteilung der Verbindlichkeit von Vereinbarungen sowie hinsichtlich der Verfügbarkeit von Ansprechpartner/innen in Einrichtungen. Übereinstimmend negativ wurde die Personalausstattung, Zeit für individuelle Versorgung der Patienten, der bürokratische Aufwand bei der Überleitung und das Fehlen neutraler Betreuungsangebote beurteilt. Von allen positiv hervorgehoben wurde die Versorgung der eigenen Patienten und eher positiv als negativ die Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Trägern sowie die stationäre Versorgungsqualität.

Rückblick: Veränderung der geriatrischen Versorgung in den letzten 10 Jahren

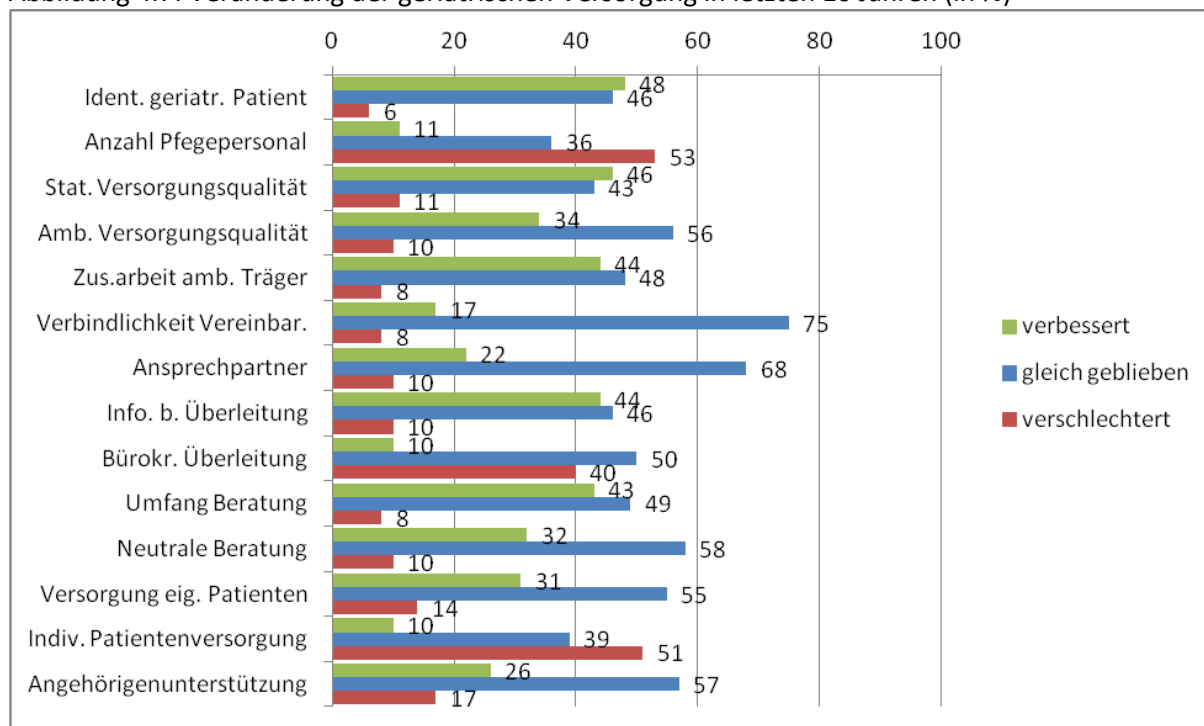
Ein wesentliches Ziel dieses Projekts ist es, Veränderungen abzubilden, die sich in der geriatrischen Versorgung durch die Etablierung von Netzwerken geriatrischer Versorger an den vier Modellprojektstandorten zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten Herbst 2011 und Frühjahr 2013 gegebenenfalls ergeben. Dieses Ziel geht von der impliziten Annahme aus, dass erst die Einführung dieser geriatrischen Vernetzungsstrukturen zu einem „Quantensprung“ in der geriatrischen Versorgung führen wird. Ausgeblendet wird dabei jedoch, inwieweit sich die geriatrische Versorgung im Freistaat Sachsen bereits in der Vergangenheit verändert hat. Es wäre durchaus denkbar und angesichts mehrerer pflegepolitischer Reformen auch plausibel, dass es bereits in der Vergangenheit zu erheblichen Veränderungen in diesem Bereich gekommen ist. Aus diesem Grunde und um für die Zweiterhebung einen temporalen Vergleichsmaßstab über einen längeren Zeitraum etablieren zu können, wurden die Netzwerkmitglieder in einer weiteren Frage gebeten einzuschätzen, ob sich die geriatrische Versorgung in ihrer Stadt bzw. in ihrem Landkreis in den letzten 10 Jahren verbessert, verschlechtert oder nicht verändert hatte. Auf diese Weise können zudem Veränderungen über einen längeren Zeitraum als den relativ kurzen Zeitraum der Evaluation der geriatrischen Modellprojekte erfasst werden. Dieser zusätzliche Nutzen wiegt meines Erachtens die mit Retrospektivinterviews gemeinhin verbundenen methodischen Nachteile auf, die aus dem eingeschränkten Erinnerungsvermögen befragter Personen resultieren (Dierkes 1977; Schnell, Hill & Esser 2008). Das vorliegende Kapitel ist analog zum vorherigen aufgebaut, da es auf denselben Untersuchungsdimensionen beruht und sich lediglich in seinem Zeitbezug unterscheidet.

Veränderung der geriatrischen Versorgung in Sachsen im zurückliegenden Jahrzehnt

In diesem Abschnitt wird zunächst ein allgemeiner Überblick über die Einschätzung der zurückliegenden Entwicklung durch die Netzwerkmitglieder gegeben. Von den befragten 265 Personen haben zwischen 183 (Frage zur „Verbindlichkeit von Vereinbarungen“) und 207 Personen (Frage zu „Unterstützung von Patientenangehörigen“) diese Frage beantwortet. Abbildung 4.7 auf der folgenden Seite gibt einen Überblick über die Einschätzungen der Befragten zur Entwicklungsrichtung der geriatrischen Versorgung im Freistaat Sachsen in den letzten 10 Jahren, differenziert nach Versorgungsdimensionen. Dabei zeigt ein ‚grüner Balken‘ eine Verbesserung der Situation, ein ‚roter Balken‘ eine Verschlechterung und ein ‚blauer Balken‘ keine Veränderung an.

Von den 14 untersuchten Dimensionen geriatrischer Versorgung wiesen 10 keine wesentliche Veränderung auf. In Hinblick auf zwei Dimensionen gab es aus Sicht der Befragten erfreulicherweise bereits in den letzten 10 Jahren eine leichte Verbesserung (Identifikation geriatrischer Patient, stationäre Versorgungsqualität). Allerdings gab es auch zwei Dimensionen, bei denen es im letzten Jahrzehnt eine eindeutig negative Entwicklung gegeben hat (Anzahl Pflegepersonal, Zeit für individuelle Versorgung von Patienten). Im Folgenden werden wir uns diese Fälle etwas näher ansehen.

Abbildung 4.7: Veränderung der geriatrischen Versorgung in letzten 10 Jahren (in %)



Wie gesagt, gibt es bei der Identifikation geriatrischer Patienten inzwischen Fortschritte: 48% der Befragten sahen hier eine Verbesserung im Vergleich zur Vergangenheit. Offenbar tragen hier die Bemühungen um ein einheitliches geriatrisches Assessment und die damit verbundene Sensibilisierung für dieses Thema erste Früchte. Allerdings war der Anteil derjenigen, die keine Veränderung sahen, fast genauso hoch (46%). Ähnlich sieht es im Hinblick auf die stationäre Versorgung geriatrischer Patienten aus: 46% sahen hier eine Verbesserung, während ein fast ebenso großer Anteil (43%) keine Veränderung feststellen konnte.

Positiv zu vermerken sind außerdem weitere Dimensionen, bei denen eine signifikante Minderheit der Befragten eine Verbesserung festgestellt hat, auch wenn der Anteil derjenigen, die keine Veränderung sahen, noch etwas größer war. Dies trifft beispielsweise auf die Zusammenarbeit mit ambulanten Trägern zu: in dieser Hinsicht sahen 44% eine Verbesserung im Vergleich zur Vergangenheit, wenngleich weitere 48% keine Veränderung feststellen konnten. Ein analoges Muster zeigt sich hinsichtlich der Dokumentation/Informationsweitergabe bei der Überleitung von Patienten: hier sahen fast genauso viele (44%) eine Verbesserung wie keine Veränderung (46%).

Im Gegensatz zu diesen Verbesserungen stehen allerdings auch sehr deutliche Verschlechterungen in zwei anderen Bereichen. So wird die Entwicklung der Anzahl des zur Verfügung stehenden Pflegepersonals eindeutig negativ eingeschätzt: mehr als die Hälfte der Befragten (53%) sahen hier eine Verschlechterung gegenüber der Vergangenheit – weitere 36% sahen keine Veränderung. Ähnlich unerfreulich wird die für individuelle Patientenbetreuung zur Verfügung stehende Zeit beurteilt: etwa die Hälfte (51%) der Befragten gaben an, dass früher mehr Zeit dafür zur Verfügung stand; weitere 39% konstatierten keine Veränderung. Hier machen sich ganz offensichtlich die demografischen Veränderungen der letzten 10 Jahre bemerkbar, und zwar auf beiden Seiten: einer steigenden Zahl älterer Patienten steht eine abnehmende Zahl von Versorgungskräften gegenüber. Ein Teil der Probleme in dieser Hinsicht ist jedoch hausgemacht, indem Effizienz bei der Patientenversorgung einseitig in Form von möglichst geringem Zeitaufwand – und damit finanziellem Aufwand – gemessen wird.

Zwei Bereiche zeichneten sich durch besonders große Stabilität aus. Kaum Bewegung gab es im Hinblick auf die Verbindlichkeit von Vereinbarungen unter verschiedenen Versorgungsträgern – drei

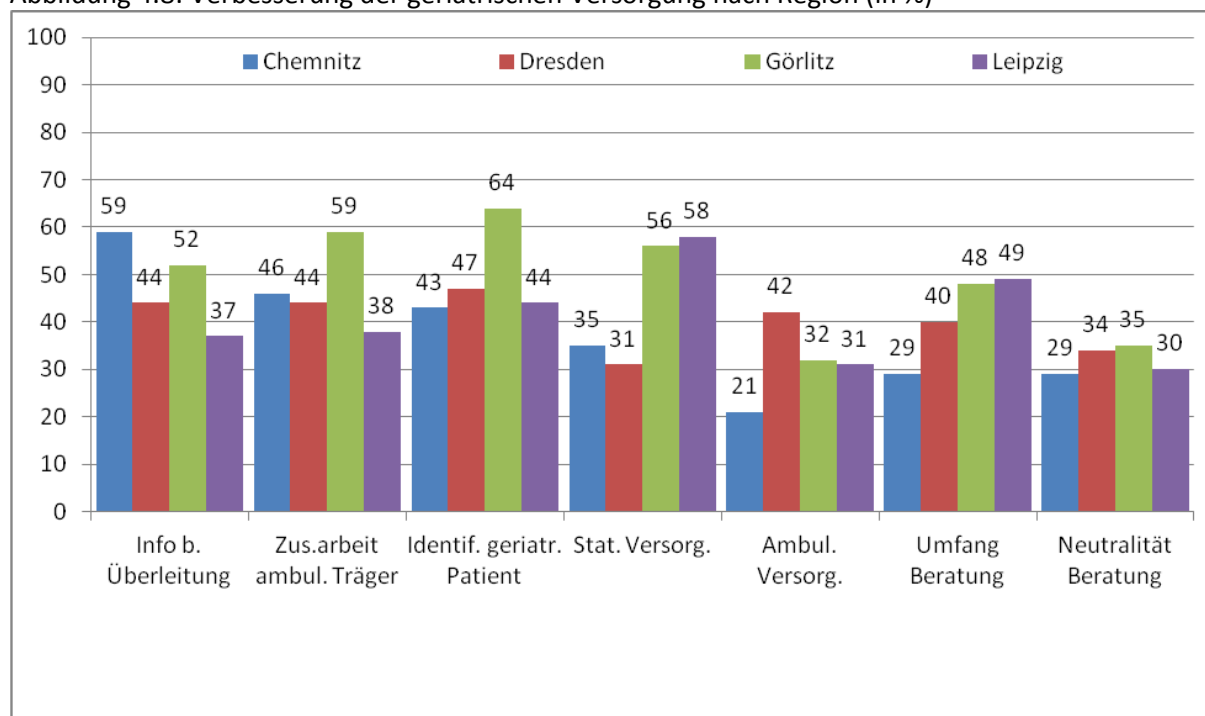
Viertel der Befragten sahen hier keine Veränderungen. Ähnlich sieht die Situation in Bezug auf Ansprechpartner/innen in Einrichtungen aus – hier sahen mehr als zwei Drittel keine Veränderungen.

Veränderung der geriatrischen Versorgung nach Regionen

In diesem Abschnitt werden nun regionale Unterschiede bei der Beurteilung von Veränderungen in der geriatrischen Versorgung im Verlauf der letzten 10 Jahre präsentiert. In Abweichung von der bisherigen Vorgehensweise werden hier in einem ersten Schritt (siehe Abbildung 4.8) zunächst die Dimensionen präsentiert, bei denen es überwiegend Verbesserungen gegeben hat (7 Dimensionen). Im Anschluss gilt die Aufmerksamkeit den Dimensionen, bei denen es mehrheitlich zu Verschlechterungen gekommen ist (3 Dimensionen – vgl. Abbildung 4.9). Diesen Abschnitt abschließend werden die 4 übrigen Dimensionen besprochen, bei denen es zu keinen wesentlichen Veränderungen gekommen ist (vgl. Abbildung 4.10). Zu beachten ist bei der Interpretation der Ergebnisse, dass eine Verbesserung zweierlei bedeuten kann: (a) eine deutliche Verbesserung der geriatrischen Versorgungslage in der betreffenden Region, auch im Vergleich zu anderen Regionen oder (b) eine Verbesserung ausgehend von einem besonders prekären Niveau, was aber im Vergleich zu anderen Regionen durchaus immer noch eine Schlechterstellung bedeuten kann.

Positiv zu vermerken ist, dass es zumindest vier Dimensionen (Information/Dokumentation bei Überleitung, Zusammenarbeit mit ambulanten Trägern, Identifikation geriatrischer Patient, stationäre Versorgungsqualität) gab, bei denen an mindestens einem Modellprojektstandort eine mehrheitliche Verbesserung festzustellen war. Hinzu kommen drei weitere Dimensionen (ambulante Versorgungsqualität, Umfang sowie Neutralität von Beratungsangeboten), bei denen es zwar keine *mehrheitlich* positive Einschätzung der Entwicklung gab, die Prozentwerte für die positive Einschätzung aber die für die negative und unveränderte aber zumindest (an wenigstens einem Standort) übertrafen. Abbildung 4.8 gibt einen Überblick über diese positiven Veränderungen nach Region:

Abbildung 4.8: Verbesserung der geriatrischen Versorgung nach Region (in %)



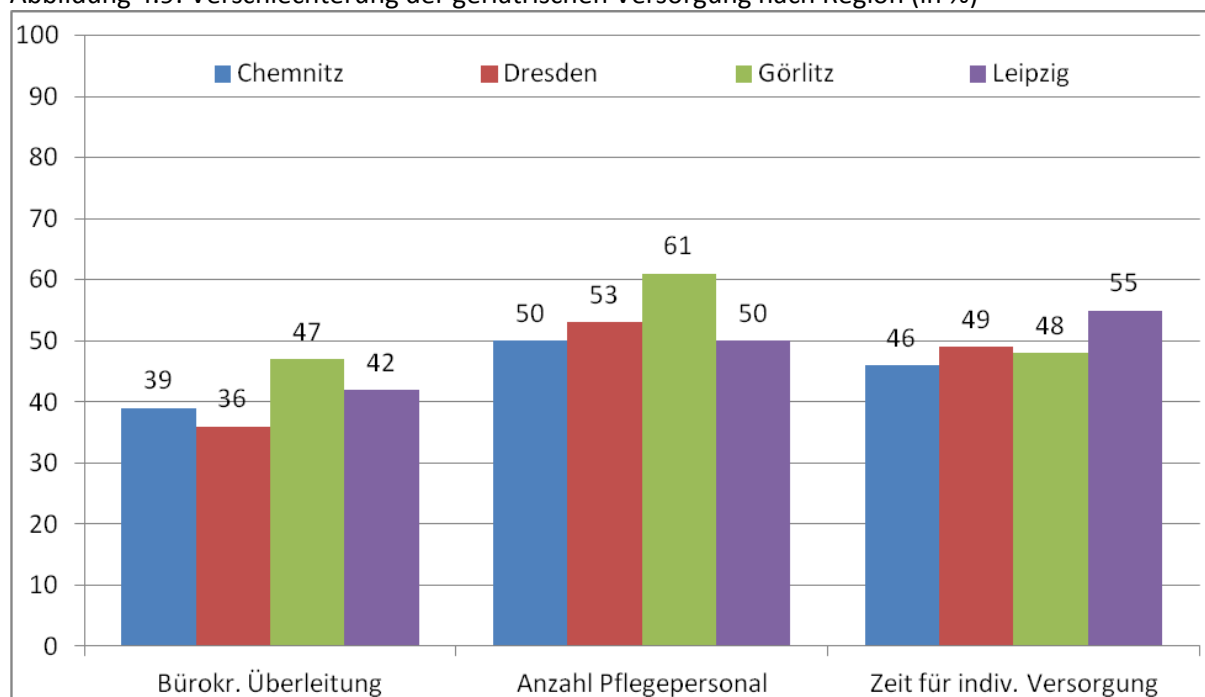
Erstaunlich ist die große Varianz der Einschätzung nach Region. Es gab praktisch keine Dimension, bei der es ein einheitliches Bild gibt – am ehesten noch hinsichtlich der nicht ganz so optimistischen Beurteilung der Entwicklung neutraler Beratungsangebote: hier stimmten alle vier Standorte weitestgehend überein, indem jeweils ungefähr ein Drittel eine Verbesserung konstatierte. Dieses Ergebnis

kann man als Anfang oder als Schritt in die richtige Richtung bezeichnen – mehr ist es jedoch sicherlich nicht.

Die deutlichsten Unterschiede in der Beurteilung der Entwicklungsrichtung gab es in Hinblick auf die vier erstgenannten Dimensionen mit mehrheitlich positiver Einschätzung. Bei der Identifikation geriatrischer Patienten berichteten die Akteure geriatrischer Versorgung aus dem Landkreis Görlitz die deutlichste Verbesserung (fast zwei Drittel sahen dies so), während das an allen anderen Standorten lediglich knapp die Hälfte der befragten Akteure so sahen. Ähnlich stellte sich die Situation bei der Einschätzung der Zusammenarbeit mit ambulanten Trägern dar: 58% der Görlitzer Befragten berichteten eine deutliche Verbesserung innerhalb der letzten 10 Jahre, verglichen mit knapp der Hälfte in den Regionen Dresden und in Chemnitz. Am wenigsten optimistisch war die Einschätzung diesbezüglich in der Region Leipzig. Die Entwicklung der Dokumentation/ Informationsweitergabe bei der Überleitung wurde in den Regionen Chemnitz (59% sahen eine positive Entwicklung) und Görlitz (52% positiv) deutlich positiver bewertet als in der Dresdner (44% positiv) und in der Leipziger Region (37% positiv). Dafür zeichnete sich die Leipziger Region (58% positiv) gemeinsam mit dem Landkreis Görlitz (56% positiv) durch eine besonders positive Einschätzung der Entwicklung der stationären Versorgungsqualität aus – dies wurde in Chemnitz (35% positiv) und Dresden (31% positiv) bei weitem nicht so optimistisch gesehen.

Die Entwicklung der übrigen drei Dimensionen wurde zwar tendenziell positiv bewertet, aber bei weitem nicht so deutlich wie in den vier erstgenannten. So sahen mit 42% der Befragten ein großer Teil der Befragten im Raum Dresden eine Verbesserung der ambulanten Versorgungsqualität – aber nur 21% der Chemnitzer. Die Entwicklung des Umfangs von Beratungsangeboten wurde von fast der Hälfte der Leipziger und Görlitzer sowie von 40% der Dresdner Befragten positiv eingeschätzt – doch auch hier fielen die Chemnitzer Befragungsteilnehmer/innen durch eine deutlich weniger optimistische Einschätzung auf (nur 29% positiv). Im nächsten Schritt werden wir uns nun die Dimensionen ansehen, bei denen es mehrheitlich zu einer Verschlechterung kam (siehe Abbildung 4.9 unten).

Abbildung 4.9: Verschlechterung der geriatrischen Versorgung nach Region (in %)

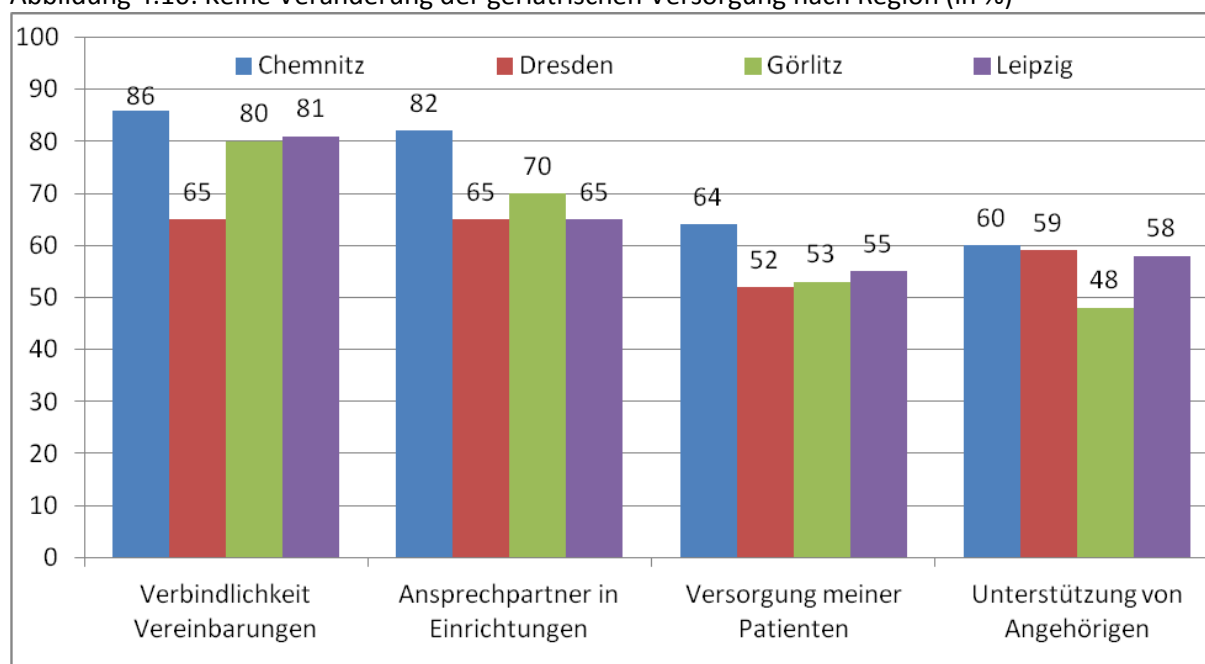


Im Gegensatz zur Einschätzung der positiven Entwicklungstrends sind sich die vier Modellregionen in ihrer negativen Beurteilung weitestgehend einig. Dies trifft insbesondere auf die Einschätzung der Anzahl von Pflegepersonal zu, wobei hier der Landkreis Görlitz in seiner negativen Bewertung noch

herausragt (61% negative Bewertung im Vergleich zu 50-53% in den anderen Regionen). Ein ähnliches Muster ergibt sich für die Frage nach Zeit für die individuelle Patientenversorgung. Diesmal ist es allerdings die Region Leipzig, die in ihrer negativen Beurteilung die anderen Standorte noch übertrifft. Die Entwicklung des bürokratischen Aufwands bei der Überleitung wird wiederum in Görlitz von mehr Befragten negativ gesehen als an den anderen Standorten. Im Raum Dresden ist der Anteil der Kritiker mit 36% noch vergleichsweise gering.

