



ABSCHLUSSBERICHT PRIMÄRVERSORGUNG IM OSTALBKREIS

Einführung von
Case Management und Community Health Nursing
im Primärversorgungsnetzwerk Schwäbischer Wald

Impressum

Herausgeber

Landratsamt Ostalbkreis
Stuttgarter Straße 41
73430 Aalen
info@ostalbkreis.de
www.ostalbkreis.de

Autorinnen

Leonie Schönsee, M.Sc. (Landratsamt Ostalbkreis, Geschäftsbereich Gesundheit)
Katrín Barth, M.Sc. (Landratsamt Ostalbkreis, Geschäftsbereich Gesundheit)
Dr. Marco Kuchenbaur (Universitätsklinikum Ulm, Institut für Allgemeinmedizin)

Alle Bilder und Grafiken

Landratsamt Ostalbkreis, adobe.stock.com,
sofern nicht in der Bildunterschrift anders kenntlich gemacht

März 2025

Vorwort

Die Sicherstellung einer hochwertigen wohnortnahen medizinischen Versorgung stellt uns vor große Herausforderungen. Der demografische Wandel, der Fachkräftemangel und die zunehmende Komplexität gesundheitlicher Bedarfe erfordern innovative und zukunftsfähige Versorgungsmodelle. Das Projekt „Primärversorgung im Ostalbkreis“ hat gezeigt, dass es sich lohnt, neue Wege zu gehen. Durch den erfolgreichen Einsatz der Patientenslotsinnen und der Gemeindeschwester im Gesundheitsnetz Schwäbischer Wald wurde ersichtlich, dass die Einführung von neuen nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung und zur Entlastung von Ärztinnen und Ärzten beitragen kann. Mein besonderer Dank gilt allen Projektbeteiligten, die mit ihrem Engagement, ihrer Expertise und ihrer Bereitschaft, sich aktiv an der Gestaltung der örtlichen Versorgungsstrukturen zu beteiligen, diesen Erfolg ermöglicht haben.



Dr. Joachim Bläse

Landrat des Ostalbkreises

Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrund	1
1.1 Gesundheitsnetz Schwäbischer Wald.....	1
1.2 Case Management.....	2
1.3 Community Health Nursing	4
1.4 Förderaufruf	5
2. Projektverlauf.....	5
2.1 Case Managerinnen / Patientenlotsinnen.....	5
2.1.1 Qualifikation	5
2.1.2 Rahmenbedingungen	6
2.1.3 Aufgabenfeld	7
2.2 Community Health Nurse / Gemeindeschwester	8
2.2.1 Qualifikation	8
2.2.2 Rahmenbedingungen	9
2.2.3 Aufgabenfeld	10
2.3 Netzwerkarbeit im Gesundheitsnetz Schwäbischer Wald	10
2.4 Öffentlichkeitsarbeit.....	12
2.5 Netzwerk Case Management und Community Health Nursing Baden-Württemberg...	13
3. Evaluation.....	15
3.1 Ziele.....	15
3.2 Methodik	15
3.3 Ergebnisse der quantitativen Datenauswertung.....	16
3.3.1 Tätigkeit der Patientenlotsinnen.....	16
3.3.2 Tätigkeit der Gemeindeschwester	18
3.3.3 Patientinnen und Patienten der Patientenlotsinnen und der Gemeindeschwester	20
3.4 Ergebnisse der qualitativen Leitfadeninterviews	22
3.4.1 Zusammenarbeit zwischen den Patientenlotsinnen und den Netzwerkmitgliedern.....	22
3.4.2 Zielgruppe der Patientenlotsinnen	24
3.4.3 Durch die Tätigkeit der Patientenlotsinnen entstandener Nutzen.....	25
3.4.4 Bedarf für das Angebot der Patientenlotsinnen	28
3.4.5 Vorbehalte vonseiten der Patientinnen und Patienten gegenüber den Lotsinnen	29

3.4.6 Relevanz von Hausbesuchen für die Arbeit der Patientenlotsinnen	30
3.4.7 Zusammenarbeit zwischen der Gemeindeschwester und den Hausarztpraxen .	31
3.4.8 Durch die Tätigkeit der Gemeindeschwester entstandener Nutzen	34
3.4.9 Bedarf für das Angebot der Gemeindeschwester.....	37
3.4.10 Salutogenetische Perspektive der Gemeindeschwester.....	40
3.4.11 Verbesserungsvorschläge vonseiten der Gemeindeschwester	40
3.4.12 Arbeitszufriedenheit der Patientenlotsinnen und der Gemeindeschwester.....	42
3.4.13 Informationsweitergabe im Gesundheitsnetz Schwäbischer Wald.....	43
3.4.14 Vor- und Nachteile des Pilotprojekts	43
4. Herausforderungen	44
5. Fazit	47
6. Literaturverzeichnis.....	50
7. Anhang.....	52
7.1 Liste der Mitglieder des Gesundheitsnetzes Schwäbischer Wald.....	52
7.2 Flyer Patientenlotsinnen	54
7.3 Flyer Gemeindeschwester	56
7.4 Flyer Gesundheitsnetz Schwäbischer Wald.....	58

1. Hintergrund

1.1 Gesundheitsnetz Schwäbischer Wald

Der Schwäbische Wald stellt einen im Rahmen der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) definierten hausärztlichen Mittelbereich dar. Er befindet sich im Nordwesten des Ostalbkreises, umfasst 13 Gemeinden mit insgesamt rund 35.500 Einwohnerinnen und Einwohnern und ist sehr ländlich geprägt (siehe Abbildung 1). Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für Baden-Württemberg stellte im Oktober 2022 – erstmalig in Baden-Württemberg – eine hausärztliche Unterversorgung für den Mittelbereich fest. Damals lag der Versorgungsgrad bei 48,6 Prozent [1]. Seither ist dieser kontinuierlich gestiegen. Im Oktober 2024 bestand die hausärztliche Unterversorgung bei einem Versorgungsgrad von 75,1 Prozent noch immer. Zu diesem Zeitpunkt sind im Schwäbischen Wald 7,5 von 23 Hausarztsitzen nicht besetzt [2]. Sechs Gemeinden verfügen über keine hausärztliche Praxis. Zudem sind 31 Prozent der Hausärztinnen und -ärzte älter als 60 Jahre und werden in den kommenden Jahren in den Ruhestand eintreten [3]. Des Weiteren gibt es in den 13 Gemeinden des Mittelbereichs keine kinderärztliche Versorgung, keine psychotherapeutischen Angebote, keine stationären medizinischen Einrichtungen und (bis auf eine gynäkologische Praxis) auch keine fachärztliche Versorgung.

Im September 2022 wurde das „Gesundheitsnetz Schwäbischer Wald“ gegründet. Dabei handelt es sich um ein multiprofessionelles und sektorenübergreifendes Primärversorgungsnetzwerk. Die Konzeption und die Gründung erfolgten im Rahmen des Projekts „Primärversorgung im Ostalbkreis - Gemeinsam und vernetzt - Verbesserung der Versorgung chronisch kranker oder multimorbider Personen“, das im Zeitraum von Dezember 2020 bis März 2023 vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg gefördert wurde [4].

Im Dezember 2024 verfügt das Gesundheitsnetz über 40 Mitglieder (siehe Kapitel 7.1). Darunter befinden sich beispielsweise acht Hausarztpraxen, die Kliniken Ostalb, sieben ambulante Pflegedienste und Sozialstationen, drei Sanitätshäuser, zwei Physiotherapeutinnen, zwei Dienstleister für Alltags- und Haushaltshilfe sowie eine Ernährungsberaterin und eine Wundmanagerin. Bei den regelmäßig stattfindenden Netzwerktreffen kommen die Mitglieder zusammen, tauschen sich über aktuelle Entwicklungen und Bedarfe aus und stärken ihre beruflichen Kontakte.

Die Mitglieder des Gesundheitsnetzes Schwäbischer Wald verfolgen folgende Ziele:

- Verbesserung der Gesundheitsversorgung für die Bürgerinnen und Bürger in der Region Schwäbischer Wald im Ostalbkreis
- Verbesserung der Kommunikation und Kooperation der verschiedenen Gesundheitsakteure und -einrichtungen im Gesundheitsnetz
- Vermehrter fachlicher Austausch, kurze Wege und Zusammenarbeit auf Augenhöhe
- Ermöglichung einer kontinuierlichen Behandlung durch eine bessere Aufeinanderabstimmung von Gesundheitsleistungen
- Steigerung der Effizienz an Schnittstellen des Versorgungsprozesses
- Erleichterung des Zugangs zu Leistungen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich
- Verringerung von Wartezeiten
- Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen
- Verhinderung des „Drehtür-Effekts“ (wiederholte Klinikaufenthalte)
- Entlastung der Hausärztinnen und -ärzte im Schwäbischen Wald



Abbildung 1: Schwäbischer Wald

1.2 Case Management

Das deutsche Gesundheitswesen steht aufgrund des demografischen Wandels und der damit einhergehenden Zunahme an Multimorbidität, Pflegebedürftigkeit und sozialer Vulnerabilität

vor großen Herausforderungen. Gerade in diesen Bedarfslagen haben Menschen Probleme damit, sich im komplexen Gesundheitssystem zurechtzufinden. Eine bessere Patientensteuerung wird als Möglichkeit gesehen, die gleichzeitig existierende Über-, Unter- und Fehlversorgung in Deutschland zu reduzieren. Zwar wird den Hausärztinnen und -ärzten eine steuernde Rolle zugeschrieben, diese sind aufgrund des zunehmenden Fachkräftemangels – v.a. im ländlichen Raum – allerdings oft so ausgelastet, dass sie diese zeitaufwändige Aufgabe nicht umfassend übernehmen können [5].

Sogenannte Patientenlotsinnen und -lotsen sind für eine effektive und effiziente Patientensteuerung qualifiziert und können Leistungserbringende, wie z.B. Hausärztinnen und -ärzte, entlasten. Sie steuern und koordinieren im Sinne des Case Managements den Versorgungsprozess von Personen mit komplexen Versorgungsbedarfen. „Case Management ist eine Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen“ [6]. Das Case Management erfolgt nach einem Phasenmodell. In der Klärungsphase wird Kontakt mit den potentiellen Patientinnen und Patienten aufgenommen und geprüft, ob der Bedarf für ein Case Management vorliegt. Anschließend erfolgt ein Assessment, bei welchem die objektive Problemlage sowie die subjektiven Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten erhoben werden. Bei der Serviceplanung werden die Versorgungsziele festgelegt und Unterstützungsmaßnahmen aus dem Gesundheits- und dem sozialen Bereich ausgewählt. Danach werden die Patientinnen und Patienten beim sogenannten Linking an die gewählten Angebote vermittelt. Gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten wird die Inanspruchnahme der Leistungen überwacht (Monitoring) und schließlich auf ihre Wirksamkeit überprüft (Evaluation) [6].

In der Regel verfügen Patientenlotsinnen und -lotsen über eine abgeschlossene medizinische, therapeutische, pflegerische oder soziale Grundqualifikation, einschlägige Berufserfahrung entsprechend des einzusetzenden Tätigkeitsfeldes sowie über eine Weiterbildung im Bereich Case Management [7].

1.3 Community Health Nursing

Der demografische Wandel betrifft auch die Ärzteschaft in Deutschland. 2024 waren in Baden-Württemberg fast 1.000 Hausarztsitze nicht besetzt. Die große Ruhestandswelle steht aber noch bevor, denn rund 3.000 Hausärztinnen und -ärzte werden in den kommenden 10 Jahren aus der Versorgung aussteigen. Da die jüngeren Medizinerinnen und Mediziner vermehrt in Anstellung und in Teilzeit arbeiten, sinkt die zur Verfügung stehende Arztzeit insgesamt. Die Anzahl nachrückender Ärztinnen und Ärzte reicht nicht aus, um die entstehenden Versorgungslücken zu schließen [8]. In anderen Ländern werden in wesentlich größerem Umfang ärztliche Leistungen durch qualifizierte Pflegefachkräfte erbracht. Die dortigen Erfahrungen zeigen, dass Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Delegation und Substitution medizinischer Tätigkeiten entlastet werden können. Insbesondere in unterversorgten ländlichen Gebieten können so zusätzliche Behandlungskapazitäten geschaffen werden [9]. Zudem wird das Berufsbild der Pflegefachkraft attraktiver, wenn Möglichkeiten der akademischen Weiterbildung sowie der Übernahme von größerer Verantwortung in der Versorgung geschaffen werden [10].

Community Health Nursing stellt eine Erweiterung des pflegerischen Handlungsfelds in der Primärversorgung dar. Community Health Nurses (CHNs) können verschiedenste Aufgaben übernehmen. Dazu zählen etwa die Versorgung und Unterstützung von Einzelnen und Familien im Krankheitsfall und in Pflegesituationen, die Sicherstellung einer koordinierten und kontinuierlichen Versorgung, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention, die Förderung der Gesundheitskompetenz sowie die Unterstützung des Selbstmanagements von Patientinnen und Patienten durch Beratung und Anleitung [11]. Handlungsfelder, in denen CHNs zum Einsatz kommen, sind u.a. Primärversorgungszentren, die ambulante Pflege, der öffentliche Gesundheitsdienst sowie das Quartiersmanagement [10]. CHNs verfügen über eine Qualifikation auf Masterniveau. 2024 gibt es in Deutschland drei Hochschulen, die den Masterstudiengang Community Health Nursing anbieten. Voraussetzungen zur Aufnahme des Masterstudiums sind die Zulassung zum Pflegeberuf, Berufserfahrung sowie ein Bachelorabschluss [11].

1.4 Förderaufruf

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg veröffentlichte im März 2022 den Förderaufruf mit dem Titel „Zukunftsland Baden-Württemberg – Stärker aus der Krise – Förderung von Projekten zur Konzeptionalisierung und zum Aufbau von Primärversorgungszentren und Primärversorgungsnetzwerken“, auf den sich der Ostalbkreis bewarb. Förderfähig waren Maßnahmen, „die zur besseren Koordinierung der Angebote, besseren Kooperation der behandelnden Akteure, der besseren Kommunikation innerhalb des Behandlungsteams und zur Aufwertung und Stärkung von Pflegekräften und damit zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung beitragen und / oder Versorgungslücken schließen.“ Mit den innovativen Förderprojekten sollten Erkenntnisse dazu gewonnen werden, wie Strukturen der Primärversorgung künftig in Baden-Württemberg flächendeckend aufgebaut werden können. Als Zielgruppe der Förderprojekte standen chronisch kranke und/oder multimorbide Personen oder psychisch erkrankte Personen zur Wahl. [12]

2. Projektverlauf

Der Ostalbkreis erhielt im Juni 2022 die Förderzusage des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg für das Projekt „Primärversorgung im Ostalbkreis – Einführung von Case Management und Community Health Nursing im Primärversorgungsnetzwerk Schwäbischer Wald“ mit einer Projektlaufzeit von Juli 2022 bis Juli 2024 und einem Fördervolumen von insgesamt 194.860 €. Die Projektkoordination lag in der Verantwortung des Sachgebiets „Gesundheitsplanung, -versorgung und -förderung“ im Geschäftsbereich Gesundheit des Landratsamts Ostalbkreis.

2.1 Case Managerinnen / Patientenlotsinnen

2.1.1 Qualifikation

Im Juli 2022 wurde eine Stellenausschreibung für die Stelle der Case Managerin bzw. des Case Managers veröffentlicht. Die Stelle wurde in Vollzeit oder als Jobsharing für zwei Teilzeitkräfte angeboten. Vorausgesetzt wurden medizinische Grundkenntnisse und Basiswissen zu den Strukturen der Gesundheitsversorgung in Deutschland, z.B. durch eine abgeschlossene

Ausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten, zur Pflegefachkraft oder eine vergleichbare Ausbildung. Ein abgeschlossenes Studium, z.B. im Bereich Case Management, interprofessionelle Gesundheitsversorgung, angewandte Pflegewissenschaft, Physician Assistant oder ähnliches, sowie eine Weiterbildung im Bereich Case Management waren zudem wünschenswert.

Bewerberinnen oder Bewerber mit einer Qualifikation im Bereich Case Management gab es nicht. Im November 2022 wurden zwei Gesundheits- und Krankenpflegerinnen angestellt. Eine von ihnen hatte zudem einen Bachelorabschluss im Bereich Pflegewissenschaft. Beide verfügten über mehrjährige Berufserfahrung, etwa in der stationären Akutpflege und in der Home Care-Versorgung. Anfang 2023 absolvierten die beiden Gesundheits- und Krankenpflegerinnen die zweiwöchige Vollzeit-Weiterbildung „Grundlagen des Case Managements im Gesundheitswesen“.

2.1.2 Rahmenbedingungen

Die Case Managerinnen wurden in der Kommunikation mit den Bürgerinnen und Bürgern „Patientenlotsinnen“ genannt. Dies war in der Konzeption vorgesehen, die in der ersten Förderphase des Projekts „Primärversorgung im Ostalbkreis“ erarbeitet wurde und sollte dazu beitragen, dass auch nicht-englischsprechende Personen verstehen, für welche Aufgaben die Case Managerinnen zuständig sind.

Die Anstellung der Patientenlotsinnen erfolgte bei der MEDWALD eG. Die 20 Mitglieder der Genossenschaft, die sich aus zwölf Gemeinden und acht Ärztinnen und Ärzten zusammensetzen, möchten mit der Gründung und dem Betrieb von Medizinischen Versorgungszentren attraktive Rahmenbedingungen für Nachwuchsmedizinerinnen und -mediziner schaffen. Seit April 2023 betreibt die MEDWALD eG das hausärztliche MVZ in der Gemeinde Durlangen im Schwäbischen Wald. Die Genossenschaft ist Mitglied des Gesundheitsnetzes Schwäbischer Wald. In ihrer Satzung ist folgendes festgehalten: „Gegenstand der Genossenschaft ist die Sicherung der ärztlichen Versorgung in der Region Schwäbischer Wald durch die Gründung und das Betreiben von Medizinischen Versorgungszentren und von Zweigpraxen, die Unterstützung von Arztpraxen und anderen Gesundheitseinrichtungen, die Förderung der sektorenübergreifenden sowie

multiprofessionellen Zusammenarbeit, Case Management, Prävention und Gesundheitsförderung“ [13].

