

Konsortialführung:	Techniker Krankenkasse
Förderkennzeichen:	01NVF16017
Akronym:	NWGA
Projekttitel:	NetzWerk GesundAktiv
Autoren:	Prof. Wolfgang Greiner, Lena Hasemann, David Lampe, Dr. Thomas Nebling, Heike Unland, Ralf Zastrau, Forschungsabteilung Albertinen Haus
Förderzeitraum:	10. Januar 2017 – 9. Januar 2021

Abbildungsverzeichnis.....	3
Tabellenverzeichnis.....	4
1 Zusammenfassung.....	5
2 Beteiligte Projektpartner	6
3 Einleitung	7
3.1 Ausgangslage des Projekts.....	7
3.2 Ziele und Fragestellungen/Hypothesen des Projekts.....	7
3.3 Projektstruktur	8
3.4 Zusammenarbeit	8
4 Projektdurchführung	9
4.1 Beschreibung der neuen Versorgungsform	9
4.1.1 Teilleistung geriatrisches Assessment.....	10
4.1.2 Teilleistung Fall-Management Basis-Kontakt.....	13
4.1.3 Teilleistung Fall-Management ausführliche Beratung	13
4.1.4 Teilleistung Hausbesuche	14
4.1.5 Teilleistung Gruppenberatung	14
4.1.6 Teilleistung Beratung Demenz	14
4.1.7 Teilleistung qualitätsgesicherte Quartiersberatung	15
4.1.8 Teilleistung Café PAUL	15
4.1.9 Soll-Ist-Vergleich der Teilleistungen	16
4.2 Rechtsgrundlage der neuen Versorgungsform	16
4.3 Implementierung der neuen Versorgungsform.....	17
4.4 Implementierung der digitalen Plattform "PAUL"	17
5 Methodik	20
5.1 Wirksamkeits- und gesundheitsökonomische Evaluation (Universität Bielefeld)	20
5.1.1 Studiendesign	20
5.1.2 Studienkollektiv	20
5.1.3 Fallzahlkalkulation	21

5.1.4	Effektmaße.....	21
5.1.5	Datengrundlage.....	22
5.1.6	Statistische Analyse	22
5.1.7	Analyse der Kosten-Effektivität.....	24
5.2	Evaluation von Akzeptanz, Strukturen und Prozessen (Albertinen Haus).....	24
5.2.1	Rekrutierung	24
5.2.2	Ein- und Ausschlusskriterien	25
5.2.2.1	Ein- und Ausschlusskriterien der Akzeptanzanalyse.....	25
5.2.2.2	Ein- und Ausschlusskriterien der Strukturanalyse	25
5.2.2.3	Ein- und Ausschlusskriterien der Prozessanalyse.....	25
5.2.3	Fragestellung und Datenerhebung	25
5.2.3.1	Fragestellung und Datenerhebung der Akzeptanzanalyse.....	25
5.2.3.2	Fragestellung und Datenerhebung der Strukturanalyse	28
5.2.3.3	Fragestellung und Datenerhebung der Prozessanalyse.....	30
5.2.4	Auswertungsstrategien.....	31
6	Projektergebnisse und Schlussfolgerungen.....	32
6.1	Wirksamkeits- und gesundheitsökonomische Evaluation (Universität Bielefeld).....	32
6.1.1	Progression der Pflegebedürftigkeit.....	33
6.1.2	Pflegegrad.....	33
6.1.3	Mortalität	34
6.1.4	Morbidität	34
6.1.5	Hospitalisierung.....	34
6.1.6	Ambulante Leistungen.....	35
6.1.7	Arzneimitteltherapiesicherheit	35
6.1.8	Pflegeleistungen.....	36
6.1.9	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	36
6.1.10	Gesundheitsökonomische Evaluation.....	36
6.1.11	Diskussion.....	36
6.1.12	Schlussfolgerungen.....	37
6.2	Evaluation von Akzeptanz, Strukturen und Prozessen (Albertinen-Haus).....	38
6.2.1	Akzeptanzanalyse	38
6.2.2	Strukturanalyse	50
6.2.3	Prozessanalyse.....	56
7	Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Fortführung nach Ende der Förderung.....	63
8	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	64
9	Anlagen.....	65
10	Literaturverzeichnis.....	66

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Organigramm des Projekts NWGA.	8
Abbildung 2: Wissenschaftliche Begleitforschung zur Akzeptanz des NetzWerk GesundAktiv.	27
Abbildung 3: Prozess der Einschreibung in das NetzWerk GesundAktiv (NWGA).	38
Abbildung 4: Abbildungen Ergebnisse Hypothesen 1 bis 8.	40
Abbildung 5: Ausgewählte aggregierte Funktions-ICD in Nebendiagnosen, prozentual nach Gesamtgruppengröße (n=5422).	45
Abbildung 6: Rücklauf angeschriebener Versicherter über 15 Monate.	46
Abbildung 7: Ablehnungsgründe für Nicht-Teilnahme am NWGA einschlussfähiger Versicherter.	46
Abbildung 8: Durchführung und Datenerfassung ganzheitlich gerontologisch-geriatrischer Assessments.	50
Abbildung 9: Sturzrisiko (Sturzrisikococheck).	54
Abbildung 10: Zeitmessung Timed Up & Go.	54
Abbildung 11: Präferierte Ganggeschwindigkeit.	55
Abbildung 12: Flussdiagramm der Empfehlungen der individuellen Unterstützungspläne (iUP).	58
Abbildung 13: Ausgesprochene und umgesetzte Empfehlungen (iUP) nach den 5 Modulen.	59
Abbildung 14: Anzahl ausgesprochene Empfehlungen (iUP) (Stand: Nach Versand Arztbriefe).	60
Abbildung 15: Anzahl umgesetzte Empfehlungen (iUP) (Stand: Nach Ende 6-Monats-Follow- up Telefonate).	60
Abbildung 16: Umsetzung der Empfehlungen zum 6-Monats-Follow-up nach Geschlecht (n=4360 Empfehlungen).	61
Abbildung 17: Umsetzung der Empfehlungen zum 6-Monats-Follow-up nach Alter (n=4360 Empfehlungen).	62
Abbildung 18: Umsetzung der Empfehlungen zum 6-Monats-Follow-up nach Wohnsituation (n=4360 Empfehlungen).	62

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rollen und Verantwortungsbereiche der Projektpartner.	6
Tabelle 2: Schulungsmaterialien für das PAUL-System.....	9
Tabelle 3: Soll-Ist-Vergleich der Teilleistungen.....	16
Tabelle 4: Ein- und Ausschlusskriterien der Teilnehmerrekrutierung.	20
Tabelle 5: Operationalisierung der gewählten Endpunkte (primär und sekundär; eigene Darstellung).....	21
Tabelle 6: Potenziell relevante Kontrollvariablen für die inferenzstatistischen Auswertungen.	23
Tabelle 7: Übersicht der Assessmentteile des ganzheitlich geriatrischen Assessments im NWGA.....	28
Tabelle 8: Legende der NWGA Maßnahmen der Module 1-5.	30
Tabelle 9: Deskriptive Auswertung und Regressionsergebnis Pflegeprogression und Pflegeprogression ohne Effekt des Assessments (eigene Darstellung).	33
Tabelle 10: Anzahlen von Hauptdiagnosen (HD) und Nebendiagnosen (ND) vollstationärer Krankenhausaufenthalte: Im Alter prävalente Krankheitskomplexe.	42
Tabelle 11: Teilnehmende und Nicht-Teilnehmende NWGA gem. Vertrag § 140a SGB V....	47
Tabelle 12: Charakteristika - Soziodemographie und Gesundheitsverhalten (n=685).	51
Tabelle 13: Ergebnisse des ganzheitlichen gerontologisch-geriatrischen Assessments neu	51
Tabelle 14: Ausgewählte Zeitspannen während des NWGA Rekrutierungsprozesses (n=897 Teilnehmende).	58

1. Zusammenfassung

Hintergrund: Die demografische Alterung erfordert innovative Versorgungsansätze, die den individuellen Unterstützungsbedarfen älterer Menschen insbesondere in der eigenen Häuslichkeit Rechnung trägt. Das NetzWerk GesundAktiv (NWGA) ist ein sektorenübergreifendes Hilfs- und Betreuungsnetzwerk im Bezirk Hamburg-Eimsbüttel. Ziel des NWGA ist es, den teilnehmenden Menschen möglichst lange ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen. Es richtet sich an ältere Menschen (70 Jahre und älter) mit einem erhöhten Risiko für Hilfs- und Pflegebedürftigkeit (Einteilung gemäß LUCAS Funktions-Index) oder leichter bis mittelschwerer Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad 1 bis 3). Die Intervention besteht aus geriatrisch-gerontologischem und sozialem Assessment, interdisziplinären Fallkonferenzen, individuellen Unterstützungsplänen für die Teilnehmenden, passenden Angeboten der Gesundheitsförderung/Prävention sowie einem Fallmanagement. Durch diesen Versorgungsansatz sollen der Erhalt der Selbstständigkeit, die Vermeidung bzw. Verzögerung des Eintritts von Pflegebedürftigkeit und die Sicherung der häuslichen Versorgung gewährleistet werden.

Methodik: Für die Wirksamkeits- und die gesundheitsökonomische Evaluation dieser quasi-experimentellen, prospektiven Studie wurden den Interventionsteilnehmenden (Hamburg) mittels exaktem Matching (1:2) geeignete Kontrollen aus vergleichbaren Regionen zugeordnet. Der Analysezeitraum umfasst das individuelle Jahr vor Einschluss sowie die Studienlaufzeit von 21 Monaten. Als primäres Outcome wurde die Progression der Pflegebedürftigkeit, sekundär u. a. der Pflegegrad, die Morbidität und die gesundheitsbezogene Lebensqualität untersucht. Die Datengrundlage bilden die Sekundärdaten der beteiligten Krankenkassen sowie die Selbstangaben der Teilnehmenden. Zusätzlich erfolgte eine umfangreiche Evaluation von Akzeptanz-, Struktur- und Prozessdaten der NWGA-Interventionsgruppe in Hamburg.

Ergebnisse: Mit dem NWGA wurde eine Zielgruppe erreicht, die bislang von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention nur unzureichend adressiert wurde. Das NWGA hat innerhalb der Zielgruppe eine hohe Akzeptanz und Teilnahmebereitschaft erreicht. Viele der ausgesprochenen Empfehlungen wurden umgesetzt, und zahlreiche Teilnehmer konnten mit der digitalen Plattform "PAUL" vertraut gemacht werden. Die Teilnehmerzufriedenheit ist insgesamt mit 74 Prozent Zustimmung sehr hoch ausgefallen. Anhand der Evaluationsergebnisse konnten jedoch keine relevanten Unterschiede hinsichtlich der betrachteten Endpunkte festgestellt werden. Der erwartete Effekt auf das primäre Outcome der Pflegeprogression ist weder im Gruppenvergleich noch im Prä-Post-Vergleich nachweisbar. Auch die Analysen der sekundären Endpunkte liefern keine eindeutigen Hinweise auf (positive) Interventionseffekte. Die Strukturanalyse bestätigte die korrekte Selektion der Zielgruppe.

Diskussion: Nach 21 Monaten konnten noch keine Interventionseffekte identifiziert werden. Ob die hier evaluierte neue Versorgungsform tatsächlich keine positiven Effekte für die Teilnehmenden mit sich bringt oder diese aufgrund der Datenbasis, der Kürze des Beobachtungszeitraumes, Einschränkungen durch die Corona-Pandemie oder weiteren (unbekannten) Einflüssen nicht erfasst werden konnten, bleibt offen. Weitere Studien sind erforderlich, um die Wirksamkeit integrierter Versorgungskonzepte in der älteren, gebrechlichen Bevölkerung für die Verbesserung der Regelversorgung zu überprüfen.

2. Beteiligte Projektpartner

Die folgende Tabelle listet alle Projektpartner mit ihren Rollen und Verantwortungsbereichen auf.

Tabelle 1: Rollen und Verantwortungsbereiche der Projektpartner.

Projektpartner	Rolle im Projekt	Verantwortungsbereich
Techniker Krankenkasse (TK) Team Versorgungsmanagement- Einzelverträge Dr. Thomas Nebling (Projektleitung)	Konsortial- führung	<ul style="list-style-type: none"> • Gesamtprojektleitung • Kommunikation mit DLR-PT • Zentrales Projektcontrolling • Zentrales Vertragsmanagement (Konsortial-, Weiterleitungs- und Versorgungsvertrag) • Zentrales Berichtswesen • Versichertenansprache • Datenanalyse und Datenselektion
Albertinen Haus (Zentrum für Geriatrie und Gerontologie) Heike Unland	Konsortial- partner	<ul style="list-style-type: none"> • Betrieb der Koordinierenden Stelle des NWGA • Versorgungsleistungen (Assessment, Fallkonferenzen, Unterstützungsplan, Fallmanagement) • Beratung und Betreuung PAUL-Tablet
Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. Regionalverband Hamburg Michael Weber	Konsortial- partner	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung der Koordinierenden Stelle bei der telefonischen Erreichbarkeit • Auslieferung Hausnotrufgeräte in Verbindung mit PAULa-Tablets
CIBEK technology + trading GmbH Bernd Klein	Konsortial- partner	<ul style="list-style-type: none"> • Hard- und Software der PAUL-Systeme (Tablet und Webportal)
BARMER Landesvertretung Hamburg Sophie Rabe	Konsortial- partner	<ul style="list-style-type: none"> • Versichertenansprache • Vertragsmanagement • Datenselektion
DAK-Gesundheit Landesvertretung Hamburg Jessica Bornhöft	Konsortial- partner	<ul style="list-style-type: none"> • Versichertenansprache • Vertragsmanagement • Datenselektion
KNAPPSCHAFT Regionaldirektion Nord Jochen Lüder	Konsortial- partner	<ul style="list-style-type: none"> • Versichertenansprache • Vertragsmanagement • Datenselektion
Universität Bielefeld Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 5: Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement Prof. Dr. Wolfgang Greiner	Konsortial- partner	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation der Wirksamkeit und Kosteneffektivität
Forschungsabteilung für Klinische Geriatrie am Albertinen Haus Dr. Ulrike Dapp	Konsortial- partner	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation von Strukturen, Prozessen und Akzeptanz

NXI GmbH & Co. KG (früher NEXUS-BI) Vadim Rusakov	Kooperationspartner	<ul style="list-style-type: none"> • Konfiguration, Auslieferung, Installation und 2nd Level-Support für die PAUL-Systeme im Auftrag von CIBEK • Telefonische Schulung der Teilnehmer im Umgang mit PAUL-Tablet im Auftrag des Albertinen Haus (Zentrum für Geriatrie und Gerontologie)
Albertinen Akademie Marion Rehm	Kooperationspartner	<ul style="list-style-type: none"> • Aufklärungsveranstaltungen für PAUL-Nutzer im Auftrag des Albertinen Haus (Zentrum für Geriatrie und Gerontologie)
VDI/VDE Innovation + Technik GmbH Christine Weiß	Kooperationspartner	<ul style="list-style-type: none"> • Sozio-technische Begleitforschung und Projektberatung im Auftrag der TK

3. Einleitung

3.1 Ausgangslage des Projekts

Der demografische, gesellschaftliche und digitale Wandel stellt neuartige Herausforderungen an die Organisation der Gesundheits- und Pflegeversorgung. Vorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes zufolge steigt die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland von derzeit rund 2,6 Millionen auf bis zu 3,4 Millionen im Jahr 2030. Somit steigt die Nachfrage nach medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen. Allerdings stehen immer weniger informell und professionell Pflegende zur Verfügung. Laut Pflegereport der Bertelsmann Stiftung werden im Jahr 2030 eine halbe Million Vollzeitkräfte fehlen. Gesucht werden daher innovative Ansätze für die Gesunderhaltung, Versorgung und Stärkung der Eigenständigkeit einer alternden, aber auch zunehmend pluralistischen und sozial segmentierten Gesellschaft (Landsberg 2014). Dabei ist v. a. die wachsende Gruppe älterer Personen ausgesprochen heterogen, verbunden mit oft sehr individuellen versorgungsrelevanten Erfordernissen. Die Implementation von Maßnahmen der Sekundär- und Tertiärprävention hat in der Gruppe der Senioren in den letzten 20 Jahren deutlich zugenommen (Choudhry et al 2008). Zusätzlich konnte durch die Einführung geriatrischer Assessments und Behandlungen im Krankenhaus eine Reduktion von Mortalität und Morbidität erreicht werden (Ellis et al; BMJ 2011). Ein einheitlicher Zugang zur ambulanten Erbringung von erkrankungsunabhängigen Präventionsmaßnahmen, wie er für jüngere Menschen z.B. in Schulen oder Betrieben angeboten wird, ist für die ältere Bevölkerung jedoch noch nicht etabliert und vielfach enden Präventionsprogramme ab einem Alter von 65 oder 70 Jahren. Prinzipiell könnte die Prävention des Hilfs- und Pflegebedarfs über Hausarztpraxen erfolgen, die von vielen Senioren in regelmäßigen Abständen aufgesucht werden. Effektiv werden solche Maßnahmen jedoch nur dann, wenn sie nicht nach dem Gießkannenprinzip erfolgen sondern die hierfür geeigneten Senioren mittels geeigneter Instrumente identifiziert werden (US Preventive Task Force; JAMA 2018). Diese Lücke soll im NWGA durch ein umfassendes interdisziplinäres Assessment mit anschließenden Teamkonferenzen sowie einer Begleitung der Teilnehmer durch das Fallmanagement gefüllt werden.

3.2 Ziele und Fragestellungen/Hypothesen des Projekts

Die zentrale Hypothese bezüglich der Wirksamkeit des NWGA lautet: Eingeschriebene Versicherte der Interventionsgruppe (IG) verzeichnen a) im prä-post-Vergleich und b) im Vergleich zur Kontrollgruppe (KG) positive Gesundheitseffekte gemessen an dem primären Endpunkt der Progression der Pflegebedürftigkeit sowie an die sekundären Endpunkten Pflegebedürftigkeit, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Mortalität, Morbidität, Hospitalisierung, ambulante Leistungen, Arzneimitteltherapiesicherheit und Pflegeleistungen.

Die Hypothese bezüglich der Kosten-Effektivität des NWGA lautet: Die Teilnahme am NWGA ist im Vergleich zur Standardversorgung kosteneffektiv. Die Analyse betrachtet das inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Verhältnis (incremental cost-effectiveness ratio (ICER)) der Intervention. Die neue Versorgungsform setzt an der Stärkung der individuellen Ressourcen der Betroffenen an. Indem diese erhalten und gestärkt werden, soll eine weitgehende und dauerhafte Versorgung in der eigenen Häuslichkeit ermöglicht werden.

Es wird ferner angenommen, dass die Bereitschaft zur Teilnahme am NWGA und dessen Akzeptanz hoch ist. Eine Struktur- und Prozessanalyse untersucht, ob und wie Versicherte die Angebote des NWGA nutzen.

3.3 Projektstruktur

In der folgenden Abbildung ist die Struktur des Projekts dargestellt.

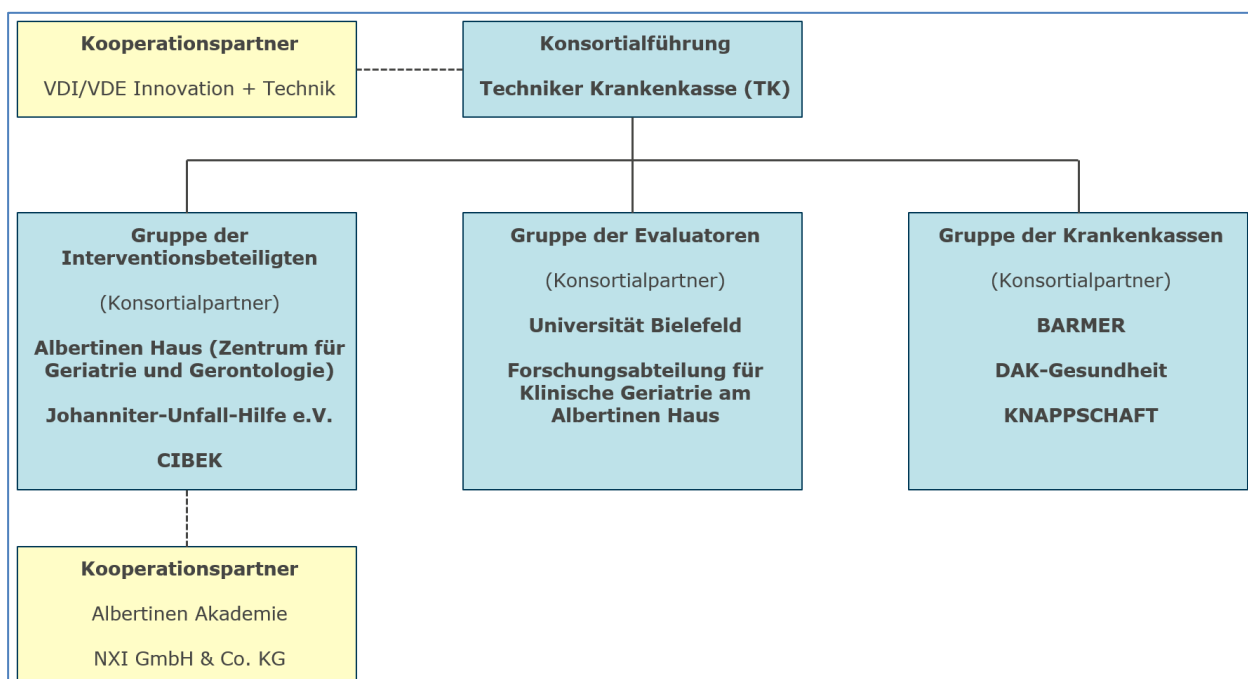


Abbildung 1: Organigramm des Projekts NWGA.

3.4 Zusammenarbeit

Um die komplexen Anforderungen, die sich vor allem im ersten Jahr der Projektdurchführung bezüglich der Etablierung von Strukturen und Prozessen ergaben, fokussiert und strukturiert bearbeiten zu können, haben sich die Konsortialpartner in verschiedenen Arbeitsgruppen organisiert, um dort jeweils intensiv zusammenzuarbeiten:

- Arbeitsgruppe 1: Festlegung Versorgungsprozesse (KF, KS, JUH)
- Arbeitsgruppe 2: PAUL-Tablet: Anpassung, Rollout, Teilnehmerinformation, Schulungen (Materialien siehe Tabelle 2) und Administration (KF, CIBEK, KS, JUH) (Prozessdiagramme siehe Anlagen 44 bis 54)
- Arbeitsgruppe 3: Rekrutierungsprozesse (KF, BARMER, DAK-Gesundheit, KNAPPSCHAFT, KS)
- Arbeitsgruppe 4: Erstellung Ethik-Antrag (KF, Uni Bielefeld, KS, FA)
- Arbeitsgruppe 5: Erstellung BAS-Antrag nach § 75 SGB X (KF, BARMER, DAK-Gesundheit, KNAPPSCHAFT, Uni Bielefeld, FA)

Tabelle 2: Schulungsmaterialien für das PAUL-System

Anlage Nr.	Inhalt	Entwicklung
24	PAUL-Fehlerbeseitigung 1st-Level-Support	Neuentwicklung für das NWGA
25	PAUL-Schulung Material	Neuentwicklung für das NWGA

Die Konsortialführung organisierte während der gesamten Projektlaufzeit monatliche Telefonkonferenzen, bei denen sich die Konsortialpartner über den jeweils aktuellen Stand der Dinge austauschen konnten. Dadurch konnte der Kommunikationsfluss zwischen den Konsortialsitzungen aufrechterhalten werden, die insgesamt 14 Mal während der vierjährigen Projektlaufzeit stattgefunden haben.

Weiterhin wurden durch die Konsortialführung immer wieder anlass- und themenbezogene Workshops mit den jeweils betroffenen Konsortialpartnern organisiert.

Kooperationspartner:

- Die Konsortialführung hat den Kooperationspartner VDI/VDE Innovation + Technik GmbH mit einer sozio-technischen Begleitforschung beauftragt. Dazu gehören Zufriedenheitsbefragungen der NWGA-Teilnehmer, Durchführung von Teilnehmer-Workshops, Befragungen der Konsortialpartner zur Zufriedenheit bezüglich der Zusammenarbeit im Konsortium, Beratungen der Konsortialführung in technischen Fragen (AAL etc.) sowie die Moderation von Workshops mit den Konsortialpartnern.
- Das Albertinen Haus (Zentrum für Geriatrie und Gerontologie) hat die Albertinen Akademie damit beauftragt, die Aufklärungsveranstaltungen für die Nutzer der PAUL-Systeme zu organisieren. Weiterhin wurde NXI beauftragt, telefonische Schulungen und aktivierende Telefonate bei den PAUL-Nutzern durchzuführen.
- Von CIBEK wurde NXI beauftragt, die PAUL-Tablets an die Teilnehmer auszuliefern, zu installieren und den 2nd Level Support zu übernehmen.

4. Projektdurchführung

4.1 Beschreibung der neuen Versorgungsform

Das NetzWerk GesundAktiv (NWGA) ist ein sektorenübergreifendes Hilfs- und Betreuungsnetzwerk im Bezirk Hamburg-Eimsbüttel. Ziel des NWGA ist es, den teilnehmenden Menschen auch im hohen Alter möglichst lange ein selbstbestimmtes und selbstständiges Leben in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen. Im Zentrum des NWGA steht eine eigens dafür eingerichtete "Koordinierende Stelle", angesiedelt im Albertinen Haus (Zentrum für Geriatrie und Gerontologie). Auf Basis einer umfassenden altersmedizinischen Untersuchung werden hier in einem individuellen Unterstützungsplan passgenaue Gesundheitsempfehlungen erarbeitet, die auch dem jeweiligen Hausarzt schriftlich mitgeteilt werden. Die Gesundheitsempfehlungen sind in der Regel einem oder mehreren der folgenden fünf Versorgungsmodule zuzuordnen:

1. Reha vor und in der Pflege
2. Mensch und Technik
3. Hilfe für Angehörige
4. Beratung und Betreuung MCI/Demenz
5. Gesundheitskompetenz

Die Versorgungsmodule des NWGA sind in den Anlagen 28 bis 30 detailliert dargestellt.

Ein Fallmanager (persönlicher Ansprechpartner) begleitet die Teilnehmer bei der Umsetzung und berät sie bei allen Fragen. Neben telefonischer und persönlicher Beratung werden auch Gesprächskreise angeboten. Für Teilnehmer, die bereits in ihre Mobilität stark eingeschränkt sind gibt es auch Hausbesuche. Zur Förderung der Mobilität werden verschiedene, gezielt auf die Bedürfnisse der NWGA-Teilnehmer ausgerichtete Bewegungsangebote vorgehalten. Weiterhin sollen im NWGA die zahlreichen Hilfen, die bereits im Umfeld der Teilnehmer existieren, verknüpft und in ihre Versorgung miteinbezogen werden. Jedem Teilnehmer wird zudem die Nutzung eines PAUL-Tablets angeboten. PAUL steht für "Persönlicher Assistent für unterstütztes Leben". In der Basisversion "PAULo" bietet das Tablet allgemeine Standard-Funktionen wie etwa E-Mail, Fotogalerie, Webbrowser, Wecker, Notizbuch, Kalender und ein Trinktagebuch. Lokale Angebote aus den Bereichen haushaltsnahe Dienstleistungen, Gesundheit, Sport und Kultur werden im Dienstleistungs-Portal übersichtlich dargestellt. Zahlreiche Veranstaltungshinweise finden sich im digitalen Schwarzen Brett. PAUL wurde speziell für die Nutzung von älteren Menschen ohne jegliche Vorerfahrungen oder Grundkenntnisse konzipiert. Um PAUL zu bedienen, braucht man keinerlei Vorkenntnisse am Computer. In der Erweiterung "PAULa" wird das Basis-System um eine intelligente Notfallerkennung in Verbindung mit Bewegungsmeldern in der Wohnung und einem Hausnotrufgerät ergänzt. Für Einsteiger und Fortgeschrittene gibt es mit dem Café PAUL im Albertinen Haus regelmäßig stattfindende Thementage, um die Teilnehmer im Umgang mit PAUL sicherer und kompetenter zu machen.

Die NWGA-Teilnehmer sind 70 Jahre und älter. Bei ihnen wurde mit dem im Albertinen Haus entwickelten LUCAS Funktions-Index (Kurzfragebogen zum Selbstauffüllen) ein erhöhtes Risiko für Hilfs- und Pflegebedürftigkeit ermittelt (Dapp et al) oder es besteht bereits eine leichte bis mittlere Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad 1 bis 3 von 5). Alle Teilnehmer wohnen im Bezirk Hamburg-Eimsbüttel und sind bei einer der beteiligten Krankenkassen TK, BARMER, DAK-Gesundheit oder KNAPPSCHAFT versichert.

Alle nachfolgend beschriebenen Teilleistungen wurden vom Albertinen Haus (Zentrum für Geriatrie und Gerontologie) erbracht.

4.1.1 Teilleistung geriatrisches Assessment

In dem umfassenden geriatrisch-gerontologischen Assessment wurden Reserven, Risiken und Funktionsverluste für jeden Teilnehmenden individuell im interdisziplinären Kontext erhoben. Dies geschah durch eine ärztlich-medizinische Untersuchung, eine physio-sporttherapeutische Untersuchung und der Erhebung eines Sozial-Assessments. Auf Basis der Ergebnisse dieser drei Assessments wurde der multidimensionale Unterstützungsplan in einer interdisziplinären Fallkonferenz abgeleitet. Dadurch konnten alle wesentlichen, meist endogenen aber auch exogenen Einflüsse auf die Gesundheit, die Funktionsfähigkeit und etwaige Einschränkungen anhand der Anwendung etablierter, altersmedizinischer Methoden zur Diagnostik und Therapie erfasst und eingeordnet werden. Die Ergebnisse wurden dem Hausarzt in Form eines Arztbriefes zur Verfügung gestellt und ebenfalls dem Teilnehmenden zugesandt.

- **Ärztlicher Teil des Assessments:**
 - Medizinische Anamnese
 - Körperliche Untersuchung und Blutdruckmessung
 - Screening Sehen, Hören
 - Screening Schmerz
 - Medizinische Diagnosen
 - Erfassung der Medikation und Selbstmedikation
 - Selbsthilfe-Status
 - Depressivität
 - Befindlichkeit
 - Kognition
 - Funktionsdiagnostik (falls indiziert)

- Sportwissenschaftlicher Teil inkl. Performance-Tests:
 - Mobilität
 - Balance
 - Muskuläre Kraft
 - Ernährungsstatus
 - Bioelektrische Impedanz-Analyse (BIA) mittels Medical Body Composition Analyzer (Mittels einer BIA kann die Muskelzusammensetzung und damit auch der Abbau von Muskelmasse in der klinischen Praxis operationalisiert werden, um ältere Menschen mit einem hohen Risiko zu erkennen. Der Medical Body Composition Analyzer dient zur Erfassung von Gewichts-, Längen- und bioelektrischen Impedanz-Messungen sowie zur automatischen Berechnung daraus ableitbarer Parameter wie z. B. der Fettfreien Masse (FFM). Die Ergebnisse unterstützen den behandelnden Arzt bei der Bestimmung des Energieverbrauches / Energiereserven, der Beurteilung von Stoffwechselaktivität, Flüssigkeitsstatus sowie des allgemeinen Gesundheitszustandes oder bei bereits bekannter Erkrankung zur Beurteilung des Schweregrades. Die BIA ermöglicht eine schnelle und einfache Ermittlung der Körperzusammensetzung wie z.B. Körperfett und Körperwasser. Die Auswertung von Bio-impedanz-Messungen erfolgt in grafischer Form und basiert auf wissenschaftlich etablierten Formeln.
 - Ganganalyse entspr. GAITRite® Konsensus-Richtlinie (Da das Gehen eine wichtige Determinante der Selbstständigkeit im Alter ist, Stürze im Alter häufig bedingt durch Ganginstabilität vorkommen, und Gangstörungen ein Frühsymptom behandelbarer Erkrankungen darstellen, können im Kontext des NWGA die folgenden Chancen durch den Einsatz des GAITRite® Ganganalyse-Systems als innovativer Diagnostik-Baustein des Assessments genutzt werden:
 - Einheitliche, objektive, sensitive und reliable Beurteilung des Gangbildes mittels technischem Ganganalysesystem versus subjektiven Beobachtungs-Verfahren.
 - Bewertung der Ganginstabilität, Diagnostik von Gangpathologien, therapeutische Konsequenz.
 - Differentialdiagnose von Gangstörungen bei neurodegenerativen Erkrankungen, Schwindel, Ataxie und Gangunsicherheit.
 - Gangstörungen als Frühindikator für Demenz ("Stop walking when talking" deutet auf zunehmende kortikale Abhängigkeit der Lokomotion hin).
 - Sturzrisiken frühzeitig erkennen und zielgerichtet behandeln, denn Beeinträchtigungen in Gang und Gleichgewicht können Stürze vorhersagen.
 - Vermeidung von Immobilität und Pflegebedürftigkeit sowie Folgeerkrankungen durch frühe, und zielgruppenspezifische präventive Maßnahmen.)
- Erstellung des individuellen NWGA-Unterstützungsplans durch eine interdisziplinär-fachübergreifende Fallkonferenz
 - Nach Auswertung und Interpretation der Ergebnisse von Assessment und Performance-Testungen werden unter Berücksichtigung der verfügbaren medizinischen Befunde, erhaltener psycho-sozialer Informationen und ggf. in Abstimmung mit behandelnder Hausärztin/behandelndem Hausarzt Empfehlungen abgeleitet. Dies erfolgt interdisziplinär-fachübergreifend im Team der Koordinierenden Stelle (Medizin, Sozialpädagogik, Sport-/Bewegungswissenschaft). Aufgrund der zu erwartenden großen interindividuellen Variabilität sind folglich auch verschiedene Arten von Empfehlungen in unterschiedlicher Komplexität möglich.

- Prinzipiell können abgeleitete Empfehlungen die beiden Bereiche medizinische Diagnostik/ Differentialdiagnostik und medizinische Behandlung betreffen, die dringend oder nicht dringend sein kann. Der Grad der Dringlichkeit ist z.B. abhängig von der Gefährdung des Lebens (Notfallbehandlung) und prognostischen Faktoren. Der Grad der Intensität medizinischer Interventionen, z.B. ambulant, teilstationär oder stationär, korrespondiert mit dem Schweregrad behandlungsbedürftiger Krankheit, am ehesten also bei akuten Gesundheitsstörungen.
 - Häufiger zu erwarten sind Empfehlungen, die auch andere therapeutische Bereiche betreffen. Aufgrund des Morbiditätsspektrums im höheren Lebensalter werden diese nicht ausschließlich, aber vorwiegend von kardio- und zerebrovaskulären Gesundheitsstörungen bestimmt sowie von muskulo-skelettalen Erkrankungen/Verletzungsfolgen und Stoffwechselerkrankungen. Deren Krankheitsfolgen benötigen besonders häufig Therapien aus den Bereichen der Physiotherapie, der Physikalischen Therapie (insbesondere Schmerzbehandlung, Lymphdrainage), der Ergotherapie und der Logopädie bzw. der Sprachheilbehandlung (Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie) sowie der Psychotherapie. Diese Therapieformen können ambulant in Praxen, Institutsambulanzen, ambulant zugehend (per Hausbesuch) sowie auch teilstationär, z.B. in geriatrischen Tageskliniken, in der Ambulanten geriatrischen Rehabilitation (AGR) und im ambulanten Bereich indikationsspezifischer Rehabilitation erbracht werden. Teilstationäre tagesklinische Behandlung und Rehabilitation wird dann empfohlen, wenn sich die Therapiebedürftigkeit auf verschiedene Therapieformen in Kombination erstreckt (wirtschaftlicher).
 - Zum Erhalt von Selbstständigkeit und Möglichkeiten zur Partizipation werden Hilfsmittel im weitesten Sinn, am häufigsten jedoch zur Sicherung von Mobilität eingesetzt und können ebenfalls Gegenstand der Empfehlungen sein. Generell steigt die Komplexität für die im Einzelfall tat-sächlich abgeleiteten Empfehlungen mit der Zahl beeinträchtigter gesundheitlicher Dimensionen. Praktisch alle gesundheitlichen Dimensionen und Lebensbereiche können in komplexer Weise durch das Vorliegen demenzieller Erkrankungen beeinträchtigt sein.
 - Auf Basis des umfassenden geriatrisch-gerontologischen Assessments kann weiterer Abklärungsbedarf bestehen, der durch den Hausarzt eingeleitet wird, so z.B. Labor-Leistungen; Memory-Klinik/Gedächtnissprechstunde; Empfehlungen zur Verordnung von Heilmitteln z.B. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, physikalische Therapie, Neuropsychologie; Empfehlungen zur Verordnung von Hilfsmitteln; Bildgebende Verfahren (Sonographie, konventionelles Röntgen, Computer-Tomographie, Magnet-Resonanz-Therapie).
- Zeitaufwand: insg. ca. 4,75 Std. inkl. Lucas-Auswertung, Aufklärung, Besprechung weiteres Vorgehen
 - Qualifikation: Geriater*in, Physiotherapeut*in/Sportwissenschaftler*in, Gerontolog*in, Dipl. Sozialpädagog*in/arbeiter*in oder Case Manager*in
 - Anzahl Leistungen pro Patient: 1 Assessment pro Teilnehmenden
 - Preis pro Leistung: 158,91 EUR
 - Anzahl der Leistungen insgesamt (SOLL): 1.000
 - Anzahl der Leistungen insgesamt (IST): 909

Eine Dokumentation der Prozesse in der Koordinierenden Stelle findet sich in der Anlage 16, ein beispielhaftes Fallkonferenz-Sheet in der Anlage 17, Beispiele für einen Patienten- und einen Arztbrief in den Anlagen 19 und 20.

4.1.2 Teilleistung Fall-Management Basis-Kontakt

Die NWGA-Teilnehmer werden bei der Umsetzung des für sie erstellten individuellen Unterstützungsplans durch Fallmanager*innen der Koordinierenden Stelle am Albertinen-Haus begleitet und unterstützt. Die Fallmanager*innen koordinieren die Inanspruchnahme der im Unterstützungsplan empfohlenen Leistungen. Sie halten regelmäßig Kontakt zu den Versicherten und nehmen bei Bedarf und nach Rücksprache mit dem Versicherten auch Kontakt zu weiteren Leistungserbringern (z. B. Haus- oder Facharzt etc.) auf. Wie häufig die Fallmanager*innen Kontakt zum Versicherten aufnehmen ist abhängig vom Umfang des Unterstützungsplans und dem sich daraus ableitenden Betreuungsbedarf des Versicherten. Die Fallmanager*innen in der Koordinierenden Stelle fungieren als erster Ansprechpartner der Teilnehmer und stehen diesen telefonisch, persönlich oder per Video-Chat für alle Fragen rund um ihre NWGA-Teilnahme zur Verfügung. Die Teilnehmenden nehmen ebenfalls (zu den oben aufgeführten proaktiven Anrufen durch die Fallmanager*innen) zu unterschiedlichen Fragestellungen telefonischen Kontakt mit dem/der Fallmanager*in auf. Je nach Thema wird eine individuelle Recherche durch den/die Fallmanager*in notwendig. Es erfolgt eine Dokumentation der recherchierten Ergebnisse und eine Zusendung an die Teilnehmenden in Form eines Briefes.

- Zeitaufwand: durchschnittlich ca. 35 Minuten
- Qualifikation: Gerontolog*in, Dipl. Sozialpädagog*in/arbeiter*in oder Case Manager*in
- Anzahl Leistungen pro Patient: durchschnittlich ca. 8 Basis-Kontakte pro Teilnehmenden
- Preis pro Leistung 92,82 EUR
- Anzahl der Leistungen insgesamt (SOLL): 8.763
- Anzahl der Leistungen insgesamt (IST): 7.577

Ein Muster-Dokumentationsbogen für die Follow-up Gespräche der Fallmanager*innen findet sich in der Anlage 18.

4.1.3 Teilleistung Fall-Management ausführliche Beratung

Während des Rekrutierungsprozesses hatte sich im Rahmen der Aufnahmegespräche herausgestellt, dass es bei vielen Teilnehmenden einen hohen Beratungsbedarf zu sozialen Leistungen gab (Pflegegrad, Schwerbehindertenausweis, finanzielle Unterstützungsleistungen usw.). Dieser Bedarf wurde und wird von den hierfür vorhandenen Anbietern (z.B. Pflegestützpunkte) nicht ausreichend abgedeckt. Ein Grund hierfür war, dass viele Teilnehmende erst nach längeren Gesprächen und mehreren Besuchen ein ausreichendes Vertrauen entwickelten, um auch schwierige pflegerische oder unangenehme finanzielle Fragen anzubringen. Das durch die Fallmanager*innen aufgebaute Vertrauen wurde genutzt, um den Teilnehmenden auch bei schwierigen Fragen und Situationen weiterhin eine Beratung in vertrauensvoller Atmosphäre und durch eine ihnen bekannte Person anbieten zu können. Weiterhin kann sich die gesundheitliche Situation der Teilnehmenden im Zeitverlauf ändern, so dass ggf. auch eine Anpassung der Empfehlungen im individuellen Unterstützungsplan erforderlich wird. Für solche Situationen gab die ausführliche Beratung ebenfalls Raum. Die ausführliche Beratung wird je nach Wunsch des Teilnehmers als telefonisches oder persönliches Gespräch angeboten.

- Zeitaufwand: durchschnittlich ca. 90 Minuten
- Qualifikation: Gerontolog*in, Dipl. Sozialpädagog*in/arbeiter*in oder Case Manager*in
- Anzahl der Leistungen pro Patient: im Durchschnitt ca. 1,5 pro Teilnehmenden
- Preis pro Leistung: 126,80 EUR
- Anzahl der Leistungen insgesamt (SOLL): 2.000
- Anzahl der Leistungen insgesamt (IST): 1.359

4.1.4 Teilleistung Hausbesuche

Rund 15 Prozent der Teilnehmenden sind in ihrer Mobilität hochgradig eingeschränkt oder aus anderen Gründen (z.B. aufgrund der Pflege eines Angehörigen) stark gefährdet, ihre Selbstständigkeit zu verlieren. Hier sind Hausbesuche der Fallmanager zur Beratung und Unterstützung bei Bedarf geboten, um den betroffenen Teilnehmenden die vollwertige Unterstützung des Fallmanagements zu gewährleisten. Die Hausbesuche sind inhaltlich identisch mit der ausführlichen Beratung.

- Zeitaufwand: durchschnittlich ca. 2,5 Std. (inkl. An- und Abreise). Qualifikation: Gerontolog*in, Dipl. Sozialpädagog*in/arbeiter*in oder Case Manager*in
- Anzahl der Leistungen pro Patient: 0,0011
- Preis pro Leistung: 162,16 EUR
- Anzahl der Leistungen insgesamt (SOLL): 300
- Anzahl der Leistungen insgesamt (IST): 145

4.1.5 Teilleistung Gruppenberatung

Während der Durchführung der sozialen Assessments stellten die Fallmanager*innen fest, dass einige Teilnehmende einen großen Bedarf am Austausch miteinander haben. Weiterhin gab es bestimmte gesundheitliche Fragestellungen, von denen viele Teilnehmende gleichermaßen betroffen waren. Beide Punkte ließen sich in Form von Gruppenberatungen adressieren. Die Teilnehmenden tauschen sich, angelehnt an die Idee von Selbsthilfegruppen, über bestimmte gesundheitliche Fragestellungen aus, wovon alle in einer Gruppe gleichermaßen betroffen waren. Moderiert und fachlich begleitet wurde dies von Fallmanager*innen. Durch das Angebot einer Gruppenberatung konnten zudem Kontakte geknüpft werden. Insbesondere diejenigen, die sich sehr einsam fühlten, konnten durch dieses Angebot neben der inhaltlichen Beratung auch etwas aus ihrer Isolation heraus kommen. Durch die Gruppenberatungen wurde neben einer Gesundheitsförderung auch die soziale Teilhabe der Teilnehmenden gefördert. Zusammen sollte sich dies wiederum positiv auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität auswirken, welche zum primären Outcome bei der Evaluation des NWGA zählt. Aufgrund der Corona-Pandemie mussten ab März 2020 die analogen Gruppengespräche abgesagt werden. Im weiteren Verlauf wurden einige Gruppengespräche digital weitergeführt. Es gab jedoch einen Teil der Teilnehmenden, die nicht an den digitalen Treffen teilnehmen konnten oder wollten, weil sie keinen Internetzugang hatten oder weil sie von den persönlichen Treffen vor Ort profitierten und dies in der digitalen Treffen nicht wiederfanden.

- Zeitaufwand: durchschnittlich 1,5 Std.
- Qualifikation: Gerontolog*in, Dipl. Sozialpädagog*in/arbeiter*in oder Case Manager*in
- Anzahl der Leistungen pro Patient: 0,26
- Preis pro Leistung: 16,91 EUR
- Anzahl der Leistungen insgesamt (SOLL): 400
- Anzahl der Leistungen insgesamt (IST): 240

4.1.6 Teilleistung Beratung Demenz

Teilnehmende, bei denen sich der Verdacht einer beginnenden Demenz zeigte als auch insbesondere Teilnehmende, die zuhause einen dementiell erkrankten Ehepartner betreuen, hatten direkt im Projekt eine Ansprechpartnerin für alle ihre Fragen rund um die Erkrankung, zur Alltagsgestaltung und Kommunikation sowie zu ambulanten Unterstützungs- und Entlastungsangeboten. In persönlichen Gesprächen erhielten sie ein offenes Ohr für ihre Sorgen und Ängste und fachliche Informationen rund um das Thema Demenz. Betroffene besuchten eine sogenannte „Betreuungsgruppe“ als niedrigschwelliges Angebot. Angehörige erhielten die Möglichkeit, sich in einmal monatlich stattfindenden Gesprächsgruppen mit andern Angehörigen, die sich in ähnlichen Situationen befinden, auszutauschen. Außerdem nahmen sie an dreitägigen Kursen zum Thema Demenz, Kommunikation und Entlastung teil.

Weitere Angebote waren das Tanz-Café „Café Alberti“ und eine Vortragsreihe zu Fragen rund um das Thema Demenz.

- Zeitaufwand: durchschnittlich: 45 Minuten
- Qualifikation: Gerontolog*in, Dipl. Sozialpädagog*in/arbeiter*in oder Case Manager*in mit Weiter- oder/und Fortbildung für den Bereich Demenz z.B. Integrative Validation, Weiterbildung zur Beratung von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz usw.
- Anzahl der Leistungen pro Patient: 0,23
- Preis pro Leistung: 40,63 EUR
- Anzahl der Leistungen insgesamt (SOLL): 499
- Anzahl der Leistungen insgesamt (IST): 206

4.1.7 Teilleistung qualitätsgesicherte Quartiersberatung

Ein Großteil der Teilnehmenden (ca. 70%) war noch selbständig mobil und an aktivierenden Angeboten interessiert. Diese waren und sind im Bezirk reichlich und mit ausreichender Qualität vorhanden, aber nirgendwo zentral gesammelt einsehbar oder bewertet. Hierzu bedurfte es eines Quartiermanagers der o. a. Aufgabe übernahm, die Angebote regelmäßig überprüfte und z. B. in einem Veranstaltungskalender oder auf einer Webseite aktualisierte, um so eine qualitätsgesicherte Beratung und Information über die vielfältigen Angebote im Bezirk zu gewährleisten. Diese Angebote, die überwiegend aus den Bereichen Gesundheit/Bewegung/Sport und Begegnung/Austausch stammten, förderten die soziale Teilhabe, die Mobilität und die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Teilnehmenden. Insbesondere über die Förderung der Mobilität durch Aktivitäten in den Bereichen Bewegung und Sport kann Pflegebedürftigkeit vermieden bzw. verzögert werden. Die Vermittlung von Angeboten aus dem Bezirk konnte als Teilaufgabe des Fallmanagements aufgrund der komplexen Anforderungen an das Fallmanagement insgesamt nicht adäquat abgebildet werden. Daher wurde mit dieser Aufgabe eigens ein Netzwerk-Manager betraut.

- Zeitaufwand: durchschnittlich ca. 45 – 120 Minuten
- Qualifikation: Person mit hoher Medienkompetenz, hoher und schneller Auffassungsgabe, Multitasking-Qualifikationen und Fachkunde auf dem Gebiet der Gerontologie
- Anzahl der Leistungen pro Patient: 6,36
- Preis pro Leistung: 20,00 EUR
- Anzahl der Leistungen insgesamt (SOLL): 4.500
- Anzahl der Leistungen insgesamt (IST): 5.784

4.1.8 Teilleistung Café PAUL

Das Café PAUL ist eine Einrichtung zur Vermittlung und Förderung digitaler (Gesundheits-) Kompetenzen und richtet sich an die NWGA-Teilnehmer, die ein PAUL-Tablet nutzen. Das Café PAUL bietet Schulungsveranstaltungen, die sich jeweils auf ein bestimmtes Thema konzentrieren, z. B. Wie nutze ich das Schwarze Brett? Wie funktioniert das Dienstleistungsportal? Wie nutze ich die Video-Telefonie und E-Mail? etc. Darüber hin-aus gibt es bei jeder Veranstaltung auch die Möglichkeit für die Teilnehmer, weitere Fragen mit dem Dozenten zu besprechen.

- Zeitaufwand: 3 Stunden wöchentlich
- Qualifikation: langjährige Erfahrung von Senioren in den Bereichen Tablets, Smartphones und Digitalisierung im Allgemeinen; Vermittlung der Inhalte mit viel Geduld und einfacher Sprache
- Preis pro Veranstaltung: 135,91 EUR
- Anzahl Veranstaltungen: 69
- Anzahl Teilnehmer an den Veranstaltungen: 858

Das Café PAUL war formal gesehen keine im Selektivvertrag vereinbarte Leistung sondern als Aufträge an Dritte im Finanzierungsplan des Albertinen Hauses eingeplant.

4.1.9 Soll-Ist-Vergleich der Teilleistungen

Tabelle 3: Soll-Ist-Vergleich der Teilleistungen

Teilleistung	Fallzahl SOLL	Fallzahl IST	Anmerkungen
Assessment	1.000	909	Insg. wurden 963 Versicherte in das NWGA eingeschlossen. 54 davon haben vor dem Assessment-Termin ihre Teilnahme widerrufen oder sind verstorben.
Basis-Kontakt	8.763	7.577	Das SOLL beruhte auf einer Schätzung des Bedarfs. Der tatsächliche Bedarf der Teilnehmenden viel geringer aus.
Ausführliche Beratung	2.000	1.359	Das SOLL beruhte auf einer Schätzung des Bedarfs. Der tatsächliche Bedarf der Teilnehmenden viel geringer aus.
Hausbesuche	300	145	Das SOLL beruhte auf einer Schätzung des Bedarfs. Der tatsächliche Bedarf der Teilnehmenden viel etwa geringer aus. Zudem wurden mit den Kontaktbeschränkungen im Zuge der Corona-Pandemie Hausbesuche unmöglich und gänzlich eingestellt werden.
Gruppenberatung	400	240	Mit den Kontaktbeschränkungen im Zuge der Corona-Pandemie mussten die Gruppenberatungen stark eingeschränkt werden.
Beratung Demenz	499	206	Das SOLL beruhte auf einer Schätzung des Bedarfs. Der tatsächliche Bedarf der Teilnehmenden viel geringer aus.
Quartiersberatung	4.500	5.784	Das SOLL beruhte auf einer Schätzung des Bedarfs. Der tatsächliche Bedarf der Teilnehmenden viel höher aus.
Café PAUL	858	858	Die Anerkennung des Café PAUL als Interventionsleistung hat sich über fast zwei Jahre erstreckt und konnte final erst nach dem Ende der Interventionsphase mit dem Förderer geklärt werden.

4.2 Rechtsgrundlage der neuen Versorgungsform

Das NWGA wurde auf der Grundlage eines Vertrages zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V mit folgenden Vertragsparteien durchgeführt: Albertinen Haus (Zentrum für Geriatrie und Gerontologie), Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. Regionalverband Hamburg, TK, BARMER, DAK-Gesundheit und KNAPPSCHAFT. Die Erbringung der Versorgungsleistungen auf der Basis dieses Vertrages erfolgte unproblematisch. Jedoch erwies sich die Übermittlung der Abrechnungsdaten vom Albertinen Haus an die vier beteiligten Krankenkassen als schwierig. Da das Albertinen Haus seine Aufwendungen direkt über Fördermittel finanzierte,

sollte die Übermittlung der Abrechnungsdaten an die Krankenkassen nicht mit einem Geldfluss von den Krankenkassen an das Albertinen Haus verbunden sein. Um den automatischen Rechnungslauf zu unterbinden, waren individuell unterschiedliche Maßnahmen bei den Krankenkassen erforderlich. Dies führte zu einem Mehraufwand beim Albertinen Haus, da es aus technischen Gründen nicht möglich war, über alle Krankenkassen hinweg eine einheitliche Lösung zu finden.

Die Versicherteninformationen zum Versorgungsvertrag finden sich in der Anlage 22.

4.3 Implementierung der neuen Versorgungsform

Das Herzstück des NWGA bildet die Koordinierende Stelle. Hier wurden die Assessments durchgeführt und waren die Fallmanager angesiedelt, welche die Teilnehmenden während der gesamten Projektlaufzeit betreut haben. Die Koordinierende Stelle wurde eigens für das NWGA gegründet und aufgebaut. Hierzu mussten zunächst im Albertinen Haus geeignete Räumlichkeiten gesucht werden. Diese wurden in der Johanna & Fritz Buch Ambulanz gefunden.

Für die interne Dokumentation musste eine Fallmanagement-Software am Markt beschafft und in mehreren Schritten an die spezifischen Anforderungen des NWGA angepasst werden. Die Johanniter haben die telefonische Erreichbarkeit der Koordinierenden Stelle außerhalb der regulären Öffnungszeiten (Mo.-Fr. von 8 bis 16 Uhr) sichergestellt, sodass die Teilnehmer 24/7 immer einen Ansprechpartner erreichen konnten. Hierzu musste für die Johanniter ein Zugang zur Fallmanagement-Software eingerichtet werden.

Infolge der hohen Response auf die Rekrutierungsanschreiben der beteiligten Krankenkassen kam es im Albertinen Haus zu einem Arbeitsrückstau, der lange Wartezeiten auf einen Assessment-Termin bei den Versicherten führte. Um diesen Rückstau rasch abarbeiten und die Wartezeiten verkürzen zu können, wurde für einige Zeit der Versand weiterer Anschreiben durch die Krankenkassen pausiert. Weiterhin wurde beschlossen, nur bei jenen Versicherten eine detaillierte Untersuchung mittels Gang-Analyse-Teppich durchzuführen, bei denen sich die Genese von Mobilitätsstörungen mit den Standard-untersuchungen nicht klären ließ.

Die ersten Teilnehmer wurden in den unmittelbar an das Albertinen Haus angrenzenden Wohngebieten rekrutiert. Anschließend wurde der Radius stetig erweitert. Je größer die Entfernung zum Albertinen Haus, desto mehr sank die Akzeptanz aufgrund der Anfahrtswege. Einige Versicherte waren aufgrund ihrer eingeschränkten Mobilität auf Taxis angewiesen, die sie jedoch nicht bezahlen konnten. Vor diesem Hintergrund wurde es erforderlich, für die betroffenen Teilnehmer die Fahrkosten zu übernehmen.

Um das NWGA bei den Hausärzten im Bezirk bekannt zu machen, wurden mit Unterstützung des Hamburger Hausärzterverbandes zwei Informationsveranstaltungen durchgeführt, bei denen Fortbildungspunkte für die teilnehmenden Ärzte vergeben wurden.

4.4 Implementierung der digitalen Plattform "PAUL"

Der ursprüngliche Projektplan sah vor, jeden NWGA-Teilnehmenden mit einem PAUL-Tablet auszustatten. Während der Rekrutierungsphase wurde im Rahmen des Sozial-Assessments das PAUL-Tablet erstmals den NWGA-Teilnehmern vorgestellt und deren potentiell Interesse abgefragt. Dabei stellte sich heraus, dass es schwierig werden würde, jeden Teilnehmenden von einer PAUL-Nutzung zu überzeugen. Dafür gibt es vielfältige Gründe:

- Das Teilnehmerfeld zeichnete sich von Anfang an als sehr heterogen hinsichtlich der „Technikaffinität“ ab: Ein überraschend großer Teil der Netzwerkteilnehmer war zum Zeitpunkt der Rekrutierung bereits sehr gut technisch ausgestattet und verfügte bereits über Laptops, PC, Smartphones oder Tablets oder hat Zugang zu Geräten, sodass bei diesen Teilnehmern kein weiteres Interesse an zusätzlicher Hardware bestand.
- Neben der oben beschriebenen, verhaltenen Nachfrage seitens der Teilnehmer verminderte die zum damaligen Zeitpunkt noch nicht vollständig entwickelte Version von PAULo zusätzlich die Akzeptanz für das Tablet. Einige Kernfunktionen (zum

Beispiele „Schwarzes Brett“) waren noch im Entwicklungsstadium und das Portal verfügte über wenige Inhalte. Darüber hinaus wünschten sich viele Teilnehmer noch zusätzliche Bedienungsmöglichkeiten bzw. Gesten wie Scrollen, Wischen, etc. von Albertinen wurden Funktionen wie z.B. Moderation im schwarzen Brett oder Funktionen zur Vereinfachung der Erstellung und Pflege von Inhalten gewünscht. Diese fehlenden Funktionen und Inhalte wurden inzwischen geliefert.

- Die Version PAULa war im gewünschten Leistungsumfang erst zum Ende der Teilnehmerrekrutierung (Ende 2018) verfügbar und schränkte durch umfangreiche Auflagen an die Wohnraumsituation das potenzielle Klientel zusätzlich ein.

Um die Akzeptanz der Teilnehmer zu erhöhen und die Attraktivität zu steigern, wurden frühzeitig eine Reihe von Maßnahmen ergriffen:

- Anstelle von ursprünglich geplanten Gruppeneinweisungen erhielt jeder Teilnehmer mit der Auslieferung seines PAUL-Tablets direkt eine Eins-zu-eins-Einweisung, die sich an seinen persönlichen Präferenzen orientierte. Zusätzlich erhielten die Teilnehmenden etwa zwei Wochen später nochmals einen aktivierenden Anruf, um zu klären, ob noch Fragen aufgetaucht sind und wie gut sich die Teilnehmenden mit dem Tablet zurecht fanden.
- Die Koordinierende Stelle wurde zusätzlich mit einem „PAUL-Manager“ personell aufgestockt. Dieser hat zum einen die Aufgabe, das Fallmanagement-Personal hinsichtlich der „PAUL-Ansprache“ der Teilnehmer zu schulen, Teilnehmer-Schulungen zu organisieren, Installations-Abläufe zu optimieren und Inhalte auf PAUL zu pflegen.
- Seitens der Technik wurden LTE-Router mit integrierter SIM-Karte bereitgestellt, um ein kostenloses Internet anbieten zu können. Damit wurde auch die für die Senioren zum Teil die zu große Hürde einer Vertragsänderung bei den Telefonanbietern beseitigt.
- Weiterhin hat der KP CIBEK mit PAULo ohne Hardware („PAULi“) einen zusätzlichen Zugang zu den bereits bestehenden Modulen (Schwarzes Brett, Dienstleistungsportal, Video-Telefonie, Infomodul) geschaffen. Ein PAUL-Tablet verfügt in seiner Grundausstattung über Funktionen wie Webbrowser, E-Mail-Client und Kalender - also Funktionen, die auf jedem handelsüblichen Notebook, Smartphone oder Tablet verfügbar sind. Neben der einfacheren und an Senioren angepassten Benutzerführung ist das Besondere an PAUL der exklusive Zugang zu den spezifischen NWGA-Portalen. Dabei handelt es sich um das digitale Schwarze Brett mit Veranstaltungsinformationen aus dem Quartier und von den Teilnehmern selbst angelegte Nutzergruppen sowie um das Dienstleistungsportal mit Angeboten aus den Bereichen haushaltsnahe Dienstleistungen, Sport/Bewegung, Gesundheit und Kultur aus dem Bezirk Hamburg-Eimsbüttel. Weiterhin zählt auch die Videotelefonie-Applikation dazu, welche u. a. auch für die Kontaktaufnahme zwischen Teilnehmer und Fallmanagerin genutzt wird. Diese Anwendungen waren ursprünglich an die Hardware gebunden, d. h. nur über ein PAUL-Tablet erreichbar. Da die NWGA Teilnehmer, die bereits über ein eigenes Endgerät verfügen oder Zugang zu Geräten haben, kein weiteres Tablet haben wollten, waren diese zunächst vom Zugang zu den NWGA-Portalen ausgeschlossen. Dadurch sind nun gerade jene Teilnehmer, die bereits technisch gut angebunden sind, im Nachteil. Um diesen als "ungerecht" empfundenen Umstand zu beheben, wurde für alle Teilnehmer ein webbasierter Zugang zu den bestehenden Portalen geschaffen. Über eine Website können nun alle Teilnehmer auf die NWGA-Portale zugreifen. Wer dies wünscht, kann diesen Zugang auch auf seine

Mailadresse registrieren, alle anderen bekamen eine Mailadresse zugewiesen. Der webbasierte Zugang wird gegenüber den Teilnehmern als "PAULi" bezeichnet (i = Internetzugang). Aus technischer Sicht handelt es sich hierbei jedoch um die Systemversion "PAULo", jedoch ohne Hardware. Die Nutzer werden durch die Kombination aus den Standard-Funktionen ihrer eigenen Endgeräte und dem webbasierten Zugang zu den NWGA-Portalen gleichgestellt mit den Nutzern, die das PAULo Tablet nutzen. Es handelt sich daher nicht um eine neue Anwendung, sondern lediglich um einen zusätzlichen vereinfachten Zugangsweg zu bereits bestehenden Anwendungen. Die Notwendigkeit für eine Lösung PAULo ohne Hardware war im Vorfeld auch mit Blick auf frühere Projekte, bei denen Senioren-Tablets zum Einsatz kamen, nicht absehbar. Es zählt zu den zentralen Erkenntnissen des NWGA-Projekts, dass es im Kreise der älteren Menschen eine Entwicklung dahingehend gibt, dass es sowohl gut ausgestattete und technisch versierte ältere (gebrechliche) Menschen gibt, ebenso wie Menschen ohne jegliche Vorerfahrung. Daher kann es als eine Erkenntnis des NWGA angesehen werden, dass es sehr flexible Systeme und Angebote braucht, um künftig alle Gruppen gleichermaßen abzuholen und in die Digitalisierung einzubeziehen.

- Um den Zugang zu PAULa zu erleichtern und einen größeren Personenkreis ansprechen zu können, wurde ein modularer Aufbau der Komponenten (ggf. Abschaltung der Hilflösigkeitserkennung, Weglassen von Bewegungsmeldern / ausschließlicher Einsatz von Funktastern) beschlossen. Dies ermöglicht nun auch die Installation in Mehr-Personen-Haushalten und in Haushalten mit Haustieren.
- Das Feedback der Teilnehmer bzgl. Funktionalität und Handling wurde stetig zeitnah eingearbeitet und so versucht die Akzeptanz und Nutzung zu verbessern.
- Um den Teilnehmenden den Übergang in die digitale Welt zu erleichtern, wurde im Albertinen Haus das Café PAUL ins Leben gerufen und weiterentwickelt (siehe Kapitel 4.1.8). Es wurde ein WLAN in den Räumen des Café PAUL eingerichtet und die Tablets aller Teilnehmer umparametrisiert, sodass sich die Geräte bei einem Besuch im Albertinen Haus dort automatisch mit dem WLAN verbinden. Darüber hinaus konnte ein neuer, in der Schulung von Senioren (für Tablets, Smartphones, Internet im Allgemeinen) sehr erfahrener Betreuer für das Café PAUL gewonnen und Thementage, in denen einzelne Funktionen von PAUL durch ihn geschult werden, ins Leben gerufen werden. Um die Teilnehmer darüber in Kenntnis zu setzen, haben alle PAUL-Nutzer ein Rundschreiben mit sämtlichen Informationen, Neuerungen und Terminen zum Café PAUL erhalten.
- Ein Thema der (sich wiederholenden) Thementage ist unter anderem das Thema „Neue Versionen“, bei dem explizit die verschiedenen Versionen vorgestellt und erklärt werden.
- Zur Steigerung der Aufmerksamkeit enthält jeder „NetzWerkBote“, der NWGA-Newsletter für alle Teilnehmer, eine eigene „Rund um PAUL“ Seite, auf der sämtliche Termine und Neuerungen kommuniziert werden.
- Darüber hinaus ist „PAUL“ bei allen Gesprächen der Fallmanager*inne mit den Teilnehmern ein Kernthema, bei dem Interessen und Bedarfe abgeklärt werden.

Letztendlich konnten 400 von 900 NWGA-Teilnehmer für die Nutzung von PAUL motiviert werden. Sowohl aus der Akzeptanz als auch aus der Ablehnung der PAUL-Systeme konnten wertvolle Erkenntnisse und Erfahrungen gewonnen werden, die künftig bei ähnlichen Projekten genutzt werden können.

Die im Projekt erstellten Infomaterialien zu PAUL finden sich in den Anlagen 10 bis 15. Schulungsmaterialien für die Fallmanager sowie System- und Prozessbeschreibungen finden sich in den Anlagen 24 bis 27.

5. Methodik

5.1 Wirksamkeits- und gesundheitsökonomische Evaluation (Universität Bielefeld)

5.1.1 Studiendesign

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine quasi-experimentelle, prospektive Interventionsstudie. Die neue Versorgungsform wurde in der Interventionsregion Hamburg-Eppendorf (IG) getestet und einer Kontrollgruppe (KG) aus vergleichbaren Regionen gegenübergestellt. Die Studienteilnehmenden wurden zwischen September 2017 und Dezember 2018 rekrutiert und bis Ende des dritten Quartals 2020 beobachtet. Für die Wirksamkeits- und der gesundheitsökonomischen Evaluation wird zudem das versichertenindividuelle Vorjahr (basierend auf den GKV-Routinedaten) einbezogen. Die Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg genehmigte die Studie (Bearb.-Nr.: PV5484). Die Finanzierung erfolgte durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Die Evaluation der Wirksamkeit sowie die gesundheitsökonomische Evaluation wurden vom Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement als unabhängiger Evaluators konzipiert und durchgeführt.

5.1.2 Studienkollektiv

Die Identifikation der Zielgruppe erfolgte u. a. über den LUCAS Funktions-Index (LUCAS- FI), welcher über Selbstauskünfte die funktionalen Risiken und Reserven älterer Menschen erfasst (Dapp, Minder, Anders, Golgert & Renteln-Kruse, 2014). Weitere Ein- und Ausschlusskriterien, sind in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4: Ein- und Ausschlusskriterien der Teilnehmerrekrutierung.

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<ul style="list-style-type: none"> - 70 Jahre und älter - LUCAS-FI: postROBUST, preFRAIL, FRAIL - Schriftliche Einwilligung in die Studie und zur Teilnahme an der besonderen Versorgung nach §140a SGBV (IG) 	<ul style="list-style-type: none"> - Keine deutschen Sprachkenntnisse - Dauerhafte Unterbringung in stationären Altenhilfeeinrichtungen/ Demenz-WG - Pflegegrad ≥ 4 - Eintragung eines gesetzlichen Vertreters

Da die Bildung einer KG und eine direkte Randomisierung der Teilnehmenden in der Interventionsregion nicht umgesetzt werden konnte, wurde die KG aus Vergleichsregionen rekrutiert. Basierend auf ausgewählten Versorgungsdaten der Techniker Krankenkasse (TK) und der Statistischen Landesämter (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung, 2021) wurden urbane Regionen ermittelt, die hinsichtlich der soziodemographischen Situation, des Pflegebedarfs und der Versorgungslage mit der Interventionsregion vergleichbar waren. Nach Abschluss der Rekrutierung wurden den Interventionsversicherten, mittels 1:2-Matching (exaktes Matching), geeignete Kontrollversicherte zugeordnet. Das Ziel dieses Vorgehens bestand darin, zwei bezüglich der wesentlichen Einflussfaktoren auf den primären Endpunkt möglichst ähnliche Gruppen zu identifizieren. Als Matching-Variablen wurden demnach der LUCAS-FI bzw. der Pflegegrad, das Geburtsjahr, das Geschlecht, der Familienstand und die Wohnsituation (Anzahl) berücksichtigt.

5.1.3 Fallzahlkalkulation

Die Fallzahlkalkulation basierte auf der Annahme, dass durch die neue Versorgungsform die Progression der Pflegebedürftigkeit (Anteil der Versicherten mit mindestens einem Erst- oder Höherstufungsantrag) innerhalb der IG konstant bleibt, während sie in der KG um 22-23 % über die gesamte Beobachtungszeit steigt. Um den Ausgangswert des primären Outcomes in der Zielregion zu ermitteln, wurde eine Vorauswertung von Abrechnungsdaten der TK der Jahre 2013 und 2014 durchgeführt. Der binären Ausprägung des Endpunktes entsprechend, wurde die Fallzahlkalkulation für logistischen Regressionen mittels G-Power Version 3.1.9.2 (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007) durchgeführt. Mit einem Powerniveau ($1-\beta$) von 80 % und einem Signifikanzniveau (α) von 5 % werden in der IG 800 Teilnehmende für die statistischen Auswertungen benötigt. Bei einer Drop-Out-Rate von insgesamt 20 % müssen 1.000 Versicherte in die Studie eingeschrieben werden, welche mit einer KG (Verhältnis 1:2) von 2.000 Versicherten gegenübergestellt werden.