Die vier verbleibenden Dimensionen geriatrischer Versorgung wurden weder positiv noch negativ eingeschätzt (Details vgl. Abbildung 4.10 unten). Interessanterweise gab es auch hier überwiegend Übereinstimmung zwischen den Regionen. Eine überwältigende Mehrheit der Befragten in Chemnitz, Leipzig und Görlitz sahen keine Veränderungen in der Verbindlichkeit von Vereinbarungen – lediglich in Dresden und Umgebung war der Anteil etwas geringer, aber mit 65% immer noch sehr hoch. Im Hinblick auf die Verfügbarkeit von Ansprechpartner/innen in Einrichtungen sowie bezüglich der Versorgung eigener Patienten gab es keine wesentlichen interregionalen Unterschiede. Lediglich Chemnitz zeichnete sich in beiden Fällen durch noch höhere Stabilität aus. Auch bei der Unterstützung von Patientenangehörigen sahen die Befragten mehrheitlich keine Veränderung – nur in Görlitz wurde offenbar etwas mehr Veränderung konstatiert, auch wenn der Gesamteindruck nach wie vor auf eine mehr oder weniger konstante Situation schließen lässt.

Abbildung 4.10: Keine Veränderung der geriatrischen Versorgung nach Region (in %)



Wichtigkeit der Ziele geriatrischer Netzwerke

Die Mitglieder der sich im Aufbau befindlichen Geriatrie-Netzwerke an den vier Modellprojektstandorten wurden im nächsten Schritt mit einer Reihe möglicher Ziele solcher Geriatrie-Netzwerke konfrontiert und um ihre Meinung bezüglich der Wichtigkeit dieser Ziele gebeten. Die Liste von Zielen speiste sich überwiegend aus zwei Quellen: a) Zielstellungen, die im Sächsischen Geriatriekonzept (SMS 2010) formuliert waren und b) Zielen, die Mitglieder der drei Arbeitsgruppen „Sozialdienst, Patienten- und Angehörigenarbeit“ (Arbeitsgruppe 3), „Pflegerischer Dienst“ (Arbeitsgruppe 2) und „Ärztliche Versorgung“ (Arbeitsgruppe 1) im Modellprojekt des Görlitzer Landkreises in Diskussionsrunden vorgeschlagen hatten.

Ziele geriatrischer Regionalnetzwerke

Insgesamt wurde die Einschätzung der Befragten zu einer Liste von 21 Zielen im Sinne von Verbesserungsvorschlägen erbeten, zu deren Realisierung die regionalen Netzwerke beitragen können. Die

Frage lautete: „Im Folgenden sind verschiedene Ziele eines geriatrischen Netzwerks aufgeführt. Mir sind folgende Ziele wichtig.“ Dazu gab es 4 abgestufte Antwortoptionen: „stimmt völlig“, „stimmt überwiegend“, „stimmt eher nicht“ und „stimmt überhaupt nicht“.

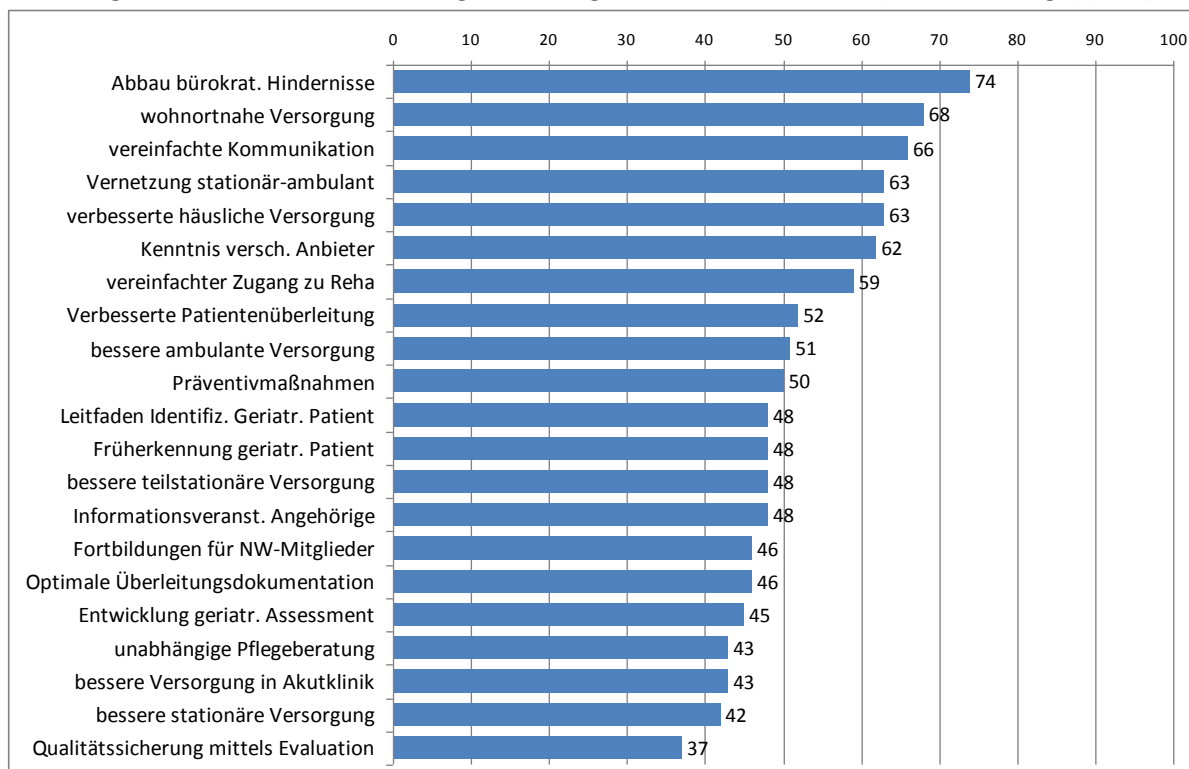
Fast alle Befragten beantworteten wenigstens einige der Fragen nach der Wichtigkeit von Netzwerkzielen. Das Minimum waren $n = 199$ Personen (75% aller Befragten) bezogen auf das Ziel einer verbesserten Versorgung in einer Akutklinik. Das Maximum waren $n = 255$ Personen (96% aller Befragten) bezogen auf die Ziele vereinfachter Kommunikationswege durch Netzwerkstrukturen und wohnortnahe Versorgung. Im Ergebnis kann festgehalten werden, dass es zu allen genannten Vorschlägen Zustimmung gab, das heißt alle Befragten schätzten diese 21 Punkte als „sehr wichtig“ oder „wichtig“ ein. Wenn beide positiven Antwortmöglichkeiten addiert werden, dann ergibt sich eine Schwankungsbreite zwischen maximal 95% („wohnortnahe Versorgung“) und minimal 77% („Qualitätssicherung mittels Evaluation“). Dementsprechend erscheint die Zustimmung zur Extremposition „Stimmt völlig“ in diesem Fall aussagekräftiger zu sein als die zusammengefassten positiven Bewertungen. Im Folgenden werden daher nur diese maximalen Zustimmungswerte diskutiert. Abbildung 4.11 auf der nächsten Seite gibt einen Überblick über die Einzelergebnisse.

Auffällig ist, dass sage und schreibe drei Viertel der befragten Netzwerkpartner/innen dem Abbau bürokratischer Hindernisse höchste Priorität einräumen. Dies ist das mit Abstand wichtigste Ziel, das der Etablierung geriatrischer Netzwerke zugeschrieben wird.

Ebenfalls sehr hohe Zustimmungsraten erhielt eine Gruppe von fünf Zielen, die von ca. zwei Dritteln der Befragten als „sehr wichtig“ eingestuft wurden (in absteigender Reihenfolge entsprechend ihrer Wichtigkeit): wohnortnahe Versorgung (68% Zustimmung als „sehr wichtig“), vereinfachte Kommunikation (66%), verbesserte Vernetzung zwischen stationären und ambulanten Versorgern einerseits und eine bessere häusliche Versorgung andererseits (jeweils 63%) sowie Kenntnis der verschiedenen Anbieter (62%).

Wie bereits eingangs gesagt, gab es kein einziges Ziel, das nicht mehrheitlich als wichtig eingestuft wurde. Das heißt, die vergleichsweise geringe Zustimmung zur Wichtigkeit von Qualitätssicherung durch Evaluation von 37% bezieht sich ausschließlich auf diejenigen, die es als „sehr wichtig“ eingeschätzt haben. Bezieht man auch diejenigen ein, die es zumindest als „wichtiges“ Ziel eingestuft haben, kommt man wiederum auf eine sehr hohe Zustimmungsraten von 77% (in Abbildung 4.11 nicht dargestellt). Gleiches gilt analog auch für die Zustimmungsraten zur besseren stationären Versorgung als ein Ziel der Etablierung geriatrischer Netzwerke (42% „sehr wichtig“), bessere Versorgung in einer Akutklinik (43% „sehr wichtig“), unabhängige Pflegeberatung (43% „sehr wichtig“), usw.

Abbildung 4.11: Maximale Zustimmung zu Zielen geriatrischer Netzwerke („Stimmt völlig“) (in %)



Festzuhalten bleibt in jedem Fall, dass neben dem Abbau bürokratischer Hindernisse die häusliche / wohnortnahe Versorgung allerhöchste Priorität genießt ebenso wie typische Vernetzungsnutzen wie z.B. verbesserte Kommunikation, Wissen und Koordination.

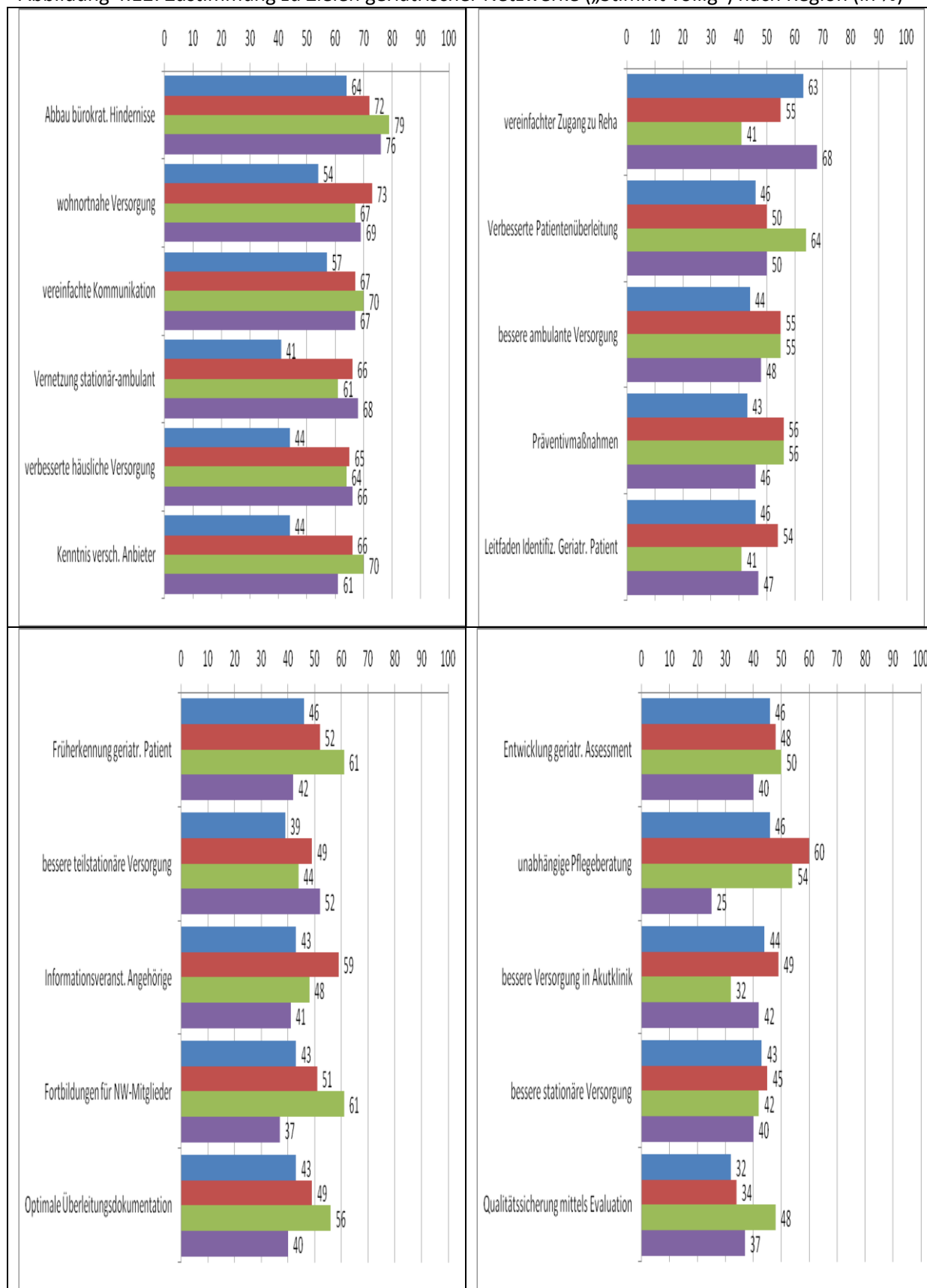
Regionale Unterschiede bei der Wichtigkeit von Zielen

In diesem Abschnitt wird der Frage nachgegangen, ob es regionale Unterschiede bei der Bewertung der Wichtigkeit von Zielen gibt. Ein Blick auf Abbildung 4.12 auf der Folgeseite gibt Aufschluss darüber ob sich die einzelnen Modellregionen in ihrer Zustimmung zu den Zielen geriatrischer Netzwerke voneinander unterscheiden und ggf. wie stark. Auch hier wird wiederum die größtmögliche Zustimmung, d.h. Ankreuzung der Antwortkategorie „stimmt völlig“ als Maßstab genommen.

Ursprünglich war geplant, alle Ergebnisse für jedes einzelne der 21 Ziele an den vier Standorten im Vergleich in einer Grafik zu präsentieren. Es sollte also Abbildung 4.11 repliziert werden, ergänzt um die Prozentwerte für jeden der vier Standorte. Aufgrund der daraus resultierenden Komplexität und Unübersichtlichkeit der Darstellungsweise (21 Ziele mal 4 Standorte = 84 Dimensionen in einem Balkendiagramm!) wurde jedoch darauf verzichtet. Stattdessen werden die Ergebnisse in Abbildung 4.12 in vier Untergruppen unterteilt dargestellt, geordnet in absteigender Reihenfolge ihrer Gesamthäufigkeit präsentiert (von links oben (größte Gesamthäufigkeit) über rechts oben und links unten zu rechts unten (geringste Gesamthäufigkeit)).

Um mehr Raum für die Präsentation zu haben, wurde in den vier Teilgrafiken von Abbildung 4.12 auf eine Legende der vier Standorte verzichtet. Zur Erinnerung, die Farbe „Blau“ steht stellvertretend für Chemnitz, „Rot“ für Dresden-Radeburg, „Grün“ für Görlitz und „Violett“ für Leipzig-Zwenkau.

Abbildung 4.12: Zustimmung zu Zielen geriatrischer Netzwerke („Stimmt völlig“) nach Region (in %)



Der Abbau bürokratischer Hindernisse wurde insgesamt als das mit Abstand wichtigste Ziel der geriatrischen Netzwerke benannt. Das spiegelt sich auch in den Regionen wieder. In Chemnitz, Görlitz und Leipzig wurde es als wichtigstes Ziel identifiziert – nur in Dresden musste es sich knapp der

„wohnortnahen Versorgung“ (72% zu 73% völlige Zustimmung) geschlagen geben. Herausragend ist der Wert von fast 80% völlige Zustimmung im Landkreis Görlitz, dicht gefolgt von Leipzig und Dresden (jeweils drei Viertel der Befragten stimmten vollkommen zu). Lediglich im Chemnitzer Netzwerk war der Wert mit knapp zwei Dritteln Zustimmung etwas niedriger, wobei das im Gesamtkontext der insgesamt niedrigeren Zustimmungsraten in der Chemnitzer Befragung zu sehen ist – die Chemnitzer Befragten waren nicht so schnell dabei, die Antwortoption „stimmt völlig“ anzukreuzen.

Bei welchen Zielen gab es die größten Unterschiede zwischen den Regionen? Einem vereinfachten Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen wurde vor allem in Leipzig (68% völlige Zustimmung), aber auch in Chemnitz (63%) sehr hohe Priorität zugeschrieben. Im Landkreis Görlitz rangierte dieses Ziel auf einem der hinteren Plätze. Umgekehrt wurde in Görlitz viel Wert gelegt auf eine verbesserte Patientenüberleitung (64% völlige Zustimmung), während dies an den anderen Standorten nicht von größerer Bedeutung war. Eine bessere Vernetzung von stationären und ambulanten Anbietern war besonders den Netzwerkmitgliedern im Raum Leipzig (68% völlige Zustimmung) und Dresden (66%) ein Anliegen; auch in Görlitz war es relativ wichtig (61%) – in Chemnitz wurde diesem Ziel jedoch keine herausragende Bedeutung beigemessen (41%).

Im geografisch weit ausgedehnten Landkreis Görlitz (mit einer Nord-Süd-Ausdehnung von mehr als 100 km und einer West-Ost-Ausdehnung von ca. 30 km) erfreute sich das Ziel, andere Versorger kennen zu lernen, besonders großer Beliebtheit (70% völlige Zustimmung), gefolgt von Dresden (66%). Etwas weniger Interesse daran hatte man im Raum Leipzig (61%) – und deutlich weniger in Chemnitz (44%). Analog hatte die Früherkennung geriatrischer Erkrankungen im Landkreis Görlitz größere Bedeutung (61% völlige Zustimmung) als an den anderen Standorten, wo dem nur mäßiges Interesse zu Teil wurde – am wenigsten in Leipzig (42%). Interessant ist auch die sehr unterschiedliche Bewertung von Fortbildungsmöglichkeiten für Netzwerkmitglieder: während dieses Ziel in Görlitz große Zustimmung erfuhr (61% völlige Zustimmung) galt dies nicht für die drei anderen Netzwerke. An kaum einer Frage schieden sich derart die Geister wie an der nach einer unabhängigen Pflegeberatung. Während dieses Ziel mit 60% völliger Zustimmung in Dresden eine große Rolle spielte und in Görlitz und Chemnitz zumindest von etwa der Hälfte der Befragten als sehr wichtiges Ziel eingestuft wurde, bekam diese Frage in Leipzig den niedrigsten Zustimmungswert (25% völlige Zustimmung) überhaupt.

Die geringsten Unterschiede zwischen den vier Netzwerken gibt es übrigens bezüglich der stationären Versorgung – hier gibt es nahezu identische Ergebnisse.

Welche anderen typischen Muster gibt es? In vielen Fällen fällt auf, dass die Chemnitzer Ergebnisse zahlenmäßig den Prozentwerten an den anderen Standorten hinterherhinken. Daraus zu schlussfolgern, dass die Chemnitzer Befragten diesen Zielen weniger Bedeutung beimessen, wäre jedoch voreilig. Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass die Chemnitzer Befragten in ihrem Abstimmungsverhalten weniger zu Extremen neigten als die Befragungsteilnehmer/innen an den anderen Standorten. Würde man eine Rangordnung für jeden Standort erstellen, käme man zu ganz ähnlichen Bewertungen. Ein Beispiel ist die wohnortnahe Versorgung. Für die Mitglieder des Dresdner, Görlitzer und Leipziger Netzwerks ist diese offensichtlich von herausragender Bedeutung – scheinbar nicht so im Chemnitzer Netzwerk. Ein ähnliches Muster findet sich bei dem Ziel vereinfachter Kommunikation. Betrachtet man jedoch die Chemnitzer Ergebnisse separat, so kommt zum Vorschein, dass die 54% bzw. 57% völlige Zustimmung zu diesen Zielen zu den mit Abstand höchsten Zustimmungsraten in Chemnitz gehören. Mit anderen Worten, trotz zahlenmäßig niedrigerer Werte räumen die Chemnitzer diesen beiden Zielen ebenso hohe Priorität ein wie an den anderen Standorten. Dieses Muster findet sich außerdem noch im Hinblick auf eine verbesserte häusliche Versorgung.

Die Diskussion abschließen wollen wir mit einer Fokussierung auf die in den vier regionalen Geriatrie-Netzwerken jeweils benannten wichtigsten Ziele, die sich zum Teil voneinander unterscheiden:

Chemnitz: Die Mitglieder des Chemnitzer Netzwerkes benannten vier Ziele, die in ihrer Bedeutung herausragen: Dabei stehen zwei Ziele klar im Vordergrund – der Abbau bürokratischer Hindernisse (64% völlige Zustimmung) und ein vereinfachter Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen (63%). Mit etwas Abstand folgen vereinfachte Kommunikation (57%) und wohnortnahe Versorgung (54%) auf den Plätzen. Kein weiteres Ziel wurde von mehr als 50% der Befragten in der Region Chemnitz als absolut wichtig benannt.

Dresden: Im Dresden-Radeburger Netzwerk gibt es keine derartig klare Rangordnung von wichtigsten Zielen: es wurden mehr Ziele als besonders wichtig benannt, wobei aber die Zustimmungsraten deutlich über dem der Chemnitzer Befragten lagen. Eine Parallelität gibt es jedoch – auch hier ragen zwei Ziele in ihrer Bedeutung heraus: eine wohnortnahe Versorgung (73% völlige Zustimmung) und der Abbau bürokratischer Hindernisse (72%). Dem folgt eine Gruppe von vier Zielen mit ‚völligen Zustimmungsraten‘ von ca. zwei Dritteln: vereinfachte Kommunikation (67%), eine bessere Vernetzung stationärer und ambulanter Versorgung (66%), Kenntnis verschiedener Anbieter (ebenfalls 66%) sowie eine verbesserte häusliche Versorgung (65%). Darüber hinaus gibt es weitere acht Ziele, die von mehr als der Hälfte der Befragten als sehr wichtig eingestuft wurden.

Görlitz: Die Prioritätenliste und das Abstimmungsverhalten im Landkreis Görlitz unterscheidet sich wiederum von jener des Chemnitzer und des Dresdner Netzwerkes. Hier ragt der Abbau bürokratischer Hindernisse eindeutig heraus – die 79% völlige Zustimmung dazu ist zugleich der Spitzenwert in allen vier Geriatrie-Netzwerken. Zwei weitere Ziele vereinten jeweils 70% völlige Zustimmung auf sich: vereinfachte Kommunikation und die Kenntnis verschiedener Anbieter. Eine dritte Gruppe von (drei) Zielen erhielt von ca. zwei Dritteln völlige Zustimmung: wohnortnahe Versorgung (67%), verbesserte häusliche Versorgung (64%) und verbesserte Patientenüberleitung (ebenfalls 64%). Weitere sieben Ziele wurden von mehr als der Hälfte der Befragten als sehr wichtig eingestuft.

Leipzig: Auch für das Geriatrie-Netzwerk Leipzig-Zwenkau ergab sich ein ganz spezifisches Abstimmungsverhalten. Ebenso wie in Görlitz überragte der Abbau bürokratischer Hindernisse alle anderen Ziele in ihrer Bedeutung (74% völlige Zustimmung). Allerdings war der Abstand zu einer Gruppe von fünf Zielen mit ca. zwei Dritteln völliger Zustimmung nicht so groß wie im Görlitzer Geriatrie-Netzwerk. Diese fünf Ziele sind: wohnortnahe Versorgung (69%), eine verbesserte Vernetzung stationärer und ambulanter Versorgung (68%), vereinfachter Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen (ebenfalls 68%), vereinfachte Kommunikation (67%) und eine verbesserte häusliche Versorgung (66%). Allen anderen Zielen wird nicht annähernd so viel Bedeutung beigemessen. Nur ein weiteres Ziel wird von etwas mehr als der Hälfte favorisiert.

Aktive Mitarbeit im geriatrischen Netzwerk

Erfolg oder Misserfolg der geriatrischen Netzwerke steht und fällt mit der Bereitschaft ihrer Mitglieder, sich aktiv an der Arbeit zu beteiligen. Natürlich kommt den Modellprojekten eine entscheidende, koordinierende Rolle dabei zu. Ohne die Mitarbeit anderer Netzwerk-Mitglieder ist eine erfolgreiche Arbeit jedoch nicht zu gewährleisten, nicht zuletzt deshalb weil der eigentliche Erfolg geriatrischer Netzwerke in der Vernetzung geriatrischer Versorgungsstrukturen/-akteure besteht. Dementsprechend kann die Frage nach der Bereitschaft, sich selbst aktiv am jeweiligen geriatrischen Netzwerk in der Region zu beteiligen, als Lackmus-Test für den Erfolg verstanden werden.

Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit im Geriatrie-Netzwerk

Im Anschluss an die Frage nach der Wichtigkeit von Netzwerk-Zielen wurden die Befragten mit der einfachen Frage konfrontiert, ob sie sich vorstellen können, sich aktiv in das geriatrische Netzwerk einzubringen. Diese Frage konnte mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden. Insgesamt 228 von 265

Befragten (86%) haben diese Frage beantwortet. Das ermutigende Ergebnis dieser Befragung war, dass mehr als zwei Drittel dieser Personen (68%) bereit sind, sich aktiv zu engagieren.