Die beiden Patientenlotsinnen hatten während der Projektlaufzeit eine wöchentliche Arbeitszeit von insgesamt 40 Stunden. Die telefonische Erreichbarkeit wurde von Montag bis Freitag zwischen 8:00 und 11:30 Uhr sichergestellt. Die Gemeinde Abtsgmünd stellte ein Büro im Rathaus zur Verfügung, das die Lotsinnen nutzten. Zudem arbeiteten sie im Home-Office. Für Besuche bei Patientinnen und Patienten sowie Mitgliedern des Gesundheitsnetzes nutzten sie ihre Privat-PKWs. In den ersten Wochen nach der Anstellung der beiden Patientenlotsinnen machten sie sich bei den Mitgliedern des Gesundheitsnetzes Schwäbischer Wald persönlich bekannt und bauten ihre Netzwerkstrukturen aus. Außerdem lasen sie sich in die Ergebnisse der ersten Förderphase des Projekts „Primärversorgung im Ostalbkreis“ und in Fachliteratur zum Thema Case Management ein. Dabei nutzten sie auch eine Übersichtsarbeit, die von einer Studentin im Rahmen ihres Praxissemesters im Gesundheitsamt des Ostalbkreises angefertigt wurde. Die Projektkoordinatorinnen des Landratsamts bereiteten währenddessen eine Schweigepflichtsentbindung sowie ein Informationsblatt und eine Einwilligungserklärung zum Thema Datenschutz für die Patientinnen und Patienten der Lotsinnen vor. Für die Dokumentation der Patientenversorgung nutzten die Lotsinnen u.a. Hausbesuchsprotokolle und Excel-Listen.

2.1.3 Aufgabenfeld

Die Patientenlotsinnen stellten den Mittelpunkt des Gesundheitsnetzes Schwäbischer Wald dar (siehe Abbildung 2). Sie waren die zentralen Ansprechpartnerinnen für die Netzwerkmitglieder sowie für die Patientinnen und Patienten. Im Rahmen des Case Managements koordinierten sie den Versorgungsprozess von Personen mit komplexen Versorgungsbedarfen. Die versorgten Patientinnen und Patienten waren typischerweise multimorbide und immobile Personen, die nur wenig Unterstützung von Angehörigen erhielten und eine pflegebezogene Vulnerabilität aufwiesen oder bereits als pflegebedürftig eingestuft waren. Die Lotsinnen behielten den Überblick über den Behandlungsverlauf, organisierten gesundheitsbezogene und soziale Leistungen und lotsten durch das Versorgungssystem. Zu ihren Aufgaben gehörten beispielsweise die Vereinbarung von Arztterminen, die Organisation von Transporten zur Praxis oder Klinik, das Stellen von

Anträgen bei Kranken-, Pflegekassen und anderen Behörden sowie die Suche nach einem Pflegedienst oder Heimplatz. Eine detaillierte Auflistung der Tätigkeiten der Patientenslotsinnen findet sich in Kapitel 3.3.1. Sie arbeiteten mit einer ganzheitlichen Perspektive und einer hohen Patientenorientierung. Bei ihren Hausbesuchen berücksichtigten sie auch das häusliche sowie das soziale Umfeld der Patientinnen und Patienten. Für ein erfolgreiches Case Management ist immer ein Versorgungsnetzwerk notwendig, sodass auch Absprachen und Koordination mit verschiedenen Leistungserbringern einen großen Teil der Arbeit der Lotsinnen ausmachten. Zu Beginn des Projekts wurden die Patientinnen und Patienten – bei entsprechendem Bedarf und Wohnsitz im Schwäbischen Wald – von verschiedenen Netzwerkmitgliedern an die Lotsinnen überwiesen. Für diesen Zweck wurde ein Dokument entwickelt, in dem die wichtigsten Patienten-Informationen eingetragen werden können („Zuweiser“). Ab August 2023 konnten sich die Bürgerinnen und Bürger aus dem Schwäbischen Wald auch direkt an die Lotsinnen wenden.

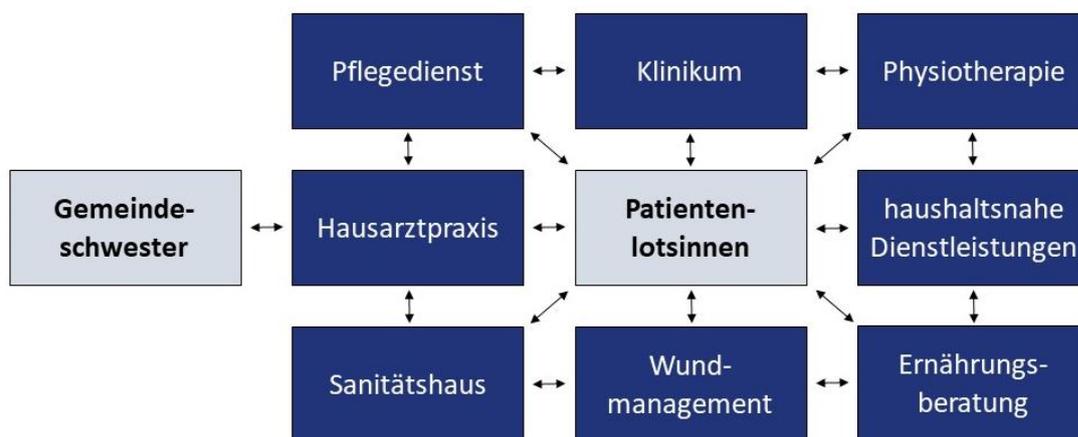


Abbildung 2: Struktur des Gesundheitsnetzes Schwäbischer Wald

2.2 Community Health Nurse / Gemeindegeschwister

2.2.1 Qualifikation

Bevor die Ausschreibung für die Stelle der Community Health Nurse veröffentlicht werden konnte, mussten einige Fragen zur rechtlichen Basis geklärt werden, auf der die Erbringung von medizinischen Tätigkeiten durch eine Pflegefachkraft möglich ist. Dies war notwendig, da es für das neue Berufsbild der Community Health Nurse in Deutschland bislang keine

gesetzlichen Rahmenbedingungen gibt. Erst als vom beauftragten Fachanwalt für Medizinrecht eine entsprechende Empfehlung ausgesprochen wurde, konnte die Stellenanzeige veröffentlicht werden. Vorausgesetzt wurde eine abgeschlossene Ausbildung zur Pflegefachkraft sowie ein abgeschlossenes Studium im Bereich Community Health Nursing, angewandte Pflegewissenschaft, Advanced Nursing Practice oder vergleichbar. Bewerberinnen oder Bewerber mit entsprechendem Studienabschluss gab es nicht. Im Mai 2023 wurde eine Gesundheits- und Krankenpflegerin mit einem Bachelorabschluss im Bereich Gesundheitsförderung angestellt. Sie verfügte über mehrjährige Berufserfahrung, etwa in der ambulanten Pflege und der außerklinischen Intensivpflege.

2.2.2 Rahmenbedingungen

Gemeinsam mit den Mitgliedern des Gesundheitsnetzes Schwäbischer Wald wurde entschieden, dass die Community Health Nurse in der Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten als „Gemeindeschwester“ bezeichnet werden soll. Grund hierfür war, dass insbesondere nicht-englischsprachige Personen mit dem Begriff eher abgeholt werden können, da dieser in früheren Zeiten gängig war.

Die Gemeindeschwester wurde mit einer Arbeitszeit von 28 Stunden pro Woche bei der MEDWALD eG angestellt. Im Dezember 2023 wurde die Arbeitszeit auf 20 Stunden pro Woche reduziert. Die Gemeindeschwester nutzte ebenso das Büro im Abtsgmünder Rathaus, arbeitete im Home-Office und führte zahlreiche Hausbesuche durch. Im April 2024 wurde ihr zudem ein Raum der Sozialstation Abtsgmünd zur Verfügung gestellt, in welchem sie regelmäßig Beratungsgespräche mit ihren Patientinnen und Patienten durchführte. Die telefonische Erreichbarkeit der Gemeindeschwester war von Montag bis Donnerstag zwischen 9:00 und 14:00 Uhr sichergestellt. Sie nutzte ebenfalls die bereitgestellten Dokumente zum Thema Datenschutz und Schweigepflicht sowie die Hausbesuchsprotokolle und Excel-Vorlagen zur Dokumentation ihrer Tätigkeit.

In den ersten Wochen stellte sich die Gemeindeschwester persönlich in den Hausarztpraxen im Schwäbischen Wald vor. Die Hausärztinnen und -ärzte, die mit ihr kooperieren wollten, unterzeichneten Delegationsvereinbarungen, in denen sie bestätigten, dass die Gemeindeschwester aufgrund ihrer beruflichen Qualifikation und ihrer allgemeinen

Fähigkeiten und Kenntnisse für die Erbringung bestimmter delegierbarer Leistungen nach § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V geeignet ist. Durch das hausärztliche MVZ Durlangen wurde die Gemeindeschwester mit einer Grundausstattung an medizinischen Geräten und Verbrauchsmaterialien ausgerüstet.

2.2.3 Aufgabenfeld

Die Gemeindeschwester kooperierte mit acht Hausarztpraxen im Schwäbischen Wald. Bei ihren Hausbesuchen übernahm sie medizinische Tätigkeiten, die von den Praxen an sie delegiert wurden. Dazu zählten insbesondere Kontrolluntersuchungen und Routinebehandlungen bei chronisch erkrankten Personen. Daneben zählte die Beratung zu Themen der Gesundheitsförderung und Prävention zu ihren Schwerpunkten. Sie unterstützte bei der Ausbildung eines gesunden Lebensstils und informierte etwa zu Ernährung, Bewegung und Sturzprophylaxe sowie zum Umgang mit chronischen Erkrankungen. Des Weiteren legte die Gemeindeschwester einen Fokus auf die psychosoziale Betreuung von Personen mit psychischen Problemen. Hier gab sie z.B. Empfehlungen zur Stressbewältigung oder zum Umgang mit Einsamkeit. Eine Auflistung ihrer Tätigkeiten findet sich in Kapitel 3.3.2. Die Patientinnen und Patienten wurden mehrheitlich von den acht kooperierenden Hausarztpraxen an die Gemeindeschwester überwiesen. Doch auch die Patientenlotsinnen banden sie teilweise in ihre Fälle ein. Die Kommunikation zwischen der Gemeindeschwester und den Hausärztinnen und -ärzten fand – je nach Wunsch – telefonisch, per E-Mail oder im persönlichen Gespräch in der Hausarztpraxis statt. Die Hausärztinnen und -ärzte nutzten ebenfalls das „Zuweiser-Dokument“ und erhielten Hausbesuchsprotokolle.

2.3 Netzwerkarbeit im Gesundheitsnetz Schwäbischer Wald

In der Projektlaufzeit von Juli 2022 bis Juli 2024 fanden fünf Netzwerktreffen statt, zu denen alle Mitglieder des Gesundheitsnetzes Schwäbischer Wald eingeladen wurden. Bei den ersten Treffen wurden die Ziele des Förderprojekts und die Rollen der Patientenlotsinnen und der Gemeindeschwester detailliert erläutert, um eine Grundlage für die Zusammenarbeit mit diesen neuen Gesundheitsberufen zu schaffen. Thematisiert wurden u.a. die Zielgruppen und der Ablauf der künftigen Zusammenarbeit. Daneben lag ein großer Fokus auf dem Austausch

zwischen den verschiedenen Leistungserbringenden. Das Ziel der Netzwerktreffen war, durch die Stärkung der persönlichen Kontakte kurze Wege zu etablieren, Informationen aus der Versorgungslandschaft zu streuen und so die Kooperation zwischen den Netzwerkmitgliedern zu fördern.

Ein weiterer Baustein, der zur Verbesserung der Zusammenarbeit beitragen sollte, war das Mitgliederverzeichnis des Gesundheitsnetzes. Im Verzeichnis werden die jeweiligen Kontaktdaten und angebotenen Leistungen der Netzwerkmitglieder transparent dargestellt. Mit einem kurzen Blick auf das Verzeichnis, wissen die Leistungserbringenden, wen sie für die optimale Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten kontaktieren können. Im Dezember 2024 umfasst das Mitgliederverzeichnis 46 Eintragungen. Folgende Informationen sind enthalten:

- Name, Adresse, E-Mail, Telefon
- Bevorzugte Art der Kontaktaufnahme
- Website
- Öffnungszeiten/Erreichbarkeit
- Wichtige Ansprechpartnerinnen und -partner
- Aufgabengebiet und angebotene Leistungen

Im Projekt war die Durchführung von multiprofessionellen Fallkonferenzen geplant, die von den Patientenslotsinnen moderiert werden sollten. Ziel war es, gemeinsam mit den an der Versorgung beteiligten Akteuren das weitere Vorgehen bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten festzulegen. Trotz der Bemühungen der Lotsinnen konnte sich die Mehrheit der Netzwerkmitglieder nicht davon überzeugen lassen, an solchen Fallkonferenzen teilzunehmen. Grund dafür ist, dass der zeitliche Aufwand für die Fallbesprechungen als zu hoch eingeschätzt wird (v.a. der Fahrweg zum Ort der Besprechung). Auch die Aufwandsentschädigung, die ausgezahlt werden sollte, reichte als Anreiz nicht aus. Die Durchführung von Online-Fallbesprechungen war leider nicht möglich, da kein KBV-zertifiziertes Videokonferenzsystem zur Verfügung stand. Wenn es Klärungsbedarf bzgl. des weiteren Vorgehens bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten gab, sprachen sich die Lotsinnen mit den am Fall beteiligten Gesundheitsakteuren einzeln ab (je nach Wunsch telefonisch, per E-Mail oder im persönlichen Gespräch). Auf diese Weise gelangten sie trotzdem an alle wichtigen Informationen und behielten den Überblick über den

Versorgungsprozess ihrer Patientinnen und Patienten. Somit stieg zwar der Aufwand für die Lotsinnen, der Aufwand für die anderen Gesundheitsakteure blieb aber gering. Dieses Vorgehen diente dem Projektziel, v.a. die Hausärztinnen und Hausärzte in der Projektregion zu entlasten.

Die Patientenlotsinnen nahmen eine entscheidende Rolle im Gesundheitsnetz ein, da sie den kontinuierlichen Kontakt zu den Mitgliedern aufrecht hielten, die Zusammenarbeit bei Fällen organisierten und neue Mitglieder für das Netzwerk rekrutierten.

2.4 Öffentlichkeitsarbeit

Um das Angebot der Patientenlotsinnen sowie der Gemeindeschwester bekannt zu machen, wurden u.a. Flyer erstellt, die an die Mitglieder des Gesundheitsnetzes Schwäbischer Wald ausgegeben wurden. Auf diesen waren Informationen zu den Tätigkeiten, zur Zielgruppe und zu den Kontaktmöglichkeiten zu finden (siehe Kapitel 7.2 und 7.3). Ziel war es, die Anzahl der Zuweisungen durch die Netzwerkmitglieder zu erhöhen. Als im August 2023 die Möglichkeit geschaffen wurde, dass sich Patientinnen und Patienten auch direkt an die Lotsinnen wenden konnten, wurden die Flyer angepasst und zusammen mit Plakaten in den Wartezimmern der kooperierenden Hausarztpraxen verteilt. Zudem wurde über das Angebot der Patientenlotsinnen in einer Pressemitteilung des Ostalbkreises vom 04.05.2023 informiert. Darüber hinaus wurde das Angebot regelmäßig in den Mitteilungsblättern der Gemeinden im Schwäbischen Wald beworben. Die Lotsinnen und die Gemeindeschwester waren außerdem bei zahlreichen Seniorennachmittagen und Gemeinderatssitzungen zu Gast, bei denen sie das Projekt vorstellten. Auch online wurden die Informationen zum Projekt bereitgestellt. Dafür wurde die Website www.mediportal-ostalbkreis.de genutzt. Im August 2024 wurde ein weiterer Flyer herausgegeben, auf dem alle Mitglieder des Gesundheitsnetzes aufgeführt sind (siehe Kapitel 7.4).

Die Projektkoordinatorinnen des Landratsamts wurden außerdem eingeladen, das Projekt bei verschiedenen Veranstaltungen und Gremiensitzungen einem Fachpublikum vorzustellen:

- Tagung „pflege:deutschland:österreich – community (health) nursing“ – veranstaltet vom Verein pflegenetz am 15.09.2023 in Stuttgart

- „Ostalb-Pflegekongress“ – veranstaltet von der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd am 06.10.2023 in Schwäbisch Gmünd
- Regionalkonferenz „Neue Rollen im Gesundheitswesen“ – veranstaltet vom Landkreistag Baden-Württemberg am 11.10.2023 in Göppingen
- Sitzung des Sektorenübergreifenden Landesausschusses für Gesundheit und Pflege unter dem Vorsitz des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg am 26.10.2023 in Stuttgart
- „Tag der Patientenlotsen“ – veranstaltet von der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke, der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management sowie vom Bundesverband Managed Care am 09.11.2023 in Berlin
- „BMC-Kongress 2024“ – veranstaltet vom Bundesverband Managed Care am 30./31.01.2024 in Berlin
- Sitzung des Ausschusses für Soziales und Gesundheit des Ostalbkreises am 12.03.2024 in Aalen
- „Nationales Symposium integrierte Versorgung“ – veranstaltet vom Schweizer Forum für Integrierte Versorgung (fmc) am 12.06.2024 in Bern
- „AOK im Dialog“ – veranstaltet von der AOK Ostwürttemberg am 11.11.2024 in Schwäbisch Gmünd

2.5 Netzwerk Case Management und Community Health Nursing Baden-Württemberg

Mit dem Ziel, einen Austausch zwischen den verschiedenen Pilotprojekten zu fördern, in denen Case Management und Community Health Nursing in der Primärversorgung zum Einsatz kommen, fand am 13.10.2023 ein Austauschtreffen im Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration in Stuttgart statt. Dieses wurde von den Projektkoordinatorinnen des Ostalbkreises in Zusammenarbeit mit Verantwortlichen der MEDNOS eG organisiert. Es nahmen Vertreterinnen und Vertreter aus neun Projekten in Baden-Württemberg teil. Darunter befanden sich die jeweiligen Projektkoordinatorinnen und -koordinatoren sowie die Case Managerinnen und Community Health Nurses. Nach dem Kennenlernen wurden Gruppenarbeiten zu den Themen Aufgabenprofil, Politik und Öffentlichkeit, Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten sowie Versorgung von psychisch Erkrankten durchgeführt.