5.1.4 Effektmaße

Als primäres Outcome wurde die Progression der Pflegebedürftigkeit im Sinne mindestens eines Erst- bzw. Höherstufungsantrags der Pflegestufe bzw. ab 2017, als Indikator für pflegerischen Unterstützungsbedarf bzw. Pflegebedürftigkeit, definiert (vgl. Tabelle 5). Die sekundären Endpunkte umfassen den Pflegegrad am Ende der Beobachtungszeit, die Mortalität, die Morbidität anhand des Charlson Comorbidity Scores (Charlson, Pompei, Ales & MacKenzie, 1987; Quan et al., 2011), die ambulante und stationäre Leistungsanspruchnahme, die Arzneimitteltherapiesicherheit im Sinne potenziell inadäquater Medikation (PIM) (PRISCUS-Liste nach Holt, Schmiedl und Thürmann (2010)) und die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen. Auf Basis von Selbstangaben der Studienteilnehmenden wurde darüber hinaus die gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQoL anhand des SF-36) analysiert. Relevante Outcomes für die gesundheitsökonomische Evaluation sind der Ressourcenverbrauch bzw. die damit verbundenen Kosten der Leistungsanspruchnahme. Für die IG kommen die Kosten der Interventionsleistungen hinzu. Als kombinierter Endpunkt aus Kosten und Effektivität ist zudem das inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Verhältnis (ICER) (Drummond, Sculpher, Claxton, Stoddart & Torrance, 2015) bzgl. des primären Outcomes und relevanter sekundärer Endpunkte von Interesse.

Tabelle 5: Operationalisierung der gewählten Endpunkte (primär und sekundär; eigene Darstellung).

Outcome	Operationalisierung
Primäres Outcome	
Progression der Pflegebedürftigkeit	Pflegegrad Erst-/ Höherstufungsantrag (ja/nein)
Sekundäre Outcomes	
Pflegebedürftigkeit	Kein Pflegegrad (0), Pflegegrad (1-5)
Mortalität	Tod (ja/nein)
Morbidität	Charlson Comorbidity Score (Charlson et al., 1987; Quan et al., 2011)
Hospitalisierung	Hospitalisierung (ja/nein)
	Anzahl der Krankenhausaufenthalte
	Anzahl der Krankenhaustage
Ambulante Leistungen	Anzahl ambulanter Arztkontakte
Arzneimitteltherapiesicherheit	PIM-Verschreibung (via PRISCUS-Liste) (ja/nein)

Pflegeleistung	Inanspruchnahme einer Pflegeleistung nach SGB XI (ja/nein)
Gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQoL)	Short Form (SF-36) Version 2.0 (SF-36v2)
Kosten der Leistungsanspruchnahme	Ambulant ärztliche Leistungen, Krankenhausaufenthalte, Arzneimittel, Rehabilitationsleistungen, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege, Fahrdienste, Interventionsleistungen (nur IG)
ICER	Kosten pro vermiedene/verhinderte Progression der Pflegebedürftigkeit (primäres Outcome)

5.1.5 Datengrundlage

Die Datenbasis der Studie bilden die primär erhobenen Daten sowie die Sekundärdaten der beteiligten Krankenkassen. Die Primärdatenerhebungen umfassen die Zeitpunkte T0 (Beginn der Studie), T1 (12 Monate nach Studieneinschluss) und T2 (21 Monate nach Studieneinschluss). Mittels Fragebogen wurden zu diesen Zeitpunkten die soziodemografischen Eigenschaften (T0) und die gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQoL, SF-36v2) (T0, T1, T2) sowohl der IG als auch der KG erhoben. Darüber hinaus wurden die funktionalen Risiken und Reserven (LUCAS-FI) der Teilnehmenden ohne Pflegegrad erfasst, wofür zunächst eine Filterfrage hinsichtlich eines möglichen Pflegegrades erforderlich war (T0, T1, T2). Der Versand der Befragungsunterlagen erfolgte durch die teilnehmenden Krankenkassen, welche über die persönlichen Daten der Versicherten verfügen. Mittels der beigefügten Rückumschläge wurden die Fragebögen von den Teilnehmenden direkt an die jeweilige Eingabestelle gesendet. Während die Dateneingabe der ersten Befragungswelle vom Albertinen-Haus (IG) und der Universität Bielefeld (KG) durchgeführt wurde, oblag die Eingabe und Auswertung aller weiteren Follow-Up-Zeitpunkte der Universität Bielefeld. Die Sekundärdaten, d. h. die relevanten Abrechnungsdaten für die teilnehmenden Versicherten, wurden von den beteiligten Kassen an den Evaluator übermittelt. Die Daten umfassen das versichertenindividuelle Jahr vor Einschluss sowie die Studienlaufzeit bis 30.09.2020. Der Datenschutz sowie die Möglichkeit der Zusammenführung beider Datenquellen wurden über die Vergabe eines Versichertenpseudonyms sichergestellt. Der evaluierenden Stelle lagen somit ausschließlich pseudonymisierte Daten der teilnehmenden Versicherten zur Auswertung vor.

Die Fragebögen für T0, T1 und T2 finden sich in der Anlage 21; die Infoblätter zur Befragung in der Anlage 23.

5.1.6 Statistische Analyse

Für die Analysen der primären und sekundären Outcomes wurden deskriptive und inferenzstatistische Auswertungsmethoden angewendet. Zunächst wurden relevante Baselinecharakteristika der Studienpopulation untersucht und t-Tests (metrische Merkmale) sowie Chi²-Tests (kategoriale Merkmale) durchgeführt, um mögliche Gruppenunterschiede zu identifizieren. Anschließend wurden die zu untersuchenden Endpunkte sowohl in der IG als auch in der KG mit verschiedenen Lage- und Streumaßen ausgewertet. Aufgrund des Zeitverzugs der Rekrutierung der Interventionsteilnehmenden, besteht ein Zusammenhang zwischen der Studiengruppe und der individuellen Studienlaufzeit. Eine Aufnahme beider Variablen in die verschiedenen Regressionsmodelle führt daher zu Multikollinearität. Aus diesem Grund wurde als Zeithorizont der Analysen grundsätzlich der kollektive Beobachtungszeitraum von 21 Studienmonaten angesetzt. Dabei kontrolliert die unabhängige Variable der Studienlaufzeit lediglich, ob dieser Zeitraum vollständig vorlag. Die

inferenzstatistischen Analysen der primären und sekundären Outcomes erfolgten über statistische Testverfahren und Regressionsmodelle. Den Auswertungen, welche mithilfe der Statistiksoftware R Version 4.0.3 (R Core Team, 2020) durchgeführt wurden, lag ein Signifikanzniveau von 5 % zugrunde.

Das primäre Outcome, basierend auf den GKV-Routinedaten, wurde zunächst im Rahmen eines Prä-Post-Vergleichs (Vorjahr vs. Studienzeitraum) innerhalb beider Studiengruppen analysiert. Hierfür wurden Odds Ratios (OR) berechnet und Null-Hypothesen-Tests (OR=1) durchgeführt. Um Unterschiede zwischen der IG und der KG hinsichtlich der verschiedenen Outcomes zu identifizieren, wurden geeignete Regressionsmodelle geschätzt. Dies ist erforderlich, da im Rahmen des Matchings nicht alle potenziell relevanten Einflussvariablen berücksichtigt werden konnten und sich die Studienpopulation aufgrund von Drop-Outs noch geringfügig verändert hat. Für die Analysen wurden zunächst alle für das jeweilige Outcome potenziell relevanten Kontrollvariablen aus den folgenden Parametern (vgl. Tabelle 6) theoriegeleitet ausgewählt.

Tabelle 6: Potenziell relevante Kontrollvariablen für die inferenzstatistischen Auswertungen.

Kontrollvariable	Operationalisierung	Kodierung
Alter	Jahre	Numerisch
Geschlecht	Männlich/ weiblich	Binär (0/1)
Familienstand bei Studieneinschluss	Ledig/ verheiratet	Binär (0/1)
Wohnsituation bei Studieneinschluss	Anzahl der im Haushalt lebenden Personen	Numerisch
LUCAS-FI bzw. Pflegegrad bei Studieneinschluss	LUCAS-FI; Pflegegrad	Ordinal (1-5)
Charlson Comorbidity Score des Vorjahres	Berechnung des Scores auf Basis der ICD-10 Diagnosen des Vorjahres	Numerisch (fehlender Wert=bester Score-Wert)
Krankenhausaufenthalte im Vorjahr	Anzahl	Numerisch (fehlender Wert=Mittelwert)
Krankenhaustage im Vorjahr	Anzahl	Numerisch (fehlender Wert=Mittelwert)
Arztkontakte im Vorjahr	Anzahl	Numerisch (fehlender Wert=Mittelwert)
Studienlaufzeit	Monate	Numerisch
Zeitpunkt des Einschlusses	Clustervariable der Einschlussmonate	Ordinal (1-6)

Basierend auf dieser Auswahl wurde das beste Modell anhand des Akaike-Informationskriteriums (Akaike Information Criterion – AIC) mittels „backward selection“ identifiziert (Fahrmeir, Kneib, Lang & Marx, 2013). Sofern die Studiengruppe nach der Selektion nicht mehr im Modell enthalten war, wurde sie, im Hinblick auf das Erkenntnisinteresse der Studie, nachträglich wieder aufgenommen. Im Rahmen der Modellselektion wurde für potenziell falsche Ergebnisse aufgrund der Multiplikation der Fehler 1. Art kontrolliert. Sofern relevante signifikante Ergebnisse für die Studiengruppe identifiziert wurden, wurde zudem die Einordnung nach Bonferroni-Korrektur, welche die Alphafehler-Kumulierung bei multiplen Vergleichen neutralisiert, berichtet. Insgesamt wurden 20 Tests und Regressionsmodelle angewendet. Das adjustierte Signifikanzniveau liegt demnach bei 0,25 % ($p^*=0,05/20$). Zur Identifikation geeigneter Regressionsmodelle wurden die Verteilungen der

betrachteten Variablen anhand von Histogrammen und Dichtekurven analysiert. Diese wurden anschließend mit den Verteilungen der Modellvorhersagen verglichen. Im Hinblick auf die Verlässlichkeit der Ergebnisse, wurden zusätzlich geeignete diagnostische Verfahren zur Bewertung der Modellgüte der Regressionsanalysen eingesetzt.

5.1.7 Analyse der Kosten-Effektivität

Für die Analyse der Kosteneffektivität wurden die Inanspruchnahme bzw. der Ressourcenverbrauch und die damit verbundenen Kosten untersucht. Dabei wurden die folgenden Leistungsbereiche berücksichtigt: Ambulante Arztkontakte, Krankenhausaufenthalte, Arzneimittel, (GKV-finanzierte) Rehabilitation, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege, Fahrtkosten. In einem ersten Schritt wurden deskriptive Auswertungen erstellt, um die Inanspruchnahme und die Kosten in der Stichprobe differenziert nach den oben genannten Leistungsbereichen zu beschreiben. Mittels linearem Regressionsmodell wurden in einem zweiten Schritt (kontrolliert für etwaige Einflussfaktoren) mögliche Gruppenunterschiede in den Gesamtkosten identifiziert. Die Auswertung erfolgte mithilfe der Statistiksoftware R (Version 4.0.3) und einem gewählten Signifikanzniveau von 5 %.

5.2 Evaluation von Akzeptanz, Strukturen und Prozessen (Albertinen Haus)

5.2.1 Rekrutierung

Die Zielgruppenidentifikation erfolgte durch den Einsatz des LUCAS Funktions-Index. Der allmähliche Verlust von Reserven und beschleunigter funktionaler Abbau im Sinne von Frailty (Bergman et al. 2004) erfolgen oft schleichend, der Eintritt in Pflegebedürftigkeit findet umso dramatischer statt. Gebräuchliche Verfahren zur Erkennung von Frailty erfassen Risiken/Defizite und bedienen sich klinischer Testungen, während der LUCAS Funktions-Index die Selbstauskünfte älterer Menschen nutzt und zu gleichen Anteilen funktionale Risiken, die alltagsrelevanten Funktionsverlusten vorausgehen, sowie auch funktionale Reserven erfasst (Dapp et al. 2014). Dies ermöglicht die Einteilung in die Funktions-Klassen ROBUST (viele Reserven & kaum Risiken), postROBUST (viele Reserven & viele Risiken), preFRAIL (kaum Risiken & kaum Reserven), FRAIL (viele Risiken & kaum Reserven). Versicherte mit dem Funktionsstatus postRobust, preFRAIL oder FRAIL sind Zielgruppe des NWGA. Zur Erhebung des LUCAS Funktions-Index verschickten die beteiligte Krankenkassen (TK, BARMER, DAK, KNAPPSCHAFT) Anschreiben incl. beiliegenden Selbstaussfüller-Fragebogen (Eingangsfragebogen) an ihre Versicherten. Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurde zur Auswertung des Fragenbogen-Rücklaufs eine Vertrauensstelle am Albertinen Haus eingerichtet.

Einschluss

Zuhause lebende, mindestens 70-jährige, die deutsche Sprache ausreichend beherrschende Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen in der Pilotregion (Hamburg-Eimsbüttel).

Gruppe 1 (NWGA Geeignete, Teilnahme möglich): Personen nach Einschlusskriterien, die über ein validiertes Screening-Instrumentarium (LUCAS Funktions-Index) als Personen identifiziert wurden, die altersbedingt besonders gefährdet sind, hilfs- und pflegebedürftig zu werden sowie Versicherte mit Pflegegrad 1-3.

Gruppe 2 (NWGA Interessenten, Teilnahme nicht möglich): Versicherte, die darin eingewilligt haben, dass bei ihnen die NWGA Einschlusskriterien geprüft werden, diese jedoch nicht erfüllen und sich deshalb nicht in das NWGA einschreiben können.

Gruppe 3 (NWGA Non-Responder): Versicherte, die von den Krankenkassen zur Teilnahmerekrutierung für das NWGA angeschrieben wurden, auf diese Anschreiben jedoch

nicht reagiert haben, d. h. die den Fragebogen zur Prüfung der NWGA Einschlusskriterien nicht zurückgeschickt haben.

Die durch diese Auswertung ermittelte Gruppe der für das NWGA Projekt geeigneten Personen (Gruppe 1: postROBUST, preFRAIL, FRAIL, Pflegegrad 1-3) wurde an die Koordinierende Stelle weitergeleitet, von der aus die Gruppe postalisch ein Informationsschreiben erhielt. Anschließend wurde telefonisch das konkrete Angebot zur Teilnahme am NWGA Projekt übermittelt, das Interesse an der Teilnahme dokumentiert und bei Interesse Termine vereinbart. In diesem Zusammenhang wurden schriftliche Einwilligungen zur Teilnahme unterzeichnet (Gruppe 1a). Geeignete Personen ohne Einwilligung bildeten die Gruppe der Ablehnenden (Gruppe 1b).

Ausschluss

Versicherte mit dauerhafter Unterbringung in vollstationärer Pflegeeinrichtung oder Demenz-WG sowie Versicherte mit Pflegegrad 4-5.

5.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

5.2.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien der Akzeptanzanalyse

Es handelt sich um eine die Analyse einer Vollerhebung nach Einschlusskriterien. Siehe Punkt 5.2.1 Rekrutierung.

5.2.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien der Strukturanalyse

Einschluss: Teilnehmende geeignete Versicherte (Gruppe 1a) nach Rekrutierung (vgl. Punkt 5.2.1 Rekrutierung). Teilnehmende, die nach erfolgreichem Abschluss der Rekrutierung aus unterschiedlichsten Gründen ausstiegen oder verstarben, wurden nicht standardmäßig aus den Analysen ausgeschlossen.

Ausschluss: Teilnehmende, die im Verlauf der Rekrutierung (d.h. zwischen Einwilligung ins Projekt und Versand des Arztbriefes bzw. individuellen Unterstützungsplans) ausstiegen oder verstarben sowie Teilnehmende, für die kein vollständiges Assessment vorlag.

5.2.2.3 Ein- und Ausschlusskriterien der Prozessanalyse

Einschluss: Teilnehmende (Gruppe 1a) nach Rekrutierung (vgl. Punkt 5.2.1 Rekrutierung) zuzüglich Teilnehmende mit unvollständigen Assessments.

Ausschluss (nur betreffend der 6-Monats-Follow-up Analyse): Teilnehmende, die vor Erhebung des 6-Monate-Follow-up ausstiegen.

5.2.3 Fragestellung und Datenerhebung

5.2.3.1 Fragestellung und Datenerhebung der Akzeptanzanalyse

Eine umfassende Evaluation wurde durch die Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg uneingeschränkt positiv begutachtet und bewilligt. Auf die große Bedeutung von Evaluationen in Ergänzung zu konfirmatorischen und ökonomischen Prüfungen wurde speziell vom Expertenbeirat des Innovationsfonds hingewiesen (Blettner et al. 2018). Im NWGA Projekt sind Fragen der Akzeptanz von herausragender Bedeutung. Essenziell ist die Frage nach Vergleichbarkeit bzw. möglicher Verallgemeinerung. Damit stellt sich die Frage nach Variablen, von denen bekannt ist, dass sie die Wirksamkeit beeinflussen können. Hierfür kann auf vorhandene Literatur (Kamtsiuris et al. 2013) sowie Ergebnisse eigener Alterns- und Versorgungsforschung bei alten und sehr alten Menschen zurückgegriffen werden (Dapp et al. 2011, Dapp et al. 2012, Dapp et al. 2016, von Renteln-Kruse & Minder 2016).

Für die Ausprägung der Akzeptanz der innovativen Versorgungsform, vermittelt in und durch die Koordinierende Stelle des NWGA, sind zum einen sozio-demografische Merkmale und zum anderen Merkmale des Krankheitsgeschehens bzw. der Morbidität (Krankheitslast) zu unterscheiden. Diese Faktoren können mit Kontextfaktoren interagieren. So steigt mit

steigendem Lebensalter die Wahrscheinlichkeit für alltagsrelevante funktionale Einschränkungen, wie beispielsweise der Mobilität, die grundlegend für Selbstständigkeit ist (Judge et al. 1996, Fried et al. 1997, Dunlop et al. 1997, Hirvensalo et al. 2000, Fuchs et al. 2013, Dapp 2017). Zudem ist bekannt, dass ältere Frauen verglichen mit gleichaltrigen Männern eher stärker funktional beeinträchtigt sind (Dunlop et al. 1997, Hirvensalo et al. 2000, Fuchs et al. 2013, Dapp 2017). Ältere Frauen leben deutlich häufiger allein (Freie und Hansestadt Hamburg 2021). Das Response-Verhalten älterer Personen mit Migrationshintergrund ist different, d.h. eher ungünstiger (Freie und Hansestadt Hamburg 2021). Die Entfernung zwischen Wohnort und Koordinierender Stelle ist von Relevanz, denn funktionale Einschränkungen älterer Menschen sind für die Möglichkeiten, Entfernungen zu überwinden und damit auch für die Nutzung von gesundheitsrelevanten Angeboten entscheidend (Dapp 2017). Stationäre Krankenhausaufenthalte und Verweildauern incl. Haupt- und Nebendiagnosen, die Anzahl der Arztkontakte sowie Hilfs-/Pflegebedürftigkeit geben zusammen unterschiedliche Morbiditäts-Muster, die ebenfalls mit der Geschlechtszugehörigkeit assoziiert sind. Die Inanspruchnahme verschiedener Präventions- und Versorgungsleistungen ist geschlechtsspezifisch unterschiedlich (von Renteln-Kruse 2001, Rattay et al. 2013).

Entsprechend der Vorgaben und Zielsetzungen des Innovationsfonds soll durch das Projekt aufgezeigt werden, wie die Versorgungsmodule des NWGA nach Ende der Förderung zielgerichtet in die Regelversorgung überführt werden können. Dies beinhaltet die wissenschaftliche Begleitforschung zur Akzeptanz des Versorgungsangebots im Rahmen des NWGA. Dies ist nur möglich, indem angeschriebene Versicherte, die sich für die Teilnahme entscheiden, mit den angeschriebenen Versicherten verglichen werden, die sich gegen die Teilnahme entscheiden. Zwei weitere Gruppen sind die angeschriebenen Versicherten, die sich für eine Teilnahme interessieren, jedoch vom NWGA ausgeschlossen werden müssen, da sie die Einschlusskriterien nicht erfüllen und die Versicherten, die die Einschlusskriterien erfüllen, eine Teilnahme letztendlich dennoch ablehnen. Somit ergeben sich vier Subgruppen für die Akzeptanzanalyse:

- Gruppe 1a (NWGA Teilnehmende): Versicherte, die die Einschlusskriterien erfüllen und sich in den Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V für das NWGA einschreiben.
- Gruppe 1b (NWGA Ablehnende): Versicherte, die die Einschlusskriterien erfüllen, sich aber nicht in den Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V für das NWGA einschreiben.
- Gruppe 2 (NWGA Interessenten, Teilnahme nicht möglich): Versicherte, die darin eingewilligt haben, dass bei ihnen die NWGA Einschlusskriterien geprüft werden, diese jedoch nicht erfüllen und sich deshalb nicht in das NWGA einschreiben können.
- Gruppe 3 (NWGA Non-Responder): Versicherte, die von den Krankenkassen zur Teilnahmerekrutierung für das NWGA angeschrieben wurden, auf diese Anschreiben jedoch nicht reagiert haben, d. h. die den Fragebogen zur Prüfung der NWGA Einschlusskriterien nicht zurückgeschickt haben.

Anhand von neun Hypothesen (H1-9) sollte analysiert werden, ob sich die Gesamtgruppe aller angeschriebenen Versicherten bezüglich sozio-demographischer oder gesundheitlicher Faktoren unterscheidet von den vier Subgruppen (1a, 1b, 2,3), die die Entscheidung für oder gegen die Teilnahme an dem innovativen NWGA beeinflusst haben könnten:

- Hypothese 1 (H1): Es zeigen sich keine Alters-Unterschiede bei den angeschriebenen mindestens 70 Jahre alten Versicherten.
- Hypothese 2 (H2): Es zeigen sich keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen.
- Hypothese 3 (H3): Es zeigen sich keine Unterschiede bezüglich des Versichertenstatus (Mitglied, Rentner, Familienversichert)

- Hypothese 4 (H4): Es zeigen sich keine Unterschiede zwischen Versicherten mit deutscher Staatsangehörigkeit und Ausländern.
- Hypothese 5 (H5): Es zeigen sich keine Unterschiede bezüglich der Entfernung zwischen Wohnort des Versicherten und dem Ort der Leistungserbringung (Koordinierende Stelle).
- Hypothese 6 (H6): Es zeigen sich keine Unterschiede bezüglich der stationären Krankenhausversorgung innerhalb des Zeitraums von 12 Monaten vor der Möglichkeit, am NWGA teilzunehmen (Anzahl Krankenhausaufenthalte, Hauptdiagnose gem. ICD-10, Nebendiagnosen gem. ICD-10).
- Hypothese 7 (H7): Es zeigen sich keine Unterschiede bezüglich der ambulanten ärztlichen Versorgung innerhalb des Zeitraums von 12 Monaten vor der Möglichkeit, am NWGA teilzunehmen (Anzahl Arztkontakte).
- Hypothese 8 (H8): Es zeigen sich keine Unterschiede bezüglich der Pflegeleistungen innerhalb des Zeitraums von 12 Monaten vor der Möglichkeit, am NWGA teilzunehmen (Pflegegrad vorhanden/nicht vorhanden).
- Hypothese 9 (H9): Es zeigen sich keine Unterschiede bezüglich der Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste innerhalb des Zeitraums von 12 Monaten vor der Möglichkeit, am NWGA teilzunehmen.

Angefragt wurden Routinedaten für den Zeitraum von 12 Monaten vor der Anfrage durch die beteiligten Krankenkassen (über den Eingangsfragebogen zur Teilnahme), wie die Abbildung **Wissenschaftliche Begleitforschung zur Akzeptanz des NetzWerk GesundAktiv** verdeutlicht (Abbildung gemäß BVA-Antrag vom 02. Mai 2018).

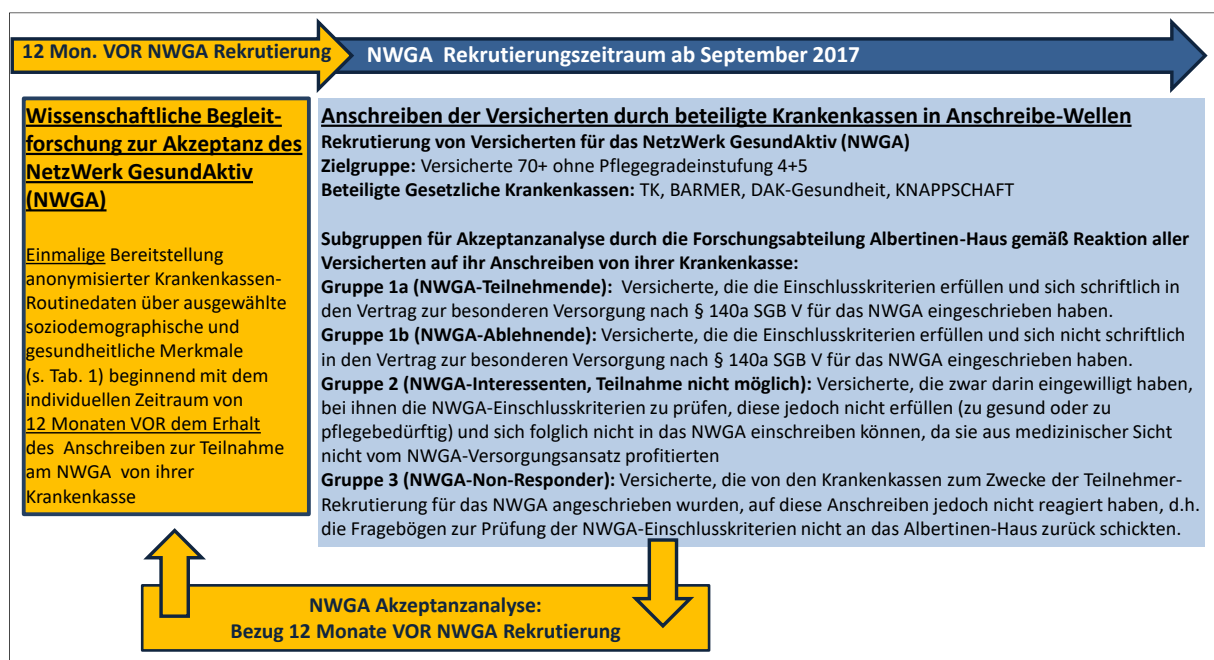


Abbildung 2: Wissenschaftliche Begleitforschung zur Akzeptanz des NetzWerk GesundAktiv.

Bei den für die Akzeptanzanalyse verwendeten Routinedaten handelt es sich im Kontext des Projektes um eine Daten-Vollerhebung. Für die Bereitstellung eines Routinedatensatzes der beteiligten Krankenkasse war vorab die schriftliche Genehmigung durch das Bundesversicherungsamt (BVA, heute Bundesamt für Soziale Sicherung) zur Übermittlung von Sozialdaten für die Forschung gem. § 75 SGB X einzuholen. Diese Genehmigung wurde über einen in 2018 gemeinsam mit den beteiligten Krankenkassen eingereichten Antrag erbeten und wurde erteilt.

Als zusätzliche Datenquelle wurden darüber hinaus für geeignete Personen strukturiert Ablehnungs- und Ausstiegsgründe zu Analysezwecken erhoben. Für eine weitere deskriptive

Gegenüberstellung soziodemographischer Daten wurden auch Daten des Eingangsfragebogens herangezogen (vgl. Punkt 5.2.1 Rekrutierung).

5.2.3.2 Fragestellung und Datenerhebung der Strukturanalyse

Die Strukturanalyse beschäftigt sich mit folgenden Fragestellungen:

- Ist die Selektion der untersuchten Gruppe der Teilnehmenden so erfolgt, dass die im Assessment eingeschlossenen Personen, wie erwartet, durch funktionale Abnahme bzw. Defizite charakterisiert sind?
- Bestätigt sich innerhalb der untersuchten Gruppe der Teilnehmenden eine tendenzielle Funktionsabnahme gem. LUCAS Funktions-Index?

Die NWGA Intervention ist nicht nur innovativ bezüglich der Analyse der Akzeptanz und Vergleichbarkeit, sondern auch bezüglich der Rekrutierung der Versicherten. Diese wurden nicht nur nach ihrem kalendarischen Alter rekrutiert, sondern es wurde nach passenden Versicherten gesucht, die bereits in ihrer Selbstständigkeit eingeschränkt waren. Dies geschah über einen schriftlichen Eingangsfragebogen zur Erfassung des funktionalen Status anhand von Alltagssituationen mittels LUCAS Funktions-Index. Dieses validierte Screening über einen Selbstaussfüller-Fragebogen zeigte im Langzeitverlauf über 8 Jahre eine trennscharfe Unterscheidung zwischen den so funktional klassierten Gruppen. Die zu Beginn als ROBUST eingestuften Personen zeigten die längste, die initial als Frail eingestuften Personen die kürzeste Überlebenszeit; die Überlebenszeiten der postROBUSTen und preFRAILen befanden sich dazwischen. Gleiche trennscharfe Ergebnisse zeigten sich analog für die Zeitspanne bis zum Eintritt von Pflegebedürftigkeit. Auch nach Adjustierung für Alter und Geschlecht blieben die Befunde im Langzeitverlauf hochsignifikant (Dapp et al. 2014).

Zur Erfassung der funktionalen Kompetenz ist das ganzheitliche geriatrische Assessment („comprehensive geriatric assessment“, CGA) die strukturierte Vorgehensweise in der Geriatrie und umfasst relevante Dimensionen von Gesundheit mittels standardisierter und validierter Verfahren (vgl. u.a. S1-Leitlinie „Geriatrisches Assessment“ der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie). Die hierdurch ermittelten Probleme, aber auch die Ressourcen bilden die Grundlage zur Ableitung von medizinischen, pflegerisch-therapeutischen, sozialen und anderen Maßnahmen, häufig auch in Kombination. Unter geriatrischem Assessment versteht man also einen mehrdimensionalen und interdisziplinären diagnostischen Prozess mit dem Ziel, die medizinischen, psychosozialen und funktionalen Probleme und Ressourcen des Patienten zu erfassen und einen Behandlungs- und Betreuungsplan zu entwickeln. Dies erfolgt interdisziplinär in einem Team. Das Prinzip dieser Vorgehensweise gilt auch für den Bereich der Rehabilitation im Alter. Für die speziellen Belange des NWGA wurde ein ganzheitlich gerontologisch-geriatrisches Assessment valider Instrumente zusammengestellt (vgl. Tabelle **Übersicht der Assessmentteile des ganzheitlich geriatrischen Assessments im NWGA**).

Tabelle 7: Übersicht der Assessmentteile des ganzheitlich geriatrischen Assessments im NWGA.

Assessmentteil	Untersuchungsinstrument/Datenerhebung
Soziale Befragung	
Wohnform	Wohnung, Haus, betreutes Wohnen
Soziale Situation	Soziale Situation (SoS nach Nikolaus), Soziales Netz (SoN)
Lebenszufriedenheit (LOS)	Life Orientation Satisfaction (LOS)
Selbstempfundene Gesundheit (SPH)	Selbstauskunft gesundheitlicher Allgemeinzustand
Haushaltsunterstützung	Soziale Situation (SoS nach Nikolaus), Soziales Netz (SoN)
Hilfs- & Pflegebedarf	Erhebung Hilfsmittel Erhebung Pflegegrad

Assessmentteil	Untersuchungsinstrument/Datenerhebung
Patientenverfügung	Frage ob Patientenverfügung vorhanden
Vorsorgevollmacht	Frage ob Vorsorgevollmacht vorhanden
Instrumentelle Aktivitäten	Instrumental Activities of Daily Living (IADL) reform n. Lawton
Medizinische Untersuchung	
Medizinische Fragen (Anamnese)	Medizinischen Fragen zu bestehenden und früheren Erkrankungen (Komorbiditäten) und anderen Beschwerden
Kurze körperliche Untersuchung	Untersuchungen aus den Bereichen Thorax/Lunge, Herz, Abdomen, Bewegungsapparat, Neurologie, Blutdruck/Puls, Sehtest, Hörtest und sonstige Auffälligkeiten
Schmerzanamnese	Numeric Rating Scale (NRS) Six-Point Behavioural Rating Scale (BRS 6)
Diagnosen	Erhebung ICD Diagnosen über Selbstauskunft
Mentaler Status (MCI/Demenz)	DemTect
Depression	Kurzform des Patient Health Questionnaire (PHQ-D)
Psyche	Kurzform des Patient Health Questionnaire (PHQ-D)
Ernährungsstatus	Mini Nutritional Assessment (MNA) Voranamnese
Sturzanamnese Sturzangst Sturzrisiko-Screening	Sturz in den vergangenen 12 Monaten Sturzangst bei bestimmten Tätigkeiten, Sturzrisikocheck (SRC)
Mobilität und Mobilitätsvermeidung	Mobilitätsprotokoll und Vermeidungsverhalten
Performance Testungen	
Handkraft	Handkraftmessung mit Martin Vigorimeter
Funktion d. oberen Extremitäten	Funktional Reach Test
Funktion d. unteren Extremitäten	Short Physical Performance Battery (SPPB) Repeated Chair Stands Test 4 Meter Gait Speed Test Timed Up and Go Test (TUG)
Balance	Schluss-Stand, Semi-Tandem-Stand, Tandem-Stand
Kognition	Uhrentest (CCT) modifiziert nach Shulman
Anthropometrische Daten	Körpergröße, Körpergewicht, Tailenumfang, Beinlänge
Bioelektrische Impedanzanalyse (BIA) mit Seca medical body composition analyzer 515 (mBCA)	Körpergewicht und Körpergröße Body-Mass-Index (BMI) Skelettmuskelmasse Fettmasse und Fettfreie Masse Körperwasseranteil
Elektronische Ganganalyse mittels GAITRite® Ganganalysesystem Länge 6 Meter	Funktionstests zu Gangvariabilität, Mobilität, Kognition, Balance und Reserven anhand verschiedener Gangtypen: GAITRite® Messung: Gang normales Tempo GAITRite® Messung: Gang schnelles Tempo GAITRite® Messung: Gang langsames Tempo GAITRite® Messung: Gang Dual Task Bedingung, Variante A GAITRite® Messung: Gang Dual Task Bedingung, Variante B

Die Klassierung der funktionalen Kompetenz des Selbstausfüller-Screenings gem. LUCAS Funktions-Index bzw. über den MDK ermittelten Funktionsverlust (Pflegegrad) wurden mit den Befunden des ganzheitlich gerontologisch-geriatrischen NWGA Assessments korreliert.

5.2.3.3 Fragestellung und Datenerhebung der Prozessanalyse

Die Prozessanalyse beschäftigt sich mit der Ergebnisdarstellung zu zeitlichen Abläufen der Projektdurchführung sowie der Darstellung von Empfehlungsumsetzungen nach individuellen Unterstützungsplänen (iUP) sechs Monate nach Versand des Arztbriefes bzw. iUP (ausgestellt nach interdisziplinärer Fallkonferenz nach Abschluss der Rekrutierung).

Zeitliche Planung der Rekrutierung der NWGA Teilnehmenden

Zeitliche Abläufe wurden über ein standardisiertes Zeiterfassungsformular dokumentiert (vgl. **NWGA Evaluationsbericht Anhang NWGA Zeiterfassungsformular aller Versorgungsteile während der Rekrutierungsphase**).

Soll-Planung der Meilensteine der Rekrutierung der NWGA Teilnehmenden

Oktober 2017:

Beginn der Einschreibung in Vertrag der Besonderen Versorgung NWGA, Durchführung des ganzheitlichen gerontologisch-geriatrischen Assessments und der darauf basierenden Fallkonferenz

→ **Zeitraum aller NWGA Einschreibungen**
 beginnend mit „1st patient in“ im Oktober 2017 und
 endend mit „last patient in“ im August 2018

November 2017:

Beginn Versand Empfehlungsbrief an Hausarztpraxis und NWGA Teilnehmende individuell 1 Monat nach dessen Einschreibung (= Start des individuellen Interventionszeitraums von 24 Monaten)

→ **Zeitraum des Versands aller Empfehlungsbriefe**
 beginnend mit „1st patient in“ im November 2017 und
 endend mit „last patient in“ im September 2018

April 2018:

Beginn Durchführung Follow-up Telefonat zur Empfehlungsumsetzung individuell 6 Monate nach Empfehlungsbrief an Hausarztpraxis und NWGA Teilnehmende

→ **Zeitraum aller Follow-up Telefonate**
 beginnend mit „1st patient in“ im April 2018 und
 endend mit "last patient in" im März 2019

Empfehlungsumsetzungen

Die Dokumentation der Koordinierenden Stelle aller Individuums-bezogenen Empfehlungen orientiert sich an der Tabelle **Legende der NWGA Maßnahmen der Module 1-5**, so dass jede Empfehlung einem der fünf NWGA Module mit einer eindeutigen Kodierung zugeordnet werden konnte.

Tabelle 8: Legende der NWGA Maßnahmen der Module 1-5.

1	Reha vor Pflege	4	Hilfen für Angehörige (fam. Pflege)
a	Abklärung/ Therapie durch Hausarzt	a	Initial-Pflegekurse
b	Abklärung/ Therapie durch Facharzt	b	Pflegeberatung in Wohnung
c	Geriatrische Komplextherapie stationär	c	Pflegetraining in Wohnung
d	Geriatrische Tagesklinik	d	Qualitätsscheck Pflege

e	Stationäre Rehabilitation	e	KK-Angebote für pflegende Angehörige
f	Rehasport	f	Entlastungsangebote (amb./teilstat./stat.)
g	Medizinische Trainingstherapie	g	Sonstiges
h	Ambulante Physiotherapie		
i	Ambulante physikalische Therapie	5	Gesundheitskompetenz
j	Ambulante Ergotherapie	a	Vermittlung zum Pflegestützpunkt
k	Ambulante Logotherapie	b	Beratung Vollmachten
l	Ambulante Neuropsychologie	c	Beratung Patientenverfügung
m	Ambulante Psychotherapie	d	Cafe PAUL
n	Beratung/ Organisation amb. Hilfen	e	Kontaktadressen Selbsthilfegruppen
o	Anpassung Medikation	f	Info / Broschüre Sturzprävention
p	Sonstiges	g	Info / Broschüre Ernährungsberatung
		h	Kontaktadressen Vereinssport
2	Mensch und Technik	i	Kontaktadressen Entspannungstraining
a	PAULo	j	Kontaktadressen Kirchen/ Spiritualität
b	PAULa	k	Kontaktadressen Erwachsenenbildung
c	PAUL	l	Kontaktadressen Kultur/ Freizeit
d	Hilfsmittelberatung (Mobilitätshilfen)	m	Kontaktadressen Ehrenamt
e	Technische Hilfen / Wohnraumanpassung	n	Psychologische Beratungsangebote
f	Hausnotrufsystem (HNR)	o	Beratung Pflegeleistungen
g	Sonstiges	p	Beratung Schwerbehindertengesetz
		q	Beratung gesetzliche Betreuung
3	Demenz	r	Kontaktadresse Servicewohnen
a	Beratungsstelle	s	Beratung zu finanziellen Hilfen
b	Abklärung Facharzt ambulant	t	Sonstiges
c	Abklärung Neurologie stationär		
d	Stationäre Gerontopsychiatrie		
e	Beratung Tagesbetreuung		
f	Beratung Vollmachten		
g	Beratung Patientenverfügung		
h	Beratung gesetzl. Betreuung		
i	Kurs Demenz für Angehörige		
j	Sonstiges		

Der Dokumentationsbogen des 6 Monats-Follow-up Telefonats zeigt alle erhobenen Informationen zur (Nicht-)Umsetzung der ausgesprochenen Empfehlungen (vgl. **NWGA Evaluationsbericht Anlage: NWGA Follow-up Dokumentations-Bogen zur Umsetzung aller Empfehlungen 6 Monate nach Empfehlungsabgabe**).

Nach Abschluss der Eingabe der Follow-up Bögen wurden diese Daten plausibilisiert und ausgewertet.

5.2.4 Auswertungsstrategien

Durchgeführt wurden deskriptive Analysen sowie Tests zur Ermittlung von paarweisen und gesamten Gruppenunterschieden mittels t-Tests, Chi²-Tests bzw. einfaktoriellem Varianzanalysen (ANOVA) – entsprechend der jeweiligen Skalenniveaus der Variablen. Zur

statistischen Auswertung wurden SPSS (v.25) und STATA (v.15) verwendet, für die Erstellung von Tabellen und Abbildungen Microsoft Excel und Microsoft Power Point.

Akzeptanzanalyse

Für die Hypothesen 1-5 sowie 7-8 konnte eine eindeutige Variable zugeordnet werden (vgl. Punkt 5.2.3.1 Fragestellung und Datenerhebung der Akzeptanzanalyse). Für die Hypothese 6 ist aufgrund hoher Diversität der ICD-Codes neben den häufigsten Diagnosen nur eine zusammenfassende Auswertung nach Krankheitskomplexen sinnvoll.

Strukturanalyse

Es erfolgten Tests zu allen Instrumenten des ganzheitlich gerontologisch-geriatrischen Assessments. Darüber hinaus wurden diverse Subgruppenanalysen aus folgenden Bereichen durchgeführt: Frauen, Männer LUCAS Funktions-Index, Pflegegrad, Alter, Wohnsituation, Bildungsstand, gesundheitliche Selbsteinschätzung, Muskelmasse und Sarkopenie nach BIA, Handkraft, Balance, SPPB, Kognition Depression, Psyche, Schmerzanamnese, Sturz in letzten 12 Monaten und Sturzgefahr nach Sturzrisikocheck.

Prozessanalyse

Ergebnisse der Abgaben von Empfehlungen (5 NWGA Module) und deren Umsetzung umfasst folgende deskriptive (Sub)Gruppenanalysen:

- Verteilung ausgesprochener Empfehlungen
- Verteilung der im 6-Monats-Follow-up umgesetzten Empfehlungen
- Akzeptanzrate ausgesprochener Empfehlungen
- Deskriptive Auswertungen des generellen Einflusses von Geschlecht, Alter, funktionaler Kompetenz (gem. LUCAS Funktions-Index), Nähe zum Ort der Leistungserbringung, Wohnsituation, vorhandenen Internetanschluss, selbsteingeschätzter Gesundheitszustand, Schulabschluss auf Umsetzung vor und nach Erhalt des individuellen Unterstützungsplanes.

6. Projektergebnisse und Schlussfolgerungen

6.1 Wirksamkeits- und gesundheitsökonomische Evaluation (Universität Bielefeld)

Da die Drop-Out-Rate nach dem Matching lediglich bei 3,22 % (IG) bzw. 0,39 % (KG) lag, wurde die erforderliche Stichprobengröße (vgl. 5.1) nicht unterschritten. Die Studienpopulation umfasst 2.670 (IG: 873; KG: 1.797) Personen, Verhältnis 1:2,06. Innerhalb der IG nutzten insgesamt 326 Teilnehmende (37,34 %) durchgehend, d.h. bis zum Ende des Beobachtungszeitraumes oder bis zum Zeitpunkt ihres Todes eine Form der im Projekt angebotenen Technikunterstützung (PAUL). Das Durchschnittsalter bei Studieneinschluss lag in der IG bei 80,13 (SD 5,35) und in der KG bei 80,32 (SD 5,41) Jahren. Mit 67,70 % (IG) bzw. 64,61 % (KG) macht der Anteil der weiblichen Studienteilnehmerinnen etwa zwei Drittel der Population aus. Erwartungsgemäß besteht ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich der Studienlaufzeit (26,31 Monate IG; 32,26 Monate KG). Der Anteil der verheirateten bzw. liierten Personen ist im Vergleich zu den Alleinstehenden, Geschiedenen oder Verwitweten in beiden Studiengruppen nahezu ausgeglichen. Auch die Wohnsituation weist in den beiden Studiengruppen eine ähnliche Verteilung auf. Hinsichtlich des körperlichen Funktionsstatus und der Pflegebedürftigkeit der Teilnehmenden zum Zeitpunkt des Einschlusses (T0) ist festzustellen, dass der Anteil der Personen, die bereits einen Pflegegrad haben, in beiden Studiengruppen (9,39 % IG; 8,85 % KG) deutlich geringer ausfällt als der Anteil der Personen ohne Pflegegrad. Die Teilnehmenden ohne Pflegegrad teilen sich auf die verschiedenen Klassen der Funktionsfähigkeit auf. Den größten Anteil macht die Gruppe „FRAIL“ mit 42,04 % in der IG und 40,79 % in der KG aus. Dem Chi²-Test zufolge besteht kein signifikanter Gruppenunterschied.

6.1.1 Progression der Pflegebedürftigkeit

Im ersten Studienjahr war der Anteil der Teilnehmenden, die mindestens eine Progression der Pflegebedürftigkeit erlebten, mit 14,43 % in der IG im Vergleich zur KG mit 11,35 % etwas höher. Im zweiten Studienjahr, welches bis zum 22. Monat betrachtet wird, sinkt der Wert innerhalb der IG leicht (11,57 %) und steigt in der KG weiter an (12,91 %). Über den gesamten Zeitraum der 21 Monate nach Einschluss weist die IG (23,94 %) einen etwas höheren Anteil der Teilnehmenden mit mindestens einer Pflegeprogression auf als die KG (22,20 %) (vgl. Tabelle 9). Die Verteilung der Pflegegradanträge der IG im Studienverlauf deuten auf einen möglichen Effekt des Assessments, auf das primäre Outcome, hin. So könnten bereits vor Studienbeginn indizierte Pflegegradanträge erst mit dem Assessment umgesetzt worden sein. In einer weiteren Analyse wurde der Beobachtungszeitraum entsprechend angepasst. Der Anteil der Personen mit einer Pflegeprogression liegt hier in beiden Gruppen bei knapp 19 %. Um potenziell abweichende Ergebnisse für nicht pflegebedürftige Teilnehmende zu identifizieren, wurde eine separate Auswertung für diese Subgruppe durchgeführt. Der Anteil der Personen mit mindestens einer Pflegeprogression bis 21 Monate nach Einschluss liegt bei 22,88 % in der IG und 21,06 % in der KG. Mit der Anpassung des Beobachtungszeitraums reduziert sich der Anteil und liegt in beiden Gruppen bei etwa 18 %. Im Vergleich zu den Ergebnissen für das gesamte Studienkollektiv zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede.

Im Prä-Post-Vergleich ist sowohl für die IG (OR=2,500; $p < 0,001$) als auch für die KG (OR=2,713; $p < 0,001$) eine signifikant höhere Chance auf eine Progression der Pflegebedürftigkeit im Post-Zeitraum (bis 21 Monate nach Studieneinschluss) im Vergleich zum Vorjahr festzustellen. Auch unter Annahme des adjustierten Signifikanzniveaus, bleiben die Ergebnisse statistisch relevant. Da ein Vergleich der Studiengruppen anhand dieser Ergebnisse nicht zulässig ist, wurde ein binär logistisches Regressionsmodell für den Gruppenvergleich genutzt. Das Ergebnis der Analyse zeigt, dass der Einfluss der Intervention (Studiengruppe) auf die Progression der Pflegebedürftigkeit (OR=1,054; $p = 0,616$) nicht signifikant ist (vgl. Tabelle 9). Während der Residuenplot des Modells keine auffälligen Muster zeigt, beträgt der Wert für die Fläche unter der ROC-Kurve (AUC) lediglich 0,741. Hosmer, Lemeshow und Sturdivant (2013) folgend, liefert ein solches Modell lediglich eine akzeptable Unterscheidung hinsichtlich des Outcomes. Eine exzellente Unterscheidung gilt demnach erst ab einer AUC von 0,8. Um den Gruppenvergleich hinsichtlich des Effektes der möglicherweise durch das initiale Assessment induzierten Pflegeeinstufungen der IG zu bereinigen, wurden die Studienmonate sechs bis 21 analysiert. Wenngleich sich die Richtung des ORs (< 1) ändert, liegt kein signifikanter Einfluss der Studiengruppe (OR=0,945; $p = 0,619$) vor. Die Modellgüte fällt im Vergleich zum Modell ohne Bereinigung geringfügig schlechter aus (AUC=0,73).

Tabelle 9: Deskriptive Auswertung und Regressionsergebnis Pflegeprogression und Pflegeprogression ohne Effekt des Assessments (eigene Darstellung).

	Deskriptiv		Regression		
	Intervention	Kontrolle	Ergebnis Studiengruppe	95 %-KI	p-Wert
Pflegeprogression (0/1, n=2.670)	209 (23,94 %)	399 (22,20 %)	OR=1,054	0,856; 1,296	1,054
Pflegeprogression 7 bis 21 Monate (0/1, n=2.670)	163 (18,67 %)	341 (18,98 %)	OR=0,945	0,757; 1,177	0,619

6.1.2 Pflegegrad

Bei Einschluss in die Studie weisen 9,39 % der IG und 8,85 % der KG einen Pflegegrad auf. Im Verlauf nimmt der Anteil der pflegebedürftigen Teilnehmenden zu. Nach Ende der kollektiven Beobachtungszeit (21 Monate) liegt er bei 30,13 % (IG) bzw. 28,05 %. Während zu Studienbeginn in der IG der Pflegegrad 1 häufiger vorkommt, weist die KG mehr Teilnehmende mit einem Pflegegrad 3 auf. Zu beiden Zeitpunkten macht die Gruppe der Personen mit

Pflegegrad 2 den größten Anteil aus. Nach 21 Monaten liegt dieser in der IG bei ca. 14 % und in der KG bei etwa 15 %. Weiterhin ist der Pflegegrad 1 am Ende der Beobachtung in der IG stärker vertreten als in der KG. Studienteilnehmende mit einem Pflegegrad 4 kommen dagegen in der KG häufiger vor. Insgesamt fallen die Unterschiede in der deskriptiven Betrachtung gering aus.

Für die inferenzstatistische Analyse des Pflegegrades wurde ein Proportional-Odds-Modell angewendet. Dem Ergebnis zufolge hat die Interventionsteilnahme ($OR=0,958$, $p=0,665$) keinen signifikanten Einfluss auf den Pflegegrad. Anhand des Residuen- und QQ-Plots ist das Modell als akzeptable Schätzung, welche jedoch Abweichungen im oberen Randbereich aufweist, zu bewerten.

6.1.3 Mortalität

Innerhalb der kollektiven Studienlaufzeit von 21 Monaten sind 36 Teilnehmende der IG (4,12 %) und 52 Teilnehmende der KG (2,89 %) verstorben. Über die individuelle Studienlaufzeit betrachtet, fallen die Raten der KG nach 12 Monaten höher aus. Die Sterberate in der IG schwankt hingegen über den gesamten Zeitraum. Aufgrund des im Mittel deutlich späteren Studieneinschlusses der IG, sind die Sterberaten über die Kalendermonate nur eingeschränkt vergleichbar. Im Hinblick auf das Pandemiegeschehen im Jahr 2020 wurden die Werte dennoch einbezogen. Die Analyse zeigt jedoch keinen eindeutigen Peak für die Zeit der Pandemie (ab März 2020). Zur Untersuchung der Mortalität der IG und KG wurde ein logistisches Regressionsmodell geschätzt. Sowohl die Ergebnisse (ORs und p-Werte) als auch die Modelldiagnostik weisen jedoch darauf hin, dass dies keine verlässlichen Aussagen zulässt. Es ist davon auszugehen, dass relevante Einflussvariablen im Modell fehlen, welche durch die verfügbaren Daten nicht abgebildet werden konnten.

6.1.4 Morbidität

Als Indikator für die Morbidität der Studiengruppen wurde der Charlson Comorbidity Score, auf Basis der im Rahmen ambulanter und stationärer Behandlungen dokumentierten ICD-10 Diagnosen, betrachtet. Die Durchschnittswerte auf Basis der Diagnosen des Zeitraumes bis 21 Monate nach Studienbeginn, liegen bei 2,71 (IG; $SD=2,49$) bzw. 2,77 (KG; $SD=2,53$). Das Ergebnis der Regression mit Ex-Gauß-Verteilung zeigt einen signifikanten Effekt der Studiengruppe auf. Demnach ist der Charlson Comorbidity Score der IG für den Studienzeitraum nur 0,865-mal so hoch wie der Score der KG ($p=0,006$). Unter Berücksichtigung des adjustierten Signifikanzniveaus nach Bonferroni-Korrektur ist das Ergebnis hingegen als nicht signifikant einzustufen ($p\text{-Wert} > 0,25\%$). Die Modellgüte ist anhand der relevanten Plots als akzeptabel einzuordnen. Dennoch ist das Ergebnis mit Vorsicht zu betrachten, da die dokumentierten ICD-10 Diagnosen u. a. vom Codierungsverhalten der Leistungserbringer abhängig sind. Zudem sei darauf hingewiesen, dass der Charlson Comorbidity Score ursprünglich für die Vorhersage der Mortalität entwickelt wurde und die Nutzung als Endpunkt damit nicht primär vorgesehen ist.

6.1.5 Hospitalisierung

Im Studienzeitraum liegt der Anteil derjenigen, die mindestens einmal stationär behandelt wurden bei 57,68 % (IG) bzw. 52,77 % (KG). Die durchschnittliche Anzahl der Aufenthalte, bezogen auf die hospitalisierten Teilnehmenden, unterscheidet sich insgesamt nur geringfügig zwischen IG und KG. Die durchschnittliche Verweildauer pro Aufenthalt liegt im Zeitraum nach Studieneinschluss bei 9,42 Tagen in der IG und 9,53 Tagen in der KG. Bei Differenzierung nach Verweildauer zeigt sich, dass der Anteil der Kurzaufenthalte (bis drei Tage) in der IG im Studienzeitraum (43 %) größer ausfällt als in der KG (37 % bzw. 34 %).

Im Rahmen der inferenzstatistischen Analyse der stationären Leistungsanspruchnahme wurden die Studiengruppen zunächst dahingehend verglichen, ob im Studienzeitraum mindestens eine Hospitalisierung stattgefunden hat. Hierfür wurde eine binär logistische

Regression unter Berücksichtigung relevanter Kontrollvariablen eingesetzt. Demnach ist kein signifikanter Einfluss der Studiengruppe ($OR=1,153$; $p=0,105$) festzustellen. Allerdings liefert das Modell, der ROC-Kurve und der AUC von lediglich 0,66 zufolge, eine schwache Unterscheidung der Werte, sodass keine verlässliche Aussage über den Einfluss der Studiengruppe auf die Hospitalisierung getroffen werden kann. Um innerhalb der Gruppe der hospitalisierten Studienteilnehmenden das Ausmaß der Leistungsanspruchnahme zu vergleichen, wurde ein generalisiertes additives Modell für die Gesamtverweildauer auf Ebene der Studienteilnehmenden eingesetzt. Die Eigenschaften der zu analysierenden Variable konnten aufgrund der Schiefe der Verteilung jedoch mit keiner der anwendbaren Verteilungen adäquat abgebildet werden. Die beste Schätzung lieferte eine generalisierte Gammaverteilung. Demzufolge haben hospitalisierte Teilnehmende der IG insgesamt nur 0,754-mal so viele Krankenhaustage, wie Teilnehmende der KG mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt ($p=0,023$). Wird das adjustierte Signifikanzniveau von 0,25 % angesetzt, ist der Einfluss der Studiengruppe jedoch nicht statistisch relevant. Darüber hinaus ist das Ergebnis als nicht verlässlich einzustufen, da das Regressionsmodell die Verteilung der realen Werte nicht adäquat abbildet. Insgesamt ist festzustellen, dass die vorliegende Datenbasis keine gute Modellschätzung der beiden Endpunkte zulässt und daher auch keine Aussagen über den Einfluss der Intervention getroffen werden sollten.

6.1.6 Ambulante Leistungen

Im Betrachtungszeitraum bis 21 Monate nach Einschluss nahmen fast alle Teilnehmenden der IG und KG mindestens eine ambulant-ärztliche Leistung in Anspruch. Ambulant versorgte Personen haben im Durchschnitt ca. 48 Arztkontakte. Die differenzierte Betrachtung einzelner Arztgruppen zeigt keine relevanten Unterschiede zwischen den Studiengruppen. Fast die Hälfte der dokumentierten Arztbesuche ist einem Allgemeinmediziner, Hausarzt oder Internisten zuzuordnen. Relevante Facharztgruppen wie Orthopäden und Neurologen machen ca. 9 % bzw. 2 % der Arztkontakte aus. Zu berücksichtigen ist dabei jedoch, dass eine vollständige Zuordnung der EBM-Leistungen, aufgrund fehlender Werte innerhalb der Facharztgruppenvariable, nicht möglich war.

Für die Regressionsanalyse der Anzahl der Arztkontakte wurde ein generalisiertes additives Modell eingesetzt, wobei sich die Eigenschaften der Zählvariable am besten mit einer Sonderform der negativen Binomialverteilung (zero inflated negative binomial) abbilden ließen. Das Ergebnis zeigt einen signifikanten Effekt der Studiengruppe ($p=0,022$) auf. Demnach hatte die IG 1,078-mal so viele Arztkontakte wie die KG. Die Residuenplots sowie weitere Diagnostiken weisen auf ein akzeptables Modell hin. Legt man das adjustierte Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur zugrunde, so ist der Einfluss der Studiengruppe als nicht signifikant einzustufen.

6.1.7 Arzneimitteltherapiesicherheit

Der Anteil der IG-Teilnehmenden mit einer potenziell inadäquaten Medikation liegt etwas unter dem Anteil der KG (27,26 % IG; 29,27 % KG). Die durchschnittliche Anzahl der PIM-Verschreibungen innerhalb der Personengruppen, die mindestens eine solche Medikation erhielten, liegt im Studienzeitraum in der KG geringfügig über dem Durchschnitt der IG. Das Vorliegen mindestens einer PIM im Studienzeitraum wurde mittels logistischem Regressionsmodell analysiert. Die Auswertung zeigt, dass die Studiengruppe keinen Einfluss auf den Anteil der Personen mit mindestens einer PIM im Studienzeitraum hat ($OR=0,870$; $p=0,216$). Die Modellgüte kann anhand des Residuenplots und der ROC-Kurve beurteilt werden. Mit einer AUC von 0,809 erreicht die Modellschätzung eine exzellente Unterscheidung hinsichtlich des binären Outcomes (Hosmer et al., 2013). Das Ergebnis weist jedoch eine Einschränkung auf, da der Residuenplot eine nicht ganz zufällige Verteilung der Werte zeigt, welche auf eine nicht erfasste Kontrollvariable schließen lässt.

6.1.8 Pflegeleistungen

Im Studienzeitraum nimmt, im Vergleich zur KG, ein größerer Anteil der IG Pflegeleistungen in Anspruch. Im Verlauf der Studie ist in beiden Gruppen, ähnlich wie bei der Pflegebedürftigkeit, ein Anstieg dieses Anteils zu verzeichnen. Die durchschnittliche Anzahl der Pflageetage, bezogen auf alle Teilnehmenden, die mindestens eine Pflegeleistung im jeweiligen Zeitraum erhalten haben, liegt in beiden Vergleichsgruppen auf sehr ähnlichem Niveau. Im Studienzeitraum bis 21 Monate nach Einschluss beträgt die durchschnittliche Dauer etwa 410 Tage, d.h. knapp zwei Drittel der Beobachtungszeit. Auch die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen wurde mittels binär logistischer Regression analysiert. Demnach ist kein signifikanter Interventionseffekt ($OR=1,039$; $p=0,748$) festzustellen. Anhand des binned Residual Plots und der AUC von 0,848 kann das Regressionsergebnis als verlässliche Schätzung eingestuft werden.

6.1.9 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die deskriptive Betrachtung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität anhand der einzelnen Subskalen des SF-36v2 (Skala von 0-100) weist darauf hin, dass sich die Lebensqualität der beiden Studiengruppen zum Studieneinschluss nicht wesentlich unterscheidet. Ungepaarte t-Tests zeigen lediglich für die Subskala „Körperliche Funktionsfähigkeit“ einen statistisch signifikanten Gruppenunterschied.

Die inferenzstatistischen Analysen der Skalen gesundheitsbezogener Lebensqualität (SF-36v2) erfolgten mittels linearer Regression. Es wurde für keine der untersuchten Skalen (Körperliche Funktionsfähigkeit, Körperliche, Körperliche Schmerzen, Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, Soziale Funktionsfähigkeit, Emotionale Rollenfunktion, Psychisches Wohlbefinden) ein signifikanter Interventionseffekt identifiziert. Obwohl die Residuenplots eine nicht vollständig zufällige Struktur aufweisen, deuten die QQ-Plots auf eine angemessene Modellgüte hin. Die erkennbaren Muster sind durch die Datenstrukturen zu erklären und deuten daher nicht auf eine systematische Fehlspezifikation der Modelle hin. Insgesamt erfassen die geschätzten Modelle die zugrunde liegenden Daten gut, wenngleich es Abweichungen in den oberen und unteren Randbereichen gibt.

6.1.10 Gesundheitsökonomische Evaluation

Nach 21 Monaten sind die durchschnittlichen Kosten für Teilnehmende der IG in Höhe von 16.561,80 € (SD=21.313,94 €) etwas höher im Vergleich zur KG in Höhe von 14.747,77 € (SD=24.586,94 €). Die Kosten der Intervention belaufen sich auf durchschnittlich 1.214,23 € (SD=760,67 €).

Die inferenzstatistische Analyse der Gesamtkosten nach 21 Monaten erfolgte durch ein lineares Regressionsmodell. Die Regressionskoeffizienten sowie die 95%-KI können hierbei als Euro-Werte interpretiert werden. Die Analyse zeigt, dass die Interventionsteilnahme keinen signifikanten Einfluss auf die Kosten hat. Für die IG ist ein Kostenunterschied in Höhe von 1.183 € (95%-KI: -261,6 €; 2.627,6 €, $p=0,108$) zu verzeichnen. Statistisch relevante Einflussvariablen sind dagegen u. a. das Geschlecht, der LUCAS-FI bzw. Pflegegrad bei Einschluss, der Charlson Comorbidity Score und die Gesamtkosten des Vorjahres. Obwohl der QQ-Plot deutliche Abweichungen im oberen Randbereich zeigt, wird bei Betrachtung der Dichtekurven der zugrundeliegenden Daten und der Modellschätzungen deutlich, dass das Modell die Daten angemessen erfassen kann. Da sowohl für die potenziellen Nutzenparameter als auch im Hinblick auf die Gesamtkosten keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG festgestellt werden konnten, wurde auf die Berechnung des ICER verzichtet.

6.1.11 Diskussion

Hinsichtlich der Interpretation der dargestellten Ergebnisse sind einige Limitationen zu berücksichtigen. Diese umfassen im Wesentlichen Aspekte der Studienpopulation und der

Datengrundlage (Datenqualität) bzw. -auswertung. Mit Blick auf die Generalisierbarkeit der Erkenntnisse ist festzustellen, dass die betrachtete Studienpopulation sich in ihren soziodemografischen Eigenschaften (Alter, Geschlecht, Familienstand) nur geringfügig von der Allgemeinbevölkerung der gleichen Altersgruppe in Deutschland unterscheidet. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass der Anteil der weiblichen Studienteilnehmenden mit 65,6 % etwas über dem Anteil der Frauen in der Bevölkerung ab 70 Jahren (ca. 57,9 %) liegt (Statistisches Bundesamt, 2019). Diese Abweichung in der Geschlechterverteilung ist möglicherweise auf das gesundheitsbewusstere Verhalten und die damit höhere Teilnahmebereitschaft der weiblichen Bevölkerung zurückzuführen (Robert Koch-Institut, 2020). Eine Positiv-Selektion gesundheitsbewussterer und somit auch potenziell gesünderer Personen kann generell nicht ausgeschlossen werden. Mit der Auswahl geeigneter Kontrollregionen, dem Matching, der Prüfung von Baselineunterschieden und der Berücksichtigung relevanter Kontrollvariablen wurden zahlreiche Instrumente zur Sicherstellung der Strukturgleichheit der Studiengruppen (IG und KG) eingesetzt. Dennoch ist darauf hinzuweisen, dass nicht ausgeschlossen werden kann, dass latente (unbekannte) Variablen bzw. Störfaktoren, die in den vorliegenden Daten nicht abgebildet sind, die Vergleichbarkeit der Studiengruppen beeinflusst haben.

Die zentrale Datenbasis der Evaluation bilden die GKV-Routinedaten, welche zahlreiche Informationen aus den Diagnose- und Leistungsdaten der verschiedenen Versorgungsbereiche zur Verfügung stellen. Hierbei ist zu bedenken, dass die Daten nicht primär zu Forschungszwecken erhoben werden und somit einige Limitationen, wie z. B. die Abhängigkeit vom Codierungs- und Ordnungsverhalten der Leistungserbringer, mit sich bringen. Zudem werden potenziell relevante Diagnosen der Versicherten nur dokumentiert, wenn eine ambulante oder stationäre Leistung in Anspruch genommen wurde. Wesentliche Einschränkungen sind außerdem auf die Herausforderungen der Datenaufbereitung und Vereinheitlichung der von verschiedenen Krankenkassen bereitgestellten Routinedaten zurückzuführen. Die Primärdaten wiederum basieren auf den Selbstangaben der Teilnehmenden und unterliegen somit den üblichen Einschränkungen, hinsichtlich eines möglichen Recall-Bias und der Wirkung sozialer Erwünschtheit auf das Antwortverhalten. Die Datenbasis, d. h. die Qualität sowie die Verteilung der analysierten Variablen, bestimmt auch die Anwendbarkeit und die Qualität der statistischen Analysen. So liefern beispielsweise die Modelle für den Gruppenvergleich der Mortalität und die Analyse der Hospitalisierung keine verlässlichen Schätzungen. Mit Blick auf die Anwendung der Modellselektion anhand des AIC ist anzumerken, dass diese zwar einen Algorithmus zur Kontrolle für multiples Testen beinhaltet, den möglichen Bias jedoch nicht vollständig auffängt. Demnach könnte das Verfahren zu einer Überschätzung der Signifikanz der Ergebnisse führen. Da die Ergebnisse für das interessierende Merkmal der Studiengruppe in den meisten Analysen ohnehin nicht signifikant werden, ist dies zu vernachlässigen. Darüber hinaus wurde mittels Bonferroni-Korrektur über alle Auswertungen hinweg für einen kumulierten Alphafehler kontrolliert.

6.1.12 Schlussfolgerungen

Insgesamt lassen sich die folgenden Schlussfolgerungen und Empfehlungen ableiten: Die Hypothesen hinsichtlich der Wirksamkeit und der Kosten-Effektivität der neuen Versorgungsform können auf Grundlage der Evaluationsergebnisse nicht bestätigt werden. Es wird deutlich, dass die Zufriedenheit der Teilnehmenden sich nicht zwangsläufig in gesundheitsbezogenen Endpunkten widerspiegelt. Die Einordnung anhand des aktuellen Forschungsstandes ist, aufgrund der Komplexität und Heterogenität der Interventionen, nur eingeschränkt möglich. Dennoch bleibt festzuhalten, dass die Evidenzlage zu integrierten Versorgungsmodellen in einer älteren, gebrechlichen Population inkonsistent ist und der Nutzen sowie mögliche ökonomische Effekte bisher nicht gesichert sind (Looman, Huijsman & Fabbricotti, 2019). Ob die hier evaluierte neue Versorgungsform tatsächlich keine positiven Effekte für die Teilnehmenden mit sich bringt oder diese aufgrund der Datenbasis oder der Kürze des Beobachtungszeitraumes nicht erfasst werden konnten, bleibt offen. Trotzdem kann auf Grundlage dieser Evaluationsergebnisse keine Empfehlung für die Übernahme in die

Regelversorgung gegeben werden. Es sind daher weitere Studien erforderlich, um die Relevanz integrierter Versorgungskonzepte in der älteren, gebrechlichen Bevölkerung für die Verbesserung der Regelversorgung zu prüfen. Neben der Auswahl besonders wirksamer Interventionskomponenten sollte bei der Studienplanung eine zielgerichtete Festlegung messbarer Endpunkte fokussiert werden. Wünschenswert wären darüber hinaus Studiendesigns mit einem möglichst hohen Evidenzniveau (Dent et al., 2019).

6.2 Evaluation von Akzeptanz, Strukturen und Prozessen (Albertinen-Haus)

6.2.1 Akzeptanzanalyse

Analyseergebnisse der Routinedaten

Von den 13.100 von den Krankenkassen angeschriebenen Versicherten erfüllten 962 (7,4%) Versicherte die Einschlusskriterien und nahmen am NWGA teil (Gruppe 1a). Weitere 948 (7,2%) Personen erfüllten auch die Einschlusskriterien, entschieden sich jedoch gegen die Teilnahme (Gruppe 1b). Weitere 2.437 (18,6%) Personen hatten Interesse am NWGA, mussten jedoch aufgrund guter funktionaler Kompetenz ausgeschlossen werden (Gruppe 2) und 8.753 (66,8%) Non-Responder reagierten nicht auf das Anschreiben ihrer Krankenkasse (Gruppe 3). Einzelheiten sind der Abbildung **Prozess der Einschreibung in das Netzwerk GesundAktiv (NWGA)** zu entnehmen.