Dem schloss sich eine offene Frage an, in der abgefragt wurde, *wie* sich Netzwerkmitglieder konkret einbringen wollen. Dort wurden einzelne der 21 Ziele geriatrischer Netzwerke genannt, wie zum Beispiel: durch Fortbildung – sowohl durch eigene Teilnahme als auch durch die Bereitschaft, Fortbildungsmaßnahmen anzubieten bzw. durchzuführen (das Thema ‚Demenz‘ wurde hier mehrfach explizit genannt); Mitarbeit in Qualitätszirkeln (Qualitätssicherung); aktive Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Trägern; aktive Zusammenarbeit mit Hausärzten (aus der Perspektive eines stationären Versorgers gesprochen); Präventionsangebote; Input zur aktiven Kontaktpflege, d.h. Vernetzung; sowie durch den Abbau bürokratischer Hindernisse bei der Genehmigung von Hilfsmitteln.

Einige gingen jedoch über die bloße Wiederholung von Netzwerkzielen hinaus und boten konkret Hilfe bei der Realisierung der Ziele an. Beispiele waren die Bereitschaft, als (unabhängige) Ansprechpartner zu Fragen pflegerischer Betreuung zu dienen; die Bereitschaft zur Beratung zur Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen; analytische Tätigkeit zur Optimierung von Arbeitsabläufen; die Bereitschaft, Fachvorträge bei Fortbildungsmaßnahmen zu halten; oder die Bereitschaft zur Übernahme von Überleitungspflege. Häufiger genannt wurde die Bereitschaft zu Hospitationen oder zur Organisation von Fallkonferenzen. Die aktive Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit wurde ebenso genannt wie der Austausch mit anderen Versorgern einerseits und Patienten und ihren Angehörigen andererseits.

Einige Netzwerkpartner hatten sich offensichtlich Gedanken gemacht, wie sie als Träger zur Verbesserung der Versorgungslage in der Region beitragen können. Dazu gehörten die Idee der Einrichtung eines ambulanten Zentrums zur Versorgung von Demenzkranken im Frühstadium, das an ein MVZ angegliedert werden soll; die Einrichtung einer geriatrischen Akutklinik (wobei dies von der Zustimmung politischer Akteure abhängig war) oder die Einrichtung einer geriatrischen Schwerpunktpraxis. Weitere Beispiele waren das Angebot ambulanter Nachsorge oder die Kontrolle des Medikamentenbedarfs (Aussortierung unnötiger Medikamente).

Andere meinten, sich durch ihre berufliche Tätigkeit bereits aktiv einzubringen, zum Beispiel als Hausarzt, als Physiotherapeut/in, als Mitarbeiter im organisatorischen/administrativen Bereich oder durch die ambulante Versorgung ihrer Patienten. Wiederum andere betonten, dass sie sich bereits als Netzwerkmitglieder aktiv beteiligen / beteiligt haben. Dabei spielte die Mitarbeit in den Arbeitsgruppen der Netzwerke eine große Rolle. Aktive Werbung für die Ziele des geriatrischen Netzwerks war eine weitere häufig genannte Form der aktiven Partizipation. In einem konkreten Fall wurde Hilfe bei einer besseren Vernetzung mit politischen Entscheidungsträgern angeboten.

Es gab jedoch auch einige Personen, die explizit angaben, sich nicht aktiv in die Arbeit der Netzwerke einbringen zu können – wobei man mit Sicherheit davon ausgehen kann, dass die ‚Dunkelziffer‘ noch erheblich höher ist. In einem Fall wurde eigenes Engagement an die Bedingung eines konkreten Nutzens für die eigene Arbeit geknüpft. Einige Personen brachten ihr Bedauern darüber zum Ausdruck, leider keine zeitliche Kapazität für ein aktives Engagement im Geriatrie-Netzwerk zu haben. Eine weitere Person sah sich ohne Einstellung von fehlendem Fachpersonal nicht in der Lage, sich aktiv einzubringen.

Erwartungen an das geriatrische Netzwerk

Den Abschluss des Fragebogens bildete eine Frage nach den Erwartungen der Netzwerkpartner/innen an das jeweilige geriatrische Netzwerk. Hier wurden die Befragten gebeten, ihre Erwartungen anhand von sieben vorgegebenen Erwartungsstatements, die sich im Verlauf der Diskussion in den Arbeitsgruppen des Görlitzer Geriatrie-Netzwerks als die wichtigsten herauskristallisiert hatten, mittels der vier bekannten Antwortoptionen: „stimmt völlig“, „stimmt überwiegend“,

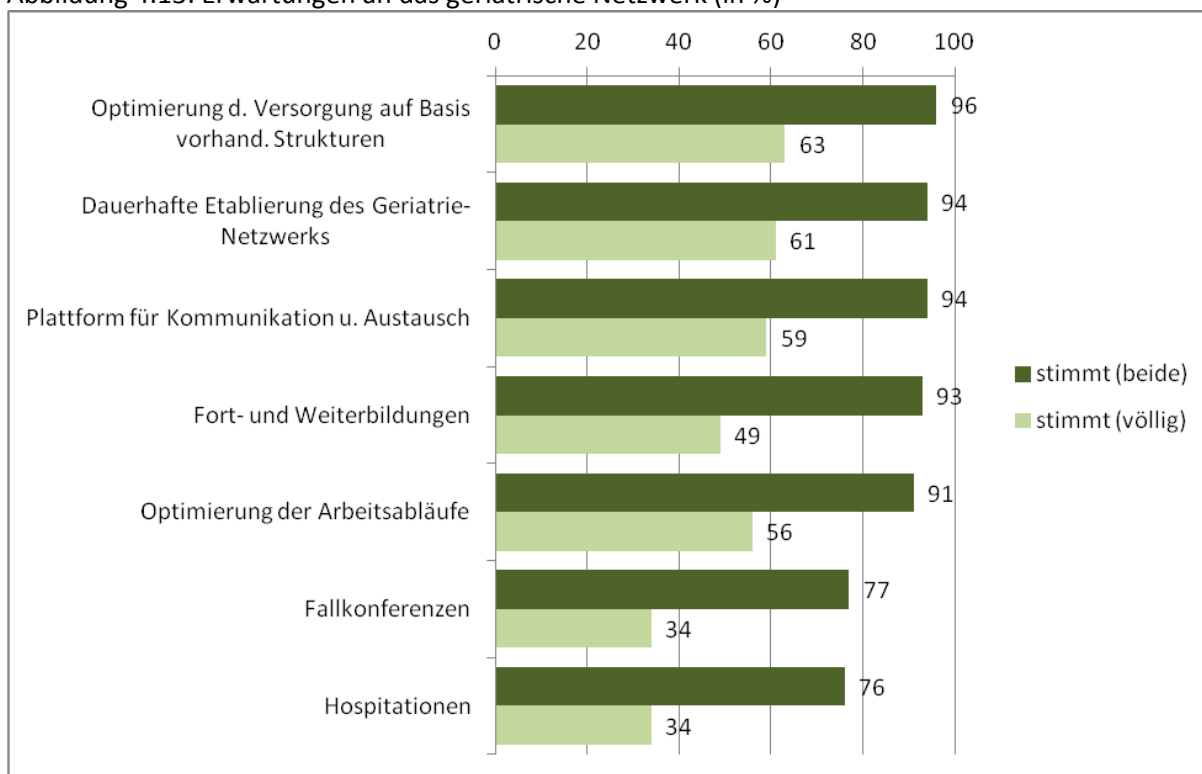
„stimmt eher nicht“ und „stimmt überhaupt nicht“ zu bewerten. Zusätzlich gab es noch die Möglichkeit, in einer offenen Frage nicht vorgegebene Erwartungen zu äußern. Im Unterschied zur Frage nach den Zielen der geriatrischen Netzwerke verband sich mit dieser Frage die Erwartung, dass hier Netzwerkpartner/innen ihre (Minimal-)Erwartungen äußern würden, was ihrer Meinung nach im Ergebnis der geriatrischen Modellprojekte am Ende übrig bleiben sollte.

Erwartungen an die geriatrischen Netzwerke

Bei der Frage nach den Erwartungen war die Antwortbereitschaft der Befragten wieder vergleichsweise hoch: zwischen 227 („Organisation von Fallkonferenzen“) und 243 („Optimierung der Versorgung auf der Grundlage vorhandener Strukturen“) von 265 Personen hatten diese Frage beantwortet – das entspricht einer Ausschöpfungsrate von 86% bzw. 92%.

Wie schon bei den Fragen zur Wichtigkeit von Netzwerkzielen führte die Addition beider positiven Antwortmöglichkeiten zur Nivellierung von Unterschieden. Aus diesem Grund werden in der folgenden Abbildung 4.13 sowohl die addierten Ergebnisse der Antwortoptionen 1 – „stimmt völlig“ und 2 – „stimmt überwiegend“ (dunkelgrüner Balken) als auch die völlige Zustimmung (hellgrüner Balken) präsentiert:

Abbildung 4.13: Erwartungen an das geriatrische Netzwerk (in %)



Werden die zusammengefassten Antwortoptionen betrachtet, so lassen sich lediglich zwei Antwortmuster erkennen: beinahe hundertprozentige Zustimmung zu den ersten fünf Erwartungsoptionen und lediglich zwei offenbar als etwas weniger wichtig angesehene Erwartungen – die Durchführung von Fallkonferenzen und die Möglichkeit zu Hospitationen. Bei Letzterem kann es sich allerdings auch um einen Ausdruck des eigenen Missbehagens handeln, wenn einem im Zuge einer Hospitation gewissermaßen „über die Schulter geschaut“ wird.

Aussagekräftiger erscheinen daher die Extrempositionen völliger Zustimmung zu sein, da sich hier etwas mehr Varianz ergibt. Bei dieser Vorgehensweise ergibt sich die ‚Optimierung der Versorgung auf der Basis vorhandener Strukturen‘ als dringlichstes Ziel – 63% der Befragten stimmten diesem vollkommen zu. An zweiter Stelle folgte die Erwartung, dass geriatrische Netzwerk dauerhaft in der

Region zu etablieren (völlige Zustimmung 61%). An dritter Stelle steht die Erwartung, mittels des Netzwerks eine Plattform für wechselseitige Kommunikation und Austausch zu etablieren (völlige Zustimmung 59%). Ebenfalls von deutlich mehr als der Hälfte der Befragten (56% völlige Zustimmung) gewünscht wird eine Optimierung der Arbeitsabläufe. Als weniger dringend wurden nicht nur die bereits angesprochenen Fallkonferenzen und Hospitationen (jeweils 34% völlige Zustimmung), sondern auch Fortbildungen gesehen (völlige Zustimmung 49%).

Im Ergebnis der Modellprojekte wird also vor allem die Optimierung vorhandener Versorgungsstrukturen sowie die dauerhafte Etablierung der regionalen Geriatrie-Netzwerke als Medium des wechselseitigen Austauschs zwischen den verschiedenen geriatrischen Versorgern erwartet. Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, einschließlich Fallkonferenzen und Hospitationen, werden ebenfalls als wichtig angesehen – ihnen wird aber im Vergleich zur Optimierung vorhandener Versorgungsstrukturen und der Etablierung des Netzwerks geringere Priorität eingeräumt.

Bevor der Frage nachgegangen wird, ob die Befragten in den Regionen verschiedene Erwartungen geäußert haben, soll ein Überblick gegeben werden über zusätzliche Erwartungen, die in der offenen Frage geäußert wurden. Gerade an dieser Stelle machten die Netzwerkmitglieder eine Vielzahl kreativer Vorschläge, wie die geriatrische Versorgung in ihrer Region verbessert werden kann. Es wird im Folgenden eine Auswahl der interessantesten Ideen vorgestellt und zwar solche, die nicht im Fragebogen vorgegeben waren.

Eine Gruppe von Vorschlägen bezog sich auf die Verbesserung der Situation von Patienten und ihren Angehörigen. So wurde beispielsweise die Erwartung geäußert, dass Patienten und Angehörige aktiv und auf Augenhöhe in die Besprechung von Problemen, Plänen und Verbesserungsvorschlägen einbezogen werden sollten. Gerade bei Familienangehörigen von Patienten wurde ein besonders großes Wissens- und Aufklärungsdefizit gesehen. Ein Aspekt einer stärker patientenorientierten Versorgung war die Erwartung der Abschaffung von Mehrbettzimmern in stationären Einrichtungen.

Eine weitere Gruppe von Ideen richtete sich auf eine bessere Zusammenarbeit von Versorgern und Leistungserbringern. Ein Schwerpunkt betraf den gegenseitigen Respekt der an der geriatrischen Versorgung beteiligten verschiedenen Professionen. Hier wurde der Erwartung Ausdruck gegeben, dass man sich künftig auf Augenhöhe begegnet und sich vor Entscheidungen gemeinsam an einen Tisch setzt. Dies wurde vor allem im Zusammenhang bestehender Abgrenzungen zwischen medizinischem und Pflegebereich diskutiert und die Hoffnung einer intensiveren interdisziplinären Kooperation geäußert. Ebenfalls angemahnt wurde eine bessere Kooperation zwischen Hausärzten und Akutkliniken einerseits und Akutmedizin und Rehabilitation andererseits. Zudem wurde die Erwartung geäußert, dass künftig der Zugang zur Rehabilitation erleichtert wird.

Eine Person versprach sich eine Optimierung vorhandener Strukturen und Arbeitsabläufe durch die flächendeckende Einführung von Case Management. Ein weiterer Vorschlag betraf die intensive Einbindung von Hausärzten als Voraussetzung für eine gelingende Früherkennung geriatrischer Erkrankungen. Als neuralgischer Punkt identifiziert wurden die Übergänge zwischen Versorgungsstufen, also zum Beispiel zwischen Akut- oder Rehabilitationsklinikaufenthalt und der Rückkehr nach Hause, aber auch bei verzögerter Rekonvaleszenz. Diesbezüglich wurde der Erwartung Ausdruck gegeben, dass hier Übergangslösungen gefunden werden, die der Situation der Patienten gerecht werden. Andere Verbesserungsvorschläge betrafen eine bedürfnisorientierte Medikamentenversorgung.

Ein weiteres Erwartungsbündel richtete sich an Verwaltungen und insbesondere Kranken- bzw. Pflegekassen. Ein konkreter Wunsch war, dass Kurzzeitpflege auch für Patienten ohne Pflegestufe finanziert wird. Allgemein wurde die Erwartung geäußert, den bürokratischen Aufwand bei der Beantragung einer Pflegestufe und/oder von Hilfsmitteln oder Rehabilitationsmaßnahmen zu reduzieren. Eine Person wünschte sich auch ganz explizit eine bessere Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und kassenärztlicher Vereinigung.

Eine Mahnung richtete sich auch direkt an die in Entstehung befindlichen Geriatrie-Netzwerke: Aktionismus und ‚bloßes Gerede‘ möge doch bitte vermieden werden. Stattdessen sollen Praxisnähe, Effektivität und Patientenversorgung im Mittelpunkt stehen. Gleichwohl wurde es als wichtig angesehen, Schwerpunkte zu setzen, um eine ‚Verzettelung‘ zu vermeiden. Es wurde auch die Erwartung geäußert, bereits bestehende Netzwerkstrukturen einzubeziehen.

Regionale Unterschiede in Erwartungen an Geriatrie-Netzwerke

Auch hier stellt sich die Frage nach der Existenz etwaiger regionaler Unterschiede. Betrachtet werden aufgrund der festgestellten geringen Varianz der zusammengefassten positiven Antworten nur die artikulierten ‚völlige Zustimmung‘. Die nach Region differenzierten Ergebnisse werden in Abbildung 4.14 auf der nächsten Seite präsentiert. Die Darstellung erfolgt in derselben Reihenfolge wie in Abbildung 4.13, also entsprechend der absteigenden Reihenfolge der dort geäußerten Erwartungen.

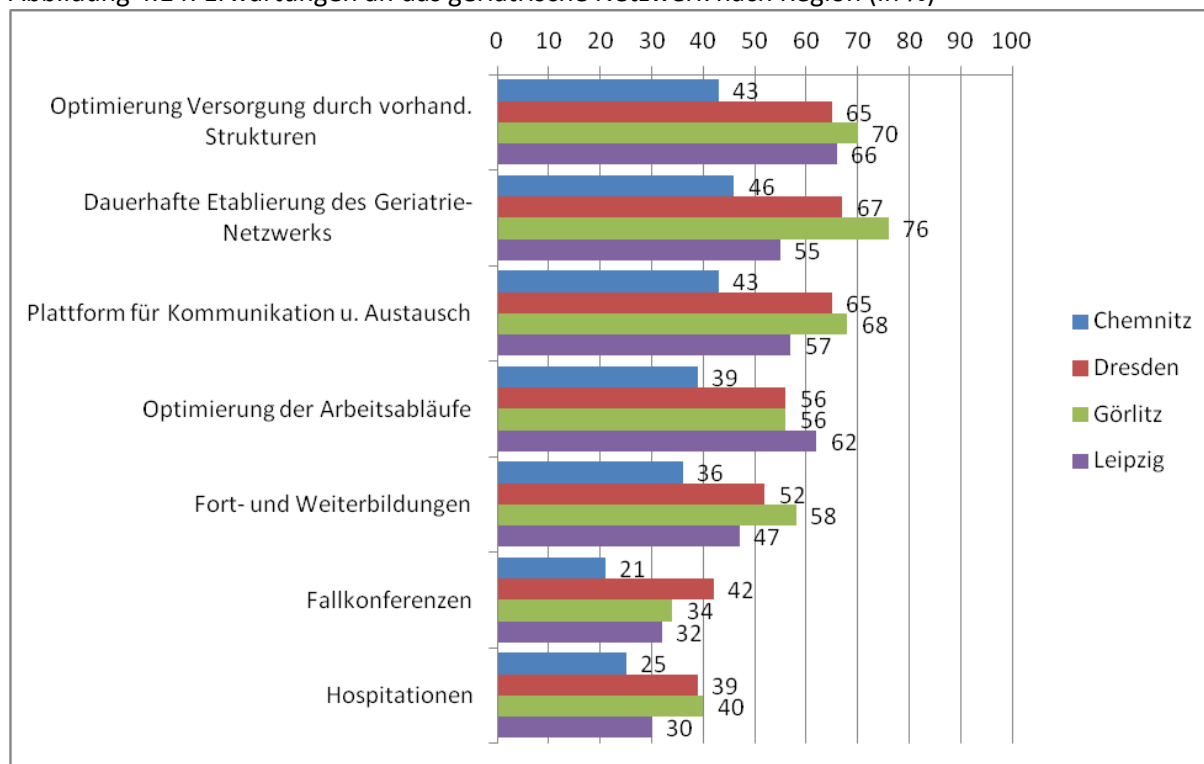
Tatsächlich lassen sich in Abbildung 4.14 zum Teil erhebliche regionale Unterschiede in den geäußerten Erwartungen feststellen. Die größten Hoffnungen in eine dauerhafte Etablierung des jeweiligen Geriatrie-Netzwerks setzten die Görlitzer Befragten – drei Viertel äußerten die dringende Erwartung (völlige Zustimmung), dass das Netzwerk dauerhaft Bestand hat, gefolgt von den Befragten aus dem Raum Dresden, von denen zwei Drittel diese Hoffnung äußerten. Sowohl die Leipziger als auch die Chemnitzer Befragten waren skeptischer – nur etwas mehr als die Hälfte (55%) der Leipziger und knapp die Hälfte (46%) der Chemnitzer äußerten dieselbe dringende Erwartung.

Hinsichtlich der Erwartung der Optimierung vorhandener Versorgungsstrukturen hingegen lagen die Görlitzer, Leipziger und Dresdner Befragten beinahe gleichauf – etwa zwei Drittel äußerten die dringende Erwartung, dass die Geriatrie-Netzwerke zur Optimierung der Versorgung auf der Basis vorhandener Strukturen beitragen würden. Lediglich die Chemnitzer Befragten waren etwas weniger optimistisch – nur 43% äußerten diese Erwartung.

Zwei Drittel der Görlitzer und der Dresdner Befragten äußerten die dringende Erwartung, durch die Geriatrie-Netzwerke Plattformen für Kommunikation und Austausch etablieren zu können. Dies hatte nur für 57% der Leipziger Befragten Priorität. Das Chemnitzer Echo war wiederum etwas verhaltener (43% völlige Zustimmung).

Die Leipziger Befragten setzten dafür besonders große Hoffnungen in eine Optimierung von Arbeitsabläufen durch das Geriatrie-Netzwerk (62% völlige Zustimmung). Etwas mehr als die Hälfte (jeweils 56%) der Dresdner und Görlitzer Befragungsteilnehmer/innen sahen dies genauso. Nur die Chemnitzer Erwartungshaltung war wiederum etwas weniger ausgeprägt (39% völlige Zustimmung).

Abbildung 4.14: Erwartungen an das geriatrische Netzwerk nach Region (in %)



Wie bereits angedeutet, genossen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen insgesamt geringere Priorität. Immerhin noch mehr als die Hälfte der Befragten in Görlitz (58%) und Dresden (52%) gaben ihrer Erwartung Ausdruck, dass dies auf jeden Fall ein Ergebnis der Netzwerk-Arbeit sein sollte. In der Region Leipzig sahen dies knapp die Hälfte (47%) genauso – im Raum Chemnitz ein gutes Drittel (36%). Deutlich verhaltener waren die Reaktionen in Bezug auf Fallkonferenzen und Hospitationen. Bemerkenswert sind lediglich ein im Vergleich zu den anderen drei Regionen deutlich größeres Interesse der Dresdner Befragten an Fallkonferenzen sowie ein beinahe ebenso ausgeprägtes Interesse der Dresdner und Görlitzer Befragungsteilnehmer/innen an Hospitationen.

Zusammenfassung

Die vorliegende Netzwerkbefragung präsentiert erste quantitative Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Aufbaus der geriatrischen Versorgungsnetzwerke an den vier Modellstandorten Chemnitz, Dresden, Görlitz und Leipzig. Befragt wurden 265 Mitglieder der sich im Aufbau befindlichen vier geriatrischen Netzwerke, also Vertreter/innen der verschiedenen an der Versorgung geriatrischer Patienten beteiligten Akteure. Nicht befragt werden konnten im Rahmen dieser Untersuchung geriatrische Patienten und deren Angehörige. Dies war angesichts der zeitlichen und finanziellen Rahmenbedingungen nicht möglich. Gleichwohl besteht in dieser Hinsicht dringender Handlungsbedarf. Es wird dringend empfohlen, eine statistisch repräsentative Befragung der sächsischen Bevölkerung im Alter von 50 Jahren und älter in naher Zukunft durchzuführen, um die in dieser Netzwerkbefragung erhobenen ‚Expertenmeinungen‘ um die Ansichten Betroffener und ihrer Angehörigen zu ergänzen. Aufgrund des besonderen demografischen Profils der sächsischen Bevölkerung könnte diese Erhebung durchaus Modellcharakter für andere Regionen in Deutschland und Europa haben.

Im Folgenden erfolgt nun eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der Netzwerkbefragung:

Zufriedenheit mit dem Status Quo der geriatrischen Versorgung

Die mit Abstand größte Zufriedenheit mit der gegenwärtigen Versorgung wurde in Bezug auf die Versorgung der eigenen Patienten geäußert (72% der Befragten waren damit zufrieden). Ebenfalls hohe Zufriedenheit gab es bezüglich der Verbindlichkeit von Vereinbarungen mit anderen Versorgern (65% Zufriedenheit) und hinsichtlich der Zusammenarbeit mit ambulanten Trägern (63% Zufriedenheit) (ein großer Teil der Befragten arbeitete im stationären Bereich, also in Kliniken oder Pflegeheimen).

Unzufriedenheit mit dem Status Quo der geriatrischen Versorgung

Größten Anlass zur Unzufriedenheit mit der gegenwärtigen geriatrischen Versorgung gab die Anzahl vorhandenen Pflegepersonals, was von mehr als drei Vierteln (77%) der Befragten negativ bewertet wurde. Ebenfalls von einer deutlichen Mehrheit negativ bewertet wurde die für die Patientenversorgung zur Verfügung stehende Zeit (66%) und das Fehlen unabhängiger, neutraler Beratungsangebote (63%).