Anschließend wurden von einigen Case Managerinnen und Community Health Nurses Fallbeispiele aus ihren Projekten vorgestellt. Bei den Fallbesprechungen konnten die Teilnehmenden Erfahrungen austauschen und Empfehlungen zur Vorgehensweise bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten aussprechen.

Da das Feedback zum Austauschtreffen sehr gut ausfiel, schließen sich die neun Projekte zum „Netzwerk Case Management und Community Health Nursing Baden-Württemberg“ zusammen und führten bis Ende 2024 vier Videokonferenzen durch, bei denen es erneut um den fachlichen Austausch und die Besprechung von Fallbeispielen ging. Am 19.07.2024 fand das zweite Austauschtreffen in Stuttgart statt, das wiederum von den Projektkoordinatorinnen des Ostalbkreises in Zusammenarbeit mit den Verantwortlichen der MEDNOS eG organisiert wurde. Diesmal gab es u.a. einen Input von Prof. Dr. Michael Monzer zu ethischen Fragen im Case Management sowie eine Gruppenarbeit, in der Stichworte für eine gemeinsame Pressemitteilung als Botschaft an Politik und Öffentlichkeit gesammelt wurden. Ziel des Netzwerks ist auch weiterhin, den Erfahrungsaustausch zwischen den Projekten zu fördern und Aufmerksamkeit auf die Themen Case Management und Community Health Nursing zu lenken.



Abbildung 3: Teilnehmende des zweiten Austauschtreffens der Case Management- und Community Health Nursing-Projekte in Baden-Württemberg

3. Evaluation

Die Evaluation des Projekts „Primärversorgung im Ostalbkreis - Einführung von Case Management und Community Health Nursing im Primärversorgungsnetzwerk Schwäbischer Wald“ bestand aus zwei Teilen. Zum einen wurde die Dokumentation der Patientenlotsinnen und der Gemeindeschwester quantitativ ausgewertet. Zum anderen führte das Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Ulm qualitative Leitfadeninterviews mit Mitgliedern des Gesundheitsnetzes sowie mit Patientinnen und Patienten, die von den Lotsinnen oder der Gemeindeschwester versorgt wurden, durch.

3.1 Ziele

Die Evaluation hatte zum Ziel, quantifizierbare Aussagen zur Tätigkeit der Patientenlotsinnen und der Gemeindeschwester zu treffen. Außerdem wurde untersucht, inwieweit sich die Etablierung von Case Management und Community Health Nursing auf die Patientinnen und Patienten sowie auf die Mitglieder des Gesundheitsnetzes Schwäbischer Wald auswirkt und wie die aufgebauten Strukturen und Prozesse von ihnen bewertet werden. Mit den Erkenntnissen sollten Handlungsempfehlungen und Entwicklungsbedarfe für das Projekt und für die Versorgungsstrukturen im Schwäbischen Wald abgeleitet werden.

3.2 Methodik

Zur Bearbeitung der genannten Zielsetzung wurde ein Mixed-Method-Ansatz verwendet. Die Kombination von quantitativen und qualitativen Methoden bietet den Vorteil, dass die Stärken einer Methode die Schwächen der anderen ergänzen können. Qualitative Informationen ermöglichen ein tieferes Verständnis der zugrundeliegenden Mechanismen, während quantitative Daten eine breitere Generalisierung ermöglichen. Durch die Verbindung dieser Aspekte entsteht ein ganzheitlicherer Blick auf das Forschungsproblem, da sowohl die Vielfalt als auch die Intensität der Daten einbezogen werden, was besonders nützlich ist, um komplexe Phänomene zu durchdringen [14].

Mit dem Ziel, quantifizierbare Aussagen über die Tätigkeit der Patientenlotsinnen und der Gemeindeschwester zu treffen, wurden die routinemäßig erhobenen und anonymisierten

Daten zu den versorgten Patientinnen und Patienten, den durchgeführten Hausbesuchen und den erbrachten Leistungen deskriptiv analysiert.

Als Instrument für die Erfassung der qualitativen Daten wurden teilstandardisierte Leitfadenterviews verwendet. Von Mai 2024 bis Juni 2024 wurden insgesamt 15 Einzelinterviews geführt. Die Interview-Teilnehmenden setzten sich aus acht Netzwerkmitgliedern (darunter drei Hausärztinnen und -ärzte), vier Patientinnen und Patienten sowie den beiden Patientenlotsinnen und der Gemeindeschwester zusammen. Die Rekrutierung erfolgte in enger Abstimmung mit den Projektkoordinatorinnen des Ostalbkreises. Gemeinsam mit dem Team des Instituts für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Ulm wurde ein qualitativer Stichprobenplan entwickelt, welcher möglichst kontrastiv in Bezug auf Geschlecht und Alter die Vielfalt der Netzwerkmitglieder und der Patientinnen und Patienten abbilden sollte. Die Interviews wurden mit einem Tonbandgerät, oder wenn online durchgeführt, via Zoom aufgezeichnet und transkribiert. Die transkribierten Interviews wurden danach deduktiv-inhaltsanalytisch ausgewertet [15]. Die Auswertung wurde mit Hilfe von MAXQDA, einer Software für die qualitative Datenanalyse, durchgeführt.

3.3 Ergebnisse der quantitativen Datenauswertung

3.3.1 Tätigkeit der Patientenlotsinnen

Im Zeitraum von März 2023 bis Juli 2024 versorgten die Patientenlotsinnen insgesamt 93 Patientinnen und Patienten. Die durchschnittliche Dauer der Versorgung betrug 11 Wochen (Minimum: 1 Tag, Maximum: 58 Wochen, Median: 5 Wochen). Pro Monat wurden ihnen durchschnittlich 5 Patientinnen und Patienten neu zugewiesen (Minimum: 1, Maximum: 10, Median: 5). Am häufigsten wendeten sich die Patienten bzw. deren Angehörige selbst an die Lotsinnen. Die häufigsten Zuweisungen erfolgten durch die Gemeindeschwester sowie durch Hausarztpraxen und das Stauferklinikum in Mutlangen (siehe Tabelle 1).

Zuweisung durch	Häufigkeit (Anteil an allen Fällen)
Direktkontakt durch Patient/in oder Angehörige	28 %
Gemeindeschwester	27 %

Hausarztpraxen	16 %
Stauferklinikum Mutlangen	13 %
Landratsamt Ostalbkreis - Integration und Versorgung	6 %
Ambulante Pflegedienste und Sozialstationen	5 %
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)	2 %
Sanitätshäuser	1 %
Krankenkassen	1 %

Tabelle 1: Zuweisungen zu den Patientenlotsinnen

Im Zeitraum von Januar 2024 bis September 2024 führten die Patientenlotsinnen 123 Hausbesuche durch. Pro Monat wurden durchschnittlich 14 Hausbesuche durchgeführt (Minimum: 5, Maximum: 27, Median: 13). Pro Patientin bzw. Patient wurden im Schnitt 2,2 Hausbesuche durchgeführt (Minimum: 1, Maximum: 17, Median: 1). Die Hausbesuche dauerten im Mittel 49 Minuten (Minimum: 10min, Maximum: 200min, Median: 45min).

Die Patientenlotsinnen führten zahlreiche Tätigkeiten durch. Am häufigsten erhielten ihre Patientinnen und Patienten Unterstützung bei der Beantragung oder der Höherstufung eines Pflegegrads, was in enger Zusammenarbeit mit dem Pflegestützpunkt des Ostalbkreises erfolgte. Auch die Vermittlung an ein Sanitätshaus bzw. die Organisation von Hilfsmitteln, eines ambulanten Pflegedienstes oder einer Alltags- bzw. Haushaltshilfe gehörten zu den häufigsten Tätigkeiten (siehe Tabelle 2).

Erbrachte Leistungen der Patientenlotsinnen	Häufigkeit (Anteil an allen Leistungen)
Beantragung oder Höherstufung Pflegegrad, in Zusammenarbeit mit dem Pflegestützpunkt	18 %
Vermittlung an Sanitätshaus / Organisation von Hilfsmitteln	14 %
Organisation ambulante Pflege	12 %
Organisation Alltags-/Haushaltshilfe	9 %
Beantragung Grad der Behinderung	8 %
Organisation Arzttermin	6 %
Beantragung Zuzahlungsbefreiung	5 %
Organisation Hausnotruf	3 %
Suchen eines neuen Hausarztes	3 %
Organisation eines Transports	3 %

Medikamentenmanagement	2 %
Organisation Essen auf Rädern	2 %
Organisation stationäre Pflege	2 %
Organisation Home Care-Versorgung	2 %
Organisation eines Dolmetscherdienstes	1 %
Organisation eines Fußpflegetermins	1 %
Vermittlung an Schuldnerberatung	1 %
Beratung zu Vollmacht und Betreuung	1 %
Vereinbarung eines Termins in der Klinik	1 %
Organisation einer Physiotherapie	1 %
Organisation eines Rehabilitation	1 %
Vermittlung an die SAPV	1 %
Vermittlung an eine Wundmanagerin	1 %

Tabelle 2: Tätigkeiten der Patientenlotsinnen

3.3.2 Tätigkeit der Gemeindeschwester

Im Zeitraum von Juni 2023 bis Juli 2024 versorgte die Gemeindeschwester insgesamt 74 Patientinnen und Patienten. Die durchschnittliche Dauer der Versorgung betrug 14 Wochen (Minimum: 1 Tag, Maximum: 46 Wochen, Median: 10 Wochen). Pro Monat wurden ihr durchschnittlich 5 Patientinnen und Patienten neu zugewiesen (Minimum: 1, Maximum: 13, Median: 5). Die häufigsten Zuweisungen erfolgten durch die kooperierenden Hausarztpraxen sowie durch die Patientenlotsinnen (siehe Tabelle 3).

Zuweisung durch	Häufigkeit (Anteil an allen Fällen)
Hausarztpraxen	91 %
Patientenlotsinnen	7 %
Direktkontakt durch Patient/in oder Angehörige	1 %
Sonstige	1 %

Tabelle 3: Zuweisungen zur Gemeindeschwester

Im Zeitraum von Januar 2024 bis September 2024 führte die Gemeindeschwester 139 Hausbesuche durch. Pro Monat wurden durchschnittlich 17 Hausbesuche durchgeführt (Minimum: 11, Maximum: 21, Median: 19). Pro Patientin bzw. Patient wurden im Schnitt 2 Hausbesuche durchgeführt (Minimum: 1, Maximum: 9, Median: 2). Die Hausbesuche dauerten im Mittel 57 Minuten (Minimum: 5min, Maximum: 90min, Median: 60min).

Die erbrachten Leistungen der Gemeindeschwester können in zwei Kategorien eingeteilt werden. Zum einen führte sie medizinische Aufgaben durch, die von den kooperierenden Hausarztpraxen an sie delegiert wurden. Zu den häufigsten Tätigkeiten zählten hierbei Vitalzeichenkontrollen, die Wundversorgung, die Durchführung von Assessments sowie Blutabnahmen und Blutzuckermessungen (siehe Tabelle 4). Zum anderen wurden beratende und unterstützende Leistungen im Bereich der Gesundheitsförderung erbracht. Dazu zählte etwa die psychosoziale Betreuung, die Ernährungsberatung sowie die Beratung zum Umgang mit Erkrankungen oder mit Stress (siehe Tabelle 5).

Erbrachte Leistungen der Gemeindeschwester - medizinische Aufgaben	Häufigkeit (Anteil an allen Leistungen)
Vitalzeichenkontrolle	31 %
Wundversorgung	9 %
Durchführung von Assessments	8 %
Blutabnahme	8 %
Blutzuckermessung	8 %
Körperliche Untersuchung	4 %
Medikamentenkontrolle	4 %
Schmerzmanagement	3 %
Injektionen (z.B. Impfungen)	2 %
Kompressionstherapie	1 %
Covid-Test	1 %
Stuhltest	1 %
Wiegen	1 %

Tabelle 4: Medizinische Tätigkeiten der Gemeindeschwester

Erbrachte Leistungen der Gemeindeschwester - beratende und unterstützende Aufgaben im Bereich der Gesundheitsförderung	Häufigkeit (Anteil an allen Leistungen)
Psychosoziale Betreuung	27 %
Ernährungsberatung	14 %
Beratung zum Umgang mit Erkrankungen	12 %
Beratung zur Stressbewältigung	9 %
Beratung von Angehörigen	7 %
Sturzprophylaxe	7 %
Beratung zu Haut- und Körperpflege	5 %
Unterstützung bei der Suche nach einem Psychotherapieplatz	5 %
Beratung zu Bewegung und Mobilität	4 %
Beratung zur Lagerung	4 %
Beratung zu gesundem Schlaf	2 %
Unterstützung bei der Arbeitssuche	2 %
Gedächtnistraining	2 %

Tabelle 5: Beratende und unterstützende Tätigkeiten der Gemeindeschwester

3.3.3 Patientinnen und Patienten der Patientensinnen und der Gemeindeschwester

Die Patientinnen und Patienten der Lotsinnen und der Gemeindeschwester waren zu 63 % weiblich (37 % männlich) und durchschnittlich 72 Jahre alt (Minimum: 16 Jahre, Maximum: 101 Jahre, Median: 77 Jahre). Sie hatten mehrheitlich gute Deutschkenntnisse, wurden von Angehörigen unterstützt, hatten einen Pflegegrad und Einschränkungen in ihrer Mobilität (siehe Tabelle 6). Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten war multimorbid. Die häufigsten Erkrankungen waren psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen, neurologische, Herz-Kreislauf-, Muskel-Skelett- sowie Stoffwechselerkrankungen (siehe Tabelle 7). Der Wohnort des Großteils der Patientinnen und Patienten lag in der Region Schwäbischer Wald im Ostalbkreis (siehe Tabelle 8).

Charakteristika der Patientinnen und Patienten	Häufigkeit
Deutschkenntnisse – Gut – Mittel – Schlecht	92 % 1 % 6 %
Unterstützung von Angehörigen – Ja – Teilweise – Nein	57 % 30 % 13 %
Mobilität – Gut – Mittel – Schlecht	28 % 34 % 39 %
Pflegegrad – Keiner – Beantragt – Pflegegrad 1 – Pflegegrad 2 – Pflegegrad 3 – Pflegegrad 4 – Pflegegrad 5	44 % 12 % 5 % 19 % 13 % 3 % 4 %

Tabelle 6: Charakteristika der Patientinnen und Patienten der Lotsinnen und der Gemeindeschwester

Erkrankungen der Patientinnen und Patienten (Krankheitsgruppen)	Häufigkeit (Anteil an allen Erkrankungen)
Psychische und Suchterkrankungen	14 %
Neurologische Erkrankungen	13 %
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	13 %
Muskel-Skelett-Erkrankungen	11 %
Stoffwechsel-Erkrankungen	11 %
Demenz-Erkrankungen	9 %
Neubildungen	7 %
Erkrankungen des Atemwegs	5 %
Hauterkrankungen	5 %
Erkrankungen des Verdauungssystems	3 %
Urogenitale Erkrankungen	2 %
Verletzungen	2 %

Mangelernährung	2 %
-----------------	-----

Tabelle 7: Erkrankungen der Patientinnen und Patienten der Lotsinnen und der Gemeindeschwester

Wohnorte der Patientinnen und Patienten	Anzahl der Patientinnen und Patienten
Abtsgmünd	48
Spraitbach	28
Gschwend	23
Durlangen	16
Ruppertshofen	13
Schechingen	12
Täferrot	6
Eschach	5
Leinzell	3
Heuchlingen	2
Göggingen	1
Außerhalb des Schwäbischen Waldes	10

Tabelle 8: Wohnorte der Patientinnen und Patienten der Lotsinnen und der Gemeindeschwester

3.4 Ergebnisse der qualitativen Leitfadeninterviews

3.4.1 Zusammenarbeit zwischen den Patientenlotsinnen und den Netzwerkmitgliedern

Die Zusammenarbeit mit den Patientenlotsinnen wird von den Netzwerkmitgliedern als gut beschrieben. Herausgehoben werden die gute Erreichbarkeit und die zuverlässigen Rückmeldungen.

„Also wenn Bedarf besteht, dann versuche ich meistens die Lotsinnen telefonisch zu erreichen. Die rufen auch zurück. Und wenn das irgendwie schwierig ist, dann schicke ich auch mal eine Mail und das funktioniert auch wunderbar. Also ich finde, die sind auch gut erreichbar.“ (Netzwerkmitglied)

„Und auch die Zusammenarbeit mit den Patientenlotsinnen funktioniert einwandfrei. Also die kümmern sich um jede Angelegenheit, um jede Nachfrage, die dann mal aufkommt.“

Es kommen ganz oft auch Rückmeldungen, wie es gerade läuft, was gerade läuft. Also es ist eine super Hilfe. Und, ja, wichtig, dass es die gibt.“ (Netzwerkmitglied)

Die Lotsinnen berichten von einer vertrauensvollen Zusammenarbeit, die von den persönlichen Kontakten im Gesundheitsnetz profitiert. Durch die Vielzahl an verschiedenen Leistungserbringern haben sie für jeden Patientenbedarf einen passenden Ansprechpartner. Bei Bedarf wird gemeinsam mit den Netzwerkmitgliedern das weitere Vorgehen in der Patientenversorgung besprochen.