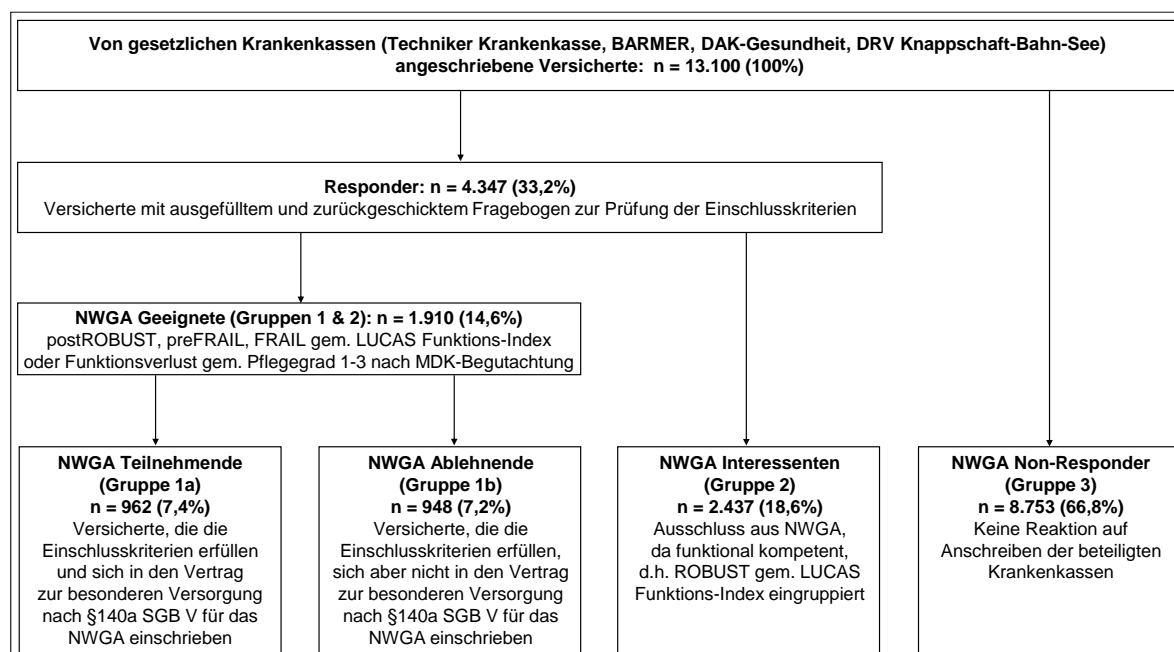


Abbildung 3: Prozess der Einschreibung in das Netzwerk GesundAktiv (NWGA).

Durch eine intensive Qualitätskontrolle in Korrespondenz mit der Vertrauensstelle Universität Bielefeld wurden die Routinedaten geprüft. Einige wenige Abweichungen zu Gruppengrößen ließen sich auch mit der letzten Datenlieferung nicht vollständig lösen. Am 09.09.2020 wurde der Routinedatensatz einvernehmlich von allen GKV als bestmögliche Datenlage für die Akzeptanzanalyse festgelegt. Analyseergebnisse über mit den Hypothesen 1-8 im Zusammenhang stehenden Variablen des Routinedatensatzes wird in den nachfolgenden **Abbildungen der Ergebnisse der Hypothesen 1-8 unterschieden nach den vier Gruppen (NWGA Teilnehmende, NWGA Ablehnende, Interessenten, Non-Responder)** gezeigt. Da der bereitgestellte Routinedatensatz keine Variablen bzgl. ambulanter Pflegedienste zur Hypothese 9 aufwies, konnte diese nicht ausgewertet werden.

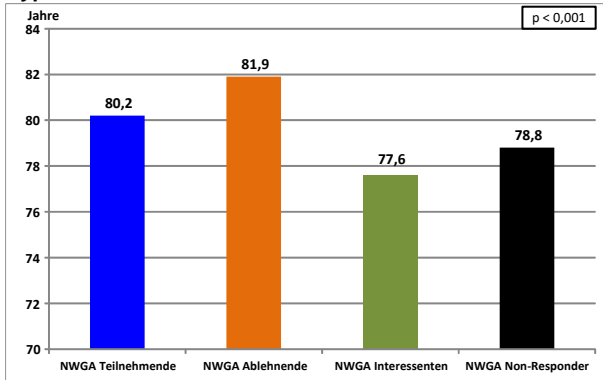
Die Hypothesen 1-8 konnten aufgrund von nicht zufallsbedingten Unterschieden zwischen den Gruppen mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% bestätigt werden. Die Gruppen der

Akronym: NWGA

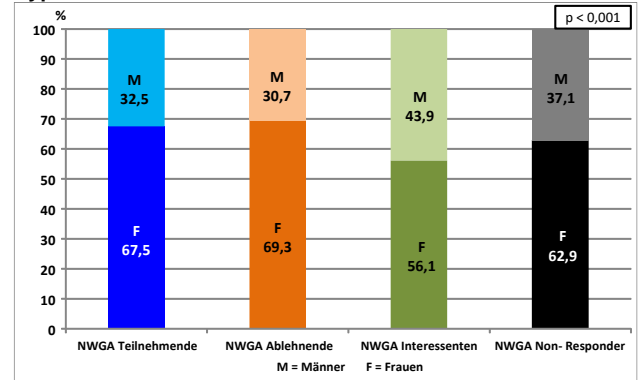
Förderkennzeichen: 01NVF16017

Teilnehmenden, Ablehnenden, Interessenten und Non-Responder unterscheiden sich voneinander. Alle Gruppenvergleiche zu jeder der acht Hypothesen zeigen jeweils hochsignifikante Unterschiede ($p < 0,001$). Hieraus abgeleitete Schlussfolgerungen finden sich nachfolgend in diesem Ergebnisbericht.

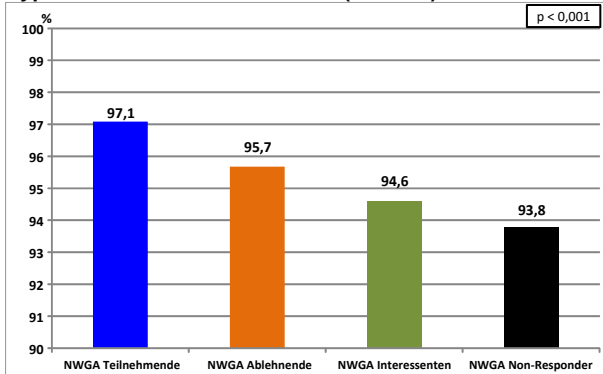
Hypothese 1: Alter



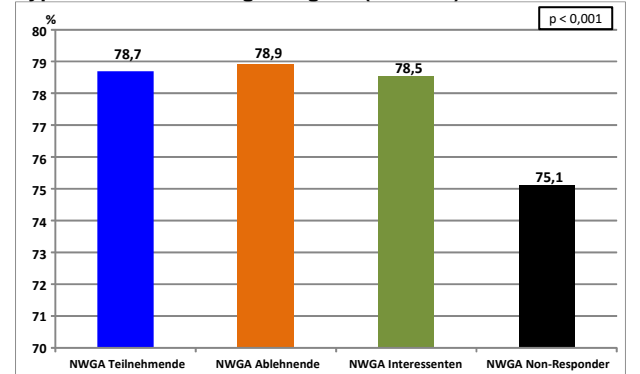
Hypothese 2: Geschlecht



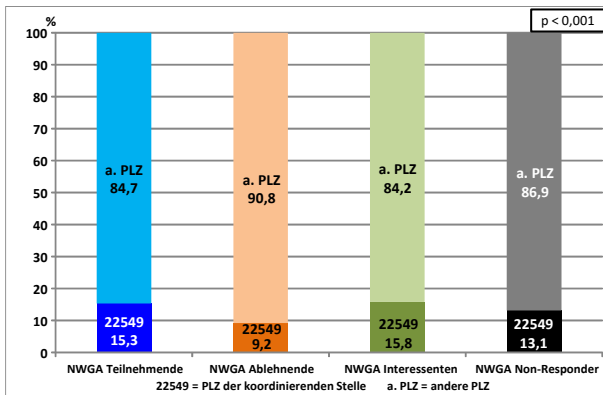
Hypothese 3: Versichertenstatus (Rentner)



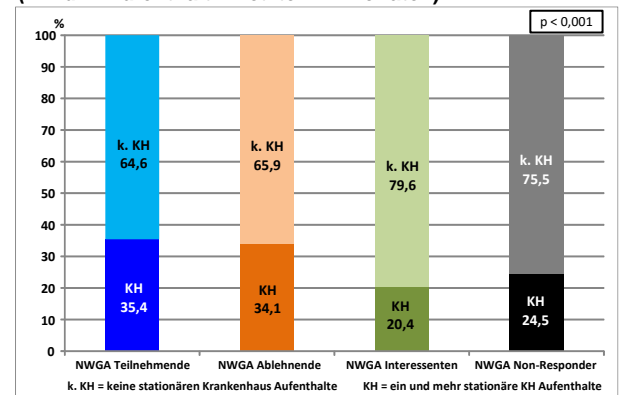
Hypothese 4: Staatsangehörigkeit (Deutsch)



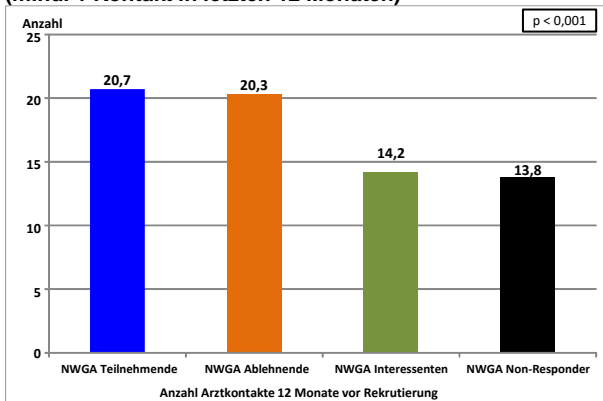
Hypothese 5: PLZ Koordinierende Stelle NWGA



Hypothese 6: Krankenhausaufenthalt (mind. 1 Aufenthalt in letzten 12 Monaten)



Hypothese 7: Arztkontakte (mind. 1 Kontakt in letzten 12 Monaten)



Hypothese 8: Pflegegrad

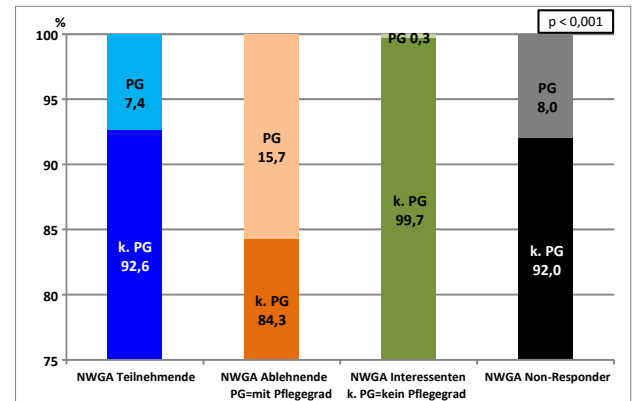


Abbildung 4: Abbildungen Ergebnisse Hypothesen 1 bis 8.

Aufbereitung und Auswertung der ICD-Diagnosen

Zu Hypothese 6 bezüglich der stationären Krankenhausversorgung innerhalb des Zeitraums von 12 Monaten vor der Möglichkeit, am NWGA teilzunehmen, wurden weitere vertiefende Analysen zu Diagnosen durchgeführt. Vollstationäre Krankenhausaufenthalte sind definiert über eine Hauptdiagnose bei Aufenthaltsdauer länger als einen Tag. Für Krankenhausaufenthalte, die zwei Hauptdiagnosen aufwiesen, wurde manuell nach geriatrisch fachlicher Expertise die maßgebliche Hauptdiagnose ausgewählt. Es wurden zwei Kategorisierungen aufgestellt. Die Diagnosen bzw. Diagnosen-Kombinationen hierfür sind bei älteren Patienten auch für stationäre Behandlungen besonders prävalent. Nach geriatrischer Expertise wurden ICD-Codes in 9 bzw. 17 Krankheitskomplexe für Hauptdiagnosen und in 13 bzw. 17 Krankheitskomplexe für Nebendiagnosen aggregiert, um in der Geriatrie typische und im Alter prävalente Problemfelder hervorzuheben, die sich in vollstationären Krankenhausaufenthalten wiederfinden lassen. **Anzahlen von Hauptdiagnosen (HD) und Nebendiagnosen (ND) vollstationärer Krankenhausaufenthalte: Im Alter prävalente Krankheitskomplexe** werden in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 10: Anzahlen von Hauptdiagnosen (HD) und Nebendiagnosen (ND) vollstationärer Krankenhausaufenthalte: Im Alter prävalente Krankheitskomplexe.

			Gesamt ¹ Ges _{ICD} ² =5422	Teilnehmende ¹ TN _{ICD} ² =603			Ablehnende ¹ Abl _{ICD} ² =596			Interessenten ¹ Int _{ICD} ² =685			Non-Responder ¹ NonR _{ICD} ² =3538		
ICD	Krankheitskomplex	Rang	Ges _{ICD} ² (%)	TN _{ICD} ²	% von TN _{ICD} ²	% von Ges _{ICD} ²	Abl _{ICD} ²	% von Abl _{ICD} ²	% von Ges _{ICD} ²	Int _{ICD} ²	% von Int _{ICD} ²	% von Ges _{ICD} ²	NonR _{ICD} ²	% von NonR _{ICD} ²	% von Ges _{ICD} ²
				n	D ²	D ²	D ²	n	CD ²	CD ²	n	D ²	CD ²	n	D ²
I48.*	Vorhofflimmern	1	181 (3,34)	23	3,81	0,42	8	1,34	0,15	43	6,28	0,79	107	3,02	1,97
J13; J14; J15.*; J16.*; J18.*; N39.0	Infekte	2	142 (2,62)	8	1,33	0,15	17	2,85	0,31	15	2,19	0,28	102	2,88	1,88
I50.*	Herzinsuffizienz	3	132 (2,43)	13	2,16	0,24	14	2,35	0,26	12	1,75	0,22	93	2,63	1,72
I70.2*	Periphere arterielle Verschlusskrankheit	4	97 (1,79)	12	1,99	0,22	8	1,34	0,15	9	1,31	0,17	68	1,92	1,25
J44.*; J45.*	Asthma / COPD	5	79 (1,46)	5	0,83	0,09	9	1,51	0,17	2	0,29	0,04	63	1,78	1,16
I25.*	Koronare Herzkrankheit	6	69 (1,27)	5	0,83	0,09	4	0,67	0,07	13	1,90	0,24	47	1,33	0,87
I10.*	Hypertonie	7	67 (1,24)	6	1,00	0,11	13	2,18	0,24	6	0,88	0,11	42	1,19	0,77
E11.*	Diabetes mellitus	8	43 (0,79)	2	0,33	0,04	8	1,34	0,15	2	0,29	0,04	31	0,88	0,57
B95.* – B98.*	Keimträgerstatus	9	32 (0,59)	4	0,66	0,07	3	0,50	0,06	1	0,15	0,02	24	0,68	0,44
D60.* – D64.*	Anämien	10	20 (0,37)	2	0,33	0,04	2	0,34	0,04	1	0,15	0,02	15	0,42	0,28
H91.*	Hörminderung	11	4 (0,07)	0	0,00	0,00	1	0,17	0,02	0	0,00	0,00	3	0,08	0,06
N18.*	Chronische Niereninsuffizienz	12	2 (0,04)	0	0,00	0,00	1	0,17	0,02	0	0,00	0,00	1	0,03	0,02
E03.*	Schilddrüsenunterfunktion	13	0 (0,00)	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00

E53.*; E55.*	Vitamin-Mangel	13	0 (0,00)	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
E66.*	Adipositas	13	0 (0,00)	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
E78.*	Hyperlipidämie	13	0 (0,00)	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Z92.1	Therapie mit (oralen) Antikoagulanzen	13	0 (0,00)	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
(b) Nebendiagnosen															
ICD	Krankheitskomplex	Rang	Ges_{ICD³} (%)	TN_{ICD³}	% von TN_{ICD³}	% von Ges_{ICD³}	Abl_{ICD³}	% von Abl_{ICD³}	% von Ges_{ICD³}	Int_{ICD³}	% von Int_{ICD³}	% von Ges_{ICD³}	NonR_{ICD³}	% von NonR_{ICD³}	% von Ges_{ICD³}
I10.*	Hypertonie	1	2920 (53,85)	296	49,09	5,46	314	52,68	5,79	335	48,91	6,18	1975	55,82	36,43
I25.*	Koronare Herzkrankheit	2	1139 (21,01)	122	20,23	2,25	149	25,00	2,75	144	21,02	2,66	724	20,46	13,35
I48.*	Vorhofflimmern	3	1061 (19,57)	128	21,23	2,36	127	21,31	2,34	105	15,33	1,94	701	19,81	12,93
Z92.1	Therapie mit (oralen) Antikoagulanzen	4	989 (18,24)	132	21,89	2,43	107	17,95	1,97	120	17,52	2,21	630	17,81	11,62
E11.*	Diabetes mellitus	5	811 (14,96)	79	13,10	1,46	107	17,95	1,97	73	10,66	1,35	552	15,60	10,18
E78.*	Hyperlipidämie	6	733 (13,52)	98	16,25	1,81	76	12,75	1,40	99	14,45	1,83	460	13,00	8,48
E03.*	Schilddrüsenunterfunktion	7	552 (10,18)	73	12,11	1,35	74	12,42	1,36	63	9,20	1,16	342	9,67	6,31
N18.*	Chronische Niereninsuffizienz	8	546 (10,07)	64	10,61	1,18	76	12,75	1,40	49	7,15	0,90	357	10,09	6,58
J13; J14; J15.*; J16.*; J18.*; N39.0	Infekte	9	508 (9,37)	43	7,13	0,79	56	9,40	1,03	34	4,96	0,63	375	10,60	6,92
I50.*	Herzinsuffizienz	10	447 (8,24)	42	6,97	0,77	46	7,72	0,85	35	5,11	0,65	324	9,16	5,98
J44.*; J45.*	Asthma / COPD	11	404 (7,45)	45	7,46	0,83	52	8,72	0,96	37	5,40	0,68	270	7,63	4,98

E66.*	Adipositas	12	309 (5,70)	41	6,80	0,76	38	6,38	0,70	27	3,94	0,50	203	5,74	3,74
B95.* – B98.*	Keimträgerstatus	13	254 (4,68)	28	4,64	0,52	32	5,37	0,59	22	3,21	0,41	172	4,86	3,17
E53.*; E55.*	Vitamin-Mangel	14	230 (4,24)	20	3,32	0,37	43	7,21	0,79	10	1,46	0,18	157	4,44	2,90
D60.* – D64.*	Anämien	15	226 (4,17)	20	3,32	0,37	24	4,03	0,44	12	1,75	0,22	170	4,80	3,14
I70.2*	Periphere arterielle Verschlusskrankheit	16	192 (3,54)	21	3,48	0,39	35	5,87	0,65	11	1,61	0,20	125	3,53	2,31
H91.*	Hörminderung	17	142 (2,62)	10	1,66	0,18	17	2,85	0,31	12	1,75	0,22	103	2,91	1,90

*umfasst alle diesem ICD-Code untergeordneten ICD-Codes;

¹zugehörige Personenanzahlen mit vollstationären Krankenhausaufenthalten (% von Personen in jeweiliger Gruppe): Gesamt: 3303 (25,2), Teilnehmende: 341 (35,4), Ablehnende: 323 (34,1), Interessenten: 496 (20,4), Non-Responder: 2143 (24,5);

²Anzahl vollstationäre Krankenhausaufenthalte; ³Anzahl Vorkommnisse von Nebendiagnosen vollstationärer Krankenhausaufenthalte.

Betrachtung von aggregierten Funktions-ICD

Des Weiteren wurden ICD-Codes funktionaler Beeinträchtigungen ausgewählt, und zwar: „Störungen des Ganges und der Mobilität“ (R26), „Unwohlsein und Ermüdung“ (R53), „Motorische“ bzw. „Kognitive Funktionseinschränkungen“ (U50 bzw. U51) und „Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit“ (Z74). Diese geben Hinweise auf den Bedarf eines Angebotes im Sinne des Projektes (vgl. Abbildung **Ausgewählte aggregierte Funktions-ICD in Nebendiagnosen, prozentual nach Gesamtgruppengröße**). Während das Profil der Gruppe der Non-Responder mit dem Profil der Gesamt-Gruppe nahezu identisch ist, stellt sich die Gruppe der Interessenten bedeutend besser und die mittels des LUCAS Funktions-Index erschlossene Gruppe der NWGA Geeigneten (Teilnehmende und Ablehnende) als bedeutend schlechter dar. Insbesondere scheinen Ablehnende funktional eingeschränkter als Teilnehmende zu sein und einen vergleichsweise größeren Bedarf aufzuweisen.

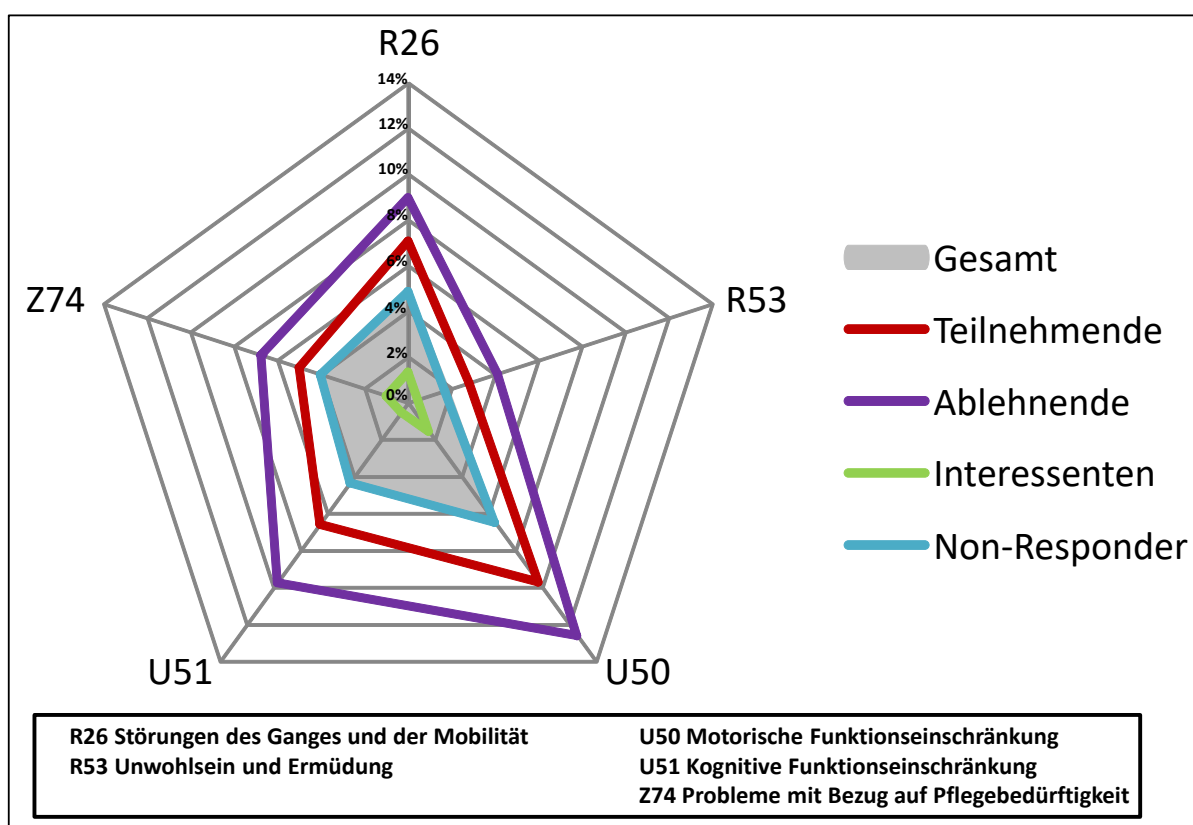


Abbildung 5: Ausgewählte aggregierte Funktions-ICD in Nebendiagnosen, prozentual nach Gesamtgruppengröße (n=5422).

Charakterisierung der Teilnehmenden und Ablehnenden

Von den angeschriebenen Versicherten der beteiligten Krankenkassen TK, BARMER, DAK, KNAPPSCHAFT im Rekrutierungszeitraum von 15 Monaten (09.10.2017 – 31.12.2018) ergab der Rücklauf, der in der Vertrauensstelle am Albertinen Haus bearbeitet wurde: 963 NWGA Teilnehmende, 949 NWGA Ablehnende, 2437 NWGA Interessenten (vgl. Abbildung **Rücklauf angeschriebener Versicherter über 15 Monate**).

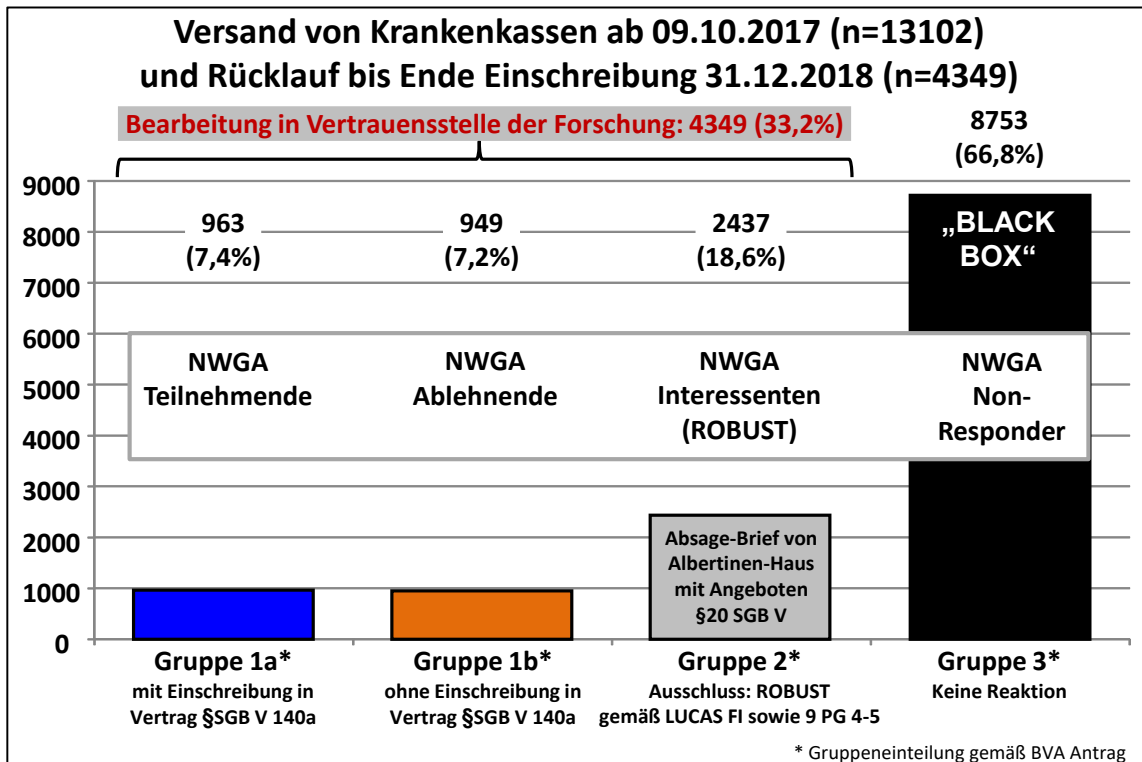


Abbildung 6: Rücklauf angeschriebener Versicherter über 15 Monate.

Für die 949 Versicherten, die das innovative Versorgungsangebot des NWGA ablehnten, wurden strukturiert die Ablehnungsgründe (n=1.163 Gründe, Mehrfachnennungen möglich) erfasst. Hierüber informiert die nachstehende Abbildung **Ablehnungsgründe für Nicht-Teilnahme am NWGA einschussfähiger Versicherter.**

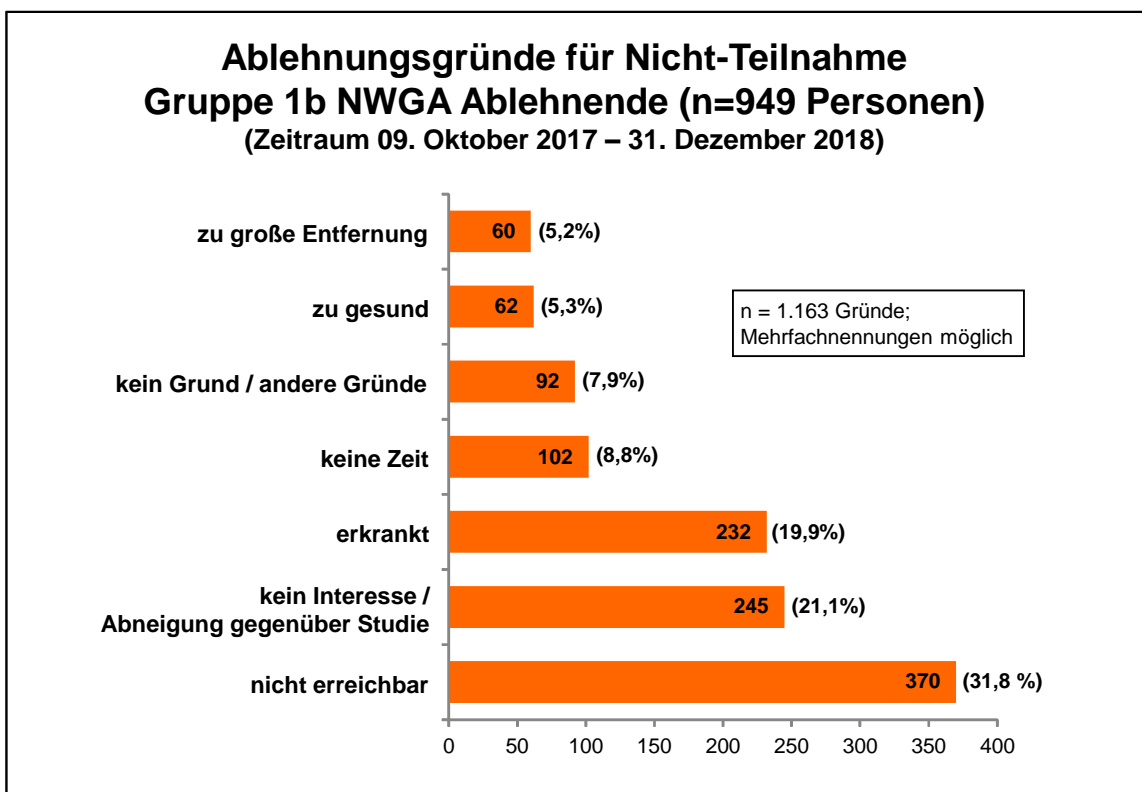


Abbildung 7: Ablehnungsgründe für Nicht-Teilnahme am NWGA einschussfähiger Versicherter.

Anhand des Rücklaufs der Eingangsfragebögen zur Teilnahme (verschickt von den beteiligten Kassen) konnten alle n=1.912 NWGA einschlussfähigen Versicherten (Gruppe 1a und Gruppe 1b, Personen mit Einschreibung in den NWGA Vertrag der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V (n=963) und Personen ohne Einschreibung (n=949), siehe nachfolgende Tabelle) als **Teilnehmende und Nicht-Teilnehmende NWGA gem. Vertrag § 140a SGB V** unterschieden werden bezüglich ihrer soziodemographischen und funktionalen Eigenschaften.

Tabelle 11: *Teilnehmende und Nicht-Teilnehmende NWGA gem. Vertrag § 140a SGB V.*

Merkmale	Ausprägung	NWGA einschlussfähige Versicherte		
		Alle NWGA Einschlussfähigen n (%)	mit NWGA- Vertrag gem. § 140a SGB V n (%)	ohne NWGA- Vertrag gem. § 140a SGB V n (%)
Gruppengröße		1.912 (100%)	963 (100%)	949 (100%)
Krankenkasse	TK	646 (33,8)	341 (35,4)	305 (32,1)
	BARMER	550 (28,8)	285 (29,6)	265 (27,9)
	DAK	708 (37,0)	336 (34,9)	372 (39,2)
	KNAPPSCHAFT	8 (0,4)	1 (0,1)	7 (0,7)
Geschlecht	Frauen	1305 (68,3)	647 (67,2)	658 (69,3)
	Männer	607 (31,7)	316 (32,8)	291 (30,7)
Alter bei Eingang des Rekrutierungs- Fragebogens (ganzzahlig in Jahren)	Mittelwert	80,6	79,8	81,5
	Median	80,0	80,0	81,0
	Std.- Abweichung	5,7	5,3	6,0
	Minimum	70,0	70,0	70,0
	Maximum	101,0	101,0	101,0
Altersgruppen	70-74 Jahre	286 (15,0)	168 (17,4)	118 (12,4)
	75-79 Jahre	570 (29,8)	312 (32,4)	258 (27,2)
	80-84 Jahre	609 (31,9)	315 (32,7)	294 (31,0)
	85-89 Jahre	303 (15,8)	120 (12,5)	183 (19,3)
	ab 90 Jahre	144 (7,5)	48 (5,0)	96 (10,1)
LUCAS Funktions- Index* und Pflegegrad	postROBUST	593 (31,0)	355 (36,9)	238 (25,1)
	preFRAIL	168 (8,8)	78 (8,1)	90 (9,5)
	FRAIL	862 (45,1)	435 (45,2)	427 (45,0)
	Pflegegrad 1	65 (3,4)	23 (2,4)	42 (4,4)
	Pflegegrad 2	165 (8,6)	59 (6,1)	106 (11,2)
	Pflegegrad 3	59 (3,1)	13 (1,3)	46 (4,8)

* Dapp U et al.
BMC Geriatr
2014;14:141.

Merkmale	Ausprägung	NWGA einschlussfähige Versicherte			
		Alle NWGA Einschlussfähigen	mit NWGA- Vertrag gem. § 140a SGB V	ohne NWGA- Vertrag gem. § 140a SGB V	
		n (%)	n (%)	n (%)	
Postleitzahlen	20144	40 (2,1)	18 (1,9)	22 (2,3)	
	20146	27 (1,4)	17 (1,8)	10 (1,1)	
	20148	2 (0,1)	2 (0,2)	0 (0,0)	
	20149	20 (1,0)	7 (0,7)	13 (1,4)	
	20249	15 (0,8)	3 (0,3)	12 (1,3)	
	20253	41 (2,1)	21 (2,2)	20 (2,1)	
	20255	22 (1,2)	11 (1,1)	11 (1,2)	
	20257	15 (0,8)	5 (0,5)	10 (1,1)	
	20259	25 (1,3)	13 (1,3)	12 (1,3)	
	20354	3 (0,2)	1 (0,1)	2 (0,2)	
	20357	10 (0,5)	4 (0,4)	6 (0,6)	
	21718	1 (0,1)	0 (0,0)	1 (0,1)	
	22081	1 (0,1)	0 (0,0)	1 (0,1)	
	22453	172 (9,0)	81 (8,4)	91 (9,6)	
	22455	256 (13,4)	99 (10,3)	157 (16,5)	
	22457	175 (9,2)	123 (12,8)	52 (5,5)	
	<u>22459</u>	<u>234 (12,2)</u>	<u>147 (15,3)</u>	<u>87 (9,2)</u>	
	<u>Koordinierende Stelle</u> Albertinen Haus	22523	213 (11,1)	112 (11,6)	101 (10,6)
		22525	119 (6,2)	54 (5,6)	65 (6,8)
		22526	1 (0,1)	0 (0,0)	1 (0,1)
		22527	157 (8,2)	85 (8,8)	72 (7,6)
		22529	199 (10,4)	99 (10,3)	100 (10,5)
		22547	144 (7,5)	55 (5,7)	89 (9,4)
22589		1 (0,1)	0 (0,0)	1 (0,1)	
22769		17 (0,9)	5 (0,5)	12 (1,3)	
22770		1 (0,1)	1 (0,1)	0 (0,0)	
25421		1 (0,1)	0 (0,0)	1 (0,1)	

Schlussfolgerungen der Akzeptanzanalyse

Über den Einsatz des LUCAS Funktions-Index wurde die Zielgruppe erfolgreich selektiert. Sie weist bzgl. Krankenkassendaten mehr Komorbiditäten auf. Ausgeschlossene Interessenten mit LUCAS Funktions-Index Status ROBUST weisen bedeutend weniger Komorbiditäten auf.

Die große Gruppe der Interessenten (über 50% aller Versicherten, die auf das Erst-Anschreiben reagierten) lässt darauf schließen, dass die Formulierung und/oder der Inhalt des Erst-Anschreibens passgenauer sein sollten (z.B. eindeutige Benennung der Zielgruppe). Andererseits zeigt sich eine hinreichend große Gruppe an Interessenten für pro-aktive Interventionen (z.B. präventive Maßnahmen gem. §20 SGB V).

Die Antwortquote auf das Erst-Anschreiben mit 5-seitigem Fragebogen entspricht mit 33% der Erwartung; im Vergleich hierzu 28% Antwortquote eines 10-Seiten Fragebogens bei zufälliger Auswahl über Einwohnermeldeamt für repräsentative Senioren-Befragung (Dapp et al. 2009).

Höhere NWGA Teilnahmequoten wären ggf. möglich gewesen; im Vergleich hierzu 37% Teilnahme bei Ansprache von Personen mit Funktionsstatus FRAIL zur Teilnahme an

präventivem Hausbesuch (Profener et al. 2016) oder 72% Teilnahme einer RCT Interventionsgruppe nicht-pflegebedürftiger Personen an einem präventiven Hausbesuch oder an halbtägiger Beratungsveranstaltung am Albertinen Haus (Dapp et al. 2007).

Insgesamt zeigt die Akzeptanzanalyse, dass sich unter den NWGA Ablehnenden und unter Non-Respondern funktionell eingeschränkte Senioren als mutmaßliche Zielgruppe für die Intervention befinden, die durch zusätzliche Maßnahmen in der Rekrutierung erreicht werden könnten. Im Gegensatz dazu gibt die Akzeptanzanalyse auch Hinweise darauf, dass viele der am NWGA Interessierten offenbar gesundheitlich und funktional weniger betroffen bzw. eingeschränkt sind, und dass diese Gruppe mit eher geringem Risiko für funktionellen Abbau offenbar wirksam über den LUCAS Funktions-Index identifiziert und letztlich erfolgreich aus dem Projekt ausgeschlossen wurde.

Limitationen der Akzeptanzanalyse

Die Ergebnisse der Akzeptanzanalyse basieren ausschließlich auf durch die Krankenkassen zur Verfügung gestellte Routinedaten, die diagnosebasiert (ICD-Systematik) erfasst wurden. Zwar gibt es auch eine funktions-basierte Systematik (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF-Systematik). Diese wird aber praktisch ausschließlich im Bereich der Rehabilitation genutzt. Routinedaten aus der Allgemeinversorgung nach ICF existieren nicht. Unter ICD-Codes gibt es neben rein krankheits- oder organbezogenen Codes auch solche, die mit funktionaler Gesundheit assoziiert sind bzw. diese abzubilden suchen. In Gänze lassen sich aber alltagsrelevante funktionelle Fähigkeiten mittels ICD-Codes nicht darstellen.

In diesen Routinedaten sind zudem ausschließlich ICD-Diagnosen stationärer Krankenhausaufenthalte enthalten (25%), sie beinhalten keine ICD-Diagnosen aus dem ambulanten Leistungsgeschehen.

Beide vorgenannten Aspekte machen deutlich, dass die Darstellung von Unterschieden in funktionellen Fähigkeiten zwischen den vorhandenen Gruppen nur näherungsweise möglich ist. Die gefundenen Unterschiede deuten darauf hin, dass insbesondere unter den Non-Respondern Personen mit relevanter funktioneller Einschränkung vorhanden sein könnten, die möglicherweise von der Intervention profitiert hätten. Es braucht aber weitere Untersuchungen, um diesen Befund zu bestätigen.

Einige Hypothesen konnten nur eingeschränkt über die bereitgestellten Routinedaten beantwortet werden, da die hierfür benötigten Daten nicht vollumfänglich geliefert werden konnten. Ein Beispiel ist die Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste (siehe Hypothese 9).

Die aus unserer Perspektive gravierendste Limitation ist, dass die Routinedaten trotz bewilligten BVA-Antrag ausschließlich anonymisiert und nicht pseudonymisiert zur Verfügung gestellt werden konnten. Dadurch war es nicht möglich, die Routinedaten mit den funktionsbezogenen Assessment-Befunden zu verknüpfen. In dem Wissen um diese Problematik wurde deshalb bewusst das Rekrutierungsinstrument LUCAS-Funktionsindex zur Erfassung der funktionalen Kompetenz in das Initialschreiben der beteiligten Krankenkassen proaktiv integriert. Der LUCAS-Funktionsindex ersetzt zwar kein vollständiges geriatrisch-funktionelles Assessment und bildet damit auch die funktionale Gesundheit älterer Menschen nicht vollständig ab. Der LUCAS-Funktionsindex ist aber in der Lage, ältere Personen mit erhöhtem Risiko für funktionellen Abbau und Verlust der Selbständigkeit zu identifizieren. Insofern konnte im Projekt sichergestellt werden, dass eine relevante Zielgruppe unter den noch selbständig in eigener häuslicher Umgebung lebenden Senioren erreicht und ins Projekt eingeschlossen werden konnte.

Fazit: Hätte die Möglichkeit bestanden, die funktionale Kompetenz im Routinedatensatz bei allen 13.100 Versicherten über ambulante und stationäre Leistungen abzubilden, hätten erstens die Krankenkassen passgenau über den Routinedatensatz die Zielgruppe für das

NWGA (Personen mit funktionalen Einschränkungen bzw. Verlusten) selektieren und motivierend ansprechen können. Zweitens hätten diese funktionsbezogenen Informationen im Routedatensatz weitere Rückschlüsse ermöglicht, warum potentielle NWGA-Teilnehmer sich gegen eine Teilnahme entschlossen haben.

6.2.2 Strukturanalyse

Nach Erfassung und Plausibilisierung aller ganzheitlich gerontologisch-geriatrischen Assessments ergab sich folgende Datengrundlage für die Strukturanalyse (vgl. Abbildung **Durchführung und Datenerfassung ganzheitlich gerontologisch-geriatrischer Assessments**):

- NWGA Teilnehmende Gesamtgruppe (n=897), davon
- NWGA Teilnehmende mit vollständigem Assessment (n=685)
- NWGA Teilnehmende ohne vollständiges Assessment (n=212)

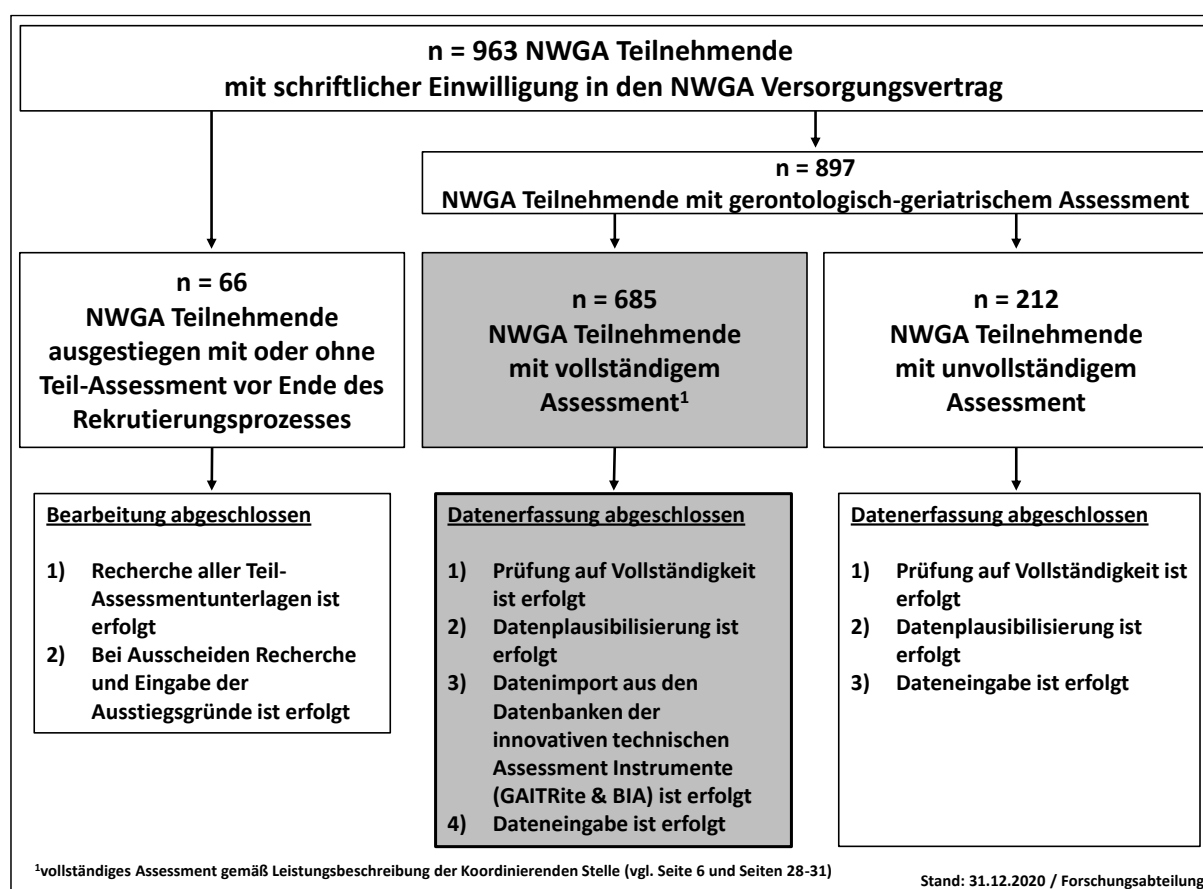


Abbildung 8: Durchführung und Datenerfassung ganzheitlich gerontologisch-geriatrischer Assessments.

Charakterisierung der Teilnehmenden

Die Gesamtstichprobe der analysierten Assessments (n=685) zeigt die in Tabelle **Charakteristika - Soziodemographie und Gesundheitsverhalten** zusammengestellten Merkmale.

Tabelle 12: Charakteristika - Soziodemographie und Gesundheitsverhalten (n=685).

Charakteristika (selbst angegeben)	Mittelwert \pm Standardabw. oder n (%)	
Gruppengröße, n	685	
Alter, Mittelwert \pm Standardabweichung	79,7 \pm 5,2	
Geschlecht, Männer / Frauen, n (%)	235 (34,3) / 450 (65,7)	
Schulbildung, Abitur oder Realschulabschluss, n (%)	284/617 (46,0)	
Alleine lebend, Ja, n (%)	330/681 (48,5)	
Sturzangst, Ja, n (%)	404/647 (62,4)	
Funktionale Kompetenz gem. LUCAS Funktions-Index	TRANSIENT	335/685 (48,9)
	FRAIL	300/685 (43,8)
Pflegebedarf gem. Begutachtung des MDK ¹ , Ja, n (%)	50/685 (7,3)	
Pflegegrad gem. Begutachtung des MDK ¹ , n (%)	Grad I	11/685 (1,6)
	Grad II	30/685 (4,4)
	Grad III	9/685 (1,3)
Body-Mass-Index (BMI) [kg/m ²], Mittelwert \pm Standardabweichung	27,9 \pm 4,8	
Herzerkrankungen, Ja, n (%)	342/659 (51,9)	
Selbsteingeschätzte Gesundheit, Mäßig oder schlecht, n (%)	388/674 (57,6)	
Erfassungsbogen zur sozialen Situation, Mittelwert \pm Standardabw.	20 \pm 3	
Alkoholkonsum, Täglich oder regelmäßig, n (%)	353/547 (64,5)	
Rauchen, Ja, aktuell, n (%)	34/680 (5,0)	
Fahrrad fahren, Ja regelmäßig oder gelegentlich, n (%)	167/657 (25,4)	

¹Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Die Assessment-Befunde unterschieden nach der funktionalen Kompetenz der NWGA Teilnehmende in Personen zeigt Tabelle **Ergebnisse des ganzheitlichen gerontologisch-geriatrischen Assessments**. Alle Personen mit Funktionsstatus postROBUST und preFRAIL wurden zusammengefasst zu Personen im Übergang (Transient, n=335), genauso wie alle Personen mit Pflegebedürftigkeit der Grade 1-3 (Pflegegrad, n=50).

Tabelle 13: Ergebnisse des ganzheitlichen gerontologisch-geriatrischen Assessments neu

Variable	Ausdruck	Alle n=685	TRANSIENT n=335	FRAIL n=300	PFLEGEGRAD n=50	p(T;F;PG))*
		n (%) o. Mittelwert \pm Standardabweichung o. Median				Gesamt
Handkraft dominanter Hand nur Frauen	[kPa]	50,0	53,0	48,0	52,0	p= 0,001
Handkraft dominanter Hand nur Männer	[kPa]	56,5	58,0	56,0	49,0	p= 0,089
Short Physical Performance Battery (SPPB)	Score (0-12)	7,7 \pm 2,7	8,8 \pm 2,1	6,8 \pm 2,7	5,7 \pm 3,3	p< 0,001
Timed up and go (TuG)	[s]	13,7 \pm 5,0	11,7 \pm 2,9	15,2 \pm 5,2	18,5 \pm 7,9	p< 0,001
Body-Mass-Index (BMI)	[kg/m ²]	27,9 \pm 4,8	27,4 \pm 4,1	28,4 \pm 5,3	28,1 \pm 5,9	p= 0,051

Variable	Ausdruck	Alle	TRANSIENT	FRAIL	PFLEGEGRAD	p(T;F;PG)*
		n=685	n=335	n=300	n=50	Gesamt
		n (%) o. Mittelwert \pm Standardabweichung o. Median				
SMI¹ nur Männer	[kg/m ²]	8,6 \pm 1,2	8,6 \pm 1,1	8,6 \pm 1,3	8,2 \pm 1,0	p= 0,610
SMI¹ nur Frauen	[kg/m ²]	6,4 \pm 1,1	6,4 \pm 1,1	6,3 \pm 1,2	6,3 \pm 1,4	p= 0,641
GAITRite Präferierte Ganggeschwindigkeit	[cm/s]	100,0 \pm 25,2	111,3 \pm 21,3	90,6 \pm 23,4	80,6 \pm 25,0	p< 0,001
GAITRite Zeit der Doppelaufgabe bei präferierter Ganggeschwindigkeit	[ms]	346 \pm 118	308 \pm 70	377 \pm 121	419 \pm 226	p< 0,001
GAITRite Gangkapazität² bei präferierter Ganggeschwindigkeit	[cm/s]	35,7 \pm 14,4	38,9 \pm 13,8	32,5 \pm 14,3	30,0 \pm 13,3	p< 0,001
GAITRite Ganggeschwindigkeit bei Dual task count und präferierter Ganggeschwindigkeit	[cm/s]	91,9 \pm 26,9	101,2 \pm 26,4	84,5 \pm 24,4	74,8 \pm 23,2	p< 0,001
GAITRite Zeit der Doppelaufgabe bei Dual task count und präferierter Ganggeschwindigkeit	[ms]	392 \pm 148	354 \pm 116	429 \pm 174	432 \pm 100	p< 0,001
Sturzrisikocheck³	Score (0-13)	7,0 \pm 2,4	6,2 \pm 2,3	7,6 \pm 2,2	8,5 \pm 2,3	p< 0,001
Sturz in letzten 12 Monaten	Ja	279/653 (42,7)	121/334 (36,2)	146/299 (48,8)	12/20 (60,0)	p= 0,002
Functional-Reach-Test⁴	[cm]	25,0 \pm 6,8	26,6 \pm 6,3	23,4 \pm 6,8	20,5 \pm 6,5	p< 0,001
	Keine Einschränkung: >25cm	181/357 (50,7)	117/191 (61,2)	60/148 (40,5)	4/18 (22,2)	p< 0,001
	Leichte Einschränkung: >15cm und \leq 25cm	145/357 (40,6)	63/191 (33,0)	73/148 (49,4)	9/18 (50,0)	
Hinweis auf schwere Einschränkungen in Mobilität und ADLs	31/357 (8,7)	11/191 (5,8)	15/148 (10,1)	5/18 (27,8)		
NRS: Schmerzskala	Wert (0-10)	4,8 \pm 2,2	4,4 \pm 2,0	4,9 \pm 2,1	6,3 \pm 2,7	p= 0,020
Uhrentest	Score nach Shulman (1-6)	1,9 \pm 0,9	1,8 \pm 0,9	1,9 \pm 0,9	2,4 \pm 1,1	p< 0,001
DemTect	Score (0-18)	14,1 \pm 3,1	14,5 \pm 2,8	14,0 \pm 3,2	12,4 \pm 3,9	p= 0,001

Variable	Ausdruck	Alle	TRANSIENT	FRAIL	PFLEGEGRAD	p(T;F;PG)*
		n=685	n=335	n=300	n=50	Gesamt
		n (%) o. Mittelwert \pm Standardabweichung o. Median				
PHQ-D Kurzform: kontinuierliche Auswertung	Score (0-27)	3,5 \pm 3,3	2,9 \pm 2,8	3,9 \pm 3,6	4,5 \pm 3,7	p= 0,042
	0-4: Kein Hinweis auf depressive Störung	455/628 (72,4)	227/302 (75,2)	204/283 (72,1)	24/43 (55,8)	p= 0,034
	5-9: Leichte oder unterschwellige depressive Störungen	138/628 (22,0)	63/302 (20,8)	59/283 (20,9)	16/43 (37,2)	
	10-14: Mittelschwere Depression	28/628 (4,5)	12/302 (4,0)	14/283 (4,9)	2/43 (4,7)	
	15-27: Ausgeprägte / schwerste Depression	7/628 (1,1)	0/302 (0,0)	6/283 (2,1)	1/43 (2,3)	

*T=TRANSIENT (postROBUST & preFRAIL); F=FRAIL; PG=Pflegegrad.

¹Gesamtkörpermuskelmass: $SMM/(Körpergröße)^2$; gemessen mit BIA (Bioimpedanz-Analyse).

Frauen: $\geq 6,76$ kg/m² (normale Muskelmasse); 5,76 kg/m² - 6,75 kg/m² (beginnende Sarkopenie); $\leq 5,75$ kg/m² (ausgeprägte Sarkopenie);

Männer: $\geq 10,76$ kg/m² (normale Muskelmasse); 8,51 kg/m² - 10,75 kg/m² (beginnende Sarkopenie); $\leq 8,50$ kg/m² (ausgeprägte Sarkopenie).

Frauen;Männer: normale Muskelmasse $\geq 6,76$; $\geq 10,76$ kg/m²; beginnende Sarkopenie 5,76 - 6,75; 8,51 - 10,75 kg/m²; ausgeprägte Sarkopenie $\leq 5,75$; $\leq 8,50$ kg/m².

Frauen;Männer [kg/m²]: normale Muskelmasse $\geq 6,76$; $\geq 10,76$; beginnende Sarkopenie 5,76 - 6,75; 8,51 - 10,75; ausgeprägte Sarkopenie $\leq 5,75$; $\leq 8,50$.

²Formel: Ganggeschwindigkeit schneller Gehgeschwindigkeit - Ganggeschwindigkeit bevorzugter Gehgeschwindigkeit.

³S wie Sinnesstörungen, T wie Tabletten, U wie ungewöhnliche Stimmung, R wie Radfahren, Z wie Zittern/neurologische Erkrankung, G wie krankhafte Störung des Gleichgewichts, E wie Ernährungsfehler, F wie Furcht zu fallen, A wie Aufstehen macht Probleme, H wie Herz-Kreislaufkrankungen, R wie ruhigeres Handeln, ! Sturzanamnese, ? wie Sturzfolgen.

⁴Mittelwert aus drei gemessenen Differenzen.

Die folgenden Abbildungen zeigen einige Ergebnisse der Befragungs-Instrumente sowie Performance Messungen des ganzheitlichen gerontologisch-geriatrischen Assessments gruppiert nach unterschiedlichen Funktionsstadien bzw. Funktionsverlusten (Pflegegrad). Auch hier zeigen sich überwiegend hochsignifikante Unterschiede zwischen den LUCAS Funktions-Index Gruppen TRANSIENT und FRAIL sowie die deutliche Unterscheidung zu Personen mit Pflegegrad (Funktionsverlusten).

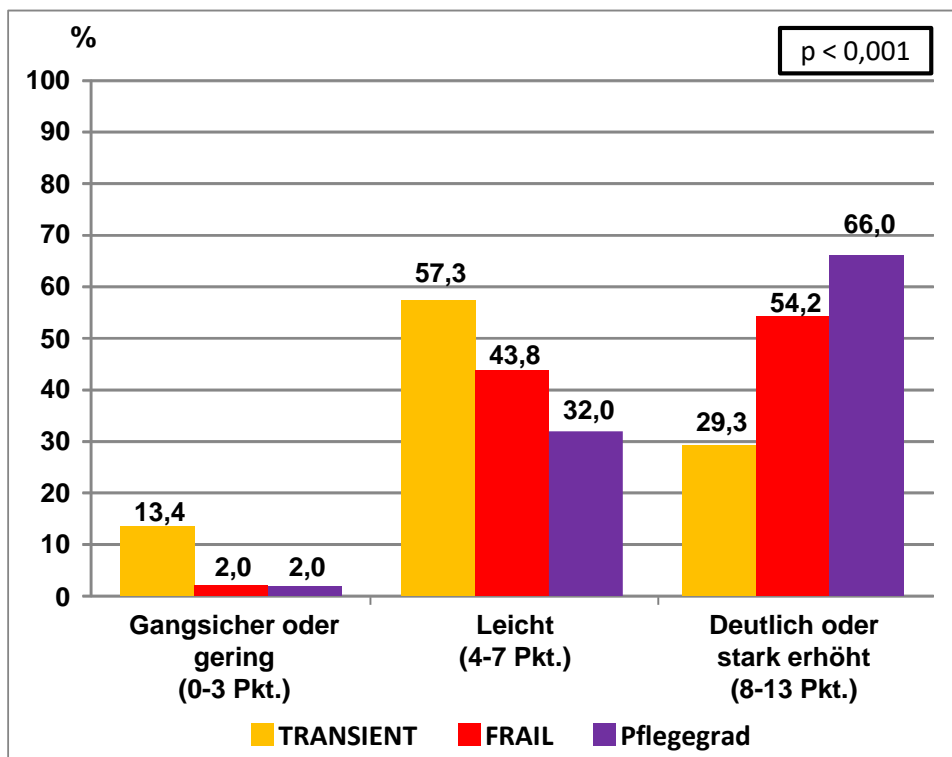


Abbildung 9: Sturzrisiko (Sturzrisikocheck).

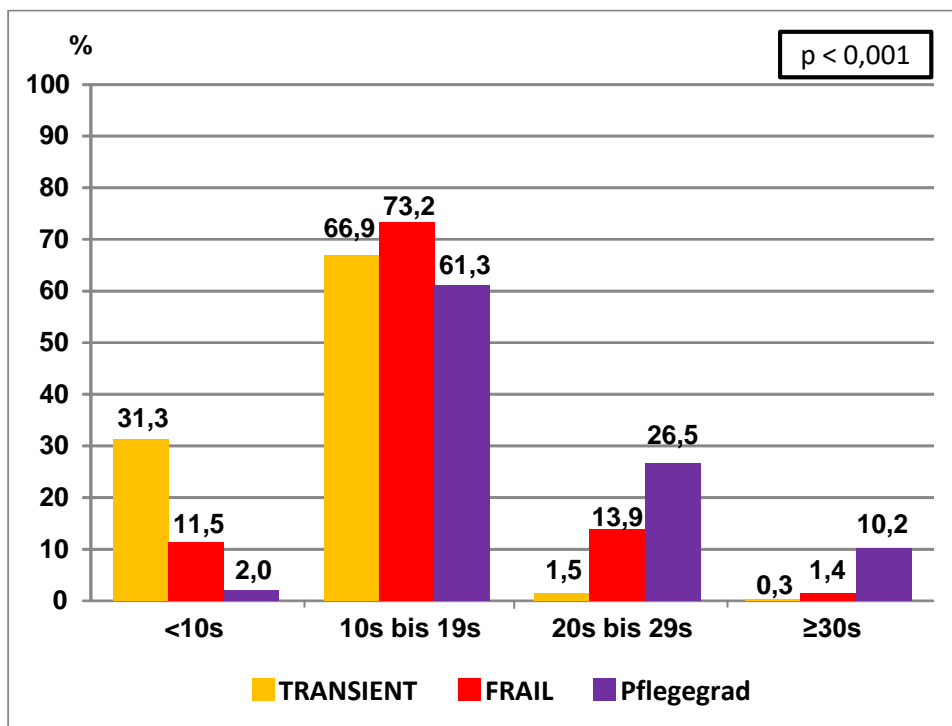


Abbildung 10: Zeitmessung Timed Up & Go.

Ähnliche Tendenzen zeigen sich in der psychischen Ermüdung, Kognition, chronischen Schmerzen, Sturzangst, physischer Belastungsfähigkeit, dynamischer und statischer Balancefähigkeit sowie in Handkraftdefiziten.

Auch die in der Ganganalyse erhobenen Messwerte zeigen Gruppen-Unterschiede, insbesondere auch frühe Hinweise auf Funktionsabnahme. Exemplarisch wird hier die Ganggeschwindigkeit dargestellt (vgl. Abbildung **Präferierte Ganggeschwindigkeit**). Weitere Ergebnisse der Ganganalyse können dem Evaluationsbericht entnommen werden.

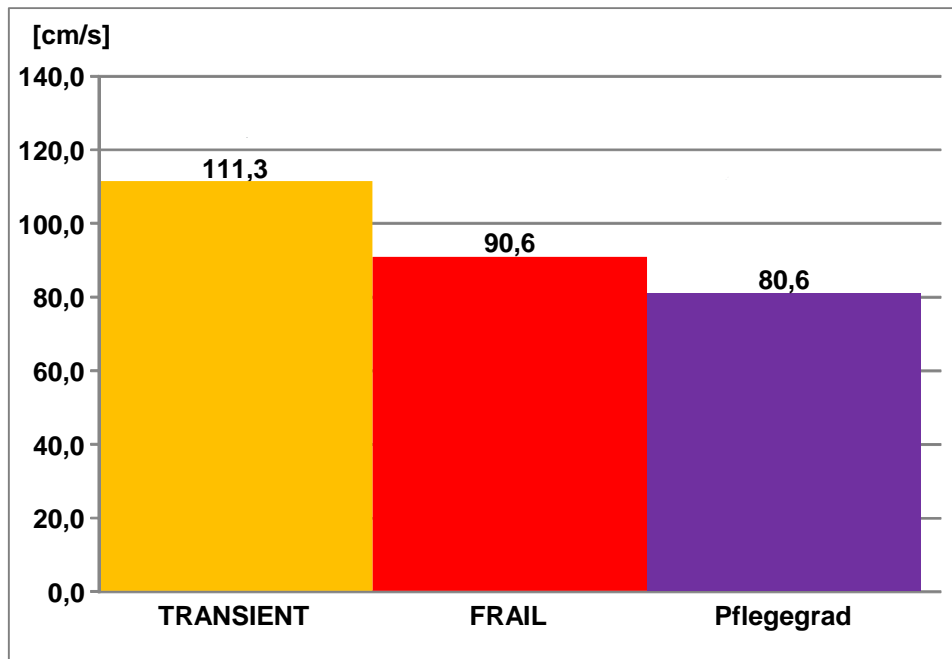


Abbildung 11: Präferierte Ganggeschwindigkeit.

Erwartungsgemäß zeigte der Body-Mass-Index (BMI) keine Tendenz über die LUCAS Funktions-Index Gruppen bezüglich der Klassen „untergewichtig“, „normalgewichtig“, „übergewichtet“. Tendenzen zeigen sich eher in den detaillierteren BIA-Messungen.

Schlussfolgerungen der Strukturanalyse

Die Unterschiede in verschiedenen gesundheitlichen Domänen des umfassenden geriatrischen Assessments bestätigen die gute Diskriminierung verschiedener Grade der Handlungskompetenz gem. LUCAS Funktions-Index (Dapp et al. 2014) auch in der Stichprobe der Versicherten des NWGA Projekts.

Darüber hinaus stellen sich Personen mit Pflegegraden in den ganzheitlichen Assessments erkennbar schlechter dar, als Personen der Gruppe FRAIL. Dieser Befund belegt, dass der LUCAS Funktions-Index, der zum Erkennen von Funktionsverschlechterung und nicht zur Erkennung von Pflegebedarf entwickelt wurde, Personen mit Funktionsverschlechterung trennt von Personen mit Behinderung gem. MDK Pflegegrad.

Die Teilnehmenden zeigen erste oder stärkere funktionale Einschränkungen, die durch Maßnahmen anzugehen sind. Besonders die innovativen Assessment-Instrumente (GAITRite, BIA) legen negative Tendenzen der funktionalen Zustände offen, die mit herkömmlichen Mitteln nicht offenkundig wären.

Ein Nebenbefund der Universität Bielefeld zeigt, dass in den Wahrscheinlichkeitsmodellen die Grade der Funktionsverschlechterungen gem. LUCAS Funktions-Index die höchsten Vorhersagekraft zeigten bzgl. zukünftiger Ereignisse wie Eintritt/Progression

Pflegebedürftigkeit oder Krankenhausaufenthalt (OR > 1 bis 3) im Unterschied zur Vorhersagekraft des kalendarischen Alters oder der Komorbiditäten gem. Charlson Komorbiditäts-Index (OR um 1).

In der Zusammenschau der Befunde zeigt die Strukturanalyse, dass die NWGA Teilnehmenden aus der geriatrisch-gerontologischen Perspektive tatsächliche Personen unter Risiko sind, d. h. Senioren mit erhöhtem Risiko für funktionellen Abbau und Verlust der Selbständigkeit. Die vom LUCAS Funktions-Index definierten Gruppen der Teilnehmenden zeigen deutliche Unterschiede in Bezug auf Allgemeinbefinden, Lebensqualität, Aktivitäten des täglichen Lebens, psychisches Wohlbefinden und Weiteres. Innerhalb der Gruppe von Teilnehmenden ohne Pflegegrad zeigen Personen mit Einschätzung postROBUST bzw. preFRAIL nach LUCAS Funktions-Index tendenziell geringere Betroffenheit bzw. Beeinträchtigung, Personen mit Frailty die größte Betroffenheit bzw. Beeinträchtigung. Bemerkenswert ist, dass Personen mit vorhandenem Pflegegrad bei Projektbeginn noch stärker beeinträchtigt sind als Personen mit Status FRAIL nach LUCAS Funktions-Index, aber noch ohne Pflegegrad. Dieser durchaus plausible Befund ist neu und bestätigt mit dem vorgenannten Befunden die Validität des LUCAS Funktions-Index. Bemerkenswert ist außerdem der Nachweis funktioneller Beeinträchtigungen durch die Messverfahren der elektronischen Ganganalyse und der Bioimpedanz, die das Risiko für zukünftigen funktionellen Abbau bei den NWGA Teilnehmenden auch unabhängig von LUCAS Funktions-Index oder typischen, in der klinischen Anwendung etablierten Assessmentverfahren verdeutlichen.

Limitationen der Strukturanalyse

Die Strukturanalyse basiert auf der funktionalen Kompetenz, die über den LUCAS-Funktionsindex im Kurzfragebogen zur Rekrutierung ermittelt wurde. Diese Ergebnisse wurden mit den im ganzheitlich gerontologisch-geriatrischen Assessment erhobenen Befunden überprüft. Wie in jeder anderen Studie auch ergibt sich dadurch eine zeitliche Diskrepanz. So kann sich in diesem Zeitversatz die funktionale Kompetenz verändert haben, z. B. durch Funktionsverschlechterung nach Krankenhausaufenthalt. Nichtsdestotrotz zeigen die Ergebnisse der Strukturanalyse hohe Übereinstimmung zwischen der jeweiligen Eingruppierung gemäß LUCAS-Funktionsindex und dem Grad der funktionalen Kompetenz, der sich in den Messbefunden des einzelnen Assessment-Instrumenten bestätigt. Dies wird gestützt durch eine geringe Wahrscheinlichkeit für einen Informationsbias, da sichergestellt wurde, dass stets dieselben, validierten Assessment-Instrumente gemäß vorab verschriftlichten Studienprotokoll zur Erfassung der funktionellen Fähigkeiten eingesetzt wurden (Qualitätssicherung).

6.2.3 Prozessanalyse

Zeitlicher Ablauf der Rekrutierung der NWGA Teilnehmenden

Die Einschreibung in das NWGA mit der nachfolgenden NWGA Empfehlungsabgabe und Überprüfung dieser im Follow-up Telefonat wurde in den folgenden Zeiträumen realisiert:

**Ist: Durchführung der Meilensteine der Rekrutierung der NWGA Teilnehmenden
November 2017:**

Beginn der Einschreibung in Vertrag der Besonderen Versorgung NWGA, Durchführung des ganzheitlichen gerontologisch-geriatrischen Assessments und der darauf basierenden Fallkonferenz

→ **Zeitraum aller NWGA Einschreibungen
beginnend mit „1st patient in“ im November 2017 und
endend mit „last patient in“ im Dezember 2018**

Februar 2018:

Beginn Versand Empfehlungsbrief an Hausarztpraxis und NWGA Teilnehmende individuell 1 Monat nach dessen Einschreibung (= Start des individuellen Interventionszeitraums von 24 Monaten)

→ **Zeitraum des Versands aller Empfehlungsbriefe
beginnend mit „1st patient in“ im Februar 2018 und
endend mit „last patient in“ im September 2019**

Januar 2019:

Beginn Durchführung Follow-up Telefonat zur Empfehlungsumsetzung individuell 6 Monate nach Empfehlungsbrief an Hausarztpraxis und NWGA Teilnehmende

→ **Zeitraum aller Follow-up Telefonate
beginnend mit „1st patient in“ im Januar 2019 und
endend mit "last patient in" im Mai 2020**

Einschreibung in IV-Vertrag:

Abgeschlossen im Dezember 2018: n=963;

im Unterschied zur Planung Abschluss im August 2018 mit n=1.000 Personen

Empfehlungsbriefe:

Abgeschlossen im September 2019: n=897

im Unterschied zur Planung Abschluss im September 2018 mit n=1.000 Personen

Durchführung Follow-up Telefonat:

Abgeschlossen im Mai 2020: n=832

im Unterschied zur Planung Abschluss im März 2019 mit n=1.000 Personen

Abschluss 24 Monate Interventionszeitraum:

Abgeschlossen im September 2020: n=190

im Unterschied zur Planung Abschluss im September 2020 mit n=1.000 Personen

Die Analyse der Zeiterfassungsformulare aller versorgenden Teile sowie der Dokumentationsdatenbank zur Projektorganisation der Koordinierenden Stelle zeigt die folgenden Zeitspannen für 897 Teilnehmende, die den gesamten Rekrutierungsprozess durchliefen und einen individuellen Unterstützungsplan erhielten (vgl. Tabelle **Zeitspannen während des NWGA Rekrutierungsprozesses**). Darüber hinaus wird in der Tabelle auch die Zeitspanne des erreichten Interventionszeitraums (Beginn: Versand des individuellen Unterstützungsplanes; Ende nach 24 Monaten oder zum 30.09.2020) während des NWGA Projektverlaufs dargestellt.