Regionale Unterschiede bei der Zufriedenheit mit dem Status Quo der geriatrischen Versorgung

Mit Ausnahme des Bereichs ‚stationäre Versorgungsqualität‘, die von allen überwiegend positiv eingeschätzt wird, gibt es erhebliche regionale Unterschiede in der Beurteilung der gegenwärtigen Versorgungslage in Sachsen. Die Zahl (nicht) verfügbarer Pflegekräfte wurde im Landkreis Görlitz als besonders dramatisch eingeschätzt, wo fast 90% der Befragten die Situation negativ einschätzten. Dementsprechend besonders weit verbreitet war hier auch das Gefühl, nicht genügend Zeit für eine angemessene Patientenbetreuung zu haben. Im Zusammenhang mit der angespannten Personalsituation ist sicher auch das Fehlen eines Ansprechpartners in Einrichtungen zu sehen. Dies wurde in Chemnitz von besonders vielen Befragten (70%) negativ reflektiert. Es fällt auf, dass die Leipziger Netzwerkmitglieder keine hohe Meinung von der ambulanten geriatrischen Versorgung im Großraum Leipzig haben. Fast zwei Drittel der Befragten bewerten diese negativ.

Die größten Unterschiede zwischen den Standorten gab es in Hinblick auf Informationsweitergabe / Dokumentation bei der Überleitung und Assessment zur Identifikation geriatrischer Patienten. Bei der Informationsweitergabe bei der Überleitung zeichnete sich der Standort Chemnitz durch eine überaus positive Beurteilung aus – drei Viertel sahen dies hier als gelungen an. Das andere Extrem in dieser Hinsicht ist der Landkreis Görlitz. Hier sahen 71% die Informationsweitergabe bei der Überleitung kritisch. Bei der Identifikation geriatrischer Patienten ergab sich nun beinahe das gegenteilige Bild. Hier schnitt Görlitz mit einer positiven Bewertung von 70% überaus gut ab. Überwiegend negativ fiel hingegen die Einschätzung in Chemnitz aus.

Erwartungsgemäß wurde der bei der Überleitung von Patienten erforderliche bürokratische Aufwand mehrheitlich negativ bewertet. Überraschend war diesbezüglich die überwiegend positive Bewertung in Chemnitz! Ein Aspekt, der von allen vier Modellprojekten als kritisch eingeschätzt wurde, war der Umfang verfügbarer Beratungsangebote. Besonders kritisch wurde dies in Görlitz und Leipzig gesehen. Das Fehlen *unabhängiger* Beratungsangebote wurde in der Region Dresden besonders kritisch gesehen.

Zufriedenheit mit Veränderungen in der geriatrischen Versorgung im letzten Jahrzehnt

Die nächste Frage zielte auf einen retrospektiven Vergleich des Ist-Zustandes geriatrischer Versorgung mit dem von vor 10 Jahren. Es sollte festgestellt werden, welche Veränderungen sich im Verlauf der letzten Jahre bereits ergeben haben. Zwei Dimensionen geriatrischer Versorgung haben sich aus Sicht der Befragten erfreulicherweise bereits in den zurückliegenden 10 Jahren verbessert: die Identifikation geriatrischer Patienten und die stationäre Versorgungsqualität. Allerdings gab es auch zwei Dimensionen, bei denen es im letzten Jahrzehnt eine eindeutig negative Entwicklung gegeben hat: die Anzahl von Pflegepersonal und Zeit für individuelle Versorgung von Patienten.

Regionale Unterschiede bei Veränderungen in der geriatrischen Versorgung

Erstaunlich ist die große Varianz der Einschätzung nach Region. Es gab praktisch keine Dimension, bei der es ein einheitliches Bild gibt. Die deutlichsten Unterschiede gab es in der Beurteilung positiver Entwicklungsrichtungen. Bei der Identifikation geriatrischer Patienten berichteten die Akteure aus dem Landkreis Görlitz die deutlichste Verbesserung. Ähnlich stellte sich die Situation bei der Einschätzung der Zusammenarbeit mit ambulanten Trägern dar. Am wenigsten optimistisch war die Einschätzung diesbezüglich in der Region Leipzig. Die Entwicklung der Dokumentation/ Informationsweitergabe bei der Überleitung wurde in den Regionen Chemnitz und Görlitz deutlich positiver bewertet als in der Dresdner und in der Leipziger Region. Dafür zeichnete sich die Leipziger Region gemeinsam mit dem Landkreis Görlitz durch eine besonders positive Einschätzung der Entwicklung der stationären Versorgungsqualität aus – dies wurde in Chemnitz und Dresden bei weitem nicht so optimistisch gesehen.

Im Gegensatz zur Einschätzung der positiven Entwicklungstrends sind sich die vier Modellregionen in ihrer negativen Beurteilung weitestgehend einig. Dies trifft insbesondere auf die Einschätzung der Entwicklung der Anzahl von Pflegepersonal zu, wobei hier der Landkreis Görlitz in seiner negativen Bewertung noch herausragt. Ein ähnliches Muster ergibt sich für die Frage nach Zeit für die individuelle Patientenversorgung. Diesmal ist es allerdings die Region Leipzig, die in ihrer negativen Beurteilung die anderen Standorte noch überragt.

Wichtigste Ziele von Geriatrie-Netzwerken

Des Weiteren wurden die Befragten gebeten, eine Liste von 21 Zielen von Geriatrie-Netzwerken entsprechend ihrer Wichtigkeit zu bewerten. Mit weitem Abstand am höchsten bewertet wurde die Notwendigkeit des Abbaus bürokratischer Hindernisse, gefolgt von dem Ziel der Gewährleistung wohnortnaher Versorgung und einer vereinfachten Kommunikation zwischen den verschiedenen Versorgungsträgern.

Regionale Unterschiede in der Wichtigkeit von Zielen

Die geringsten Unterschiede zwischen den vier Netzwerken gab es bezüglich der stationären Versorgung und des Abbaus bürokratischer Hindernisse – hier gibt es nahezu identische Ergebnisse. Die größten Unterschiede gab es im Hinblick auf das Ziel eines vereinfachten Zugangs zu Rehabilitationsmaßnahmen, dem in Leipzig und Chemnitz sehr hohe Priorität zugeschrieben wurde, während darauf im Landkreis Görlitz augenscheinlich kein großer Wert gelegt wurde. Umgekehrt war den Görlitzern eine verbesserte Patientenüberleitung sehr wichtig, während dies an den anderen Standorten nicht von größerer Bedeutung war. Eine bessere Vernetzung von stationären und ambulanten Anbietern war besonders den Netzwerkmitgliedern im Raum Leipzig und Dresden ein Anliegen; auch in Görlitz war es relativ wichtig – in Chemnitz wurde diesem Ziel jedoch keine herausragende Bedeutung beigemessen.

Im geografisch weit ausgedehnten Landkreis Görlitz erfreute sich das Ziel, andere Versorger kennen zu lernen besonders großer Beliebtheit, gefolgt von Dresden. Deutlich weniger Interesse daran artikulierten die Chemnitzer. Analog hatte die Früherkennung geriatrischer Erkrankungen im Landkreis Görlitz größere Bedeutung als an den anderen Standorten, wo dem nur mäßiges Interesse zu Teil wurde. Interessant ist auch die sehr unterschiedliche Bewertung von Weiterbildungsmöglichkeiten für Netzwerkmitglieder: während dieses Ziel in Görlitz große Zustimmung erfuhr, galt dies nicht für die drei anderen Netzwerke. An kaum einer Frage schieden sich derart die Geister wie an der nach einer unabhängigen Pflegeberatung. Während dieses Ziel in Dresden eine große Rolle spielte und in Görlitz und Chemnitz zumindest von etwa der Hälfte der Befragten als sehr wichtiges Ziel eingestuft wurde, bekam diese Frage in Leipzig den niedrigsten Zustimmungswert überhaupt.

Bereitschaft zu aktivem Engagement in den Geriatrie-Netzwerken

Insgesamt 228 von 265 Befragten (86%) beantworteten die Frage nach ihrer Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit in den Geriatrie-Netzwerken. Mehr als zwei Drittel dieser Personen (68%) sind bereit, sich aktiv zu engagieren.

Erwartungen an die Geriatrie-Netzwerke

Abschließend wurden die Befragten nach ihren konkreten Erwartungen an die Geriatrie-Netzwerke gefragt. Drei Erwartungen kristallisierten sich als alle anderen überragend heraus: die Optimierung vorhandener Versorgungsstrukturen und die Verstärkung der Geriatrie-Netzwerke, wobei ihre Funktion als Plattform für wechselseitigen Austausch und Kommunikation als besonders erhaltenswert gesehen wurde.

Regional unterschiedliche Erwartungen

Die größten Hoffnungen in eine dauerhafte Etablierung des jeweiligen Geriatrie-Netzwerks setzten die Görlitzer Befragten, gefolgt von den Befragten aus dem Raum Dresden. Sowohl die Leipziger als auch die Chemnitzer Befragten waren skeptischer. Hinsichtlich der Erwartung der Optimierung vorhandener Versorgungsstrukturen hingegen lagen die Görlitzer, Leipziger und Dresdner Befragten beinahe gleichauf – lediglich die Chemnitzer Befragten waren etwas weniger optimistisch. Zwei Drittel der Görlitzer und der Dresdner Befragten äußerten die dringende Erwartung, durch die Geriatrie-Netzwerke Plattformen für Kommunikation und Austausch etablieren zu können. Das Chemnitzer Echo war wiederum etwas verhaltener. Die Leipziger Befragten setzten dafür besonders große Hoffnungen in eine Optimierung von Arbeitsabläufen durch das Geriatrie-Netzwerk.

5. Qualitative Beschreibung der Netzwerke - Fallporträts

5.1 Fallporträt Geriatrienetzwerk_C Chemnitz

Datenquellen

- Projektantrag/Konzeption Geriatrienetzwerk_C vom 28.10.2010
- Interview mit den Netzwerkkoordinatorinnen Frau Hiekel und Frau Hillig (16.01.2012)
- Interview mit OA Dipl. Med. Matthias Forbrig (16.01.2012)
- Dokumentenanalyse anhand der AG-Protokolle, Aktivitätenliste und Internetauftritt

Context

Das Geriatriezentrum der Klinikum Chemnitz gGmbH besteht seit dem Jahr 2000 und integriert die Akutgeriatrie, die stationäre Rehabilitation und eine geriatrische Tagesklinik unter einer gemeinsamen Leitung. Die Geriatrische Reha-Klinik verfügt über 88 Betten und 6 Tagesplätze am Standort Dresdner Straße in Chemnitz. Mit 32 Betten ist die Abteilung der Akutgeriatrie am Standort Bürgerstraße 2 / KÜchwald der Klinikum Chemnitz gGmbH angesiedelt. Die Zertifizierung erfolgte 2000, die 2. Rezertifizierung 2010 als Teil der Klinikum Chemnitz gGmbH nach Joint Commission International on Accreditation (JCIA). Als Teil des Netzwerkkonzeptes gibt es seit 2011 die „Mobile geriatrische Rehabilitation“ als Patientenbesuch in der eigenen Häuslichkeit. Im Durchschnitt werden dabei gleichzeitig 3 - 4 Patienten über einen Zeitraum von 6 Wochen betreut.

Die Leitung des Geriatriezentrums wird durch den Oberarzt Dipl. - Med. Matthias Forbrig ausgeübt. Er ist Facharzt für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie. Seit 2004 arbeitet das Geriatriezentrum sowohl im Landesverband als auch im Bundesverband Geriatrie an der Etablierung und Weiterentwicklung einer qualitativ hochwertigen geriatrischen Versorgung sachsen- und bundesweit mit, sodass ein langjähriger Austausch des fachlichen Wissens besteht. Für die Modellregion zur geriatrischen Versorgung ist das Geriatriezentrum der Klinikum Chemnitz gGmbH die verbindende Einrichtung in Zusammenarbeit mit den verschiedenen Leistungserbringern der Stadt Chemnitz sowie des Erzgebirgskreises. Das Zentrum fördert dabei die Zusammenarbeit und koordiniert sektorenübergreifende Prozesse.

Typisch ist für die Struktur der Region ein dichtes Netz von klinischen Einrichtungen zur flächendeckenden wohnortnahen Versorgung der Grund- und Regelstufe sowie zahlreiche ambulante Einrichtungen, Heil- und Hilfsmittelversorger und eine starke Vernetzung mit den kommunalen und städtischen Strukturen. Dazu gehört ebenfalls ein festes Netz an Hausärzten im Chemnitzer Raum. Ein wichtiger Aspekt für das Geriatriezentrum ist die uneingeschränkte Nutzung (innerhalb der geltenden Rahmenbedingungen) aller Fachbereiche des Klinikums Chemnitz. Somit kann auf viele bestehende Strukturen und langjährige Partner zurückgegriffen werden. Die klinikinterne Vernetzung ist auf Grund der Größe des Klinikums und der differenzierten Patientenbedarfe eine wichtige Aufgabe des Netzwerkes.

Besonderheiten in der Verteilung von Krankheitsbildern für die Region sind nicht belegt. Bis Ende der 90er Jahre noch durch den Bergbau typische Krankheitsbilder sind bis zum jetzigen Zeitpunkt nicht mehr vorherrschend. Während in den Strukturen der Stadt Chemnitz professionelle Anbieter die Versorgung dominieren, leisten im ländlichen Raum, insbesondere im Erzgebirgskreis familiäre Strukturen und Angehörigensystem nach wie vor einen wichtigen Teil der Pflegeleistungen. Die eigene Rolle wird aus ärztlicher Sicht vor allem in der Vermittlung und Etablierung des geriatrischen Wissens innerhalb des Klinikums gesehen. Hier steht insbesondere die Zusammenarbeit mit der Rettungsstelle, der Unfallchirurgie und die internistische Ausbildung der Kollegen im Vordergrund, wo auf die speziellen Besonderheiten geriatrischer Patienten hingewiesen und ausgebildet wird. Der Fokus liegt dabei speziell auf der Betrachtung der Gesamtsituation der Patienten, insbesondere der Berücksichtigung der sozialen, familiären und hausärztlichen Situation.

Die Koordinatorinnen sehen ihre Rolle im Netzwerk vorwiegend in der Position eines Vermittlers sowie in der Funktion des Ansprechpartners. Als eine zentrale Schlüsselposition in der geriatrischen Versorgung sehen sich die Koordinatorinnen selber nicht. Eine Konkurrenz bzw. ein Wettbewerb um Patienten zwischen den niedergelassenen Ärzten und dem Geriatrienetzwerk_C wird als nicht relevant bewertet. Obwohl auch hier der Zugang zu den niedergelassenen Kollegen als nicht immer einfach beschrieben wird, stoßen die Netzwerkkoordinatorinnen bei ihren Praxisbesuchen und Schulungen des Praxispersonals bezüglich der Identifikation geriatrischer Patienten mit dem STEP-Fragebogen vorwiegend auf positive Resonanz. Das ist vermutlich dadurch bedingt, dass es im Klinikum einen seit längerer Zeit etablierten Geriatrie- Stammtisch mit durchschnittlich 50 Teilnehmern gibt. Aus diesem Pool lassen sich Kontakte offensichtlich leichter generieren als in anderen Standorten.

Grenzen der Netzwerkarbeit sehen die Koordinatoren gegenwärtig im begrenzten Einfluss auf politische Strukturen und Entscheidungen der Kostenträger, insbesondere die finanziellen Ressourcen sind nur begrenzt beeinflussbar. Auch können die familiären Strukturen der älteren Menschen durch das Netzwerk nicht geändert werden. Die Prävention von alterstypischen Erkrankungen setzt häufig zu spät an, vorwiegend in der Sekundär- und Tertiärprävention, da die Patienten in den meisten Fällen erst im fortgeschrittenen Alter in die geriatrische Versorgung eintreten. Die Bewerbung als Modellregion für ein Geriatrienetzwerk erfolgte durch die Geschäftsführung, vorbereitet durch das multidisziplinäre Leitungsteam aus ärztlichem Leiter, Pflegedienstleitung und Verwaltungsleiter.

Input

Mit der bewilligten Förderung der Modellregion wurden ab 1.9.2012 zwei Koordinatorinnen eingestellt. Frau Hiekel (0,75 VZÄ) hat eine Ausbildung zur Krankenschwester absolviert und war 20 Jahre als Krankenschwester in den Bereichen Innere Medizin und Radioonkologie am Klinikum Chemnitz tätig. Danach erfolgte eine Weiterbildung zum Case-Manager an der Fachhochschule Potsdam und weitere Tätigkeiten als Case Manager in verschiedenen Abteilungen im Klinikum. Frau Hillig (1,0 VZÄ) ist ebenfalls ausgebildete Krankenschwester und knapp 20 Jahre in den Fachbereichen Chirurgie und Intensivmedizin am Klinikum Chemnitz beschäftigt gewesen. Sie hat danach ebenso eine Weiterbildung zum Case-Manager absolviert und als Case- Manager in verschiedenen Abteilungen gearbeitet. Mit der Weiterbildung im Bereich Case-Management konnten umfangreiche Kenntnisse in der Netzwerkarbeit, der Überleitung und dem Schnittstellenmanagement erworben werden. Diese Zusatzausbildung beschreiben beide Koordinatorinnen als vorteilhaft für ihre Arbeit. Die beruflichen Erfahrungen sehen beide als essentielle Verbindung zur Praxis und damit als hilfreich und notwendig an. Sie nehmen wöchentlich an Fall- bzw. Teambesprechungen und Visiten in der geriatrischen Rehabilitationsklinik teil und haben einen umfangreichen Überblick über die aktuell behandelten Patienten sowie über die geplanten Anmeldungen von Patientenaufnahmen.

In erster Linie besteht ihr Aufgabenfeld in der Knüpfung von Kontakten zu niedergelassenen Ärzten und anderen potentiellen Netzwerkpartnern. In Planung ist der Aufbau einer geriatrisch-konsiliarischen Sprechstunde am Klinikum Chemnitz. Vorerst ist die Sprechstunde nur als telefonische Beratung ärztlicher Kollegen zu geriatrischen Fragestellungen geplant. Inhalt dieser Sprechstunde soll die Aufdeckung von Bedarfen und die Planung der geriatrischen Versorgung sein. Ein weiterer Tätigkeitsbereich umfasst die Durchführung von Schulungen der medizinischen Fachangestellten in den Hausarztpraxen im Umgang mit dem STEP-Fragebogen.

Für die Zeit der Modellphase ist die Entwicklung von neuen Standards für das Entlassungs- und Überleitungsmanagement nicht geplant. Es wird auf die bestehenden und etablierten klinikeigenen Informations- und Dokumentationssysteme zurückgegriffen, welche als ausreichend wahrgenommen werden. In Zukunft sollen spezielle Instrumente für demenzkranke Patienten entwickelt werden. Erster Ansprechpartner bei Versorgungsproblemen für Angehörige und Patienten in Vorbereitung der Entlassung im Klinikum Chemnitz ist der Sozialdienst, der notwendige Maßnahmen für den Verbleib

in der eigenen Häuslichkeit einleitet. Eine weitere Zusammenarbeit besteht mit der Selbsthilfeorganisation „KISS“ (**K**ontakt- und **I**nformations **S**telle für **S**elbsthilfe) in Chemnitz.

Die Unterstützung durch die ärztliche Leitung und Pflegedienstleitung des Geriatriezentrums wird als sehr positiv angesehen. Die Koordinatorinnen besitzen viele Entscheidungsspielräume wodurch Kreativität möglich wird. Durch die räumlichen Gegebenheiten sind zeitnahe Lösungen von auftretenden Problemen in der Regel gegeben. Durch das bestehende Pflegenetzwerk, in dem Pflegedienst- und Verwaltungsleitung aktive Mitglieder sind, kann auf bereits geknüpfte Verbindungen, vor allem im pflegerischen Bereich zurückgegriffen werden. Die Ergebnisse des Geriatrienetzwerkes_C wirken inzwischen auch auf das Unterstützungsnetzwerk Pflege_C zurück.

Process und Produkte

Bis Ende März 2012 wurden drei Arbeitsgruppen gebildet. Für diese Gruppen werden die vorhandenen und etablierten Ergebnisse aus dem Unterstützungsnetzwerk Pflege_C genutzt, wobei auf bereits erarbeitete Themen aus dem Netzwerk gezielt verzichtet wird, um eine eventuelle Doppelbelastung bzw. unnötige Überschneidung dieser Inhalte für die Teilnehmer der Arbeitsgruppen zu vermeiden.

Die **AG Altenhilfe** traf sich im vergangenen Zeitraum dreimal, am 23.05.2011, 25.08.2011 und am 19.01.2012. Geplant ist die Durchführung der Arbeitsgruppe „Altenhilfe“ regelmäßig alle 4 Monate. Die inhaltlichen Themen umfassten bisher die Abstimmung zum Überleitungsmanagement bei der Entlassung sowie die Diskussion zu Schnittstellen in diesem Zusammenhang. Es wurde ein Überleitungsstandard mit entsprechenden Mindestinhalten der Überleitung aus dem Unterstützungsnetzwerk Pflege_C an die Besonderheiten des Netzwerkes angepasst, mit dem Ziel der gemeinsamen Nutzung aller Mitglieder im Geriatrienetzwerk_C. Über die in dieser Arbeitsgruppe entwickelten Feedbackbögen können die Einrichtungen die Qualität der Überleitung rückmelden.

Ein bearbeitetes Thema dieser Arbeitsgruppe ist beispielsweise das Krankheitsbild Demenz und die damit verbundenen Therapiemöglichkeiten, Weiterbildungsangebote und die Biografiearbeit. Auch Fallbesprechungen gehören zum AG-Inhalt, um praktische Sachverhalte darzustellen, Schnittstellen aufzuzeigen und ein gesteigertes Interesse der Beteiligten durch diesen aufgezeigten Bezug zu bewirken. Daher ist für diese praxisbezogene Umsetzung die Einbindung des Sozialdienstes zur vermehrten Teilnahme notwendig sowie noch ausweitbar. Es zeigt sich aktuell eine Tendenz zur vermehrten Teilnahme von interessierten Akteuren aus dem Erzgebirgskreis. Eine Begründung besteht darin, dass die potentiellen Teilnehmer im Unterstützungsnetzwerk Pflege_C aktiv involviert sind und diese Teilnahme als ausreichend ansehen. Daher finden teilweise Veranstaltungen im Erzgebirgskreis statt, um Mitglieder für das Geriatrienetzwerk_C zu rekrutieren.

Die **AG Wohnumfeld, Alltagshilfen, Lebensraum** fand bis zum jetzigen Zeitpunkt zweimal, am 22.06.2011 und am 26.10.2011 statt. Akteure dieser Arbeitsgruppe sind Vertreter der Hochschulen, Wohnungsgesellschaften, Heil- und Hilfsmittelversorger, Krankenkassen, KISS-Chemnitz und medizinische Therapeuten. In dieser Veranstaltung wurde die Verordnungs- und Versorgungssituation von Hilfsmitteln für die eigene Häuslichkeit diskutiert. Ebenfalls wurden die technischen Entwicklungen möglicher Assistenzsysteme und deren Nutzen für einen längeren Verbleib für zu Hause lebende ältere Menschen diskutiert. Die Arbeitsgruppe sieht sich als Kontaktstelle für die verschiedenen Akteure, wobei eine verstärkte Einbindung der Selbsthilfegruppen für die Zukunft angestrebt wird.

Die **AG Ärzte** ist eine Fortführung des **Geriatriestammtisches** als eine quartalsmäßige Fortbildung für niedergelassene Ärzte, welche seit über 10 Jahren regelmäßig stattfindet. Am Stammtisch nahmen ca. 50 Personen teil, vorwiegend aus dem Chemnitzer Raum. Es besteht die Möglichkeit, Referenten in andere Kliniken einzuladen, um den dort ansässigen Ärzten die Teilnahme zu ermöglichen und neue Kontakte zu knüpfen. Ziel ist hier die Bildung eines geeigneten Referentenpools für die ärztlichen Fortbildungen. Erste Auswirkungen auf die Arbeit im Geriatriezentrum Chemnitz durch diese Veranstaltungen zeigen sich bei der Multimedikation bzw. bei den fraglichen Medikamenteninterak-

tionen für Patienten. Es liegt hier ein vermehrter Fokus dieses Themas im Stationsalltag und das Einschränken der Medikation in speziellen Fällen erfolgt unter diesen Gesichtspunkt.

Weiterhin werden die Hausärzte im Chemnitzer Einzugsgebiet direkt durch die Koordinatorinnen in einem vorab vereinbarten persönlichen Gespräch über die Netzwerkarbeit informiert. Ziel ist bei diesem Besuch die Hausärzte auf ein geriatrisches Screening hinzuweisen, um den geriatrischen Patienten frühzeitig zu identifizieren und bei Bedarf zielgerichtet zu behandeln. Die Hausarztbesuche starteten im Januar 2012 und es sind bereits 60 persönliche Vorstellungen bzw. Telefonkontakte erfolgt. Insgesamt sollen 150 Hausärzte in der Region durch direkten Kontakt über das Netzwerk informiert werden. Außerdem gibt es ein Informationsschreiben mit der Darstellung der Netzwerkarbeit, welches bei Bedarf zugesandt wird, wenn der Hausarzt an keinem persönlichen Kontakt interessiert ist. Die Reaktionen werden überwiegend als positiv eingeschätzt, obwohl auch einige Ärzte die Netzwerkkoordinatorinnen als „Vertreter“ der Interessen des Klinikums ansehen und einen Termin daher ablehnen. Durch diese Art der Öffentlichkeitsarbeit konnte dennoch ein hohes Maß an Information und Aufklärung für die Hausärzte erreicht werden.