„Also für uns als Patientenlotsinnen ist das extrem wertvoll, weil wir einfach unsere Ansprechpartner kennen. Wir kennen viele verschiedene Bereiche, an die wir uns wenden können. Da wir ja jetzt auch nicht von jedem Bereich das Wissen haben, was man benötigt. Aber ich weiß, an wen ich mich wenden kann. Es sind kurze Dienstwege und jeder weiß auch im Netzwerk einfach, was ich mache oder was wir machen. Und ich muss mich da nicht ewig erklären. Also das funktioniert sehr unkompliziert und das macht es wirklich einfach.“ (Patientenlotsin)

„Wenn es wirklich um wichtige Dinge geht, da besprechen wir uns auch tatsächlich mit den Hausärzten. Genau, wenn es jetzt um eine Therapie oder so geht, also wir hatten da eine Patientin, die hatte ja eine Wucherung am Oberschenkel. Und da haben wir auch wirklich Rücksprache gehalten mit dem Hausarzt, haben gesagt: »Ja, was machen wir denn jetzt?«“ (Patientenlotsin)

Zu Beginn des Projekts gab es Anlaufschwierigkeiten. Die Lotsinnen mussten den Netzwerkmitgliedern mehrfach erläutern, welche Leistungen sie anbieten und welche Patientinnen und Patienten an sie überwiesen werden können. Vertrauen musste aufgebaut werden.

„Ja, es wird immer kritisch angesehen, so ein Projekt, ein neues Projekt. Und man muss sich natürlich auch bei den Netzwerktreffen einfach beweisen, sage ich mal. Die müssen schon wissen, okay, ist das sinnvoll, hilft es mir überhaupt? Oder wenn wir uns mit Netzwerkmitgliedern getroffen haben, dass man schon immer wieder, ja, klarmachen muss, warum es uns gibt und dass das sinnvoll ist und warum es sinnvoll ist.“ (Patientenlotsin)

„Ich glaube, das einzige, was vielleicht nicht ganz so auf dem Schirm ist manchmal, was für Patienten können an uns überwiesen werden. Oder was brauchen die oder was für einen Bedarf haben die vielleicht auch.“ (Patientenlotsin)

Insbesondere bei den Hausärztinnen und -ärzten gibt es einige Personen, die von einer Zusammenarbeit mit den Patientenlotsinnen absehen. Als Gründe dafür werden Schwierigkeiten bei der Änderung gewohnter Arbeitsabläufe sowie der zusätzliche Zeitaufwand für Überweisungen und Absprachen vermutet.

„Aber ich glaube, das ist einfach so, vor allem bei Ärzten oder in der Pflege, dass einfach viele so viel zu tun haben und jetzt auch gar nicht die Zeit haben, sich mal fünf Minuten Gedanken zu machen: Kann das helfen für den Patienten? Unterstützt uns das? Ist das sinnvoll? Sondern, ja, also vor allem die Hausärzte haben da einfach so ihren Alltag. Und, ja, da schauen sie oft nicht rechts oder links, würde ich jetzt mal sagen.“ (Patientenlotsin)

„Ich meine, wenn man so wieder auf das Beispiel Hausärzte zurückkommt, die haben jahrelang so gearbeitet und kannten eben keine Unterstützung in der Richtung. Und dann ist das klar, dass die das gar nicht auf dem Schirm haben. Und bei allem was neu ist und bei jedem Veränderungsprozess ist es natürlich so, dass der auch noch nicht gleich präsent ist.“ (Patientenlotsin)

3.4.2 Zielgruppe der Patientenlotsinnen

Die Patientinnen und Patienten, die besonders vom Angebot der Lotsinnen profitieren, sind laut den Netzwerkmitgliedern Personen, die keine Angehörigen haben, die sie bei der Organisation ihrer Gesundheitsversorgung unterstützen. Zudem spielen Multimorbidität, eine Überforderung mit dem Gesundheits- und Hilfesystem sowie infrastrukturelle Defizite, wie z.B. ein unzureichender ÖPNV im ländlichen Raum oder Hausärztinnen und -ärzte, die keine Hausbesuche anbieten, eine große Rolle.

„Ja, ich würde vor allem wirklich sagen, die alten Multimorbiden, die sonst auch nicht unbedingt jemand haben, der sich da drum kümmern kann. Ich denke gerade vor allem an die älteren Leute, die niemand haben, die sind einfach mit unserem aktuellen System völlig überfordert. Und ich denke, die profitieren davon definitiv, dass sie Ansprechpartner haben,

die sich dann kümmern und sagen können: Wir haben die und die Möglichkeiten.“
(Netzwerkmitglied)

„Ja, und zwar für alleinlebende Klienten, die keine Angehörigen haben, oder Angehörige, die das Ausmaß der Pflegeversicherung und der Leistungen so nicht erfassen können. Die einfach überfordert sind mit dem ganzen Schriftlichen und auch mit der Koordination beziehungsweise auch mit Terminvereinbarungen, Praxiseinbestellungen, Vorbereitungen zur Untersuchung.“ (Netzwerkmitglied)

3.4.3 Durch die Tätigkeit der Patientenlotsinnen entstandener Nutzen

Die Netzwerkmitglieder nehmen das Angebot der Patientenlotsinnen als Arbeitserleichterung und Entlastung wahr. Bei der Patientenversorgung haben sie einen geringeren Zeitaufwand und können sich stärker auf ihre originären Aufgaben konzentrieren. Durch das Wissen, dass die Lotsinnen die Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten organisieren, verspüren sie eine große Erleichterung. Vor allem die Durchführung von Hausbesuchen und der ganzheitliche Blick auf die Bedarfe und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten werden positiv herausgehoben. Betont wird außerdem die Erleichterung durch die Unterstützung bei der Versorgung von Geflüchteten – insbesondere, wenn Sprachbarrieren bestehen.

„Das sind Termine, endoskopische Termine, Kontrolltermine, Rückverlagerungstermin. Das sollte man alles in einem Guss planen, damit die Patientin nicht fünfmal ins Krankenhaus muss. Und da setzt man sich erstmal hin und dann muss man die ganzen Leute zusammentelefonieren, dass es in einem Aufwasch läuft. Wie soll ich das machen? Ich komme telefonisch ja schon mal gar nicht durch bei der ersten Stelle. Du schreibst da eine E-Mail, dann kommt nichts zurück. Das können wir ja nicht aufbringen. Also von daher ist das [die Tätigkeit der Patientenlotsinnen] wirklich ein Riesengeschenk.“ (Netzwerkmitglied)

„Dann hätten wir das regeln müssen. Dann hätten wir wesentlich mehr Aufwand gehabt. Vor allen Dingen meine Helferinnen, die das organisieren. Und gerade bei den Flüchtlingen von der Ukraine, das hätten wir so wahrscheinlich gar nicht richtig hingekriegt. Das hätte uns überfordert.“ (Netzwerkmitglied)

„Also ich finde das wirklich toll, weil ich habe die [Patientenlotsinnen] angerufen und habe gesagt: »Ja, da ist der. Der ist alleinstehend.« Und die haben gesagt, sie kümmern sich. Die kennen meistens dann auch die Hausärzte schon. Also für uns ist es eine deutliche Erleichterung. Also wir freuen uns, wenn jemand aus dem Schwäbischen Wald kommt, weil wir die dann oft einfach mit ins Boot holen können.“ (Netzwerkmitglied)

„Ja gut, der Unterschied ist ja der, dass wir jetzt einen direkten Ansprechpartner in dem Sinne haben. Und da haben wir jetzt gerade dann auch, wenn Rückfragen bestehen bezüglich Rezepte oder wer der Hausarzt ist, wie auch immer, dass wir da jemand haben. Und das erleichtert enorm natürlich.“ (Netzwerkmitglied)

Die Netzwerkmitglieder nehmen außerdem eine Verbesserung der Patientenversorgung wahr, wenn die Lotsinnen hinzugezogen werden. Darüber hinaus wird eine große Erleichterung bei den Patientinnen und Patienten festgestellt, wenn sie von den Lotsinnen unterstützt werden.

„Und das erleichtert auch aus pflegfachlicher Sicht unheimlich, wenn wir wissen, die Versorgung wird umfangreicher, weil einfach nach links und rechts der Blick auch noch geht und die Versorgung dann halt so stattfinden kann, nicht so zentriert auf ein Problem, sondern die Einflussfaktoren werden mit in Betracht gezogen.“ (Netzwerkmitglied)

„Ich würde sagen, bisher war es für uns hilfreich, hat uns einiges an Arbeit abgenommen und hat auch zu einer besseren, umfangreicheren Patientenversorgung geführt.“ (Netzwerkmitglied)

„Also die Kommunikation zum Patient wird meistens entspannter, wenn ich sage: »Ich habe hier jemand, der kann Ihnen mit allem Schriftlichen und Organisatorischen weiterhelfen.« Da kommt meistens ganz große Erleichterung auf. Und dann wird natürlich die restliche Versorgung auch entspannter. Weil viele Streitthemen um Organisatorisches dann einfach wegfallen.“ (Netzwerkmitglied)

Die interviewten Patientinnen und Patienten berichten, dass sie durch die Unterstützung der Lotsinnen insbesondere bei bürokratischen Tätigkeiten entlastet wurden. Zudem wurden ihnen gesundheitsbezogene und weitere unterstützende Angebote vermittelt, die sie noch nicht kannten und dementsprechend nicht in Anspruch genommen hätten.

„Ich hatte zum Beispiel manche Dinge beantragt, also eine Toilettenerhöhung zum Beispiel. Und dann brauchten wir einen Nachtstuhl. Und das ist alles schwierig gewesen, das genau zu formulieren. Also kurz und gut, mit der Toilettenerhöhung, da kam zwar eine, aber die hat gar nicht ausgereicht. Die hatte keine Griffe, also keine Lehne und keine Armlehnen, ja? Und war auch viel zu niedrig. Und genauso war es dann mit dem Nachtstuhl. Der hatte keine Rollen. Und ich kann ja, wenn ich sowieso meinen Mann schon so viel stützen muss, nicht auch noch den Stuhl da immer hintragen hin und her. Und da haben die [Patientenlotsinnen] mir auch geholfen und haben gesagt, sie wüssten, wie das formuliert werden muss, sind zum Hausarzt gegangen, haben das richtige Rezept besorgt und haben das bei der Krankenkasse genehmigen lassen und sind zum Sanitätshaus und haben dafür gesorgt, dass das dann auch richtig kam, ja?“ (Patient)

„In den Sachen, wo sie mir geholfen hat, habe ich mich sehr gut unterstützt gefühlt. Sie ist auch mit den Anträgen gekommen und hat es direkt vor Ort ausgefüllt, hat sich auch bei der Krankenkasse und bei der Rentenkasse überall selber gemeldet. Und das finde ich gut, dass sie mir nicht bloß eine Nummer gegeben hat, wo ich selber anrufen muss. Weil ich kenne mich da nicht so aus mit der ganzen Bürokratie und was man fragen muss und wie man fragen muss. Und da bin ich immer froh, wenn man da Unterstützung hat.“ (Patient)

„Ja, und da guckt sie auch noch nach Adressen für gerade solche Sachen, so Gruppen, dass man wenigstens mal rausgeht zum Treffen. Oder auch jetzt, ich kriege immer Hilfe auch von meinen Nachbarn. Und die gehen aber jetzt auch mal in den Urlaub. Und da hat sie mir auch eine Adresse vermittelt, wo ich mich melden kann, wenn ich jetzt einkaufen müsste. Weil ich selber kein Auto besitze.“ (Patient)

Die Patientenlotsinnen stellen des Weiteren fest, dass sie durch die Patientensteuerung und die Sicherstellung einer hochwertigen Versorgung in der Häuslichkeit den sogenannten Drehtür-Effekt (wiederholte Klinikaufenthalte) verhindern können.

„Also was ich persönlich finde, was wir schon auch bisher zum Teil verhindern konnten, war wirklich so dieser Drehtür-Effekt, dass Patienten eben nicht nochmal in die Klinik mussten. Also da habe ich ja auch einen Fall, der Mann war pflegebedürftig und die Frau wollte ihn dann halt gleich in die Klinik einweisen. Da habe ich gesagt: »Also das ist keine Indikation für eine Einweisung in die Klinik, wenn jemand pflegebedürftig ist.« Dann habe ich gesagt: »Also wenn,

dann suchen wir nach einer Kurzzeitpflege oder sonstiges. Aber das lohnt sich nicht, in die Klinik zu gehen.«“ (Patientenlotsin)

3.4.4 Bedarf für das Angebot der Patientenlotsinnen

Die Mitglieder des Gesundheitsnetzes Schwäbischer Wald sehen einen großen Bedarf für die Leistungen der Patientenlotsinnen. Sie gehen davon aus, dass aufgrund des demografischen Wandels die Anzahl an multimorbiden Personen mit komplexen Versorgungsbedarfen sowie der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen steigen werden. Zudem wird befürchtet, dass die Strukturen des deutschen Gesundheitssystems aufgrund der zunehmenden Spezialisierung und Fragmentierung für die Patientinnen und Patienten noch komplizierter werden. Dementsprechend wird ein hoher Bedarf an Unterstützung und Patientensteuerung wahrgenommen, den die Netzwerkmitglieder nicht selbst abdecken können.

„Ja, weil wir das als Pflegedienst so nicht in dem Ausmaß leisten können. Ich kann nicht so oft hinfahren. Also wir haben einfach nicht die Kapazität, um das vollumfänglich zu begleiten, wenn jemand keine Angehörigen mehr hat.“ (Netzwerkmitglied)

„Und der demografische Wandel sagt uns ja auch, dass immer mehr ältere Menschen da sind. Und ich habe das selber auch gesehen, wo ich noch in der Klinik gearbeitet habe, dass der Bedarf einfach da ist. Und, ja, viele können sich natürlich auch ein Pflegeheim gar nicht leisten. Die müssen dann auch vielleicht doch zu Hause bleiben. Und ich meine, da ist ja wirklich dann auch unser Bedarf da, dass wir schauen, wie kann man das eben gut organisieren, dass sie trotzdem gut zu Hause versorgt sind?“ (Patientenlotsin)

„Ja, von der Patientenlotsin, sie hat mich unterstützt für den Antrag zum, wie heißt das? Zuzahlungsbefreiung hat die mir den Antrag alles ausgefüllt. Ja, und dann noch was für den Behindertenausweis. Das hat sie auch alles eingeleitet. Weil das alleine hätte ich die ganze Bürokratie und auch die ganzen medizinischen Begriffe gar nicht verstanden und so weiter. Da bin ich auch froh. Weil da musst du ja studiert haben, um die ganzen medizinischen Begriffe zu verstehen.“ (Patient)

Die Netzwerkmitglieder und die interviewten Patientinnen und Patienten wünschen sich, dass das Projekt nachhaltig implementiert wird, sodass die Leistungen der Patientenlotsinnen

dauerhaft angeboten werden können. Darüber hinaus wird eine Erweiterung der personellen Kapazitäten sowie der telefonischen Erreichbarkeit der Lotsinnen gewünscht.

„Ich denke, dass es dann noch mehr Personen braucht, die es abdecken können, zum Beispiel die langen Anfahrtszeiten. Und mit Sicherheit ja auch die sehr umfangreichen Erstgespräche und daraus resultierende Aufgaben. Also das ist ja genau der Grund, warum wir das nicht machen, weil es so umfangreich ist. Weil es braucht Personen, die dann auch vor Ort rausfahren und sich die Gegebenheiten angucken und nicht durch irgendeine telefonische Begutachtung da eine Auswertung erstellen.“ (Netzwerkmitglied)

„Und wie gesagt, wünschen im Allgemeinen würde ich mir eher, dass es einfach breiter gestreut ist, also einfach in noch mehr Landkreisen oder Städten, oder Dörfern sind es ja eher, die die dann mit betreuen könnten.“ (Netzwerkmitglied)

„Ich hoffe ja, dass das alles klappt und dass das Projekt weiterläuft. Da zahlt man gerne Steuern, damit solche guten Leute weiterbeschäftigt werden. Weil es wäre ja wirklich schade für Menschen, wo wirklich niemand haben. Wenn ich meinen Nachbar nicht hätte, dann wäre ich auch ganz einsam. Da hätte ich auch niemanden. Gar niemanden.“ (Patient)

„Und jetzt halt zuletzt auch der Ausblick, wie geht es weiter hier für uns im ländlichen Raum? Weil das Problem existiert ja weiterhin. Und wir haben jetzt die Erleichterung bekommen. Aber wenn das jetzt als Projekt komplett beendet wird, ersatzlos, dann hängen wir wieder genauso in der Luft wie davor.“ (Netzwerkmitglied)

„Ja, zumindest, dass es weiterläuft und auch die Patientenlotsinnen dableiben und das nicht irgendwann aus Geldmangel wieder versandet und weg ist. Weil das würde natürlich dann schon ein ziemliches Loch hinterlassen. Also ich hätte jetzt nicht die Zeit, um irgendwelche Dinge organisieren zu können. Deswegen wäre das schon wichtig. Oder dass man sogar aufstockt, ja?“ (Netzwerkmitglied)

3.4.5 Vorbehalte vonseiten der Patientinnen und Patienten gegenüber den Lotsinnen

Ein Netzwerkmitglied berichtet, dass einige seiner Patientinnen und Patienten das Angebot der Lotsinnen nicht in Anspruch nehmen wollten. Dem gegenüber steht die Aussage eines anderen Netzwerkmitglieds, dass das Angebot immer gerne angenommen wurde.

„Die beiden Case Managerinnen haben sich vorgestellt. Und denen konnten wir am Anfang nicht so viele Patienten zuweisen. Weil sich unsere, es sind ja hauptsächlich ältere Patienten, nicht so ganz der Sache öffnen konnten. Wir haben es zwar nicht Case Managerinnen genannt, sondern haben gesagt: »Das sind so Frauen, die Ihnen helfen.« Aber selbst das hat nichts geholfen. Sie wollten niemand bei sich haben, so diese Abwehrhaltung: Da kommt jemand und guckt, wie es geht. Man muss ja dann so eine Einwilligung unterschreiben und schon ab diesem Zeitpunkt war dann eher die Tür wieder zu. Das Niederschwellige war da nicht so da.“ (Netzwerkmitglied)

„Und die Patienten musste ich aber tatsächlich nicht arg überreden, da mitzumachen oder das zu etablieren bei denen, zumindest für so ein Erstgespräch. Also das war eigentlich immer, finde ich, relativ problemlos, wenn ich gesagt habe, die kommen vor Ort.“ (Netzwerkmitglied)

3.4.6 Relevanz von Hausbesuchen für die Arbeit der Patientelotsinnen

Die Netzwerkmitglieder und die Lotsinnen empfinden Hausbesuche als essentielle Voraussetzung, um die Versorgungsbedarfe der Patientinnen und Patienten richtig einschätzen zu können.