Tabelle 14: Ausgewählte Zeitspannen während des NWGA Rekrutierungsprozesses (n=897 Teilnehmende).

Zeitspanne ...	Anzahl Tage (Monate)		
	Durchschnitt	Min.	Max.
zwischen Datum Auswertung Eingangsfragebogen der Krankenkassen und erstem Termin des gerontologisch-geriatrischen Assessments	84,6 (2,8)	1 (-)	392 (12,9)
zwischen erstem Termin des gerontologisch-geriatrischen Assessments und Datum Abschluss letzter Assessmentteil	53,1 (1,7)	1 (-)	370 (12,2)
zwischen Versanddatum des individuellen Unterstützungsplans (iUP) bis Ende des Interventionszeitraums 30.09.2020	531,3 (17,5)	359 (11,8)	730 (24,0)

6-Monats-Follow-up Analyse

Die Prozessanalyse der abgegebenen Empfehlungen und deren Umsetzung basiert auf dem nachfolgenden **Flussdiagramm der Empfehlungen der individuellen Unterstützungspläne (iUP)**. Von den 963 eingeschriebenen Teilnehmenden erhielten 897 Teilnehmende einen Empfehlungsbrief (iUP). Von diesen Teilnehmenden konnten 832 Teilnehmende telefonisch zum Stand der Umsetzung 6 Monate nach Empfehlungsabgabe von den Fallmanagern befragt werden.

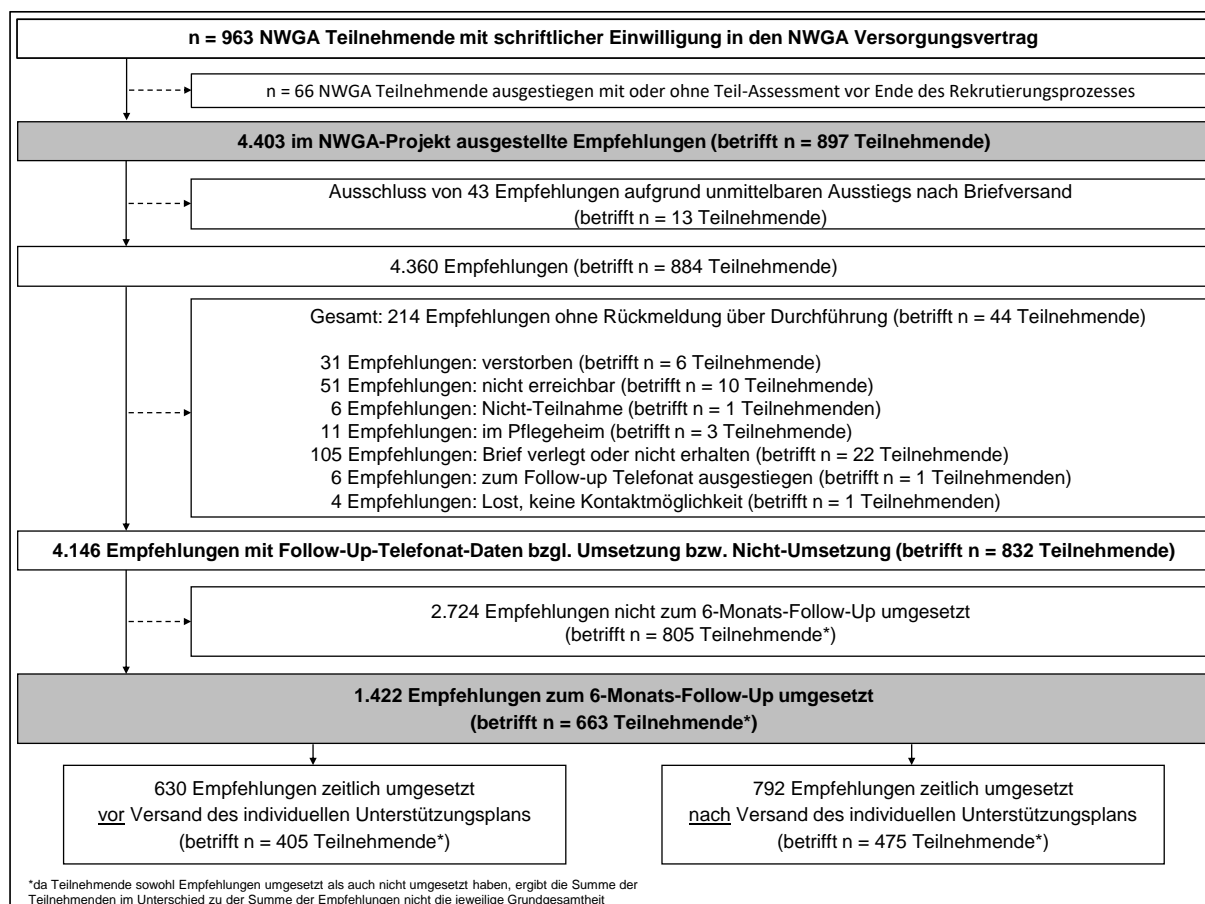


Abbildung 12: Flussdiagramm der Empfehlungen der individuellen Unterstützungspläne (iUP).

Charakterisierung der Empfehlungen nach NWGA Modulen

Die nachfolgende Abbildung **Ausgesprochene und umgesetzte Empfehlungen (iUP) nach den 5 Modulen** zeigt, dass 4.403 Empfehlungen ausgesprochen wurden (im Durchschnitt 5 Empfehlungen pro Person). Die Empfehlungen verteilen sich ganz unterschiedlich auf die 5

NWGA Module. 47,7% aller Empfehlungen betrafen das Modul Gesundheitskompetenz (M5), 36,2% das Modul Rehabilitation vor und in der Pflege (M1), 14,0% das Modul Mensch und Technik (M2), 2,0% das Modul „Beratung bei MCI/Demenz und 0,1% das Modul Hilfe für Angehörige (M4).

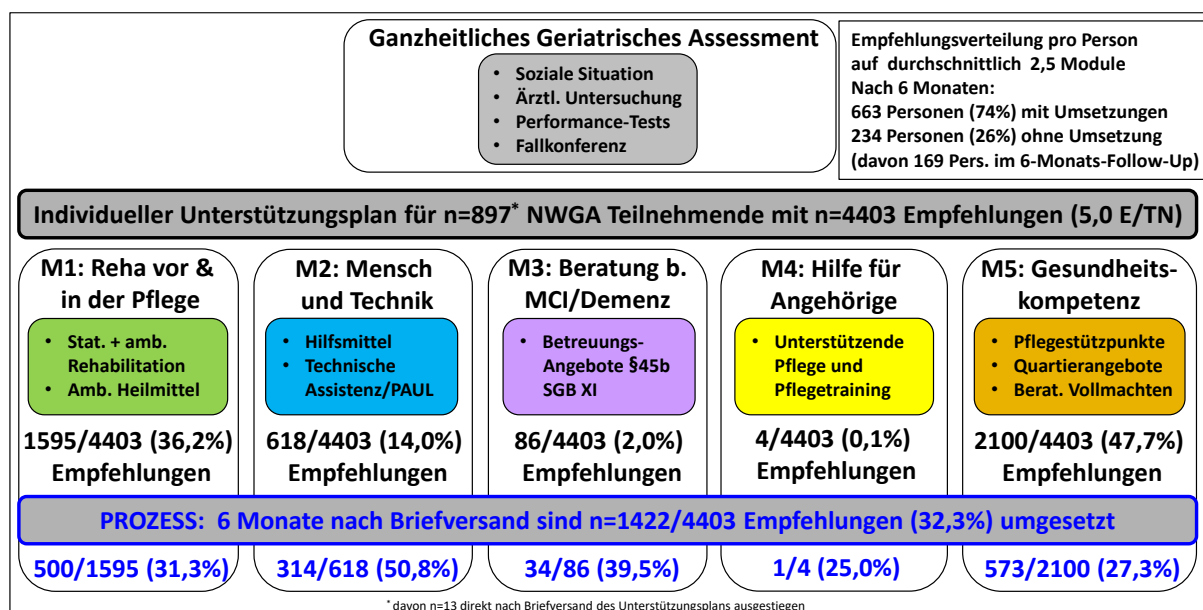


Abbildung 13: Ausgesprochene und umgesetzte Empfehlungen (iUP) nach den 5 Modulen.

Von diesen 4.403 Empfehlungen waren 6 Monate später 1.422 Empfehlungen umgesetzt (32,3%). Anteilig am häufigsten wurden Empfehlungen des Moduls „Mensch und Technik“ (M2) mit 50,8% umgesetzt, gefolgt von Empfehlungen des Moduls „Rehabilitation vor und in der Pflege“ (M1) mit 31,3% und Empfehlungen des Moduls „Gesundheitskompetenz“ (M5) mit 27,3%. Da für die Module „Beratung bei MCI/Demenz“ (M3) und „Hilfe für Angehörigen“ (M4) vergleichsweise wenige Empfehlungen ausgesprochen wurden, verzerrt die anteilige Umsetzungsrate das Bild und sollte entsprechend interpretiert werden.

Für jedes der Module M1 bis M5 wird in den nachfolgenden Abbildungen aufgefächert dargestellt die Übersicht der Einzelempfehlungen:

- ausgesprochene Empfehlungen (absolute Anzahlen)
- davon umgesetzte Empfehlungen (absolute Anzahlen)

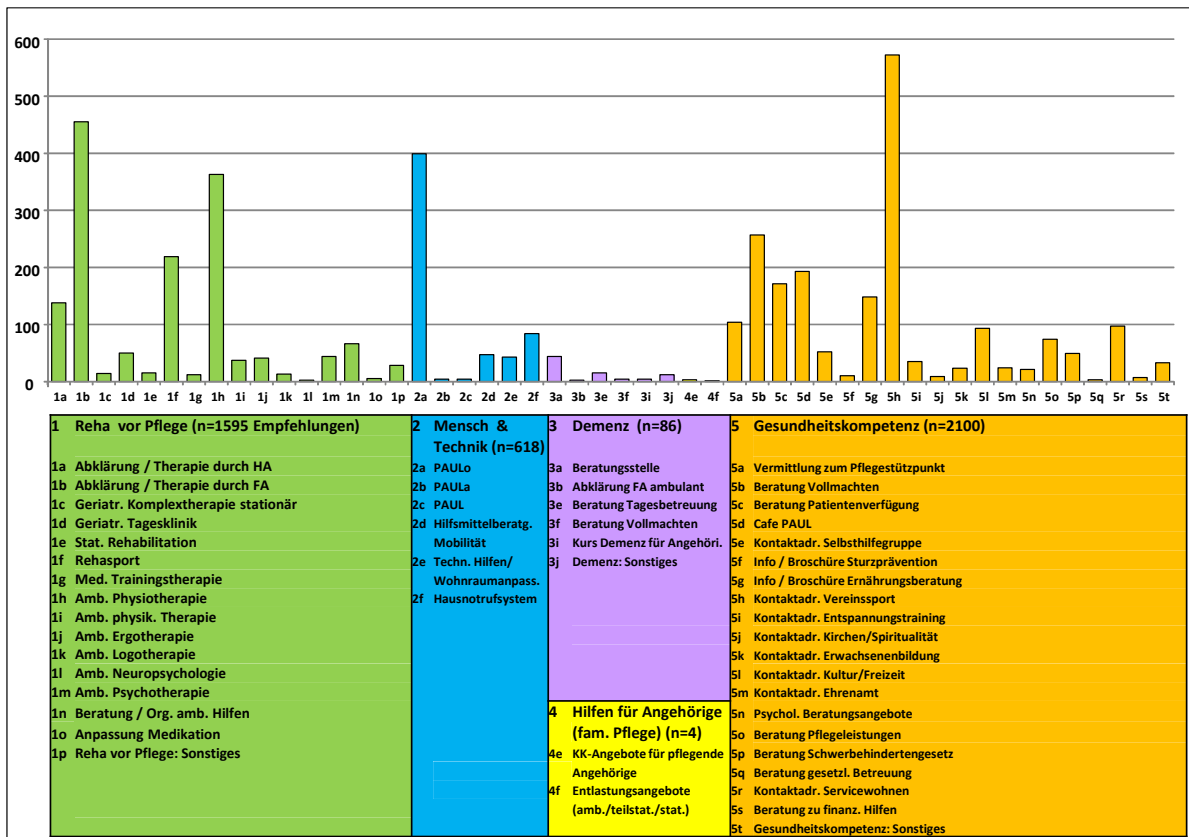


Abbildung 14: Anzahl ausgesprochene Empfehlungen (iUP) (Stand: Nach Versand Arztbriefe).

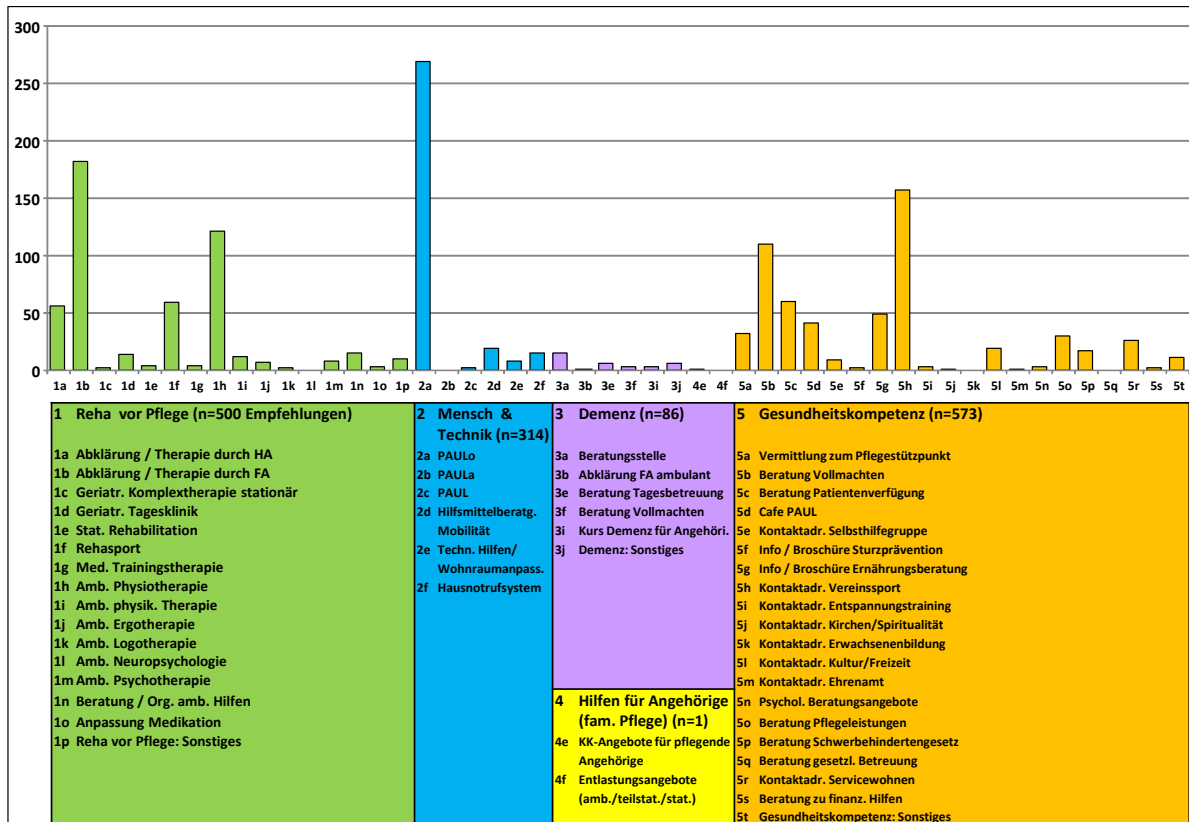


Abbildung 15: Anzahl umgesetzte Empfehlungen (iUP) (Stand: Nach Ende 6-Monats-Follow-up Telefonate).

Einfluss soziodemographischer und funktionaler Charakteristika auf Empfehlungsumsetzung

Nach Abschluss der Befragungen zum 6-Monats-Follow-up wurden alle ausgesprochenen Empfehlungen untersucht nach ausgewählten Kategorien auf Unterschiede des Zeitpunktes der Empfehlungsumsetzung:

- vor Versand des iUP umgesetzt,
- nach Erhalt des iUP umgesetzt oder
- keine Umsetzung innerhalb der 6 Monate.

Diese Ergebnisse sind in den folgenden Abbildungen **Umsetzung der Empfehlungen zum 6-Monats-Follow-up nach (Kategorie)** dargestellt.

Es zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede bei den ausgewählten Variablen bzgl. der Umsetzung bzw. Art der Umsetzung von Empfehlungen. Exemplarisch werden hier die Ergebnisse zu Geschlecht, Alter und Wohnsituation dargestellt. Weitere Ergebnisse sind im Evaluationsbericht aufgeführt.

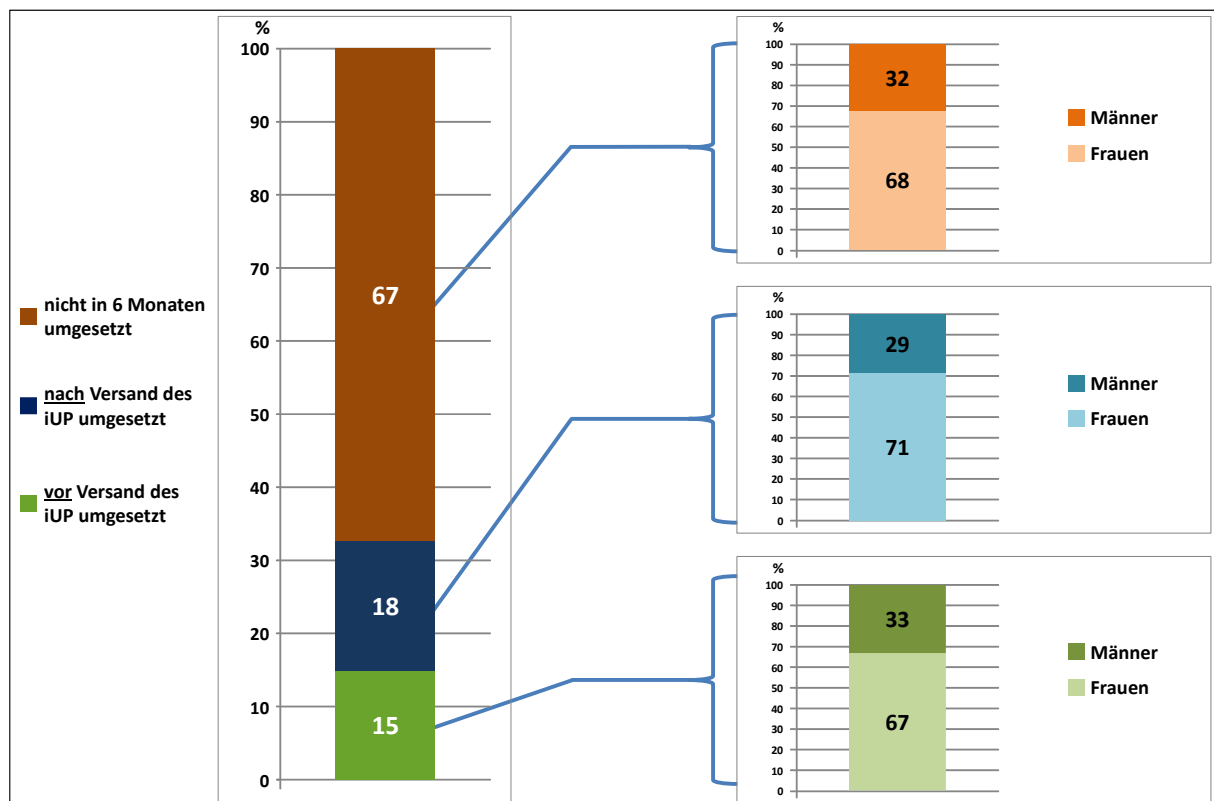


Abbildung 16: Umsetzung der Empfehlungen zum 6-Monats-Follow-up nach Geschlecht (n=4360 Empfehlungen).

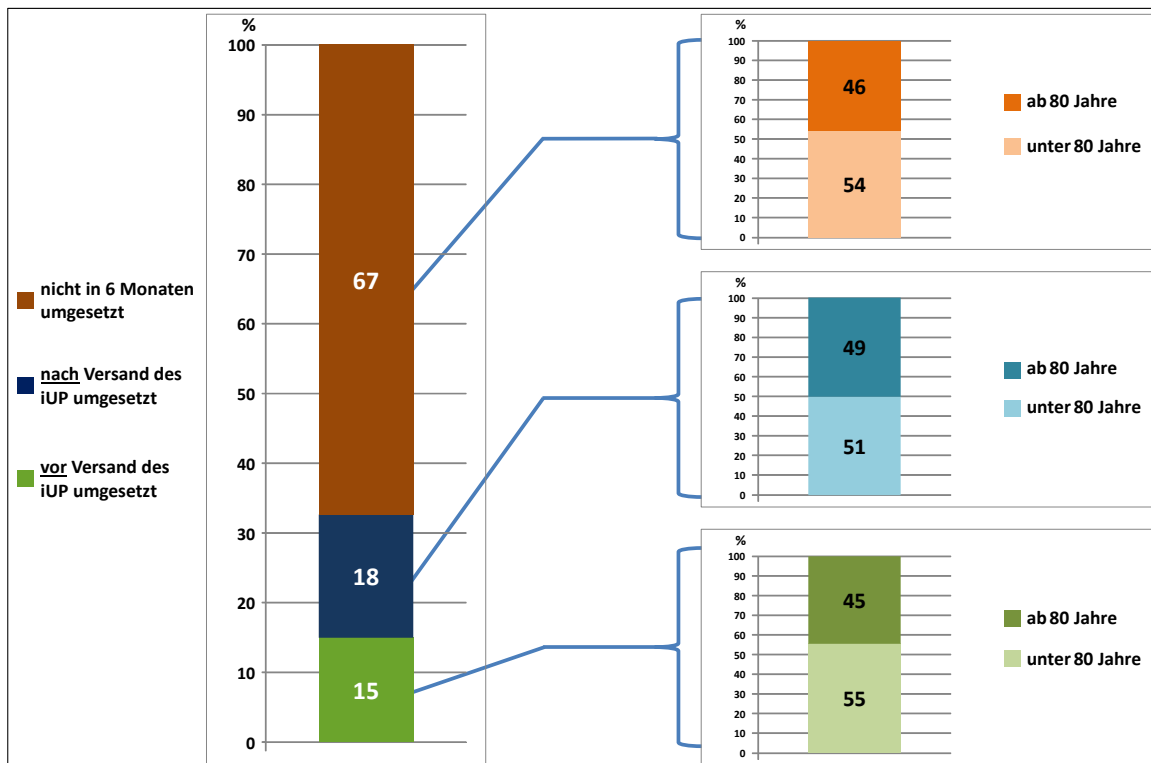


Abbildung 17: Umsetzung der Empfehlungen zum 6-Monats-Follow-up nach Alter (n=4360 Empfehlungen).

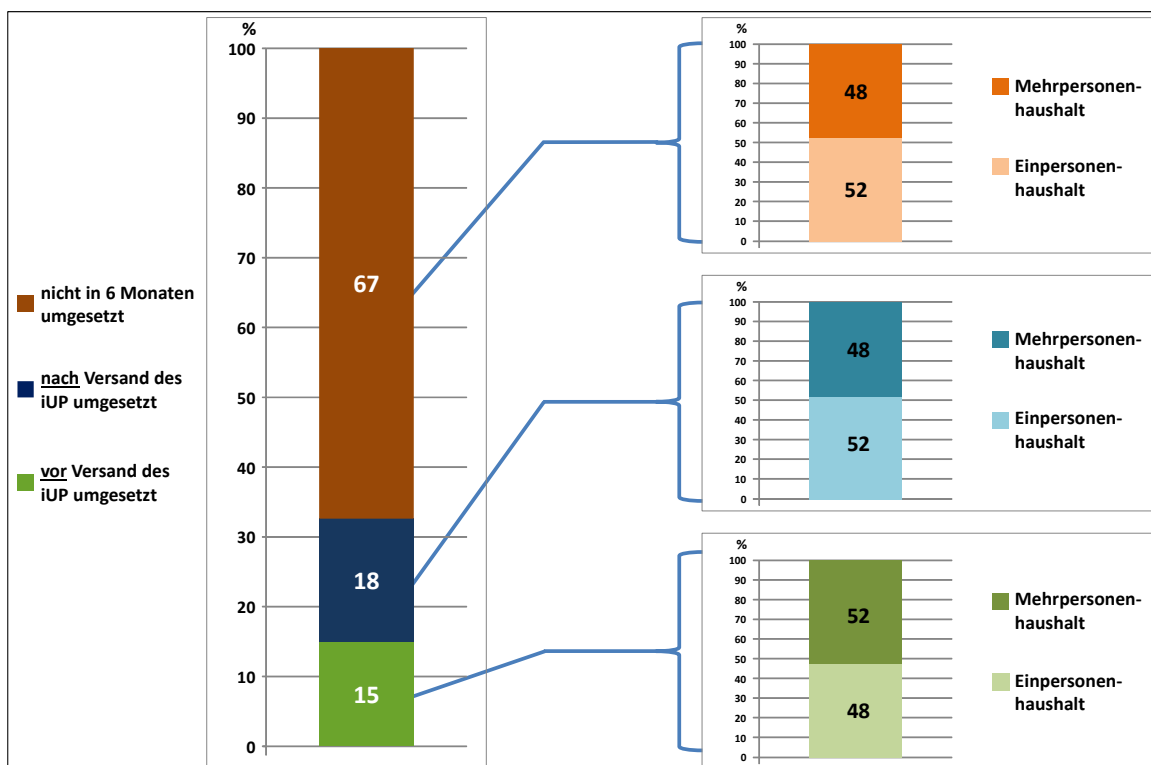


Abbildung 18: Umsetzung der Empfehlungen zum 6-Monats-Follow-up nach Wohnsituation (n=4360 Empfehlungen)

Schlussfolgerungen der Prozessanalyse

Die ausgesprochenen Empfehlungen bezogen sich mehrheitlich auf zwei der fünf NWGA Module. 48% aller Empfehlungen entfielen auf das Modul „Gesundheitskompetenz“ (hier

häufigste Empfehlung Kontaktadresse zu einem Sportverein) und 36% aller Empfehlungen entfielen auf das Modul „Reha vor und in Pflege“ (hier häufigste Empfehlung Konsultation einer Facharztpraxis oder ambulante Physiotherapie).

Es gab keine wesentlichen Unterschiede bezüglich der (Nicht-)Umsetzung der ausgesprochenen Empfehlungen nach soziodemographischen (z.B. Alter, Geschlecht, Wohnsituation), räumlichen (z.B. Nähe des Wohnortes zur Koordinierenden Stelle des NWGA) oder funktionalen Merkmalen (z.B. LUCAS Funktions-Index, Pflegegrad). Pro Person wurden im Durchschnitt fünf Empfehlungen abgegeben, von denen sechs Monate später wenige Empfehlungen pro Person umgesetzt waren (Empfehlungen ggf. priorisieren).

Im Projektverlauf gab es zeitliche Verzögerungen (von Terminvergabe des ganzheitlich gerontologisch-geriatrischen Assessments bis zur Erstellung des Arztbriefes bzw. individuellen Unterstützungsplans), so dass nicht alle NWGA Teilnehmenden ihren individuellen Interventionszeitraum realisieren konnten.

Limitationen der Prozessanalyse

Einschränkend wird genannt, dass die Prozessanalyse lediglich auf den Erhebungszeitraum von 6 Monaten fokussiert, beginnend mit dem Versand der schriftlichen Empfehlungen an den älteren Menschen (individueller Unterstützungsplan) und die behandelnde Hausarztpraxis (Arztbrief). Allerdings wurde dieser Zeitraum für die Analyse der Umsetzung der ausgesprochenen Empfehlungen mit Bedacht auf 6 Monate begrenzt. Grund ist, dass praktische Erfahrungswerte zeigen, dass Umsetzungen von Empfehlungen i.d.R. innerhalb eines halben Jahres vorgenommen werden. Ein verlängerter Erhebungszeitraum hätte mindestens eines zeitlichen strukturierten Boosters durch das Fallmanagement im weiteren Interventionsverlauf bedurft. Hiervon wurde bewusst abgesehen, da solche Booster in der Regelversorgung, wie bspw. in der geriatrischen Institutsambulanz, nicht vorgesehen sind.

7. Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Fortführung nach Ende der Förderung

Das NWGA hat im Rahmen von Teilnehmerbefragungen hohe Zufriedenheitswerte erzielt. Um Erkenntnisse darüber zu erlangen, welchen Nutzen die Teilnehmenden durch das NWGA für sich selbst wahrnahmen, erfolgte von April bis Mai 2020 im Rahmen der sozio-technischen Begleitforschung eine Teilnehmerbefragung durch den KO VDI/VDE im Auftrag der KF. Die Befragung wurde online über das PAUL-Tablet sowie per Telefon-Interview durchgeführt. Insgesamt haben 295 NWGA-Teilnehmende die Befragung abgeschlossen. Dies entspricht etwa einen Drittel aller NWGA-Teilnehmenden. Folgende Ergebnisse hat die Befragung ergeben:

- 55% der Befragten fühlten sich medizinisch besser versorgt,
- bei 26% der Befragten wurden bestehende gesundheitliche Auffälligkeiten früher erkannt,
- 27% der Befragten sind durch das NWGA sportlich aktiver geworden,
- bei 31% der Befragten wurde durch das NWGA die eigene Gesundheit positiv beeinflusst,
- das Versorgungskonzept (Kombination aus Assessment, Empfehlungsschreiben und Fallmanagement) wurde von 74% der Befragten mit sehr gut bis gut bewertet.

VDI/VDE konzipierte und moderierte weiterhin zwei Teilnehmer-Workshops, die in den Räumlichkeiten des Albertinen Hauses stattfanden. Die Workshop-Teilnehmer wurden von der KS eingeladen. Gemeinsam wurde diskutiert, was im NWGA aus Sicht der Teilnehmer gut lief und welche Verbesserungsvorschläge diese noch hatten. Anfang 2019 fand in den Räumlichkeiten des Albertinen Hauses der erste Workshop mit NWGA-Teilnehmenden statt. Insgesamt 30 Teilnehmende waren bei dieser Veranstaltung anwesend. Diskutiert wurden

dabei als zentrale Themen: Abläufe in der KS, Verständlichkeit des Patientenbriefes und Nutzung des PAUL-Tablets. Neben Lob für das Engagement der Fallmanager*innen wurden auch einige Hinweise auf prozessuale Verbesserungspotenziale gegeben, die von der Projektleitung aufgenommen wurden. Im zweiten Teilnehmer-Workshop Anfang 2020 zeigte sich erneut eine große Zufriedenheit der Teilnehmer mit dem Projekt. Insbesondere wurden das breit gefächerte und ganzheitlich angelegte Angebot sowie die Möglichkeit der aktiven Mitgestaltung durch die Teilnehmenden hervorgehoben. Als nachteilig wurde die reservierte Akzeptanz des Projekts durch einige Hausärzte empfunden. Gewünscht wurde ein noch breiteres Angebot um den sehr unterschiedlichen Interessen, Bedürfnissen und Fähigkeiten der Teilnehmenden gerecht zu werden.

Besonders die Unterstützung durch die persönlichen Ansprechpartner (Fallmanager) in der Koordinierenden Stelle als auch die Vermittlung zahlreicher Angebote kamen bei den teilnehmenden Versicherten gut an. Das NWGA war besonders in zwei Punkten erfolgreich: Durch die Initiierung von Bewegungsangeboten, die speziell auf die reduzierte Robustheit der Teilnehmenden ausgerichtet waren, konnten viele Teilnehmende mobilisiert werden. Nach den NWGA-Schnupperkursen fühlten sich die Versicherten gerüstet, um an den üblichen Senioren-Sport-Angeboten teilzunehmen. Mit der Einrichtung des Café PAUL konnten viele Teilnehmende an die Nutzung digitaler Angebote herangeführt werden. Vor dem Hintergrund, dass die wissenschaftliche Evaluation des NWGA jedoch bei keinem der analysierten Endpunkte einen Vorteil der neuen Versorgungsform (Interventionsgruppe) im Vergleich zur Regelversorgung (Kontrollgruppe) gezeigt hat, können hier keine Handlungsempfehlungen für die Überführung in die Regelversorgungen gegeben werden. Die beteiligten Krankenkassen werden den Selektivvertrag nach § 140a SGB V, auf dessen Grundlage die NWGA-Versorgung um ein Jahr über den Förderzeitraum der Intervention hinaus verlängert wurde zum 30.09.2021 auslaufen lassen und nicht weiter fortführen.

8. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Die Veröffentlichung der Ergebnisse der Evaluation der Wirksamkeit und der gesundheitsökonomischen Evaluation ist geplant. Die Artikel sollen im Laufe des Jahres 2021 erstellt und anschließend bei geeigneten Journals eingereicht werden.

Geplante Publikationen der Forschungsabteilung Albertinen Haus:

- Akzeptanz-Analyse: Funktionale Krankheitsfolgen und die Akzeptanz des Netzwerk GesundAktiv (NWGA) unter 70jährigen und älteren Menschen (Arbeitstitel),
- Struktur-Analyse: Differenzierte Unterscheidung älterer Personen nach funktionaler Kompetenz gemäß LUCAS Funktions-Index im Innovationsfondsprojekt Netzwerk GesundAktiv (Arbeitstitel),
- Prozess-Analyse: Network for Healthy and Active Ageing: a community-based pilot project for psychosocial support and prevention of functional decline for community-dwelling seniors (Arbeitstitel).

Ergebnisse der Akzeptanz, Strukturen und Prozesse werden darüber hinaus an nationalen Kongressen vorgestellt. Diesbezüglich wurden bereits zwei NWGA Vorträge über ein Peer Review Verfahren akzeptiert zur Vorstellung:

- am 20. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung (DKVF), 06. – 08.10.2021 und
- an der 33. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG), 02. – 04.09.2021.

Die dazugehörigen Abstracts werden von den Fachgesellschaften zitierfähig publiziert.

9. Anlagen

- Anlage 1: Evaluationsbericht
- Anlage 2: Auswahl von Faktoren für die Akzeptanzanalysen
- Anlage 3: GKV-Routinedaten Akzeptanzanalyse
- Anlage 4: Geriatrie-typische Krankheitskomplexe
- Anlage 5: Im Alter prävalente Krankheitskomplexe
- Anlage 6: Top 30 ICD-Codes Hauptdiagnosen
- Anlage 7: Top 30 ICD-Codes Nebendiagnosen
- Anlage 8: Assessment Ergebnisse
- Anlage 9: Soll-Ist der Teilnehmerrekrutierung
- Anlage 10: Flyer: Kennen Sie schon...
- Anlage 11: Flyer: PAUL-Verstetigung Neue Teilnehmer
- Anlage 12: Handout für PAULi App Anmeldung Bestands-Teilnehmer
- Anlage 13: Handout für PAULi App Anmeldung Neue Teilnehmer
- Anlage 14: Handout USB Stick PAULo Anleitung
- Anlage 15: Handout Videotelefonie für Angehörige
- Anlage 16: Workflow der Koordinierenden Stelle
- Anlage 17: Beispiel Fallkonferenz-Sheet
- Anlage 18: Beispiel Follow-up Dokubogen
- Anlage 19: Beispiel Patientenbrief
- Anlage 20: Beispiel Arztbrief
- Anlage 21: NWGA-Befragung T0-T1-T2
- Anlage 22: Versicherteninformation zur Teilnahmeerklärung
- Anlage 23: Infoblätter zur Befragung T0-T1-T2
- Anlage 24: PAUL-Fehlerbeseitigung 1st-Level-Support
- Anlage 25: PAUL-Schulung Material
- Anlage 26: Lastenheft PAUL
- Anlage 27: PAUL Design-Beschreibung
- Anlage 28: Ablauf NWGA-Versorgung
- Anlage 29: NWGA-Versorgungsmodule
- Anlage 30: Maßnahmen Versorgungsmodule

10. Literaturverzeichnis

- Bender, R., Ziegler, A. & Lange, S. (2007a). Logistische Regression. *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)*, 132 Suppl 1, e33-5.
- Bender, R., Ziegler, A. & Lange, S. (2007b). Multiple Regression. *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)*, 132 Suppl 1, e30-2.
- Bergman, H., Béland, F., Karunanathan, S., Hummel, S., Hogan, D. & Wolfson, C. (2004). Development of a framework for understanding and studying frailty. *Gerontologie et Societe*, 109 (2).
- Bergman H, Béland F, Karunanathan S, et al. (2004): Developing a working framework for understanding frailty. *Engl Trans Article Publ Gérontol Soc* 2004; 109: 15–29.
http://www.frail-fragile.ca/docs/Bergman_2004_English.pdf
- Blettner M, Dierks M-L, Donner-Banzhoff N, Hertrampf K, Klusen N, Köpke S, Masanneck M, Pfaff H, Richter R, Sundmacher L (2018): Überlegungen des Expertenbeirats zu Anträgen im Rahmen des Innovationsfonds. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswesen (ZEFQ)* 2018; 130: 42-48.
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung. (2021). *INKAR – Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung*. Zugriff am 03.02.2021. Verfügbar unter <https://www.inkar.de/>
- Campbell, M. K. & Torgerson, D. J. (1999). Bootstrapping: estimating confidence intervals for cost-effectiveness ratios. *QJM : monthly journal of the Association of Physicians*, 92 (3), 177-182.
- Charlson, M. E., Pompei, P., Ales, K. L. & MacKenzie, C. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *Journal of Chronic Diseases*, 40 (5), 373-383.
- Dapp U (2017): Mobilität und funktionale Kompetenz im Alter – Ergebnisse der Longitudinalen Urbanen Kohorten-Alters-Studie (LUCAS). (2017) In: A. Kuhlmei, W. von Renteln-Kruse (Hrsg.) *Praxiswissen Gerontologie und Geriatrie kompakt*. Band 5, Walter de Gruyter GmbH, Berlin/Boston S. 46-60.
- Dapp U, Dirksen-Fischer M, Rieger-Ndakorerwa G et al. (2016): Vergleichbarkeit von Studien epidemiologischer Altersforschung: Ergebnisse aus der Longitudinalen Urbanen Kohorten-Alters-Studie (LUCAS) und drei repräsentativen Hamburger Querschnitt-Studien zur Gesundheit im Alter. *Bundesgesundheitsbl* 2016; 59: 662-678.
- Dapp U, Minder C, Anders J, Golgert S, von Renteln-Kruse W (2014): Long-term prediction of changes in health status, frailty, nursing care and mortality in community-dwelling senior citizens - results from the Longitudinal Urban Cohort Ageing Study (LUCAS). *BMC Geriatrics* 2014; 14:141. <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/14/141>
- Dapp U, Anders J, von Renteln-Kruse W et al. (2012): The Longitudinal Urban Cohort Ageing Study (LUCAS). Study protocol and participation in the first decade. *BMC Geriatr* 2012; 12:35.
- Dapp U, Fertmann J, Anders J et al. (2011): Die Longitudinal-Urban-Cohort-Ageing-Studie (LUCAS). *Z Gerontol Geriatr* 2011; [Suppl 2] 44:55-71.
- Dapp U, Lorentz Ch, Laub S, Anders J, von Renteln-Kruse W, Minder Ch, Dirksen-Fischer M (2009): Im Alter aktiv und gesund leben – Ergebnisse einer repräsentativen Seniorenbefragung in Hamburg. *Z Gerontol Geriatr* 2009; 42:245-255.
- Dapp U, Anders J, von Renteln-Kruse W, Meier-Baumgartner HP (2007): Geriatrische Gesundheitsförderung und Prävention für selbstständig lebende Senioren: Angebote und Zielgruppen. *Z Gerontol Geriatr* 2007; 40:226-240.
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L. & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (4th edition). Oxford: Oxford University Press.
- Dunlop DD, Hughes SL, Manheim LM (1997): Disability in activities of daily living: patterns of change and a hierarchy of disability. *Am J Publ Health* 1997; 87: 378-83.
- Elixhauser, A., Steiner, C., Harris, D. R. & Coffey, R. M. (1998). Comorbidity measures for use with administrative data. *Medical care*, 36 (1), 8-27.
- Fahrmeir, L., Kneib, T., Lang, S. & Marx, B. (2013). *Regression. Models, Methods and Applications*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

- Fenwick, E., O'Brien, B. J. & Briggs, A. (2004). Cost-effectiveness acceptability curves--facts, fallacies and frequently asked questions. *Health Economics*, 13 (5), 405-415.
- Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2011): Die Gesundheit älterer Menschen in Hamburg II.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. (2001): Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56A: M146–M156.
- Fried LP, Guralnik JM (1997): Disability in older adults: evidence regarding significance, etiology, and risk. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 92-100.
- Fuchs J, Busch MA, Gößwald A et al. (2013): Körperliche und geistige Funktionsfähigkeit bei Personen im Alter von 65 bis 79 Jahren in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl* 2013; 56: 723-732.
- Glick, D. H. A., Doshi, D. J. A., Sonnad, D. S. S. & Polsky, D. D. (2014). Comparing cost and effect: point estimates for cost-effectiveness ratios and net monetary benefit. In H. A. Glick (Ed.), *Economic evaluation in clinical trials* (Handbooks in health economic evaluation series, 2nd ed., pp. 140-153). Oxford: Oxford Univ. Press.
- Guyatt, G. H., Sackett, D. L., Sinclair, J. C., Hayward, R., Cook, D. J. & Cook, R. J. (1995). Users' guides to the medical literature. IX. A method for grading health care recommendations. Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA*, 274 (22), 1800-1804.
- Hirvensalo M, Rantanen T, Heikkinen E (2000): Mobility difficulties and physical activity as predictors of mortality and loss of independence in the community-living older population. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48: 493-8.
- Holt, S., Schmiedl, S. & Thürmann, P. A. (2010). Potentially inappropriate medications in the elderly: the PRISCUS list. *Deutsches Arzteblatt international*, 107 (31-32), 543-551.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. (2020). Allgemeine Methoden - Version 6.0, 2020. Zugriff am 02.03.2021. Verfügbar unter https://www.iqwig.de/methoden/allgemeine-methoden_version-6-0.pdf?rev=144030
- Judge JO, Schechtman K, Cress E, and the FICSIT Group (1996): The relationship between physical performance measures and independence in instrumental activities of daily living. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44: 1332-41.
- Kamtsiuris P, Lange M, Hoffmann R et al. (2013): Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl* 2013; 56: 620-630.
- Morfeld, M., Bullinger, M., Nantke, J. & Brähler, E. (2005). Die Version 2.0 des SF-36 Health Survey--ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Studie. *Sozial- und Präventivmedizin*, 50 (5), 292-300.
- Neubauer, S., Zeidler, J., Lange, A. & Schulenburg, J.-M. von der. (2017). *Prozessorientierter Leitfaden für die Analyse und Nutzung von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung* (1. Auflage). Baden-Baden: Nomos.
- Polsky, D., Glick, H. A., Willke, R. & Schulman, K. (1997). Confidence Intervals for Cost-Effectiveness Ratios: A Comparison of Four Methods. *Health Economics*, 6 (3), 243-252.
- Pröfener F, Anders J, Dapp U, Minder CE, Golgert S, von Renteln-Kruse W (2016): Akzeptanz des präventiven Hausbesuchs bei älteren Personen mit Frailty. Teilnehmende und Nichtteilnehmende im Zwei- und Vierjahres-Follow-up im Rahmen der LUCAS-Langzeitstudie. *Z Gerontol Geriatr* 2016; 49:696-605.
- Quan, H., Li, B., Couris, C. M., Fushimi, K., Graham, P., Hider, P. et al. (2011). Updating and validating the Charlson comorbidity index and score for risk adjustment in hospital discharge abstracts using data from 6 countries. *American journal of epidemiology*, 173 (6), 676-682.
- Quan, H., Sundararajan, V., Halfon, P., Fong, A., Burnand, B., Luthi, J.-C. et al. (2005). Coding algorithms for defining comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. *Medical care*, 43 (11), 1130-1139.
- Rattay P, Butschalowsky H, Rommel A et al. (2013): Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl* 2013; 56: 832-844.

Akronym: NWGA

Förderkennzeichen: 01NVF16017

Renteln-Kruse von W, Minder CE (2016): It is time to detect preclinical signs of incipient frailty. *J Am Geriatr Soc* 2016; 64: 2166-2170.

Renteln-Kruse von W (2001): Epidemiologische Aspekte der Morbidität im Alter. *Z Gerontol Geriat* 2001;34 (Suppl I):I10-I15.

Schlarmann, J. G. & Galatsch, M. (2014). Regressionsmodelle für ordinale Zielvariablen. *GMS Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie*; 10(1):Doc05; ISSN 1860-9171 / *GMS Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie*; 10(1):Doc05; ISSN 1860-9171.

Schöffski, O. (2012). Grundformen Gesundheitsökonomischer Evaluation. In O. Schöffski & J.-M. Graf von der Schulenburg (Hrsg.), *Gesundheitsökonomische Evaluationen* (S. 65-94). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Swart, E., Gothe, H., Geyer, S., Jaunzeme, J., Maier, B., Grobe, T. G. et al. (2015). Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS): Leitlinien und Empfehlungen. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 77 (2), 120-126.

Tarlov, A. R., Ware, J. E., Greenfield, S., Nelson, E. C., Perrin, E. & Zubkoff, M. (1989). The Medical Outcomes Study. An application of methods for monitoring the results of medical care. *JAMA*, 262 (7), 925-930.

Van Walraven, C., Austin, P. C., Jennings, A., Quan, H. & Forster, A. J. (2009). A modification of the Elixhauser comorbidity measures into a point system for hospital death using administrative data. *Medical care*, 47 (6), 626-633.

Anlage 1: Evaluationsbericht

Die Anlage ist über den folgenden Link abrufbar: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/abschluss-dokumente/143/2022-02-16_NWGA_Evaluationsbericht.pdf

Anlage 2: Auswahl von Faktoren für die Akzeptanzanalysen

Tabelle: Hypothesen-geleitete Auswahl von sozio-demografischen und Morbiditäts-Faktoren für die Akzeptanz-Analysen nach vier Subgruppen (n=13.100 Versicherte)

Acht Faktoren für die Hypothesen-geleiteten Analysen gem. BVA-Bewilligung	Vergleiche zwischen vier Gruppen gem. BVA Bewilligung					Testung auf signifikante Unterschiede zwischen den 4 Gruppen gem. BVA Bewilligung						
	Teilnehmende (n=962) 7,4%	Ablehnende (n=948) 7,2%	Interes- santen* (n=2.437) 18,6%	Non- Responder (n=8.753) 66,8%	Gesamt (n=13.100) 100%	Teilnehmende vs. Ablehnende	Teilnehmende vs. Interes- santen*	Teilnehmende vs. Non- Responder	Ablehnende vs. Interes- santen*	Ablehnende vs. Non- Responder	Interessenten* vs. Non- Responder	Signifikanz (Gesamt)
H1: Alter, Mittelwert ± SD	80,2 ± 5,48	81,9 ± 6,01	77,6 ± 4,52	78,8 ± 5,73	78,9 ± 5,62	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
H2: Geschlecht weiblich, n (%)	649 (67,5)	657 (69,3)	1.368 (56,1)	5.507 (62,9)	8.181 (62,5)	p=0,387	p<0,001	p=0,005	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
H3: Versichertenstatus Rentner, n (%)	934 (97,1)	906 (95,6)	2.305 (94,6)	8.198 (93,7)	12.343 (94,2)	p=0,003	p=0,005	p<0,001	p<0,001	p=0,001	p=0,110	p<0,001
H4: Staatsangehörigkeit deutsch, n (%)	757 (78,7)	748 (78,9)	1.914 (78,5)	6.573 (75,1)	9.992 (76,3)	p=0,943	p=0,993	p=0,005	p=0,934	p=0,008	p<0,001	p<0,001
H5: Wohnort in Postleitzahl des Leistungserbringers [22459], n (%)	147 (15,3)	87 (9,2)	384 (15,8)	1.150 (13,1)	1.768 (13,5)	p<0,001	p=0,730	p=0,064	p<0,001	p=0,001	p=0,001	p<0,001
H6: Mind. 1 Krankenhausaufenthalt 12 Monate vor Rekrutierung für NWGA, n (%)	341 (35,4)	323 (34,1)	496 (20,4)	2.143 (24,5)	3.303 (25,2)	p=0,528	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
H7: Anzahl Arztkontakt 12 Monate vor Rekrutierung für NWGA, Mittelwert ± SD	20,7 ± 17,8	20,3 ± 19,9	14,2 ± 13,8	13,8 ± 14,7	14,9 ± 15,4	p=0,669	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=0,189	p<0,001
H8: Pflegegrad (1-5) vorhanden, 12 Monate vor Rekrutierung für NWGA, n (%)	71 (7,4)	149 (15,7)	7 (0,3)	699 (8,0)	926 (7,1)	p<0,001	p<0,001	p=0,571	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001

Anlage 3: GKV-Routinedaten Akzeptanzanalyse

ANLAGE 6B ZUM ANTRAG NACH § 75 SGB V

BESCHREIBUNG DER GKV-ROUTINEDATEN FÜR DIE AKZEPTANZANALYSE

Die nachfolgend aufgelisteten Routinedaten sollen im Rahmen der Akzeptanzanalyse von den Krankenkassen TK, Barmer, DAK-Gesundheit und Knappschaft für Versicherten, die zum Zwecke der Teilnehmerrekrutierung für das NWGA angeschrieben wurden, ohne direkte Identifizierungsmerkmale an die Vertrauensstelle übermittelt werden. Dort werden die Datensätze der Krankenkassen zu einem Datenpool zusammengeführt und, wie in Abschnitt 2.3 der Anlage 5b beschrieben, vergrößert, um einen anonymisierten Status zu erreichen. Die anonymisierten Daten werden schließlich an die auswertende Stelle (Forschungsabteilung am Albertinen-Haus) weitergeleitet. Erhebungszeitraum der Daten sind für jeden Versicherten individuell die letzten 12 Monate vor Versand des Rekrutierungsansprechens durch die Krankenkasse. Die folgenden Daten werden von den Krankenkassen ausschließlich für den in diesem Antrag genannten Zweck zur Verfügung gestellt.

Leistungsbereich	Spezifikation	Format	Nutzungsgrund für die Beantwortung der Fragestellungen der Akzeptanzanalyse, vgl. Antrag nach § 75 SGB V, Abschnitt 1: FORSCHUNGSFRAGESTELLUNGEN UND -METHODE
Rückmeldung der Versicherten auf Ansprache zur NWGA-Teilnahme	Gruppierung Rückmeldung	Gruppe 1a: NWGA-Teilnehmer Gruppe 1b: NWGA-Ablehner Gruppe 2: Teilnahmevoraussetzung nicht erfüllt Gruppe 3: Non-Responder	Essentielle Variable, die von der Krankenkasse nach Rückmeldung durch die Koordinierende Stelle für jeden angefragten Versicherten vergeben werden muss Dies ist die Basis für die anonymisierte Datenbereitstellung!
Stammdaten	Alter	Zahl, z. B. 72	Soziodemographisches Merkmal; in Literatur als Einflussvariable f. Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im Alter (Boult C, Dowd B, McCaffrey D, Boult L, Hernandez R, Krulewitch H (1993): Screening elders for risk of hospital admission. J Am Geriatr Soc 1993; 41: 811–817 sowie Robert Koch Institut (Hrsg) (2015): Gesundheit in Deutschland. Kapitel 8: Wie gesund sind die älteren Menschen? Berlin 2015; 406-430. ¹) → Benötigt zur Beantwortung der Hypothese H1
	Geschlecht	M = männlich W = weiblich	Soziodemographisches Merkmal; in Literatur als Einflussvariable f. Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im Alter (Boult C, Dowd B, McCaffrey D, Boult L, Hernandez R, Krulewitch H (1993): Screening elders for risk of hospital admission. J Am Geriatr Soc 1993; 41: 811–817 sowie Robert Koch Institut (Hrsg) (2015): Gesundheit in Deutschland. Kapitel 8: Wie gesund sind die älteren Menschen? Berlin 2015; 406-430. ¹) → Benötigt zur Beantwortung der Hypothese H2
	Versicherungsstatus	R = Rentner M = Mitglied F = Familienversichert	Soziodemographisches Merkmal (Surrogat Bildung); in der Literatur als Einflussvariable f. Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im Alter (Boult C, Dowd B, McCaffrey D, Boult L, Hernandez R, Krulewitch H (1993): Screening elders for risk of hospital admission. J Am Geriatr Soc 1993; 41: 811–817 sowie Robert Koch Institut (Hrsg) (2015): Gesundheit in Deutschland. Kapitel 8: Wie gesund sind die älteren Menschen? Berlin 2015; 406-430. ¹) → Benötigt zur Beantwortung der Hypothese H3

Leistungsbereich	Spezifikation	Format	Nutzungsgrund für die Beantwortung der Fragestellungen der Akzeptanzanalyse, vgl. Antrag nach § 75 SGB V, Abschnitt 1: FORSCHUNGSFRAGESTELLUNGEN UND -METHODE
	Staatsangehörigkeit	Text (z. B. deutsch)	Soziodemographisches Merkmal: Migration (Boult C, Dowd B, McCaffrey D, Boult L, Hernandez R, Krulewitsch H (1993): Screening elders for risk of hospital admission. J Am Geriatr Soc 1993; 41: 811–817 sowie Robert Koch Institut (Hrsg) (2015): Gesundheit in Deutschland. Kapitel 8: Wie gesund sind die älteren Menschen? Berlin 2015; 406-430. ¹) → Benötigt zur Beantwortung der Hypothese H4
	Wohnort	5-stellige PLZ	Soziodemographisches Merkmal (Surrogat: soziale Lage); in der Literatur als Einflussvariable f. Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im Alter; weiterhin wichtiges Merkmal für die Analyse, inwiefern die Entfernung zwischen der Wohnung des Versicherten und dem Albertinen-Haus die Akzeptanz des Angebotes beeinflusst (Boult C, Dowd B, McCaffrey D, Boult L, Hernandez R, Krulewitsch H (1993): Screening elders for risk of hospital admission. J Am Geriatr Soc 1993; 41: 811–817 sowie Robert Koch Institut (Hrsg) (2015): Gesundheit in Deutschland. Kapitel 8: Wie gesund sind die älteren Menschen? Berlin 2015; 406-430. ¹) → Benötigt zur Beantwortung der Hypothese H5
Stationäre Krankenhausversorgung <u>Aufbereitung der benötigten Routinedaten der Stationären Versorgung in der Spalte Spezifikation:</u> Alle Angaben werden für jeden Versicherten individuell benötigt jeweils über den Zeitraum von 12 Monaten vor Versand des NWGA-Rekrutierungsschreibens	Krankenhausfachabteilung	Information über Krankenhausfachabteilung (wenn vorhanden) z.B. Geri, Neuro, Psych, Kardio, Gastro, Gyn, Onko etc.	Gesundheitliches Merkmal; in der Literatur als Indikator für Art vorliegender Krankheiten als Einflussvariable f. Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im Alter (Boult C, Dowd B, McCaffrey D, Boult L, Hernandez R, Krulewitsch H (1993): Screening elders for risk of hospital admission. J Am Geriatr Soc 1993; 41: 811–817 sowie Robert Koch Institut (Hrsg) (2015): Gesundheit in Deutschland. Kapitel 8: Wie gesund sind die älteren Menschen? Berlin 2015; 406-430. ¹) → Benötigt zur Beantwortung der Hypothese H6
	Datum KHS-Aufnahme	TT.MM.JJJJ	Erforderlich zur Berechnung der Behandlungsdauer. Gesundheitliches Merkmal (Schwere der Erkrankung); in der Literatur als Indikator für Einflussvariable/folge Hilfs- und Pflegebedürftigkeit (Boult C, Dowd B, McCaffrey D, Boult L, Hernandez R, Krulewitsch H (1993): Screening elders for risk of hospital admission. J Am Geriatr Soc 1993; 41: 811–817 sowie Robert Koch Institut (Hrsg) (2015): Gesundheit in Deutschland. Kapitel 8: Wie gesund sind die älteren Menschen? Berlin 2015; 406-430. ¹) → Benötigt zur Beantwortung der Hypothese H6
	Datum KHS-Entlassung	TT.MM.JJJJ	Erforderlich zur Berechnung der Behandlungsdauer. Gesundheitliches Merkmal; Bezug zum Rekrutierungszeitpunkt (Boult C, Dowd B, McCaffrey D, Boult L, Hernandez R, Krulewitsch H (1993): Screening elders for risk of hospital admission. J Am Geriatr Soc 1993; 41: 811–817 sowie Robert Koch Institut (Hrsg) (2015): Gesundheit in Deutschland. Kapitel 8: Wie gesund sind die älteren Menschen? Berlin 2015; 406-430. ¹) → Benötigt zur Beantwortung der Hypothese H6
	Aufnahmediagnose sowie Hauptdiagnose bei Entlassung	ICD-10-Diagnose (z. B. S4249)	Gesundheitliches Merkmal; als Indikator für Art vorliegender Krankheiten; in der Literatur als Einflussvariable/-folge Hilfs- und Pflegebedürftigkeit (Boult C, Dowd B, McCaffrey D, Boult L, Hernandez R, Krulewitsch H (1993): Screening elders for risk of hospital admission. J Am Geriatr Soc 1993; 41: 811–817 sowie Robert Koch Institut (Hrsg) (2015): Gesundheit in Deutschland. Kapitel 8: Wie gesund sind die älteren Menschen? Berlin 2015; 406-430. ¹) → Benötigt zur Beantwortung der Hypothese H6
	alle Sekundär Diagnosen bei Entlassung	ICD-10-Diagnosen (z. B. S4249)	Gesundheitliches Merkmal; in der Literatur als Indikator für Art vorliegender Krankheiten als Einflussvariable/-folge Hilfs- und Pflegebedürftigkeit

Leistungsbereich	Spezifikation	Format	Nutzungsgrund für die Beantwortung der Fragestellungen der Akzeptanzanalyse, vgl. Antrag nach § 75 SGB V, Abschnitt 1: FORSCHUNGSFRAGESTELLUNGEN UND -METHODE
			(Boult C, Dowd B, McCaffrey D, Boult L, Hernandez R, Krulewitch H (1993): Screening elders for risk of hospital admission. J Am Geriatr Soc 1993; 41: 811–817 sowie Robert Koch Institut (Hrsg) (2015): Gesundheit in Deutschland. Kapitel 8: Wie gesund sind die älteren Menschen? Berlin 2015; 406-430. ¹) ➔ Benötigt zur Beantwortung der Hypothese H6
	alle Prozeduren	OPS-Schlüssel	Gesundheitliches Merkmal; in der Literatur als Indikator für Art vorliegender Krankheiten als Einflussvariable/folge Hilfs- und Pflegebedürftigkeit (Boult C, Dowd B, McCaffrey D, Boult L, Hernandez R, Krulewitch H (1993): Screening elders for risk of hospital admission. J Am Geriatr Soc 1993; 41: 811–817 sowie Robert Koch Institut (Hrsg) (2015): Gesundheit in Deutschland. Kapitel 8: Wie gesund sind die älteren Menschen? Berlin 2015; 406-430. ¹) ➔ Benötigt zur Beantwortung der Hypothese H6
	DRG	DRG-Kode (z. B. E65A) plus CCL+PCCL	Gesundheitliches Merkmal; in der Literatur als Indikator für Art vorliegender Krankheiten als Einflussvariable/folge Hilfs- und Pflegebedürftigkeit (Boult C, Dowd B, McCaffrey D, Boult L, Hernandez R, Krulewitch H (1993): Screening elders for risk of hospital admission. J Am Geriatr Soc 1993; 41: 811–817 sowie Robert Koch Institut (Hrsg) (2015): Gesundheit in Deutschland. Kapitel 8: Wie gesund sind die älteren Menschen? Berlin 2015; 406-430. ¹) ➔ Benötigt zur Beantwortung der Hypothese H6
Ambulante ärztliche Versorgung, inkl. zahnärztlicher Versorgung <u>Aufbereitung der benötigten Routinedaten der Ambulanten ärztlichen Versorgung inkl. zahnärztlicher Versorgung:</u> Alle Angaben werden für jeden Versicherten individuell benötigt jeweils über den Zeitraum von 12 Monaten vor Versand des NWGA-Rekrutierungsschreibens	Anzahl der Arztkontakte	Anzahl gegliedert nach Hausarzt, Zahnarzt, sonstige Fachärzte	Gesundheitliches Merkmal (Schwere der Erkrankung); in der Literatur als Indikator für Einflussvariable/folge Hilfs- und Pflegebedürftigkeit (Boult C, Dowd B, McCaffrey D, Boult L, Hernandez R, Krulewitch H (1993): Screening elders for risk of hospital admission. J Am Geriatr Soc 1993; 41: 811–817 sowie Robert Koch Institut (Hrsg) (2015): Gesundheit in Deutschland. Kapitel 8: Wie gesund sind die älteren Menschen? Berlin 2015; 406-430. ¹) ➔ Benötigt zur Beantwortung der Hypothese H7
	Anzahl der Facharztgruppenkontakte	Anzahl der Facharztgruppenkontakte gegliedert nach Hausarzt, Zahnarzt, sonstige Fachärzte	Gesundheitliches Merkmal (Schwere der Erkrankung); in der Literatur als Indikator für Einflussvariable/folge Hilfs- und Pflegebedürftigkeit (Boult C, Dowd B, McCaffrey D, Boult L, Hernandez R, Krulewitch H (1993): Screening elders for risk of hospital admission. J Am Geriatr Soc 1993; 41: 811–817 sowie Robert Koch Institut (Hrsg) (2015): Gesundheit in Deutschland. Kapitel 8: Wie gesund sind die älteren Menschen? Berlin 2015; 406-430. ¹) ➔ Benötigt zur Beantwortung der Hypothese H7

Leistungsbereich	Spezifikation	Format	Nutzungsgrund für die Beantwortung der Fragestellungen der Akzeptanzanalyse, vgl. Antrag nach § 75 SGB V, Abschnitt 1: FORSCHUNGSFRAGESTELLUNGEN UND -METHODE
Pflegeleistungen <u>Aufbereitung der benötigten Routinedaten zu Pflegeleistungen:</u> Alle Angaben werden für jeden Versicherten individuell benötigt jeweils über den Zeitraum von 12 Monaten vor Versand des NWGA-Rekrutierungsschreibens	Pflegestufe / -grad (nach § 15 SGB XI) HINWEIS: Da erstes Rekrutierungsdatum Oktober 2017, Rückschau bis Oktober 2016, d.h. zu dem Zeitpunkt noch Pflegestufe	Numerische Angabe Pflegestufe 1, 2 oder 3 bzw. Pflegegrade 1, 2 oder 3 HINWEIS: Versicherte mit Pflegetherad 4 und 5 werden von den Krankenkassen nicht angeschrieben	Primärou Outcome des Projekts (Boult C, Dowd B, McCaffrey D, Boult L, Hernandez R, Krulwich H (1993): Screening elders for risk of hospital admission. J Am Geriatr Soc 1993; 41: 811–817 sowie Robert Koch Institut (Hrsg) (2015): Gesundheit in Deutschland. Kapitel 8: Wie gesund sind die älteren Menschen? Berlin 2015; 406-430. ¹) ➔ Benötigt zur Beantwortung der Hypothese H8
<u>benötigten Routinedaten zu Pflegeleistungen:</u> Alle Angaben werden für jeden Versicherten individuell benötigt jeweils über den Zeitraum von 12 Monaten vor Versand des NWGA-Rekrutierungsschreibens	Beginn Einstufung Pflegestufe/-grad (bzw. Beginn der Leistungsanspruchnahme) HINWEIS: Da erstes Rekrutierungsdatum Oktober 2017, Rückschau bis Oktober 2016, d.h. zu dem Zeitpunkt noch Pflegestufe	TT.MM.JJJJ	Primärou Outcome des Projekts (Boult C, Dowd B, McCaffrey D, Boult L, Hernandez R, Krulwich H (1993): Screening elders for risk of hospital admission. J Am Geriatr Soc 1993; 41: 811–817 sowie Robert Koch Institut (Hrsg) (2015): Gesundheit in Deutschland. Kapitel 8: Wie gesund sind die älteren Menschen? Berlin 2015; 406-430. ¹) ➔ Benötigt zur Beantwortung der Hypothese H8
	Zeitpunkt der Erstbegutachtung	MM.JJJJ	Primärou Outcome des Projekts (Boult C, Dowd B, McCaffrey D, Boult L, Hernandez R, Krulwich H (1993): Screening elders for risk of hospital admission. J Am Geriatr Soc 1993; 41: 811–817 sowie Robert Koch Institut (Hrsg) (2015): Gesundheit in Deutschland. Kapitel 8: Wie gesund sind die älteren Menschen? Berlin 2015; 406-430. ¹) ➔ Benötigt zur Beantwortung der Hypothese H8
Ambulanter Pflegedienst <u>Aufbereitung der benötigten Routinedaten zum Ambulanten Pflegedienst:</u> Alle Angaben werden für jeden Versicherten individuell benötigt jeweils über den Zeitraum von 12 Monaten vor Versand des NWGA-Rekrutierungsschreibens	Vorhandensein eines ambulanten Pflegedienstes	Ja/Nein, ob in den 12 Monaten vor Versand des Rekrutierungsschreibens ein ambulanter Pflegedienst in Anspruch genommen wurde	Gesundheitliches Merkmal (Schwere der Erkrankung); in der Literatur als Indikator für Einflussvariable/folge Hilfs- und Pflegebedürftigkeit (Boult C, Dowd B, McCaffrey D, Boult L, Hernandez R, Krulwich H (1993): Screening elders for risk of hospital admission. J Am Geriatr Soc 1993; 41: 811–817 sowie Robert Koch Institut (Hrsg) (2015): Gesundheit in Deutschland. Kapitel 8: Wie gesund sind die älteren Menschen? Berlin 2015; 406-430. ¹) ➔ Benötigt zur Beantwortung der Hypothese H9

Anlage 4: Geriatrie-typische Krankheitskomplexe

Tabelle: Anzahlen von Hauptdiagnosen (HD) und Nebendiagnosen (ND) vollstationärer Krankenhausaufenthalte: Geriatrie-typische Krankheitskomplexe