In der ersten Hälfte 2011 wurde ein geriatrisches Assessment (STEP-Fragebogen) zur Identifizierung von geriatrischen Risikopatienten für zu Hause lebende ältere Menschen im Rahmen einer Bachelorarbeit an der Westsächsischen Hochschule Zwickau entwickelt und getestet. Dieses Screening wurde im November im Rahmen der Netzwerkkonferenz vorgestellt sowie bei allen Hausarztbesuchen durch die Koordinatorinnen übergeben. Gleichzeitig werden Schulungen zur Arbeit mit dem STEP-Fragebogen für medizinische Fachangestellte in Hausarztpraxen angeboten. Bisher wurden 5 Teilnehmer erfolgreich geschult.

Am 25.02.2011 wurde zur **Gründungs-Netzwerkkonferenz** eingeladen, bei der mögliche Netzwerkpartner ihre Ideen einbringen und die Bereitschaft zur Mitarbeit signalisieren konnten. Es wurden erste Absprachen zur Teilnahme an den Arbeitsgruppen getroffen und Inhalte durch die Teilnehmer vorgeschlagen. Am 17.11.2011 fand die **zweite Netzwerkkonferenz** statt. Es wurden sämtliche Beteiligte und Kooperationspartner zu dieser Veranstaltung eingeladen. Im Zentrum standen die Vorstellung der bisher erfolgten Netzwerkarbeit und die Zielstellungen für die Zukunft.

Möglichkeiten der Wohnraumanpassung wurden bis Oktober 2011 durch Netzwerkpartner in einer Musterwohnung einer großen Wohnungsbaugenossenschaft in Chemnitz präsentiert. Dazu werden verschiedene Finanzierungsmodelle, beispielsweise die Aufteilung der Kosten, auch mit Unterstützung durch Banken angeboten. Ziel ist es hier noch, die Banken, vor allem die bisher engagierte Deutsche Kreditbank (DKB), in die AG „Altenhilfe“ zu involvieren. Seit November 2011 wird die Musterwohnung von der Wohnungsbaugenossenschaft noch vorgestellt, allerdings ohne Beratung durch Heil- und Hilfsmittelversorger bzw. Firmen, die auf Wohnraumanpassung spezialisiert sind. Das Projekt wird als abgeschlossen betrachtet und eine weitere Entwicklung in Zusammenarbeit mit den Heil- und Hilfsmittelversorger ist nicht vorgesehen.

Alle Partner des Geriatrienetzwerkes_C sind in einer detaillierten Adress- bzw. Kontaktdatei aufgelistet. Diese Aufstellung ermöglicht eine Einteilung in aktive und passive Partner im Bezug auf ihre aktive Teilnahme an Veranstaltungen und Arbeitsgruppen des Netzwerkes, aber auch die Identifizierung von Akteuren, welche vorerst lediglich auf informeller Ebene mit dem Geriatrienetzwerkes_C im Kontakt stehen.

Für die fachliche Abgrenzung und Verbreitung der geriatrischen Netzwerkkategorie sind die bedeutsamsten Partner aus Sicht des Projekts zunächst alle anderen geriatrischen Kliniken in Sachsen. Die chirurgischen und inneren Kliniken der Krankenhaus - Gesundheitsholding Erzgebirge GmbH sind ebenfalls Hauptnetzwerkpartner. Weiterhin spielen eine wichtige Rolle das Pflegenetzwerk Sachsen, die AWO-Verbände für Sachsen und die Heim gmbH für medizinische Betreuung, Senioren und Behinderte in

Chemnitz. Als wichtige Netzwerkpartner werden auch einzelne niedergelassene Kollegen mit hohem Engagement benannt.

Durch das schon bestehende Unterstützungsnetzwerk Pflege_C sind alle darin involvierten Pflegeheime und Pflegedienste relevante Kooperationspartner. Auch Pflegeeinrichtungen, die neu öffnen, noch nicht im Pflegenetzwerk integriert sind oder sich im Erzgebirgskreis ansiedeln, werden zur Mitarbeit angesprochen. Partiiell werden Veranstaltungen zur Netzwerkarbeit zur besseren Erreichbarkeit in die Erzgebirgsregion verlegt.

Bewertung der gegenwärtigen Netzwerkentwicklung aus Sicht der Evaluation

Das Geriatrienetzwerk_C hat durch seine Anbindung an ein Großklinikum in einem großstädtischen Ballungsraum, die im Geriatriezentrum kombinierten Angebote von Akutgeriatrie, Geriatriischer Rehabilitation, Tagesklinik und mobiler Reha, sowie die im Chemnitzer Raum bereits auf hohem Niveau etablierte Pflegevernetzung und langjährige Zusammenarbeit mit Hausärzten im Rahmen des Geriatrie-Stammtisches erkennbare Entwicklungsvorteile gegenüber den anderen Modellregionen. Diese müssen vergleichbare Strukturen erst aufbauen, integrieren und sich darin als übergreifender Akteur positionieren. Insofern kann das Chemnitzer Netzwerk seine Aktivitäten schon zum gegenwärtigen Zeitpunkt klarer priorisieren- insbesondere bezüglich der Verbesserung der hausärztlichen Versorgung, muss aber einen Teil seiner Koordinationsbemühungen auch in die klinikinterne Vernetzung und Fortbildung in einem großen Träger investieren.

Positiv aus Sicht der Evaluation erscheinen vor allem:

- + Die klare Fokussierung auf patientenzentrierte Behandlungs- und Versorgungsverläufe, die durch die Case-Management-Qualifikation der Netzwerkkoordinatorinnen unterstützt wird.
- + Das intensive Bemühen um die Kooperation von Hausärzten, die anhand des STEP-Fragebogens die Identifikation geriatrischer Patienten in der Hausarztpraxis erleichtern und deren Überleitung unterstützen soll.
- + Die gute Zusammenarbeit und klare Arbeitsteilung mit (den in Chemnitz allerdings auch sehr fortgeschrittenen) Strukturen des Pflege-Netzwerkes: hier ist die Einführung eines kompatiblen Überleitungsmanagements bereits vorangetrieben, so dass sie im Geriatrie-Netzwerk keine Rolle mehr spielt/spielen muss.
- + Kooperation mit Selbsthilfenetzwerken (KISS), Wohnungsbaugenossenschaften und weiteren Akteuren im Sozialraum
- + Kooperation mit wissenschaftlichen Einrichtungen im Bereich Assisted Living und Entwicklung innovativer Behandlungskonzepte (Mobile Reha, Präventive Hausbesuche)

Schwieriger erscheint aus Sicht der Evaluation:

- Die vergleichsweise aufwändige Koordination von patientenzentrierten Behandlungsprozessen innerhalb des Großklinikums, gerade aufgrund des breiten Spektrums verfügbarer Fachabteilungen, diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten erfordert viel Zeit, die nicht in außengerichtete Aktivitäten münden kann.
- Die sehr klare Anbieterdominanz des Klinikums, die Kooperationen mit kleineren Häusern teilweise schwieriger macht und oft mit vergleichsweise umständlichen und langwierigen Entscheidungsprozessen einhergeht.
- Die sehr stark klinik- und behandlungszentrierte Ausrichtung begrenzt möglicherweise partiell den Blick auf kleine, flexiblere, innovative, wenig institutionalisierte Aspekte der Versorgung, Selbsthilfe und Selbstorganisation im Bereich der geriatrischen Versorgung.

Offene Fragen

- Wie weit führt die Netzwerkorientierung zur größeren Durchlässigkeit der Klinikstrukturen, wie weit gelingt eine stärkere Sozialraumorientierung?

- Wie gut gelingt die Aktivierung der Hausärzte und wie zeigt sich eine bessere Kooperation, auch unterstützt durch Projekte wie STEP oder konsiliarische Beratung in den Behandlungsverläufen der Patienten?
- Wie entwickelt sich die Aufgabenteilung und Überschneidung mit dem Unterstützungsnetzwerk Pflege_C?

Ausblick

Der starke Träger und dessen Dominanz im Chemnitzer Raum können zur wesentlichen Ressource, aber partiell auch zum Hindernis der Netzwerkentwicklung werden. Die Fokussierung auf patientenzentrierte Behandlungsprozesse erscheint sinnvoll, insbesondere die Verbesserung der Kooperation mit den Hausärzten könnte erkennbare Effekte in Versorgungsverläufen hinterlassen. Die stärkere Einbeziehung sozialräumlicher Strukturen könnte eine bisher sehr klinisch fokussierte Perspektive erweitern und definitiv bereichern. Die konzeptuell bereits verankerte präventive Orientierung könnte dadurch gestärkt werden.

5.2 Fallporträt GeriNet Leipzig

Datenquellen

- Projektantrag
- Experteninterviews mit Netzwerkkoordinatorin Frau Kasprick und leitendem Chefarzt des Geriatriezentrums Zwenkau Dr. Sultzer (21.12.2011),
- Dokumentenanalyse auf der Basis von Aktivitätenliste/Chronik, Arbeitsprogramm 2012, Einladungen, Anschreiben, AG-Protokollen, Flyer, web-site (Stand 31.1.2012)

Context

Mit dem Helios Geriatriezentrum Zwenkau, einer geriatrischen Rehabilitationseinrichtung mit 80 Betten verfügt das GeriNet Leipzig über eine seit 2003 in der Region verankerte Trägerstruktur, die in hohem Maß geriatrische Fachkompetenz an sich gezogen bzw. (bei den Mitarbeitern) entwickelt hat und entsprechend zertifiziert ist. Die langjährige Mitgliedschaft im Bundesverband Geriatrie und das aktive Engagement im Landesverband Geriatrie sichern und fördern die überregionale fachliche Einbindung und Vernetzung. Aus der Struktur einer Rehabilitationsklinik ergibt sich notwendig ein hoher Bedarf nach patientenbezogener überregionaler Vernetzung und prä- und post-stationärer Kooperation, d.h. es konnte bereits zum Projektbeginn auf einen Pool mehrjährig bestehender Kooperationsbeziehungen zurückgegriffen werden. Die Einbindung in den Verbund der Helios Kliniken Leipziger Land GmbH bedingt eine enge Zusammenarbeit insbesondere mit der benachbarten akutinternistischen Klinik und den in der Modellregion lokalisierten Helios Kliniken in Borna, auch in diesem Verbund gibt es einen, bereits vor dem Modellprojekt etablierten fachlichen Austausch und etablierte Qualitätssicherungssysteme. Für manche potentiellen Netzwerk-Partner – insbesondere in einer Wettbewerberbeziehung stehende Kliniken- erscheint diese Einbindung allerdings auch problematisch, wobei das Projekt von Anfang an durch Fokussierung auf die Sach- und Fachfragen, die gemeinsame Basis bzw. gemeinsame Ziele der Zusammenarbeit – die Optimierung geriatrischer Versorgung in der Region - auch gegen eventuelle Vorbehalte Partner zu gewinnen vermochte.

Aus der Struktur und Lokalisierung des Trägers ergibt sich eine im gewissen Sinn „doppelte“ regionale Orientierung. Einerseits ist die Klinik vor Ort und für die benachbarten Städte und Gemeinden im Südraum von Leipzig der einzige und größte Anbieter geriatrischer Leistungen, wobei es eine seit längerem bestehende enge Zusammenarbeit mit dem Landkreis Leipzig (Landrat und Sozialamtsleiterin) und der Stadt Zwenkau (Bürgermeister) gab, die auch die Antragstellung für die Modellregion unterstützten. Andererseits behandelt die Rehabilitationseinrichtung Patienten aus dem gesamten Südraum von Leipzig (und darüber hinaus) und pflegt entsprechend umfangreiche Beziehungen zu den einweisenden Kliniken, insbesondere der Leipziger Universitätsklinik, dem St. Elisabeth-Krankenhaus und dem Diakonissenhaus, aber auch den kommunalen Muldentalkliniken in Grimma, Wurzen usw.

Diese zweifache Verortung spiegelt sich auch im Konzept der Modellregion wieder- das einerseits auf die Verbesserung der Versorgungsstrukturen im unmittelbaren Sozialraum gerichtet ist, der nicht im engeren Sinn als ländlich zu betrachten ist, da die Region nicht nur historisch in starkem Maß von der Braunkohleindustrie geprägt ist, sondern dazu auch im Einzugsgebiet der Großstadt Leipzig liegt. Andererseits besteht der Anspruch des GeriNet, das geriatrische Netzwerk auch für die Stadt Leipzig und den gesamten (Leipzig umgebenden) Landkreis Leipzig zu gestalten (s.a. Projektantrag); hieraus ergibt sich auch ein gewisses Konfliktpotential, da es im Norden der Stadt Leipzig, ausgehend vom städtischen Klinikum St. Georg gGmbH, einen zweiten Anbieter und ein kommunal orientiertes geriatrisches Netzwerk gibt, mit dem eine Kooperation bereits in der Konzept- bzw. Antragsphase angestrebt wurde, die aber zunächst abgelehnt wurde, sich aber nun allmählich – zunächst auf der Ebene von Sachfragen etabliert.

Input

Stellenbesetzung: Mit den ersten Informationen zur Bewilligung des Konzeptes wurde ab 1.2.2011 eine Netzwerkkoordinatorin (Frau Sachtleben) auf einer vorerst trägerfinanzierten 0,6 VZÄ Stelle eingestellt, nach Klärung der Mittelbewilligung hat ab 1.9.2011 Frau Kasprick ihre Tätigkeit als Netzwerkkoordinatorin auf einer vollen Stelle (1,0) aufgenommen und nachdem Frau Sachtleben im November ihre Tätigkeit beendet hatte, wurde zum 1.2.2012 Frau Baldauf (Dipl.-Pflegerin) auf 0,7 VZÄ eingestellt. Beide Koordinatorinnen sind fachlich einschlägig für Ihre Aufgaben qualifiziert. Frau Kasprick hat neben einem Diplomabschluss als Sozialpädagogin einen Master in Gesundheitswissenschaften und vielfältige Vorerfahrungen im Care- und Case Management und in der Entwicklung von Netzwerkstrukturen. Frau Baldauf hat als Diplom-Pflegerin vorwiegend wissenschaftlich in der Evaluation von Pflegeberatung, an Strukturanalysen, sowie in der Befragung von Demenzpatienten gearbeitet.

Der Schwerpunkt der Tätigkeiten der Netzwerkkoordinatorin in der Anfangsphase des Projektes – lag analog zur doppelten Verortung des Netzwerkes auf zwei Ebenen: Einerseits wurden bestehende Netzwerkstrukturen erhoben, weiterentwickelt, institutionalisiert und sehr konkrete Initiativen gestartet, die der Verbesserung der Versorgung von geriatrischen Patienten im Landkreis dienen sollen. Hervorzuheben ist in diesem Rahmen einerseits die Zusammenarbeit mit der Sozialamtsleiterin des Landkreises und dem gemeinsam initiierten Pflegenetzwerk Leipziger Land, in dessen Rahmen erste Produkte zur Pflegeüberleitung (Überleitungsbogen, Feedback-Bogen) und das Konzept für eine trägerübergreifende Seniorenberatung entwickelt wurden. Andererseits der in Zusammenarbeit mit dem Bürgermeister und anderen sozialen Initiativen entwickelte Soziale Runde Tisch Zwenkau, der soziale Bedarfe vor Ort identifizieren und Lösungen entwickeln will, wobei auch in einer generationsübergreifenden Perspektive gedacht wird und gehandelt werden soll. (Pressemitteilung vom 16.12.2011)

Auf der zweiten Ebene ist neben dem Ausbau bestehender überregionaler Kontakte im Großraum (Stadt und Landkreis Leipzig) und deren Anreicherung durch neue Inhalte und Projekte (bspw. auf Prävention und bessere Überleitung orientierter Stammtisch für niedergelassene Physiotherapeuten gemeinsam mit der Universitätsklinik) der Fokus vorwiegend auf die Recherche und Aufnahme neuer Kontakte gerichtet. Dieses Bemühen wirkt, von außen betrachtet, äußerst aktiv und vielfältig. Wie es in dieser Phase der Netzwerkentwicklung und bei der großen Zahl von Anbietern (in Leipzig gibt es sicher an die 1500 potentielle Netzwerkpartner: Pflegedienste, Pflegeheime, Therapeuten, Apotheken und Hilfsmittelversorger) typisch ist, ergeben sich dabei die wesentlichen Kontakte basierend auf Engagement in den Arbeitsgruppen. Dort wo sich Kontakte ergeben, Resonanz spürbar wird, entstehen schnell Ideen für gemeinsame Projekte bzw. Inhalte, die aber zum Zeitpunkt der Datenerhebung (Stichtag Aktivitäten bis 31.1.2012) zumeist noch in der Ideenphase waren. Die zahlreichen auch den Projektantrag prägenden Visionen müssen in der nächsten Phase der Netzwerkentwicklung in konkrete Projekte umgesetzt werden. (Was im Arbeitsplan für 2012 auch so niedergelegt ist und nach Abschluss der Datenerhebung auch bereits in konkretere Projekt: Etablierung von Demenzsportgruppen, Befragung von 120 Partnern im Raum Zwenkau mündete).

Das - aus der Selbstreflexion der gegenwärtigen Situation- entstandene strategische Vorgehen der Netzwerkkoordinatorin und des Projektleiters, Konzepte im Landkreis zu entwickeln, die man dann über die (teilweise wieder zu belebenden) Netzwerke des Großraums (bspw. GGV, lokale Pflege- und Ärztenetzwerke) „ausrollt“; und umgekehrt, die vielfältigen Konzepte, die in der Stadt Leipzig aufgrund der hohen Anbieterdichte und Vielzahl wissenschaftlicher Institutionen und Initiativen im entwickelt werden, aber oft schon im nächsten Stadtbezirk bzw. in den angrenzenden Berufsgruppen nicht bekannt sind, „in die Fläche“ zu transportieren, erscheint erst einmal grundsätzlich richtig, setzt aber ein hochprofessionelles Informationsmanagement voraus und muss berücksichtigen, dass bestimmte Projekte auch nur in einer bestimmten Umgebung bzw. mit den dort initiativen Akteuren funktionieren.

Im Vergleich zum Projektantrag eher wenig bearbeitet erscheint zum gegenwärtigen Zeitpunkt die Dimension des patientenbezogenen Case Managements über die klinische Rehabilitation. Das stand, zumindest in der ersten Projektphase, nicht im Zentrum der stärker netzwerkorientierten Aktivitäten. Das lag zum einen daran, dass für das Entlassungs- und Überleitungsmanagement klinikinterne Standards existieren, die als ausreichend gut wahrgenommen werden; darüber hinaus gibt es im Rahmen der vom Geriatriezentrum auch schon vor Beginn der Förderung etablierten Sozialdienst- und Pflege-tage bereits eine fortbildungsorientierte Vernetzung in die Region: Mitarbeiter von Sozialdiensten der kooperierenden Krankenhäuser werden bezüglich geriatrischer Fragestellungen und Behandlungsmöglichkeiten geschult. Allerdings ist die im Raum Zwenkau bereits weitgehend etablierte Ausweitung der Netzwerkstrukturen und die in AG1 Steuerung begonnene Arbeit an Versorgungspfaden notwendige Voraussetzung für stärker einzelfallbezogene Aktivitäten und Qualitätssicherungsmaßnahmen. Hier wird auch das fallrekonstruktive Vorgehen im Rahmen der Evaluation eine stärkere Perspektivverschiebung auf den Einzelfall bzw. die Versorgungsverläufe einzelner Patienten als Indikator der Netzwerkkoooperation ergeben.

Process und Produkte

Wenn man den Arbeitsprozess des Projektes betrachtet, fallen verschiedene Besonderheiten auf: Zum einen die besondere Rolle des Lenkungsausschusses bzw. der AG1 Steuerung, mit dem das Projekt startete (19.1.2011), der sich anfangs monatlich traf und der regelmäßig zur Steuerung der Gesamtaktivitäten dienen soll. Aus Sicht der Evaluation kann und muss dieses Gremium die Fokussierung auf ausgewählte Projekte leisten, zumal darin wesentliche Kooperationspartner und Vertreter aller relevanten Gruppen vorhanden sind.

Auch die anderen Arbeitsgruppen als wesentliche Arbeitsform tagen in sehr hoher Frequenz und haben infolgedessen erste Produkte erarbeitet. **AG1** (7 Treffen seit 18.5.2011) hat sich in Zusammenarbeit von Klinik- und Hausärzten, Kassenvertretern und Wissenschaftlern dabei zunächst auf die Recherche und Auswahl für den Einsatz in Hausarztpraxen; Notaufnahme, Akut- und Rehaklinik geeigneter Identifikationstools konzentriert, das am Ende ausgewählte Instrumente soll in einer Pilotstudie in 60 Hausarztpraxen erprobt werden. Gleichzeitig wird hier in Zusammenarbeit mit der **AG3** ein regionaler Versorgungspfad Demenz erstellt.

AG2 Pflegeüberleitung hat zum Zeitpunkt der Datenerhebung gemeinsam mit dem vom Sozialamt (Frau Kessler) initiierten Pflegenetzwerk Leipziger Land die Arbeit aufgenommen (7+2 Treffen), in dem als erste Produkte ein Überleitungs- und ein Feedbackbogen erstellt wurden. Die AG hat ebenfalls gemeinsam mit dem Pflegenetzwerk Leipziger Land die Pflegeberater versammelt um einerseits eine Übersicht über die im Landkreis vorhandenen Versorgungsangebote zu erarbeiten, die zahlreichen, häufig aber nicht bekannten Angebote in Form eines Übersichtskataloges verfügbar zu machen. Hier ist auch das Konzept für eine trägerübergreifende Pflege- bzw. Seniorenberatung entstanden.

Die **AG4** nimmt das Quartiersmanagement bzw. den Sozialraum näher in den Fokus, wobei dabei auch der Bedarf nach Selbsthilfegruppen recherchiert und zwei neue geriatricspezifische Angebote

(Inkontinenz und pflegende Angehörige) entwickelt wurden, die sich seitdem regelmäßig treffen. Hier wurde auch die bereits unter AG2 erwähnte Befragung der Versorger in der Stadt Zwenkau (n=120) initiiert, um deren Angebotsstruktur zu erkennen und mögliche Versorgungslücken zu identifizieren, deren Ergebnisse am 14.12. 2011 bei der Gründung des Sozialen Runden Tisches vorgestellt wurden. Im Anschluss an diese Gründung äußerten benachbarte Kommunen (Markkleeberg, Wurzen, Regis-Breitungen) Bedarf an vergleichbaren Initiativen (persönliche Mitteilung Kasprick).

Die **AG5** beschäftigt sich vorwiegend mit Öffentlichkeitsarbeit und erarbeitete bisher Flyer, Präsentationen, Pressemitteilungen, Anschreiben, Datenbanken und die Internetpräsentation des Projektes (zugänglich seit Mai 2011). Zum Arbeitsfeld der Netzwerkkordinatorin gehört auch ein aus der Zusammenarbeit von Alzheimer-Gesellschaft und Sozialamt resultierender Qualitätszirkel zur Demenzbetreuung.

Eine Netzwerkkonferenz, die laut Projektantrag ursprünglich als Kick-Off-Veranstaltung im Juni 2011 geplant war, fand erstmals am 6.3.2012 statt. Dieses Vorgehen wird einerseits strategisch begründet - zunächst sollten im Rahmen der Arbeitsgruppen Kernkompetenzen erarbeitet werden; scheint andererseits aber auch aus einem Missverständnis zwischen GeriNet Leipzig und Evaluation zu resultieren, von der man anfangs eine flächendeckende Befragung potentieller Netzwerkpartner als Basis der eigenen Aktivitäten erwartet hatte, die weder im Evaluationskonzept so vorgesehen, noch entsprechend budgetiert ist.

Bewertung

Insgesamt erscheint das Vorgehen des GeriNet Leipzig in der Anfangsphase der Netzwerkentwicklung ein auf vielfältige Vernetzung in einer Region mit einer hohen Versorgerdichte gerichteter, konzeptuell gut begründeter und sehr facettenreicher Ansatz.