„Also im Patientenhaus. Weil da ein ganz anderer Einblick stattfindet, was sind für Hemmnisse da für gute Versorgung? Was muss baulich verändert werden? Geht es überhaupt zu Hause noch?“ (Netzwerkmitglied)

„Ich glaube, jetzt nochmal die Hausärzte, die haben manchmal gar nicht so den Blick dafür. Also was jetzt vielleicht organisatorisch doch noch gemacht werden muss. Oder manchmal erfahren sie es ja auch nicht direkt. Also wenn jetzt der Angehörige oder der Patient selber das eben nicht sagt. Man sieht es halt wirklich eher im häuslichen Umfeld dann und natürlich braucht man auch diesen Blick dafür, um zu sehen, okay, da ist jetzt organisatorisch doch was notwendig. Kann der Patient jetzt beispielsweise den Weg zur Toilette überwinden, oder kann derjenige sich jetzt alleine duschen oder baden et cetera? Oder kann derjenige gut ins Bett rein und raus beispielsweise?“ (Patientelotsin)

3.4.7 Zusammenarbeit zwischen der Gemeindeschwester und den Hausarztpraxen

Die kooperierenden Hausärztinnen und -ärzte empfinden die Zusammenarbeit mit der Gemeindeschwester als niedrigschwellig, komplikationslos und bereichernd.

„Ganz konkret heißt das, dass man dann weniger Hausbesuche fährt. Wenn er [der Hausarzt] seither Patienten ungefähr alle drei bis vier Wochen besucht hat, besucht er denselben Patienten jetzt ungefähr alle sechs bis sieben Wochen. Also einmal gehen sie zusammen hin und dann machen sie es in der Regel im Wechsel. Die Gemeindeschwester kommt vorher vorbei, holt sich die Unterlagen vom Patienten und kommt hinterher vorbei und berichtet kurz, was es gibt. Wenn sie dann feststellt, was in der Regel nicht der Fall ist, da ist irgendwie Handlungsbedarf, dann würde natürlich der Hausarzt nochmal hinfahren, ja? Aber in der Regel ist es so, dass es Patienten sind, ja, die brauchen eben jemand, der nochmal draufguckt, ob alles läuft. Und dann übernimmt sie jeden zweiten Hausbesuch mehr oder weniger.“ (Netzwerkmitglied)

„Da braucht sie auch wenig Rückmeldung von mir. Und das ist total gut. Weil dann kann die wirklich autark arbeiten. Ich kann dann wirklich was abdelegieren und es läuft. Bei Fragen, jederzeit Rückmeldung. Die hat mittlerweile auch meine Handynummer, also Kontakt sehr eng. Und das ist sehr bereichernd.“ (Netzwerkmitglied)

„Sie kommt aus dem Nichts und das ist für mich echt so ein bisschen ein Phänomen. Vor allem, weil es so unbürokratisch läuft. Ich schreibe da eine Anforderung, was ich denke, was die Patienten brauchen, und das läuft, ja? Auch von der Abrechnung her, ich rechne ja nichts ab, ja? Und das ist schon sexy, weil es so einfach ist.“ (Netzwerkmitglied)

Die Patientinnen und Patienten berichten, dass ihnen ihre Hausärztinnen und -ärzte die Versorgung durch die Gemeindeschwester vorgeschlagen haben und dass die Kontaktaufnahme problemlos funktionierte.

„Die Gemeindeschwester ist mir von meiner Hausärztin empfohlen worden. Damit die Frau meine Füße einmal die Woche kontrolliert. Weil ich habe durch den Diabetes Neuropathie und ich entwickle sehr schnell Druckstellen oder offene Wunden und ich spüre sie nicht. Und nächste Woche habe ich bei ihr wieder einen Termin zur Ernährungsberatung.“ (Patient)

„Ich war bei der Hausärztin mit einer Untersuchung wegen verschiedenen körperlichen Belangen. Und dann habe ich einfach auch meinen psychischen Zustand erwähnt. Und als sie

das gehört hat, dass es mir gerade gar nicht gut geht, hat sie mir sofort diesen Vorschlag gemacht, ob ich bereit wäre, Kontakt zur Gemeindeschwester aufzunehmen beziehungsweise sie zu mir, damit sie mir in dieser Lage jetzt schnell Hilfe anbieten könnte. Und das hat wunderbar geklappt.“ (Patient)

„Wie gesagt, der Vorschlag kam von meiner Hausärztin. Die Hausärztin hat die Gemeindeschwester kontaktiert. Und die Gemeindeschwester hat dann mich kontaktiert. Und das auch relativ schnell. Und ich konnte sie auch jederzeit erreichen. Ich hatte ihren Flyer, Kontaktdaten und sie meine. Also da gab es absolut keine Probleme. Hervorragend.“ (Patient)

Bemängelt wird von den Hausärztinnen und -ärzten, dass sie die notwendigen Absprachen mit der Gemeindeschwester nicht abrechnen können.

„Und für den Aufwand, dass er [der Hausarzt] praktisch sich mit ihr eigentlich regelmäßig austauscht, zahlt die Kasse auch nichts.“ (Netzwerkmitglied)

„Man kann es halt nicht abrechnen. Das ist eine Zeit, die ich mich mit ihr auseinandersetze, die nirgends abgebildet ist. Und ich denke schon auch, dass das manchen [Hausärzten] nicht so gefällt.“ (Netzwerkmitglied)

Die Gemeindeschwester musste zu Beginn ihrer Tätigkeit erstmal Vertrauen zu den Hausärztinnen und -ärzten aufbauen. Die anfänglichen Vorstellungsbesuche in den Praxen waren essentiell für den Erfolg für die spätere Kooperation.

„Also die ersten, sage ich mal, drei Monate war ich nur damit beschäftigt, die Praxen abzufahren, immer wieder anzurufen, immer wieder nachzufragen, mich nochmal und nochmal vorzustellen, Vorschläge zu machen zur Zusammenarbeit, welche Aufgaben ich übernehmen könnte, den Ärzten auch zu erklären, welche Patienten gut wären, also welche Patienten passende Patienten für mich wären, also wo ich wirklich auch helfen kann und die Praxis unterstützen kann bei der Versorgung. Weil die Ärzte hatten am Anfang wirklich, ja, Schwierigkeiten zu entscheiden, welcher Patient ist jetzt überhaupt einer, den man mir zuweisen kann?“ (Gemeindeschwester)

„Und da brauche ich natürlich von den Hausärzten einen Vertrauensvorschuss. Die kennen mich ja nicht. Und sollen aber mir ihre Patienten zuweisen, oder halt einige davon. Und da habe ich schon von einigen Ärzten diesen Vertrauensvorschuss bekommen, obwohl sie mich

nicht gekannt haben. Und da bin ich schon sehr dankbar, dass sie das gemacht haben und dass die Zusammenarbeit super gut läuft.“ (Gemeindeschwester)

Die kooperierenden Hausärztinnen und -ärzte schätzen die Gemeindeschwester als sehr kompetent ein. Auch die Patientinnen und Patienten schenken laut der befragten Hausärztinnen und -ärzten der Gemeindeschwester ihr Vertrauen.

„Sie ist auch sehr qualifiziert, muss man sagen. Sie kann ja im Prinzip alles. Sodass man ihr problemlos eben alles übertragen kann. Sowohl auf eine Wunde schauen als ein Labor abnehmen als auch mal Blutdruck oder sonst irgendwas oder auch überhaupt den Zustand des Patienten einschätzen. Das trauen wir ihr komplett zu.“ (Netzwerkmitglied)

„Ich weiß aber auch, dass sie nach einer Wunde gucken könnte oder Blut abnehmen tut sie für mich als Hausbesuch. Solche Dinge. Und ich weiß halt, im Zweifel könnte sie noch so viel mehr. Durch das, dass sie so viel Lebenserfahrung hat und in vielen verschiedenen Bereichen gearbeitet hat, kann sie da einfach Aufgaben übernehmen.“ (Netzwerkmitglied)

„Und dadurch, dass sie dann eingeführt ist vom Hausarzt, dem die Patienten vertrauen, dann geht es auch und dann fassen die in der Regel Vertrauen zu ihr. Sie ist eben eine Person auch, die Ruhe ausstrahlt, die sich auch mal ans Bett setzt und mal zuhört. Und dann gibt es niemand, der sie dann nicht mehr haben wollte. Also alle Patienten, bei denen sie war, die akzeptieren sie gut.“ (Netzwerkmitglied)

Im Schwäbischen Wald gibt es jedoch auch Hausärztinnen und -ärzte, die nicht mit der Gemeindeschwester kooperieren möchten. Also Gründe werden die Abneigung gegen Abweichungen vom gewohnten Arbeitsalltag, der Aufwand durch zusätzliche Absprachen sowie die Befürchtung, dass die eigenen Kompetenzen in Frage gestellt werden, vermutet.

„Und da kam zum Beispiel von einem Arzt, der hat gemeint, dass er seit dreißig Jahren seine eigene Praxis führt und, er hat es wortwörtlich so gesagt, alleine wurschtelt. Und dass es ihm schwerfällt, da die, sage ich mal, Aufgabengebiete abzugeben. Und so eine enge Zusammenarbeit ist für ihn, ja, schwierig und ungewohnt.“ (Gemeindeschwester)

„Also es war sehr unterschiedlich. Die einen haben dieses Angebot als Unterstützung begriffen. Und dann gab es andere, die haben es vielleicht eher als zusätzliche Belastung gesehen. Weil natürlich am Anfang muss man sich schon sehr viel absprechen. Ich bin natürlich ständig dann in den Praxen und, ja, muss dem Arzt natürlich jedes Mal eine Übergabe machen

oder einfach erzählen, was beim Patienten war, wenn ich beim Hausbesuch war. Das ist für manche Ärzte eben eine zusätzliche zeitliche Komponente, die da noch ins Gewicht fällt.“
(Gemeindeschwester)

„Und ein anderer Arzt, da habe ich gemerkt, dass er sich tatsächlich so ein bisschen in seinen Kompetenzen angegriffen gefühlt hat. Er hat jetzt nicht mich persönlich irgendwie genannt, aber hat zum Beispiel gesagt: »Na ja, jetzt gibt es zum Beispiel eine Wundmanagerin. Und, ja, wenn es eine Wundmanagerin gibt inzwischen, wer bin dann ich?« Jetzt kommen ganz viele andere Gesundheitsakteure plötzlich aufs Spielfeld. Und er denkt sich halt: »Ja, und das habe ich doch bisher alles selber gemacht, warum soll ich jetzt da irgendwas abgeben?«“
(Gemeindeschwester)

„Aber es muss eben auch der Wille da sein, da mitmachen zu wollen und aus diesem Konkurrenzdenken auszusteigen und nicht das Gefühl zu haben, mir nimmt jemand was weg. Weil das ist was, das verstehe ich überhaupt nicht. Weil es gibt nun mal ganz viele Patienten und zu wenige Ärzte und Gesundheitsakteure. Also wir nehmen uns ganz sicher nichts weg. Der Bedarf ist da. Ein riesiger Bedarf ist da.“ (Gemeindeschwester)

3.4.8 Durch die Tätigkeit der Gemeindeschwester entstandener Nutzen

Die kooperierenden Hausärztinnen und -ärzte nehmen eine Entlastung durch die Zusammenarbeit mit der Gemeindeschwester wahr. Betont wird hierbei die Delegation von Hausbesuchen, wodurch Zeit eingespart wird. Auch das Vertrauen in die Kompetenz der Gemeindeschwester wird als entlastender Faktor beschrieben.

„Ja gut, also ich habe vor allem Kontakt mit der Gemeindeschwester. Und das erlebe ich als sehr unkompliziert und befreiend und bereichernd. Die nimmt ganz viele Sachen ab, ist ja multifunktional einsetzbar, gibt gute Rückmeldungen. Das ist alles strukturiert, hat Hand und Fuß. Und man kann wirklich Verantwortung abgeben, was entlastet.“ (Netzwerkmitglied)

„Na ja gut, das entlastet natürlich schon insofern, dass ich weiß, da ist jemand da, dem habe ich es gesagt, der kümmert sich drum und kommt dann auf mich zu, wenn es Probleme gibt. Und so war es auch, dass man dann eben verschiedene Fälle nochmal besprochen hat oder nochmal ein bisschen nachgearbeitet hat. Aber es ist schon eine Entlastung. Also nicht

nur arbeitsmäßig, sondern auch mental oder psychisch, dass ich sagen kann, okay, das ist jetzt eine andere Baustelle und die Patientin ist besser versorgt worden.“ (Netzwerkmitglied)

„Also sie hat bestimmt zwanzig Patienten, die sie psychosomatisch betreut, einmal im Monat, einmal alle zwei Wochen. Unterschiedliche Intervalle. Einmal hat sie Insulin helfen anlernen und einfach die Angst wegnehmen vor der Spritze. Also ich mache viel über Psychosomatik mit ihr und sie macht dann auch viel mit den Leuten, geht mit den Leuten vor die Tür und so. Und das sind Sachen, das ist ganz arg wichtig und dafür hätte ich gar keine Zeit. Und das allein entlastet schon, zu wissen, dass es da jemand gibt. Das ist wahnsinnig kostbar.“ (Netzwerkmitglied)

Die Patientinnen und Patienten, die von der Gemeindeschwester psychosozial betreut wurden, berichten von einer Verbesserung ihrer Lebensqualität. Die Gemeindeschwester ging auf ihre Probleme ein und vermittelte alltagsnahe Techniken, z.B. im Bereich der Stressbewältigung und der Förderung von Resilienz und Selbstwirksamkeit. Auch die kooperierenden Hausärztinnen und -ärzte berichten vom positiven Einfluss der Gemeindeschwester auf die psychische Gesundheit ihrer Patientinnen und Patienten.

„Ja, und die Gemeindeschwester ist auch sehr kompetent, muss man sagen. Im Endeffekt habe ich gar nicht so viel erwartet eigentlich. Weil ich mir gedacht habe: Ja, da kommt halt eine, die schwätzt mit dir und hat eigentlich gar kein Interesse an einem. Aber ich muss sagen, das Blatt hat sich gewendet. Weil, ich habe das schon beim ersten Mal gemerkt, dass die nach den Patienten guckt, dass das, was dir auf der Seele liegt, dass sie sich wirklich interessiert. Bei ihr war das wirklich so, sie hat sich auch Gedanken gemacht. Sie ist das nächste Mal gekommen, hat dann gesagt gehabt: »Und probiere mal das. Und das machen wir jetzt.«, und so. Also muss ich sagen, wirklich top. Und nach der Sitzung war ich ein total anderer Mensch. Also mir ist es in dem Moment wieder gut gegangen, ich bin aufgeblüht. Ja, in dem Moment hätte ich Bäume ausreißen können.“ (Patient)

„Sie hat gefragt, wo es brennt, was mich belastet, und hat zuerst einfach zugehört. Und dann hat sie angefangen, mir so bestimmte Taktiken, Techniken beizubringen, wie ich mit der Situation umgehen kann, wie ich auch mich selbst nicht vergesse. Und das hat mir unglaublich viel geholfen.“ (Patient)

„Aber mit jedem Mal also habe ich auch gespürt, indem ich ihre Tipps umsetze, die Tipps von der Gemeindeschwester, und mein Leben verändere und nicht so kritisch zu mir bin und mir auch einfach meine Schwächen zugestehe, da ging es mir echt viel besser. Und beim letzten Mal, ich habe mich schon so richtig kraftvoll gefühlt, auch in dem Gespräch viel positiver. Also wir haben auch viel gelacht. Also diese Schwere, also das war weg.“ (Patient)

„Und die kommen dann vielleicht auch im Intervall und sagen: »Das hat mir was gebracht. Ich gehe jetzt mehr raus. Ich nehme wieder an sozialen Veranstaltungen teil. Sie hat mir gezeigt, dass ich das brauche. Und das stimmt«, und so. Also sie ist ein richtiger Bestandteil, die ist wie ein Medikament für manche Menschen geworden. Und das ist was sehr Tolles.“ (Netzwerkmitglied)

Die Patientinnen und Patienten schätzen wert, dass sich die Gemeindeschwester – auch im Vergleich zu Hausärztinnen und -ärzten – bei ihren Hausbesuchen genügend Zeit nimmt. Betont wird in diesem Zusammenhang, dass die Gemeindeschwester ausführlich über Erkrankungen und Behandlungen aufklärt und immer für Fragen bereitsteht.

„Also die Gemeindeschwester nimmt sich übrigens sehr schön Zeit. Das ist ja ganz wichtig. Wenn sie wirklich auf den Patienten eingeht, mit ihm spricht und einfach sich mal eine Viertelstunde hinsetzt, ja? Und das war früher ja nicht möglich, auch beim Hausarzt nicht. Der hat es ja immer eilig, ja? Und jetzt ist der Arzt auch viel entspannter. Weil er ja praktisch jetzt nur jedes zweite Mal kommt, ja? Hat er auch etwas mehr Zeit.“ (Patient)

„Wenn da irgendwas ist, die Gemeindeschwester erklärt mir das dann auch. Und dann ist die Sache klar. Und ich kann alles fragen, wenn ich irgendwo unsicher bin, ja? Dann ist das sehr gut, wenn die mich dann da aufklärt sozusagen.“ (Patient)

„Also meine Hausärztin kommt zwar zum Hausbesuch, aber sie hat halt so viele Patienten, hat sie auch nicht ewig Zeit, mal hinzusitzen und mit einem zu sprechen. Und das kann dann eher die Gemeindeschwester machen. Sie hat dann mehr Zeit als die Ärztin, die von einem Patienten zum anderen rennen muss.“ (Patient)

„Ich habe mehr Zeit als der Arzt. Ich kann zum Beispiel erklären, warum ein Arzt die und die Behandlung empfohlen hat. Und dann kam es oft dazu, dass er ein Einsehen hatte und sagte: »Ach so, ja, jetzt, wo Sie mir das erklären, ja, okay, jetzt verstehe ich das.« Also das hilft dann schon auch der Arzt-Patienten-Beziehung.“ (Gemeindeschwester)

3.4.9 Bedarf für das Angebot der Gemeindeschwester

Die kooperierenden Hausärztinnen und -ärzte sind der Auffassung, dass der Bedarf für das Angebot der Gemeindeschwester in Zukunft noch weiter ansteigen wird. Als Gründe werden hier der Ärztemangel, die alternde Gesellschaft sowie fehlende informelle Hilfsnetzwerke aufgeführt.