			Gesamt ¹ Ges _{ICD} ² =5.422	Teilnehmende ¹ TN _{ICD} ² =603			Ablehnende ¹ AbI _{ICD} ² =596			Interessenten ¹ Int _{ICD} ² =685			Non-Responder ¹ NonR _{ICD} ² =3.538		
(a) Hauptdiagnosen alterstypischer Krankheitskomplexe															
ICD	Krankheitskomplex	Rang	Ges _{ICD} ² (%)	TN _{ICD} ² n	% von TN _{ICD} ²	% von Ges _{ICD} ²	AbI _{ICD} ² n	% von AbI _{ICD} ²	% von Ges _{ICD} ²	Int _{ICD} ² n	% von Int _{ICD} ²	% von Ges _{ICD} ²	NonR _{ICD} ² n	% von NonR _{ICD} ²	% von Ges _{ICD} ²
H2; H20.*; H25.*; H26.*; H4; H40.*	Katarakt und Glaukom	1	245 (4,52)	32	5,31	0,59	12	2,01	0,22	43	6,28	0,79	158	4,47	2,91
M16.*; M17.*	Cox- und Gonarthrose	2	212 (3,91)	23	3,81	0,42	23	3,86	0,42	30	4,38	0,55	136	3,84	2,51
S32.*; S42.2.*; S72.*	Frakturen	3	197 (3,63)	15	2,49	0,28	39	6,54	0,72	13	1,9	0,24	130	3,67	2,40
I63.*; I64; I65.*	Schlaganfall	4	150 (2,77)	23	3,81	0,42	26	4,36	0,48	15	2,19	0,28	86	2,43	1,59
E86; E87.*	Wasserhaushalt- und Elektrolytstörungen	5	70 (1,29)	3	0,5	0,06	11	1,85	0,20	7	1,02	0,13	49	1,38	0,90
F2*; F3*; F4*	wahnhafte, affektive oder psych. Störungen	6	56 (1,03)	7	1,16	0,13	6	1,01	0,11	11	1,61	0,20	32	0,9	0,59
R26.*; R29.6	Gangstörung	7	54 (1,00)	5	0,83	0,09	11	1,85	0,20	1	0,15	0,02	37	1,05	0,68
G20.*; G21.*; G23.*; G25.*	Parkinson-Syndrom und ZNS-Systematrophien	8	46 (0,85)	8	1,33	0,15	1	0,17	0,02	1	0,15	0,02	36	1,02	0,66
F0; F00.*; F01.*; F02.*; F03; F05.*; F06.*; G3; G30.*; G31.*	kognitive Störungen und Demenzen	9	26 (0,48)	1	0,17	0,02	1	0,17	0,02	5	0,73	0,09	19	0,54	0,35
(b) Nebendiagnosen alterstypischer Krankheitskomplexe															
ICD	Krankheitskomplex	Rang	Ges _{ICD} ³ (%)	TN _{ICD} ³ n	% von TN _{ICD} ³	% von Ges _{ICD} ³	AbI _{ICD} ³ n	% von AbI _{ICD} ³	% von Ges _{ICD} ³	Int _{ICD} ³ n	% von Int _{ICD} ³	% von Ges _{ICD} ³	NonR _{ICD} ³ n	% von NonR _{ICD} ³	% von Ges _{ICD} ³
U50.*; U51.*; Z74.*	Funktionszustand	1	1.844 (34,01)	204	33,83	3,76	275	46,14	5,07	73	10,66	1,35	1292	36,52	23,83
R13.*; R15; R26.*; R29.6; R42; R53; R54; R63.*; R64	Symptome	2	1.457 (26,87)	143	23,71	2,64	188	31,54	3,47	77	11,24	1,42	1049	29,65	19,35
E86; E87.*	Wasserhaushalt- und Elektrolytstörungen	3	967 (17,83)	75	12,44	1,38	98	16,44	1,81	72	10,51	1,33	722	20,41	13,32
F0; F00.*; F01.*; F02.*; F03; F05.*; F06.*	kognitive Störungen und Demenzen	4	263 (4,85)	15	2,49	0,28	30	5,03	0,55	14	2,04	0,26	204	5,77	3,76
E53.*; E55.*	Vitaminmangelzustände	5	230 (4,24)	20	3,32	0,37	43	7,21	0,79	10	1,46	0,18	157	4,44	2,90
F3*	Depression	6	221 (4,08)	26	4,31	0,48	20	3,36	0,37	9	1,31	0,17	166	4,69	3,06
M80.*; M81.*	Osteoporose	7	179 (3,30)	25	4,15	0,46	18	3,02	0,33	11	1,61	0,20	125	3,53	2,31
M16.*; M17.*	Cox- und Gonarthrose	8	168 (3,10)	21	3,48	0,39	21	3,52	0,39	16	2,34	0,30	110	3,11	2,03
H25.*; H26.*; H40.*	Katarakt und Glaukom	9	166 (3,06)	19	3,15	0,35	13	2,18	0,24	27	3,94	0,50	107	3,02	1,97
G81.*	Paresen	10	117 (2,16)	12	1,99	0,22	16	2,68	0,30	7	1,02	0,13	82	2,32	1,51
I63.*; I64; I65.*	Schlaganfall	11	91 (1,68)	11	1,82	0,20	14	2,35	0,26	11	1,61	0,20	55	1,55	1,01
G62.*	Polyneuropathien	12	81 (1,49)	6	1,00	0,11	20	3,36	0,37	5	0,73	0,09	50	1,41	0,92

G20.*	Parkinson	13	80 (1,48)	8	1,33	0,15	9	1,51	0,17	5	0,73	0,09	58	1,64	1,07
--------------	------------------	-----------	-----------	---	------	------	---	------	------	---	------	------	----	------	------

Anlage 5: Im Alter prävalente Krankheitskomplexe

Tabelle: Anzahlen von Hauptdiagnosen (HD) und Nebendiagnosen (ND) vollstationärer Krankenhausaufenthalte: Im Alter prävalente Krankheitskomplexe

			Gesamt ¹ Ges _{ICD} ² =5422	Teilnehmer ¹ TN _{ICD} ² =603			Ablehner ¹ Abl _{ICD} ² =596			Interessenten ¹ Int _{ICD} ² =685			Non-Responder ¹ NonR _{ICD} ² =3538		
(a) Hauptdiagnosen															
ICD	Krankheitskomplex	Rang	Ges _{ICD} ² (%)	TN _{ICD} ² n	% von TN _{ICD} ²	% von Ges _{ICD} ²	Abl _{ICD} ² n	% von Abl _{ICD} ²	% von Ges _{ICD} ²	Int _{ICD} ² n	% von Int _{ICD} ²	% von Ges _{ICD} ²	NonR _{ICD} ² n	% von NonR _{ICD} ²	% von Ges _{ICD} ²
I48.*	Vorhofflimmern	1	181 (3,34)	23	3,81	0,42	8	1,34	0,15	43	6,28	0,79	107	3,02	1,97
J13; J14; J15.*; J16.*; J18.*; N39.0	Infekte	2	142 (2,62)	8	1,33	0,15	17	2,85	0,31	15	2,19	0,28	102	2,88	1,88
I50.*	Herzinsuffizienz	3	132 (2,43)	13	2,16	0,24	14	2,35	0,26	12	1,75	0,22	93	2,63	1,72
I70.2*	Periphere arterielle Verschlusskrankheit	4	97 (1,79)	12	1,99	0,22	8	1,34	0,15	9	1,31	0,17	68	1,92	1,25
J44.*; J45.*	Asthma / COPD	5	79 (1,46)	5	0,83	0,09	9	1,51	0,17	2	0,29	0,04	63	1,78	1,16
I25.*	Koronare Herzkrankheit	6	69 (1,27)	5	0,83	0,09	4	0,67	0,07	13	1,90	0,24	47	1,33	0,87
I10.*	Hypertonie	7	67 (1,24)	6	1,00	0,11	13	2,18	0,24	6	0,88	0,11	42	1,19	0,77
E11.*	Diabetes mellitus	8	43 (0,79)	2	0,33	0,04	8	1,34	0,15	2	0,29	0,04	31	0,88	0,57
B95.* – B98.*	Keimträgerstatus	9	32 (0,59)	4	0,66	0,07	3	0,50	0,06	1	0,15	0,02	24	0,68	0,44
D60.* – D64.*	Anämien	10	20 (0,37)	2	0,33	0,04	2	0,34	0,04	1	0,15	0,02	15	0,42	0,28
H91.*	Hörminderung	11	4 (0,07)	0	0,00	0,00	1	0,17	0,02	0	0,00	0,00	3	0,08	0,06
N18.*	Chronische Niereninsuffizienz	12	2 (0,04)	0	0,00	0,00	1	0,17	0,02	0	0,00	0,00	1	0,03	0,02
E03.*	Schilddrüsenunterfunktion	13	0 (0,00)	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
E53.*; E55.*	Vitamin-Mangel	13	0 (0,00)	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
E66.*	Adipositas	13	0 (0,00)	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
E78.*	Hyperlipidämie	13	0 (0,00)	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Z92.1	Therapie mit (oralen) Antikoagulanzen	13	0 (0,00)	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
(b) Nebendiagnosen															
ICD	Krankheitskomplex	Rang	Ges _{ICD} ³ (%)	TN _{ICD} ³ n	% von TN _{ICD} ³	% von Ges _{ICD} ³	Abl _{ICD} ³ n	% von Abl _{ICD} ³	% von Ges _{ICD} ³	Int _{ICD} ³ n	% von Int _{ICD} ³	% von Ges _{ICD} ³	NonR _{ICD} ³ n	% von NonR _{ICD} ³	% von Ges _{ICD} ³
I10.*	Hypertonie	1	2920 (53,85)	296	49,09	5,46	314	52,68	5,79	335	48,91	6,18	1975	55,82	36,43
I25.*	Koronare Herzkrankheit	2	1139 (21,01)	122	20,23	2,25	149	25,00	2,75	144	21,02	2,66	724	20,46	13,35
I48.*	Vorhofflimmern	3	1061 (19,57)	128	21,23	2,36	127	21,31	2,34	105	15,33	1,94	701	19,81	12,93
Z92.1	Therapie mit (oralen) Antikoagulanzen	4	989 (18,24)	132	21,89	2,43	107	17,95	1,97	120	17,52	2,21	630	17,81	11,62
E11.*	Diabetes mellitus	5	811 (14,96)	79	13,10	1,46	107	17,95	1,97	73	10,66	1,35	552	15,60	10,18
E78.*	Hyperlipidämie	6	733 (13,52)	98	16,25	1,81	76	12,75	1,40	99	14,45	1,83	460	13,00	8,48
E03.*	Schilddrüsenunterfunktion	7	552 (10,18)	73	12,11	1,35	74	12,42	1,36	63	9,20	1,16	342	9,67	6,31
N18.*	Chronische Niereninsuffizienz	8	546 (10,07)	64	10,61	1,18	76	12,75	1,40	49	7,15	0,90	357	10,09	6,58
J13; J14; J15.*; J16.*; J18.*; N39.0	Infekte	9	508 (9,37)	43	7,13	0,79	56	9,40	1,03	34	4,96	0,63	375	10,60	6,92
I50.*	Herzinsuffizienz	10	447 (8,24)	42	6,97	0,77	46	7,72	0,85	35	5,11	0,65	324	9,16	5,98
J44.*; J45.*	Asthma / COPD	11	404 (7,45)	45	7,46	0,83	52	8,72	0,96	37	5,40	0,68	270	7,63	4,98
E66.*	Adipositas	12	309 (5,70)	41	6,80	0,76	38	6,38	0,70	27	3,94	0,50	203	5,74	3,74
B95.* – B98.*	Keimträgerstatus	13	254 (4,68)	28	4,64	0,52	32	5,37	0,59	22	3,21	0,41	172	4,86	3,17
E53.*; E55.*	Vitamin-Mangel	14	230 (4,24)	20	3,32	0,37	43	7,21	0,79	10	1,46	0,18	157	4,44	2,90
D60.* – D64.*	Anämien	15	226 (4,17)	20	3,32	0,37	24	4,03	0,44	12	1,75	0,22	170	4,80	3,14
I70.2*	Periphere arterielle Verschlusskrankheit	16	192 (3,54)	21	3,48	0,39	35	5,87	0,65	11	1,61	0,20	125	3,53	2,31
H91.*	Hörminderung	17	142 (2,62)	10	1,66	0,18	17	2,85	0,31	12	1,75	0,22	103	2,91	1,90

*umfasst alle diesem ICD-Code untergeordneten ICD-Codes;

¹zugehörige Personenanzahlen mit vollstationären Krankenhausaufenthalten (% von Personen in jeweiliger Gruppe): Gesamt: 3303 (25,2), Teilnehmer: 341 (35,4), Ablehner: 323 (34,1), Interessenten: 496 (20,4), Non-Responder: 2143 (24,5);

²Anzahl vollstationäre Krankenhausaufenthalte; ³Anzahl Vorkommnisse von Nebendiagnosen vollstationärer Krankenhausaufenthalte

Anlage 6: Top 30 ICD-Codes Hauptdiagnosen

Tabelle: Anzahlen von Hauptdiagnosen (HD) - Top 30 ICD-Codes nach Gruppen

Rang	ICD HD	Spezifische Bezeichnung	Gesamt n ¹ (%)	Teilnehmende n ¹ (%)	Ablehnende n ¹ (%)	Interessenten n ¹ (%)	Non-Responder n ¹ (%)
1	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	106 (1,95)	13 (2,16)	8 (1,34)	18 (2,63)	67 (1,89)
2	H25.1	Cataracta nuclearis senilis	102 (1,88)	14 (2,32)	6 (1,01)	15 (2,19)	67 (1,89)
3	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	79 (1,46)	13 (2,16)	4 (0,67)	13 (1,90)	49 (1,38)
4	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	74 (1,36)	5 (0,83)	10 (1,68)	9 (1,31)	50 (1,41)
5	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	67 (1,24)	8 (1,33)	2 (0,34)	19 (2,77)	38 (1,07)
6	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	67 (1,24)	10 (1,66)	8 (1,34)	7 (1,02)	42 (1,19)
7	I63.4	Hirnininfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	62 (1,14)	7 (1,16)	10 (1,68)	4 (0,58)	41 (1,16)
8	H40.1	Primäres Weitwinkelglaukom	58 (1,07)	7 (1,16)	1 (0,17)	12 (1,75)	38 (1,07)
9	H25.8	Sonstige senile Kataraktformen	57 (1,08)	6 (1,00)	3 (0,50)	15 (2,19)	33 (0,93)
10	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	56 (1,03)	6 (1,00)	7 (1,17)	9 (1,31)	34 (0,96)
11	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	54 (1,00)	10 (1,66)	6 (1,01)	8 (1,17)	30 (0,85)
12	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	52 (0,96)	5 (0,83)	8 (1,34)	2 (0,29)	37 (1,05)
13	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	51 (0,94)	7 (1,16)	11 (1,85)	6 (0,88)	27 (0,76)
14	R55	Synkope und Kollaps	51 (0,94)	7 (1,16)	6 (1,01)	2 (0,29)	36 (1,02)
15	I63.3	Hirnininfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	47 (0,87)	7 (1,16)	8 (1,34)	8 (1,17)	24 (0,68)
16	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	47 (0,87)	5 (0,83)	1 (0,17)	12 (1,75)	29 (0,82)
17	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	41 (0,76)	5 (0,83)	10 (1,68)	0 (0,00)	26 (0,73)
18	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	36 (0,66)	1 (0,17)	5 (0,84)	6 (0,88)	24 (0,68)
19	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	35 (0,65)	4 (0,66)	2 (0,34)	3 (0,44)	26 (0,73)
20	E86	Volumenmangel	34 (0,63)	1 (0,17)	7 (1,17)	2 (0,29)	24 (0,68)
21	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	32 (0,59)	2 (0,33)	2 (0,34)	3 (0,44)	25 (0,71)
22	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	32 (0,59)	1 (0,17)	3 (0,5)	5 (0,73)	23 (0,65)
23	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	32 (0,59)	0 (0,00)	2 (0,34)	4 (0,58)	26 (0,73)
24	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	32 (0,59)	2 (0,33)	3 (0,5)	5 (0,73)	22 (0,62)
25	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	31 (0,57)	4 (0,66)	6 (1,01)	3 (0,44)	18 (0,51)
26	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	30 (0,55)	3 (0,50)	18 (3,02)	0 (0,00)	9 (0,25)
27	K63.5	Polyp des Kolons	30 (0,55)	2 (0,33)	2 (0,34)	6 (0,88)	20 (0,57)
28	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	29 (0,53)	3 (0,50)	1 (0,17)	1 (0,15)	24 (0,68)
29	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	29 (0,53)	1 (0,17)	1 (0,17)	3 (0,44)	24 (0,68)
30	A46	Erysipel [Wundrose]	28 (0,52)	4 (0,66)	4 (0,67)	3 (0,44)	17 (0,48)

¹Anzahl vollstationärer Krankenhausaufenthalte

Anlage 7: Top 30 ICD-Codes Nebendiagnosen

Tabelle: Anzahlen von Nebendiagnosen (ND) - Top 30 ICD-Codes nach Gruppen

Rang	ICD ND	Spezifische Bezeichnung	Gesamt n ¹ (%)	Teilnehmende n ¹ (%)	Ablehnende n ¹ (%)	Interessenten n ¹ (%)	Non-Responder n ¹ (%)
1	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	1.691 (31,19)	168 (27,86)	183 (30,70)	200 (29,20)	1140 (32,22)
2	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	1.000 (18,44)	114 (18,91)	112 (18,79)	118 (17,23)	656 (18,54)
3	Z92.1	Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese	989 (18,24)	132 (21,89)	107 (17,95)	120 (17,52)	630 (17,81)
4	Z92.2	Dauertherapie (gegenwärtig) mit anderen Arzneimitteln in der Eigenanamnese	745 (13,74)	72 (11,94)	82 (13,76)	87 (12,70)	504 (14,25)
5	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	611 (11,27)	81 (13,43)	84 (14,09)	58 (8,47)	388 (10,97)
6	E11.90	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	558 (10,29)	65 (10,78)	71 (11,91)	60 (8,76)	362 (10,23)
7	E78.5	Hyperlipidämie, nicht näher bezeichnet	400 (7,38)	48 (7,96)	43 (7,21)	59 (8,61)	250 (7,07)
8	U51.02	Keine oder leichte kognitive Funktionseinschränkung: MMSE: 24-30 Punkte	396 (7,30)	57 (9,45)	69 (11,58)	11 (1,61)	259 (7,32)
9	E87.6	Hypokaliämie	388 (7,16)	32 (5,31)	40 (6,71)	30 (4,38)	286 (8,08)
10	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	337 (6,22)	48 (7,96)	43 (7,21)	15 (2,19)	231 (6,53)
11	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	334 (6,16)	34 (5,64)	37 (6,21)	19 (2,77)	244 (6,90)
12	Z95.0	Vorhandensein eines kardialen elektronischen Geräts	320 (5,90)	40 (6,63)	34 (5,70)	38 (5,55)	208 (5,88)
13	E03.9	Hypothyreose, nicht näher bezeichnet	316 (5,83)	35 (5,80)	35 (5,87)	34 (4,96)	212 (5,99)
14	N18.3	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3	312 (5,75)	48 (7,96)	41 (6,88)	24 (3,50)	199 (5,62)
15	Z86.7	Krankheiten des Kreislaufsystems in der Eigenanamnese	307 (5,66)	34 (5,64)	36 (6,04)	49 (7,15)	188 (5,31)
16	U50.30	Mittelschwere motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 40-55 Punkte	271 (5,00)	32 (5,31)	43 (7,21)	8 (1,17)	188 (5,31)
17	Z95.5	Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefäßplastik	268 (4,94)	35 (5,80)	32 (5,37)	42 (6,13)	159 (4,49)
18	E86	Volumenmangel	259 (4,78)	20 (3,32)	32 (5,37)	19 (2,77)	188 (5,31)
19	Z74.0	Probleme mit Bezug auf: Hilfsbedürftigkeit wegen eingeschränkter Mobilität	256 (4,72)	26 (4,31)	31 (5,20)	15 (2,19)	184 (5,20)
20	R26.3	Immobilität	232 (4,28)	17 (2,82)	38 (6,38)	16 (2,34)	161 (4,55)
21	E03.8	Sonstige näher bezeichnete Hypothyreose	227 (4,19)	35 (5,80)	39 (6,54)	28 (4,09)	125 (3,53)
22	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	226 (4,17)	26 (4,31)	38 (6,38)	24 (3,50)	138 (3,90)
23	R53	Unwohlsein und Ermüdung	226 (4,17)	27 (4,48)	39 (6,54)	11 (1,61)	149 (4,21)
24	Z74.1	Probleme mit Bezug auf: Notwendigkeit der Hilfestellung bei der Körperpflege	213 (3,93)	17 (2,82)	30 (5,03)	8 (1,17)	158 (4,47)
25	U50.20	Mittlere motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 60-75 Punkte	211 (3,89)	28 (4,64)	30 (5,03)	6 (0,88)	147 (4,15)
26	Z96.64	Vorhandensein einer Hüftgelenkprothese	206 (3,80)	14 (2,32)	35 (5,87)	27 (3,94)	130 (3,67)
27	R11	Übelkeit und Erbrechen	202 (3,73)	22 (3,65)	32 (5,37)	20 (2,92)	128 (3,62)
28	E78.0	Reine Hypercholesterinämie	193 (3,56)	25 (4,15)	22 (3,69)	24 (3,50)	122 (3,45)
29	I25.22	Alter Myokardinfarkt: 1 Jahr und länger zurückliegend	190 (3,50)	16 (2,65)	36 (6,04)	20 (2,92)	118 (3,34)
30	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	187 (3,45)	15 (2,49)	11 (1,85)	11 (1,61)	150 (4,24)

¹Anzahl vollstationärer Krankenhausaufenthalte

Anlage 8: Assessment Ergebnisse

Tabelle: Ergebnisse des ganzheitlichen, geriatrisch-gerontologischen Assessments

Variable	Ausdruck	Gruppen				Signifikante Gruppen-Unterschiede			
		Alle	TRANSIENT	FRAIL	Pflegegrad	p(T;F;PG)	p(T;F)	p(T;PG)	p(F;PG)
		n=685	n=335	n=300	n=50	n=(335;300;50)	n=(335;300)	n=(335;50)	n=(300;50)
		n (%) oder MW±SD oder Median				Pearson chi2; bei kontinuierlichen Variablen Anova / t-Test			
SPH: Allgemeinzustand ¹	Ausgezeichnet oder Gut	286/674 (42,4)	187/329 (56,8)	89/295 (30,2)	10/50 (20,0)	p< 0,001	p< 0,001	p< 0,001	p= 0,142
Schulabschluss	Abitur/Realschulabschluss	284/617 (46,0)	155/304 (51,0)	111/275 (40,4)	18/38 (47,4)	p= 0,037	p= 0,010	p= 0,674	p= 0,411
IADL reform.	Score (8-24)	22,8 ± 2,3	23,5 ± 1,3	22,4 ± 2,4	19,3 ± 3,7	p< 0,001	p< 0,001	p< 0,001	p< 0,001
PHQ-D Kurzform: kategoriale Auswertung	Kein Hinweis auf depr. Syndrom oder auf depr. Störung	612/683 (89,6)	304/334 (91,0)	267/300 (89,0)	41/49 (83,7)	p= 0,029	p= 0,398	p= 0,008	p= 0,030
PHQ-D Kurzform: kontinuierliche Auswertung	Score (0-27)	3,5 ± 3,3	2,9 ± 2,8	3,9 ± 3,6	4,5 ± 3,7	p= 0,042	p= 0,045	p= 0,007	p= 0,655
	0-4: Kein Hinweis auf depressive Störung	455/628 (72,4)	227/302 (75,2)	204/283 (72,1)	24/43 (55,8)	p= 0,034	p= 0,075	p= 0,004	p= 0,123
	5-9: Leichte oder unterschwellige depressive Störungen	138/628 (22,0)	63/302 (20,8)	59/283 (20,9)	16/43 (37,2)				
	10-14: Mittelschwere Depression	28/628 (4,5)	12/302 (4,0)	14/283 (4,9)	2/43 (4,7)				
	15-27: Ausgeprägte / schwerste Depression	7/628 (1,1)	0/302 (0,0)	6/283 (2,1)	1/43 (2,3)				
PHQ-D Kurzform Einzelfrage: Müdigkeit/subjektiv keine Energie	Müdigkeit in letzten 2 Wochen (mind. an mehr als der Hälfte der Tage)	140/656 (21,3)	49/317 (15,5)	75/292 (25,7)	16/47 (34,0)	p= 0,001	p= 0,001	p= 0,002	p= 0,230
PHQ-D Kurzform Einzelfrage: Angst	Angstattacke in letzten 4 Wochen	10/638 (1,6)	5/314 (1,6)	5/277 (1,8)	0/47 (0,0)	p= 0,653	p= 0,841	p= 0,384	p= 0,353
Uhrentest	Score nach Shulman (1-6)	1,9 ± 0,9	1,8 ± 0,9	1,9 ± 0,9	2,4 ± 1,1	p<0,001	p= 0,071	p< 0,001	p= 0,002
DemTect	Score (0-18)	14,1 ± 3,1	14,5 ± 2,8	14,0 ± 3,2	12,4 ± 3,9	p= 0,001	p= 0,483	p< 0,001	p= 0,063
	13-18: Altersgemäß	481/670 (71,8)	249/331 (75,2)	204/289 (70,6)	28/50 (56,0)	p= 0,001	p= 0,168	p<0,001	p= 0,022

Variable	Ausdruck	Gruppen				Signifikante Gruppen-Unterschiede			
		Alle	TRANSIENT	FRAIL	Pflegegrad	p(T;F;PG)	p(T;F)	p(T;PG)	p(F;PG)
		n=685	n=335	n=300	n=50	n=(335;300;50)	n=(335;300)	n=(335;50)	n=(300;50)
		n (%) oder MW±SD oder Median				Pearson chi2; bei kontinuierlichen Variablen Anova / t-Test			
	9-12: Leichte Beeinträchtigung	154/670 (23,0)	72/331 (21,8)	68/289 (23,5)	14/50 (28,0)				
	0-8: Demenzverdacht	35/670 (5,2)	10/331 (3,0)	17/289 (5,9)	8/50 (16,0)				
Body-Mass-Index (BMI)	[kg/m ²]	27,9 ± 4,8	27,4 ± 4,1	28,4 ± 5,3	28,1 ± 5,9	p= 0,051	p= 0,014	p= 0,326	p= 0,739
TUG	[s]	13,7 ± 5,0	11,7 ± 2,9	15,2 ± 5,2	18,5 ± 7,9	p< 0,001	p= 0,072	p< 0,001	p= 0,003
TUG ²	Zu langsam (über 10 sec)	527/682 (77,3)	219/335 (65,4)	259/297 (87,2)	49/50 (98,0)	p< 0,001	p< 0,001	p< 0,001	p= 0,025
SPPB	Score (0-12)	7,7 ± 2,7	8,8 ± 2,1	6,8 ± 2,7	5,7 ± 3,3	p< 0,001	p< 0,001	p< 0,001	p= 0,012
Mobilitäts- Vermeidungsprotokoll ³	Score (0-22)	7,5 ± 4,6	5,4 ± 3,1	9,2 ± 4,5	12,3 ± 5,3	p< 0,001	p< 0,001	p< 0,001	p= 0,008
Body-Mass-Index (BMI)	[kg/m ²]	27,9 ± 4,8	27,4 ± 4,1	28,4 ± 5,3	28,1 ± 5,9	p= 0,051	p= 0,014	p= 0,326	p= 0,739
Handkraft dominanter Hand nur Frauen	[kPa]	50,0	53,0	48,0	52,0	p=0,001	p< 0,001	p= 0,201	p= 0,465
Handkraft dominanter Hand nur Männer	[kPa]	56,5	58,0	56,0	49,0	p= 0,089	p= 0,411	p= 0,019	p= 0,115
SMI ⁴ nur Frauen	[kg/m ²]	6,4 ± 1,1	6,4 ± 1,1	6,3 ± 1,2	6,3 ± 1,4	p= 0,641	p= 0,375	p= 0,576	p= 0,913
SMI ⁴ nur Männer	[kg/m ²]	8,6 ± 1,2	8,6 ± 1,1	8,6 ± 1,3	8,2 ± 1,0	p= 0,610	p= 0,973	p= 0,293	p= 0,378
SMI ⁴ Kategorie nur Frauen	Normale Muskelmasse: ≥6,76 kg/m ²	128/372 (34,4)	71/163 (38,0)	51/163 (31,3)	6/22 (27,3)	p= 0,454	p= 0,342	p= 0,450	p= 0,512
	Beginnende Sarkopenie: 5,76 – 6,75 kg/m ²	119/372 (32,0)	55/163 (29,4)	58/163 (35,6)	6/22 (27,3)				
	Ausgeprägte Sarkopenie: ≤5,75 kg/m ²	125/372 (33,6)	61/163 (32,6)	54/163 (33,1)	10/22 (45,4)				
SMI ⁴ Kategorie nur Männer	Normale Muskelmasse: ≥10,76kg/m ²	8/182 (4,4)	3/98 (3,0)	5/73 (6,8)	0/11 (0,0)	p= 0,348	p= 0,369	p= 0,282	p= 0,374
	Beginnende Sarkopenie: 8,51 – 10,75 kg/m ²	81/182 (44,5)	48/98 (49,0)	30/73 (41,1)	3/11 (27,3)				
	Ausgeprägte Sarkopenie: ≤8,50 kg/m ²	93/182 (51,1)	47/98 (48,0)	38/73 (52,1)	8/11 (72,7)				
NRS ⁵ : Schmerzskala	Wert (0-10)	4,8 ± 2,2	4,4 ± 2,0	4,9 ± 2,1	6,3 ± 2,7	p= 0,020	p< 0,674	p= 0,002	p= 0,045

Variable	Ausdruck	Gruppen				Signifikante Gruppen-Unterschiede			
		Alle	TRANSIENT	FRAIL	Pflegegrad	p(T;F;PG)	p(T;F)	p(T;PG)	p(F;PG)
		n=685	n=335	n=300	n=50	n=(335;300;50)	n=(335;300)	n=(335;50)	n=(300;50)
		n (%) oder MW±SD oder Median				Pearson chi2; bei kontinuierlichen Variablen Anova / t-Test			
BRS-6 ⁶ : Chronischer Schmerz	Ja	394/684 (57,6)	169/335 (50,4)	191/299 (63,9)	34/50 (68,0)	p= 0,001	p< 0,001	p= 0,020	p= 0,573
	Leicht ignorierbar	74/684 (10,8)	44/335 (13,1)	25/299 (8,4)	5/50 (10,0)	p= 0,001	p< 0,001	p= 0,006	p= 0,574
	Verdrängbar und Alltag nicht beeinflusst	133/684 (19,4)	67/335 (20,0)	57/299 (19,1)	9/50 (18,0)				
	Nicht verdrängbar und beeinträchtigt Aufmerksamkeit und Freizeitaktivitäten	157/684 (23,0)	51/335 (15,2)	91/299 (30,4)	15/50 (30,0)				
	Nicht verdrängbar und beeinträchtigt alle Aktivitäten	19/684 (2,8)	5/335 (1,5)	10/299 (3,3)	4/50 (8,0)				
	(Fast) immer nicht verdrängbare Schmerzen; meiste Zeit ruhen oder im Bett	3/684 (0,4)	0/335 (0,0)	2/299 (0,7)	1/50 (2,0)				
Hilfsmitteln ⁷	Ja	415/572 (72,6)	151/255 (59,2)	221/269 (82,2)	43/48 (89,6)	p< 0,001	p< 0,001	p< 0,001	p= 0,204
Hilfsmittel ⁷	Anzahl	1,7 ± 1,6	1,1 ± 1,3	2,0 ± 1,5	3,0 ± 1,9	p< 0,001	p< 0,001	p< 0,001	p= 0,004
Mobilitäts-Hilfsmittel ⁸	Nein	428/658 (65,0)	269/320 (84,1)	145/290 (50,0)	14/48 (29,2)	p< 0,001	p< 0,001	p< 0,001	p= 0,007
Mobilitäts-Hilfsmittel ⁸	Anzahl	0,5 ± 0,8	0,2 ± 0,5	0,7 ± 0,8	1,2 ± 0,9	p< 0,001	p< 0,001	p< 0,001	p= 0,001
Hilfsmitteln ⁹ (außer Mobilitäts-Hilfsmittel ⁸)	Ja	363/572 (63,5)	139/255 (54,5)	186/269 (69,1)	38/48 (79,2)	p< 0,001	p< 0,001	p= 0,001	p= 0,160
Sturz in letzten 12 Monaten	Ja	279/653 (42,7)	121/334 (36,2)	146/299 (48,8)	12/20 (60,0)	p= 0,002	p= 0,001	p= 0,033	p= 0,333
Sturzrisikocheck ¹⁰	Score (0-13)	7,0 ± 2,4	6,2 ± 2,3	7,6 ± 2,2	8,5 ± 2,3	p< 0,001	p< 0,001	p< 0,001	p= 0,288
	0: Gangsticher	0/684 (0,0)	0/335 (0,0)	0/299 (0,0)	0/50 (0,0)	p< 0,001	p< 0,001	p< 0,001	p= 0,288
	1-3: Geringes Risiko	52/684 (7,6)	45/335 (13,4)	6/299 (2,0)	1/50 (2,0)				

Variable	Ausdruck	Gruppen				Signifikante Gruppen-Unterschiede			
		Alle	TRANSIENT	FRAIL	Pflegegrad	p(T;F;PG)	p(T;F)	p(T;PG)	p(F;PG)
		n=685	n=335	n=300	n=50	n=(335;300;50)	n=(335;300)	n=(335;50)	n=(300;50)
		n (%) oder MW±SD oder Median				Pearson chi2; bei kontinuierlichen Variablen Anova / t-Test			
	4-7: Leichtes Sturzrisiko	339/684 (49,6)	192/335 (57,3)	131/299 (43,8)	16/50 (32,0)				
	8-13: Deutlich erhöhtes bis sehr hohes Sturzrisiko	293/684 (42,8)	98/335 (29,3)	162/299 (54,2)	33/50 (66,0)				
GAITRite Präferierte Ganggeschwindigkeit	[cm/s]	100,0 ± 25,2	111,3 ± 21,3	90,6 ± 23,4	80,6 ± 25,0	p< 0,001	p< 0,001	p< 0,001	p= 0,011
GAITRite Zeit der Doppelaufgabe bei präferierter Ganggeschwindigkeit	[ms]	346 ± 118	308 ± 70	377 ± 121	419 ± 226	p< 0,001	p< 0,001	p< 0,001	p= 0,042
GAITRite Gangkapazität ¹¹ bei präferierter Ganggeschwindigkeit	[cm/s]	35,7 ± 14,4	38,9 ± 13,8	32,5 ± 14,3	30,0 ± 13,3	p< 0,001	p< 0,001	p= 0,001	p= 0,903
GAITRite Ganggeschwindigkeit bei Dual task count und präferierter Ganggeschwindigkeit	[cm/s]	91,9 ± 26,9	101,2 ± 26,4	84,5 ± 24,4	74,8 ± 23,2	p< 0,001	p< 0,001	p< 0,001	p= 0,050
GAITRite Zeit der Doppelaufgabe bei Dual task count und präferierter Ganggeschwindigkeit	[ms]	392 ± 148	354 ± 116	429 ± 174	432 ± 100	p< 0,001	p< 0,001	p= 0,002	p= 1,000

¹⁴Wie würden Sie im Großen und Ganzen Ihren gesundheitlichen Allgemeinzustand beurteilen?: Ausgezeichnet / Gut / Mäßig / Schlecht.

²Zu langsam wenn Dauer >10s.

³Bitte kreuzen Sie an, ob Sie bestimmte Aktivitäten IMMER vermeiden (also z.B. das Radfahren aufgegeben haben) oder AB und ZU vermeiden (d.h. nicht mehr so selbstverständlich ausführen wie in den Vorjahren). Wenn Sie unverändert aktiv sind, kreuzen Sie bitte folgerichtig an: Ich vermeide es,...NIE.: Ich vermeide es... in meinem Stadtteil alleine unterwegs zu sein / weitere Strecken in Hamburg alleine unterwegs zu sein / in meiner Wohnung/Haus alleine umher zu gehen / Fahrrad zu fahren / ins Konzert/Theater zu gehen / Restaurants zu besuchen / Bus zu fahren / S-oder U-Bahn zu fahren / Fernreisen (Zug o. Flugzeug) / Bekannte/Familie zu besuchen / schwere Einkäufe zu besorgen (Wocheneinkauf) / leichte Einkäufe zu besorgen (eine Tasche) / schwere Hausarbeiten zu tun (Böden oder Fenster putzen) / einfache Hausarbeiten zu tun (Staubwischen oder Kochen) / Treppen aufwärts zu steigen / Treppen abwärts zu steigen / etwas aus hohen Schränken zu greifen / mich zu bücken, um etwas vom Boden aufzuheben / aus einem Sessel aufzustehen / aus dem Bett aufzustehen / aus der Dusche/Badewanne zu steigen, zu duschen/baden / zur Toilette zu gehen.

⁴Gesamtkörpermuskelmass: SMM/(Körpergröße)²; gemessen mit BIA (Bioimpedanz-Analyse).

Frauen: $\geq 6,76 \text{ kg/m}^2$ (normale Muskelmasse); $5,76 \text{ kg/m}^2 - 6,75 \text{ kg/m}^2$ (beginnende Sarkopenie); $\leq 5,75 \text{ kg/m}^2$ (ausgeprägte Sarkopenie);
Männer: $\geq 10,76 \text{ kg/m}^2$ (normale Muskelmasse); $8,51 \text{ kg/m}^2 - 10,75 \text{ kg/m}^2$ (beginnende Sarkopenie); $\leq 8,50 \text{ kg/m}^2$ (ausgeprägte Sarkopenie).

Frauen;Männer: normale Muskelmasse $\geq 6,76$; $\geq 10,76 \text{ kg/m}^2$; beginnende Sarkopenie $5,76 - 6,75$; $8,51 - 10,75 \text{ kg/m}^2$; ausgeprägte Sarkopenie $\leq 5,75$; $\leq 8,50 \text{ kg/m}^2$.

Frauen;Männer [kg/m^2]: normale Muskelmasse $\geq 6,76$; $\geq 10,76$; beginnende Sarkopenie $5,76 - 6,75$; $8,51 - 10,75$; ausgeprägte Sarkopenie $\leq 5,75$; $\leq 8,50$.

⁵Numeric Rating Scale.

⁶Six-Point Behavioural Rating Scale: Haben Sie immer oder an mehreren Tagen im Monat Schmerzen?: Ja / Nein

⁷Hilfsmittelnutzung: Gehstock, Unterarmgehstützen, Delta-Rad/Rollator, Rollstuhl, Elektroscooter, Orthesen/Schienen, Prothesen, Bandagen/Korsett, Bade-/Duschhocker, Badebrett, Badewannensitz, Anziehhilfen, Toilettenstuhl, Haltegriffe, Hausnotruf, Hüftschutz, Kopfschutz, Greifzange, Griffverlängerung, Flaschenöffner, Einhandküchenbrett, Einkaufstrolley, Lupe, Seniorentelefon.

⁸„Benötigen Sie Hilfsmittel für Ihre Fortbewegung/Ihre Mobilität?“: Gehstock, Unterarmgehstützen, Delta-Rad/Rollator, Rollstuhl, Elektroscooter.

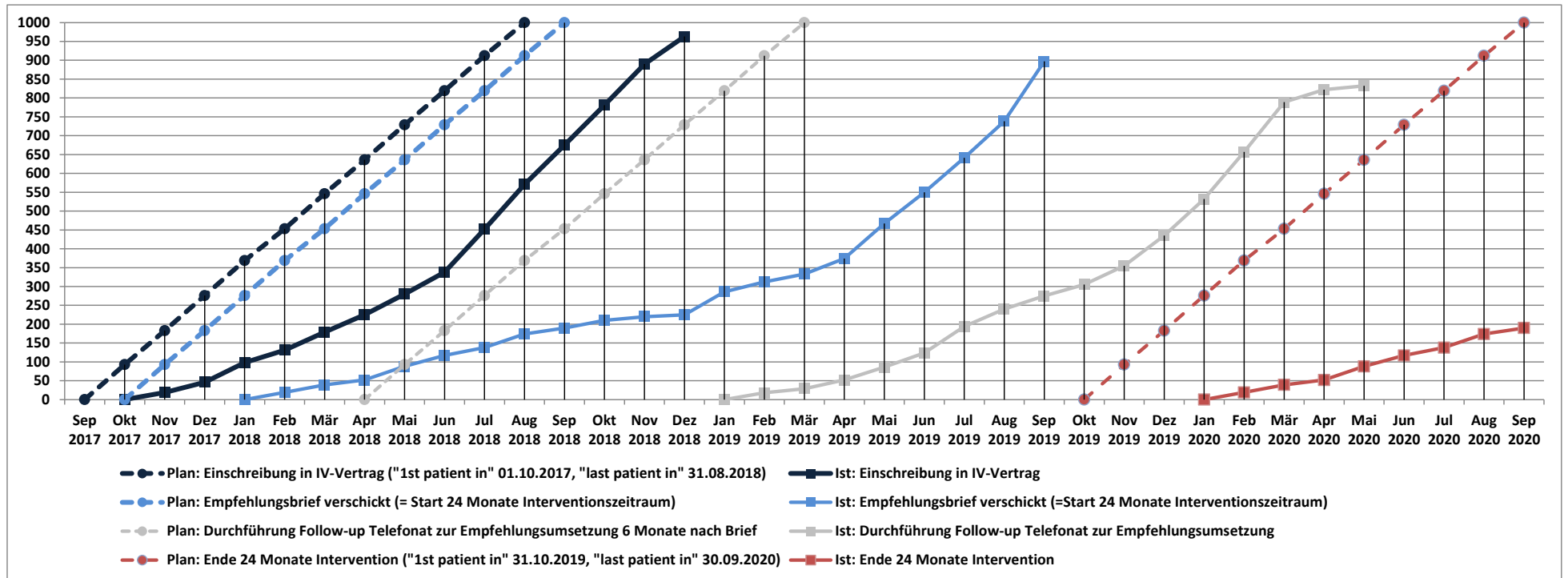
⁹Hilfsmittelnutzung: Bade-/Duschhocker, Badebrett, Badewannensitz, Anziehhilfen, Toilettenstuhl, Haltegriffe, Hausnotruf, Hüftschutz, Kopfschutz, Greifzange, Griffverlängerung, Flaschenöffner, Einhandküchenbrett, Einkaufstrolley, Lupe, Seniorentelefon, Orthesen/Schienen, Prothese, Bandage/Korsett.

¹⁰S wie Sinnesstörungen, T wie Tabletten, U wie ungewöhnliche Stimmung, R wie Radfahren, Z wie Zittern/neurologische Erkrankung, G wie krankhafte Störung des Gleichgewichts, E wie Ernährungsfehler, F wie Furcht zu fallen, A wie Aufstehen macht Probleme, H wie Herz-Kreislaufkrankungen, R wie ruhigeres Handeln, ! Sturzanamnese, ? wie Sturzfolgen.

¹¹Formel: Ganggeschwindigkeit schneller Gehgeschwindigkeit – Ganggeschwindigkeit bevorzugter Gehgeschwindigkeit.

Anlage 9: Soll-Ist der Teilnehmerrekrutierung

Abbildung: Planung (Soll) und Realisierung (Ist) der Teilnehmerrekrutierung im Projekt NWGA



Kennen Sie schon...

...PAULi?

Mit PAULi können Sie von jedem PC, Laptop, Tablet oder Smartphone über den Internet-Browser sowohl auf zahlreiche Informationen zu Veranstaltungen, Beratungsangebote im Bezirk Eimsbüttel zugreifen, als auch direkten Videokontakt mit Ihren Fallmanager/innen aufnehmen. PAULi empfehlen wir NWGA-Teilnehmern, die bereits eins der oben genannten Geräte besitzen. Neugierig geworden? Registrieren Sie sich unter:

<https://portal.netzwerk-gesundaktiv.de/pauli/registration>

Zugangscode: NWGA19PAULi.

Teilnehmer, die bereits ein PAUL-Tablet erhalten haben, melden sich bitte vor der Registrierung im Albertinen Haus.

...PAULa?

PAULa enthält eine intelligente Notfall- sowie eine Hilflosigkeitserkennung. Sollten Sie im Fall der Fälle selbst nicht mehr in der Lage sein, einen Notruf abzusetzen, übernimmt das PAULa über Bewegungssensoren für Sie ganz automatisch. PAULa ist eine Erweiterung zu einem Hausnotrufgerät. In Kooperation mit der Johanniter-Unfall-Hilfe erhalten Sie als NWGA-Teilnehmer beides kostenfrei.

...PAUL mit Haussteuerung?

PAUL mit Haussteuerung ermöglicht es Ihnen, über das PAUL-Tablet Strom, Licht und Rollläden zu bedienen. PAUL mit Haussteuerung eignet sich insbesondere für Menschen, die bereits Einschränkungen in ihrer Mobilität erleben.

Als NWGA-Teilnehmende erhalten Sie die hier aufgeführten PAUL-Versionen kostenfrei zur Verfügung!

**Bei Interesse oder Fragen wenden Sie sich an das Albertinen Haus unter der
Rufnummer (040) 5581- 4481 oder per Mail an
kirsten.sommer@immanuelalbertinen.de**

Anlage 11: Flyer: PAUL-Verstetigung Neue Teilnehmer

Einmal wöchentlich öffnen wir die Türen des Café PAUL im Albertinen Haus und laden bei ungezwungen Treffen zu allgemeinem Austausch oder zu bestimmten „Thementagen“ ein. Die genauen Termine entnehmen Sie bitte dem quartalsweise erscheinenden Newsletter, dem „NetzWerkBoten“.



Hilfe und Austausch im Café PAUL

Kontakt

Sie haben Fragen? Wir vom Albertinen Haus beraten Sie gerne.

Koordinierende Stelle NWGA, Albertinen Haus

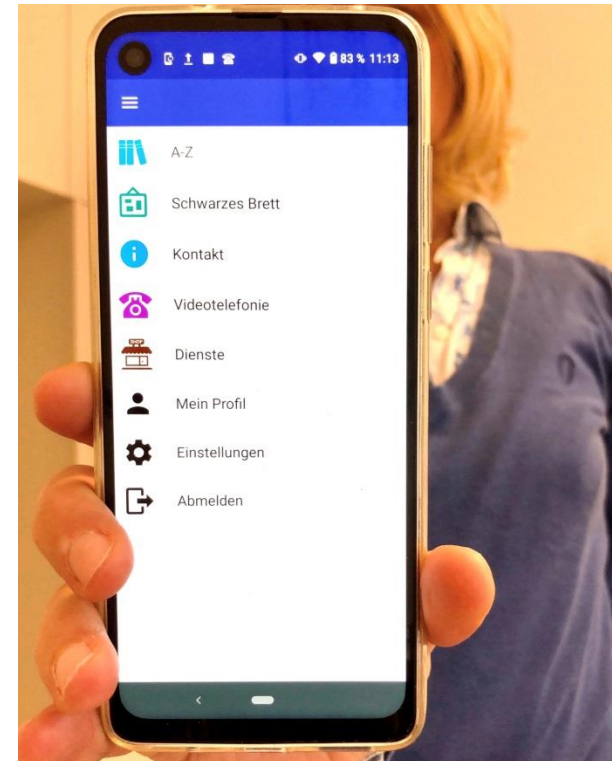
Telefon: 040 – 5581 4481

E-Mail: kirsten.sommer@immanuelalbertinen.de



PAUL

Persönlicher Assistent für Unterstütztes Leben



**HILFS- UND BETREUUNGSNETZWERK FÜR EIN SELBSTSTÄNDIGES
UND SELBSTBESTIMMTES LEBEN ÄLTERER MENSCHEN IM QUARTIER**

Digitale Unterstützung im NetzWerk GesundAktiv

PAUL. So nennen wir unseren technischen Assistenten, den wir im NWGA vielfältig einsetzen. Dabei handelt es sich um eine bedienungsfreundliche Oberfläche, die intuitiv zu bedienen ist - sei es, ein Videotelefonat mit den Fallmanagern, anderen Teilnehmern (oder auch Angehörigen) zu führen, interessante Veranstaltungs-angebote aus der näheren Umgebung zu erhalten oder die Suche nach Beratungsmöglichkeiten und Dienstleistungen zu erleichtern... PAUL steht Ihnen zu Diensten!

Entwickelt wurde PAUL von der Firma Cibek, mit der wir in engem Austausch für stetige Weiterentwicklung sind.

Sie haben die Wahl!

Sie besitzen ein Smartphone? Dann können Sie sich im Google PlayStore oder Apple App Store die PAUL-App hinunter laden!



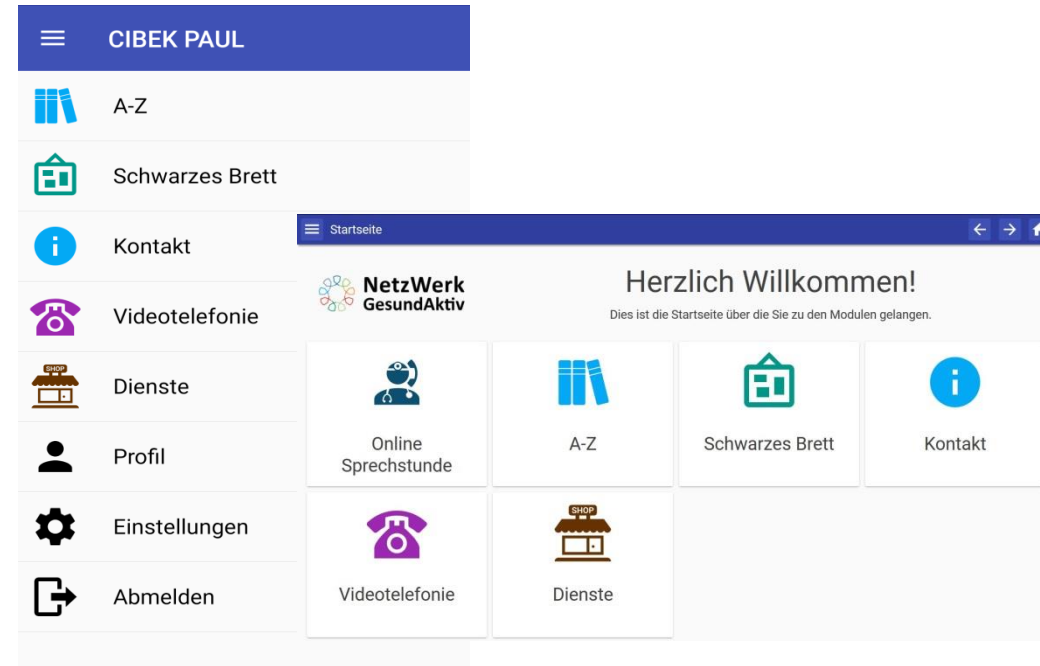
CIBEK PAUL

CIBEK GmbH

Die PAUL-App im AppStore

Oder Sie loggen sich über den Internetbrowser auf Ihrem PC oder Tablet auf der PAUL Internetseite ein. Die Internet-/Browserversion nennen wir übrigens PAULi.

Eine genaue Schritt-für-Schritt Anleitung für die Registrierung und für das Einloggen finden Sie in dem Flyer „Erste Schritte für PAULi und PAUL-App“.



Das erwartet Sie: die Startseiten von der App und PAULi

Das Café PAUL

Das Café PAUL ist unser Angebot, Sie bei sämtlichen Fragestellungen und Problemen rund um das Thema PAUL und Digitalisierung zu unterstützen.

Erste Schritte für PAULi und die PAUL-App (Teilnehmer: PAULo bereits vorhanden)

1. Registrierung

Sie sind bereits bei CASA registriert, da sie bereits ein PAUL-Tablet besitzen oder besessen haben.
Für Ihre Zugangsdaten wenden Sie sich bitte an die Koordinierende Stelle.


2. Login

Um PAULi oder die PAUL-App benutzen zu können, müssen Sie sich bei CASA einloggen. Je nachdem, ob Sie sich über einen Web-Browser (PAULi) zum Beispiel auf Ihrem PC oder über die App auf Ihrem Handy anmelden, gehen Sie folgendermaßen vor:

PAULi (Browser)

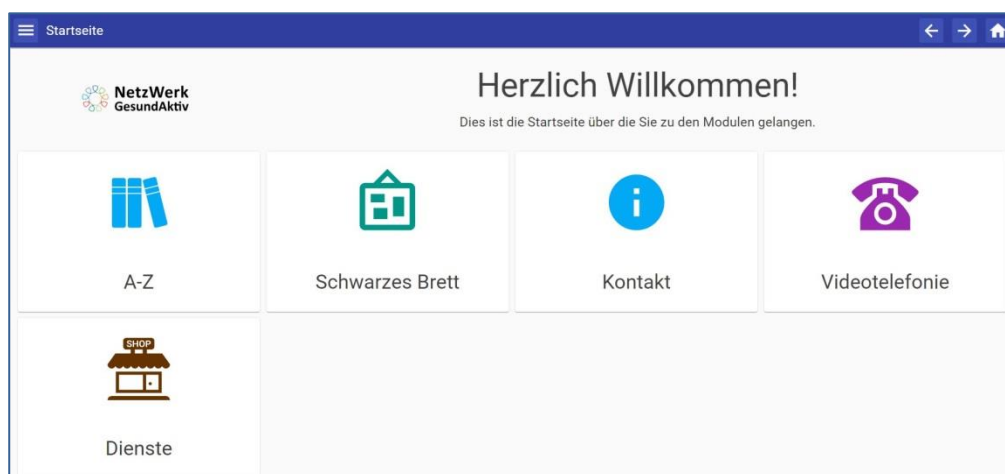
Öffnen Sie in Ihrem Web-Browser (Chrome, Mozilla Firefox, Safari, etc.) folgende URL:

<https://portal.netzwerk-gesundaktiv.de/pauli/login>



Dort geben Sie Ihre Email-Adresse und das von uns mitgeteilte Passwort ein. Sie haben die Möglichkeit, bei „Dauerhaft anmelden“ ein Häkchen zu setzen. Dann können Sie zukünftig auf die wiederholte Eingabe verzichten.

Mit Klick auf „Anmelden“ gelangen Sie auf die PAULi Startseite.



PAUL-App

Falls Sie die App noch nicht installiert haben, suchen Sie mit Android Geräten im Google PlayStore, mit Apple Geräten im App Store nach „Cibek PAUL“:



Nach erfolgreicher Installation, gelangen Sie bei Öffnen der App auf die Anmeldeseite. Dort benötigen Sie folgende Login-Daten:

CASA URL: <https://portal.netzwerk-gesundaktiv.de/pauli/login>
Benutzername: Ihre Emailadresse
Passwort: von uns mitgeteilt (siehe Registrierung)

CASA

CASA URL ("https://...")

Bitte geben Sie die URL zu CASA ein

Benutzername

Bitte geben Sie eine gültige E-Mail Adresse ein

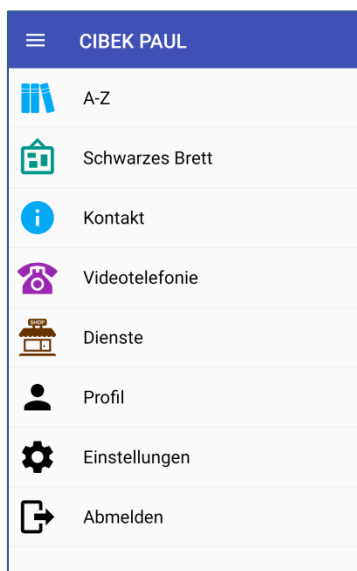
Passwort

Bitte geben Sie Ihr CASA Passwort ein

Anmelden Passwort vergessen

Durch das Anklicken der Schaltfläche 'Anmelden' erklären Sie sich mit unserer [Datenschutzerklärung](#) einverstanden

Mit einem Klick auf „Anmelden“ gelangen Sie auf die PAUL Startseite:





Erste Schritte für PAULi und die PAUL-App (neue Teilnehmer)

1. Registrierung

Um die PAUL-App oder PAULi als Browserversion nutzen zu können, müssen Sie sich einmal bei CASA registrieren. Bei der Registrierung legen Sie Ihre Login-Daten fest.
Bitte rufen Sie im Internet folgende URL auf:

<https://portal.netzwerk-gesundaktiv.de/pauli/registration>

The screenshot shows a registration form titled "Registrierung". It contains the following fields and messages:

- Vorname: **Vorname muss gesetzt werden**
- Nachname: **Nachname muss gesetzt werden**
- E-Mail: **E-Mail muss gesetzt werden**
- E-Mail wiederholen: **E-Mail wiederholen muss gesetzt werden**
- Passwort: **Passwort muss gesetzt werden**
- Passwort wiederholen: **Passwort wiederholen muss gesetzt werden**
- Straße
- Hausnr.
- Adresszusatz
- PLZ
- Ort
- Telefon
- Mobil
- Geschlecht: **Geschlecht wählen**
- Geburtstag
- Aktivierungscode: **Aktivierungscode muss gesetzt werden**

At the bottom, there is a checkbox for terms and conditions and a "Registrieren" button.

Auf der Registrierungsseite müssen Sie Ihren Vor- und Nachnamen und Ihre Emailadresse angeben, ein Passwort festlegen und einen Aktivierungscode eingeben.

Der Aktivierungscode lautet: **NWGA19PAULi**

Alle anderen Angaben sind freiwillig. Nachdem Sie sich registriert haben, erhalten zur Bestätigung eine Email an die von Ihnen angegebene Adresse. In der Email bestätigen Sie bitte die Registrierung. (Klick auf Link)

Bitte bestätigen Sie Ihre E-Mail-Adresse in der E-Mail, die an Ihr Postfach geschickt wurde.

Anschließend kann es losgehen!

2. Login

Um PAULi oder die PAUL-App benutzen zu können, müssen Sie sich bei CASA einloggen. Je nachdem, ob Sie sich über einen Web-Browser (PAULi) zum Beispiel auf Ihrem PC oder über die App auf Ihrem Handy anmelden, gehen Sie folgendermaßen vor:

PAULi (Browser)

Öffnen Sie in Ihrem Web-Browser (Zum Beispiel Mozilla Firefox, Safari, etc.) folgende URL:

<https://portal.netzwerk-gesundaktiv.de/pauli/login>



Anmelden

 **NetzWerk
GesundAktiv**

E-Mail-Adresse

Passwort
_____ 

Dauerhaft anmelden

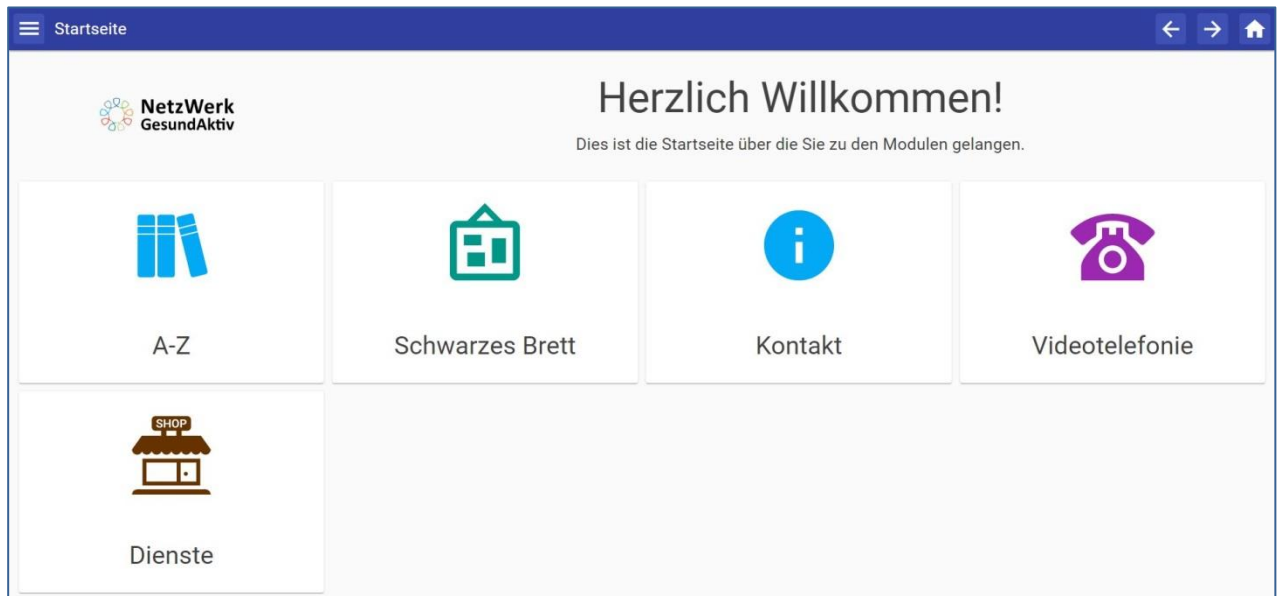
Anmelden

Passwort vergessen? [Zurücksetzen](#)


Sie sind kein Mitglied? [Neues Konto erstellen](#)

Dort geben Sie Ihre Email-Adresse und das von Ihnen bei der Registrierung gewählte Passwort ein. Sie haben die Möglichkeit, bei „Dauerhaft anmelden“ ein Häkchen zu setzen. Dann können Sie zukünftig auf die wiederholte Eingabe verzichten.

Mit Klick auf „Anmelden“ gelangen Sie auf die PAULi Startseite.





Startseite


 **NetzWerk
GesundAktiv**


Herzlich Willkommen!


Dies ist die Startseite über die Sie zu den Modulen gelangen.

 A-Z

 Schwarzes Brett

 Kontakt

 Videotelefonie

 Dienste

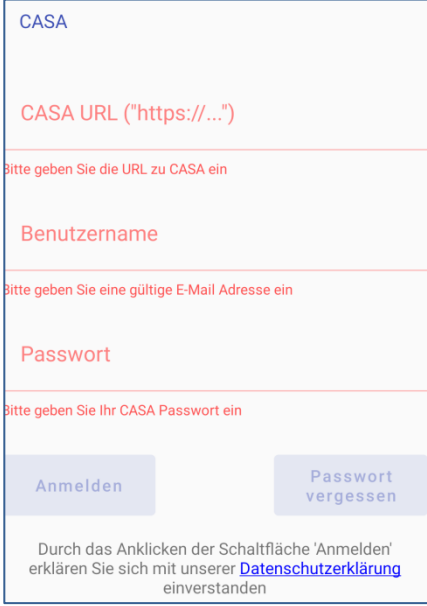
PAUL-App

Falls Sie die App noch nicht installiert haben, suchen Sie mit Andorid Geräten im Google PlayStore, mit Apple Geräten im App Store nach „Cibek PAUL“:











Nach erfolgreicher Installation, gelangen Sie bei Öffnen der App auf die Anmeldeseite. Dort benötigen Sie folgende Login-Daten:

CASA URL: <https://portal.netzwerk-gesundaktiv.de/pauli/login>
Benutzername: Ihre Emailadresse
Passwort: von Ihnen bei der Registrierung festgelegt.



Mit einem Klick auf „Anmelden“ gelangen Sie auf die PAUL Startseite:



CIBEK PAUL	
	A-Z
	Schwarzes Brett
	Kontakt
	Videotelefonie
	Dienste
	Profil
	Einstellungen
	Abmelden

Anlage 14: Handout USB Stick PAULo Anleitung

Grundlagen

1. USB Stick einstecken
2. USB Stick wird erkannt und folgende Felder werden typischerweise angezeigt (falls die jeweiligen Dateien vorhanden sind) Galerie, Bücher, Musik
3. USB Symbol erscheint auch permanent oben in der Leiste solange der USB Stick eingesteckt ist.
4. Wenn man das USB Symbol anklickt kann man:
 - a. Anzeigen lassen
 - b. USB Stick auswerfen
 - c. Abbrechen und dadurch zum Startbildschirm zurückkehren

Dateien und Ordner kopieren auf PAUL

1. Gewünschten Ordner auswählen, oder individuelle Datei im Ordner (falls Sie z.B. nur ein Bild und nicht den gesamten Ordner kopieren wollen)
2. Unten rechts auf die drei Striche klicken
3. Auf das Symbol mit den zwei Rechtecken klicken
4. Man kann entweder ein bestehendes Album auswählen als Ziel für die Dateien (werden unten angezeigt im Fenster), oder man gibt einen neuen Namen für ein Album an und kreiert dieses damit.
5. Sobald ein Album ausgewählt, bzw. neu benannt worden ist „Kopieren“ anklicken.
6. Danach zurück navigieren auf die „Galerie“ Funktion des Geräts
7. In der Galerie werden auch Ordner des angeschlossenen USB Sticks angezeigt, die noch nicht kopiert worden sind. Diese Erkennt man am USB Symbol unten rechts in der jeweiligen Kachel.
8. Ein Album bzw. ein Bild können leicht gelöscht werden. Klicken Sie auf die drei Striche, wählen Sie das Mülltonnen Symbol aus und bestätigen Sie die Löschung

Dateien und Ordner kopieren auf USB Stick

1. Gewünschten Ordner auswählen, oder individuelle Datei im Ordner (falls Sie z.B. nur ein Bild und nicht den gesamten Ordner kopieren wollen)
2. Unten rechts auf die drei Striche klicken
3. Kästchen neben dem „USB“ anklicken (unten links)
4. Name des Ordners kann frei gewählt bzw. übernommen werden
5. Kopieren klicken
6. Die gewünschten Ordner und/oder Dateien befinden sich nun auf dem USB Stick



Videotelefonie für Angehörige

Als Angehöriger eines PAUL-Nutzers haben Sie die Möglichkeit, mit Ihrem Angehörigen via PAUL per Videotelefonie zu kommunizieren. Die einzige Voraussetzung, die Sie mitbringen müssen, ist ein mit Kamera und Mikrofon ausgestattetes Gerät (PC, Tablet, Smartphone,...).

Um die Videotelefonie nutzen zu können, müssen Sie sich einmalig für das CASA Portal der Firma Cibek (Hersteller von PAUL) registrieren. Sie bekommen daraufhin eine 6-stellige Nummer zugewiesen – Ihre „PAUL-Rufnummer“.

Registrierung bei CASA

- Öffnen Sie folgenden Link:
<https://portal.netzwerk-gesundaktiv.de/confirmation/RegistrationPage>
- Folgende Pflichtfelder müssen ausgefüllt werden: Vor- und Nachname, gültige Email-Adresse, ein selbstgewähltes Passwort.
- Ihnen wird daraufhin eine Bestätigungs-E-Mail gesendet. Diese Bestätigung wird automatisch generiert. Bitte klicken Sie auf den beigefügten Link.
- Abschließend muss die CASA Nutzung noch von einem NWGA Mitarbeiter freigeschaltet werden. Das dient als „Schutzmaßnahme“, so dass das Portal nur NWGA Teilnehmern und deren Angehörigen genutzt werden kann. Die Freischaltung sollte innerhalb von 24 Stunden erfolgen. Ab diesem Zeitpunkt können Sie die Videotelefonie vollumfänglich nutzen.

Anmeldung bei CASA

- Sobald Sie freigeschaltet wurden, können Sie sich in Ihrem Webbrowser anmelden:
<https://portal.netzwerk-gesundaktiv.de/login/SignInPage>

Gut zu wissen:

Entgegen einem normalen Telefon, ist ein Videoanruf nur dann möglich, wenn Sie sich auf der Seite angemeldet haben und somit „online“ sind. Schließen Sie das Fenster des Browsers oder verlassen Sie die Seite, kann keine Verbindung aufgebaut werden. Der PAUL-Anwender muss für die Erreichbarkeit nichts besonders beachten. Er hat direkt über PAUL die Möglichkeit, die Videotelefonie ein- bzw. auszuschalten und kann damit festlegen, ob er für Anrufe verfügbar ist oder nicht.

Workflow

Koordinierende Stelle

NetzWerk GesundAktiv

Inhaltsverzeichnis

Ziele des Innovationsfonds-Projekts NetzWerk GesundAktiv	3
Aufgaben der Koordinierenden Stelle im NWGA	4
Aufgaben der Koordinierenden Stelle zu PAUL	5
Leitungsfunktion im NetzWerk GesundAktiv im Albertinen Haus	5
Teilnehmerrekrutierung im NWGA	7
Ablauf des 1. NWGA-Termin	11
Ablauf des 2. NWGA-Termin	14
Modul Reha vor und in der Pflege	17
Modul Mensch und Technik	17
Einladung zur Aufklärung PAUL/o	17
Schritt 1: Daten der Teilnehmer für PAUL/o aus CareCM extrahieren	17
Schritt 2: Zusammenstellung der Kursteilnehmer	17
Schritt 3: Raumbuchung und Terminkoordination	18
Schritt 4: Versandt der Einladung an die Kursteilnehmer	18
Durchführung der Aufklärungsschulung (PAUL/o)	18
Schritt 1: Rückmeldungen der Teilnehmer verwalten	18
Schritt 2: Durchführung der Aufklärungsschulung – 1 Stunde	19
Einleitung der Hausinstallation (PAUL/o)	19
Schritt 1: Nachbearbeitung der Aufklärungsschulung	19
Schritt 2: Nutzungsvereinbarungen sammeln	19
Schritt 3: Eingabe der Daten aus den Nutzervereinbarungen in Mantis	19
Hausinstallation (PAUL/o)	20
Modul MCI / Demenz	20
Modul Hilfe für Angehörige	20
Modul Gesundheitskompetenz	20

Ziele des Innovationsfonds-Projekts NetzWerk GesundAktiv

Das NetzWerk GesundAktiv (NWGA) ist ein sektorenübergreifendes Hilfs- und Betreuungsnetzwerk im Quartier (Start in Hamburg-Eimsbüttel), das Antworten auf die demografischen Herausforderungen liefern möchte. Ziel des NWGA ist es, den teilnehmenden Menschen auch im hohen Alter möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen.

Im Zentrum des NWGA steht die „Koordinierende Stelle“, angesiedelt im Hamburger Albertinen-Haus. Hier durchläuft der Teilnehmende ein umfassendes, interdisziplinäres geriatrisch-gerontologisches Assessment inkl. Performance-Testungen, um die individuellen Risiken und Bedürfnisse zu erfassen. Die Ergebnisse sind die Basis für die Erstellung eines individuellen Unterstützungsplans. Hierfür werden je nach Bedarf Maßnahmen aus verschiedenen Modulen bereitgehalten: Rehabilitation vor und während der Pflegebedürftigkeit, Hilfen für Angehörige, Beratung und Betreuung bei Demenz, technische Assistenzsysteme und Förderung der Gesundheitskompetenz (s. **Abb.1 Grundmodell**). Jeder der Teilnehmenden kann nach Einschreibung mit dem technischen Assistenzsystem PAUL (Tablet) ausgestattet werden, das als technische Unterstützung und Kommunikationsplattform für Senioren von der Firma CIBEK entwickelt wurde. Das Projekt sieht zudem vor, die behandelnden Hausärzte der Versicherten einzubeziehen sowie die zahlreichen Hilfen im Umfeld miteinander zu verknüpfen. So kann auch mit regionalen Quartiersangeboten, wie Wohn- und Betreuungsleistungen, Hauswirtschafts-, Pflege- und Sozialleistungen sowie dem Pflegestützpunkt im Bezirk Eimsbüttel zusammengearbeitet werden, um durch diese Vernetzung eine Verbesserung der Versorgungsqualität zu erreichen.