Dabei fallen als positive Aspekte aus Sicht der Evaluation derzeit auf:

- + eine gute Basisvernetzung bezogen auf unmittelbaren Sozialraum und die dort wesentlichen Akteure auch jenseits des medizinischen Sektors, die innerhalb der Arbeitsgruppen, im Rahmen der Versorgerbefragung und mit der Gründung des Sozialen Runden Tisches von Beginn an als wichtige Akteure identifiziert und eingebunden sind, wobei die öffentliche Verwaltung (Bürgermeister, Sozialamtsleiterin) eine wichtige unterstützende Rolle spielt
- + ein sehr vielfältiges und ausdifferenziertes Vorgehen in Bezug auf sehr unterschiedliche Akteure und bereits bestehende Netzwerke im Großraum Leipzig mit einer Fülle daraus resultierender kleinerer Initiativen und Projekte
- + eine hohe, sach- und produktorientierte Aktivität der Arbeitsgruppen, die auch immer wieder Bezüge zu wissenschaftlichen Erkenntnissen aufgreift und nach evidenzbasierten Strategien sucht bzw. sich an Vergleichsdaten orientiert
- + Der Aspekt der Prävention/Gesundheitsförderung spielt eine wichtige Rolle im Denken des Projektes und ersten Projektentwicklungen (Demenzsportgruppen u.a.)

Aus Sicht der Evaluation als schwieriger zu bewerten sind:

- die regionale Situation: einerseits vielfältige, aber auch unübersichtliche, wenig transparente, und teilweise konkurrierende Anbieterstrukturen im Großraum Leipzig, bestehende/vorhergehende Netzwerkstrukturen sind teilweise abgestorben (Pflegevernetzung) oder müssen z.T. reaktiviert bzw. mit neuem Sinn erfüllt werden (in der Stadt Leipzig ist gewisse Ernüchterung bzw. sogar Skepsis gegenüber Netzwerkrhetorik zu bemerken)
- Damit verbunden ist Problem der Eingrenzung des eigenen Handelns und der eigenen Reichweite, eine stärkere Fokussierung und Priorisierung von Aufgaben ist in der nächsten Phase der Netzwerkentwicklung dringend notwendig und wahrscheinlich.
- die gegenwärtig noch vergleichsweise geringe Einbeziehung der Patientenperspektive, wird vermutlich durch die bereits geplante Pflege- bzw. Seniorenberatung, Angehörigensprechstunden, Patienteninterviews im Zuge der Evaluation und den Abgleich der Erkenntnisse mit den in AG1 zu entwi-

ckelnden Patientenpfaden in Zukunft zu stärken sein, ein Case Management soll nach Auskunft der Netzwerkkoordinatoren von den Kassen definitiv nicht gewünscht sein.

Offene Fragen

- Wie gestaltet sich das Verhältnis zwischen Stadt- und Landkreisbezogener Arbeit?
- Wie wird das Netzwerk aus der Fülle der möglichen Kooperationen und Projekte auswählen und nach welchen Kriterien?
- Wie wird die Zusammenarbeit mit konkurrierenden Anbietern und Reaktivierung bestehender Netzwerkstrukturen gelingen?
- Auf welche (innovativen) Projekte konzentriert sich das Netzwerk in der Zukunft?
- Wie lange lässt sich die hohe Frequenz der Zusammenarbeit in den AG'S, aber auch die hohe Aktivität der Netzwerkkoordinatoren und des leitenden Arztes aufrecht erhalten? (Mit Ausnahme der Netzwerkkoordinatoren wird das zum großen Teil als Ehrenamt bzw. zusätzliche Arbeit geleistet.)
- Wie verändern sich Trägerstrukturen und Vernetzungsbedarfe bzw. -aktivitäten durch Aufbau einer akutgeriatrischen Abteilung am Helios- Geriatriezentrum?

Ausblick

Insgesamt erscheint es für das GeriNet Leipzig sinnvoll, sich auf Projekte zu konzentrieren, die sowohl im Landkreis als auch in der Stadt einen Mehrwert schaffen können, aber auch spezifisch zu definieren, was nur im Leipziger Land aufgebaut wird, z.B., weil es das dort noch nicht gibt und wo man den Schwerpunkt der Arbeit in der Großstadt Leipzig sieht. Offensichtlich besteht dort erkennbarer Bedarf an Informationsbündelung- und Austausch nach dem Auslaufen der Koordinierungsstelle Pflegevernetzung. Deutlich wird aber auch, dass Veränderungen im eher kleinräumigen, schon gut vernetzten Landkreis möglicherweise schneller und damit für die Akteure befriedigender initiiert werden können als in den nicht nur unübersichtlicheren, sondern auch teilweise unbeweglicheren Strukturen der Stadt Leipzig.

Insofern wäre „Global denken, lokal handeln“ auch hier ein guter Ansatz, was nicht heißt, dass das GeriNet Leipzig nicht durchaus auch den Austausch der in der Stadt tätigen Akteure befördern könnte und sollte. Vorstellbar wäre, dass in der patientenbezogenen Kooperation bereits gut funktionierende Beziehungen (Uni-Klinik, Elisabeth, Diakonissenhaus) mit mehr Leben erfüllt bzw. mit konkreten Projekten angereichert werden, aber auch eher vernachlässigte und eingeschlafene Bezüge (GGV, PVL) durch die Initiative des Netzwerks wieder belebt werden.

5.3. Fallporträt GerN Radeburg-Dresden

Datenquellen

- Projektantrag/Konzeption Geriatisches Netzwerk Nordsachsen
- Interview mit den Netzwerkkoordinatorinnen Frau Johne und Frau Häusler (19.01.2012)
- Interview mit CÄ Dipl.-Med. Vodenitscharov (19.01.2012)
- Dokumentenanalyse anhand der AG-Protokolle, Aktivitätenliste, Präsentationen

Context

Die Initiatorinnen des GerN Radeburg können eine hohe geriatrische Fachkompetenz nachweisen. Die Geriatrie Rehabilitationsklinik Radeburg mit ihren 108 Betten besteht seit 18 Jahren und ist seit 2007 entsprechend zertifiziert (Qualitätsmanagementsystem nach ISO 9001:2000, Qualitätssiegel Geriatrie). Derzeit wird zusätzlich eine akutgeriatrische Abteilung mit 30 Betten aufgebaut, die im Sommer 2012 eröffnet werden soll. Durch die Mitarbeit der Chefärztin Frau Dipl.-Med. Vodenitscharov sowohl im Landes- als auch im Bundesverband Geriatrie sind der fachlich-inhaltliche Austausch sowie die aktive Mitgestaltung an der Weiterentwicklung einer verbesserten geriatrischen Versorgung auf bundesweiter Ebene gegeben.

Mit Beginn der Arbeit als geriatrische Rehabilitationsklinik zeigte sich auch die Notwendigkeit einer Vernetzung, so dass bereits Ende der 1990er Jahre gemeinsam mit der Volkssolidarität Dresden ein Netzwerkprojekt konzipiert wurde, welches im Modellprogramm "Altenhilfstrukturen der Zukunft" in dem Förderschwerpunkt "Verknüpfung von Altenhilfe und Rehabilitation" in den Jahren 2000-2003 vom BMFSFJ gefördert wurde. Ziele waren der Nachweis der Wirksamkeit einer koordinierten Weiterversorgung der Patienten im ambulanten Bereich nach erfolgter Rehabilitation sowie die Zuweisung durch Hausärzte von als geriatrisch identifizierten Patienten als präventive Maßnahme. Im Rahmen dieses Projektes konnten sowohl Erfahrungen in der Netzwerkarbeit gesammelt, als auch erste Vernetzungen mit Leistungsanbietern geknüpft werden, auf die zu Beginn des Modellprojekts GerN Radeburg zurückgegriffen werden konnte.

Als typisch für die Struktur der Region ist eine große Vielfalt bzw. Verschiedenheit zu nennen. Einerseits handelt es sich um eine ländliche Region mit vergleichsweise langen Fahrtwegen, dünner Besiedelung und geringer Anbieterdichte, wo es eher um Fragen der Grundsicherung geht. Andererseits ergibt sich aufgrund der geographischen Gegebenheiten eine Anbieterkonzentration im Elbtal mit eher städtischem Charakter. Die Elbe selbst fungiert größtenteils als natürliche Grenze, die bei den Vernetzungsbemühungen nur in der Stadt Dresden als gut zu überwinden empfunden wird. Radeburg selbst befindet sich im Zentrum dreier sehr unterschiedlicher Regionen: Einerseits liegt es an der östlichen Grenze des Landkreises Meißen mit dem Zugang zum Elbtal, nach Süden schließt sich der großstädtische Ballungsraum Dresden mit einer hohen Versorgerdichte und gut ausgebauter Infrastruktur an, nach Osten grenzt Radeburg zudem an den vergleichsweise dünn besiedelten und infrastrukturell wenig erschlossenen Landkreis Bautzen. Innerhalb des 30km-Radius befindet sich auch das benachbarte Bundesland Brandenburg, wo der gerontopsychiatrisch-geriatrische Verbund OSL gut etabliert ist.

Die Zusammenarbeit mit dem Sozialamt des Landkreises Meißen wird als sehr gut beschrieben, schwieriger erscheint die Zusammenarbeit mit den in der Modellregion gelegenen kommunalen Elblandkliniken, die allerdings in der Region wichtige Grundversorger sind. Es existieren hinsichtlich der Versorger etliche Mininetzwerke ausgehend von einzelnen Ärzten, die mit bestimmten Pflegediensten und bestimmten Therapeuten kooperieren. Mehrere der potentiellen Netzwerkpartner beschreiben Überleitungsprobleme zwischen Leistungsanbietern. Im Landkreis Bautzen wurden Einzelnetzwerke ausgehend von bestimmten Klinikträgern mit Pflegeheimen und Pflegediensten identifiziert. Die ASB-Klinik in Radeberg wird als „sehr weit fortgeschritten aus unserer Sicht, was Entlassungs-, Überleitungsmanagementfragen und Kooperation auch mit den Pflegediensten auf Augenhöhe angeht“ beschrieben. In den Landkreisen Meißen und Bautzen fanden im Mai 2011 die Gründungsveranstaltungen der jeweiligen Pflegenetzwerke statt, in Dresden wurde Ende 2011 das Pflegenetz gegründet.

Zwischen der Geriatrischen Rehabilitationsklinik Radeburg und dem Klinikum Görlitz besteht neben einer fachspezifischen auch eine patientenbezogene Kooperation für die Patienten der Görlitzer Region, die in Radeburg eine geriatrische Rehabilitation erhalten. Für das Modellprojekt wurde ursprünglich ein gemeinsamer Antrag gestellt, wobei für die praktische Umsetzung der Netzwerkarbeit die Entfernung der beiden Zentren von über 100 Kilometern sich als limitierender Faktor darstellte, so dass es zwar weiter eine enge Kooperation zwischen den Standorten gibt, die unmittelbare Netzwerkarbeit aber jeweils standortbezogen erfolgt.

Input

Als Zielregion des GerN Radeburg wurde konzeptionell die Fläche im 30 Kilometer-Radius um Radeburg definiert, in welcher eine sektorenübergreifende und multiprofessionelle Vernetzung im Hinblick auf eine nachhaltige Verbesserung der Versorgungsqualität älterer Menschen angestrebt wird. Zwischen den an der Versorgung Älterer Beteiligten soll eine gemeinsame Basis geschaffen werden, gemeinsame Qualitätsstandards definiert und Kommunikations- und Informationswege auf- und ausgebaut werden. Als wichtiger Punkt wird dabei die Behebung von Schnittstellenproblemen ge-

nannt, die beim Übergang des geriatrischen Patienten zwischen verschiedenen Leistungserbringern bislang zum Tragen kommen. Kommunikation und Information spielen dabei eine zentrale Rolle, so werden die Organisation gezielter geriatrischer Fortbildungsangebote, die verbesserte Informationen über vorhandene Angebote, strukturierte Weitervermittlung, Beratung, die Identifizierung von geriatrischen Patienten, die Etablierung von Pfaden als Teilziele benannt, damit jeder Patient „zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Standort die richtige Versorgung oder Behandlung“ erhält. Als übergeordnete Ziele werden die Sicherung von Lebensqualität im Alter und der Verbleib in der häuslichen Umgebung angesehen, wobei auch die Etablierung präventiver Angebote für geriatrische Patienten diesbezüglich realisiert werden soll.

Durch die Förderung des Modellprojektes GerN Radeburg konnte zum 23.05.2011 auf einer 0,75 VZÄ-Stelle Frau Johne als Netzwerkkoordinatorin eingestellt werden. Ihre Qualifikation als Medienmanagerin (Medienkommunikation, Master Medienmanagement) sollte das Projekt mit Kompetenzen bereichern, welche bei den üblicherweise im Gesundheitssystem tätigen Professionen weniger vorherrschen und als wichtig erachtet wurden, um den Fokus der Netzwerkarbeit auf Kommunikation, Information und Öffentlichkeitsarbeit zu richten. Auf berufliche Erfahrungen im Gesundheitssystem konnte Frau Johne nicht zurückgreifen, in die fachlichen Inhalte musste sie sich dementsprechend erst einarbeiten, wobei ihr dabei sowohl die Chefärztin Frau Vodenitscharov als auch die Netzwerkmitarbeiterin Frau Häusler mit ihrem langjährigen geriatrisch-fachlichen Background zur Seite standen. Frau Häusler ist Diplomsozialarbeiterin und arbeitet seit nunmehr acht Jahren im Sozialdienst der geriatrischen Rehabilitationsklinik. Auch vorher sammelte sie schon Erfahrungen auf geriatrischem Gebiet: sie arbeitete ein Jahr lang in der Akutgeriatrie, danach einige Jahre in einer Beratungsstelle für Demenzkranke und Schlaganfallpatienten und hatte angefangen, einen ambulanten Hospizdienst aufzubauen.

Somit steht dem Team in ihrer Person hohe geriatrische Fachkompetenz sowie Kenntnis der Strukturen und Leistungserbringer zur Verfügung, allerdings ist Frau Häusler nur mit 0,5 VZÄ in das Projekt eingebunden, die andere Hälfte der Stelle leistet sie im Sozialdienst, woraus sich einerseits Synergien, andererseits Abgrenzungsprobleme ergeben. Das Netzwerk wird von der Koordinatorin Frau Johne als Informationsgeber und Impulsgeber für die Partner beschrieben. Ihre Rolle selbst sieht sie vor allem im Sammeln, Bündeln, Aufbereiten und Vermitteln von Informationen sowie der Koordination von Aufgaben, während Frau Häusler sich für die fachliche Seite zuständig sieht. Sie hatte bereits aufgrund ihrer Tätigkeit im Sozialdienst Kontakte zu verschiedenen Leistungserbringern, die jedoch immer auf den Einzelfall gerichtet waren und nun durch die Netzwerkarbeit auf einer anderen Ebene (Pflegedienstleiter, Heimleiter) mit übergreifenden Inhalten stattfinden, um generelle Lösungen zur reibungsloseren Zusammenarbeit an den Schnittstellen zu etablieren. Die inhaltlich-konzeptionelle Seite wird durch die Chefärztin Frau Vodenitscharov verkörpert, die unter vielem anderen die Kontakte auf ärztlicher Seite knüpft und vertieft und inhaltlich stark in Fragen der Identifikation geriatrischer Patienten und der Etablierung von Behandlungspfaden sowie Weiterbildungsfragen und der Abbildung des Fachs Geriatrie im Fächerkanon der etablierten Fächer engagiert ist, wobei nicht zuletzt auch von Synergieeffekten mit ihrer Arbeit im Landesverband Geriatrie auszugehen ist.

Process und Produkte

In den ersten Monaten nach Beginn ihrer Tätigkeit arbeitete sich Frau Johne in die Gegebenheiten und Hintergründe der Netzwerkarbeit ein, begann mit der Akquise von Netzwerkpartnern und bereitete die erste Netzwerkkonferenz vor. Dabei war die Öffentlichkeitsarbeit des Projektes, entsprechend ihres beruflichen Hintergrunds, ein wichtiger Schwerpunkt ihrer Tätigkeit. In diesem Zeitraum entstand eine sehr strukturierte und detaillierte Zeitplanung, es wurden Adressrecherchen und der Versand von mehr als 300 Informationsschreiben in die Landkreise Meißen und Bautzen getätigt. Zur Gewinnung von zusätzlichen Kooperationspartnern lässt sich ein strategisches Vorgehen erkennen, sowohl geographisch als auch strukturell. So wurde zunächst im näheren und schrittweise weiteren Umkreis um Radeburg recherchiert und Kontakt aufgenommen, wobei das Elbtal elbabwärts bis Riesa mit einbezogen wurde, was zwar über den Radius hinausgeht, sich jedoch durch die enge Zusam-

menarbeit mit dem Pflegenetz Meißen anbot. Durch die relativ zeitgleiche Gründung des Pflegenetzes Meißen und des Arbeitsbeginns von Frau Johne konnte eine gute Grundlage für eine enge Zusammenarbeit gelegt werden und sich auf ein gemeinsames Vorgehen wie gemeinsame Anschreiben geeinigt werden, was beiden Netzwerken zu einer fundierteren Darstellung bei potentiellen Partnern und damit besserer Sichtbarkeit verhalf. Das Gebiet jenseits der Elbe wurde aus logistischen Gründen und Dresden vorerst aufgrund seiner Größe und eigenen Struktur zurückgestellt. Das Netzwerk wurde zunächst in Kliniken und stationären Pflegeeinrichtungen der Landkreise Meißen und Bautzen persönlich vorgestellt, sowohl auf der Ebene der Netzwerkkordinatorinnen und der Sozialdienste als auch durch Frau Vodenitscharov auf der chefärztlichen Ebene. Gleichzeitig wurden Kontakte zu anderen bestehenden Netzwerken aufgebaut und Erfahrungsaustausch bzw. Zusammenarbeit angebahnt.

Am 5. Oktober 2011 fand die erste Netzwerkkonferenz des GerN Radeburg statt mit 67 Teilnehmern aus 43 Institutionen, bis zu dem Zeitpunkt gab es 107 Interessenten. Der größte Anteil der Teilnehmer kam aus den Städten im Elbtal. Es wurden der Strukturplan, die sich daraus ergebenden Aufgaben und die bisherige Zusammensetzung des Netzwerks vorgestellt. Die Fertigstellung der Internetplattform wurde für Ende des Jahres 2011 und die Versendung der Evaluationsfragebögen, die gleichzeitig als Bestandsaufnahme gedacht waren, für Ende November 2011 angekündigt. Es wurde für die aktive Mitarbeit an den anstehenden Netzwerkaufgaben im Rahmen von Arbeitsgruppen geworben, wobei einige Themen wie z.B. Prävention vorerst zurückgestellt wurden, um zunächst den dringenderen Themen, die in der bisherigen Kommunikation mit den Partnern bereits identifiziert wurden, Raum zugeben und diese in Angriff zu nehmen.

So gründeten sich im Zuge der Netzwerkkonferenz zunächst vier Arbeitsgruppen. **AG I** Überleitungsmanagement hatte beim ersten Treffen (23.11.2011) die meisten Teilnehmer (17), es wurden die aktuelle Situation, die Wünsche und das Thema Gesundheitsmappe besprochen. In der **AG II** Steuerung trafen sich am 29.11.2011 sieben Teilnehmer, diese AG stellt eine übergeordnete Gruppe dar, die sich überhaupt mit der Netzwerkarbeit, wie z.B. Zielen und Zielgruppen befasst. **AG III** Fortbildung (erstes Treffen: 30.11.2011) kümmert sich u. a. um die Erstellung eines Fortbildungskataloges, in den Fortbildungsangebote verschiedener Anbieter aufgenommen werden, die für alle Interessenten geöffnet werden sollen. Die **AG IV** Angehörige/Ehrenamt tagte erstmalig am 24.11.2011 mit elf Teilnehmern und thematisierte u. a. Angehörigenschulungen und Patientenberatung. Alle Arbeitsgruppen tagten ein zweites Mal im Januar 2012. Bei den Überlegungen zur Arbeit in den Arbeitsgruppen werden Bemühungen um ein gutes Gleichgewicht zwischen Input (Netzwerk als Impuls- und Ideengeber) und Ideen und Beiträgen der Netzwerkpartner deutlich wie auch das Augenmerk auf das Hinterfragen, ob es sich um sinnvolle Zielsetzungen handelt.

Das Netzwerk präsentierte sich auch auf größeren Veranstaltungen wie dem Sächsischen Geriatrietag in Dresden am 10.12.2011 und dem Krankenhausforum Sachsen 2011 am 11.11.2011. Weitere Produkte in Hinblick auf Öffentlichkeitsarbeit sind zwei Pressemitteilungen.

Ende 2011 weitete sich die Netzwerkarbeit auf Dresden aus, am 9. Dezember 2011 erfolgte die Teilnahme an der Gründungsveranstaltung des Pflegenetzwerkes Dresden. Ende Januar 2012 waren 490 Anschreiben von Leistungsanbietern in Dresden versandt. Es werden Überlegungen angestellt, inwieweit Dresden überhaupt in das Netzwerk GerN Radeburg einbezogen werden kann oder ob aufgrund des Großstadtcharakters nicht eher von einer Orientierung von Dresden auf sich selbst auszugehen ist und daher bevorzugt mit größeren Strukturen wie dem Pflegenetz als mit einzelnen Anbietern zusammengearbeitet werden kann. Immerhin wird z.B. bei Hausärzten in Dresden von einer besseren Resonanz auf die Netzwerkvorstellung als in den ländlichen Gebieten berichtet, wo durch die hohe Zahl betreuter Patienten und die weiteren Wege eher die Überlastungsgrenze erreicht scheint.

Das Netzwerk GerN Radeburg versteht sich als offene Struktur, so dass immer weiter neue Netzwerkpartner hinzukommen können, wodurch die Adressdatenbank weiter anwächst (Ende November 2011 waren es 123 Adressen).

Im Dezember 2011 erfolgten Absprachen mit der ASB-Klinik in Radeberg, um ein gemeinsames Projekt zur Identifizierung des geriatrischen Patienten zu starten. Im Januar 2012 begann bereits der Test eines Screening-Instruments zur Identifizierung des geriatrischen Patienten in der ASB-Klinik.

Bewertung

Das GerN.Radeburg entwickelt seine Netzwerkstrukturen auf eine sehr kontinuierliche und systematisch erscheinende Weise, die sich an den unterschiedlichen regionalen Bedarfen orientiert.

Positiv fällt dabei auf:

- + die langjährige regionale Verwurzelung der Akteure und die ausgeprägte regionale Orientierung der Aktivitäten, die sich insbesondere auf die unterversorgten und schwächer vernetzten Bereiche der Region richtet und parallele Initiativen der Pflegevernetzung aufgreift
- + ein langsames Wachstum nach strategischem Vorgehen (erst Landkreise, dann Ballungsgebiet Dresden), das sich an den Bedürfnissen und Befindlichkeiten der Netzwerkpartner orientiert
- + eine bewusste Schwerpunktsetzung auf Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit
- + die Identifikation des geriatrischen Patienten als konkretes Projekt mit der ASB-Klinik in Radeberg und Ausgangspunkt zu entwickelnder Versorgungspfade
- + Erfahrungsaustausch und Nutzung von Synergieeffekten mit bestehenden, funktionierenden Netzwerken

Eher schwierig erscheint aus Sicht der Evaluation:

- die sehr divergierenden Bedarfslagen, infrastrukturellen Voraussetzungen und Situationen der Leistungserbringer in den drei unterschiedlichen Teilregionen Landkreis Meißen, Landkreis Bautzen und Ballungsgebiet Dresden
- die Zusammenarbeit mit den kommunalen Kliniken in der Region
- die fachliche Qualifikation und Schwerpunktsetzung auf Öffentlichkeitsarbeit spiegelt sich noch wenig in den Produkten wider (keine Internetplattform zum Zeitpunkt 31.01.2012; inzwischen ist Internetpräsenz angelegt, aber noch nicht öffentlich zugänglich)
- Kostenträger und Hausärzte fehlen zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch weitgehend als Netzwerkpartner, wobei die Kostenträger bereits eingeladen sind (Stand 4/2012 - Treffen sind bereits geplant), der Zugang zu den niedergelassenen Ärzten aber bisher als schwierig bis unmöglich erscheint

Offene Fragen

- Wie setzen sich die entstandenen Netzwerkstrukturen in konkrete Projekte über die Zusammenarbeit mit der ASB-Klinik in Radeberg hinaus um?
- Welche Rolle bekommt die durch Frau Vodenitscharov und Frau Häusler an sich gut vertretene Patientenperspektive im Rahmen des Projektes?
- Welchen Einfluss hat die Zuweisung von Akut-Betten auf die Entwicklung der Netzwerkaktivitäten (möglicherweise gibt es dann mehr Berührungspunkte, aber auch Kooperationsnotwendigkeiten mit Haus- und niedergelassenen Fachärzten)?
- Wie schreitet die interne Strukturierung und Rollenverteilung innerhalb des Projektes voran?