„Ja, der Schwäbische Wald mit geringer Arztlzahl und zunehmender Zahl älterer Patienten, da ist der Bedarf da und, also der Bedarf wird sicher steigen, ja. Wenige Ärzte, mehr alte Patienten.“ (Netzwerkmitglied)

„Aber der Bedarf ist sicherlich da, wird sicherlich noch mehr werden. Und bei der Gesamtsituation, das heißt, viele alte multimorbide Patienten und viele junge Angehörige, die vielleicht arbeiten gehen und die älteren Leute nicht mehr mitbetreuen können, wird es auf jeden Fall zunehmen.“ (Netzwerkmitglied)

In Hinblick auf den Bedarf wird im Zusammenhang mit der Gemeindeschwester besonders häufig von Patientinnen und Patienten mit psychischen Problemen gesprochen, die mehrere Monate auf einen Psychotherapieplatz warten müssen. Die Gemeindeschwester kann für diese Wartezeit eine Zwischenbetreuung gewährleisten.

„Als die Hausärztin von meinen Problemen gehört hatte, hat sie sofort den Vorschlag gemacht mit der Gemeindeschwester. Das war super. Weil so schnell würde ich ja keinen Psychiater, Psychotherapeuten etc. bekommen. Wir wissen alle, das dauert einfach Monate, bis man da einen Termin bekommt. Und ich habe schnelle Hilfe gebraucht.“ (Patient)

„Wenn es so etwas geben würde, würden vielleicht auch weniger Menschen jetzt monatelang warten müssen, um psychiatrische Betreuung zu bekommen. Ich habe es ja bei mir gesehen, dass es mir nach vier Mal viel besser ging, indem ich einfach versucht habe, mein Verhalten zu verändern.“ (Patient)

„Und da habe ich festgestellt, da sind eben auch viele jüngere Patienten, die ich besuche dann zu Hause für die psychosoziale Beratung, die zum Beispiel ein Burnout oder eine Depression haben und die suchen eben dringend einen Therapeuten, finden aber oft monatelang keinen. Und dann mache ich so diese Zwischenbetreuung, dass die Patienten einfach, sage ich mal, seelisch stabilisiert werden in dieser Zeit, wo sie eben warten müssen.“ (Gemeindeschwester)

Von den kooperierenden Hausärztinnen und -ärzten wird berichtet, dass sie gerne mehr Patientinnen und Patienten an die Gemeindeschwester überweisen würden. Da sie wissen, dass sie bereits stark ausgelastet ist, verzichten sie darauf. Die Gemeindeschwester führt zum Zeitpunkt des Interviews eine Warteliste, weil sie nicht die Kapazitäten hat, um alle zugewiesenen Patientinnen und Patienten zeitnah zu versorgen.

„Sie sagt es mir schon immer wieder, dass sie jetzt gerade viel zu tun hat und die Abstände länger sind. Und bisher deckt sie alles ab, was ich notwendigerweise brauche. Ich weiß, dass sie ziemlich voll ist. Ich überlege mir schon, auf wen ich sie ansetze sozusagen.“
(Netzwerkmitglied)

„Also momentan wählt man schon aus und denkt einfach: Ja, sie hat ja alle anderen Ärzte auch noch. Also man will ja jetzt auch nicht so nach dem Motto: Bitte nimm alle meine Patienten. Also man hält sich ja auch ein bisschen zurück, ja? Weil man denkt, na ja, alle anderen Ärzte haben ja auch noch jemand.“ (Netzwerkmitglied)

„Also die Ärzte, mit denen ich zusammenarbeite aktuell, da kommen die Patienten laufend. Also ich bin auch inzwischen, ja, wie soll ich sagen, ausgelastet. Mehr als ausgelastet. Die Patienten müssen leider auf mich inzwischen schon einige Wochen warten, bis ich dann komme. Ich habe eine Warteliste. Leider. Aber es war abzusehen.“ (Gemeindeschwester)

Die kooperierenden Hausärztinnen und -ärzte sowie die interviewten Patientinnen und Patienten wünschen sich, dass das Angebot der Gemeindeschwester auch nach Ende der Förderlaufzeit erhalten bleibt. Ferner wird eine regionale Ausweitung des Angebots durch die Erhöhung von personellen Kapazitäten gewünscht. Die Hausärztinnen und -ärzte bewerten die Zusammenarbeit mit der Gemeindeschwester und die damit einhergehende Entlastung als Zukunftsmodell für die Hausarztmedizin in Deutschland. Die Übertragung von größerer Verantwortung an neue nicht-ärztliche Gesundheitsberufe wird empfohlen.

„Es ist in anderen Ländern so, dass im ambulanten Bereich sehr viel mehr gemacht wird, in England und auch in skandinavischen Ländern, dass da einfach die Ärzte entlastet werden, dass Hausbesuche reduziert werden oder auch nicht notwendig sind, und einfach gewisse Dinge abgefangen werden. Also da könnte man schon mehr machen. Das heißt jetzt eine Gemeindeschwester, sowieso eine Gemeindeschwester zu haben für die ganze Region, ist vom Wort her schon Unfug. Im Prinzip bräuchte fast jede Gemeinde eine Schwester, ja? Also man

müsste schauen, dass man dieses Konzept ausweitet. Und dann könnte man sehr viel mehr abfangen, ja? Ob man das dann mit examinierten Krankenschwestern macht oder jetzt neu die Physician Assistants, die kommen, das ist auch eine ganz interessante Sache, die auch eine sehr gute und gehobene Ausbildung haben. Da wäre natürlich auch viel möglich, ja.“
(Netzwerkmitglied)

„Ja, das ist die Medizin der Zukunft. Die Gemeindeschwester ist vor Ort, die sieht nochmal ganz andere Dinge. Und das kostet alles Zeit, zu den Leuten zu gehen. Und die kann da viel mehr bewirken und die kann so viel abnehmen. Und das ist absolut, wenn man davon drei, vier hätte oder so, da ist wahnsinniger Bedarf da. Also gerade für die Alten, die Gebrechlichen, damit kann man so viel abdecken. Und das ist super, wenn da jemand vor Ort geht, Blutröhrchen mitnimmt und das macht. Und dann vielleicht noch vor Ort was sieht, wo sie denkt: Oh, der braucht vielleicht doch noch einen Pflegegrad. Und das sogar noch dann veranlassen kann, ohne dass ich da viel mitdenken muss. Das ist ein Segen.“
(Netzwerkmitglied)

„Also aber gut, das ist ja nichts Neues. Dass wir so vieles nicht mehr abdecken können und gerade Hausbesuche nicht mehr so abdecken können, und dass da so was ein Zugewinn ist, keine Frage. Das kann man sich nach oben spinnen. Also die Gemeindeschwester könnte ja Altenheime sogar führen beziehungsweise mitbetreuen und dann ärztliche Rücksprache halten. Da müsste ich keine Visiten mehr im Altersheim machen oder so, ja? Wenn die die Leute da kennt und einschätzen kann, dann kann die das so gut wie ich. Und Medikamente kann ich ja dann aufschreiben, wenn sie sagt, sie glaubt, der braucht mal was gegen die Depression oder so. Aber das ist natürlich was, da kann man wahnsinnig viel delegieren. Für mich ist das ein Zukunftsmodell.“ (Netzwerkmitglied)

„Ich habe zum Beispiel mit meiner Schwester gesprochen, die nicht hier wohnt. Und hat sie gleich gesagt: Warum gibt es bei uns so was nicht?“ (Patient)

„Also ich möchte ganz einfach sagen, es ist toll, dass es so was gibt. Und es sollte bleiben und es sollte noch ein bisschen besser kommuniziert werden, dass noch mehr Leute davon erfahren, ja?“ (Patient)

3.4.10 Salutogenetische Perspektive der Gemeindeschwester

Die Gemeindeschwester nimmt in ihrer Tätigkeit, bedingt durch ihr Studium der Gesundheitsförderung, eine salutogenetische und ganzheitliche Sichtweise auf Gesundheit ein und legt viel Wert auf das Empowerment ihrer Patientinnen und Patienten, wobei ein großer Fokus auf der psychosozialen Gesundheit liegt. Diesbezüglich nimmt sie einen Konflikt mit der klassischen pathogenetischen Perspektive der Ärztinnen und Ärzte wahr.

„Ja, ich sehe halt nun mal die Ärzte, die kommen aus der Pathogenese. Und ich habe eben diesen salutogenetischen Hintergrund. Und ich sehe eben, dass beides sich ergänzen kann und sollte. Und bringe das eben ganz bewusst dann ein, diese Sichtweise. Obwohl mir natürlich klar ist, dass nicht jeder Arzt Juhu ruft. Weil einige Ärzte finden es gut, dass ich so ganzheitlich da rangehe und eben aus der salutogenetischen Sicht einiges sehe und, ja, die Patienten einfach aus dieser Perspektive heraus betreue. Und es gibt aber natürlich Ärzte, die können damit überhaupt nichts anfangen. Und da mache ich mir dann auch keine Freunde. Aber ich bin ja auch nicht da, um mir Freunde zu machen, sondern um eben, ja, die Gesundheitsförderung und Prävention auch zukünftig im Gesundheitswesen zu verankern. Und das nehme ich schon sehr ernst, die Verantwortung.“ (Gemeindeschwester)

„Eben nicht nur die körperliche Erkrankung zu sehen, sondern auch, da ist ja normalerweise immer auch eine seelische Komponente. Und die im Blick zu behalten und da eben zu unterstützen und zu stärken und den Patienten mitzugeben, was sie auch tun können, damit sie sich nicht so hilflos fühlen und eben gestärkt werden und einfach wissen: Ich kann auch was tun. Und ich bin hier nicht allem so ausgeliefert.“ (Gemeindeschwester)

3.4.11 Verbesserungsvorschläge vonseiten der Gemeindeschwester

Die Gemeindeschwester kritisiert die gewählte Bezeichnung für ihre Stelle, da sie mit einem veralteten Rollenbild assoziiert wird. Doch auch den Begriff „Community Health Nurse“ hält sie nicht für ideal. Im Kontrast dazu wird die Bezeichnung „Gemeindeschwester“ von einem Hausarzt positiv bewertet, da dieser bei den Patientinnen und Patienten gut ankommt.

„Was mir ganz wichtig ist, der Begriff Gemeindeschwester ist jetzt halt hier speziell im Schwäbischen Wald gewählt worden, das ist auch unglücklich. Weil die Pflege schon seit Jahrzehnten eigentlich weg will von dem Begriff Schwester. Weil es sich absolut nicht

professionell anhört und die Pflege ja schon auch mehr Autonomie anstrebt und aus dieser Vorstellung der Assistenz von Ärzten eben raus möchte, sondern ein eigenständiges fachliches Gebiet ja darstellen möchte. Und es ist leider in dem Fall ein Rückschritt, dass ich Gemeindeschwester genannt werde, obwohl es natürlich schon klar ist, dass es den Patienten wiederum hilft. Die können sich besser vorstellen, um was es geht. Natürlich sollte es ein deutscher Begriff sein. Community Health Nurse, da drunter kann sich eine achtzigjährige Seniorin gar nichts vorstellen.“ (Gemeindeschwester)

„Und Gemeindeschwester scheint immer noch ein Begriff zu sein, den gab es ja früher schon, der funktioniert. Da ist irgendwie eine positive Assoziation da. Da gibt es keine Widerstände.“ (Netzwerkmitglied)

Kritisiert wird von der Gemeindeschwester außerdem die Abhängigkeit von den kooperierenden Hausarztpraxen, die ihr die Patientinnen und Patienten zuweisen. Gerade im Hinblick auf ihre beratende Tätigkeit im Bereich der Gesundheitsförderung wünscht sie sich mehr Spielraum und Autonomie.

„Ich würde vielleicht so ein bisschen die Abhängigkeit von den Ärzten reduzieren. Weil bei der Community Health Nurse ist ja eigentlich gedacht, dass sie auf Augenhöhe mit Ärzten agiert. Sobald ich aber abhängig bin von der Zuweisung der Ärzte, dass die mir Patienten übergeben sozusagen, bin ich ja automatisch nicht mehr auf Augenhöhe. Dann bin ich wieder in dieser typischen pflegerischen Assistenz Tätigkeit, wo der Arzt dann sagt: »Ja, hier brauchen wir irgendwie die Gemeindeschwester. Und hier brauchen wir sie nicht.«“ (Gemeindeschwester)

Ein weiterer Vorschlag der Gemeindeschwester betrifft ihr Aufgabengebiet. Sie empfiehlt, dass Community Health Nurses die Möglichkeit erhalten, sich stärker zu spezialisieren.

„Also ich fühle mich manchmal so ein bisschen wie das Mädchen für alles oder die eierlegende Wollmilchsau. Weil ich einfach eine unglaubliche Fülle an Aufgaben habe. Liegt natürlich auch daran, dass viele Patienten, die zu mir kommen, eben auch die Fälle widerspiegeln, die bei einem Hausarzt ankommen. Eine Community Health Nurse sollte sich fokussieren dürfen auf bestimmte Gebiete, zum Beispiel demente Patienten, Diabetesberatung oder zum Beispiel auch palliative Versorgung. Dass sie eben auch die Möglichkeit hat, einen Bereich oder wenige Bereiche wirklich gut abzudecken und da Expertin zu werden. Weil durch

*so einen Expertenstatus bin ich natürlich auch wieder mehr auf Augenhöhe mit den Ärzten.“
(Gemeindeschwester)*

3.4.12 Arbeitszufriedenheit der Patientenlotsinnen und der Gemeindeschwester

Die beiden Patientenlotsinnen und die Gemeindeschwester sind mit ihrer beruflichen Tätigkeit sehr zufrieden. Sie nehmen insbesondere im Vergleich zur Tätigkeit in der Pflege einige Vorteile wahr. Die Gemeindeschwester bewertet v.a. die Zusammenarbeit mit den kooperierenden Hausarztpraxen positiv. Zudem wird die entgegengebrachte Dankbarkeit der Patientinnen und Patienten wertgeschätzt.

*„Aber, wie gesagt, die Arbeit ist was ganz arg Wertvolles. Ich habe supertolle flexible Arbeitszeiten. Ich kann mir ja meine Termine legen, wie ich möchte. Und einfach die Dankbarkeit, die ich zurückbekomme. Weil ich einfach die Zeit für Patienten habe und auch mir die Zeit nehmen möchte. Weil es nicht so ist, okay, da klingelt es, da muss ich zu dem Patienten, der Patient muss gewaschen werden. Also die Zeit, die man einfach hat, das kennt man aus der Pflege einfach gar nicht mehr so. Und das ist wirklich ganz arg wertvoll, definitiv.“
(Patientenlotsin)*

„Also ich bin tatsächlich sehr zufrieden. Also ich habe, glaube ich, nicht viel zu beklagen. Genau, ich mache meine Tätigkeit gerne und, ja, arbeite auch gern mit Patienten. Und da ist es einfach auch schön zu sehen, wenn man dann doch eine Veränderung bewirken konnte oder Patienten dann eben auch zufrieden sind mit dem, was man vielleicht sich auch dabei gedacht hat. Weil manchmal wissen ja Patienten auch gar nicht selber, was sie überhaupt wollen oder brauchen. Und wenn man da so ein bisschen einen Impuls gibt und sagt, also wir machen jetzt zuerst das und dann das vielleicht, ja, dann sind die auch wirklich froh drüber. Und, ja, das bestätigt schon auch meine Arbeit.“ (Patientenlotsin)

„Also da hatte ich mit einigen Ärzten supergute Gespräche. Die waren sehr offen zu mir. Das war auch wirklich so ein Austausch und eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe. Und das hat wirklich sehr viel Spaß gemacht. Macht es auch immer noch. Man wird einfach wertgeschätzt und bekommt auch immer mehr Aufgaben.“ (Gemeindeschwester)

3.4.13 Informationsweitergabe im Gesundheitsnetz Schwäbischer Wald

Mehrere Netzwerkmitglieder sowie die Patientenlotsinnen äußern den Wunsch nach einer digitalen Kommunikationsplattform für das Gesundheitsnetz Schwäbischer Wald. Die schnelle Weitergabe von Patientendaten und Informationen über den aktuellen Stand im Versorgungsprozess würde die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Leistungserbringenden erheblich erleichtern.

„Gut, was natürlich toll wäre, ist das Thema Dokumentation. Dass man da wirklich irgendwie eine gemeinsame Plattform hätte. Also das wäre auf jeden Fall einfach was, ja, wo man dann die Infos automatisch auch kriegt, die man braucht. Und, ja, wenn man dann da wirklich einmal dokumentieren oder einmal das quasi einstellen würde und alle, die es brauchen, dann Zugriff drauf hätten, das wäre natürlich schon toll.“ (Netzwerkmitglied)

„Genau, die Dopplungen, die möchte ich nochmal ansprechen. Wenn dann mehrere Akteure involviert sind und man so Schnittstellen bildet, dann ist es immer ein bisschen schwierig, dass alle zeitnah die gleiche Information haben. Dann wird was für den Patienten organisiert, dann muss man doch nochmal irgendwie was ändern und dann muss man immer das Gegenüber nochmal miteinbeziehen und das bedeutet dann teilweise schon mehr Arbeit. Also einerseits Erleichterung, aber dadurch, dass man den anderen Partner da auch informieren möchte, wie der aktuelle Stand ist oder wer jetzt was organisieren konnte, was noch offenblieb, hat man halt mehr Arbeit verursacht.“ (Netzwerkmitglied)

„Also das ist vielleicht so das einzige, wo ich sage, diese Wege könnten erleichtert werden, dass halt wirklich jeder nochmal Zugriff [auf die Patientendaten] hat, weil für mich persönlich wäre es eine Arbeitserleichterung. Weil die Dokumentation nimmt schon auch viel Zeit in Anspruch. Und, ja, bis ich die dann eben auch weitergeleitet habe sozusagen. Also ich meine, so könnten sie dann einfach gleich drauf zugreifen, wenn man sagt, wir brauchen jetzt den oder den Gesundheitsakteur.“ (Patientenlotsin)

3.4.14 Vor- und Nachteile des Pilotprojekts

Hinsichtlich des Förderprojekts bewerten die Netzwerkmitglieder zum einen positiv, dass neue Strukturen unbürokratisch ausprobiert werden konnten. Zum anderen wird die begrenzte Förderlaufzeit des Projekts kritisch gesehen.