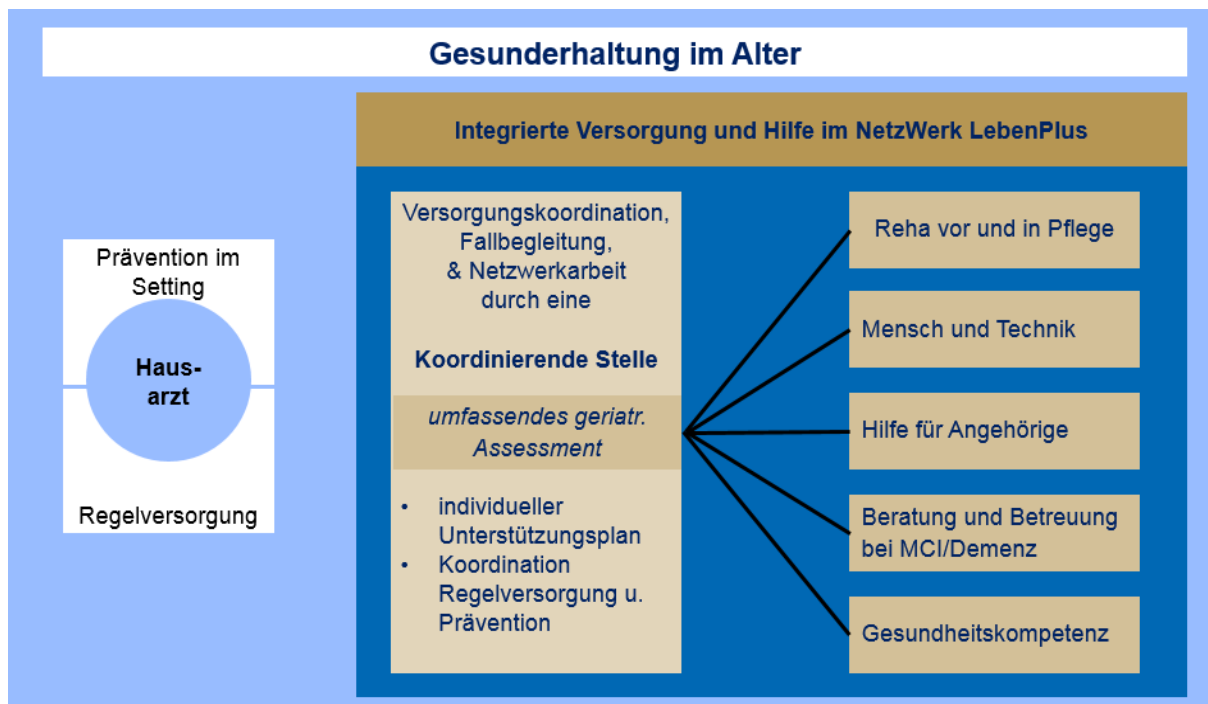


Abb.1: Grundmodell der innovativen Versorgungsform NetzWerk GesundAktiv

Aufgaben der Koordinierenden Stelle im NWGA

[Hier aus Anlage 5 zum Konsortialvertrag – Teilnehmerrekrutierung und Datenfluss]

- Entgegennahme der Fragebögen zur Teilnehmerrekrutierung der Interventionsgruppe und Auswertung der Teile zur Soziodemografie und zum Pflegegrad sowie Weiterleitung des Fragebogenteils zum LUCAS-FI an die Forschungsabteilung am Albertinen-Haus für die dortige Auswertung.
- Rückmeldung an die Versicherten, die für eine NWGA-Teilnahme geeignet sind (schriftlich) und Einladung(telefonisch+ Terminbestätigung mit Wegbeschreibung per Post) zum Ersttermin in der Koordinierenden Stelle am Albertinen Haus
- Rückmeldung an die Versicherten, die für eine NWGA-Teilnahme nicht geeignet sind (schriftlich)
- Aufklärung und Aushändigung der Teilnahmeerklärung für den NWGA-Versorgungsvertrag, die Versicherteninformation zur Teilnahmeerklärung sowie der Einwilligungserklärung für die Teilnehmerbefragung an die Versicherten
- Postalische oder elektronische Übermittlung von Kopien der Teilnahmeerklärungen für den Versorgungsvertrag in Papierform
- Durchführung des geriatrisch-gerontologischen Assessments und der interdisziplinären Fallkonferenz, Erstellung des individuellen Unterstützungsplans (Ärzt*in, Physiotherapeut*in, Fallmanager*in), Fallführung in der Fallmanagement-Software und Rückklaufabelle,
- Übermittlung des individuellen Unterstützungsplans an den Hausarzt
- Betreuung und Unterstützung der NWGA-Teilnehmenden durch die Fallmanager*innen
- Weiterleitung von Aufträgen zur Auslieferung des PAUL-Systems an CIBEK bzw. dessen Unterauftragnehmer
- Recherche geeigneter Angebote zur Umsetzung der Empfehlungen und Weitergabe an die Teilnehmenden
- Auf – und Ausbau eines entsprechenden Netzwerkes

Aufgaben der Koordinierenden Stelle zu PAUL

[Hier aus Anlage 4 zum Konsortialvertrag – Technisches Assistenzsystem und Kommunikationsplattform]

- Beratung, Information und Vorführung des PAUL-Systems und gegebenenfalls des Hausnotrufgerätes der Johanniter für die NWGA-Teilnehmer
- Empfehlung einer PAUL-Variante auf der Grundlage des Assessments
- Übernahme des 1st-Level-Support
- Regelmäßige Schulungsveranstaltungen im "Café PAUL"
- Management und Pflege des Webshops
- Management und Pflege des Schwarzen Bretts

Leitungsfunktion im NetzWerk GesundAktiv im Albertinen Haus

Die Projektleitung für die Koordinierende Stelle im NWGA hat die Geschäftsführung Albertinen Haus. Unterstützt wird die Projektleitung der Koordinierenden Stelle im NWGA von einem Projektmanagement für die Koordination der Aufbau- und Ablauforganisation. Die Koordinierende Stelle im NWGA ist Teil der Johanna und Fritz Buch-Ambulanz unter der Leitung des Chefarztes der Medizinisch-Geriatriischen Klinik. Unterstützt wird der Chefarzt durch einen Oberarzt für die Umsetzung der Besonderen Versorgung im NWGA. Die Projektleitung für die Begleitforschung und die Vertrauensstelle im NWGA hat der Chefarzt der Medizinisch-Geriatriischen Klinik.

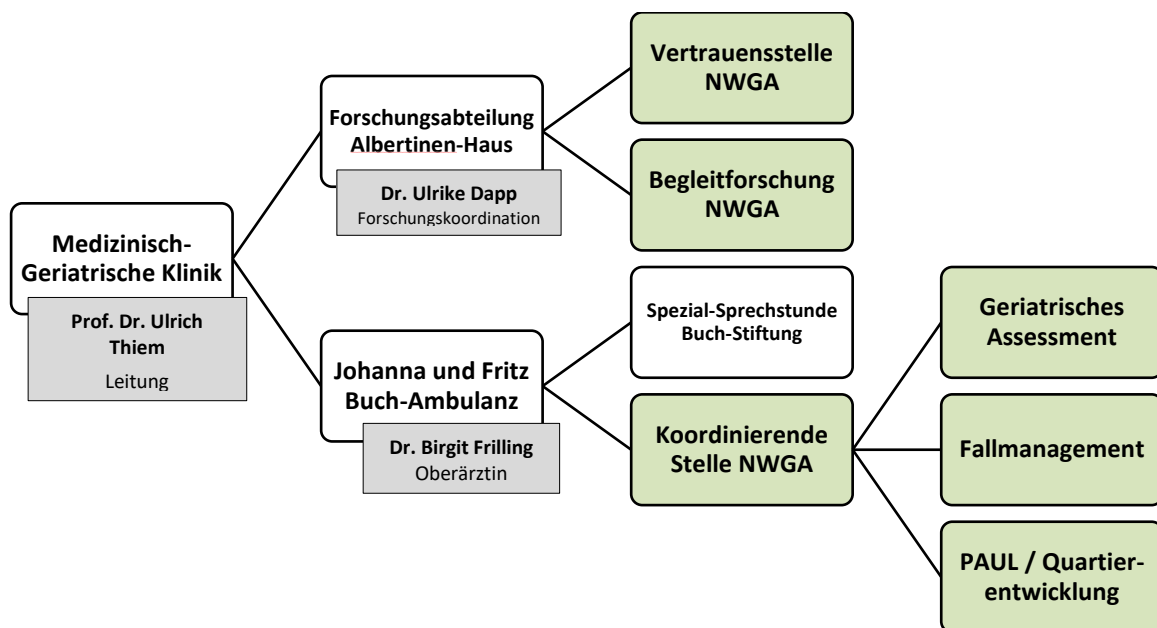


Abb.2: NetzWerk GesundAktiv im Albertinen-Haus - Organigramm

Rufumleitung zu Johanniter Unfallhilfe e.V. (JUH)

Die Administration der Koordinierenden Stelle im NWGA stellen nach Betriebsschluss und bei Abwesenheit eine Rufweiterleitung über das DECT-Empfangstelefon an die Durchwahl der JUH:

Die Mitarbeiter der Koordinierenden Stelle im NWGA leiten bei Abwesenheit auf das DECT-Empfangstelefon, damit eine Weiterleitung an die JUH nach Betriebsschluss auch über diese Rufnummern gewährleistet wird.

Kontaktdaten der Koordinierenden Stelle

Die Kontaktdaten, die Öffnungszeiten und das Team der Koordinierenden Stelle sind aktuell zu halten und Änderungen der Pforte des Hauses über ein Informationsblatt („Informationen zur Koordinierenden Stelle im NWGA am Albertinen-Haus“) anzuzeigen.

Teilnehmerrekrutierung im NWGA

Ausgang: Selektion der Versicherten und Anschreiben inkl. pseudonymisierter Fragebogen LUCAS FI, Soziodemografie plus Pflegegrad und Einwilligung zur Auswertung der Fragebögen.

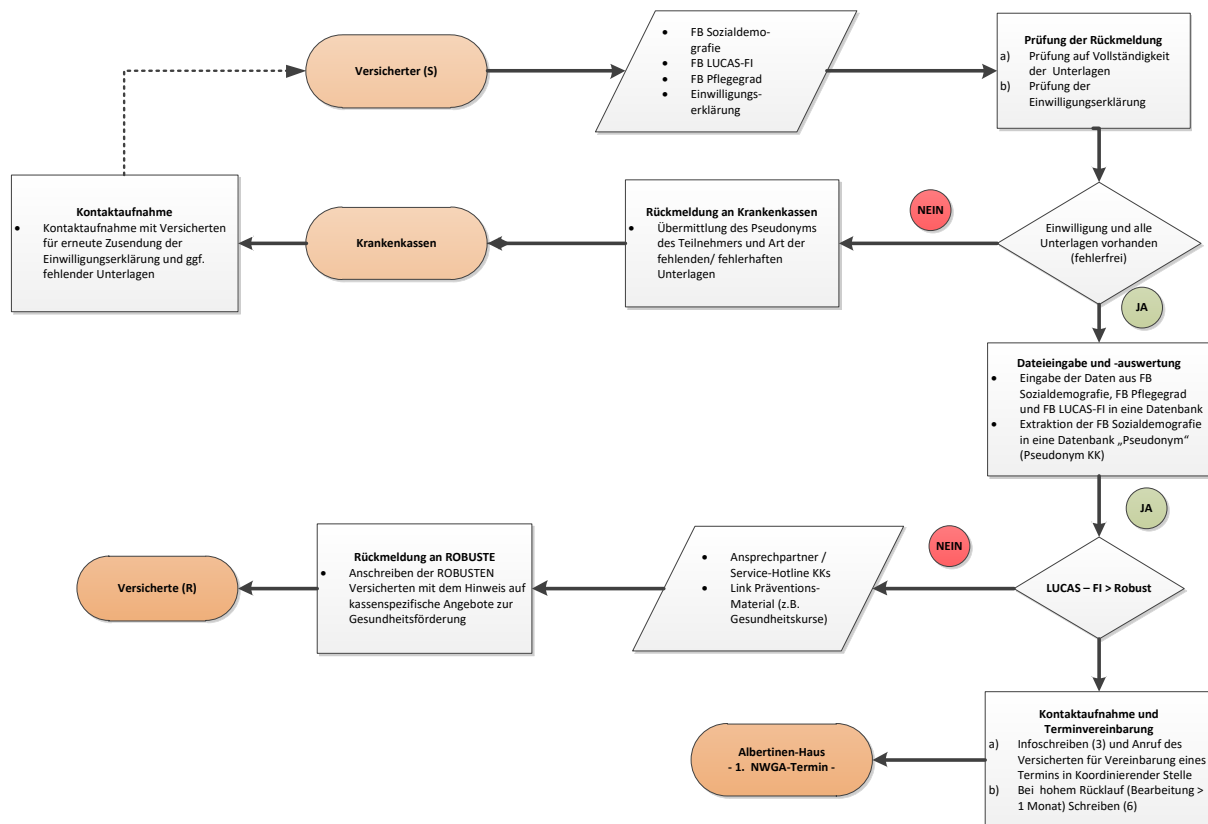


Abb.4: Prozess der Teilnehmerrekrutierung

Ende: Anlage der Stammdaten der Teilnehmer; Erfassung und Auswertung der Fragebögen – LUCAS-FI; Vereinbarung des 1. NWGA-Termins

Abläufe bei der Teilnehmerrekrutierung

[Hier aus Anlage 5 zum Konsortialvertrag – Teilnehmerrekrutierung und Datenfluss]

Schritt 1: Rückläuferbearbeitung

Die angeschriebenen Versicherten entscheiden sich freiwillig zur Teilnahme an der Befragung und ob sie eine Rückmeldung vom Albertinen-Haus zu empfohlenen Gesundheits- oder Versorgungsangeboten erhalten möchten. Falls ja, füllen die Versicherten den Fragebogen aus, unterschreiben die Einwilligungserklärung und schicken die Unterlagen per Freiumschlag an das AlbertinenHaus. Die Unterlagen beinhalten:

- Unterzeichnete Einwilligungserklärung mit Kontaktdaten der Versicherten;
- Fragebogen ‚Soziodemografie‘
- Fragebogen ‚Pflegegrad‘
- Fragebogen ‚LUCAS Funktions-index‘

Schritt 2: Erfassung und Auswertung des Fragebogens ‚LUCAS Funktions-index‘ und Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien für das NWGA

Die Vertrauensstelle im NWGA wertet den LUCAS Funktions-Index und die anderen Einschlusskriterien aus, ordnet die Rückläufer nach Akzeptanz des Angebotes und Ein- und Ausschlusskriterien in die NWGA Versorgung und leitet diese an die Koordinierende Stelle weiter.

Aufgaben der Vertrauensstelle:

- 1) In der Vertrauensstelle werden die unterschriebenen Einwilligungen (mit Klardaten Name und Adresse) zur Bearbeitung der Fragebögen (Angaben zur Soziodemographie und LUCAS Funktions-Index) getrennt von den ausgefüllten Fragebögen (mit Pseudonymisierungs-Nummer).
- 2) In der Vertrauensstelle werden die Klardaten (Name, Adresse) der Versicherten sowie deren Pseudonymisierungs-Nummern erfasst. Erst nach Abtrennung der Einwilligung durch die Vertrauensstelle werden die pseudonymisierten Fragebögen zur Dateneingabe und Ermittlung des LUCAS Funktions-Index an die Forschungsabteilung weitergegeben.
- 3) Nach Auswertung meldet die Forschungsabteilung für jede Pseudonymisierungs-Nummer den LUCAS Funktions-Index zurück (Basis für Ein- und Ausschlusskriterien für NWGA-Teilnahme) an die Vertrauensstelle.
- 4) Von der Vertrauensstelle werden dann für alle Personen, die die Einschlusskriterien zur Teilnahme am NWGA erfüllen, deren Klardaten an die Koordinierende Stelle übermittelt (zur NWGA-Terminvereinbarung).
- 5) Für alle Personen, die die Einschlusskriterien nicht erfüllen, werden in der Vertrauensstelle deren Klardaten für ein entsprechendes Informationsschreiben zur Nicht-Teilnahmemöglichkeit am NWGA zugespielt.

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<ul style="list-style-type: none"> • Alter 70 Jahre und älter • Wohnort-PLZ im Bezirk Hamburg-Eimsbüttel, Lurup, Osdorf und Altona 	<ul style="list-style-type: none"> • Dauerhafte Unterbringung in vollstationären Altenhilfeeinrichtungen, Pflegeheimen oder Demenz-Wohngemeinschaften • Pflegegrad 4 oder höher • Eintragung eines gesetzlichen Vertreters • LUCAS-FI = ROBUST

- 6) Erfassung der Angaben zur Soziodemographie zur Übermittlung an die NWGA-Begleitforschung der Universität Bielefeld für die Durchführung des Matchings mit der NWGA Kontrollgruppe.

Organisatorische Abläufe:

1. Das Pseudonym wird auf die Einwilligungserklärung mit den Klardaten übertragen, um die Zusammenführung der Unterlagen nach Auswertung zu ermöglichen.
2. Die Einwilligungserklärung mit den Klardaten wird von den Fragebögen getrennt und an die Koordinierenden Stelle weitergeleitet.
3. Die Fragebögen (LUCAS Funktions-Index und Pflegegrad) mit den Pseudonymen werden durch die Forschungsabteilung ausgewertet, mit einer internen Identifikationsnummer versehen und in eine Datenbank überführt.
4. ‚Geeignete Teilnehmer‘ werden direkt unter Verwendung des Pseudonyms an die Koordinierende Stelle gemeldet
5. Weiterleitung der Fragebögen nach Auswertung durch die Forschungsabteilung und Anlegung der Fallakte:
 - Die Fragebögen werden an die Koordinierende Stelle weitergeleitet

- In der Koordinierenden Stelle werden die Fragebögen über das Pseudonym mit den Klardaten der Einwilligungserklärung zusammengeführt.
- 6. Die Koordinierende Stelle prüft anschließend die ‚Fehlerhaften Unterlagen‘:
 - Bei fehlerhaften Fragebögen (auch fehlende Unterschrift) nimmt die Koordinierende Stelle Kontakt zu den Versicherten auf, um die Daten telefonisch oder postalisch nacherheben;
- 7. Die Koordinierende Stelle leitet die korrigierten Fragebögen an die Forschungsabteilung zur Nacherfassung weiter.
(→ Punkt 3)

Schritt 3: Erfassung des Fragebogens ‚Soziodemografie‘

Der Fragebogen ‚Soziodemografie‘ wird in der Fallakte belassen und je nach Anfrage, spätestens aber Ende erstes Quartal 2018, als Kopie an die gesundheitsökonomische Begleitforschung der Universität Bielefeld weitergeleitet.

Schritt 4: Rückmeldung an die Krankenkassen bei fehlerhaften Unterlagen

Bei fehlerhaften Einwilligungserklärungen (fehlende Unterschrift) sendet die Koordinierende Stelle einen Brief an den Teilnehmer inkl. Freirückbrief mit Bitte um Unterschrift.

Wenn die Einwilligung komplett fehlt, leitet die Koordinierende Stelle das Pseudonym einmal im Monat gesammelt an den Ansprechpartner der zuständigen Krankenkasse weiter, um eine vollständige Einwilligungserklärung einzuholen, damit eine Erfassung und Auswertung der Fragebögen erfolgen kann.

Schritt 5: Anlage der Stammdaten

In der Koordinierenden Stelle werden die Fragebögen über das Pseudonym mit den Klardaten der Einwilligungserklärung zusammengeführt. Die Administration der Koordinierenden Stelle legt auf Basis der Informationen aus den postalischen Rückmeldungen der ‚Geeigneten Teilnehmer‘ eine Fallakte an.

Schritt 6: Vereinbarung des 1. NWGA-Termins

Die Administration der Koordinierenden Stelle koordiniert den 1. NWGA-Termin des Versicherten in Absprache mit der zuständigen Fallmanagerin und dem geriatrischen Team.

Telefonische Kontaktaufnahme und Vereinbarung des 1. NWGA-Termins:

Nach ca. 1. Woche erfolgen Anrufe durch die Administration, ob Interesse an einem Erstgespräch besteht. Bei Interesse erfolgt die Vergabe eines Termins für ein Erstgespräch.

Folgende Hinweise erhalten die Versicherten zum 1. NWGA-Termin die mitgebracht werden sollen:

- Kontaktdaten Ihres Hausarztes
- Kalender für die Vereinbarung von etwaigen Folgeterminen
- Bewilligung eines Pflegegrades durch den Medizinischen Dienstes der Krankenkasse (falls vorhanden)
- Krankenkassenkarte

Schritt 7: Rückmeldung an ROBUSTE Versicherte

Die Vertrauensstelle erstellt die Anschreiben an die ROBUSTEN-Versicherten, die nicht an der Versorgung im NWGA teilnehmen. Im Anschreiben enthalten ist das

- Informationsblatt zu Präventionskursen der Krankenkassen
↳ wird von den Krankenkassen bereitgestellt (Archiv),
- Angebote zu Bewegungskursen im Albertinen-Haus,
- Broschüre „Essen mit Genuss“ zur Ernährung im hohen Lebensalter auf altersmedizinischer Grundlage, die auf Erkenntnissen der LUCAS Studie zur gesunden Ernährung im Alter basiert und von der Gesundheitsbehörde herausgegeben wird (im Internet verfügbar unter: <http://www.hamburg.de/gesundheit-im-alter/4367400/essen-mit-genuss/>),

Ablauf des 1. NWGA-Termin

Ausgang: Telefonische Einladung potentieller Teilnehmer in die Koordinierungsstelle mit Status PostRobust, PreFrail, Frail und/oder Pflegegraden 1-3 ohne stationäre Wohnform

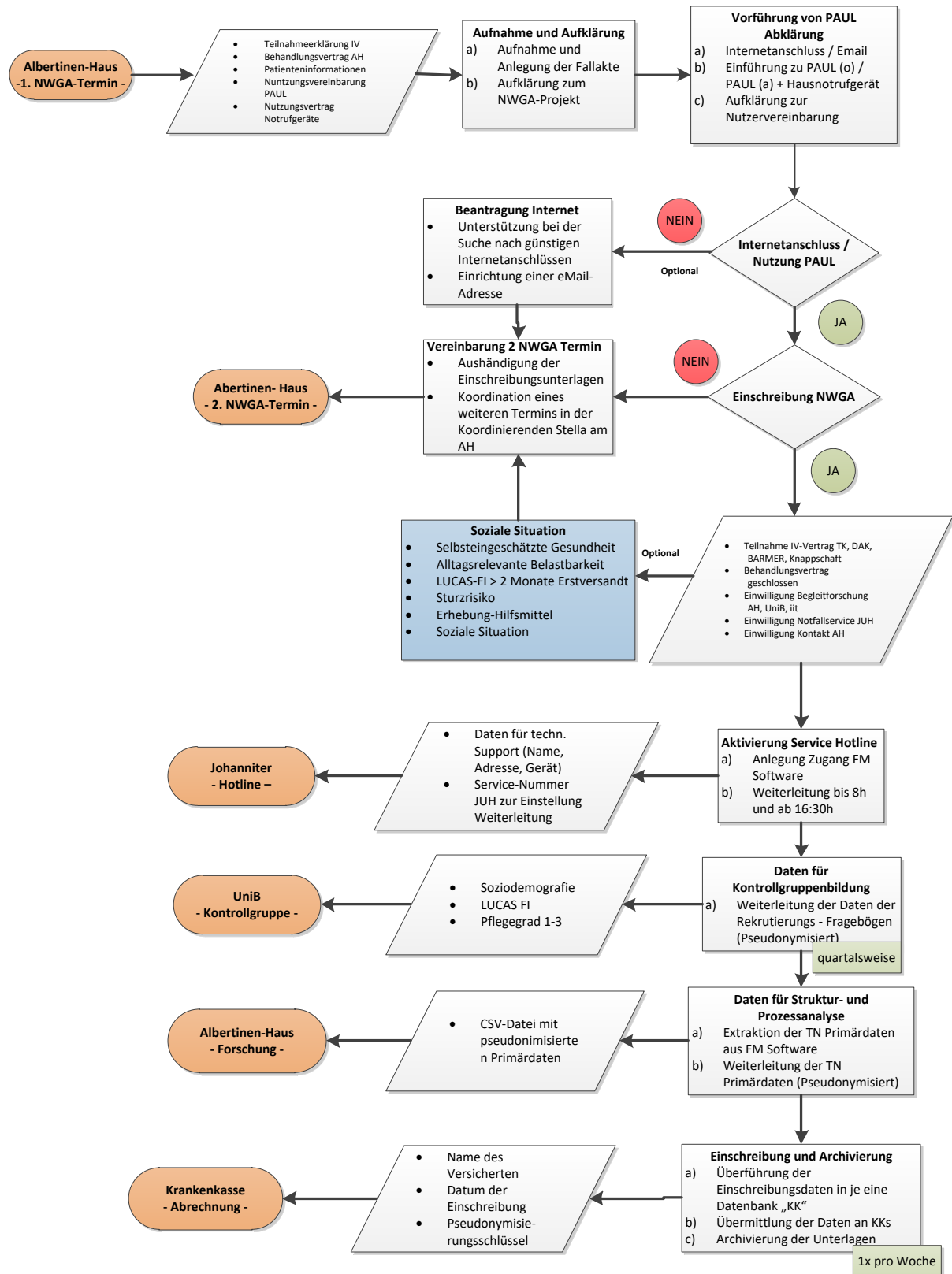


Abb.4: Prozess des. 1. NWGA-Termins

Ende: Aufklärung über die Leistungen im NWGA ist abgeschlossen. Eine Einführung zum technischen Assistenten PAUL ist erfolgt. Erfassung der ‚Sozialen Situation‘.

Organisation der Abläufe beim 1. NWGA-Termin

Schritt 1: Vorbereitung der Fallakte

Die Fallakte besteht aus folgenden Formularen: Deckblatt, Zeiterfassung, Einwilligung Hausarzt, Teilnahmeerklärung der jeweiligen Krankenkasse, Einwilligung Telefonbefragung, Selbsteinschätzung Gesundheit, Soziales Assessment, „Studie Gesund und aktiv im Alter“. MFA erstellt im Ordner „Akten_TN“ einen Ordner des TN (ID Lustig, Peter).

Schritt 2: Aufnahme des Teilnehmers

Nach erfolgreicher Terminkoordination erfolgt der Empfang der Versicherten durch die Fallmanager. Während des Aufenthalts in der Koordinierenden Stelle wird die Gesundheitskarte des Versicherten über das Kartenlesegerät in iMedOne eingelesen.

Schritt 3: Aufklärung Besondere Versorgung NWGA

Die Fallmanager klären die Versicherten über die Besondere Versorgung im NWGA auf.

Schritt 4: Einführung in PAUL

Die Fallmanager zeigen beim ersten Termin das PC-Tablet PAUL, führen kurz einige Funktionen von PAUL vor (Email, Termine, Dienste, etc.) und verweisen im Anschluss auf eine kommende Aufklärungsschulung-Schulung in Kooperation mit der Albertinen-Akademie (vgl. hierzu Modul Mensch und Technik). Schulung, Techniker und 24 Std. Hotline wird beschrieben.

Zu Beginn der Vorführung erfragen die Fallmanager, ob ein Internetanschluss vorhanden ist, und wenn ja, ob und welche technischen Geräte mit Internet in der Häuslichkeit verwendet werden. Bei Interesse an PAUL ohne vorhandenen Internetzugang wird den Teilnehmern eine PAUL Variante mit Sim-Kartenrouter empfohlen.

Benötigte Daten/Materialien:

PAUL/o mit Internetzugang, Bedienungsanleitung

Schritt 5: Erfassung notwendiger Einwilligungen

Die Fallmanager nehmen vom Versicherten die Einwilligung Hausarzt, Teilnahmeerklärung und Einwilligung Telefonbefragung entgegen.

Erfassung und Weiterleitung der Teilnehmererklärung

Die Teilnehmererklärung NWGA ist im Vorwege von der ärztlichen Leitung zu unterzeichnen. Auf der Teilnehmererklärung NWGA je Krankenkasse werden – neben der Unterschrift des Versicherten – der Vor- und Nachname, das Geburtsdatum, die Versichertennummer, Datum der Einschreibung erfasst. Die Teilnehmer erhalten von allen unterzeichneten Erklärungen eine Kopie.

Die Teilnehmererklärungen werden in einem Ordner in der Koordinierenden Stelle gesammelt und wöchentlich an die Krankenkassen übermittelt. Die Originale verbleiben in der Koordinierenden Stelle:

Schritt 6: Erfassung der ‚Sozialen Situation‘ (Sozialassessment)

Gespräch über Häuslichkeit und Soziales Umfeld wird geführt. Vergabe vom „Termin Ass. 2. Teil“ durch MFA, „Versicherten Information zur Teilnahmeerklärung“ wird ausgehändigt.

Schritt 7: Vereinbarung des 2. NWGA-Termins

Vergabe vom „Termin Ass. 2. Teil“ durch MFA, Zweitterminbestätigung wird ausgehändigt.
Hinweisblatt an den Versicherten mit dem Termin und weiterführenden Hinweisen zum 2. NWGA-Termin.

Schritt 8: Dokumentation der ‚Sozialen Situation‘

Nach Verabschiedung TN wird Fragebogen Soziales Assessment vom FM ausgefüllt und in Excel-Liste Durchführung dokumentiert

Ablauf des 2. NWGA-Termin

Ausgang: (Potentielle) Teilnehmer haben beim 1. NWGA-Termin Einschreibungsunterlagen und einen zweiten Termin in der Koordinierenden Stelle im Albertinen-Haus erhalten.

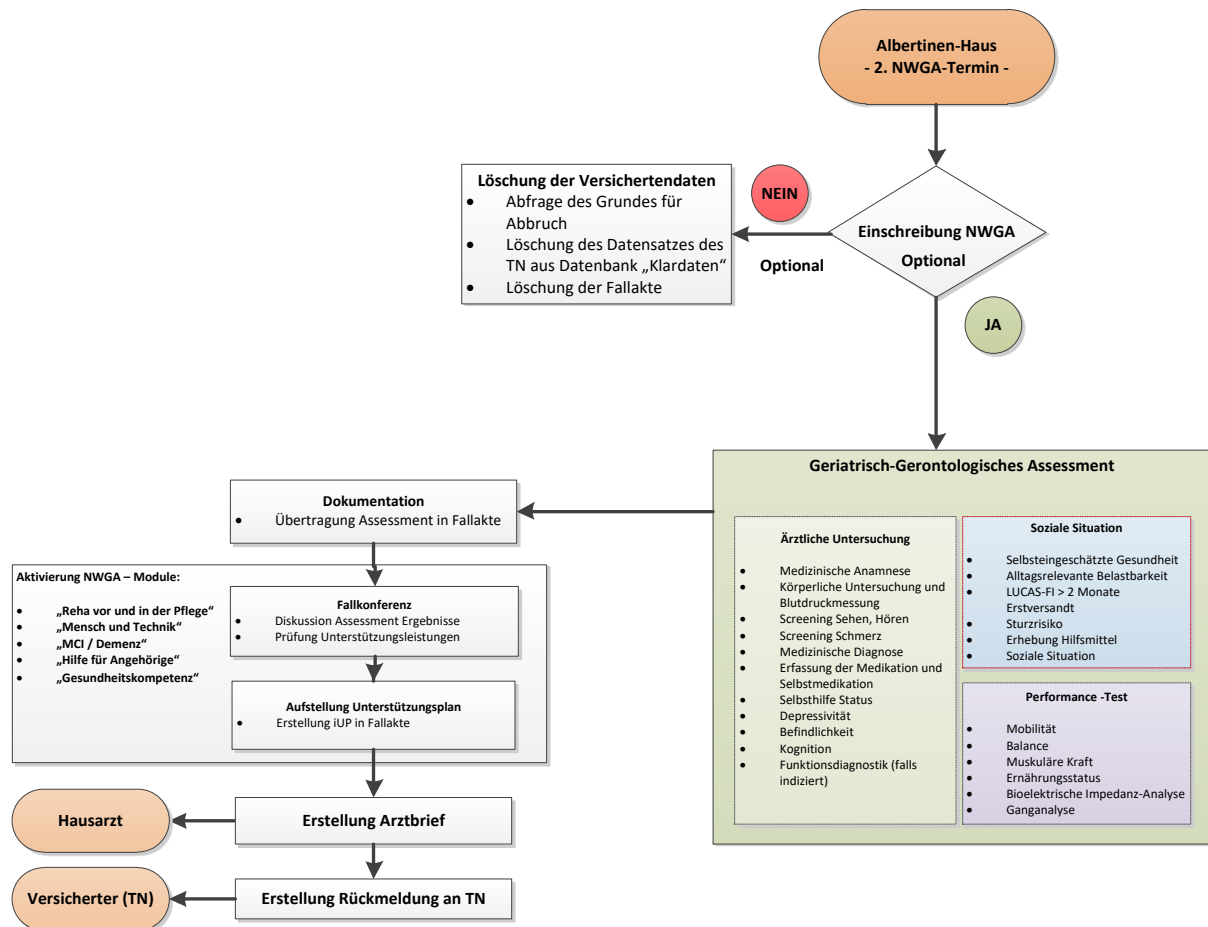


Abb.5: Prozess des 2. NWGA-Termins

Ende: Geriatisches Assessment abgeschlossen; Fallkonferenz durchgeführt; Arztbrief und Rückmeldung von Arzt+ FM für den Teilnehmer (Individueller Unterstützungsplan) erstellt.

Organisation der Abläufe beim 2. NWGA-Termin

[Hier aus Anlage E]

Schritt 1: Aufnahme des Teilnehmers

Schritt 2 o.3: Durchführung der ärztlichen Untersuchung

Schritt 3.o.4: Durchführung der Performance-Tests

Schritt 5: Dokumentation des Geriatischen Assessments

Soziale Situation / Ärztliche Untersuchung / Performance-Tests / Interpretation der Ergebnisse / Ableitung von Defiziten und Potentialen

Schritt 6: Durchführung der Fallkonferenz

Termin wird von der MFA festgelegt und per Outlook an FM, Arzt und Sportwissenschaftler weitergeleitet. FK finden Montags - Freitags 08:00 - 09:45 statt.

Fallmanager*innen, Ambulanzzarzt, Sportwissenschaftlerin, Fachärzt*in Geriatrie erstellen individuellen Unterstützungsplan:

Name	Maria Muster	geb.			
	TOP				
Sozial		Ressource	Defizit	Maßnahme	Modul*
Selbständigkeit zuhause erhalten	<i>Wohnung nicht barrierefrei (Treppe), möchte aber dort bleiben</i>	<i>Kann noch gut Treppen steigen</i>	<i>Auto für längere Strecken notwendig</i>	Kraft- und Balancetraining	1
Gesellschaftliche Teilhabe fördern	<i>verlässt täglich die Wohnung</i>		<i>Chor wg Asthma aufgegeben</i>	PAUL (Freizeitangebote)	2
Häusliche Versorgung und Absicherung	<i>lebt allein, im Haushalt selbstständig; Tochter in HH hilft b.B.</i>		<i>Tochter in Vollzeit beschäftigt (Bergedorf)</i>		
Mobilität					
Belastbarkeit	<i>NYHA II</i>	<i>Fährt im Sommer Fahrrad</i>	<i>NYHA II</i>	Belastungstraining (Asthmagruppe?)	1
Balance	<i>eingeschränkt</i>		<i>Sturzangst nach Treppensturz</i>	Kraft- und Balancetraining	1
Kraft	<i>deutlich reduziert (UE > OE)</i>	<i>Pat an Kraftaufbau interessiert</i>		Kraft- und Balancetraining	1
Sturzgefahr	<i>erhöht</i>	<i>Pat an Training interessiert (Yoga)</i>		Kraft- und Balancetraining	1
Medizin					
Kognition	<i>oB</i>				
Psyche	<i>belastet (fam. Konflikte)</i>			Stressreduktion durch Yoga	5
Bewegungsapparat	<i>Leichte Coxarthrose re</i>				
Neurologie	<i>oB</i>				
Internistische Erkrankungen	<i>Intrinsisches Asthma</i>	<i>keine Besserung durch Sprays</i>		Verlaufskontrolle Pneumologe	1
Ziele: 1. Steigerung Kraft und Balance (Reduktion Sturzgefahr), 2. Techniken zur Stressreduktion					
* 1= Reha vor Pflege, 2= Mensch und Technik, 3= Demenz, 4= Hilfe für Angehörige, 5= Gesundheitskompetenz					

Schritt 7: Erstellung des Individuellen Unterstützungsplans

Inhalt:

- Empfehlungen zur sozialen Unterstützung wie in Fallkonferenz besprochen sowie dazugehörige Adressen

Arztbrief / Rückmeldung an Teilnehmenden

Erstellung des Arzt- / Patientenbriefs:

Arztbrief

(Fokus auf Empfehlung an den Hausarzt mit Hinweis auf geplante Aktivitäten):

- Ein integriertes Anschreiben an den Hausarzt mit Verordnungsvorschlägen auf Basis der Ergebnisse aus dem Geriatriischen Assessment
- Die Inhalte des Arztbriefes - auf Basis der Ergebnisse der Fallkonferenz - werden von dem Assistenzarzt in Abstimmung mit dem Facharzt für Geriatrie erstellt.

Patientenbrief

(Fokus auf Erläuterung des individuellen Unterstützungsplans mit individuellen Angeboten):

- Ein Anschreiben mit teilnehmergeberechtigten Erläuterungen zum Arztbrief und Angeboten zu Ernährung und Bewegung (Teil 1) und Angeboten zur sozialer Teilhabe (Teil 2)

- Teil 1 - die teilnehmergechten Erläuterungen zum Arztbrief mit Angeboten zu Ernährung und Bewegung (mit Begleitschreiben) werden vom Facharzt für Geriatrie koordiniert
- Erstellung der teilnehmergechten Erläuterungen zum Arztbrief erfolgt durch den Facharzt für Geriatrie.
- Zusammenstellung der Angebote zu Ernährung und Bewegung erfolgt durch den Sportwissenschaftler.
- Teil 2 - die Angebote zur sozialen Teilhabe (mit Begleitschreiben) werden von der zuständigen Fallmanagerin erstellt (Teil 2)

Nach Fertigstellung von Teil 1 wird die Unterschriftenmappe des Facharztes für Geriatrie mit den Dokumenten über die Administration der Koordinierenden Stelle an die jeweilige Fallmanagerin zur Integration von Teil 2 und Versand weitergeleitet.

Modul Reha vor und in der Pflege

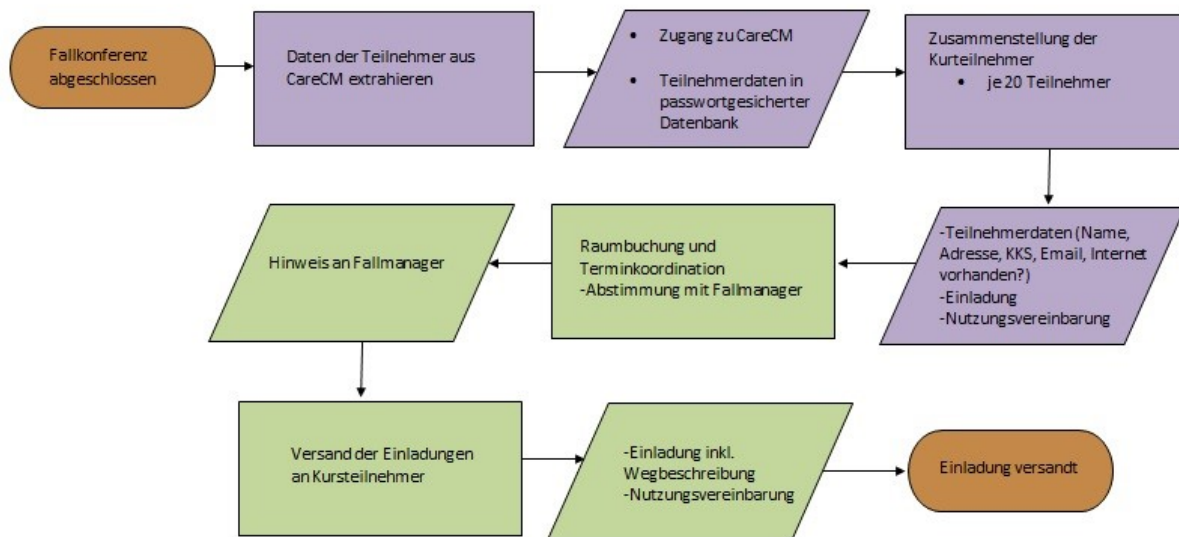
Ausgang: Die Fallkonferenz in der Koordinierenden Stelle ist abgeschlossen und ein individueller Unterstützungsplan für den NWGA-Teilnehmer erstellt.

→ Prozessabbildung

Modul Mensch und Technik

Ausgang: Die Fallkonferenz in der Koordinierenden Stelle ist abgeschlossen und ein individueller Unterstützungsplan für den NWGA-Teilnehmenden erstellt.

Ein technisches Unterstützungssystem [PAUL(o)=Tablet, PAUL(a)=Tablet+Notrufsystem oder PAUL=Tablet+Notrufsystem+Haussteuerung] wurde für den NWGA-Teilnehmernden ausgewählt.



Einladung zur Aufklärung PAUL/o

Schritt 1: Daten der Teilnehmer für PAUL/o aus CareCM extrahieren

Die benötigten Daten der Teilnehmer werden über einen personalisierten Zugang des technischen Administrators aus der CareCM gelesen

Benötigte Daten/Materialien:

Zugang zu CareCM für technischen Administrator; Daten der Teilnehmer (Name, Vorname, Adresse, Krankenkasse, E-Mail Adresse und die Information, ob ein Internetanschluss vorhanden ist)

Schritt 2: Zusammenstellung der Kursteilnehmer

Die Teilnehmenden werden vom technischen Administrator sortiert nach Wohnort (PLZ) und nach ihren zugeordneten Fallmanager*innen. Jeweils 20 Teilnehmende aus gleichem Wohngebiet und mit gleichem/r Fallmanager*in werden gebündelt an die Albertinen-Akademie weitergeleitet.

Benötigte Daten/Materialien:

Daten der Teilnehmer (Name, Vorname, Adresse, Krankenkasse, E-Mail Adresse, und die Information, ob ein Internetanschluss vorhanden ist).

Schritt 3: Raumbuchung und Terminkoordination

Es wird ein Termin für die Aufklärungsschulung von der Albertinen-Akademie koordiniert. Dabei werden Schulungsräume gebucht und die Informationen zum Termin und den Schulungsräumen an die Fallmanager*innen weitergeleitet, der/ die bei Anfang der Aufklärung der Teilnehmenden

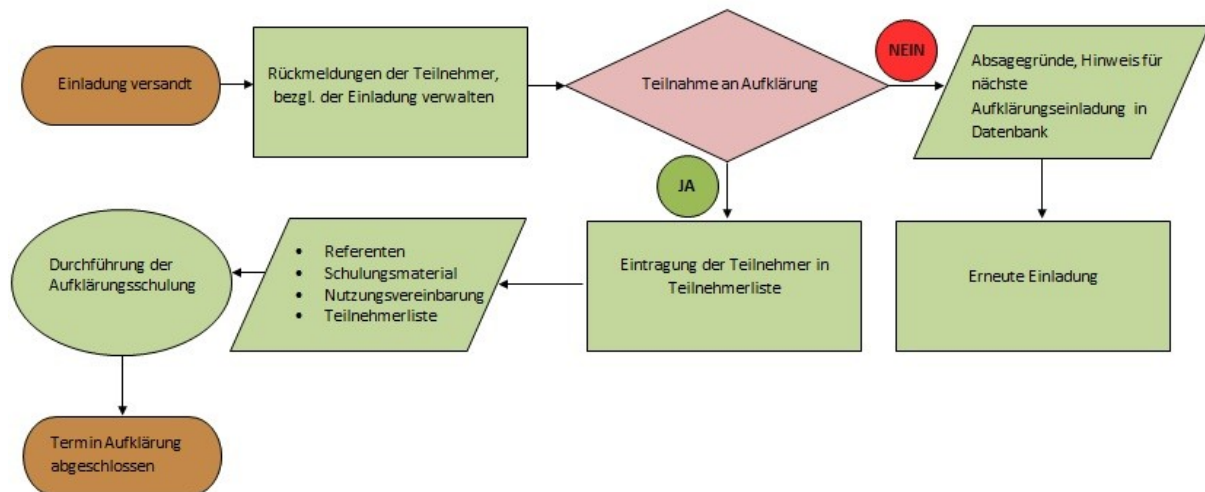
Schritt 4: Versandt der Einladung an die Kursteilnehmer

Die Einladungen werden von der Albertinen-Akademie an die Teilnehmer versandt + Daten von Teilnehmer*innen wenn Fahrdienst benötigt wird, werden an MFA weitergeleitet zum Bestellen des Fahrdienstes

Benötigte Daten/Materialien:

Einladung an die Teilnehmer inkl. Wegbeschreibung und Nutzervereinbarung zu PAUL/o mit der Bitte die Vereinbarung unterzeichnet mitzubringen.

Durchführung der Aufklärungsschulung (PAUL/o)



Schritt 1: Rückmeldungen der Teilnehmer verwalten

Die Rückmeldungen, Anmeldungen und Absagen (per Anruf und E-Mail) der Teilnehmenden zur Aufklärungseinladung werden von der Albertinen-Akademie bearbeitet.

Teilnahme an Aufklärungsschulung

Nehmen die Teilnehmenden an der Schulung teil, werden die Daten der Teilnehmenden in eine Teilnehmerliste eingetragen. Bei Absagen erfolgen die Erfassung der Gründe für die Absage und der Hinweis auf eine nächste Einladung. Zu einem späteren Zeitpunkt wird eine neue Einladung an diese Teilnehmenden versendet.

Benötigte Daten/Materialien:

Erfassung der Gründe von Absagen in der Datenbank und Hinweis für den nächsten Kurs zur erneuten Einladung des Teilnehmenden.

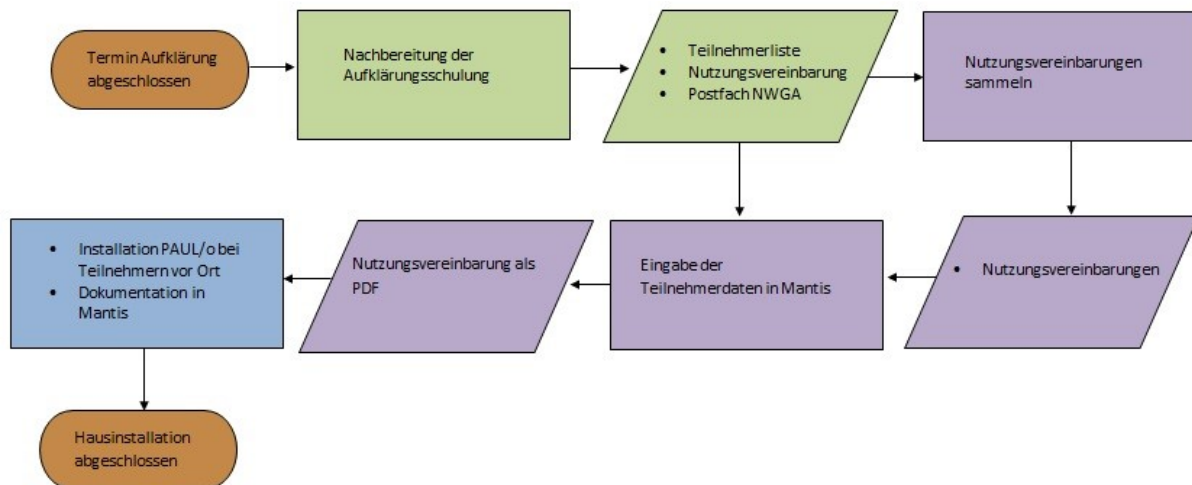
Referenten, Schulungsmaterial für die Teilnehmenden, die Nutzungsvereinbarung (Felder: Name, Adresse, Telefonnummer, Mobilnummer, Emailadresse, Krankenkasse) für PAUL/o inkl.

Rückumschläge (Postfach NWGA PAUL), Hinweisblatt für Angehörige zur Nutzung von CASA, Videotelefonie & Lebensbuch Designer, Teilnehmerliste

Schritt 2: Durchführung der Aufklärungsschulung – 1 Stunde

Der Aufklärungstermin findet statt und die Teilnehmer werden über PAUL/o aufgeklärt.

Einleitung der Hausinstallation (PAUL/o)



Schritt 1: Nachbearbeitung der Aufklärungsschulung

Nach dem Aufklärungstermin werden die Teilnehmerliste und bereits während der Aufklärungsschulung unterschriebenen Nutzungsvereinbarungen der Teilnehmenden von der Albertinen-Akademie in einem geschlossenen Umschlag über das Postfach NWGA PAUL in der Verwaltung Albertinen Haus weitergeleitet.

Benötigte Daten/Materialien:

Postfach NWGA PAUL, Teilnehmerliste, mit den Daten der Teilnehmenden (Name, Vorname, Krankenkasse, E-Mail-Adresse Unterschrift), die an der Aufklärungsschulung teilgenommen haben, von den Teilnehmenden unterschriebene Nutzungsvereinbarungen

Schritt 2: Nutzungsvereinbarungen sammeln

Weitere Nutzungsvereinbarungen, die von den Teilnehmenden per Post oder persönlich abgegeben werden, werden über das Postfach NWGA PAUL in der Verwaltung Albertinen Haus weitergeleitet.

Benötigte Daten/Materialien:

Unterschriebene Nutzungsvereinbarungen der Teilnehmenden

Schritt 3: Eingabe der Daten aus den Nutzervereinbarungen in Mantis

Für jeden Teilnehmenden wird von dem technischen Administrator ein neuer Benutzer in Mantis angelegt. Die Datensätze werden automatisch der Firma CIBEK zugewiesen. Die Nutzervereinbarungen werden gescannt und als PDF in der Fallmanagementsoftware CareCM in den jeweiligen Fallakten der Teilnehmenden hochgeladen. Anschließend werden die Nutzervereinbarungen der Teilnehmenden an die Koordinierende Stelle zur Ablage in der Fallakte weitergeleitet.

Benötigte Daten/Materialien:

Unterschriebene Nutzungsvereinbarungen der Teilnehmenden als PDF

Hausinstallation (PAUL/o)

CIBEK konfiguriert PAUL/o und schickt diese an QDS. QDS übernimmt die Bearbeitung der Tickets und koordiniert einen Installationstermin für PAUL/o per Telefon mit den Teilnehmern. Der PAUL/o wird von Technikern von QDS bei den Teilnehmern vor Ort installiert. In Mantis werden alle Arbeitsschritte bis zur erfolgreichen Hausinstallation dokumentiert.

Modul MCI / Demenz

Ausgang: Die Fallkonferenz in der Koordinierenden Stelle ist abgeschlossen und ein individueller Unterstützungsplan für den NWGA-Teilnehmer erstellt.

Modul Hilfe für Angehörige

Ausgang: Die Fallkonferenz in der Koordinierenden Stelle ist abgeschlossen und ein individueller Unterstützungsplan für den NWGA-Teilnehmer erstellt.

Modul Gesundheitskompetenz

Ausgang: Die Fallkonferenz in der Koordinierenden Stelle ist abgeschlossen und ein individueller Unterstützungsplan für den NWGA-Teilnehmer erstellt.

Übersicht Anschreiben NWGA

Nr.	Bezeichnung des Schreibens und Bestandteile	Dokumentname	Versand durch:	Zeitpunkt des Versand /Ausgabe:	Anmerkung
1	Initiales Anschreiben: <ul style="list-style-type: none"> ➤ „Anschreiben: Kurzfragbogen zur Verbesserung Ihrer Versorgung im Alter“ ➤ „Die wichtigsten Infos auf einen Blick“ ➤ „Einwilligungserklärung zur Verarbeitung Ihrer Daten am Albertinen-Haus“ 	1_Initiales Anschreiben durch Krankenkassen_Abgestimmt	Krankenkassen	Beginn d. Rekrutierung	
1a	Reminder-Schreiben: <ul style="list-style-type: none"> ➤ „Reminder-Schreiben: Kurzfragbogen zur Verbesserung Ihrer Versorgung im Alter“ ➤ „Die wichtigsten Infos auf einen Blick“ ➤ „Einwilligungserklärung zur Verarbeitung Ihrer Daten am Albertinen-Haus“ 	1a_Reminder Anschreiben durch Krankenkassen_Abgestimmt	Krankenkassen	So zügig wie möglich	für alle initial angeschriebenen Versicherten in den PLZ Gebieten 22457 + 22459
2	Informationsschreiben NWGA: <ul style="list-style-type: none"> ➤ „Anschreiben Information NWGA“ ➤ „Informationsflyer NWGA“ 	2_Anschreiben_NWGA Erstinformation_Abgestimmt 2a_Anlage_NWGA_Informationsflyer	Koordinierende Stelle Albertinen-Haus	Nach Auswertung des Kurzfragebogens	<i>ACHTUNG: Bei Interessenten ohne Telefonnummer dann gesondertes Schreiben</i>
3	Erst-Terminbestätigung: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Anschreiben Terminbestätigung Ersttermin ➤ Wegbeschreibung 	3_Anschreiben_NWGA Ersttermin_Abgestimmt	Koordinierende Stelle Albertinen-Haus	Nach Telefonat mit Einschlussfähigen Versicherten	<i>Noch zur finalen Abstimmung mit CHöfinghoff+UEichelhardt</i>
4	Zweit-Terminbestätigung <ul style="list-style-type: none"> ➤ Anschreiben Terminbestätigung Zweittermin ➤ Wegbeschreibung 	4_Anschreiben_NWGA Zweittermin_Arzt_Sport_Abgestimmt	Koordinierende Stelle Albertinen-Haus	Nach Einschluss in NWGA +Ersttermin NWGA	
5	Häufig gestellte Fragen - - NWGA <ul style="list-style-type: none"> ➤ „Informationsblatt NWGA – Antworten auf häufig gestellte Fragen“ 	5_NWGA Häufig gestellte Fragen_Abgestimmt	Koordinierende Stelle Albertinen-Haus	Ggf. Ausgabe im Ersttermin	<i>Im Nachgang zu Ersttermin, falls bzgl. Einwilligung noch unsicher</i>
6	Vertröster-Schreiben - - NWGA <ul style="list-style-type: none"> ➤ „Anschreiben Vertröster NWGA“ ➤ „Informationsflyer NWGA“ 	6_Anschreiben_NWGA_Vertröster	Koordinierende Stelle Albertinen-Haus	Rückstau der Bearbeitung der einschlussfähigen Versicherten > 1 Monat	<i>Hinweis auf längere Bearbeitungszeit</i>

Anlage 17: Beispiel Fallkonferenz-Sheet

Name XXX

Aufnahme

TOP

		Defizit	Ressource	Modul	Empfohlene Maßnahmen
Sozialassessment	mit EM im Eigenheim (barrierefrei); 1 Sohn		finanziell abgesichert		
Selbständigkeit zuhause	ja			5 d	Café PAUL
Gesellschaftliche Teilhabe	viele Termine außer Haus			2 a	will PAUL und Schulungen für Internet / Handy
Häusliche Versorgung	selbst			2 d	will häusliche Hilfsmittel (Toilettensitz, Griffe)
Mobilitätsassessment			macht regelmäßig Gymnastik u Tennis		
Belastbarkeit	oB				
Gleichgewicht	grenzw.				
Kraft	grenzw. red				
Sturzgefahr	erhöht, Sturzangst			1 h	ggf gezielte Physiotherapie für Balance oder Kraft
Medizinisches Assessment	rez. Schwindel u Stürze unkl. Genese				
Kognition	V.a. demenzielle Entwicklung		Pat hat selbst Gedächtnisstörung bemerkt		
Psyche	oB				
Bewegungsapparat	oB				
ZNS	PNP?			1 b	Abklärung Schwindel, Stürze und Kognition beim Neurologen, ggf HNO
Innere Organe	incompliant bezügl. RR-Medikation; C2-Abusus?			1 b	Abklärung Schwindel beim Kardiologen
Ziel der Maßnahmen:	1. Diagnostik u Therapie der Kognitionsstörung 2. Gangsicherheit, Sturzprophylaxe 3. Schulung Internet und Handy				

Anlage 18: Beispiel Follow-up Dokubogen

Follow-up Telefonat durchgeführt von: CH UE JA CB NH Andere: _____

NWGA Protokoll Follow-up Telefonat

1. Informationen NWGA Teilnehmer

PAT-ID:	Name:	Vorname:
----------------	--------------	-----------------

2. Follow-up Telefonat nach Zustellung des Empfehlungsbriefes

<input type="checkbox"/> 3 Monats-Follow-Up	<input type="checkbox"/> 6 Monats-Follow-Up	<input type="checkbox"/> 9 Monats-Follow-Up	<input checked="" type="checkbox"/> 12 Monats-Follow-Up
<input type="checkbox"/> 15 Monats-Follow-Up	<input type="checkbox"/> 18 Monats-Follow-Up	<input type="checkbox"/> 21 Monats-Follow-Up	<input type="checkbox"/> 24 Monats-Follow-Up

<input type="checkbox"/> NWGA Empfehlungsbrief verschickt am:	
<input type="checkbox"/> NWGA Empfehlungsbrief erhalten:	<input type="checkbox"/> nein, weil:
<input type="checkbox"/> NWGA Empfehlungsbrief wird nochmals zugeschickt und Follow-up Telefonat hierzu verschoben	
<input type="checkbox"/> NWGA Empfehlungsbrief erhalten	<input type="checkbox"/> Ja, weiter mit folgenden Angaben und den Empfehlungen auf den nächsten Seiten

3. Telefonat und aktuelle Informationen zu Wohnort und Pflegegrad (da wichtige NWGA Outcomes):

Datum Telefonat 1		<input type="checkbox"/> TN	<input type="checkbox"/> AH
Datum Telefonat 2:		<input type="checkbox"/> TN	<input type="checkbox"/> AH

Gesprächspartner:		
<input type="checkbox"/> Teilnehmer	<input type="checkbox"/> Ehepartner/Partner	<input type="checkbox"/> (juristischer) Betreuer
<input type="checkbox"/> Verwandter:		
<input type="checkbox"/> Andere Person:		

Adresse:	<input checked="" type="checkbox"/> unverändert	<input type="checkbox"/> neu, wenn neu, dann eintragen:
Straße:	PLZ:	Ort, Stadtteil

Abfrage des aktuellen Pflegegrades und Überprüfung, ob es eine Veränderung zum Eingangs-Assessment bzw. des letzten Follow-Ups gab		
<input type="checkbox"/> Keine Pflegegrad vorhanden	<input type="checkbox"/> Vorhandensein Pflegegrad unbekannt	
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1	<input type="checkbox"/> Neu, Bewill.-Datum:	<input type="checkbox"/> Höherstufung, Bewill.-Datum:
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 2	<input type="checkbox"/> Neu, Bewill.-Datum:	<input type="checkbox"/> Höherstufung, Bewill.-Datum:
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 3	<input type="checkbox"/> Neu, Bewill.-Datum:	<input type="checkbox"/> Höherstufung, Bewill.-Datum:
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 4	<input type="checkbox"/> Neu, Bewill.-Datum:	<input type="checkbox"/> Höherstufung, Bewill.-Datum:
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 5	<input type="checkbox"/> Neu, Bewill.-Datum:	<input type="checkbox"/> Höherstufung, Bewill.-Datum:

Umzug in ein Pflegeheim ?		
<input type="checkbox"/> Pflegeheim	Datum:	<input type="checkbox"/> unbekannt Name und Adresse:

4. Kein Gespräch bzw. Kontakt

Gespräch / Kontakt nicht zustande gekommen, weil:	
<input type="checkbox"/> Verstorben: _____ (Todesdatum bitte eintragen)	<input type="checkbox"/> Todesdatum unbekannt
<input type="checkbox"/> Kein Telefonanschluss/keine Telefonnummer angegeben	
<input type="checkbox"/> Telefonnummer nicht mehr vorhanden, keine aktuelle zu recherchieren	
<input type="checkbox"/> TN nicht mehr zu erreichen unter der angegebenen	<input type="checkbox"/> Adresse und/oder <input type="checkbox"/> Telefonnummer
<input type="checkbox"/> TN wohnt jetzt im Pflegeheim, keine Kontaktaufnahme möglich	
<input type="checkbox"/> Gesprächsverweigerung, legt gleich wieder auf	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

5 d	Café Paul
------------	------------------

<input type="checkbox"/> Nein , Maßnahme wurde (noch) nicht durchgeführt	<input type="checkbox"/> Ja , Maßnahme wurde _____ umgesetzt Datum eintragen:
Grund/Gründe hierfür (Mehrfachnennungen möglich)	Umsetzung erfolgte durch (Mehrfachnennungen möglich)
<input type="checkbox"/> Kein Interesse	<input type="checkbox"/> NWGA-Teilnehmer/Versicherten
<input type="checkbox"/> Keine Zeit	<input type="checkbox"/> Familie/Freunde/Bekannte
<input type="checkbox"/> Partner / Familie hat abgeraten	<input type="checkbox"/> Hausarzt
<input type="checkbox"/> Hausarzt / Facharzt hat abgeraten	<input type="checkbox"/> Facharzt
<input type="checkbox"/> Weg zu weit	<input type="checkbox"/> Andere Institution 1 im Gesundheitswesen, bitte benennen:
<input type="checkbox"/> Kosten zu hoch	<input type="checkbox"/> Andere Institution 2 im Gesundheitswesen, bitte benennen:
<input type="checkbox"/> Brief mit Empfehlungen hat zu lange gedauert	<input type="checkbox"/> Krankenkasse/Pflegekasse
<input type="checkbox"/> Empfehlungen entsprechen nicht den Erwartungen in das NWGA	<input type="checkbox"/> Therapeuten, bitte benennen
<input type="checkbox"/> Sonstiges, bitte benennen:	<input type="checkbox"/> Sonstiges, bitte benennen:

2 a	will PAUL und Schulungen für Internet / Handy
------------	--

<input type="checkbox"/> Nein , Maßnahme wurde (noch) nicht durchgeführt	<input type="checkbox"/> Ja , Maßnahme wurde _____ umgesetzt Datum eintragen:
Grund/Gründe hierfür (Mehrfachnennungen möglich)	Umsetzung erfolgte durch (Mehrfachnennungen möglich)
<input type="checkbox"/> Kein Interesse	<input type="checkbox"/> NWGA-Teilnehmer/Versicherten
<input type="checkbox"/> Keine Zeit	<input type="checkbox"/> Familie/Freunde/Bekannte
<input type="checkbox"/> Partner / Familie hat abgeraten	<input type="checkbox"/> Hausarzt
<input type="checkbox"/> Hausarzt / Facharzt hat abgeraten	<input type="checkbox"/> Facharzt
<input type="checkbox"/> Weg zu weit	<input type="checkbox"/> Andere Institution 1 im Gesundheitswesen, bitte benennen:
<input type="checkbox"/> Kosten zu hoch	<input type="checkbox"/> Andere Institution 2 im Gesundheitswesen, bitte benennen:
<input type="checkbox"/> Brief mit Empfehlungen hat zu lange gedauert	<input type="checkbox"/> Krankenkasse/Pflegekasse
<input type="checkbox"/> Empfehlungen entsprechen nicht den Erwartungen in das NWGA	<input type="checkbox"/> Therapeuten, bitte benennen
<input type="checkbox"/> Sonstiges, bitte benennen:	<input type="checkbox"/> Sonstiges, bitte benennen:

2 d	will häusliche Hilfsmittel (Toilettensitz, Griffe)
------------	---

<input type="checkbox"/> Nein , Maßnahme wurde (noch) nicht durchgeführt	<input type="checkbox"/> Ja , Maßnahme wurde _____ umgesetzt <i>Datum eintragen:</i>
Grund/Gründe hierfür (Mehrfachnennungen möglich)	Umsetzung erfolgte durch (Mehrfachnennungen möglich)
<input type="checkbox"/> Kein Interesse	<input type="checkbox"/> NWGA-Teilnehmer/Versicherten
<input type="checkbox"/> Keine Zeit	<input type="checkbox"/> Familie/Freunde/Bekannte
<input type="checkbox"/> Partner / Familie hat abgeraten	<input type="checkbox"/> Hausarzt
<input type="checkbox"/> Hausarzt / Facharzt hat abgeraten	<input type="checkbox"/> Facharzt
<input type="checkbox"/> Weg zu weit	<input type="checkbox"/> Andere Institution 1 im Gesundheitswesen, bitte benennen:
<input type="checkbox"/> Kosten zu hoch	<input type="checkbox"/> Andere Institution 2 im Gesundheitswesen, bitte benennen:
<input type="checkbox"/> Brief mit Empfehlungen hat zu lange gedauert	<input type="checkbox"/> Krankenkasse/Pflegekasse
<input type="checkbox"/> Empfehlungen entsprechen nicht den Erwartungen in das NWGA	<input type="checkbox"/> Therapeuten, bitte benennen
<input type="checkbox"/> Sonstiges, bitte benennen:	<input type="checkbox"/> Sonstiges, bitte benennen:

1 h	ggf gezielte Physiotherapie für Balance oder Kraft
------------	---

<input checked="" type="checkbox"/> Nein , Maßnahme wurde (noch) nicht durchgeführt	<input type="checkbox"/> Ja , Maßnahme wurde _____ umgesetzt <i>Datum eintragen:</i>
Grund/Gründe hierfür (Mehrfachnennungen möglich)	Umsetzung erfolgte durch (Mehrfachnennungen möglich)
<input type="checkbox"/> Kein Interesse	<input type="checkbox"/> NWGA-Teilnehmer/Versicherten
<input type="checkbox"/> Keine Zeit	<input type="checkbox"/> Familie/Freunde/Bekannte
<input type="checkbox"/> Partner / Familie hat abgeraten	<input type="checkbox"/> Hausarzt
<input type="checkbox"/> Hausarzt / Facharzt hat abgeraten	<input type="checkbox"/> Facharzt
<input type="checkbox"/> Weg zu weit	<input type="checkbox"/> Andere Institution 1 im Gesundheitswesen, bitte benennen:
<input type="checkbox"/> Kosten zu hoch	<input type="checkbox"/> Andere Institution 2 im Gesundheitswesen, bitte benennen:
<input type="checkbox"/> Brief mit Empfehlungen hat zu lange gedauert	<input type="checkbox"/> Krankenkasse/Pflegekasse
<input type="checkbox"/> Empfehlungen entsprechen nicht den Erwartungen in das NWGA	<input type="checkbox"/> Therapeuten, bitte benennen
<input type="checkbox"/> Sonstiges, bitte benennen:	<input type="checkbox"/> Sonstiges, bitte benennen:

1 b	Abklärung Schwindel, Stürze und Kognition beim Neurologen, ggf HNO
------------	---

<input checked="" type="checkbox"/> Nein , Maßnahme wurde (noch) nicht durchgeführt	<input type="checkbox"/> Ja , Maßnahme wurde _____ umgesetzt <i>Datum eintragen:</i>
Grund/Gründe hierfür (Mehrfachnennungen möglich)	Umsetzung erfolgte durch (Mehrfachnennungen möglich)
<input type="checkbox"/> Kein Interesse	<input type="checkbox"/> NWGA-Teilnehmer/Versicherten
<input type="checkbox"/> Keine Zeit	<input type="checkbox"/> Familie/Freunde/Bekannte
<input type="checkbox"/> Partner / Familie hat abgeraten	<input type="checkbox"/> Hausarzt
<input type="checkbox"/> Hausarzt / Facharzt hat abgeraten	<input type="checkbox"/> Facharzt
<input type="checkbox"/> Weg zu weit	<input type="checkbox"/> Andere Institution 1 im Gesundheitswesen, bitte benennen:
<input type="checkbox"/> Kosten zu hoch	<input type="checkbox"/> Andere Institution 2 im Gesundheitswesen, bitte benennen:
<input type="checkbox"/> Brief mit Empfehlungen hat zu lange gedauert	<input type="checkbox"/> Krankenkasse/Pflegekasse
<input type="checkbox"/> Empfehlungen entsprechen nicht den Erwartungen in das NWGA	<input type="checkbox"/> Therapeuten, bitte benennen
<input type="checkbox"/> Sonstiges, bitte benennen:	<input type="checkbox"/> Sonstiges, bitte benennen:

1 b	Abklärung Schwindel beim Kardiologen
------------	---

<input type="checkbox"/> Nein , Maßnahme wurde (noch) nicht durchgeführt	<input type="checkbox"/> Ja , Maßnahme wurde _____ umgesetzt <i>Datum eintragen:</i>
Grund/Gründe hierfür (Mehrfachnennungen möglich)	Umsetzung erfolgte durch (Mehrfachnennungen möglich)
<input type="checkbox"/> Kein Interesse	<input type="checkbox"/> NWGA-Teilnehmer/Versicherten
<input type="checkbox"/> Keine Zeit	<input type="checkbox"/> Familie/Freunde/Bekannte
<input type="checkbox"/> Partner / Familie hat abgeraten	<input type="checkbox"/> Hausarzt
<input type="checkbox"/> Hausarzt / Facharzt hat abgeraten	<input type="checkbox"/> Facharzt
<input type="checkbox"/> Weg zu weit	<input type="checkbox"/> Andere Institution 1 im Gesundheitswesen, bitte benennen:
<input type="checkbox"/> Kosten zu hoch	<input type="checkbox"/> Andere Institution 2 im Gesundheitswesen, bitte benennen:
<input type="checkbox"/> Brief mit Empfehlungen hat zu lange gedauert	<input type="checkbox"/> Krankenkasse/Pflegekasse
<input type="checkbox"/> Empfehlungen entsprechen nicht den Erwartungen in das NWGA	<input type="checkbox"/> Therapeuten, bitte benennen
<input type="checkbox"/> Sonstiges, bitte benennen:	<input type="checkbox"/> Sonstiges, bitte benennen:

Bemerkungen / Sonstige Maßnahmen empfohlen / getroffene Vereinbarungen:

Anmerkungen zum Thema PAUL (wenn spontan genannt von Versicherten):

Neues Problemfeld wurde im Follow-up Telefonat identifiziert und Veranlassung hierzu:

Themenschwerpunkt dieses Follow-up Telefonats:

5. Aussteiger/Beendigung Teilnahme in diesem Follow-up Telefonat mitgeteilt

<input type="checkbox"/> Ausstieg	Datum letzter Kontakt:	
-----------------------------------	------------------------	--

Ausstiegsgründe bitte über Extra-Formular „NWGA-Ablehnungsgründe“ separat erfassen

Anlage 19: Beispiel Patientenbrief

Albertinen-Haus Sellhopsweg 18-22 22457 Hamburg

Frau
NN

Hamburg

**Koordinierende Stelle
NetzWerk GesundAktiv**

Albertinen-Krankenhaus / Albertinen-Haus
gemeinnützige GmbH

Tel. 0 40 55 81-4481

nwga@albertinen.de

www.albertinen.de



Hamburg, 03.05.2021

Sehr geehrter Frau NN,

wir bedanken uns für Ihre Teilnahme im NetzWerk GesundAktiv und berichten von den Ergebnissen Ihrer Untersuchungen in der Johanna und Fritz Buch Ambulanz.