Ausblick

Der langsame, durchdachte, strategische Zugang des Projektes könnte sich als Stärke in Bezug auf Nachhaltigkeit erweisen, wenn sich daraus konkrete gemeinsame Handlungsroutrinen bzw. vereinbarte Behandlungs- und Versorgungspfade entwickeln lassen. Der Aufbau einer akutgeriatrischen Abteilung am Haus eröffnet neue Perspektiven der Vernetzung, vermutlich auch im hausärztlichen Bereich. Die Konzentration auf die eher unterversorgten Bereiche Nordost- und Ostsachsen erscheint

sinnvoll, ohne dabei Entwicklungen im Dresdner Raum aus dem Auge zu verlieren und Synergien zu nutzen.

5.4 Fallporträt Geriatrienetz Görlitz Ostsachsen

Datenquellen

- Projektantrag
- Experteninterviews mit den Netzwerkkoordinatorinnen Frau Menzel und Frau Kalbas und dem Direktor des Geriatriezentrums Görlitz Dr. Zeller (10.2.2012)
- Dokumentenanalyse auf der Basis von Aktivitätenliste, Adressdatei Netzwerkpartner, Einladungen, Anschreiben, AG-Protokolle, Flyer, Vorstellung des Projektes auf web-site des Klinikums, Entwurf Überleitungsrichtlinien, Gesundheitsmappe, Fortbildungskatalog, Pressemitteilungen (Stand 31.1.2012)

Context

Träger des Geriatrienetzwerkes Ostsachsen ist das seit 1997 am Städtische Klinikum Görlitz bestehende **Geriatriezentrum**, das momentan aus einem vollstationären Bereich mit (laut Bettenplan) 35 stationären Betten (G2) und einem teilstationären Bereich (G1) mit 12 Plätzen besteht. Die Eröffnung einer weiteren Station G3 ist geplant. Die seit mehr als 15 Jahren tätige Fachabteilung ist nach den Kriterien des Bundesverbandes Geriatrie zertifiziert. Eine überregionale Zusammenarbeit gibt es im Rahmen des Landesverbandes (früher Arbeitsgemeinschaft) Geriatrie, enge Kooperations- Beziehungen bestehen insbesondere auch mit der Geriatrischen Rehabilitation in Radeburg und deren Leiterin Frau Vodenitscharov. Der Direktor des Geriatriezentrums Dr. Zeller gehört mit Herrn Dr. Sultzer und Frau Vodenitscharov zu den Initiatoren der in diesem Rahmen in Zusammenarbeit mit dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz entwickelten Geriatriekonzeptes und der Ausschreibung der Modellregionen. Für die Modellförderung wurde ursprünglich ein gemeinsamer Projektantrag mit dem Geriatriezentrum Radeburg gestellt; praktisch wurden die Mittel dann aber auf die zwei Standorte aufgeteilt, da eine Koordination der lokalen Netzwerkaktivitäten über die große Entfernung als nicht sinnvoll und kaum realisierbar erschien. Eine enge Kooperation gibt es aber weiterhin nicht nur patientenbezogen in der Überleitung von Akutgeriatrie zu geriatrischer Rehabilitation (wobei Patienten aus Görlitz auch nach Dresden-Löbtau zur Rehabilitation gehen), sondern auch bei Fortbildungsaktivitäten wie bspw. der Organisation des Sächsischen Geriatrietages. Als akutgeriatrische Fachabteilung ist das Geriatriezentrum am Städtischen Klinikum Görlitz gegenwärtig Alleinanbieter in der Region.

Die **klinikerne Einbindung** ist insofern besonders, als der Direktor des Geriatriezentrums Dr. Stefan Zeller gleichzeitig leitender Oberarzt der Medizinischen (Inneren) Klinik ist und als Facharzt für Innere Medizin mit den Spezialisierungen Kardiologie, Angiologie und den Zusatzbezeichnungen Diabetes, Geriatrie, Palliativmedizin vergleichsweise breite klinikintern relevante Kompetenzen anbietet. Diese Doppelfunktion wurde bewusst gewählt, da sich daraus wichtige Synergien in der klinikinternen Steuerung ergeben, aber eben auch ein vergleichsweise komplexes Aufgabengebiet. In Görlitz gibt es mit dem katholischen Malteser Carolus-Krankenhaus einen weiteren stationären Anbieter. Andere wichtige Kooperationspartner in der Region sind das Kreiskrankenhaus Weißwasser, die Diakonissenanstalt Emmaus in Niesky, das Klinikum Oberlausitzer Bergland gGmbH mit Standorten in Zittau, Ebersbach, Löbau und Großschweidnitz, sowie die in diakonischer Trägerschaft befindlichen Einrichtungen (Martinshof, Orthopädiezentrum, MVZ) in Rothenburg. Mit dem Landratsamt des Landkreises und dem Gesundheits- und Sozialamt der Stadt Görlitz gibt es eine enge Zusammenarbeit.

Insgesamt ist die **Versorgungssituation in der Region** aufgrund der Randlage als eher schwierig zu betrachten. Insbesondere die Situation im haus- und fachärztlichen Bereich ist angespannt, da aus Altersgründen freiwerdende Praxen oft nicht wiederbesetzt werden können. Das führt zu einer hohen Zahl von Patienten bei den verbleibenden Ärzten. Da geriatrische Leistungen momentan oft nicht abrechnungsrelevant sind, ist die Offenheit für Netzwerkarbeit entsprechend auf Einzelne begrenzt bzw. erfolgt nur dort (Fallkonferenzen), wo ein kurzfristiger Nutzen erkennbar ist. Auch Pflegediens-

te und Pflegeeinrichtungen der Region müssen aufgrund von Fachkräftemangel teilweise schon Patienten abweisen. Um die verbleibenden Fachkräfte gibt es eine große Konkurrenz, die aber (aufgrund der bisherigen Finanzierungsregelungen) bisher nicht zu besseren Löhnen führt, so dass weiter v.a. jüngere Pflegekräfte in zahlungskräftigere Regionen der Altbundesländer oder wenigstens in die scheinbar attraktiveren Zentren abwandern.

Die große räumliche Ausdehnung des Landkreises wird bei zunehmender Einschränkung des ÖPNV insbesondere für geriatrische Patienten, die nicht (mehr) Auto fahren können, zur erheblichen Hürde bei der Nutzung von Versorgungsangeboten. Vorteile der Randlage werden momentan kaum erkennbar. Eine Einwanderung aus Polen und Tschechien erfolgt wenn, dann im ärztlichen Sektor (was dort häufig zu Kommunikationsproblemen führt), Pflegefachkräfte aus diesen Ländern wandern bisher nicht in erkennbaren Größenordnungen zu.

Der **Altersquotient** der Region liegt aus diesen Gründen (Alterung und Abwanderung) nicht nur weit über dem Bundes-, sondern auch erkennbar über dem Sächsischen Durchschnitt; er ist in Sachsen nur mit dem von Chemnitz vergleichbar, das aber als großer Industriestandort auch eine deutlich bessere Struktur von Versorgungsangeboten vorhält.

Input

Eine 1,0 VZÄ-Stelle der **Netzwerkkoordinatorin** wurde bereits ab 1.4. 2011 durch Frau Menzel besetzt, deren vorheriger beruflicher Hintergrund die Organisation und Büroleitung einer Rechtsanwaltskanzlei war, was sich in einem erkennbar strukturierten und systematischen Herangehen an die Netzwerkkoordination zeigt. Kenntnisse bezogen auf die Struktur der Klinik und des Gesundheitssystems im Allgemeinen, die Versorgerstruktur vor Ort und die besonderen Bedarfe geriatrischer Patienten hat sich Frau Menzel durch ihr systematisches Vorgehen in relativ kurzer Zeit erarbeitet, auch mittels Unterstützung durch Dr. Zeller. Seit dem 1.9. 2011 arbeitet auf 0,5 VZÄ mit Frau Kalbas eine FH-Absolventin aus dem Bereich Sozialwesen der Hochschule Görlitz-Zittau als **zweite Koordinatorin** im Projekt mit. Mit der anderen halben Stelle ist sie im Sozialdienst des Klinikums für das Entlassungsmanagement geriatrischer und onkologischer Patienten zuständig, wobei es einerseits zu sinnvollen Überschneidungen, andererseits zu Schwierigkeiten der Abgrenzung kommt.

Die **Arbeitsteilung** zwischen den Stellen liegt in erster Linie darin, dass alles, was im weitesten Sinn mit Büroorganisation, dem Zusammenführen, Bündeln, aber auch Verteilen von Informationen zu tun hat, von Frau Menzel koordiniert wird. Nach außen ist sie die wesentliche Ansprechpartnerin und (gemeinsam mit Dr. Zeller) Einladende des Netzwerkes. Gleichzeitig übernimmt sie im Rahmen der Netzwerkkoordination inzwischen ausgewählte Organisationsaufgaben in Bezug auf das Geriatriezentrum (bspw. Fortbildungsangebote.) Frau Kalbas hat aufgrund ihrer fachlichen Qualifikation neben der patientenbezogenen Arbeit vorwiegend den Bereich der Vernetzung von sozialen Diensten und sozialen Angeboten, die Kooperation mit Selbsthilfegruppen und die Angehörigenarbeit in den Fokus genommen. Beide Stellen sind bei der Entwicklung und Ausreichung der Gesundheitsmappe (ab Mai 2012) einbezogen.

Process und Produkte

Im Zuge der Netzwerkarbeit entstanden **3 Arbeitsgruppen**: Die **AG1 Ärzte**, die sich bisher nur einmal (15.6.) traf, aus der aber die Fallkonferenz (21.9.) hervorging. Die **AG 2 Pflegerischer Dienst**, die sich im Betrachtungszentrum 3x getroffen hat (30.05./29.08/28.11.) und aus der der Qualitätszirkel Überleitung (29.09.) hervorgegangen ist. Die **Arbeitsgruppe 3 Sozialer Dienst**, die sich ebenfalls dreimal (31.5./ 30.8./ 30.11.) getroffen hat und aus der eine Untergruppe zur Koordination der Versorgungsbroschüre hervorgegangen ist. Der 3 Monats- Rhythmus scheint für die Vernetzung im Geriatrienetzwerk ausreichend und überfordert die Netzwerkpartner nicht, zumal man sich zwischendurch in anderen Zusammenhängen wieder trifft. Die Arbeit an konkreten Projekten/ Vorlagen wird eher zwischendurch bzw. von kleineren Untergruppen geleistet und fließt dann wieder in die AGs ein.

In der Tätigkeit der Netzwerkkoordinatorinnen lassen sich im bisherigen Projektverlauf **drei relativ abgegrenzte Phasen** darstellen: Erstens die **Konstituierung des Netzwerkes** oder Vorbereitungsphase durch die aktive Suche nach Netzwerkpartnern, die über die Generierung von Adressdateien, das Anschreiben potentieller Netzwerkpartner, das Anrufen bereits angeschriebener Partner, die nicht auf das Schreiben reagiert hatten und persönliche Besuche fast aller Bereitschaft zur Mitarbeit signalisierender Einrichtungen und Dienste durch Frau Menzel gekennzeichnet war (April-Mai). Am Ende dieses Prozesses stand die **erste Netzwerkkonferenz am 18.5.2011** (ca. 70 Teilnehmer), aus der auch die zumeist berufsspezifische Arbeitsgruppenstruktur hervorging. Noch im Mai bzw. Anfang Juni fanden erste Arbeitsgruppentreffen statt, in denen sich die Netzwerkpartner über Bedarfe und Ziele der Vernetzung verständigten und konkrete Projekte planten.

Parallel wurden erste Kontakte zu den Hochschulen, den anderen Modellregionen und den politischen und Verwaltungsstrukturen der Region aufgebaut. Mit den zweiten Arbeitsgruppentreffen Ende August, Anfang September begann die eigentliche **Arbeitsphase**, in der die Arbeitsgruppen einerseits die Arbeit an den geplanten Projekten (Gesundheitsmappe, Pflegeüberleitungsrichtlinien, Versorgungsbroschüre, Fortbildungskatalog usw.) aufnahmen bzw. zu arbeitsförmigen Strukturen fanden (Qualitätszirkel, Untergruppen). Hier entstanden im Herbst erste Entwürfe. Gleichzeitig wurde die Reichweite der Netzwerkaktivitäten durch vom Geriatriezentrum angebotene kostenlose Fortbildungen für Netzwerkpartner (Geriatrisches Assessment, Fixierung, Sturzprävention), sowie eine Fallkonferenz für Haus- und Fachärzte erweitert und neue Netzwerkpartner gewonnen. Auch wurde durch Teilnahme an überregionalen Veranstaltungen (Messen, Sächsischer Krankenhaustag und Sächsischer Geriatrietag u.a.) die Bekanntheit des Projektes gesteigert und überregionale Kontakte hergestellt. Zu beobachten ist, dass in dieser zweiten, sehr aktivitäten- und auch ergebnisreichen Phase (Peak im November) auch der Kontakt zu bereits existierenden übergreifenden Netzwerken und Initiativen in der Region (Vernetzte Pflegeberatung, Demenznetzwerk, Pflegenetzwerk) entstanden. Mit diesen Netzwerken wurden gemeinsame Schnittmengen gesucht. Parallel meldeten sich neue Netzwerkpartner bereits aus eigenem Impuls.

Zum Jahreswechsel wurden **erste Hemmnisse und Grenzen** deutlich. Deutlich wurde das u.a. bei dem Bemühen um einen flächendeckenden Einsatz des im Qualitätszirkel entwickelten Überleitungsbogens, aber auch das Aufkommen und Abklären datenschutzrechtlicher Bedenken bezüglich der Gesundheitsmappe, bürokratische Strukturen im Krankenhaus, diverse Konkurrenzen und „Befindlichkeiten“ zwischen einzelnen Netzwerkpartnern prägten diese Phase mit.

Als **Produkte** zu betrachten sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt:

Eine **Adressdatei** von 88 Netzwerkpartnern, von denen ca. 50 % in den Arbeitsgruppen aktiv sind. Das erscheint im Vergleich zu den anderen Regionen, die über 200 bis 500 Adressen verfügen, zunächst wenig, ist aber -neben der geringeren Zahl potentieller Partner- explizite Strategie: ein überschaubares, aber eben darum handlungsfähiges Netzwerk zu pflegen. Der prozentuale Anteil der **aktiven** Arbeitsgruppenteilnehmer ist folglich tendenziell sogar höher als in den anderen Netzwerken.

Eine entwickelte **Arbeitsgruppenstruktur**- bestehend aus 3 weitgehend berufsgruppenspezifischen Arbeitsgruppen sowie eines übergreifenden, interdisziplinären Lenkungsausschusses, der sich bisher einmal getroffen hat. Erste **Entwürfe für Überleitungsrichtlinien** (AG2), die **Gesundheitsmappe** (AG1, AG2, AG3), eine **Versorgungsbroschüre** (AG3) und ein **Fortbildungskatalog** (AG 2+3) sind erstellt worden. Die Implementierung bzw. Veröffentlichung dieser Produkte war zum Zeitpunkt 31.1. noch nicht abgeschlossen. Der Fortbildungskatalog stand ab März zur Verfügung. Die Implementierung der Gesundheitsmappe soll im Mai erfolgen.

Ein **Flyer, diverse Präsentationen** auf öffentlichen Veranstaltungen, Pressemitteilungen und eine Internetplattform, die zum 1.5.2012 freigeschaltet werden soll.

Zahlreiche **Fortbildungsaktivitäten** im regionalen (drei Fortbildungen für Pflegekräfte und eine Fallkonferenz für Haus- und Fachärzte) und im überregionalen Rahmen (Zercur-Modul, Sächsischer Geriatrietag, Sächsischer Krankenhaustag, Messeauftritte).

Eine Fülle **informeller Netzwerkbeziehungen und formeller Verknüpfungen** in Zusammenarbeit mit den bestehenden Pflege- und Demenznetzwerken, dem sozialen Netzwerk Lausitz, Selbsthilfestrukturen (KISS und diverse Selbsthilfegruppen), Kreisbehindertenrat, Landratsamt und Gesundheitsamt, erste Absprachen mit politischen und Verwaltungsstrukturen.

Bewertung

Insgesamt positioniert sich das Geriatrienetzwerk Ostsachsen im strukturell vielleicht schwierigsten Kontext aller Projekte auf eine sachliche, klare und (möglicherweise auch durch die Alleinstellungsposition) sehr erkennbare Weise.

Als positiv erscheinen aus Sicht der Evaluation:

- + Der sehr aktive und kontinuierliche Beziehungsaufbau zu potentiellen Netzwerkpartnern, wobei eine hohe persönliche Verbindlichkeit der Zusammenarbeit bereits in der Anfangsphase des Projektes geschaffen wurde, ein vergleichsweise hoher Anteil aktiver Netzwerkpartner, dadurch entsteht ein überschaubares, aber dadurch auch handlungsfähiges Netzwerk
- + Die hohe organisatorische Kompetenz, ein sehr strukturiertes, systematisches und gut dokumentiertes Vorgehen drückt sich in der jetzt etablierten Arbeitsgruppenstruktur mit Untergruppen, klaren Projekten und Beauftragungen aus
- + Das Projekt zeigt eine hohe Aktivität im Fortbildungsbereich, die Fortbildungsvernetzung erscheint als gutes Medium der Ausweitung des Netzwerkes und die Fallkonferenzen als ein gelungener Zugang zur schwierig zu aktivierenden Gruppe der Hausärzte
- + Eine klar erkennbare Patientenorientierung, (die sich auch im Projekt der Gesundheitsmappe ausdrückt), die mit Blick auf das Aufgabenspektrum einer Akutgeriatrie viele Schnittstellen, insbesondere auch zu Pflegediensten, Hilfsmittelversorgern, Kostenträgern aber auch bspw. zu Angehörigen generiert
- + hohes Bewusstsein für regionale Problematik, das Netzwerk ist auch durch Personen verwurzelt in Region

Schwieriger erscheint zum gegenwärtigen Zeitpunkt aus Sicht der Evaluation:

- Die Implementierung bereits erarbeiteter Produkte erweist sich als langwierig und stößt auf viele Schwierigkeiten, teilweise bedingt durch Vorerfahrungen/Vorbehalte der Netzwerkpartner miteinander, aber auch durch Notwendigkeiten der Abstimmung unterschiedlicher Voraussetzungen und Perspektiven
- bürokratische Prozesse und Strukturen im Krankenhaus, die berücksichtigt werden müssen, verlängern Einführungs- und Abstimmungsprozesse, bremsen Aktivitäten und ziehen damit Energie aus der Netzwerkarbeit,
- Internetplattform als wichtiges und arbeitserleichterndes Kommunikationsmedium kam bisher nicht zustande (Stand April: web-site ist fertig, aber noch nicht eingebunden), damit ist Kommunikation aufwändiger, Funktion der Koordinatoren als Informationsverteiler notwendig, der Zugriff auf Informationen und unabhängige Kommunikation erschwert
- die insgesamt eher prekäre Versorgungslage in der Region führt zur Überlastung der vergleichsweise wenigen Akteure, auch der Netzwerkpartner, die zumeist in viele verschiedene berufliche Zusammenhänge integriert sind

Offene Fragen

- Wird es gelingen, die wesentlichen Projekte (Gesundheitsmappe, Überleitungsrichtlinien) in die Praxis zu implementieren, welche Widerstände treten dabei auf und wie lassen sich diese auflösen?
- Gelingt es neben den bereits erreichten neue Partner zu generieren und dadurch auch neue Perspektiven auf die geriatrische Versorgung zu gewinnen?
- Wie entwickelt sich die Zusammenarbeit mit Verwaltungsstrukturen (Landratsamt, Stadt Görnitz) weiter, gewinnt die als bisher vorwiegend vom Krankenhaus ausgehend betrachtete Initiative eine Eigendynamik, indem auch andere Akteure im Sozialraum initiativ werden?
- Entstehen aus den implementierten und wissenschaftlich evaluierten Projekten (u.a. Gesundheitsmappe) Erkenntnisse über grundsätzliche Versorgungslücken und neue Ideen bzw. Versorgungsansätze insbesondere für den ländlichen Raum?
- Inwieweit können geplante neue Aktivitäten auf der Patientenebene (Aktivierende Hausbesuche), auf der Klinikebene (Geriatrisches Screening in der Notaufnahme) und auf der Öffentlichkeitsebene (Wanderausstellung mit Videoprojekt) realisiert werden und wie beeinflussen sie die Versorgungssituation?

Ausblick

Die Wirksamkeit des Geriatrienetzwerkes Ostsachsen wird sehr stark davon abhängen, ob es im Rahmen der Netzwerkentwicklung gelingt, neue Akteure einzubinden und neue Lösungsansätze für die schwierige Versorgungslage zu entwickeln. Die Orientierung an den Bedarfen der Patienten scheint mit dem Instrument der Gesundheitsmappe und deren begleitender Evaluation bzw. Fallrekonstruktion bereits sinnvoll fokussiert. Fragen der medizinischen und sozialen Grundsicherung werden vermutlich eine größere Rolle spielen als an den anderen Standorten. Die Zahl der relevanten Akteure erscheint einerseits überschaubarer und eine verbindliche Kooperation infolgedessen schneller zu verankern. Wichtig ist aber nicht nur die Entwicklung neuer Versorgungsideen, sondern auch die Generierung neuer Ressourcen. Die Fokussierung auf Fortbildung erscheint angesichts der sehr schwierigen Fachkräftelage ebenfalls hochrelevant. Hier könnte auch ein möglicher Schwerpunkt der Öffentlichkeitsarbeit des Projektes liegen: mehr (junge) Menschen für die Situation älterer Menschen zu interessieren und für berufliches oder freiwilliges Engagement zu motivieren. Erste Ideen dafür gibt es bereits.

Zusammenfassend erfolgt jetzt noch einmal eine tabellarische Übersicht von Struktur und Aktivität der vier Modellregionen (Tab. 5.1), an die sich eine vergleichende Analyse (Kap. 6) anschließt.