„Und Sachen auch mal auszuprobieren einfach, damit einfach mal loszulegen. Das ist ja genauso mit dieser Gemeindegewester. Das hat man einfach mal aus dem Boden gestampft und einfach mal gemacht, ja? Und das ist halt toll. Ich meine, in Deutschland geht nichts so, dass man es einfach mal macht, ja? Aber das war schon ein sehr guter Gedanke. Und ich finde, da kann man nur ermutigen, dass sie weiterhin so einfach mal was machen, nicht nur reden, ja?“ (Netzwerkmitglied)

„Das Gesundheitsnetz war jetzt nicht das einzige und erste Projekt, was es gibt. Ich weiß vom Nachbarlandkreis, da gab es so was auch. Und es wird immer wieder alle paar Jahre neu aufgelegt. Und dann verläuft sich das wieder. Und, ja, mir erschließt sich nicht so ganz der Sinn, warum immer wieder so was unter anderem Namen in einer anderen Region aufgesetzt werden soll, wenn es sich dann nicht etablieren darf. Also das wäre für mich noch so eine Anregung oder so ein Ausblick. Wenn man dann doch sieht, dann sollte auch die Regierung oder generell, ja, einfach im Gesundheitsbereich sollte da dann auch eine Bereitstellung kommen, statt dass man da Millionen in so Projekte reinschießt. Und bis sie richtig ins Rollen gekommen sind, sind sie auch schon wieder vorbei.“ (Netzwerkmitglied)

4. Herausforderungen

Zu Beginn der Projektlaufzeit musste geeignetes Personal für die Stelle der Case Managerin bzw. des Case Managers sowie der Community Health Nurse gefunden werden. Unter den Bewerberinnen und Bewerbern befand sich keine Person mit der gewünschten Qualifikation (Studienabschluss oder Weiterbildung Case Management bzw. Studienabschluss Community Health Nursing). Da sich die neuen Berufsbilder in Deutschland noch nicht etabliert haben, ist dies wenig verwunderlich. Positiv ist jedoch hervorzuheben, dass es viele Bewerbungen von Pflegefachkräften und Medizinischen Fachangestellten gab. Daraus kann geschlossen werden, dass die Aussicht auf ein neues Aufgabenfeld und die Übernahme von größerer Verantwortung für diese Berufsgruppen attraktiv ist.

Bis sich das Angebot der Patientenslotsinnen und der Gemeindegewester im Gesundheitsnetz Schwäbischer Wald vollständig etabliert hatte, vergingen jeweils mehrere Monate. Die Lotsinnen und die Gemeindegewester mussten sich bei allen Netzwerkmitgliedern vorstellen, ihre Rollen und Aufgabengebiete erklären und das Vertrauen der Kooperationspartnerinnen

und -partner gewinnen. Um neue Versorgungsstrukturen aufzubauen, wird viel Zeit benötigt, die in einer Projektlaufzeit von nur zwei Jahren begrenzt vorhanden ist. Insbesondere den Lotsinnen wurden in den ersten Wochen nur wenige Patientinnen und Patienten von den Netzwerkmitgliedern zugewiesen. Aus diesem Grund wurde es den Bürgerinnen und Bürgern im Schwäbischen Wald ermöglicht, sich bei Bedarf direkt an die Lotsinnen zu wenden. Der Gemeindeschwester wurde nach etwa einem halben Jahr so viele Patientinnen und Patienten zugewiesen, dass sie nicht mehr alle zeitnah versorgen konnte und eine Warteliste führen musste.

Vonseiten der Hausärztinnen und -ärzte im Schwäbischen Wald gab es anfangs viel Skepsis gegenüber den neu eingeführten Berufsbildern. Einige waren bereit, die Zusammenarbeit auszuprobieren und stellten schnell fest, dass damit viele Vorteile einhergehen. Andere lehnten die Kooperation aber gänzlich ab und begründeten dies damit, nicht von ihren gewohnten Arbeitsabläufen abweichen zu wollen. Dies zeigt, dass die traditionell hierarchischen Strukturen im Gesundheitswesen sowie das Rollenbild des Arztes als hauptverantwortlicher und eigenständig arbeitender Akteur nur schwer zu überwinden sind. Bis eine kooperative und gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Leistungserbringenden etabliert ist, wird es noch einige Zeit dauern. Empfohlen wird, bereits im Medizinstudium Akzente für die multiprofessionelle Zusammenarbeit zu setzen, um die Entwicklung hin zu einer interdisziplinären und sektorenübergreifenden Versorgung zu fördern. Auch finanzielle Anreize, wie z.B. die Einführung von Abrechnungsziffern für den durch die Kooperation entstehenden zeitlichen Mehraufwand, sind denkbar.

Die Kommunikation der Patientenlotsinnen und der Gemeindeschwester mit den Mitgliedern des Gesundheitsnetzes wurde durch fehlende Möglichkeiten des digitalen Datenaustausches erschwert. Die Prozesse hätten mithilfe einer Online-Plattform, auf der Informationen zu den gemeinsam versorgten Patientinnen und Patienten ausgetauscht werden, effizienter ablaufen können. Die Information der beteiligten Leistungserbringenden über den aktuellen Stand in der Versorgung, bedeutete v.a. für die Lotsinnen und die Gemeindeschwester Mehraufwand. Doch auch die Hausärztinnen und -ärzte und weitere Netzwerkmitglieder mussten zeitliche Ressourcen für Absprachen investieren. Leider konnten die im Projekt vorgesehenen Fallbesprechungen nicht wie geplant umgesetzt werden. Auch hier war der zeitliche Mehraufwand Ursache für die fehlende Resonanz der Leistungserbringenden.

Die Lotsinnen und die Gemeindeschwester konnten während ihrer Tätigkeit vielen Patientinnen und Patienten im Schwäbischen Wald weiterhelfen. Dennoch ist davon auszugehen, dass zahlreiche Personen aufgrund der Projektstruktur nicht erreicht wurden. Insbesondere zu Menschen, die nicht über eine Anbindung an eine Hausarztpraxis verfügen, wurde mutmaßlich kein Zugang gefunden. Es bräuchte andere Strategien der Patientenakquise und der Öffentlichkeitsarbeit, um diese Zielgruppe zu erreichen.

Bevor die Gemeindeschwester ihre Tätigkeit aufnehmen konnte, mussten rechtliche Fragen hinsichtlich der Delegation von ärztlichen Leistungen an Pflegefachkräfte geklärt werden. Aus diesem Grund gab es Verzögerungen im Projektablauf. Das Tätigkeitsfeld der Gemeindeschwester – bestehend aus medizinischen Tätigkeiten und Aufgaben im Bereich der Gesundheitsförderung – war sehr breit gefasst. Dies wurde auch von der zuständigen Mitarbeiterin kritisiert. Insgesamt ist zu hinterfragen, ob die delegierten ärztlichen Leistungen nicht eher in den Aufgabenbereich einer Nichtärztlichen Praxisassistenz (NäPA) oder einer Versorgungsassistenz in der Hausarztpraxis (VERAH) fallen. Das Berufsbild der Community Health Nurse zeichnet sich durch eine große Eigenverantwortlichkeit und Autonomie aus. Dies konnte aufgrund der rechtlichen Rahmenbedingungen im Projekt nicht umgesetzt werden, sodass eine Abhängigkeit von den kooperierenden Hausarztpraxen bestand. Dies bedeutete, dass auch die Übernahme nicht-ärztlicher Aufgaben – wie Beratung, Gesundheitsförderung und psychosoziale Unterstützung – von der Bedarfseinschätzung der Hausärztinnen und -ärzte abhingen. Da diese aber häufig eine pathogenetische Perspektive einnehmen, ist davon auszugehen, dass viele Bedarfe von Patientinnen und Patienten hinsichtlich Prävention und Gesundheitsförderung unberücksichtigt blieben. Von der Umstellung, dass sich Personen zusätzlich direkt an die Gemeindeschwester wenden können, wurde aufgrund ihrer ohnehin schon hohen Auslastung abgesehen.

Da es sich um ein Projekt handelte, das die Erprobung neuer Gesundheitsberufe in der Primärversorgung zum Ziel hatte, gab es wenige Erfahrungswerte, auf die hätte aufgebaut werden können. Dementsprechend gab es auch wenige Vorgaben für die Tätigkeit der Lotsinnen und der Gemeindeschwester. Auffällig war, dass die Lotsinnen einige Patientinnen und Patienten besonders lang (bis zu 58 Wochen) betreut haben. Hier stellt sich die Frage, ob eine solch lange Falldauer auf ineffiziente Prozesse hindeuten könnte. Im Sinne des

Qualitätsmanagements sollten in Zukunft Leitlinien genutzt werden, in denen z.B. Vorgaben zur Steuerung der Falldauer enthalten sind.

5. Fazit

Die Einführung von Case Management und Community Health Nursing im Gesundheitsnetz Schwäbischer Wald hat zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bürgerinnen und Bürger in der Region beigetragen. Die Patientenlotsinnen und die Gemeindeschwester konnten durch ihren patientenorientierten Ansatz ganzheitlich auf die vielfältigen Bedarfe der Patientinnen und Patienten eingehen. Hausbesuche spielten bei der korrekten Bedarfsermittlung eine zentrale Rolle.

Die Ergebnisse dieses Projektberichts zeigen deutlich, dass vonseiten der Patientinnen und Patienten ein hoher Bedarf nach Unterstützung besteht, um medizinische Fachbegriffe zu verstehen, Behandlungswege zu planen und administrative Aufgaben sowie bürokratische Hürden zu bewältigen. Zahlreiche unterschiedliche Anlaufstellen und eine Vielzahl an Behandlungsmöglichkeiten können besonders für multimorbide Patientinnen und Patienten überwältigend sein. Viele Betroffene wissen nicht, welche Versorgungsangebote ihnen zustehen und wie sie diese in Anspruch nehmen können. Mit dem Einsatz der Patientenlotsinnen wurde auf ebendiese Bedarfe reagiert. Durch die multiprofessionelle Zusammenarbeit mit den Mitgliedern des Gesundheitsnetzes wurden im Rahmen des Case Managements die Grenzen von Sektoren und Sozialgesetzbüchern überwunden. Die Koordinierung von medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und sozialen Leistungen stellte einen kontinuierlichen Versorgungsprozess sicher, verbesserte den Zugang zum Gesundheitssystem und führte zu einer effizienteren Nutzung von Ressourcen. Durch die Patientensteuerung und die Gewährleistung einer hochwertigen Versorgung in der Häuslichkeit wurden stationäre Strukturen entlastet. Die beschriebenen Leistungen der Patientenlotsinnen sind zeitintensiv und in der gesetzlichen Krankenversicherung bislang nicht abgebildet. Es wird empfohlen, einen gesetzlichen Anspruch auf Leistungen von Patientenlotsinnen und -lotsen zu verankern. Dabei sollten einheitliche Qualitätsstandards definiert werden. Lotsenleistungen könnten von Ärztinnen und Ärzten bei Vorliegen eines komplexen Versorgungsbedarfs verordnet werden. Dennoch sollten Lotsinnen und Lotsen keinem Weisungsverhältnis zu den behandelnden Ärztinnen und Ärzten unterliegen. Essentiell

ist die Anbindung an regionale Strukturen, um eine erfolgreiche Koordination von Versorgungsleistungen sicherzustellen.

Das Aufgabenfeld der Gemeindeschwester war innerhalb des Projekts sehr umfangreich definiert. Es wurde rasch deutlich, dass der größte Unterstützungsbedarf der Patientinnen und Patienten im Bereich psychischer Probleme lag. Insbesondere das Thema Einsamkeit war hier von Bedeutung. Betroffene wollten teilweise keine psychiatrische oder psychotherapeutische Betreuung in Anspruch nehmen oder mussten monatelang auf einen Therapieplatz warten. Die Gemeindeschwester konnte durch Zuhören und die Vermittlung von alltagsnahen Strategien zur Stressbewältigung sowie zur Förderung von Resilienz und Selbstwirksamkeit niedrigschwellig einen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten leisten. In den Interviews wurde deutlich, dass die Tatsache, dass sich die Gemeindeschwester ausreichend Zeit für ihre Patientinnen und Patienten nimmt, maßgeblich zur Zufriedenheit der Befragten beitrug. Die Aufklärung und die Vermittlung von Gesundheitskompetenz im Rahmen von ausführlichen persönlichen Gesprächen erzielte Effekte. Die Befähigung von Patientinnen und Patienten, Eigenverantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen, einen gesunden Lebensstil zu etablieren und das Gesundheitssystem effektiv zu nutzen, kann zahlreiche bisher ungenutzte Ressourcen freisetzen und das Gesundheitswesen entlasten. Künftige Versorgungsstrukturen sollten diese Ziele adressieren und finanzielle Anreize für Gesundheitsförderung und Prävention schaffen.

Die anfängliche Skepsis gegenüber den Lotsinnen und der Gemeindeschwester, die vonseiten der Hausärztinnen und -ärzte bestand, konnte durch einen zeitintensiven Vertrauensaufbau überwunden werden. Die kooperierenden Ärztinnen und Ärzte berichteten einstimmig von einer Entlastung durch die Lotsinnen und die Gemeindeschwester. Gerade im ländlichen Raum, in dem der Fachkräftemangel besonders ausgeprägt ist und wo häufig weite Strecken zu überwinden sind, trägt die Delegation von Hausbesuchen zu einer Freisetzung ärztlicher Ressourcen bei. „Die Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung legen eine neue Aufgabenteilung nahe, bei der Pflegefachpersonen Aufgaben aus dem traditionell ärztlichen Tätigkeitsfeld mit übernehmen [...]. Gesundheitsversorgung und Pflege stehen unter erheblichem finanziellen Druck, der nicht nachlassen wird. Pflegefachpersonen – ausgebildet, weitergebildet oder studiert – müssen daher ihre erworbenen Kompetenzen und Qualifikationen bestmöglich anwenden können, um die in sie investierten Ressourcen zu

amortisieren. Mit der Stärkung und Erweiterung von Kompetenzen wird ein wichtiger Schritt geleistet, die fast ausschließlich fremdbestimmte Berufsausübung in der Pflege zu verringern. Das hat großes Potenzial, den Pflegeberuf anhaltend attraktiv zu machen und Mitarbeiter:innen dauerhaft in der Pflegepraxis zu binden“ [16].

Die Förderlaufzeit des Projekts „Primärversorgung im Ostalbkreis - Einführung von Case Management und Community Health Nursing im Gesundheitsnetz Schwäbischer Wald“ endete im August 2024. Der Ausschuss für Soziales und Gesundheit des Ostalbkreises beschloss, mit Mitteln des Landkreises eine Übergangsfinanzierung bis Ende 2024 sicherzustellen. So sollte Zeit gewonnen werden, um eine langfristige Finanzierungslösung für die Stellen der Patientenlotsinnen und der Gemeindeschwester zu finden. Leider konnte eine solche Lösung nur für eine Patientenlotsin gefunden werden. Sie setzt ihre Tätigkeit in Teilzeit fort - nunmehr unter dem Dach der Sozialstation Abtsgmünd gGmbH und in enger Zusammenarbeit mit dem Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Ulm. Ihr Aufgabengebiet soll um die bisherigen Tätigkeiten der Gemeindeschwester ergänzt werden. Um das gesamte Angebot des Gesundheitsnetzes in die Regelversorgung zu überführen, fehlte es an den gesetzlichen Rahmenbedingungen. Das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG), das am 01.03.2025 in Kraft trat, beinhaltete in seiner ursprünglichen Version vielversprechende Ansätze, wie z.B. Primärversorgungszentren und Gesundheitsregionen, die es leider nicht in den finalen Entwurf geschafft haben. Es wird befürchtet, dass die Reduzierung des Angebots des Gesundheitsnetzes zu einem Vertrauensverlust in der Bevölkerung führt. Die Leistungserbringenden sowie die Patientinnen und Patienten im Schwäbischen Wald müssen fortan auf effektive Versorgungsstrukturen verzichten, an die sie sich gewöhnt haben. Zudem ist anzunehmen, dass die Motivation der Mitglieder des Gesundheitsnetzes, sich auch künftig an innovativen Pilotprojekten zu beteiligen, durch diese Erfahrung geschmälert wurde. Nun liegt es am Gesetzgeber, die Erkenntnisse aus den zahlreichen Pilotprojekten zu den Themen Case Management und Community Health Nursing zu analysieren und Voraussetzungen für die Überführung in die Regelversorgung zu schaffen.