Diagnosen:

- Zunehmende Sarkopenie (Muskelschwäche) bei
- Chronischen Rückenschmerzen,
- Verdacht auf Schulterarthrose rechts und
- Z.n. Karpaltunnel-OP und Heberden-Arthrosen beider Hände
- Mamma-Ca ED 2001 mit
- Z.n. Radiatio bei pulmonalen Metastasen 2017
- Art. Hypertonie
- Z.n. Beckenboden-OP

Risikofaktoren für zunehmende funktionelle Einschränkungen:

- Zunehmende Sarkopenie (Muskelschwäche)
- Einschränkung der Handfunktionen bei Z.n. Karpaltunnel-OP und Heberden-Arthrose

Ergebnisse der Untersuchungen

Sie sind vor einigen Jahren nach Hamburg gezogen, um in der Nähe Ihrer Kinder zu leben. Ihre neue Wohnung ist weitestgehend barrierefrei und Sie fühlen sich dort sehr wohl.













Kürzlich haben Sie eine Karpaltunnel - Operation der linken Hand gut überstanden. Sie bemerkten jedoch, dass es ohne Unterstützung für Sie im Haushalt manchmal anstrengend war.

Dies liegt unter anderem daran, dass Ihre Muskelmasse insgesamt abgenommen hat. Bein- und Handkraft sowie Gleichgewicht sind dadurch eingeschränkt und Ihre Belastbarkeit ist leicht reduziert. Ihre Sturzgefahr ist durch diese Veränderungen erhöht. Auffällig war zusätzlich eine Schwäche der Muskulatur, die den Rücken aufrecht hält. Dies ist einer der Gründe dafür, dass Sie nicht mehr ohne Ihren Rollator gehen mögen. Zusätzlich ist die Beweglichkeit der rechten Schulter am ehesten aufgrund einer Arthrose eingeschränkt.





Die Untersuchung der Hirnfunktionen und der psychischen Stabilität zeigte gute Befunde.

Sie sind mit Ihrem Rollator jedoch noch weitestgehend selbständig mobil und machen täglich gymnastische Übungen zuhause. Wir möchten Sie ermutigen weiterhin so aktiv wie möglich zu

bleiben und hoffen ein paar passende Bewegungsangebote für Sie zu finden. Auch haben Sie Interesse an unserem Tablet „Paul“ gezeigt. Bei der Nutzung unterstützen wir Sie gerne.

	Kraft
	Gleichgewicht
	Belastbarkeit
	Sturzgefahr
	Schmerzen
	Gewicht
	Ernährung
	Gedächtnis
	Seelische Stabilität
	Soziales Umfeld
	Wohnbarrieren
	Pflegebedarf

Legende:

-  Bisher keine Auffälligkeiten
-  Leichte Auffälligkeiten
-  Mittlere Auffälligkeiten
-  Starke Auffälligkeiten

Zusammenfassend empfehlen wir:

- 1) Untersuchung der Schultergelenke bei Verdacht auf eine Arthrose
- 2) Krankengymnastik zum Erhalt der Schulterfunktion, für die aufrichtende Rückenmuskulatur und zum Erhalt der selbständigen Mobilität
- 3) Perspektivisch ambulante Behandlung in einer geriatrischen Tagesklinik; alternativ ein wohnortnahes Bewegungsangebot
- 4) Cafe Paul

Mit freundlichen Grüßen

Chefarzt

Oberärztin

Fallmanagerin

Physiotherapeutin

Anlage 20: Beispiel Arztbrief

Albertinen-Haus Sellhopsweg 18-22 22457 Hamburg

Frau
Dr. med.
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Hamburg

Koordinierende Stelle NetzWerk GesundAktiv

Albertinen-Krankenhaus / Albertinen-Haus
gemeinnützige GmbH

Tel. 0 40 55 81-4481
nwga@albertinen.de
www.albertinen.de



Hamburg, 03.05.2021

Sehr geehrte Frau Kollegin,

wir berichten von den Untersuchungsergebnissen Ihrer Patientin NN, die sich im Rahmen des Netzwerks Gesund Aktiv in der Johanna und Fritz Buch Ambulanz vorstellte.

Diagnosen:

- Progrediente Sarkopenie bei
- Degenerativem LWS-Syndrom,
- V.a. Omarthrose rechts und
- Z.n. Karpaltunnel-OP und Heberden-Arthrose beider Hände
- Mamma-Ca ED 2001 mit Z.n. Radiatio bei pulmonalen Metastasen 2017
- Art. Hypertonie
- Z.n Beckenboden-OP

Risikofaktoren für zunehmende funktionelle Einschränkungen:

- Progrediente Sarkopenie
- Einschränkung der Handfunktionen bei Z.n. Karpaltunnel-OP und Heberden-Arthrose bds

Anamnese:

Frau NN ist verwitwet und lebt alleine in einer barrierefreien Privatwohnung. Sie ist vor einigen Jahren nach Hamburg gezogen, um in der Nähe ihrer Kinder zu sein. Die Patientin ist selbständig mit öffentlichen Verkehrsmitteln mobil; dabei ist sie jedoch auf ihren Rollator angewiesen. Bisher besteht kein Pflegegrad.

Ergebnisse der Untersuchungen

Auffällig war eine Schwäche der aufrichtenden Rückenmuskulatur, welches einer der Gründe dafür ist, dass die Patientin nicht mehr ohne ihren Rollator gehen möchte. Die Beweglichkeit der rechten Schulter ist eingeschränkt. Das Gangbild war am Rollator auf kurzer Strecke ausreichend sicher. Ein Abtrainieren des Hilfsmittels durch Krankengymnastik hält Frau NN aufgrund ihres hohen Alters nicht mehr für möglich. Muskelmasse, Hand- und Beinkraft sind reduziert; die Belastbarkeit ist leicht eingeschränkt. Das Gleichgewicht ist ohne Rollator eingeschränkt und die Sturzgefahr ist dadurch erhöht.

Die Diagnostik der Hirnfunktionen und der psychischen Stabilität zeigten gute Befunde.

Die Patientin wünscht sich mehr Kontakte und ist auch am Erlernen digitaler Kommunikationsmethoden interessiert. Zusätzlich könnte sie sich vorstellen ihre körperlichen Einschränkungen kompakt und multi-modal in einer geriatrischen Tagesklinik behandeln zu lassen.

Zusammenfassend empfehlen wir:

- 1) Abklärung des V.a. Omarthrose rechts
- 2) KG zum Erhalt der Schulterfunktion, für die aufrichtende Rückenmuskulatur und zum Erhalt der selbständigen Mobilität
- 3) Im Verlauf ggf. multimodale Behandlung der körperlichen Einschränkungen in einer geriatrischen Tagesklinik
- 4) Digitale Kontaktangebote (z.B. Cafe Paul des NWGA)

Mit freundlichen Grüßen

Chefarzt

Oberärztin

Fallmanagerin

Physiotherapeutin

Anhang: Befundtabelle

Instrument (Abkürzung)	Referenzwerte	Befund/ Interpretation
Sozialassessment		
Selbsteinschätzung Gesundheit	1 – 4 (ausgezeichnet – schlecht)	3
Aktueller Hilfsmittelbedarf		Rollator, Haltegriff im Bad
Familiäre Situation	Partner/ Kinder /hilfsbed. Partner / allein	Kinder, wohnt allein
Kontakte	ausreichend Kontakte / wenig Kontakte	wenig
Wohnung / Haus	adäquat/ Zugang oder Bad nicht barrierefrei	barrierefrei
Pflegebedarf	kein Bedarf / Hilfsbedarf	aktuell kein
Pflegegrad	kein 1 / 2/ 3/ 4/ 5	ggf. beantragen
Medizinisches Assessment		
Kognition		
DEMTect	Norm: 13-18 Pkt. ≤ 8 Pkt. Demenzverdacht	15
Uhrentest nach Shulman	Pkt. 1 – 6; ≥3 pathologisch	2
Psychische Verfassung		
Patient Health Questionnaire (PHQ-D)	Depression oder Angststörung?	1 Pkt (oB)
Schmerzerfassung		
Numerische Ratingskala (NRS)	0-10 (kein –schlimmster Schmerz)	0
6-point Behavioral Rating Scale (BRS-6)	0-5 (kein-stets)	0
Ernährung		
Mini Nutritional Assessment - Kurz	≤11 Risiko; ≤ 7 Mangelernährung	14
Body Mass Index (BMI)	Normalgewicht 22-27 kg/m ²	27,4
Hör- und Sehvermögen		
orientierende Sehprobe		nd
orientierende Hörprobe		nd
Funktionstests		
Gleichgewicht		
Schluss-Stand perfekt* (ES)	≥ 10 Sek	oB
Semi-Tandemstand* (Semi)	≥ 10 Sek	oB
Tandemstand* (Tandem)	≥ 10 Sek	9,3 Sek
Blind-Stand (BS)	≥ 10 Sek	nicht mögl.
Soft-Stand (SS)	≥ 10 Sek	oB
Soft-Blind-Stand (SBS)	≥ 10 Sek	nicht versucht
Schellong-Test (Kurztest)	positiv / negativ	
Muskelkraft		
Handkraft dominante Hand	♀ > 40 kPa, ♂ >60 kPa	10kPA
Stuhl-Aufsteh-Test* (Chair stands)	≤ 11 Sek	23 Sek
Bioimpedanzanalyse (BIA) mit Berechnung des Skelettmuskelmassenindex (SMI)	♀ ≥6,76 kg/m ² ; beg. Sarkop. 5,76–6,75 kg/m ² ; ausgeprägt ≤5,75 kg/m ²	6,35 kg/m ²
Belastbarkeit		
Gait speed test* (4-m-walk)	≤ 4,82 Sek	8,3 Sek
NYHA-Grad	1-4	3
Ganganalyse		
Timed up and go (TUG)	< 10 Sek	
SPPB-score	Norm:10-12 Pkt	9
Ganganalyse mit Gaitrite®		nd
Sturzgefahr	nicht / leicht / mittel / deutlich erhöht	erhöht

Anlage 21: NWGA-Befragung T0-T1-T2

Fragebogen zum Zeitpunkt T0

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Sehr geehrte Teilnehmerin,
sehr geehrter Teilnehmer,

der vorliegende Fragebogen gliedert sich in vier Teile:

- Teil A: Sozio-demografische Angaben
- Teil B: Einstufung Pflegegrad
- Teil C: LUCAS Funktions-Index
- Teil D: gesundheitsbezogene Lebensqualität

Füllen Sie bitte zunächst die Fragen in Teil A und B aus. Wenn Sie aktuell von Ihrer Pflegekasse keine Einstufung in einen Pflegegrad haben, füllen Sie bitte auch Teil C aus. Wurden Sie bereits von Ihrer Pflegekasse in einen Pflegegrad eingestuft, überspringen Sie bitte Teil C und füllen noch Teil D aus.

Bitte beantworten Sie die Fragen, indem Sie das zutreffende Feld mit einem Kreuz (X) markieren oder die Antwort an die durch einen Strich (_____) gekennzeichnete Stelle schreiben.

Die Bearbeitungszeit beträgt ca. 10-15 Minuten.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Teil A: Sozio-demografische Angaben

1) Geburtsjahr: _____

2) Geschlecht?

0 männlich 1 weiblich

3) Familienstand

0 verheiratet/feste Partnerschaft 1 alleinstehend/geschieden/verwitwet

4) Wohnsituation

4a) In meinem Haushalt

- 0 lebe ich alleine - weiter mit Frage 5)
- 1 leben wir zu zweit - weiter mit Frage 4b)
- 2 leben wir zu dritt - weiter mit Frage 4b)
- 3 leben wir mit vier oder mehr Personen - weiter mit Frage 4b)

4b) In meinem Haushalt lebe ich mit (Mehrfachnennungen möglich)

- 0 Lebens- oder Ehepartner/in
- 1 Kind/ern
- 2 sonstigem/n Verwandten
- 3 sonstiger/n Person/en

5) Ihr Internetzugang

5a) Haben Sie die Möglichkeit, in Ihrer Wohnung/Ihrem Haus das Internet zu nutzen?

0 Ja - weiter mit 5b) 1 Nein - weiter mit 5c)

5b) Falls ja, dann...

- 0 ... habe ich ausschließlich die Möglichkeit, meinen Computer/meinen Laptop mit Hilfe eines Kabels zu verbinden
- 1 ... kann ich auch meinen Computer/meinen Laptop ohne Kabel (per WLAN) mit dem Internet verbinden

5c) Falls nein, ...

- 0 ... möchte ich auch in Zukunft keinen Internetanschluss besitzen
- 1 ... würde ich mir einen Internetanschluss einrichten und lasse mich gern dabei unterstützen

Teil B: Einstufung Pflegegrad

1) Pflegegrad

1a) Sind Sie nach Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) in einen Pflegegrad (ehemals Pflegestufe) eingestuft?

- 0 Nein, brauche ich nicht
- 1 Nein, noch nicht, aber der Antrag ist geplant, gestellt oder wurde abgelehnt
- 2 Ja, ich habe einen Pflegegrad - weiter mit Frage 1b)

1b) Ich habe folgenden Pflegegrad:

- 0 Pflegegrad 1 seit ... (Datum der Bewilligung)
- 1 Pflegegrad 2 seit ... (Datum der Bewilligung)
- 2 Pflegegrad 3 seit ... (Datum der Bewilligung)
- 3 Pflegegrad 4 seit ... (Datum der Bewilligung)
- 4 Pflegegrad 5 seit ... (Datum der Bewilligung)

Sollten Sie bisher in keinen Pflegegrad eingestuft sein, dann füllen Sie bitte noch den nachfolgenden Teil C aus. Wurden Sie bereits in einen Pflegegrad eingestuft, überspringen Sie bitte Teil C und füllen nur noch Teil D aus.

Teil C: LUCAS Funktions-Index

1) Haben Sie in den letzten sechs Monaten unbeabsichtigt 5 kg oder mehr abgenommen?

₀ Nein ₁ Ja

Bei den folgenden Tätigkeiten möchten wir wissen, ob Sie aus gesundheitlichen oder körperlichen Gründen regelmäßig oder ständig die Art und Weise ihrer Verrichtung geändert haben.

Haben Sie in den letzten 12 Monaten aus gesundheitlichen oder körperlichen Gründen die Art und Weise geändert, mit der Sie

2) ...einen Kilometer zu Fuß gehen?

z. B. Sie gehen seit dem letzten Jahr langsamer oder vorsichtiger, haben Ihre Haltung oder Ihren Schritt verändert, verwenden seit dem letzten Jahr neu einen Stock oder andere Gehhilfen oder legen häufiger Ruhepausen ein als vorher.

₀ Nein ₁ Ja

3) ...10 Treppenstufen steigen?

z. B. Sie steigen seit dem letzten Jahr langsamer oder vorsichtiger, haben Ihren Schritt oder Ihre Gehweise verändert, legen häufiger Ruhepausen ein oder benutzen in den letzten 12 Monaten häufiger das Geländer.

₀ Nein ₁ Ja

4) ...in ein Auto, in einen Bus oder in einen Zug ein- oder aussteigen?

z. B. Sie stützen sich in den letzten 12 Monaten vermehrt mit den Händen ab oder ziehen sich mit den Armen hoch, Sie nehmen sich mehr Zeit oder lassen sich neu seit dem letzten Jahr von anderen helfen.

₀ Nein ₁ Ja

5) An wie vielen Tagen der letzten Woche waren Sie aus irgendeinem Grund zu Fuß außerhalb Ihrer Wohnung unterwegs wie z.B. zum Spazieren, Einkaufen, für Besuche oder andere Tätigkeiten?

- ₀ Nie
- ₁ 1-2 Tage pro Woche
- ₂ 3-4 Tage pro Woche
- ₃ 5-7 Tage pro Woche

6) Sind Sie im Laufe der letzten 12 Monate jemals hingefallen?

- ₀ Nein
- ₁ Ja

7) Geben Sie bitte an, ob Sie in der Lage sind, die folgende Tätigkeit auszuüben. Unterscheiden Sie dabei bitte, ob Sie völlig selbständig sind oder ob Sie Schwierigkeiten haben, ein Hilfsmittel oder eine Hilfsperson benötigen.

Etwa 500 Meter zu Fuß gehen

- ₁ Selbständig ohne Schwierigkeiten
- ₂ Selbständig aber mit Schwierigkeiten
- ₃ Möglich aber nur mit Hilfsmittel
- ₄ Möglich aber nur mit Hilfsperson
- ₅ Nicht möglich (stark gehbehindert oder Rollstuhlfahrer)

8) An wie vielen Tagen der letzten Woche haben Sie mäßig anstrengenden Sport getrieben wie z.B. *Gymnastik (auch Wassergymnastik), Freizeitschwimmen, Tanzen, Wandern, Radfahren zum Einkaufen oder zum Vergnügen oder ähnliches?*

- ₀ Nie
- ₁ 1-2 Tage pro Woche
- ₂ 3-4 Tage pro Woche
- ₃ 5-7 Tage pro Woche

9) An wie vielen Tagen der letzten Woche haben Sie stark anstrengenden Sport getrieben wie z.B. *Joggen, Sportschwimmen, Radfahren (als Sport oder auf Hometrainer), Tennis, Aerobic, Ballsport, Skifahren (Alpin und Langlauf) oder ähnliches?*

- ₀ Nie
- ₁ 1-2 Tage pro Woche
- ₂ 3-4 Tage pro Woche
- ₃ 5-7 Tage pro Woche

10) Leisten Sie zurzeit ehrenamtliche Arbeit (freiwilliges bürgerschaftliches Engagement)?

- ₀ Nein
- ₁ Ja, Teilzeit
- ₂ Ja, Vollzeit

11) Schränken Sie gewisse Tätigkeiten ein, weil Sie Angst haben, hinzufallen?

0 Nein

1 Ja

[Platzhalter Pseudonym]

Teil D: gesundheitsbezogene Lebensqualität

Für die Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde der Fragebogen SF-36v2 genutzt. Dieser ist urheberrechtlich geschützt und kann daher an dieser Stelle nicht veröffentlicht werden.

**Sind alle Seiten und Fragen vollständig beantwortet?
Herzlichen Dank!**

**Bitte senden Sie die Fragebögen im beiliegenden Rückumschlag nun zurück an die
Universität Bielefeld**

Das Porto haben wir bereits für Sie gezahlt.

Fragebogen zum Zeitpunkt T1/T2

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Sehr geehrte Teilnehmerin,
sehr geehrter Teilnehmer,

der vorliegende Fragebogen gliedert sich in drei Teile:

- Teil A: Einstufung Pflegegrad
- Teil B: LUCAS Funktions-Index
- Teil C: gesundheitsbezogene Lebensqualität

Füllen Sie bitte zunächst die Fragen in Teil A aus. Wenn Sie aktuell von Ihrer Pflegekasse keine Einstufung in einen Pflegegrad haben, füllen Sie bitte auch Teil B aus. Wurden Sie bereits von Ihrer Pflegekasse in einen Pflegegrad eingestuft, überspringen Sie bitte Teil B und füllen noch Teil C aus.

Bitte beantworten Sie die Fragen, indem Sie das zutreffende Feld mit einem Kreuz (X) markieren oder die Antwort an die durch einen Strich (_____) gekennzeichnete Stelle schreiben.

Die Bearbeitungszeit beträgt ca. 10-15 Minuten.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Teil A: Einstufung Pflegegrad

1) Pflegegrad

1a) Sind Sie nach Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) in einen Pflegegrad (ehemals Pflegestufe) eingestuft?

- 0 Nein, brauche ich nicht
- 1 Nein, noch nicht, aber der Antrag ist geplant, gestellt oder wurde abgelehnt
- 2 Ja, ich habe einen Pflegegrad - weiter mit Frage 1b)

1b) Ich habe folgenden Pflegegrad:

- 0 Pflegegrad 1 seit ____ . ____ . ____ ____ (Datum der Bewilligung)
- 1 Pflegegrad 2 seit ____ . ____ . ____ ____ (Datum der Bewilligung)
- 2 Pflegegrad 3 seit ____ . ____ . ____ ____ (Datum der Bewilligung)
- 3 Pflegegrad 4 seit ____ . ____ . ____ ____ (Datum der Bewilligung)
- 4 Pflegegrad 5 seit ____ . ____ . ____ ____ (Datum der Bewilligung)

Sollten Sie bisher in keinen Pflegegrad eingestuft sein, dann füllen Sie bitte noch den nachfolgenden Teil B aus. Wurden Sie bereits in einen Pflegegrad eingestuft, überspringen Sie bitte Teil B und füllen nur noch Teil C aus.

Teil B: LUCAS Funktions-Index

12) Haben Sie in den letzten sechs Monaten unbeabsichtigt 5 kg oder mehr abgenommen?

0 Nein 1 Ja

Bei den folgenden Tätigkeiten möchten wir wissen, ob Sie aus gesundheitlichen oder körperlichen Gründen regelmäßig oder ständig die Art und Weise ihrer Verrichtung geändert haben.

Haben Sie in den letzten 12 Monaten aus gesundheitlichen oder körperlichen Gründen die Art und Weise geändert, mit der Sie

13) ...einen Kilometer zu Fuß gehen?
z. B. Sie gehen seit dem letzten Jahr langsamer oder vorsichtiger, haben Ihre Haltung oder Ihren Schritt verändert, verwenden seit dem letzten Jahr neu einen Stock oder andere Gehhilfen oder legen häufiger Ruhepausen ein als vorher.

0 Nein 1 Ja

14) ...10 Treppenstufen steigen?
z. B. Sie steigen seit dem letzten Jahr langsamer oder vorsichtiger, haben Ihren Schritt oder Ihre Gehweise verändert, legen häufiger Ruhepausen ein oder benutzen in den letzten 12 Monaten häufiger das Geländer.

0 Nein 1 Ja

15) ...in ein Auto, in einen Bus oder in einen Zug ein- oder aussteigen?
z. B. Sie stützen sich in den letzten 12 Monaten vermehrt mit den Händen ab oder ziehen sich mit den Armen hoch, Sie nehmen sich mehr Zeit oder lassen sich neu seit dem letzten Jahr von anderen helfen.

0 Nein 1 Ja

16) An wie vielen Tagen der letzten Woche waren Sie aus irgendeinem Grund zu Fuß außerhalb Ihrer Wohnung unterwegs wie z.B. zum Spazieren, Einkaufen, für Besuche oder andere Tätigkeiten?

- 0 Nie
- 1 1-2 Tage pro Woche
- 2 3-4 Tage pro Woche
- 3 5-7 Tage pro Woche

17) Sind Sie im Laufe der letzten 12 Monate jemals hingefallen?

- 0 Nein
- 1 Ja

18) Geben Sie bitte an, ob Sie in der Lage sind, die folgende Tätigkeit auszuüben. Unterscheiden Sie dabei bitte, ob Sie völlig selbständig sind oder ob Sie Schwierigkeiten haben, ein Hilfsmittel oder eine Hilfsperson benötigen.

Etwa 500 Meter zu Fuß gehen

- 1 Selbständig ohne Schwierigkeiten
- 2 Selbständig aber mit Schwierigkeiten
- 3 Möglich aber nur mit Hilfsmittel
- 4 Möglich aber nur mit Hilfsperson
- 5 Nicht möglich (stark gehbehindert oder Rollstuhlfahrer)

19) An wie vielen Tagen der letzten Woche haben Sie mäßig anstrengenden Sport getrieben wie z.B. Gymnastik (auch Wassergymnastik), Freizeitschwimmen, Tanzen, Wandern, Radfahren zum Einkaufen oder zum Vergnügen oder ähnliches?

- 0 Nie
- 1 1-2 Tage pro Woche
- 2 3-4 Tage pro Woche
- 3 5-7 Tage pro Woche

20) An wie vielen Tagen der letzten Woche haben Sie stark anstrengenden Sport getrieben wie z.B. Joggen, Sportschwimmen, Radfahren (als Sport oder auf Hometrainer), Tennis, Aerobic, Ballsport, Skifahren (Alpin und Langlauf) oder ähnliches?

- 0 Nie
- 1 1-2 Tage pro Woche
- 2 3-4 Tage pro Woche
- 3 5-7 Tage pro Woche

21) Leisten Sie zurzeit ehrenamtliche Arbeit (freiwilliges bürgerschaftliches Engagement)?

- 0 Nein
- 1 Ja, Teilzeit
- 2 Ja, Vollzeit

22) Schränken Sie gewisse Tätigkeiten ein, weil Sie Angst haben, hinzufallen?

- 0 Nein
- 1 Ja

[Platzhalter Pseudonym]

Teil D: gesundheitsbezogene Lebensqualität

Für die Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde der Fragebogen SF-36v2 genutzt. Dieser ist urheberrechtlich geschützt und kann daher an dieser Stelle nicht veröffentlicht werden.

**Sind alle Seiten und Fragen vollständig beantwortet?
Herzlichen Dank!**

**Bitte senden Sie die Fragebögen im beiliegenden Rückumschlag nun zurück an die
Universität Bielefeld**

Das Porto haben wir bereits für Sie gezahlt.



VERSICHERTENINFORMATION ZUR TEILNAHMEERKLÄRUNG FÜR DAS "NetzWerk GesundAktiv (NWGA)"

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

wir freuen uns, dass Sie sich für eine Teilnahme am Versorgungsmodell **NetzWerk GesundAktiv (NWGA)** interessieren. Das NWGA ist ein Angebot der "Besonderen Versorgung" Ihrer Krankenkasse (TK, DAK-Gesundheit, BARMER oder KNAPPSCHAFT) in Kooperation mit der Albertinen-Krankenhaus/Albertinen-Haus gGmbH und dem Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. Das Versorgungsangebot wird zudem von der Forschungsabteilung für Klinische Geriatrie am Albertinen-Haus sowie von der Universität Bielefeld wissenschaftlich begleitet.

In den vorliegenden Versicherteninformationen erläutern wir Ihnen alles, was Sie über den Ablauf der Versorgung und der wissenschaftlichen Begleitforschung wissen müssen. **Bitte beachten Sie:** Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung erklären Sie Ihre Einwilligung mit den in diesem Dokument dargestellten Abläufen und Maßnahmen, insbesondere den erläuterten Datenerhebungen.

Lesen Sie sich daher diese Versicherteninformationen gründlich durch, bevor Sie die Teilnahmeerklärung und Einwilligung zur Datenverarbeitung für das NetzWerk GesundAktiv unterschreiben. In Kapitel 1 werden die Abläufe der Versorgung und der wissenschaftlichen Begleitforschung beschrieben. In Kapitel 2 erläutern wir, wie dabei Ihre Daten geschützt werden.

1. ABLAUF DER VERSORGUNG UND DER WISSENSCHAFTLICHEN BEGLEITFORSCHUNG

1.1 ZIELE

Das NWGA ist ein sektorenübergreifendes Hilfs- und Betreuungsnetzwerk in Ihrem Stadtteil, das unter Einbeziehung medizinisch-geriatriischer Kompetenzen sowie digitaler Lösungen Antworten auf die demografischen Herausforderungen liefern möchte. Ziel des NWGA ist es, Ihnen auch im hohen Alter möglichst lange ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung zu ermöglichen.

1.2 FÖRDERUNG DURCH DEN INNOVATIONSFONDS

Das NWGA wird vom sogenannten Innovationsfonds, angesiedelt beim Gemeinsamen Bundesausschuss¹, nach § 92a Abs. 1 SGB V gefördert. Der Innovationsfonds fördert neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen. Übergeordnetes Ziel des Innovationsfonds ist eine qualitative Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland. Die Förderung des NWGA läuft über vier Jahre und endet am 09.01.2021.

¹ Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für mehr als 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens. Für seine Aufgabe, neue Versorgungsformen und Versorgungsforschungsprojekte zu fördern, wurde beim G-BA ein Innovationsausschuss eingerichtet. Weitere Informationen im Internet unter www.g-ba.de.

1.3 ABLAUF DER VERSORGUNG

Nachdem Sie Ihre Teilnahme am NWGA erklärt und in die Datenverarbeitung eingewilligt haben, wird ein so genanntes soziales Assessment durchgeführt. Der Begriff "Assessment" steht für Beurteilungen und Einschätzungen. Im Rahmen des sozialen Assessments werden folgende Aspekte untersucht: Selbsteingeschätzte Gesundheit, alltagsrelevante Belastbarkeit, Sturzrisiko, genutzte Hilfsmittel sowie die soziale Situation des Patienten.

Anschließend erhalten Sie einen Termin für ein umfassendes geriatrisch-gerontologisches Assessment. Der Termin zu dieser Eingangsuntersuchung wird mit Ihnen abgestimmt und umfasst eine Dauer von circa zwei Stunden. Bei diesem Assessment werden umfangreiche medizinische Untersuchungen und Tests durchgeführt. Diese umfassen:

- Fragebögen zu Ihrem individuellen Gesundheitszustand (z. B. Selbstständigkeit, Sturzrisiko etc.)
- Medizinische Anamnese, körperliche Untersuchung und Blutdruckmessung, medizinische Diagnosen sowie Funktionsdiagnostik (falls angezeigt)
- Testung Ihrer Sinne (Sehen, Hören)
- Erfassung der Medikation und Selbstmedikation
- Selbsthilfe-Status
- Stimmung, Befindlichkeit, Gedächtnis

Ihre Mobilität und Leistungsfähigkeit werden durch folgende altersmedizinische Testverfahren erhoben:

- Messung der Mobilität, der muskulären Kraft, des Gleichgewichts, der Ganggeschwindigkeit, der körperlichen Aktivität sowie der Ausdauerleistungsfähigkeit mittels motorischer Tests
- Elektronik-basierte Ganganalyse mittels Gaitrite® nach Konsensus-Richtlinie
- Erfassung der Körperzusammensetzung mittels einer sogenannten Bio-Impedanz-Analyse (BIA). Dabei wird der elektrische Widerstand (Impedanz) des Körpers gemessen. Die Impedanzanalyse erfasst einzelne Körperbereiche wie: Magermasse, Körperwasser, Fettmasse, fettfreie Masse, Körperzellmasse und extrazelluläre Masse.

Auf der Basis der Ergebnisse aus allen Tests und Untersuchungen wird in einer interdisziplinären Fallkonferenz ein auf Ihre Bedürfnisse zugeschnittener individueller Unterstützungsplan erstellt. Darin werden verschiedene medizinische und gesundheitsbezogene Maßnahmen aufgelistet, die Ihnen zur Erhaltung oder Verbesserung Ihrer Gesundheit empfohlen werden. Der individuelle Unterstützungsplan wird Ihnen und Ihrem Hausarzt schriftlich zur Verfügung gestellt. Ein Fallmanager in der Koordinierenden Stelle am Albertinen-Haus betreut Sie bei der Umsetzung Ihres individuellen Unterstützungsplans. Er koordiniert die Inanspruchnahme der empfohlenen Leistungen. Bei Bedarf und nach vorheriger Rücksprache mit Ihnen nimmt der Fallmanager Kontakt zu Ihren behandelnden Ärzten und zu den sonstigen medizinischen oder pflegerischen Leistungserbringern auf.

Der Fallmanager in der Koordinierenden Stelle am Albertinen-Haus steht Ihnen als Ansprechpartner für alle Fragen zu Ihrem individuellen Unterstützungsplan sowie zu allen sonstigen Fragen betreffend Ihrer Teilnahme am NWGA telefonisch zur Verfügung. In den Abend- und Nachtstunden sowie an Wochenenden und Feiertagen stellt der Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. die Erreichbarkeit der Koordinierenden Stelle sicher. Somit ist die Koordinierende Stelle 24 Stunden täglich und an sieben Tagen in der Woche für Sie erreichbar. Damit die Mitarbeiter der Johanniter Sie bestmöglich beraten und betreuen können, haben diese Zugriff auf eine Datenbank des Albertinen-Hauses, in der Ihre

Kontaktdaten, das Ergebnis des Assessments sowie Ihr individueller Unterstützungsplan gespeichert sind. Weitere Informationen hierzu finden Sie in Abschnitt 1.5 "Gemeinsame Dokumentation".

1.4 MÖGLICHE NUTZEN UND RISIKEN

Die umfangreichen Untersuchungen beim Assessment, Ihr darauf aufbauender individueller Unterstützungsplan sowie die Betreuung durch den Fallmanager in der Koordinierenden Stelle am Albertinen-Haus bieten Ihnen die Chance, noch möglichst lange selbstständig und selbstbestimmt in Ihren eigenen vier Wänden leben zu können. Alle Maßnahmen sind darauf ausgerichtet, den Eintritt bzw. die Zunahme von Pflegebedürftigkeit sowie den Verlust von Alltagskompetenzen zu vermeiden oder zeitlich zu verzögern.

Alle Untersuchungen, die in der Koordinierenden Stelle am Albertinen-Haus im Rahmen Ihrer NWGA-Teilnahme durchgeführt werden, sind gesicherte und bewährte Standardverfahren. Sie werden von geschultem Fachpersonal sachkundig ausgeführt, sodass das Untersuchungsrisiko Ihrem normalen Alltagsrisiko entspricht. Dennoch müssen wir Sie auf folgende Risiken hinweisen:

- Mögliche Verletzungen bei den motorischen Tests ähneln den "Trainingsverletzungen". So können hier ein leichter Muskelkater, Prellungen, Zerrungen etc. eintreten, wobei das tatsächliche Risiko deutlich geringer und eher theoretischer Natur ist.
- Gemäß der Expertenkonferenz der National Institutes of Health (1996) wird die Bio-Impedanz-Analyse (BIA) prinzipiell als unbedenklich eingestuft. Da es jedoch keine formalen Sicherheitsstandards für BIA-Geräte gibt, werden keine BIA-Untersuchungen bei Patienten mit elektrischen Implantaten (z.B. Defibrillatoren, Herzschrittmachern oder aktiven Prothesen) vorgenommen.

Trotz der vergleichsweise geringen Risiken im Rahmen des NWGA-Versorgungsmodells besteht ein Versicherungsschutz für die Durchführung der altersmedizinischen Untersuchungen am Albertinen-Haus (siehe Abschnitt 1.7).

1.5. GEMEINSAME DOKUMENTATION

Zur Unterstützung der Mitarbeiter in der Koordinierenden Stelle kommt eine Fallmanagement-Software zum Einsatz, die auf den Servern des Albertinen-Hauses betrieben wird. Für jeden NWGA-Teilnehmer wird von einem Mitarbeiter der Koordinierenden Stelle eine elektronische Fallakte angelegt. Folgende Daten werden hier für jeden Teilnehmer dokumentiert:

- Stammdaten des Versicherten (Name, Anschrift, Kontaktdaten, Krankenkasse)
- Weitere Ansprechpartner (Angehörige, behandelnde Ärzte, Pflegedienste etc.)
- bereits verordnete Arznei-, Heil- und Hilfsmittel
- Ergebnisse des geriatrischen Assessments
- Individueller Unterstützungsplan
- Fallmanagement-Kontakte mit dem Teilnehmer
- Sonstiges

Damit auch die Mitarbeiter der Johanniter Sie bestmöglich beraten und betreuen können, haben diese einen Zugriff auf die oben genannten Daten. Im Rahmen der Teilnehmer-Betreuung dokumentiert die Johanniter-Unfall-Hilfe ferner folgende Daten:

- Datum und Uhrzeit des bei den Johannitern eingehenden Anrufes des Teilnehmers
- Anliegen des Teilnehmers

- Rückmeldung an den Teilnehmer
- Auftrag an die Koordinierende Stelle (z. B. Rückruf des Teilnehmers, Dokumentation ergänzen bezüglich Arzneimittel, Kontaktdaten, behandelnder Arzt, Notfall etc.)
- Sonstiges

Ihre Daten sind gut geschützt und werden streng vertraulich behandelt. Ihre Krankenkasse hat keinen Zugriff auf die Dokumentation in der Fallakte. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie in Abschnitt 2.1.1.

1.6 DURCHFÜHRUNG DES FORSCHUNGSVORHABENS

Zu den Förderbedingungen des Innovationsfonds (siehe Abschnitt 1.2) gehört eine Begleitforschung, die den Nutzen des geförderten Versorgungsangebotes wissenschaftlich untersucht. Daher wird auch das NWGA wissenschaftlich begleitet. Alle Teilnehmer am Versorgungsangebot NetzWerk GesundAktiv nehmen somit auch automatisch an der wissenschaftlichen Begleitforschung teil.

An der wissenschaftlichen Studie sind die Forschungsabteilung für Klinische Geriatrie am Albertinen-Haus sowie die Universität Bielefeld mit jeweils verschiedenen Aufgaben beteiligt.

1.6.1 STRUKTUR-, PROZESS- UND AKZEPTANZANALYSE

Die Struktur-, Prozess- und Akzeptanzanalyse wird von der Forschungsabteilung für Klinische Geriatrie am Albertinen-Haus (wissenschaftliche Einrichtung an der Universität Hamburg) durchgeführt. Verantwortlich ist Prof. Dr. med. Wolfgang von Renteln-Kruse, Leiter der Forschungsabteilung.

STRUKTUR- UND PROZESSANALYSE

Im Rahmen der Struktur- und Prozessanalyse wird untersucht, ob und wie die Teilnehmer die einzelnen Angebote des NWGA nutzen. Die Analyse erfolgt auf der Grundlage von Daten, die in der Koordinierenden Stelle am Albertinen-Haus erhoben und gespeichert werden. Dies umfasst die Daten des geriatrisch-gerontologischen Assessments, der Fallkonferenz, des individuellen Unterstützungsplans und alle im Rahmen Ihrer Betreuung durch den Fallmanager vorgenommenen Dokumentationen.

AKZEPTANZANALYSE

Im Rahmen der Akzeptanzanalyse wird erforscht, ob bestimmte Merkmale oder Umstände typisch für Versicherte sind, die das Angebot des NWGA annehmen bzw. ablehnen. Die Akzeptanzanalyse erfolgt auf der Basis von Abrechnungsdaten der Krankenkassen. Dabei handelt es sich um Daten, welche die Leistungserbringer, bei denen Sie in Behandlung waren, zum Zwecke der Abrechnung an Ihre Krankenkasse übermittelt haben. Die für die Akzeptanzanalyse benötigten Abrechnungsdaten umfassen die folgenden Bereiche: stationäre Versorgung, ambulante Pflegeleistungen, häusliche Krankenpflege, Pflegeleistungen und Pflegegradeinstufung sowie Stammdaten (Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit, PLZ der Versicherten-Adresse).

ANSPRECHPARTNER

Als NWGA-Teilnehmer haben Sie das Recht, über die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten Auskunft zu verlangen. Für Rückfragen zur Struktur-, Prozess- und Akzeptanzanalyse steht Ihnen die Forschungsabteilung am Albertinen-Haus jederzeit unter den folgenden Kontaktdaten zur Verfügung:

Forschungsabteilung für Klinische Geriatrie am Albertinen-Haus
Ansprechpartner: Prof. Dr. med. Wolfgang von Renteln-Kruse
Adresse: Sellhopsweg 18-22, 22459 Hamburg
Tel. 040 - 55 81-13 51

Kontaktdaten des Beauftragten für den Datenschutz der Albertinen-Gruppe:
Tom Krause
Adresse: Sellhopsweg 18-22, 22459 Hamburg
E-Mail: tom.krause@albertinen.de

1.6.2 WIRKSAMKEITSANALYSE UND GESUNDHEITSÖKONOMISCHE EVALUATION

Die Wirksamkeitsanalyse und die gesundheitsökonomische Evaluation werden von der Universität Bielefeld durchgeführt. Verantwortlich ist Prof. Dr. Wolfgang Greiner vom Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement der Universität Bielefeld.

WIRKSAMKEITSANALYSE

Im Rahmen der Wirksamkeitsanalyse soll untersucht werden, wie sich Ihre Teilnahme am NWGA auf Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden auswirkt. Das können Sie selbst am besten beurteilen. Daher erhalten Sie im Laufe der Zeit insgesamt viermal einen Fragebogen. Die Fragen beziehen sich auf Ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität und Ihren Gesundheitszustand. Den ersten Fragebogen erhalten Sie zu Beginn Ihrer Teilnahme. Um die Entwicklung Ihres Gesundheitszustandes im Zeitverlauf beurteilen zu können, wird Ihnen jeweils nach dem ersten, nach dem zweiten und nach dem dritten Jahr erneut ein Fragebogen zugeschickt. Die Beantwortung des Fragebogens nimmt ca. 10-15 Minuten in Anspruch. Der Versand der Fragebögen erfolgt über Ihre Krankenkasse. Beigefügt ist jeweils ein frankierter Rückumschlag mit der bereits aufgedruckten Adresse der Universität Bielefeld. Bitte schicken Sie Ihre ausgefüllten Fragebögen jeweils mit dem dafür vorgesehenen Briefumschlag an die Universität Bielefeld.

Für die Wirksamkeitsanalyse werden auch Ihre Angaben aus der ersten Befragung benötigt, auf deren Basis Sie für eine Teilnahme am NWGA eingeladen wurden. Die Koordinierende Stelle am Albertinen-Haus leitet Ihre Angaben in den Fragebögen daher an die Universität Bielefeld weiter.

GESUNDHEITSÖKONOMISCHE EVALUATION

Im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation wird das Verhältnis von Kosten und Nutzen des NWGA-Versorgungsprogramms untersucht. Die Grundlage hierfür bilden die Abrechnungsdaten der beteiligten Krankenkassen. Dabei handelt es sich um Daten, welche die Leistungserbringer, bei denen Sie in Behandlung waren, zum Zwecke der Abrechnung an Ihre Krankenkasse übermittelt haben. Die Abrechnungsdaten umfassen die folgenden Bereiche: Stationäre Versorgung, ambulant-ärztliche Versorgung, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, ambulante und stationäre Rehabilitation, Pflegeleistungen, Patientenfahrten und NWGA-Leistungen. In regelmäßigen Abständen übermittelt Ihre Krankenkasse die Sie betreffenden Abrechnungsdaten an die Universität Bielefeld.

ANSPRECHPARTNER

Als NWGA-Teilnehmer haben Sie das Recht, über die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten Auskunft zu verlangen. Für Rückfragen zur Wirksamkeitsanalyse sowie zur gesundheitsökonomischen Evaluation steht Ihnen die Universität Bielefeld unter den folgenden Kontaktdaten jederzeit zur Verfügung.

Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 5: Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement
Ansprechpartner: Janett Geilert
Adresse: Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld
Tel. 0521 - 106-69 89
Mail: sekretariat_ag5.gesundheit@uni-bielefeld.de

1.6.3 TEILNEHMERBEFRAGUNGEN

Es ist uns ein Anliegen, regelmäßig die Qualität aller Abläufe im NWGA-Versorgungsprogramm zu beurteilen. Ihre Sichtweise als NWGA-Teilnehmer ist uns dabei besonders wichtig. Sie können uns wertvolle Rückmeldungen geben, wo es aus Ihrer Perspektive Verbesserungspotenziale bezüglich des Programmablaufs sowie der Kommunikation und Information im NWGA-Netzwerk gibt. Das Institut für Innovation und Technik (iit) in der VDI/VDE Innovation + Technik GmbH wird dazu folgende Maßnahmen durchführen:

- **ONLINE-BEFRAGUNG:** Über die Kommunikationsplattform PAUL² erhalten Sie eine Einladung zur Teilnahme an einer Online-Befragung. Klicken Sie auf den Link in der Einladung, gelangen Sie zum elektronischen Fragebogen, der sich im Webbrowser öffnet. Ihre Teilnahme an der Befragung ist selbstverständlich freiwillig. Wenn Sie nicht teilnehmen möchten entstehen Ihnen keinerlei Nachteile. Sollten Sie den Befragungs-Link nicht öffnen oder den Fragebogen nicht ausfüllen, hat dies keinerlei Einfluss auf die uneingeschränkte Nutzungsmöglichkeit der PAUL-Plattform.
- **TELEFON-INTERVIEWS:** Die Online-Befragungen werden durch telefonische Interviews ergänzt. Dazu rufen Mitarbeiter des iit die Teilnehmer an und befragen Sie zu Ihren Erfahrungen mit dem NWGA. Angerufen werden Sie nur dann, wenn Sie dazu schriftlich Ihre Einwilligung erteilt haben. Die entsprechende Einwilligungserklärung wird Ihnen von der Koordinierenden Stelle am Albertinen-Haus bei der Einschreibung in das NWGA ausgehändigt. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie darin ein, dass die Koordinierende Stelle Ihren Namen, Telefonnummer und den Namen Ihrer Krankenkasse an das iit weiterleiten darf. Ferner willigen Sie darin ein, dass das iit Sie auf der Basis dieser Daten zum Zwecke eines Interviews über Ihre Erfahrungen mit dem NWGA telefonisch kontaktieren darf. Ihre Teilnahme an den Telefon-Interviews ist freiwillig. Wenn Sie nicht daran teilnehmen möchten entstehen Ihnen keinerlei Nachteile. Ihre Einwilligung können Sie jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen per Mail an nwga@iit-berlin.de, per Fax an 030 - 31 00 78-376 oder per Post an Institut für Innovation und Technik in der VDI/VDE Innovation + Technik GmbH, Frau Christine Weiß, Steinplatz 1, 10623 Berlin.
- **WORKSHOPS / DISKUSSIONSRUNDEN:** In kleinen Gruppen soll ebenfalls diskutiert werden, was im NWGA aus Sicht der Teilnehmer gut läuft und was noch verbessert werden kann. Die Diskussionsrunden werden von einem Mitarbeiter des iit moderiert. Die Einladungen zu den Diskussionsrunden werden von Ihrer Krankenkasse verschickt. Ihre Teilnahme ist freiwillig. Wenn Sie nicht teilnehmen möchten entstehen Ihnen keinerlei Nachteile.

² PAUL steht für **P**ersönlicher **A**ssistent für **u**nterstütztes **L**eben. Dabei handelt es sich um eine speziell für ältere Menschen entwickelte Kommunikations-Plattform, die vorinstalliert auf einem Tablet-Computer ausgeliefert wird. Jedem NWGA-Teilnehmer wird ein PAUL-Tablet zur Verfügung gestellt. Dazu muss eine separate Nutzungsvereinbarung abgeschlossen werden. Die Nutzung von PAUL ist freiwillig. Weitere Informationen zu PAUL erhalten Sie in der Koordinierenden Stelle am Albertinen-Haus.

Bei Fragen zur Teilnehmerbefragung können Sie sich jederzeit unter den folgenden Kontaktdaten an das iit wenden:

Institut für Innovation und Technik (iit)
in der VDI/VDE Innovation + Technik GmbH
Ansprechpartner: Markus Adelberg und Christine Weiß
Steinplatz 1
10623 Berlin

Tel. 030 - 31 00 78-410
Mail: nwga@iit-berlin.de

Kontaktdaten des Beauftragten für den Datenschutz:
Uwe Klädtke
Adresse: Steinplatz 1, 10623 Berlin
E-Mail: uwe.klaedtke@vdivde-it.de

1.7 PROBANDENVERSICHERUNG

Das Albertinen-Haus verfügt für den ärztlichen Teil des NWGA-Projekts über eine Betriebs-Haftpflicht-Versicherung. Versicherungsschutz besteht bei einfacher und grober Fahrlässigkeit. Von der Versicherung ausgeschlossen sind Versicherungsansprüche aller Personen, die den Schaden vorsätzlich herbeigeführt haben. Im Schadenfall stehen die vereinbarten Versicherungssummen zur Verfügung:

- 7.500.000 EUR pauschal für Personen- und Sachschäden
- 1.000.000 EUR für Vermögensschäden

Die Gesamtjahresleistung beträgt das Doppelte der genannten Versicherungssummen. Die Versicherung besteht bei der AXA Versicherung AG Industriedirektion Köln, Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln, Tel. 0800 - 320 32 05, Betriebs-Haftpflicht-Versicherung Nr. 20 22 20 00566.

1.8 SO KÖNNEN SIE TEILNEHMEN

Sie erklären Ihre Teilnahme einfach durch Ihre Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Ihre Erklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse widerrufen. Konkrete Adressangaben finden Sie in der Teilnahmeerklärung. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn Sie ihn innerhalb der zwei Wochen an Ihre Krankenkasse absenden.

Die Teilnahme ist freiwillig. Wenn Sie nicht am NWGA teilnehmen möchten, entstehen Ihnen keine Nachteile. Sie erhalten weiterhin die regulären, gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen.

1.9 BINDUNGSFRIST

Die Teilnahme an dem Vertrag beginnt mit Ihrer Einschreibung und dauert 24 Monate, längstens bis zum 31.12.2020 (spätestes Ende der NWGA-Versorgung und -Betreuung).

Eine vorzeitige Beendigung Ihrer Teilnahme ist grundsätzlich möglich. Beachten Sie hierzu die Regelungen in der Teilnahmeerklärung Ihrer Krankenkasse. Sofern Sie Ihre Teilnahme beenden möchten, schicken Sie Ihre Erklärung in Textform (Brief, Fax, E-Mail) an Ihre Krankenkasse. Konkrete Adressangaben finden Sie in der Teilnahmeerklärung.

2. DATENSCHUTZ

2.1 BESCHREIBUNG DES DATENFLUSSES UND DER DATENSICHERHEIT

Datenschutz hat bei uns oberste Priorität. Daher unterliegt der gesamte Studienprozess auch strengen Datenschutzrichtlinien. Im Folgenden Abschnitt möchten wir Sie über alle Abläufe informieren, die für den Schutz Ihrer Daten notwendig sind.

2.1.1 GEMEINSAME DOKUMENTATION

Der Zugang zu Ihrer Fallakte in der Fallmanagement-Software ist mehrfach geschützt. Nur wenige, ausgewählte Mitarbeiter der Koordinierenden Stelle am Albertinen-Haus erhalten die entsprechenden Zugriffsrechte. Der Zugriff erfolgt über individuelle personenbezogene Passwörter, die nur dem jeweiligen Mitarbeiter bekannt sind. Weiterhin wurden technische Vorkehrungen getroffen, um Ihre Fallakte vor dem unbefugten Zugriff Dritter von außerhalb des Albertinen-Hauses zu schützen.

Für die Kooperation mit dem Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. wurde eigens ein geschützter Fernzugriff auf die Fallmanagement-Software der Koordinierenden Stelle am Albertinen-Haus eingerichtet. Nur wenige ausgewählte Mitarbeiter der Johanniter erhalten die entsprechenden Zugriffsrechte. Der Zugriff erfolgt über individuelle personenbezogene Passwörter, die nur dem jeweiligen Mitarbeiter bekannt sind. Die Mitarbeiter der Johanniter müssen sich in einem dreistufigen Verfahren authentifizieren (Eingabe individueller Passwörter), bevor sie auf Ihre Fallakte zugreifen können: Anmeldung im Netz der Johanniter (Stufe 1), Anmeldung im Netz des Albertinen-Hauses (Stufe 2), Anmeldung in der Fallmanagement-Software der Koordinierenden Stelle (Stufe 3).

2.1.2 STRUKTUR-, PROZESS- & AKZEPTANZANALYSE

Im Rahmen der in Punkt 1.6.1 beschriebenen Struktur-, Prozess- & Akzeptanzanalyse, die von der Forschungsabteilung am Albertinen-Haus durchgeführt wird, werden einige Daten von Ihnen benötigt.

STRUKTUR- UND PROZESSANALYSE

Die für die Struktur- und Prozessanalyse notwendigen Daten (siehe Kapitel 1.6.1) werden von der Koordinierenden Stelle an die Forschungsabteilung am Albertinen-Haus weitergeleitet. Die Weiterleitung erfolgt pseudonymisiert³. Das heißt anstelle Ihres Namens, Ihrer Versichertennummer oder sonstiger Daten, mit denen Rückschlüsse auf Ihre Identität möglich wären, werden die Daten mit einem Zahlencode versehen. Somit wissen die Forscher nicht, wessen Daten sie auswerten. Weitere Informationen dazu finden Sie in Kapitel 2.2.

AKZEPTANZANALYSE

Ihre Krankenkasse übermittelt die Sie betreffenden Abrechnungsdaten einmalig an die Forschungsabteilung am Albertinen-Haus. Das Zusammenstellen dieser Daten erfolgt anonymisiert⁴. Dabei werden weder Ihr Name noch Ihre Versichertennummer oder sonstige Daten und Pseudonyme, mit denen Rückschlüsse auf Ihre Identität möglich wären, den Abrechnungsdaten beigelegt. Somit wissen die Forscher nicht, wessen Daten sie auswerten.

³ **Pseudonymisieren** ist das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen zu dem Zweck, die Identifizierung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren (§ 3 Abs. 6a Bundesdatenschutzgesetz).

⁴ **Anonymisieren** ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmbar natürlichen Person zugeordnet werden können (§ 3 Abs. 6 Bundesdatenschutzgesetz).

2.1.3 WIRKSAMKEITSANALYSE UND GESUNDHEITSÖKONOMISCHE EVALUATION

Für die in Kapitel 1.6.2 näher beschriebene Wirksamkeitsanalyse und die gesundheitsökonomische Evaluation benötigt die Universität Bielefeld einige Informationen von Ihnen. Dazu werden wie bereits oben beschrieben sowohl die Antworten Ihrer Fragebögen ausgewertet als auch Abrechnungsdaten Ihrer Krankenkasse verwendet.

WIRKSAMKEITSANALYSE

Für die Wirksamkeitsanalyse werden Ihre ausgefüllten und postalisch an die Universität Bielefeld verschickten Fragebögen von den Forschern der Universität Bielefeld ausgewertet. Die Forscher wissen dabei nicht, wer die Fragebögen ausgefüllt hat. Um Ihre Identität zu schützen, erzeugen die Krankenkassen ein so genanntes Pseudonym (Zahlencode), das auf die Fragebögen gedruckt wird. Name, Versichertennummer oder sonstige Angaben, die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen würden, befinden sich nicht auf den Fragebögen. Deshalb bitten wir Sie, Ihren Namen auch nicht nachträglich auf den Fragebögen zu ergänzen. Nur Ihre Krankenkasse (und dort nur Mitarbeiter, die dafür autorisiert und auf das Sozialgeheimnis nach § 35 SGB I und auf das Datengeheimnis nach § 5 BDSG schriftlich verpflichtet wurden) kann eine Verbindung zwischen dem Zahlencode und Ihrer Person herstellen. Ihre Krankenkasse erhält jedoch keine Rückmeldung zu den Ergebnissen der Fragebogenauswertung.

Für die Wirksamkeitsanalyse werden auch Ihre Angaben aus der ersten Befragung benötigt, auf deren Basis Sie für eine Teilnahme am NWGA eingeladen wurden. Die Koordinierende Stelle am Albertinen-Haus leitet Ihre Angaben in den Fragebögen daher an die Universität Bielefeld weiter. Die Zusammenstellung und Weiterleitung der Daten erfolgt dabei ebenfalls pseudonymisiert, also unter Verwendung des oben beschriebenen Zahlencodes.

GESUNDHEITSÖKONOMISCHE EVALUATION

Das Zusammenstellen der für die gesundheitsökonomische Evaluation relevanten Daten (siehe Kapitel 1.6.2) erfolgt ebenfalls pseudonymisiert. Das heißt anstelle Ihres Namens, der Versichertennummer oder sonstiger Angaben, mit denen Rückschlüsse auf Ihre Identität möglich wären, werden die Daten mit einem Zahlencode versehen. Dabei handelt es sich um denselben Zahlencode, wie er auch für die Fragebögen genutzt wird. Auch hier gilt: Nur Ihre Krankenkasse (und dort nur Mitarbeiter, die dafür autorisiert und auf das Sozialgeheimnis nach § 35 SGB I und auf das Datengeheimnis nach § 5 BDSG schriftlich verpflichtet wurden) kann eine Verbindung zwischen dem Zahlencode und Ihrer Person herstellen.

Dieses Vorgehen ermöglicht den Forschern eine Zuordnung verschiedener Daten zu einer Person, die während der Laufzeit von NWGA entstehen. Auf Ihre Identität kann aber – aufgrund der zuvor beschriebenen Zahlencodes – nicht geschlossen werden.

ARCHIVIERUNG

Die erhobenen Daten werden bei der Universität Bielefeld für die Dauer von zehn Jahren gespeichert. Die Datenspeicherung erfolgt elektronisch auf eigens dafür bereitgestellten Endgeräten (PC/Laptop), die keine Einbindung in das Intra- bzw. Internet haben. Der Zugriff auf die Endgeräte sowie auf die Daten selbst ist nur für autorisiertes Personal gestattet und durch individuelle Passwörter geschützt.

Die Pseudonyme und deren "Schlüssel", mit dem eine persönliche Zuordnung der Daten möglich ist, werden von der jeweils zuständigen IT-Abteilung Ihrer Krankenkasse erzeugt. Die "Pseudonymisierungs-Schlüssel" werden von den Krankenkassen nach dem Ende der

wissenschaftlichen Begleitforschung gelöscht. Ab diesem Zeitpunkt sind die bei der Universität Bielefeld gespeicherten Daten anonymisiert.

2.1.4 TEILNEHMERBEFRAGUNGEN

Für die in Punkt 1.6.3 näher erläuterten Teilnehmerbefragungen erhebt das Institut für Innovation und Technik (iit) in der VDI/VDE Innovation + Technik GmbH auf freiwilliger Basis einige Daten von Ihnen. Um den Schutz Ihrer Daten zu gewährleisten, werden folgende Maßnahmen getroffen:

- **ONLINE-BEFRAGUNGEN:** Die Online-Befragung erfolgt anonym. Der Online-Fragebogen wird vom iit bereitgestellt. Die Bereitstellung erfolgt auf einem separaten Server, auf den der Betreiber von PAUL (Firma CIBEK technology + trading GmbH) keinen Zugriff hat. Auf der Kommunikationsplattform befindet sich lediglich ein externer Link, der zu dem Fragebogen führt. Dies hat zur Folge, dass die Firma CIBEK keine Kenntnis darüber erlangt, ob und wie Sie den Fragebogen ausgefüllt haben. Auf Ihren Fragebogen und die Antworten hat nur das iit Zugriff. Auf den Fragebögen werden keinerlei personenbezogene oder personenbeziehbare Daten abgefragt, die eine Identifikation Ihrer Person zulassen. Die Auswertung erfolgt anonym.
- **TELEFON-INTERVIEWS:** Die Teilnahme an den Telefon-Interviews ist freiwillig und stellt keine Voraussetzung für die Teilnahme an der Versorgung des NWGA dar. Die Ergebnisse der Telefon-Interviews werden getrennt von den personenbezogenen Daten erfasst. Dokumentation und Auswertung der Befragung erfolgen anonymisiert. Wenn Sie angerufen werden, geben sich die Interviewer als Mitarbeiter des iit zu erkennen. Die Befragung dreht sich ausschließlich um Ihre Teilnahme am NWGA und die Erfahrungen, die Sie mit diesem Versorgungsangebot gemacht haben.
- **WORKSHOPS/DISKUSSIONSRUNDEN:** Während der Veranstaltungen erfolgen die Protokollierung sowie die anschließende Dokumentation und Auswertung der Ergebnisse anonymisiert. Die Aussagen und Gesprächsbeiträge der Versicherten werden nicht personenbezogen aufgezeichnet.

Die Verarbeitung und Speicherung sämtlicher während Ihrer NWGA-Teilnahme im Rahmen der Befragungen über Sie erhobenen Daten erfolgt beim iit für die Dauer von zehn Jahren. Die Datenverarbeitung und -speicherung erfolgt elektronisch in einem geschützten Serververzeichnis auf das nur autorisierte iit-Mitarbeiter Zugriff erhalten. Die Zugriffsrechte auf das Verzeichnis werden regelmäßig geprüft. Die Mitarbeiter des iit müssen die Regelungen zur Informationssicherheit wie Informationsklassifizierung und Passworrichtlinie beachten und werden regelmäßig sensibilisiert.

2.1.5 VERÖFFENTLICHUNGEN

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung des NWGA werden ausschließlich auf der Basis von anonymisiert-aggregierten Daten publiziert, bei denen die Häufigkeit bestimmter Ereignisse und Beobachtungen in Form von Durchschnitts- oder prozentualen Werten angegeben wird. Damit wird sichergestellt, dass aus den Ergebnissen keine Rückschlüsse auf die Identität der NWGA-Teilnehmer geschlossen werden können.

2.2 DATENSCHUTZPASSUS

Die im Rahmen des Forschungsvorhabens (NWGA-Versorgung sowie wissenschaftliche Begleitforschung zu Akzeptanz, Strukturen und Prozessen) nach Einwilligungserklärung des Studienteilnehmers (NWGA-Teilnehmers) erhobenen persönlichen Daten, insbesondere Befunde,

unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzgesetzlichen Bestimmungen. Sie werden in Papierform und auf Datenträgern im Albertinen-Haus aufgezeichnet und pseudonymisiert^(a) (verschlüsselt) für die Dauer von zehn Jahren gespeichert. Bei der Pseudonymisierung (Verschlüsselung) werden der Name und andere Identifikationsmerkmale (z.B. Teile des Geburtsdatums) durch zum Beispiel eine mehrstellige Buchstaben- oder Zahlenkombination, auch Code genannt, ersetzt, um die Identifizierung des Studienteilnehmers auszuschließen oder wesentlich zu erschweren. Zugang zu dem "Schlüssel", der eine persönliche Zuordnung der Daten des Studienteilnehmers ermöglicht, haben neben dem Studienleiter (Prof. Dr. med. Wolfgang von Renteln-Kruse) nur von diesem ausdrücklich dazu autorisierte Personen im Albertinen-Haus. Sobald der Forschungszweck es zulässt, wird der Schlüssel gelöscht und die erhobenen Daten damit anonymisiert^(b).

Die Auswertung und Nutzung der Daten durch den Studienleiter und seine Mitarbeiter erfolgt in pseudonymisierter Form. Die Veröffentlichung der Studienergebnisse erfolgt ausschließlich in anonymisierter Form. Die Studienteilnehmer haben das Recht, über die von ihnen erhobenen personenbezogenen Daten Auskunft zu verlangen. Sie werden über möglicherweise anfallende personenbezogene Ergebnisse der Studie je nach Dringlichkeit mündlich oder schriftlich informiert. Wenn sich bei den Untersuchungen der Studienteilnehmer klinisch relevante Zufallsbefunde^(c) ohne Bezug zum Gegenstand des Forschungsvorhabens ergeben, wird der Studienteilnehmer davon in Kenntnis gesetzt und ihm Unterstützung bei der diagnostischen Abklärung angeboten. Wer über Zufallsbefunde nicht informiert werden möchte, kann an dieser Studie gleichwohl teilnehmen.

Die Fragebögen für die Wirksamkeitsanalyse sowie die Abrechnungsdaten für die gesundheitsökonomische Evaluation werden für die Auswertung durch die Universität Bielefeld von den Krankenkassen pseudonymisiert. Zugang zu dem "Schlüssel", der eine persönliche Zuordnung der Pseudonyme und der Abrechnungsdaten des Studienteilnehmers ermöglicht, haben nur hierfür autorisierte Mitarbeiter der Krankenkassen des Teilnehmers. Die Forscher der Universität Bielefeld kennen nur das Pseudonym, nicht jedoch die Identität des Studienteilnehmers. Die Krankenkasse des Teilnehmers erhält keine Rückmeldung zu den Ergebnissen der Fragebogenauswertung.

Die im Rahmen der Teilnehmerbefragung vom Institut für Innovation und Technik (iit) erhobenen Daten werden anonymisiert gespeichert.

Im Falle des Widerrufs der Einwilligungserklärung werden die bereits erhobenen Daten gelöscht oder anonymisiert^(b) und in dieser Form weiter genutzt. Eine Löschung bereits anonymisierter Daten ist nicht möglich. Dieses Forschungsvorhaben ist durch die zuständige Ethik-Kommission ethisch und fachrechtlich beraten worden.

(a) **Pseudonymisieren** ist das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen zu dem Zweck, die Identifizierung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren (§ 3 Abs. 6a Bundesdatenschutzgesetz).

(b) **Anonymisieren** ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmaren natürlichen Person zugeordnet werden können (§ 3 Abs. 6 Bundesdatenschutzgesetz).

(c) Von einem **Zufallsbefund** spricht man in der Medizin, wenn bei einer Untersuchung neben der eigentlichen Befundung etwas zutage kommt, was mit der aktuellen Studie bzw. der Erkrankung, die der Grund für die Untersuchung war, nichts zu tun hat und zusätzlich auffällt.

2.3 UMGANG MIT IHREN DATEN BEI IHRER KRANKENKASSE

Ihre Teilnahmedaten werden von Ihrer Krankenkasse zur Erfüllung der Aufgaben nach § 140a Abs. 5 SGB V (Besondere Versorgung) in Verbindung mit § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V (Sozialdaten bei den Krankenkassen) erhoben, gespeichert und genutzt. Regelmäßig werden diese Daten bei Ihrer Krankenkasse sechs Jahre gespeichert und anschließend gelöscht, wenn sie zu der Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nicht mehr benötigt werden.

Die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten Ihrer Krankenkasse finden Sie auf der Teilnahmeerklärung.

Soweit Sie Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Erhebung und Verarbeitung Ihrer Sozialdaten haben, haben Sie das Recht der Beschwerde beim Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Husarenstr. 30, 53117 Bonn, poststelle@bfdi.bund.de oder poststelle@bfdi.de-mail.de.



Fachzentrum

xxx

Tel. 040 - 46 06 xx xx

Geschäftszeichen

xxx

16. Mai 2017

Techniker Krankenkasse, 20903 Hamburg

Herrn
Max Mustermann
Beispielstraße 1
56789 Ganzweitweg

"NetzWerk GesundAktiv" – Gestalten Sie Ihre Versorgung mit!

Guten Tag <Frau/Herr> <Titel Nachname>,

wir freuen uns, dass Sie sich für die Teilnahme am Versorgungsprogramm entschieden haben.

Wie geht es nun weiter? Senden Sie einfach den beiliegenden Fragebogen zum Thema Gesundheit und Lebensqualität ausgefüllt an die Universität Bielefeld. Vielen Dank.

Weitere Informationen zum Ablauf der Studie finden Sie im beiliegenden Informationsblatt.

Sollten Sie noch Fragen haben, rufen Sie uns einfach an. Wir sind gern für Sie da.

Freundliche Grüße
Ihre Techniker

Techniker Krankenkasse, Tel. 040 - 46 06 xx xx

Telefonservice: Mo.- Do. 7:30 - 18:00 Uhr, Fr. 7:00 - 16:00 Uhr | www.tk.de

Vorsitzender des Vorstands: Dr. Jens Baas, Stellv. Vorsitzender des Vorstands: Thomas Ballast
Vorsitzende des Verwaltungsrats: Dominik Kruchen, Dieter F. Märtens

WILLKOMMEN IM "NetzWerk GesundAktiv"

Der wichtigste Schritt ist getan – Sie nehmen am Versorgungsprogramm teil.

WIE GEHT ES NUN WEITER?

Um die Qualität der Maßnahmen und den Nutzen für die zukünftige Versorgung zu bewerten, wird das Programm wissenschaftlich von der Universität Bielefeld begleitet.

Dazu bekommen Sie im Laufe der Zeit mehrere Fragebögen von uns zugesandt. Die Befragungen finden sowohl zu **Beginn Ihrer Teilnahme** als auch **nach dem ersten und dem zweiten Jahr** statt. Dadurch möchten wir von Ihnen erfahren, ob sich durch die Teilnahme am "NetzWerk GesundAktiv" etwas an Ihrer Gesundheit und Ihrer Lebensqualität verändert hat.

Den ersten Fragebogen haben Sie heute erhalten. Bitte füllen Sie diesen aus und schicken Sie ihn in dem beiliegenden, vorfrankierten Umschlag direkt zur Universität Bielefeld. Dort werden die Fragebögen ausgewertet.

DER SCHUTZ IHRER DATEN IST UNS WICHTIG

Datenschutz hat bei uns oberste Priorität. Deshalb achten wir bei allen Abläufen darauf, dass die Datenschutzgesetze eingehalten werden. Auf den Fragebögen ist an Stelle Ihres Namens ein Zahlencode gedruckt. So können keine Rückschlüsse auf Ihre Identität gezogen werden. Bitte verzichten Sie daher auch auf Namens- oder Absenderangaben.

Wichtig: Am Ende der Studie erhalten wir nur das Gesamtergebnis, keine Einzeldaten.

Techniker Krankenkasse, 20901 Hamburg

Herrn
Max Mustermann
Beispielstraße 1
56789 Ganzweitweg

Ihre Teilnahme am "NetzWerk GesundAktiv"

Guten Tag <Frau/Herr> <Titel Nachname>,

schön, dass Sie schon seit einiger Zeit an unserem Versorgungsprogramm "NetzWerk GesundAktiv" teilnehmen. Wir hoffen, dass Sie sich gut betreut und versorgt fühlen.