Tab. 5.1: Synopse Struktur und Aktivität der Modellregionen (Stand 31.1.2012)

Netzwerk	Chemnitz Geriatrienetzwerk_C	Leipzig GeriNet	Dresden Ger.N Radeburg	Görlitz Geriatrienetz Ostsachsen
Trägerstruktur				
	öffentlich-rechtlich (kommunal - Stadt Chemnitz)	privat-rechtlich (Helios-Kliniken)	privat-rechtlich (RECURA-Kliniken)	öffentlich-rechtlich (kommunal - Stadt Görlitz)
Gründungsjahr				
	2000	2003	1994	1997
Bettenplan/-anzahl				
Akutgeriatrie	32	(geplant ab Sommer 2012)	(geplant ab Sommer 2012)	35
Tagesklinik	6	(geplant ab Herbst 2012)	-	12
Reha-Klinik	88	80	108	-
„Qualitätssiegel Geriatrie“ (Bundesverband Geriatrie e.V.)				
	geplant	Dezember 2009	März 2007	geplant
Internet - Auftritt (Web-Seite)				
	Website im Klinikportal integriert	Website unabhängig vom Klinikportal	Website unabhängig vom Klinikportal	Website im Klinikportal integriert
Konstituierung als Modellregion/Stellenbesetzung				
	25. Februar 2011 (Fr. Hiekel und Fr. Hillig begannen ihre Tätigkeit ab 01.09.2011)	01. Februar 2011 (Frau Sachtleben ab 2.2. 11, Fr. Kasprick ab 01.09.2011 als Koordinatorin einge- stellt)	01. Januar 2011 (Einstellung Fr. Johne als Netzwerkkoordinatorin ab 23.5.2011)	01. April 2011 (zeitgleich Besetzung d. Koordinator-Stelle durch Fr. Menzel)
Netzwerkkoordinatorinnen (Input)				
Anzahl d. Netzwerkkoordinatoren	2	2	2	2
Art der Beschäftigung (Vollkräfte)	1,75	1,75	1,25	1,5
Ausbildung	exam. Krankenschwestern	Diplom Sozialwesen, Master Gesundheitswissenschaften, Pflegewirtin (Diplom)	Master Medienmanage- ment , Diplom- Sozialpädagogik	Büroleitung Rechtsan- waltskanzlei, Sozialwesen (B.Sc)
Zusatzqualifikationen	Case - Manager		-	Personalmanagement

Netzwerk	Chemnitz Geriatrienetzwerk_C	Leipzig GeriNet	Dresden Ger.N Radeburg	Görlitz Geriatrienetz Ostsachsen
geriatrische Fort- und Weiterbildungen				
	Zercur Geriatrie	Zercur Geriatrie	Zercur Geriatrie	Zercur Geriatrie
	Geriatristammtisch für Ärzte, klinikumsinterne – und externe Fortbildung, Schulung von Praxispersonal	Geriatrie-Fortbildungstage für Sozialdienste und Pflegefachkräfte	Gesamtkoordination des Zercur-Lehrganges Sachsen, Schulungen für Angehörige, Fachkräfte	Fallkonferenzen für Ärzte, Geriatrie -Fortbildungen für Pflegefachkräfte
Geriatrisches Assessment/Screening				
	Hausärzte (STEP)	Identifikation geriatrischer Patienten (Tools)	Identifikation geriatrischer Patienten (mit ASB-Klinik)	Identifikation geriatrischer Patienten (klinikintern)
Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit				
Presse	X	X	X	X
Broschüren, Flyer, Logo	X	X	X	X
Netzwerkkonferenzen	2x (25.02./17.11.2011)	1x (06.03.2012)	1x (05.10.2011)	1x (18.05.2011)
Arbeitsgruppen (AG) (Treffen)				
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AG Altenhilfe (3x) ▪ AG Wohnumfeld, Alltagshilfen, Lebensraum (2x) ▪ AG Ärzte → seit 10 Jahren quartalsmäßiges Treffen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AG 1 Steuerung (7x) ▪ AG 2 Pflegeüberleitung/ Feedbackbogen (7x+2x) ▪ AG 3 Prävention /Demenzfrüherkennung (5x) ▪ AG 4 Quartier; Sozialer Runder Tisch/ Selbsthilfe ▪ AG 5 Öffentlichkeitsarbeit (6x) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AG I Überleitungsmanagement (2x) ▪ AG II Steuerung (2x) ▪ AG III Fortbildung (2x) ▪ AG IV Angehörige/ Ehrenamt (2x) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AG 1 Ärzte (1x) → Fallkonferenz (1x) ▪ AG 2 Pflege (3x) → Qualitätszirkel „Überleitung“ (1x) ▪ AG 3 Sozialer Dienst (3x) → Untergruppe Versorgungsbroschüre

Netzwerk	Chemnitz Geriatrienetzwerk_C	Leipzig GeriNet	Dresden Ger.N Radeburg	Görlitz Geriatrienetz Ostsachsen
Kooperationspartner				
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegeheime/ambulante Dienste/Heil-u. Hilfsmittelversorger ▪ Krankenhäuser ▪ Hausärzte ▪ Krankenkassen/ MDK ▪ Sozialdienste ▪ Sozialamt/Stadtverwaltung ▪ Wohlfahrtsverbände ▪ Integriertes bürgerschaftliches Engagement ▪ Wohnungsgesellschaften 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegeheime ▪ Pflegedienste ▪ Therapeuten ▪ Hilfsmittelversorger ▪ Apotheken ▪ Sozialamt Landkreis Leipzig, Bürgermeister, Sozialbürgermeister Stadt Leipzig ▪ Krankenhäuser ▪ Ärztenetzwerke ▪ Wohnungsbaugenossenschaft ▪ GGV/GPV 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Krankenhäuser ▪ Stationäre Pflegeeinrichtungen ▪ Pflegedienste ▪ Landratsämter, Sozialamt Landkreise Meißen und Bautzen ▪ Krankenkassenvertreter ▪ Hilfsmittelversorger, ▪ Apotheken ▪ Therapeuten ▪ Pflegenetzwerke DD, BZ, MEI 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Krankenhäuser, MVZ ▪ Landratsamt ▪ Gesundheits- und Sozialamt Stadt Görlitz ▪ Hausärzte/Fachärzte ▪ Pflegeheime ▪ Pflegedienste ▪ Wohnberatung ▪ Therapeuten und Sozialdienste
Unterstützung Angehörige/Patienten				
	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisation „KISS“-Chemnitz	Selbsthilfegruppen initiiert Trägerübergreifende Pflege- bzw. Seniorenberatung	bestehender Kontakt zu Selbsthilfegruppe	Selbsthilfegruppe Initiiert, Vernetzung mit Selbsthilfegruppen
Informations- und Dokumentationssysteme				
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Überleitungsstandard an Netzwerkbesonderheiten angepasst ▪ Feedbackbogen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflege-Überleitungsbogen ▪ Feedbackbogen ▪ Gesundheitspass ▪ Versorgerkatalog Zwickau und Landkreis 	Pflegeüberleitung Katalog von regionalen Fortbildungsangeboten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflege-Überleitungsbogen ▪ Gesundheitsmappe ▪ Fortbildungskatalog
Behandlungspfade				
	geplant ab August 2012	in Entwicklung	in Entwicklung	

Netzwerk	Chemnitz Geriatrienetzwerk_C	Leipzig GeriNet	Dresden Ger.N Radeburg	Görlitz Geriatrienetz Ostsachsen
Schwerpunkt-Tätigkeiten				
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausarztbesuche ▪ Mobile geriatrische Rehabilitation ▪ Assessment – Hausärzte 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifikation, Versorgungspfade und Überleitung ▪ Aktivierung von berufsübergreifenden Zielgruppen ▪ Sozialer Runder Tisch 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Öffentlichkeitsarbeit ▪ Identifikation geriatrischer Pat. in Zusammenarbeit mit ASB-Klinik Radeburg → Screening-Instrument ▪ Überleitungsbögen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fallkonferenzen ▪ Gesundheitsmappe ▪ Überleitungsbögen

6 Vergleich der Modellregionen

Eine vergleichende Betrachtung der Modellregionen muss berücksichtigen, dass sowohl strukturelle Voraussetzungen und regionale Rahmenbedingungen, als auch die zum Teil daraus abgeleiteten Ziele der Netzwerkentwicklung standortspezifisch sind.

Das betrifft zum einen die **Angebotsstrukturen**. Während die Geriatriezentren in Radeburg und Zwenkau zum ersten Untersuchungszeitpunkt reine Rehabilitationskliniken sind, hält Görlitz im Wesentlichen akutgeriatrische Betten und einige tagesklinische Plätze bereit. In Chemnitz befinden sich sowohl eine akutgeriatrische Abteilung als auch tagesklinische Plätze und eine geriatrische Rehabilitation. Trotz dieser unterschiedlichen Ausrichtung und Kostenträgerschaft haben alle Versorgungsformen das Problem, die für ihr Versorgungsangebot jeweils adäquaten Patienten zu identifizieren. In der Akutgeriatrie sind das Patienten, bei denen eine akutgeriatrische Behandlung tatsächlich sinnvoll ist und zu einer deutlichen Verbesserung des Gesamtstatus führt. In der geriatrischen Rehabilitation geht es um Patienten, die auch tatsächlich rehabilitationsfähig, d.h. nicht (mehr) so pflegebedürftig bzw. eingeschränkt sind, dass es gar keine Ansatzpunkte bzw. keine Kooperationsbereitschaft und -fähigkeit für eine Rehabilitation gibt.

Die unterschiedliche **Größe** und **Trägerschaft** haben ebenfalls Einfluss. Radeburg und Zwenkau sind vergleichsweise kleine Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft, allerdings in unterschiedlich großen Unternehmensverbänden. Das Geriatriezentrum in Görlitz ist Teil des Städtischen Klinikums (645 Betten). In Chemnitz hingegen ist das Geriatriezentrum Teil eines Stadt und Umland dominierenden Großklinikums (1745 Betten), was jeweils unterschiedliche Auswirkungen nicht nur auf die Außenwahrnehmung bzw. bereits bestehende Kooperationsbezüge (siehe Fallporträts) hat, sondern auch unterschiedliche Anforderungen und Standards für klinik- bzw. konzerninterne Steuerungsprozesse beinhaltet. In der Tendenz werden sowohl dem Großklinikum als auch der Konzernkette von potentiellen Netzwerkpartnern bei Kooperationsangeboten eher unlautere (expansive) Motive unterstellt. Die „kleineren“ Träger werden als unter Konkurrenzgesichtspunkten eher „ungefährlich“ und damit potentiell partnerschaftlicher wahrgenommen – unabhängig von den tatsächlichen fachlichen Standards, Qualifikationen und Inhalten der Angebote.

Unterschiedlich ist auch die **regionale Versorgungssituation**. Zwenkau und Radeburg operieren zwar in Kleinstädten in eher ländlich strukturierten Räumen, liegen aber jeweils am Rande von Ballungsgebieten (Dresden bzw. Leipzig) mit einer Vielzahl von Versorgungsangeboten und einer hohen Versorgungsdichte. Das Klinikum Chemnitz ist der Hauptanbieter stationärer Versorgungsangebote in einem industriellen Ballungsraum mit einer Vielzahl potentieller Kooperationspartner in der Region. Die demographische Situation, die sich besonders im Altersquotienten ausdrückt, ist in Chemnitz ähnlich brisant wie im Landkreis Görlitz, wo es allerdings aufgrund der Randlage und bedingt durch eine anhaltende Abwanderung (auch von Fachkräften) eine deutlich schlechtere Versorgungssituation und insbesondere im hausärztlichen Bereich eine zunehmende Unterversorgung gibt. Logischerweise ist nicht nur die Zahl potentieller Kooperationspartner unterschiedlich groß, sondern auch deren faktische Belastung und Belastbarkeit (auch von Netzwerkbeziehungen) und daraus resultierend auch die Bereitschaft zur Kooperation. Wobei, wie es sich am Beispiel Görlitz (aber auch in Radeburg oder Zwenkau unter Bezug auf unmittelbaren Landkreis) zeigt, ein kleinerer Kreis potentieller Netzwerkpartner auch zu einer hohen Verbindlichkeit der Netzwerkbeziehungen führen kann.

Unterschiedlich ist auch die regionale Situation bezüglich **bereits vorhandener Netzwerkstrukturen**. Während die Netzwerkkoordinatoren in Chemnitz auf ein bereits gut funktionierendes Pflegenetzwerk zurückgreifen können, sind entsprechende Strukturen im Leipziger Raum (Stadt Leipzig) nach dem Auslaufen der Modellförderung so gut wie „eingeschlafen“ und müssen erst wieder reaktiviert werden. Im Leipziger Land, Görlitz und Radeburg sind vergleichbare Strukturen entweder noch gar nicht vorhanden oder erst im Aufbau begriffen, was allerdings ebenfalls auch zu sinnvollen Synergien

und gegenseitigen Impulsen führen kann, wofür es sowohl in Radeburg als auch in Zwenkau gute Beispiele gibt. Sowohl in Leipzig als auch in Görlitz begegnet den Koordinatoren der Geriatrienetzwerke aber immer dann auch eine gewisse und manchmal große Skepsis, wenn Vorgängernetzwerke in benachbarten Bereichen (Pflege, Demenz usw.) wenig effektiv oder nicht erkennbar nachhaltig waren.

Nicht unwesentlich sind schließlich die **unterschiedlichen Ressourcenlagen** der Projekte selbst. Dabei geht es nicht nur um die Trägerstrukturen, sondern auch um die im Rahmen der Modellförderung verfügbaren Personal- und Sachmittel. Görlitz und Radeburg teilen sich aufgrund des ursprünglich gemeinsam eingereichten Projektantrages ein Budget, welches den Modellregionen in Chemnitz und Leipzig jeweils vollständig zur Verfügung steht. Nicht zuletzt hängen strategische Ausrichtung und praktisches Vorgehen auch an Personen und deren Qualifikationen und Kompetenzen. Insbesondere hat die Besetzung der Koordinatorenstellen sehr viel Einfluss auf den bisherigen Prozess der Netzwerkentwicklung bzw. die darin gesetzten Schwerpunkte und gewählten Strategien.

Ungeachtet dieser wichtigen, nicht nur zu benennenden, sondern auch in der Bewertung der Netzwerkentwicklung zu berücksichtigenden Unterschiede gibt es auch einige **wesentliche Gemeinsamkeiten**: Alle Standorte für die Modellregionen sind seit längerer Zeit ca. 10 Jahren (Radeburg bereits seit 1994, Görlitz seit 1997, Chemnitz seit 2000; Zwenkau seit 2003) in der geriatrischen Versorgung tätig, erfahren und -durch die entsprechenden Zertifikate des Bundesverbandes Geriatrie bzw. Joint Commission (Chemnitz) nachgewiesen- in hohem Maß fachlich qualifiziert. Sie erfüllen nicht nur selbst **hohe fachliche Standards**, sondern tragen aktiv zu deren Verbreitung und Durchsetzung im Freistaat Sachsen bei. Das zeigt sich auch darin, dass die jeweiligen ärztlichen Leiter sowohl in Landesverband Geriatrie und in diversen Fortbildungsinitiativen (Zercur) aber auch in gesundheitspolitischen Gremien (Entwicklung des Geriatriekonzeptes des Freistaates Sachsen) aktiv waren und sind.

Auch dadurch haben sämtliche Standorte, über die zur Patientenversorgung zwingend notwendigen Kooperationen hinaus **bereits im Vorfeld der Modellförderung funktionierende Netzwerkbeziehungen** zu Einrichtungen, Diensten, Verwaltungsstrukturen und Kostenträgern ihrer Versorgungsregion aufgebaut, die im Zuge der Netzwerkentwicklung genutzt, ausgebaut, angereichert und erweitert werden können. Das spiegelt sich auch in den Projektanträgen wieder, in denen alle Standorte potentielle oder bereits real verbundene Kooperationspartner benennen konnten. Nicht zuletzt gab es auch bereits im Vorfeld der Modellförderung **Kooperationsbeziehungen und fachlichen Austausch** zwischen den jetzigen Standorten der Modellprojekte, so dass auch hier wechselseitige Impulse und der Austausch von Ideen und Erfahrungen möglich (und beabsichtigt) sind.

Es zeigen sich allerdings bereits in den Projektanträgen, aber auch in der ersten, hier untersuchten Phase der Netzwerkentwicklung **Unterschiede in Schwerpunktsetzung und Strategien** der einzelnen Modellregionen, die natürlich mit den unterschiedlichen regionalen Bedarfslagen und Ausgangsbedingungen der Trägereinrichtungen zusammenhängen. Diese können zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur beschrieben werden, Aussagen zur Wirksamkeit oder dem Erfolg unterschiedlicher Strategien können erst ein über einen längeren Verlauf seriös gemacht werden.

Das **Geriatrienetzwerk Ostsachsen** hat zum gegenwärtigen Zeitpunkt die klarsten Strukturen. Das liegt aber auch an der geringen Zahl potentieller Akteure in der Region, dem Alleinstellungsmerkmal als Akutgeriatrie und einziger regionaler Anbieter und nicht zuletzt der erkennbar prekären Versorgungssituation. Sehr klar wirken hier auch die Schwerpunktsetzungen mit dem Projekt der Gesundheitsmappe bezogen auf die Patienten, die Optimierung von Überleitungsprozessen in Zusammenarbeit mit dem Pflegenetzwerk und die sehr stark fortbildungsfokussierten Aktivitäten, mit denen Fachkräfte nicht nur geriatrisch qualifiziert, sondern auch eingebunden werden können und eine Öffnung in Richtung Sozialraum und Selbsthilfeaktivitäten.

Eine ähnliche, aber etwas anders aufgebaute systematische Strategie verfolgt das **Ger.N in Radeburg**, das seine Vernetzungsbemühungen regional fokussiert hat (auf eine 30km Zone), darin aber allmählich und sehr systematisch ausgeweitet hat (Erst Landkreis Meißen, dann Landkreis Bautzen, dann Dresden). Kennzeichnend für diesen Standort ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt ebenfalls eine projektorientierte Fokussierung bezüglich der Identifikation geriatrischer Patienten und dem Aufbau von Versorgungspfaden (in Zusammenarbeit mit einem benachbarten Krankenhaus), eine Zusammenarbeit mit den zeitgleich entstandenen Pflegenetzwerken zum Thema Überleitung und ein expliziter Schwerpunkt im Bereich Öffentlichkeitsarbeit, der allerdings bis zum Untersuchungszeitpunkt erst wenige Produkte generiert hat. Ähnlich wie in Görlitz ist auch hier die Perspektive der Netzwerkentwicklung sehr stark patientenzentriert.

Trotz einer vergleichbaren Trägerstruktur und regionalen Lage (großstädtisches Ballungsgebiet und ländlich strukturierter Raum im Einzugsgebiet) entwickelt das **GeriNet Leipzig** sein Netzwerk in einer einerseits unübersichtlicheren, andererseits facettenreichen und ausdifferenzierten Vielfalt mit einer Fülle verschiedener netzwerkorientierter Strategien und Ansätze. Einerseits werden ähnlich wie in Görlitz die vorhandenen Träger im Landkreis und abgegrenzten Sozialraum an einen Tisch gebracht und generieren dort konkrete Projekte (Pflegeüberleitung, Sozialer Runder Tisch, Versorgerkatalog, trägerunabhängige Patientenberatung). Andererseits dienen die Aktivitäten des Netzes als Dach für sehr unterschiedliche Initiativen und Projekte im Bereich der Stadt Leipzig. Hier spielen auch präventive Projekte eine Rolle und die Zusammenarbeit mit anderen Netzwerken wird gesucht und aktiviert. Die intensive Presse- und Öffentlichkeitsarbeit zeigt bereits Effekte. Besonders deutlich ist der Bezug zu gesundheitswissenschaftlichen Modellen und Daten.

Auch das **Geriatrienetzwerk Chemnitz** bezieht sich in seinem Handeln einerseits auf einen großstädtischen Ballungsraum, der allerdings vom Klinikum als größtem Versorger klar dominiert wird, andererseits auf kooperierende Krankenhäuser im Großraum Chemnitz. Da es hier bereits im Vorfeld eine funktionierende Pflegevernetzung gab, konzentriert sich das Netzwerk eher auf Prozesse der patientenzentrierten Steuerung und das klinikinterne und externe Case Management. Ein aktueller Schwerpunkt sind Besuche in Hausarztpraxen, denen Instrumente für ein geriatrisches Screening in die Hand gegeben werden. Aber auch das Mittel der präventiven Hausbesuche bzw. der Patientenberatung in der Häuslichkeit soll erprobt werden. Dafür gab es mit der Entwicklung einer mobilen Reha schon erfolgreiche Vorläuferprojekte.

Bei allen Projekten fällt auf, dass das **medizinische bzw. versorgungsorientierte Handeln in engem Zusammenhang mit Besonderheiten des Sozialraums** gesehen und daran adaptiert werden muss. Das beginnt bei der schlichten Frage von Entfernungen, Wegen und infrastrukturellen Problemen, setzt sich fort in vorhandenen oder fehlenden Versorgerstrukturen und Leistungsangeboten und muss schließlich auch Mentalitäten, „Befindlichkeiten“, historisch gewachsene Besonderheiten der sozialen Kultur berücksichtigen. Das gilt sowohl bei den Patienten, bei denen es durchaus einen Unterschied macht, ob Sie ihr Leben in eine Industriearbeiterkultur oder in einer landwirtschaftlich geprägten Kultur verbracht haben, aber gelegentlich eben auch, ob Sie bei der Knappschaft oder bei der AOK versichert sind, als auch auf der Seite der Leistungserbringer. Mehr oder weniger gezielt arbeiten alle Projekte nicht nur mit den - im engeren Sinn medizinischen Leistungserbringern, sondern auch mit Partnern aus der Verwaltung, politischen Strukturen, Wohnungsgenossenschaften u.ä. zusammen.

Gemeinsam ist allen Projekten in der Anfangsphase auch, dass aus einer **Vielzahl von Kontakten** nur eine **begrenzte Zahl von Projekten** generiert werden kann. Das hat zum einen mit der Kapazität und den Budgets der Modellregionen zu tun, aber andererseits auch mit den Gesetzen der Netzwerkentwicklung. Diese ist einerseits auf die Konkretisierung in Projekte angewiesen und kann daran ihren Erfolg messen. Andererseits dürfen bestehende Netzwerk-Beziehungen aber auch nicht überlastet werden. Die Entscheidung, welche Projekte für die geriatrische Versorgung in der Modellregion als besonders wertvoll und wirksam erachtet werden, liegt einerseits an schon vorhandenen Strukturen

und ist zumeist bereits in den Projekt-Anträgen konzeptualisiert, andererseits aber auch an spezifischen Bedarfen und der Aktivierbarkeit geeigneter Partner.

Dabei scheint die **Zusammenarbeit** mit Verwaltungsstrukturen und Seniorenvertretungen, Selbsthilfeinitiativen, Verbänden und Vereinen im kommunalen und regionalen Rahmen in allen Regionen zum gegenwärtigen Zeitpunkt erfreulich positiv und wechselseitig unterstützend zu sein. Die Zusammenarbeit auf der Ebene von Kliniken und Krankenhäusern trotz gelegentlicher Vorbehalte und Konkurrenz scheint zumindest zum Teil gut verhandelbar. Auch die Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten gelingt wohl weitgehend, wenn eine gewisse Kontinuität der beteiligten Personen garantiert werden kann. Am schwierigsten erscheint an allen Standorten die Zusammenarbeit mit den in der Versorgungskette freilich unverzichtbaren niedergelassenen Haus- und Fachärzten. Dafür gibt es unterschiedliche z.T. schon benannte Gründe: die Nicht-Abrechenbarkeit geriatrischer Leistungen, die Überlastung der Hausärzte insbesondere im ländlichen Raum, aber auch ein zunehmend auf ausschließlich ökonomischen Nutzen gerichtetes Denken. Netzwerkarbeit zahlt sich aber erst mittelfristig aus und das auch oft nicht im unmittelbar ökonomischen Sinn. Die Netzwerke haben hier die oft undankbare Aufgabe, Überzeugungsarbeit zu leisten, was nicht heißt, dass nicht bereits jetzt schon an allen Standorten einzelne, vor Ort engagierte Ärzte einen wichtigen Beitrag zur Netzwerkarbeit leisten.

Unterschiedliche Positionierungen gibt es letztlich auch zum Verhältnis von netzwerkorientiertem und patientenorientiertem Handeln, wobei beides nicht prinzipiell im Widerspruch steht. Zum einen muss es zunächst einigermaßen funktionierende Anbieterstrukturen und zwischen diesen Netzwerkbeziehungen geben, um beispielsweise optimale Überleitungen zu organisieren, andererseits stärken und entwickeln sich Netzwerkbeziehungen auch am gemeinsamen patientenbezogenen Handeln bzw. entsprechenden Projekten.

Insgesamt kann eingeschätzt werden, dass zum Zeitpunkt der Erstevaluation an allen Standorten arbeitsfähige Netzwerkstrukturen entstanden sind, die begonnen haben, Projekte und Produkte zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung zu generieren und die Versorgungslandschaft ihrer Region zu beeinflussen. Wie nachhaltig und wie weitreichend diese Entwicklung sein wird, hängt nicht zuletzt von den Entscheidungen zur weiteren Mittelbereitstellung ab. Aus der Versorgungsforschung ist seit langem bekannt, dass die Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen in einem Horizont von mindestens 5-7 Jahren gedacht werden muss, ehe sie (klinisch und ökonomisch) messbare Effekte zeitigt. Fast alle Netzwerke sind in der Akquise von Netzwerkpartnern auch mit Vorbehalten bzw. Skepsis bezüglich der kurzen, bisher bewilligten Förderperiode konfrontiert worden. Aus Sicht der Evaluation braucht es jetzt schon absehbar mindestens eine weitere Förderperiode, um die unterschiedlichen Strategien in ihren Auswirkungen in den Modellregionen belastbar und aussagekräftig bewerten zu können und daraus valide Schlüsse für die Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgung in Sachsen zu ziehen.

Literatur

- Atteslander, P. (2010). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. 13., neu bearb. u. erw. Aufl. Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- Dierkes, M. (1977). Die Analyse von Zeitreihen und Longitudinalstudien. In: Koolwijk, J. von & Wieken-Mayser, M. (Hrsg.) *Techniken der empirischen Sozialforschung. Ein Lehrbuch in 8 Bänden. Band 7: Datenanalyse*. München: Oldenbourg, S. 111-169.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*, 44(3), Suppl: 166-206.
- Eurostat (2010). Regional population projections EUROPOP2008: Most EU regions face older population profile in 2030. *Statistics in focus*, 1/2010.
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) (2010). *Geriatriekonzept des Freistaates Sachsen*. Dresden: Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz.
- Schnell, R., Hill, P. B. & Esser, E. (2008). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. 8. Aufl.. München: Oldenbourg.
- Stufflebeam, D.L. (1983). The CIPP model for program evaluation. In G.F. Madaus, M. Scriven, & D.L. Stufflebeam (eds.), *Evaluation Models: viewpoints on educational and human services evaluation*, S. 117-142. Boston: Kluwer-Nijhoff.