6. Literaturverzeichnis

- [1] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg. Stand der Bedarfsplanung: 21. Oktober 2022. 2022. Abrufbar unter: <https://www.kvbawue.de/api-file-fetcher?fid=4425>; Stand: 16.01.2025
- [2] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg. Stand der Bedarfsplanung: 23. Oktober 2024. 2024. Abrufbar unter: <https://www.kvbawue.de/api-file-fetcher?fid=4981>; Stand: 16.01.2025
- [3] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg. Die vertragsärztliche Versorgung im Ostalbkreis - Stand LA 23.10.2024. 2024.
- [4] Schönsee L, Kiemel D, Magdin A. Abschlussbericht: Primärversorgung im Ostalbkreis - gemeinsam und vernetzt. Landratsamt Ostalbkreis. 2023. Abrufbar unter: <https://www.mediportal-ostalbkreis.de/sixcms/media.php/525/Abschlussbericht%20Prim%C3%A4rversorgung%20im%20Ostalbkreis-digital.pdf>; Stand: 16.01.2025
- [5] Braeseke G, Huster S, Pflug C et al. Studie zum Versorgungsmanagement durch Patientenlotsen. IGES Institut. 2018. Abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/IGES_Versorgungsmanagement_durch_Patientenlotsen_042018.pdf; Stand: 16.01.2025
- [6] Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management. Case Management Leitlinien: Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen (2. aktualisierte Auflage). Heidelberg: medhochzwei. 2020.
- [7] Bundesverband Managed Care e.V. Gesundheitslotsen - Wegbegleiter für eine bessere Versorgung. 2023. Abrufbar unter: <https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/2023-01-12-BMC-Positionspapier-Gesundheitslotsen.pdf>; Stand: 16.01.2025
- [8] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg. Die ambulante medizinische Versorgung 2024. 2024. Abrufbar unter: <https://www.kvbawue.de/api-file-fetcher?fid=4947>; Stand: 16.01.2025

- [9] Neumann K, Gierling P, Dietzel J. Gute Praxis in der ambulanten Versorgung - Anregungen für Deutschland auf Basis internationaler Beispiele. IGES Institut. 2014. Abrufbar unter: https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e8885/e9444/e9454/e9456/attr_objs9457/IGES_Publikation_Ambulate_Versorgung_Juli_2014_ger.pdf; Stand: 16.01.2025
- [10] Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK Bundesverband e.V. Community Health Nursing – Aufgaben und Praxisprofile. 2022. Abrufbar unter: https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/CHN_Broschuere_2022-Aufgaben-und-Praxisprofile.pdf; Stand: 16.01.2025
- [11] Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK Bundesverband e.V. Community Health Nursing in Deutschland - Eine Chance für die bessere Gesundheitsversorgung in den Kommunen. 2019. Abrufbar unter: https://www.dbfk.de/media/docs/CHN/chn_kurzbroschuere_2019-07.pdf; Stand: 16.01.2025
- [12] Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg. Bekanntmachung: Zukunftsland Baden-Württemberg - Stärker aus der Krise - Förderung von Projekten zur Konzeptionalisierung und zum Aufbau von Primärversorgungszentren und Primärversorgungsnetzwerken. 2022.
- [13] MEDWALD eG. Satzung der MEDWALD eG. 2022.
- [14] Döring N. Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Berlin, Heidelberg: Springer. 2023.
- [15] Kuckartz U, Rädiker S. Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung (5. Auflage). Beltz Juventa. 2022.
- [16] Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). Stellungnahme - Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zu einem Gesetz zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG). 2024. Abrufbar unter: <https://www.dbfk.de/media/docs/Berufspolitik/stellungnahmen/Stellungnahme-zum-Referentenentwurf-des-Bundesministeriums-fuer-Gesundheit-zu-einem-Gesetz-zur-Staerkung-der-Pflegekompetenz-Pflegekompetenzgesetz-PKG.pdf>; Stand: 16.01.2025

7. Anhang

7.1 Liste der Mitglieder des Gesundheitsnetzes Schwäbischer Wald

- Landratsamt Ostalbkreis
u.a. mit dem Pflegestützpunkt, dem Gesundheitsamt, dem Fachzentrum Frühe Hilfen, der Schuldner- und Insolvenzberatung und den Sozialen Hilfen
- Hausärztliche Genossenschaft MEDWALD eG
mit dem MVZ Durlangen und den Hausarztpraxen von Matthias Eh (Abtsgmünd) und Dr. Ulrich Knaus (Spraitbach) sowie den 12 Mitgliedskommunen im Schwäbischen Wald
- Hausarztpraxis Nicole Löb (Spraitbach)
- Hausarztpraxis Volker Scharffenberg (Göggingen)
- Hausarztpraxis Dr. Džanan Hajdarević (Eschach)
- Hausarztpraxis Joachim Röhm (Gschwend)
- Hausarztpraxis Özlem Akçay und Ahmet Gönen (Abtsgmünd)
- Kliniken Ostalb
mit den Sozialen Diensten/Entlassmanagements der drei Klinikstandorte Mutlangen, Aalen und Ellwangen sowie der SAPV Ostalb und der Brückenpflege
- Lebensessenz Ernährungs- & Gesundheitsberatung Sabrina Hettich (Schwäbisch Gmünd)
- Wund-König Wundmanagement GmbH (Schwäbisch Gmünd)
- Physiotherapeutin Karin Miller (Göggingen)
- Physiotherapeutin Anja Klein (Heuchlingen)
- Stiftung Haus Lindenhof
u.a. mit dem Alten- und Pflegeheim St. Lukas (Abtsgmünd)
- Care Point Ambulanter Pflegedienst (Göggingen)
- GeronVita (Leinzell)
- Malteser Hilfsdienst Schwäbisch Gmünd
- Helfende Hände (Schwäbisch Gmünd)

- Sozialstation Abtsgmünd
- Kirchliche Sozialstation Gaildorf
- Sozialstation Schwäbischer Wald (Mutlangen)
- Sozialagentur Nordwürttemberg (Lorch)
- Agentur 24 Ostalbkreis (Mutlangen)
- HUMANIS Pflege und Betreuungsdienst (Büro Schwäbisch Hall)
- Alltagsengel - Wir helfen mit Herz (Iggingen)
- HerzWeberei (Schwäbisch Gmünd)
- Sanitätshaus OrthoTec Leicht (Schwäbisch Gmünd)
- Sanitätshaus Weber & Greissinger (Schwäbisch Gmünd)
- Sanitätshaus Abendschein (Gaildorf)
- inocura Home Care (Rudersberg)
- Mediq Deutschland GmbH (Merzig)
- BA.Unternehmensgruppe
- AOK Ostwürttemberg - Sozialer Dienst
- Psychosoziale Krebsberatungsstelle Ostwürttemberg (Mutlangen)
- Demenzberatung des DRK Kreisverbands Schwäbisch Gmünd
- AIDS-Hilfe Schwäbisch Gmünd e.V.
- ME/CFS Selbsthilfe Ostwürttemberg
- ONKO-Walking Uwe Beranek (Mutlangen)

7.2 Flyer Patientenlotsinnen

KONTAKT



Sie benötigen Unterstützung bei der Organisation Ihrer Gesundheitsversorgung?

Die Patientenlotsinnen helfen gerne weiter.

Katharina Krätschmer

Telefon 0173 6633021
E-Mail k.kraetschmer@medwald.de



Sabrina Beißwenger

Telefon 0173 6633248
E-Mail s.beisswenger@medwald.de



Telefonische Erreichbarkeit:

Mo.-Fr. 8:00-11:30 Uhr



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES,
GESUNDHEIT UND INTEGRATION

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

PATIENTENLOTSINNEN

**IM GESUNDHEITSNETZ
SCHWÄBISCHER WALD**

Foto: ©REDPIXEL - stock.adobe.com

AUFGABEN DER PATIENTENLOTSINNEN

Die Patientenslotsinnen verfolgen das Ziel, die Gesundheitsversorgung der Bürgerinnen und Bürger im Schwäbischen Wald im Ostalbkreis zu verbessern. Die beiden examinierten Pflegefachkräfte steuern und koordinieren den Versorgungsprozess von Patientinnen und Patienten mit komplexen Versorgungsbedarfen.

Personen, die Probleme damit haben, sich im Gesundheitssystem zurecht zu finden, die Hilfe bei der Organisation von Arztterminen oder der Kommunikation mit ihrer Krankenkasse brauchen oder Unterstützung im Bereich der Pflege benötigen, können sich gerne bei den Lotsinnen melden. Sie kümmern sich **kostenfrei** darum, eine hochwertige Gesundheitsversorgung für Menschen mit Unterstützungsbedarf sicherzustellen.

Sie sind nicht medizinisch am Patienten tätig, sondern kümmern sich um organisatorische Aufgaben. Dies soll v.a. Menschen zugutekommen, die für das Management ihrer Gesundheitsversorgung selbst nicht die nötigen Ressourcen besitzen und nur wenig Unterstützung von Angehörigen erhalten können.

Die Patientenslotsinnen arbeiten mit einer ganzheitlichen Perspektive und einer hohen Patientenorientierung. Bei ihren Hausbesuchen berücksichtigen sie auch die dortigen Gegebenheiten und das soziale Umfeld der Patientinnen und Patienten.

GESUNDHEITSNETZ SCHWÄBISCHER WALD

Beim **Gesundheitsnetz Schwäbischer Wald** handelt es sich um einen dezentralen Zusammenschluss von Gesundheitsakteuren und -institutionen, der den Zweck hat, die wohnortnahe Versorgung chronisch kranker und multimorbider Personen zu verbessern.

Ziel ist es, die Zusammenarbeit unterschiedlicher Gesundheitsprofessionen zu intensivieren, um einen kontinuierlichen Versorgungsprozess, also eine Versorgung „aus einer Hand“ zu ermöglichen.

Die Region Schwäbischer Wald im Ostalbkreis wurde aufgrund der dortigen hausärztlichen Unterversorgung für das Projekt ausgewählt. Koordiniert wird das Projekt vom Landratsamt des Ostalbkreises.



7.3 Flyer Gemeindeschwester

KONTAKT



Anna Rehm

Examierte Pflegefachkraft
Bachelor of Science Gesundheitsförderung

Telefon 0173 2982390

E-Mail a.rehm@medwald.de

Telefonische Erreichbarkeit:

Mo – Do 9:00 – 14:00 Uhr



OSTALBKREIS



GESUNDHEITSNETZ
SCHWÄBISCHER WALD

MEDWALD
HAUSARZTPRAXEN



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES,
GESUNDHEIT UND INTEGRATION

Unterstützt durch das Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Integration aus Mitteln des
Landes Baden-Württemberg

Foto: ©White bear studio - stock.adobe.com

GEMEINDESCHWESTER

**IM GESUNDHEITSNETZ
SCHWÄBISCHER WALD**

AUFGABEN DER GEMEINDESCHWESTER

Die Gemeindegeschwester Anna Rehm unterstützt Hausärztinnen und -ärzte bei der medizinischen Grundversorgung im Schwäbischen Wald. Ihr Ziel ist es, die Gesundheit, die Lebensqualität und die Selbstständigkeit ihrer Patientinnen und Patienten zu erhalten bzw. zu verbessern.

Bei regelmäßigen Hausbesuchen führt sie Kontrolluntersuchungen und Routinebehandlungen durch. Zudem berät sie zum Umgang mit chronischen Erkrankungen und zu Themen der Gesundheitsförderung, wie z.B. Stressbewältigung, gesunde Ernährung oder Sturzprophylaxe. Die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten stehen dabei im Mittelpunkt.

Durch die regelmäßige Rücksprache mit den zuständigen Hausärztinnen und -ärzten ist eine kontinuierliche ärztliche Überwachung gewährleistet. Außerdem besteht eine enge Zusammenarbeit mit den PatientInnenlotsinnen, die ebenfalls im Gesundheitsnetz tätig sind.

GESUNDHEITSNETZ SCHWÄBISCHER WALD

Beim **Gesundheitsnetz Schwäbischer Wald** handelt es sich um einen Zusammenschluss von Gesundheitsakteuren und -institutionen, der den Zweck hat, die wohnortnahe Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Ziel ist es, die Zusammenarbeit unterschiedlicher Gesundheitsberufe zu intensivieren, um eine „Versorgung aus einer Hand“ zu ermöglichen.

Die Region Schwäbischer Wald im Ostalbkreis wurde aufgrund der dortigen hausärztlichen Unterversorgung für das Projekt ausgewählt. Koordiniert wird das Projekt vom Landratsamt des Ostalbkreises. Dabei besteht eine enge Zusammenarbeit mit der hausärztlichen Genossenschaft MEDWALD eG.



7.4 Flyer Gesundheitsnetz Schwäbischer Wald

PATIENTENLOTSINNEN & GEMEINDESCHWESTER

PATIENTENLOTSINNEN

Die Patientenslotsinnen steuern und koordinieren den Versorgungsprozess von Patientinnen und Patienten mit komplexen Versorgungsbedarfen. Personen, die Probleme haben, sich im Gesundheitssystem zurecht zu finden, die Hilfe bei der Organisation von Arztterminen oder der Kommunikation mit ihrer Krankenkasse brauchen oder Unterstützung im Bereich der Pflege benötigen, können sich gerne bei den Lotsinnen melden. Sie kümmern sich kostenfrei darum, eine hochwertige Gesundheitsversorgung für Menschen mit Unterstützungsbedarf sicherzustellen.

GEMEINDESCHWESTER

Die Gemeindegewester unterstützt Hausärztinnen und -ärzte bei der medizinischen Grundversorgung. Ihr Ziel ist es, die Gesundheit, die Lebensqualität und die Selbstständigkeit ihrer Patientinnen und Patienten zu erhalten bzw. zu verbessern. Bei regelmäßigen Hausbesuchen führt sie Kontrolluntersuchungen und Routinebehandlungen durch. Zudem berät sie zum Umgang mit chronischen Erkrankungen und zu Themen der Gesundheitsförderung, wie z.B. Stressbewältigung, gesunde Ernährung oder Sturzprophylaxe.

KONTAKT

Patientenslotsinnen:

Katharina Krätschmer
0173 6633021 | k.kraetschmer@medwald.de

Sabrina Beißwenger
0173 6633248 | s.beisswenger@medwald.de

Gemeindegewester:

Anna Rehm
0173 2982390 | a.rehm@medwald.de

Netzwerkkoordination:

Leonie Schönsee
07361 5031105 | leonie.schoensee@ostalbkreis.de



OSTALBKREIS



Landratsamt Ostalbkreis
Geschäftsbereich Gesundheit
Julius-Bausch-Straße 12
73430 Aalen
Telefon 07361 503-1120
gesundheits@ostalbkreis.de



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES,
GESUNDHEIT UND INTEGRATION

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

**GESUNDHEITSNETZ
SCHWÄBISCHER WALD**

GEMEINSAM FÜR IHRE
GESUNDHEITSVERSORGUNG

Hersteller: @gdr - aack.oodba.com

GESUNDHEITSNETZ SCHWÄBISCHER WALD

Beim Gesundheitsnetz Schwäbischer Wald handelt es sich um einen dezentralen Zusammenschluss von Gesundheitsakteuren und -institutionen, der den Zweck hat, die wohnortnahe Versorgung chronisch kranker und multimorbider Personen zu verbessern. Ziel ist es, die Zusammenarbeit unterschiedlicher Gesundheitsberufe zu intensivieren, um einen kontinuierlichen Versorgungsprozess, also eine Versorgung „aus einer Hand“ zu ermöglichen.

Die Region Schwäbischer Wald im Ostalbkreis wurde aufgrund der dortigen hausärztlichen Unterversorgung für das Projekt ausgewählt. Koordiniert wird das Projekt vom Landratsamt des Ostalbkreises.



Abbildung: Region Schwäbischer Wald

MITGLIEDER DES GESUNDHEITSNETZES

Hausarztpraxen

- Hausarztpraxis Özlem Akcay & Ahmet Gönen (Abtsgmünd)
- Hausarztpraxis Matthias Eh (Abtsgmünd)
- Hausarztpraxis Dr. Džanan Hajdarevic (Eschach)
- Hausarztpraxis Dr. Ulrich Knaus (Spraitbach)
- Hausarztpraxis Nicole Löb (Spraitbach)
- Hausarztpraxis Joachim Röhm (Gschwend)
- Hausarztpraxis Volker Scharffenberg (Göggingen)
- MVZ Durlangen

Ambulante Pflege

- Care Point (Göggingen)
- GeronVita (Leinzell)
- Helfende Hände (Schwäbisch Gmünd)
- Kirchliche Sozialstation Gaildorf
- Malteser Hilfsdienst (Schwäbisch Gmünd)
- Sozialstation Abtsgmünd
- Sozialstation Schwäbischer Wald (Mutlangen)

Vermittlung 24-Stunden-Pflege

- Agentur 24 Ostalbkreis (Mutlangen)
- HUMANIS Pflege und Betreuungsdienst (Schwäbisch Hall)
- Sozialagentur Nordwürttemberg (Lorch)

Stationäre Pflege

- Stiftung Haus Lindenhof: Alten- und Pflegeheim St. Lukas (Abtsgmünd)

Wundmanagement

- Wund-König Wundmanagement (Schwäbisch Gmünd)

Bewegung

- Onko-Walking (Mutlangen)

Kliniken Ostalb

- Mit den Standorten Mutlangen, Aalen und Ellwangen sowie der SAPV Ostalb

Alltagshilfe und -begleitung

- Alltagsengel (Iggingen)
- HerzWeberei (Schwäbisch Gmünd)

Physiotherapie

- Privatpraxis Karin Miller (Göggingen)
- Privatpraxis Anja Klein (Heuchlingen)

Ernährungsberatung

- Lebensessenz Ernährungs- & Gesundheitsberatung Sabrina Hettich (Schwäbisch Gmünd)

Sanitätshäuser

- Sanitätshaus Abendschein (Gaildorf)
- Sanitätshaus OrthoTeclight (Schwäbisch Gmünd, Welzheim und Aalen)
- Sanitätshaus Weber & Greissing (Schwäbisch Gmünd)

Home Care

- BA. Unternehmensgruppe (Ibbenbüren)
- inoCura (Rudersberg)
- Mediq Deutschland (Merzig)

Beratungsangebote

- AIDS-Hilfe Schwäbisch Gmünd
- Sozialer Dienst der AOK Ostwürttemberg (Schwäbisch Gmünd)
- Demenzberatung des DRK Kreisverbands Schwäbisch Gmünd
- Fachzentrum Frühe Hilfen (Aalen und Gmünd)
- ME/CFS Selbsthilfe Ostwürttemberg
- Pflegestützpunkt Ostalbkreis
- Psychosoziale Krebsberatungsstelle Ostwürttemberg (Mutlangen)*



Landratsamt Ostalbkreis
Stuttgarter Str. 41
73430 Aalen
www.ostalbkreis.de