Jetzt möchten wir von Ihnen erfahren, ob sich durch das Netzwerk etwas an Ihrer Gesundheit und Ihrer Lebensqualität verändert hat. Bitte füllen Sie dafür den beiliegenden Fragebogen aus und senden Sie ihn an die Universität Bielefeld. Vielen Dank.

Weitere Informationen zu dem Fragebogen finden Sie in unserem beiliegenden Infoblatt.

Sollten Sie noch Fragen haben, rufen Sie uns einfach an. Wir sind gern für Sie da.

Freundliche Grüße
Ihre Techniker

"NetzWerk GesundAktiv" – IHRE MEINUNG IST GEFRAGT

Sie hatten schon seit einiger Zeit Gelegenheit, die Vorteile des NWGA kennenzulernen und zu nutzen. Jetzt interessiert uns Ihre Meinung dazu.

WIE GEHT ES NUN WEITER?

Den zweiten von insgesamt drei Fragebögen haben Sie heute erhalten. Bitte füllen Sie diesen aus und schicken Sie ihn in dem beiliegenden Freiumschlag direkt an die **Universität Bielefeld**.

Um die Qualität der Maßnahmen und den Nutzen für die zukünftige Versorgung bewerten zu können, ist Ihre Meinung wichtig. Die Universität Bielefeld begleitet das Programm weiterhin und wertet alle Fragebögen aus.

DER SCHUTZ IHRER DATEN IST UNS WICHTIG

Datenschutz hat bei uns oberste Priorität. Deshalb achten wir bei allen Abläufen darauf, dass die Datenschutzgesetze eingehalten werden. Auf den Fragebögen ist anstelle Ihres Namens ein Zahlencode gedruckt. So können keine Rückschlüsse auf Ihre Identität gezogen werden. Bitte verzichten Sie daher auch auf Namens- oder Absenderangaben.

Wichtig: Am Ende der Studie erhalten wir nur das Gesamtergebnis, keine Einzeldaten.

Techniker Krankenkasse, 20901 Hamburg

Herrn
Max Mustermann
Beispielstraße 1
56789 Ganzweitweg

Ihre Teilnahme am "NetzWerk GesundAktiv"

Guten Tag <Frau/Herr> <Titel Nachname>,

schön, dass Sie schon seit längerer Zeit an unserem Versorgungsprogramm "NetzWerk GesundAktiv" teilnehmen. Wir hoffen, dass Sie sich gut betreut und versorgt fühlen.

Jetzt möchten wir von Ihnen erfahren, ob sich durch das Netzwerk etwas an Ihrer Gesundheit und Ihrer Lebensqualität verändert hat. Bitte füllen Sie dafür den beiliegenden Fragebogen aus und senden Sie ihn an die Universität Bielefeld. Vielen Dank.

Weitere Informationen zu dem Fragebogen finden Sie in unserem beiliegenden Infoblatt.

Sollten Sie noch Fragen haben, rufen Sie uns einfach an. Wir sind gern für Sie da.

Freundliche Grüße
Ihre Techniker

Techniker Krankenkasse, Tel. 040 - 46 06 xx xx
Telefonservice: Mo.- Do. 7:30 - 18:00 Uhr, Fr. 7:00 - 16:00 Uhr | www.tk.de

Vorsitzender des Vorstands: Dr. Jens Baas, Stellv. Vorsitzender des Vorstands: Thomas Ballast
Vorsitzende des Verwaltungsrats: Dominik Kruchen, Dieter F. Märtens

"NetzWerk GesundAktiv" – IHRE MEINUNG IST GEFRAGT

Sie hatten schon seit längerer Zeit Gelegenheit, die Vorteile des NWGA kennenzulernen und zu nutzen. Jetzt interessiert uns Ihre Meinung dazu.

WIE GEHT ES NUN WEITER?

Den letzten von insgesamt drei Fragebögen haben Sie heute erhalten. Bitte füllen Sie diesen aus und schicken Sie ihn in dem beiliegenden Freiumschlag direkt an die **Universität Bielefeld**.

Um die Qualität der Maßnahmen und den Nutzen für die zukünftige Versorgung bewerten zu können, ist Ihre Meinung wichtig. Die Universität Bielefeld begleitet das Programm weiterhin und wertet alle Fragebögen aus.

DER SCHUTZ IHRER DATEN IST UNS WICHTIG

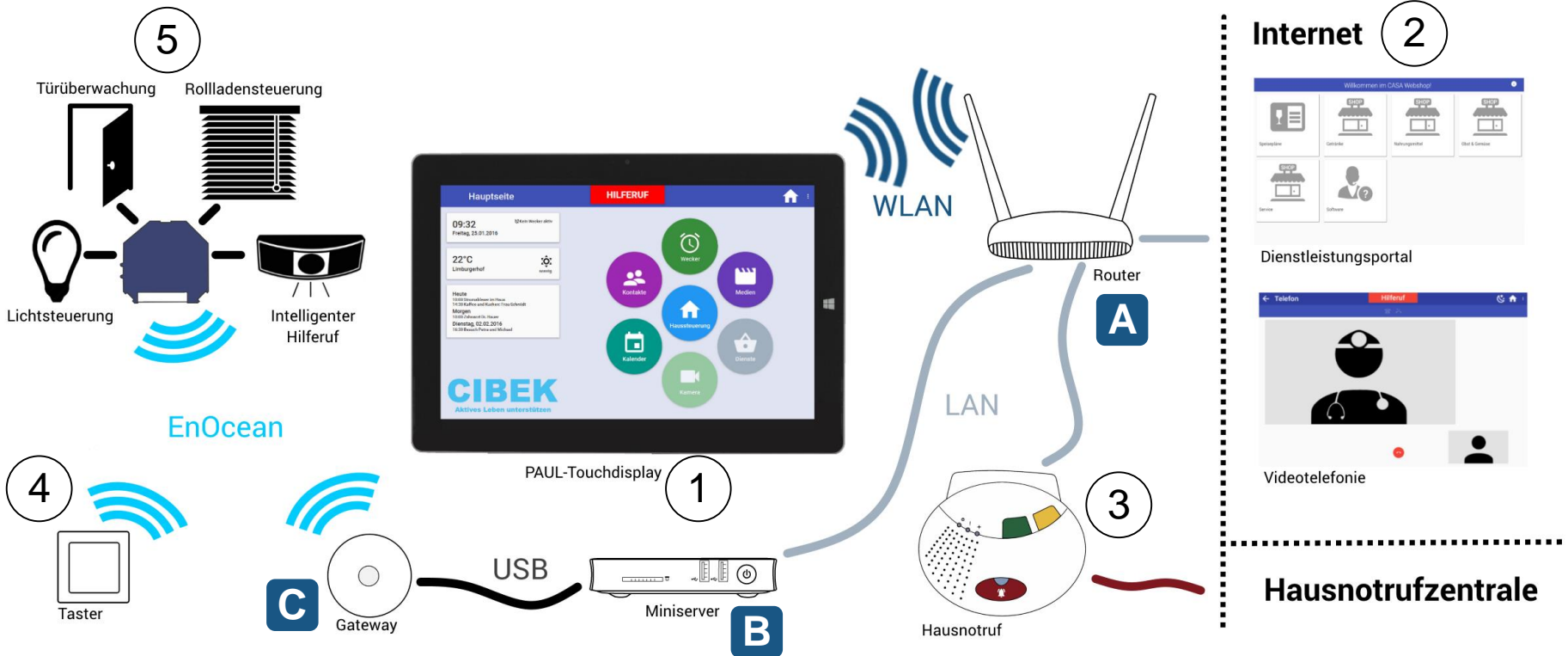
Datenschutz hat bei uns oberste Priorität. Deshalb achten wir bei allen Abläufen darauf, dass die Datenschutzgesetze eingehalten werden. Auf den Fragebögen ist anstelle Ihres Namens ein Zahlencode gedruckt. So können keine Rückschlüsse auf Ihre Identität gezogen werden. Bitte verzichten Sie daher auch auf Namens- oder Absenderangaben.

Wichtig: Am Ende der Studie erhalten wir nur das Gesamtergebnis, keine Einzeldaten.

PAUL-Fehlerbeseitigung

First-Level-Support

Bestandteile eines PAUL-Systems




- ① PAUL-Touchdisplay
- ② Onlinedienste
- ③ Hausnotrufgerät
- ④ (Hilferuf-)Taster

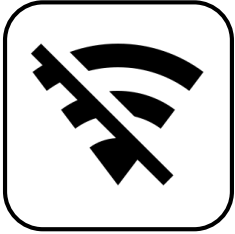
- ⑤ Aktoren, Sensoren, Kamera
- A** Router
- B** Miniserver
- C** Gateway

Probleme mit der PAUL-Oberfläche



- 1) Prüfen Sie das Touchdisplay (Akku leer/ Netzstecker eingesteckt/ Gerät an)
- 2) Schlafmodus beenden (auf den Bildschirm tippen)
- 3) Neustart des Touchdisplays:
 - tippen Sie in PAUL oben rechts, auf das Symbol mit den drei Punkten ()
 - tippen Sie anschließend auf die Schaltfläche „Neustart“
 - kein Erfolg? → weiter an 2nd-Level-Support

Status/Meldung: Keine Verbindung zum Internet



Dieses Symbol wird Ihnen angezeigt.

1) Neustart des Touchdisplays

→ tippen Sie in PAUL oben rechts, auf das Symbol mit den drei Punkten ()

→ tippen Sie anschließend auf die Schaltfläche „Neustart“

2) Prüfen Sie die Internetverbindung im Modul „Internet“ (Internetseite aufrufen)

→ kein Verbindung → prüfen Sie den Router [\[S.12\]](#)

→ kein Erfolg → weiter an 2nd-Level-Support

Status/Meldung: Keine Verbindung zum Miniserver



Dieses Symbol wird Ihnen angezeigt.

1) Prüfen Sie die Internetverbindung im Modul „Internet“ (Internetseite aufrufen)

→ kein Verbindung → prüfen Sie den Router [S.12]

2) Prüfen Sie den Miniserver [S.14 ff]

3) Starten Sie den Miniserver neu [S.17]

→ kein Erfolg? → weiter an 2nd-Level-Support

Status/Meldung: Erkennersysteme sind deaktiviert



Dieses Symbol wird Ihnen angezeigt.

1) Prüfen Sie ob die Erkennersysteme eingeschalten sind

→ (Modul „Erkennersysteme“)

→ nicht eingeschalten (ausgeschaltet von Benutzer)

→ Erkennersysteme einschalten

2) Prüfen Sie das Modul Internet (Internetverbindung durch

öffnen einer Homepage) → keine Verbindung? → Prüfen Sie den Router [S.12]

Status/Meldung: Erkennerysteme sind deaktiviert



Dieses Symbol wird Ihnen angezeigt.

3) Haussteuerung über das Touchdisplay prüfen (Modul Haussteuerung)

→ keine Haussteuerung möglich → keine Verbindung

→ Miniserver prüfen [S.14 ff]

4) Neustart des Miniservers [S.17]

→ kein Erfolg? → weiter an 2nd-Level-Support

Schaltflächen der Haussteuerung inaktiv oder reagieren nicht

- 1) Prüfen Sie die das Touchdisplay (Akku leer/ Netzstecker eingesteckt/ Gerät an)

- 2) Prüfen Sie das Modul Internet (Internetverbindung durch öffnen einer Homepage)
→ keine Verbindung? → Prüfen Sie den Router [S.12]

- 3) Prüfen Sie das Modul „Erkennersystem“ (kann das Modul bedient werden?)
keine Bedienung möglich? → keine Verbindung
→ Prüfen Sie den Miniserver [S.14 ff]

- 4) Haussteuerung über das Touchdisplay prüfen (Modul Haussteuerung)
keine Haussteuerung möglich → keine Verbindung → Gateway prüfen [S.18]
→ kein Erfolg → weiter an 2nd-Level-Support

Türkamera funktioniert nicht

- 1) Prüfen Sie das Touchdisplay (Akku leer/ Netzstecker eingesteckt/ Gerät an)
- 2) Prüfen Sie, ob das Kamerabild beim Klingeln erscheint
- 3) Haussteuerung über das Touchdisplay prüfen (Modul Haussteuerung)
keine Haussteuerung möglich → keine Verbindung → Gateway prüfen [S.18]
- 4) Prüfen Sie das Modul Internet (Internetverbindung durch öffnen einer Homepage)
keine Verbindung → Prüfen Sie den Router [S.12]
→ Kein Erfolg? → weiter an 2nd-Level-Support

Status der Türen/Fenster/ Bewegungsmelder ist fehlerhaft

- 1) Prüfen Sie das Modul Internet (Internetverbindung durch öffnen einer Homepage)
keine Verbindung → Prüfen Sie den Router [S.12]

- 2) Prüfen Sie das Modul Erkennersysteme (kann das Modul bedient werden?)
keine Bedienung möglich? → keine Verbindung
→ Prüfen Sie den Miniserver [S.14 ff]

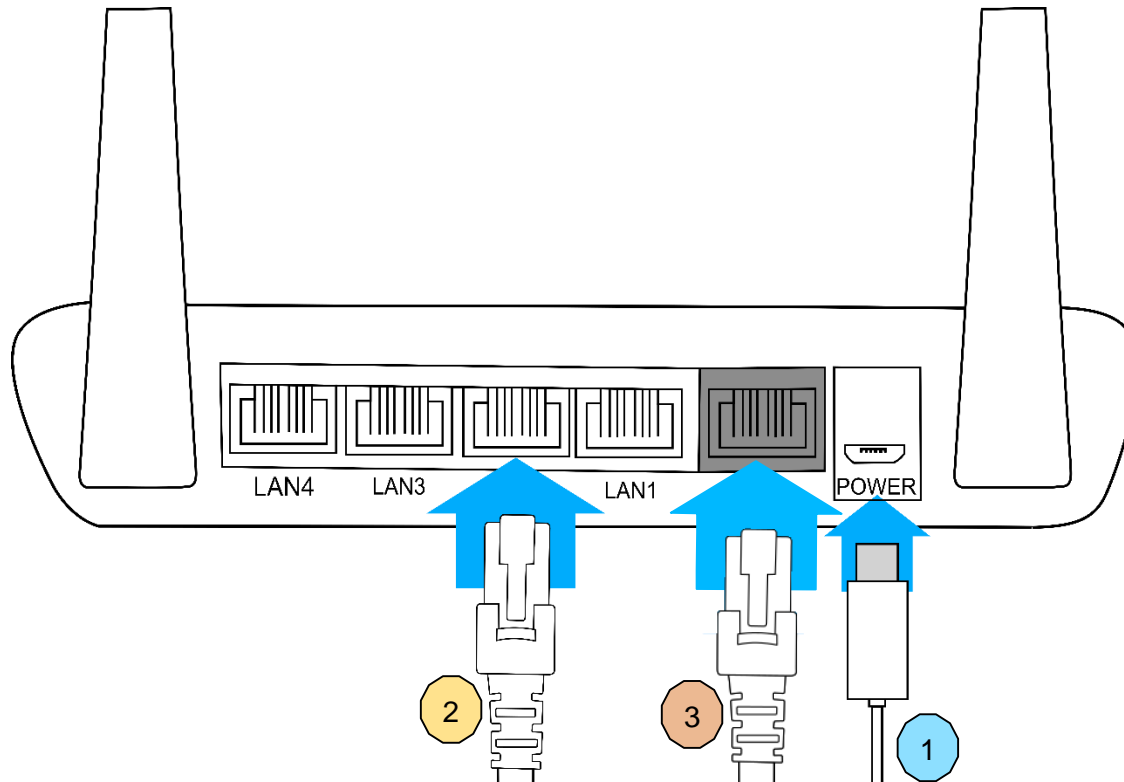
- 3) Haussteuerung über das Touchdisplay prüfen (Modul Haussteuerung)
keine Haussteuerung möglich → keine Verbindung → Gateway prüfen [S.18]
→ kein Erfolg → weiter an 2nd-Level-Support

Status der Bewegungsmelder ist fehlerhaft/ Fehlalarm erfolgt

- 1) Prüfen Sie das Modul „Erkennersystem“ (kann das Modul bedient werden?)
 - keine Bedienung möglich? → keine Verbindung
 - Prüfen Sie den Miniserver [S.14 ff]

- 2) Haussteuerung über das Touchdisplay prüfen (Modul Haussteuerung)
 - keine Haussteuerung möglich → keine Verbindung → Gateway prüfen [S.18]
 - kein Erfolg → weiter an 2nd-Level-Support

A Router prüfen



- 1) Stromkabel in der Buchse? 1
- 2) LAN-Kabel (zu Miniserver und Hausnotrufgerät) eingesteckt? 2
- 3) LAN-Kabel zur Internetverbindung eingesteckt? 3

Router neustarten

Schritt 1: Netzstecker ziehen

Schritt 2: 10 Sekunden warten

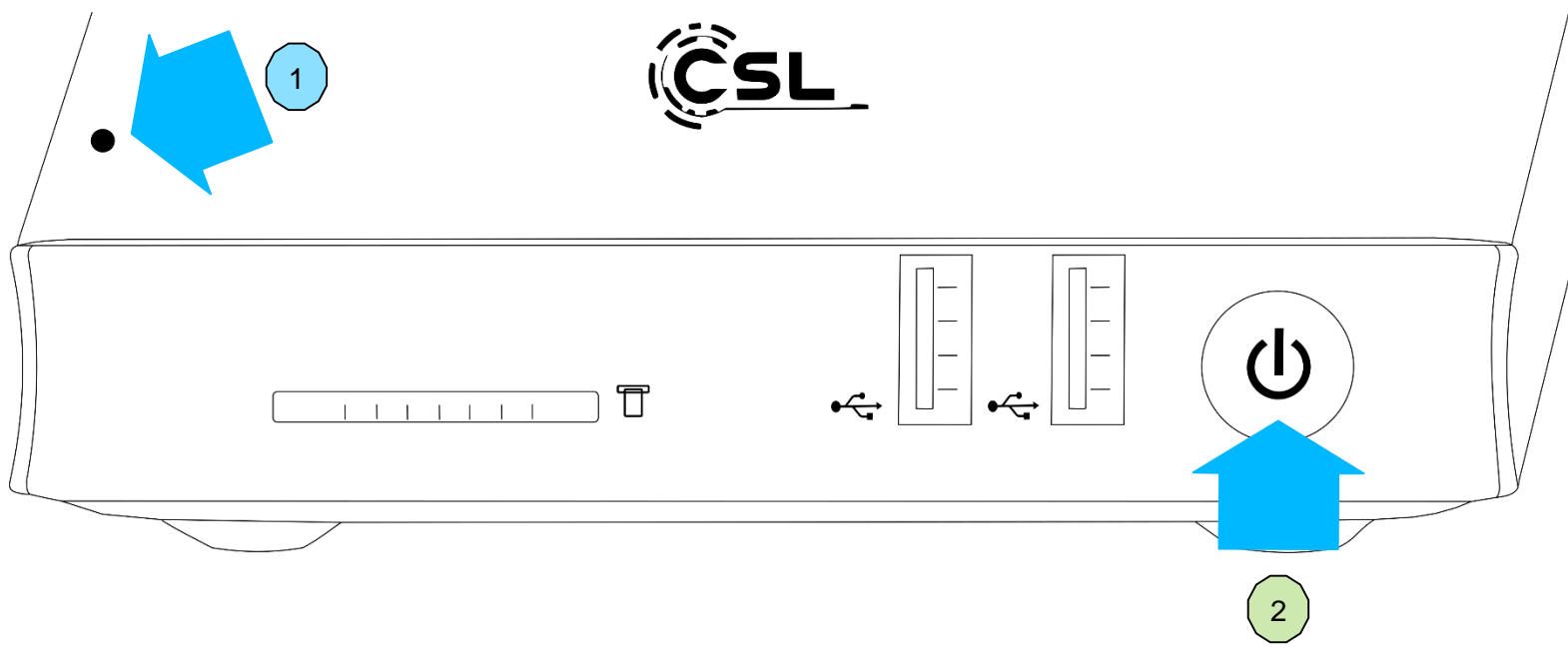
Schritt 3: Netzstecker einstecken

Schritt 4: 2 Minuten warten und Betriebsbereitschaft prüfen

→ kein Erfolg → weiter an 2nd-Level-Support

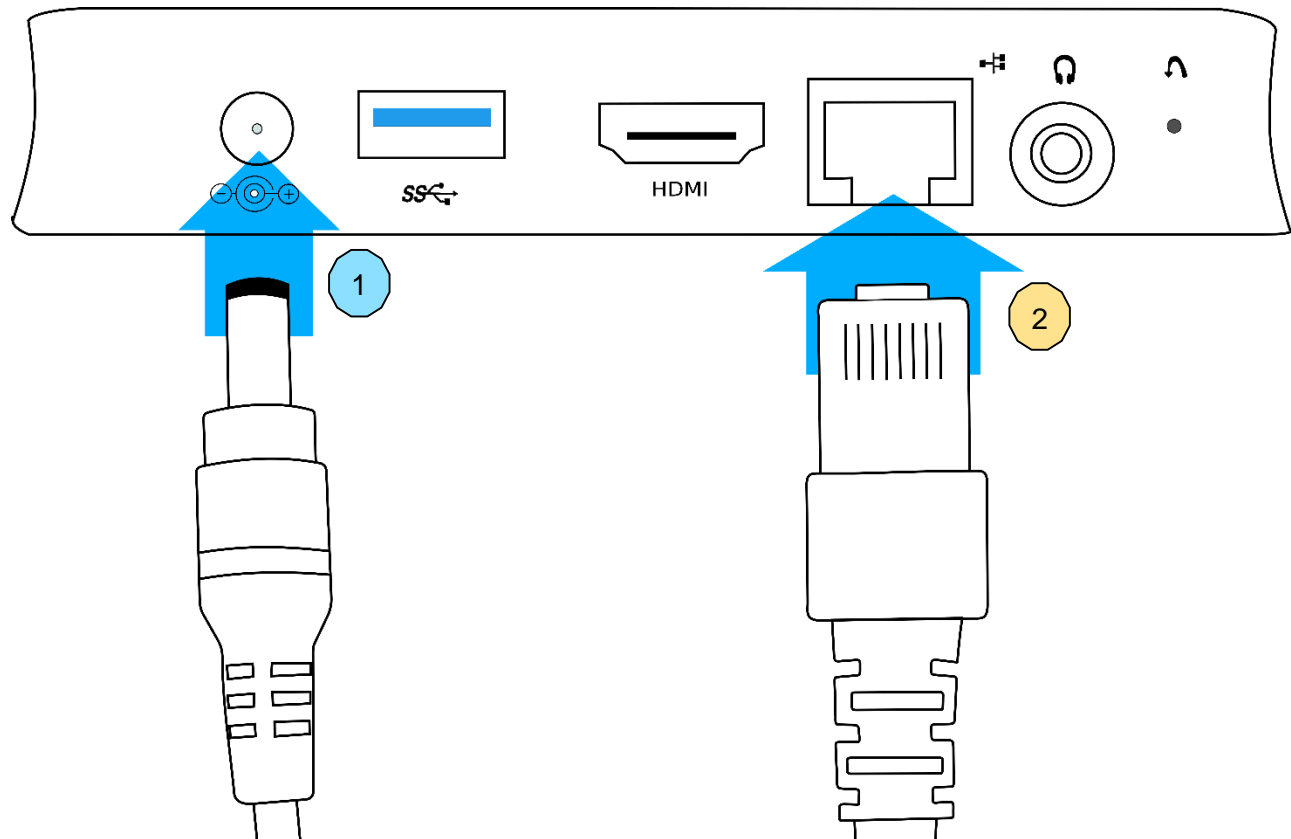
B Miniserver prüfen

- 1) Miniserver eingeschaltet? (LED an Oberseite leuchtet) ①
- 2) Wenn erforderlich, Miniserver einschalten. ②



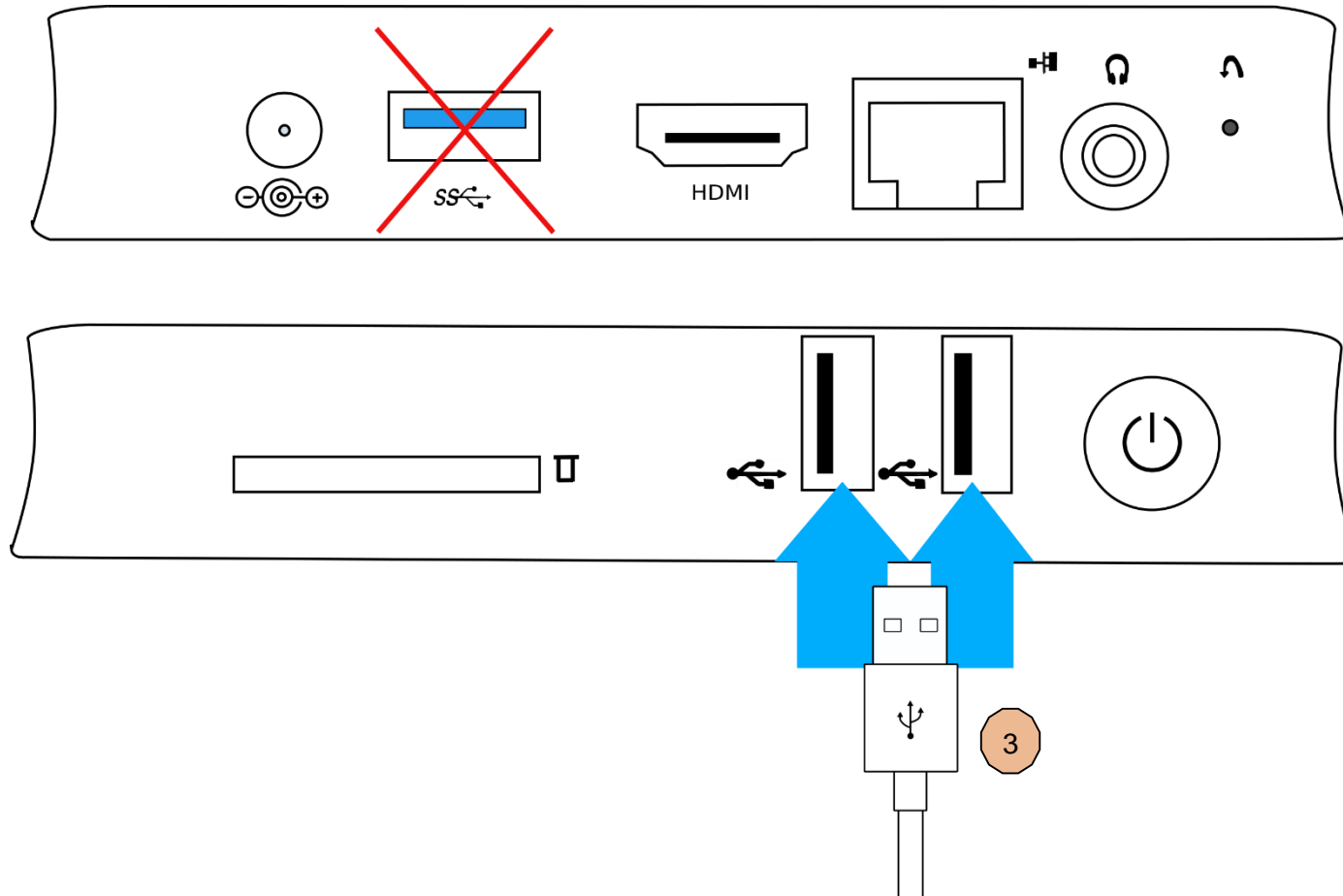
B Miniserver prüfen

- 1) Stromkabel richtig eingesteckt? ①
- 2) Kabel zwischen **Router und Internetverbindung** sowie **Router und Miniserver** eingesteckt? ②



B Miniserver prüfen

3) USB-Kabel zum Gateway richtig eingesteckt? 3



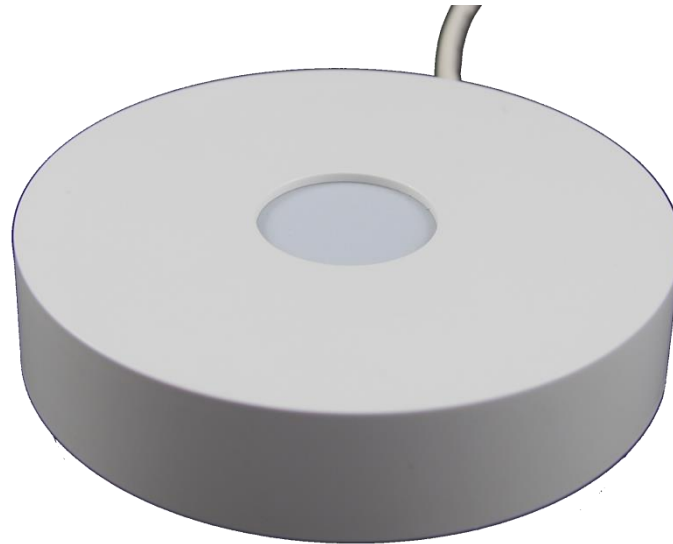
Miniserver neustarten

Schritt 1: Drücken Sie ca. fünf Sekunden auf den Ein-/Ausschalter, bis das Gerät aus ist

Schritt 2: 10 Sekunden warten

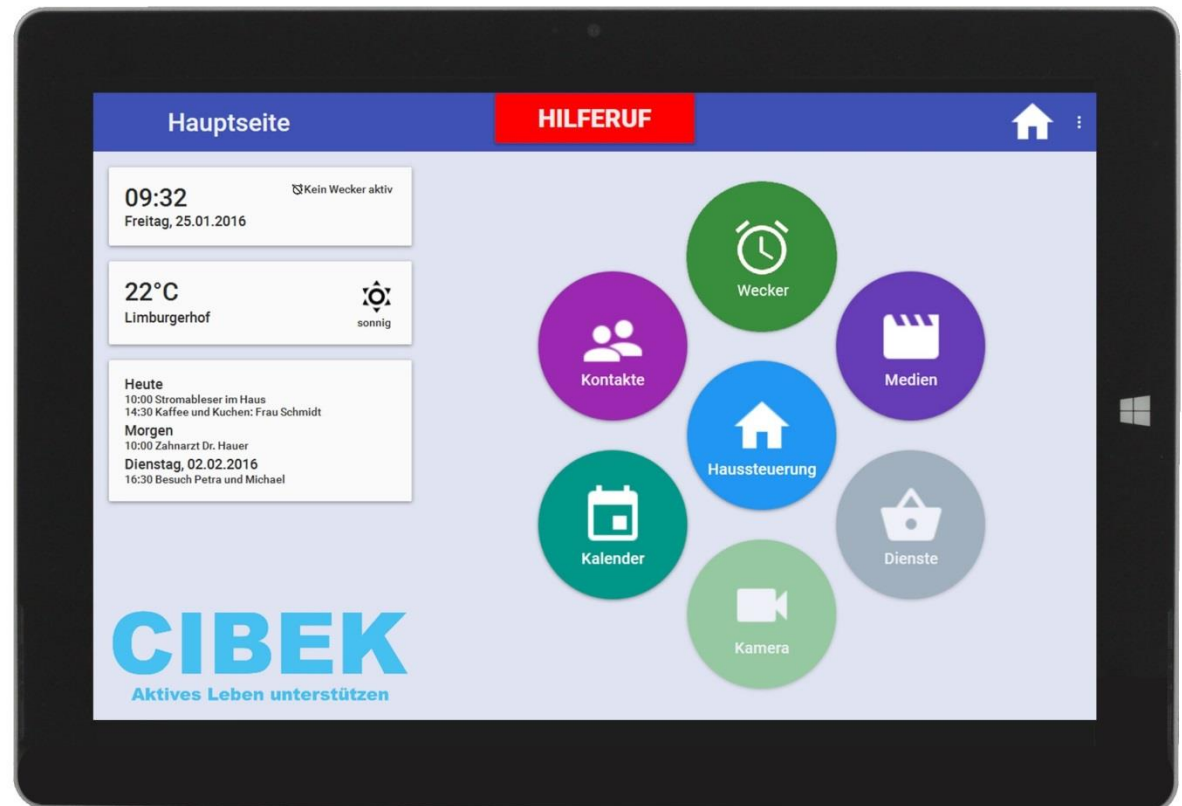
Schritt 3: Kurz auf den Ein-/Ausschalter drücken

Schritt 4: Drei Minuten warten und Betriebsbereitschaft prüfen



- 1) Gateway richtig mit dem Miniserver verbunden? (über USB)
 - 2) Ist das Gerät eingeschaltet? (LED auf der Rückseite leuchtet grün)
 - 3) USB-Stecker ziehen und wieder einstecken
- kein Erfolg? → weiter an 2nd-Level-Support

Produktschulung: PAUL



- **Firmenvorstellung CIBEK**
- **PAUL Modulübersicht**
- **Bedienung PAUL**
- **Standardmodule PAULo**
- **Standardmodule PAULa**
- **Standardmodule PAUL in Vollausrüstung**

Firmenvorstellung CIBEK

CIBEK Gruppe

CIBEK GmbH

Gebäudetechnik



meinPAUL-Plattform



CIBEK-D GmbH

Projektdienstleistung



- **Seit 1999** im Limburgerhof (Rheinland-Pfalz)
- Erfahrenes **Projektteam** aus Naturwissenschaft & dem Pflegewesen
(Automatisierung, Informatik, Verfahrenstechnik, Informations- & Medientechnik, Pflege, Soziologie, Mathematik, Physik, Biologie, Chemie)
- Enge **Innovationskooperationen** mit Universitäten, Hochschulen und Forschungsinstituten
- Flexibles **Partnernetzwerk**
(Pflegeorganisationen, Wohnungsbaugesellschaften, Dienstleister, Hersteller, Kommunen, Architekten, Planer, Elektriker)
- Mehrere nationale und internationale **Auszeichnungen**
(EIB Award, Sinus Award, Innovationspreis Rheinland Pfalz, Smarthome Award, Hans Sauer Preis)

- **Quartier-Projekte**

- GSG Neuwied
- GBS Speyer
- Bau AG Kaiserslautern
- Gewobau Zweibrücken
- Stiftsheim Kassel
- GAG
- Friesenheim
- Schweiz Nestor



- **Gebäudetechnik**

- BASF Logistikzentrum
- Bürogebäude in China
- Villen deutschlandweit
- Schulen
- Gebäudesteuerung Industrie
- Intelligente Kochschule J. Lafer



Förderprojekte mit CIBEK-Beteiligung

gefördert durch das BMBF



Bea@home

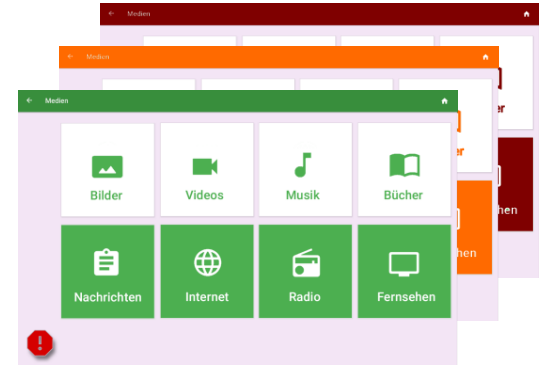


GENIAAL



Dialog+

Die Lösungsplattform



PAUL Modulübersicht

- **Kommunikation**

- Kontakte
- Post
- Telefon

- **Multimedia**

- Bilder, Videos, Musik, Bücher
- Radio
- Internet
- Nachrichten, Zitate
- Spiele

- **Komfort**

- Wecker
- Kalender, Trinktagebuch
- Notizen
- Lebensbuch
- Haus (Haussteuerung)*¹

- **Sicherheit**

- Hilferuf *²
- Erkenner *²
- Kamera *³

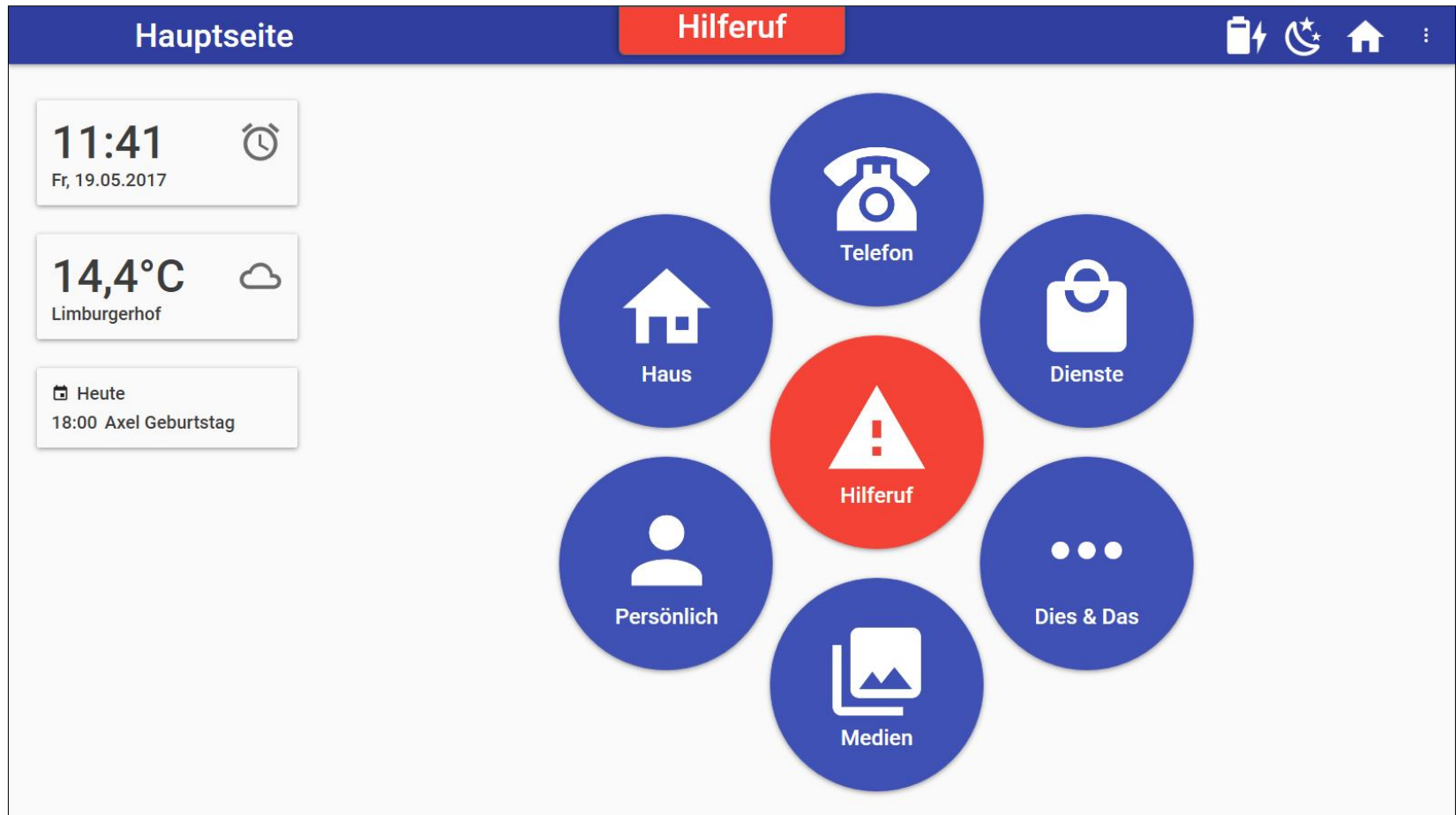
*¹: Diese Funktion ist standardmäßig erst ab Produktvariante „PAUL in Vollausrüstung“ vorhanden.

*²: Diese Funktion ist standardmäßig erst ab Produktvariante „PAULa“ vorhanden.

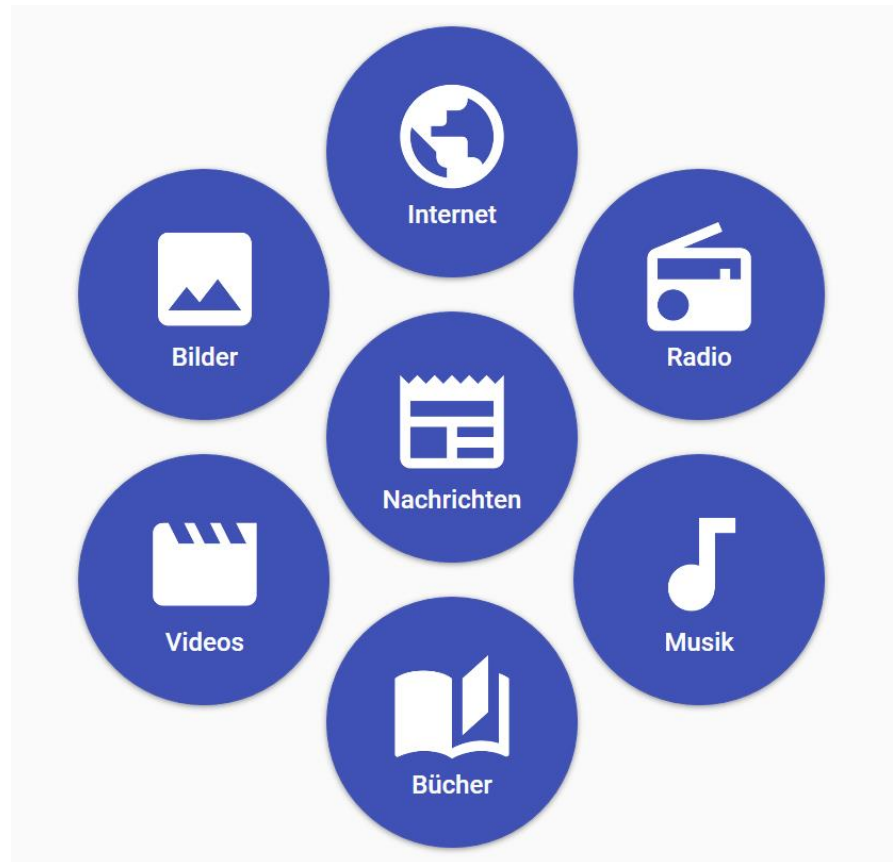
*³: Diese Funktion ist nur nutzbar, wenn eine Haustürkamera vorhanden und aufgeschaltet ist (ab „PAULa“ möglich).

Bedienung PAUL

- PAUL-Oberfläche:



- Die Struktur der PAUL-Oberfläche ist anhand eines Ringmenüs angeordnet.
- Durch Tippen auf die verschiedenen Schaltfläche werden die einzelnen Module angewählt.



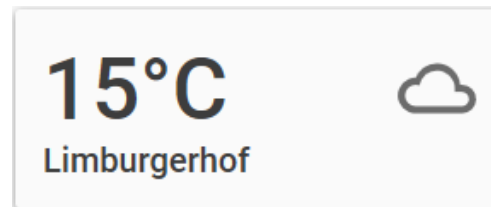
- Zusätzliche Schaltflächen:

- Uhrzeit, Datum, Wecker



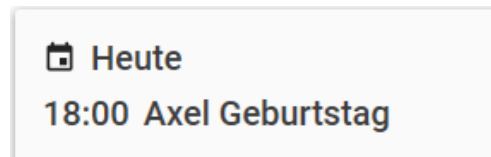
– Durch Tippen, gelangen Sie in das Modul „Wecker“

- Wetter



– Durch Tippen, werden genauere Wetterdaten angezeigt

- Termine, Kalender



– Durch Tippen, gelangen Sie in das Modul „Kalender“

- Wichtige Schaltflächen zur Navigation:

- Zurück zum vorherigen Bildschirm



- Zurück zum Hauptbildschirm (Home)



- Touchdisplay neustarten oder ausschalten



- Anleitung
- Hilfevideos
- Über PAUL
- Neues in PAUL
- Neustart
- Ausschalten

- Wichtige Schaltflächen zur Navigation:

- Nachtmodus/ Stromsparmmodus



– Durch Tippen auf den Bildschirm, wird der Modus beendet.


- Akkuanzeige



– Durch Tippen auf das Akkusymbol, werden genauere Informationen angezeigt.

- Schnellzugriffsleiste

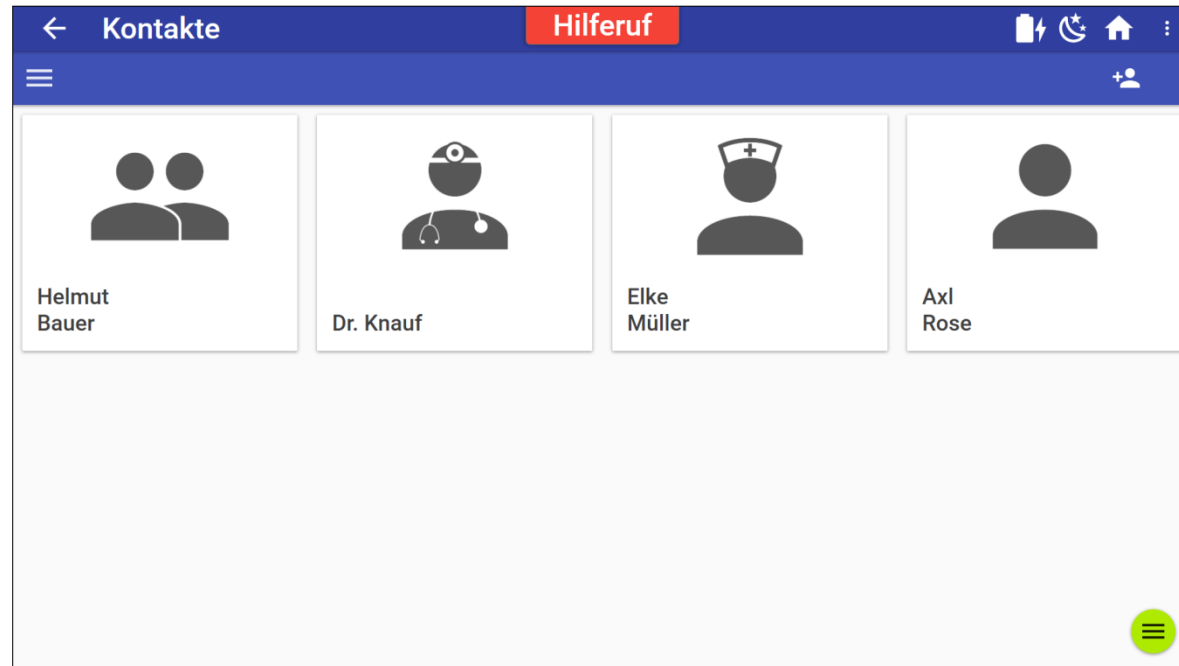


- Durch Tippen stehen ihnen weitere Funktionen im entsprechenden Modul zur Verfügung. Durch Tippen auf  schließen Sie die Leiste wieder.

Standardmodule

PAULo

- „Kontakte“ gibt Übersicht der eingespeicherten Kontakte.



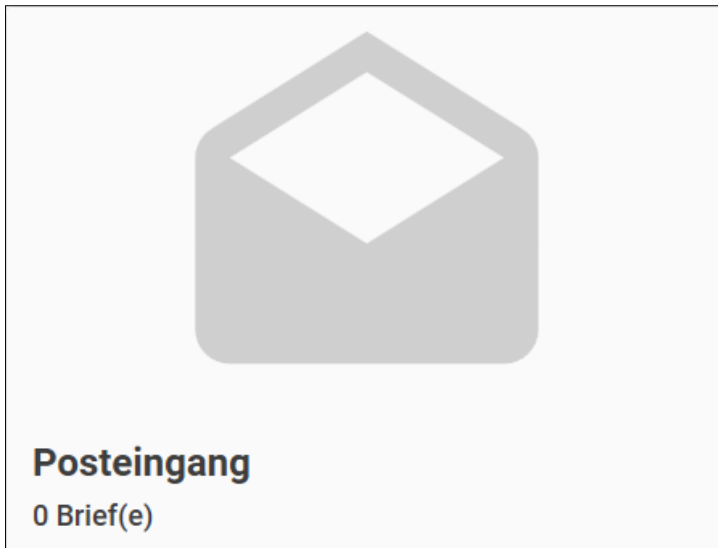
- Über  können weitere Kontakte angelegt werden.

- In der Detailansicht können Sie Informationen einsehen und bearbeiten.

Vorname	Axl	Straße	Kleine Gasse
Nachname	Rose	Hausnummer	13
Geburtstag	10 5 1965	PLZ, Wohnort	67065 Ludwigshafen
Beschreibung			
Telefonnummer	01665 555333	Telefon geschäftlich	
Handynummer	01123 547890	WebRTC	
E-Mail	Axl.Rose@gmx.com		

- Änderungen müssen über  gespeichert werden.

- Über „**Post**“ werden Nachrichten (E-Mails) erfasst, versendet und empfangen.
- In der „Post-Übersicht“ befinden sich verschieden Postfächer wie z. B.




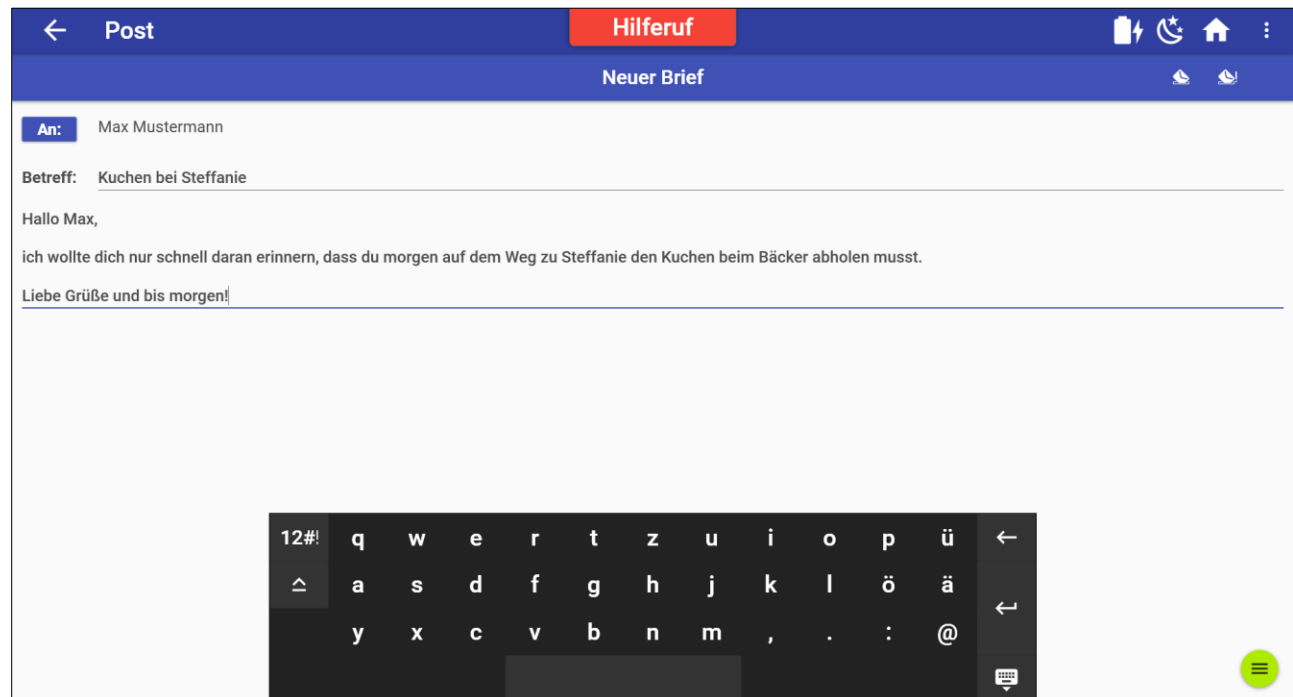
- Aktualisierung aller Postfächer




- Verfassen einer neuen E-Mail

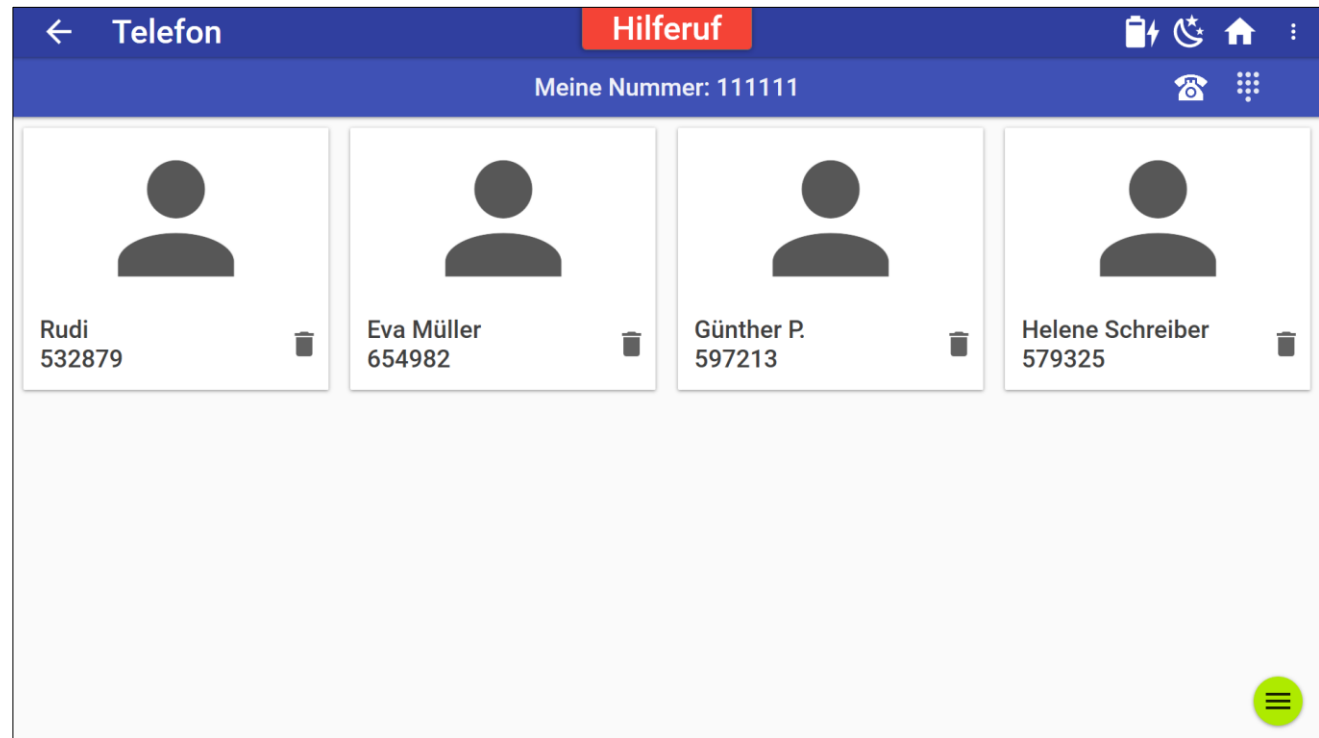



- Verfassen einer neuen E-Mail:
- Über **An:** wird er Empfänger ausgewählt.
- Erst wenn die Betreffzeile beschrieben wurde, kann die E-Mail durch  versendet werden.



- Wichtig! Wenn Sie von einer externen E-Mail Adresse eine E-Mail an eine PAUL-Adresse senden möchten, muss der Betreff mit „[PAUL]“, oder bei wichtigen E-Mails mit „[PAUL]!“ beginnen!
- In PAUL kann eine wichtige Nachricht durch Tippen auf  versendet werden.

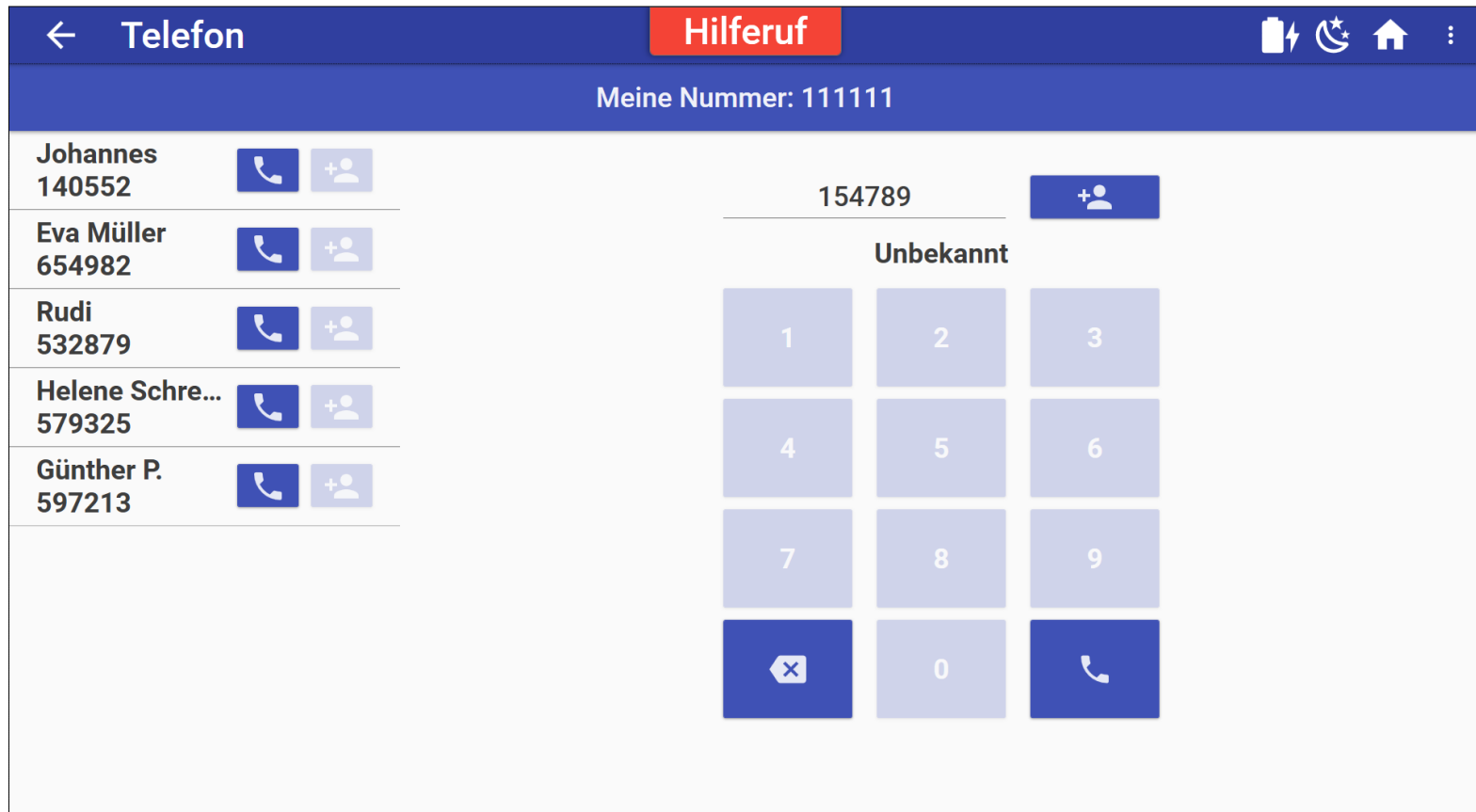
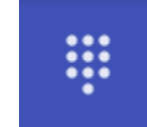
- Über „Telefon“ kann mit Angehörigen oder Ärzten per Videotelefonie kommuniziert werden.



- Kontakt löschen 

Telefon

- Anrufen (zuletzt gewählte Nummern, neue Nummer)



- Als neuen Kontakt hinzufügen



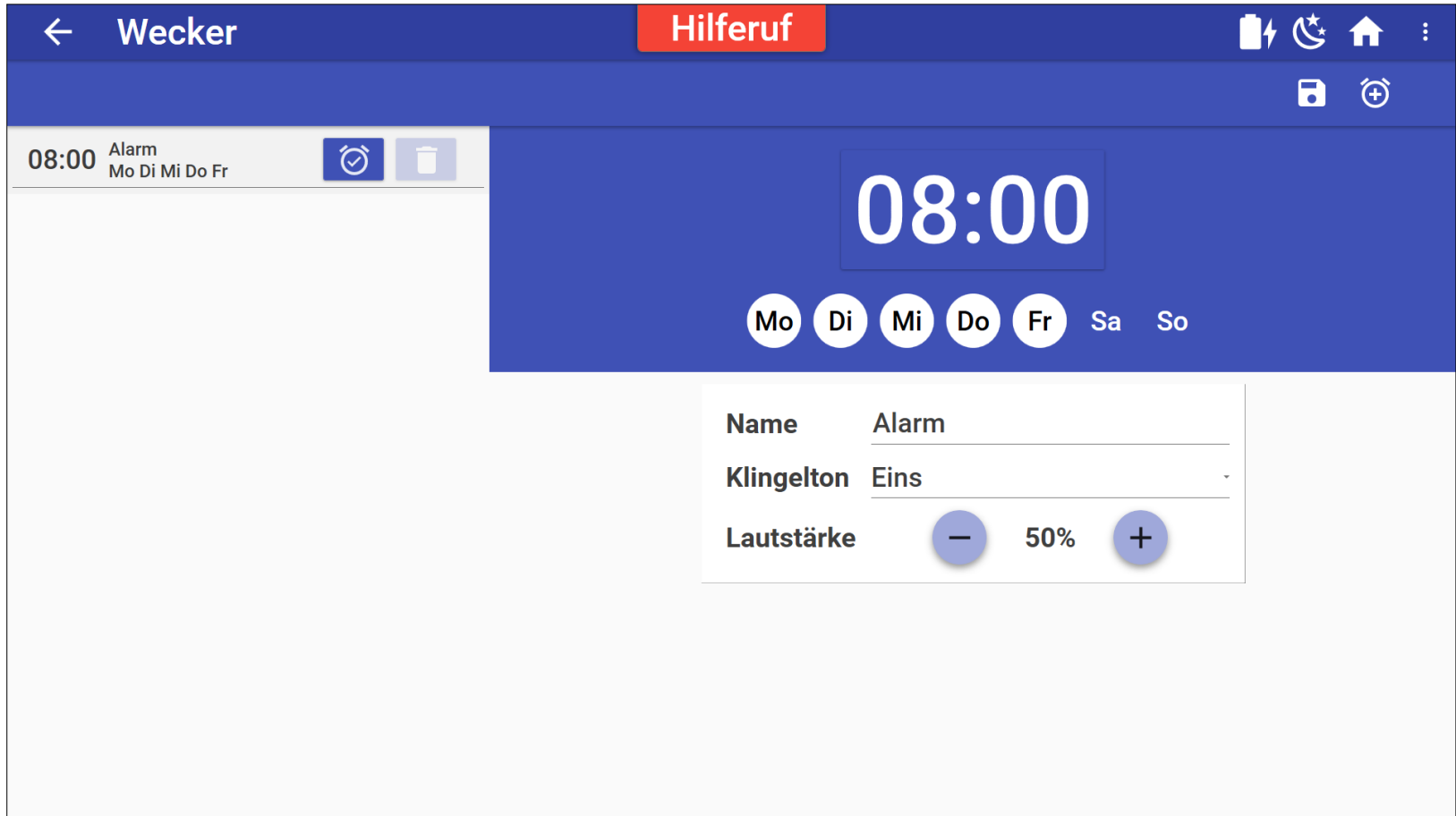
- Anruf einleiten



- Telefon abschalten



- Mit der Funktion „Wecker“, können mehrere Weckzeiten erstellt werden.



- Wecker erstellen



- Weckzeiten speichern



- Wecker ist eingeschaltet



- Wecker ist ausgeschaltet



- Wecker löschen



Kalender

- Im „Kalender“ können Termine erfasst und eingesehen werden.

← Kalender		Hilferuf		🔋 🌙 🏠 ☰		
☰ Woche		Kalenderwoche 29		+		
17. Montag 07.2017	18. Dienstag 07.2017	19. Mittwoch 07.2017	20. Donnerstag 07.2017	21. Freitag 07.2017	22. Samstag 07.2017	23. Sonntag 07.2017
00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01:00	01:00	01:00	01:00	01:00	01:00	01:00
02:00	02:00	02:00	02:00	02:00	02:00	02:00
03:00	03:00	03:00	03:00	03:00	03:00	03:00
04:00	04:00	04:00	04:00	04:00	04:00	04:00
05:00	05:00	05:00	05:00	05:00	05:00	05:00
06:00	06:00	06:00	06:00	06:00	06:00	06:00
07:00	07:00	07:00	07:00	07:00	07:00	07:00
08:00	08:00	08:00	08:00	08:00	08:00	08:00
09:00	09:00	09:00	09:00	09:00	09:00	09:00
10:00	10:00	10:00	10:00	10:00	10:00	10:00
11:00	11:00	11:00	11:00	11:00	11:00	11:00
12:00	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00
13:00	13:00	13:00	13:00	13:00	13:00	13:00
14:00	14:00	14:00	14:00	14:00	14:00	14:00
15:00	15:00	15:00	15:00	15:00	15:00	15:00
16:00	16:00	16:00	16:00	16:00	16:00	16:00
17:00	17:00	17:00	17:00	17:00	17:00	17:00

- Termineintrag erfassen



- Unter Dienste können PAUL-Nutzer Dienstleistungen, Speisepläne, Veranstaltungen und Produkte, die eingetragen wurden, einsehen und bestellen.
- Die Angebote werden nicht von CIBEK eingetragen.



- Termineintrag bearbeiten:

← Kalender Hilferuf 🔋 🌙 🏠 ⋮

Eintrag bearbeiten 💾

Art Termin Geburtstag Treffen Arzt Sonstiges

Wiederholung Aus Täglich Wöchentlich Monatlich

Titel Dr. Kernel (Kardiologe)

Start Mi, 17.05.2017 08:30

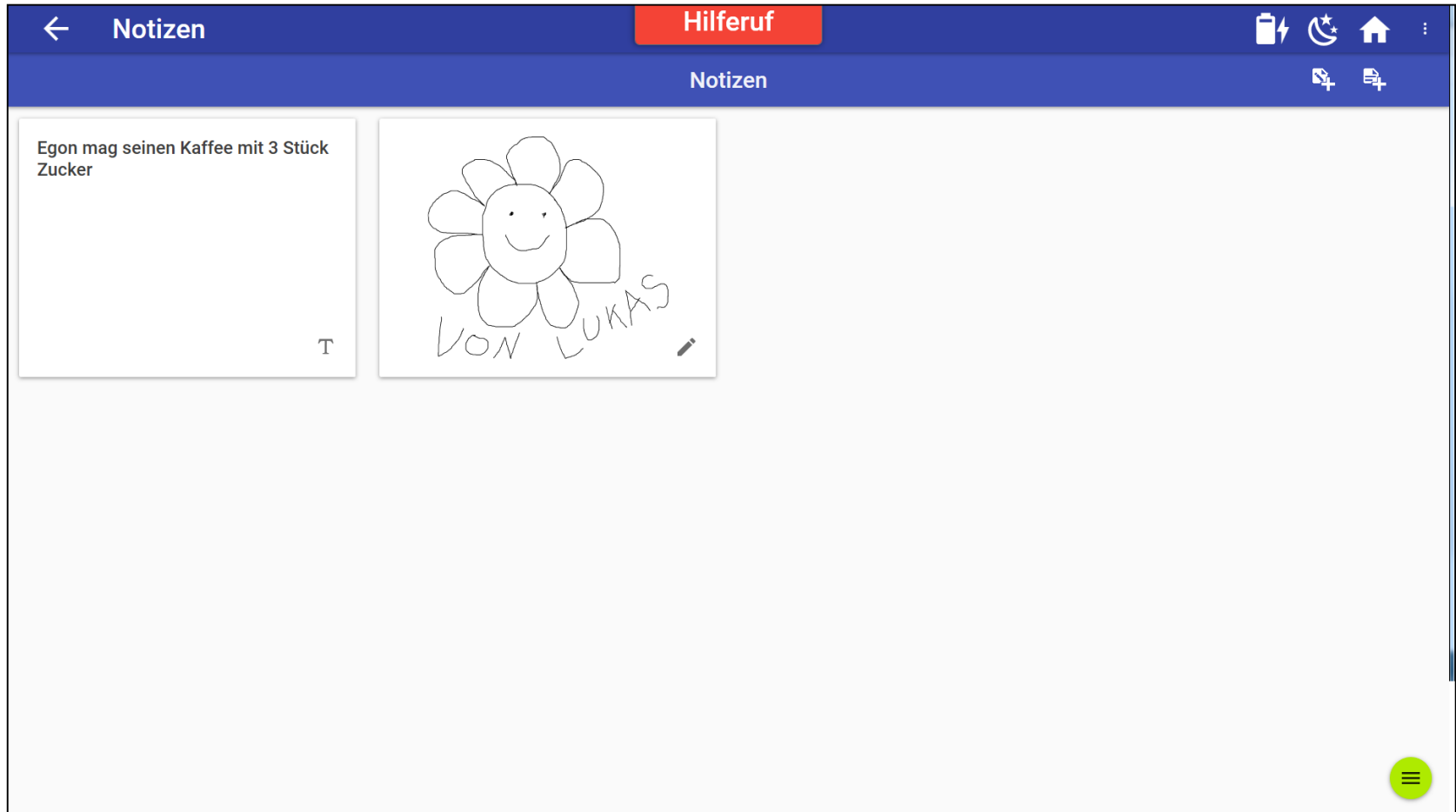
Notiz Nichts Frühstücken

☰

- Termineintrag speichern



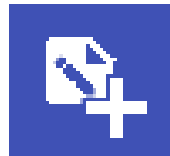
- Über „Notizen“, können Einträge erfasst oder eingesehen werden



- Neue Notiz schreiben:



- Neue Notiz malen:



- Alle Notizen löschen: →

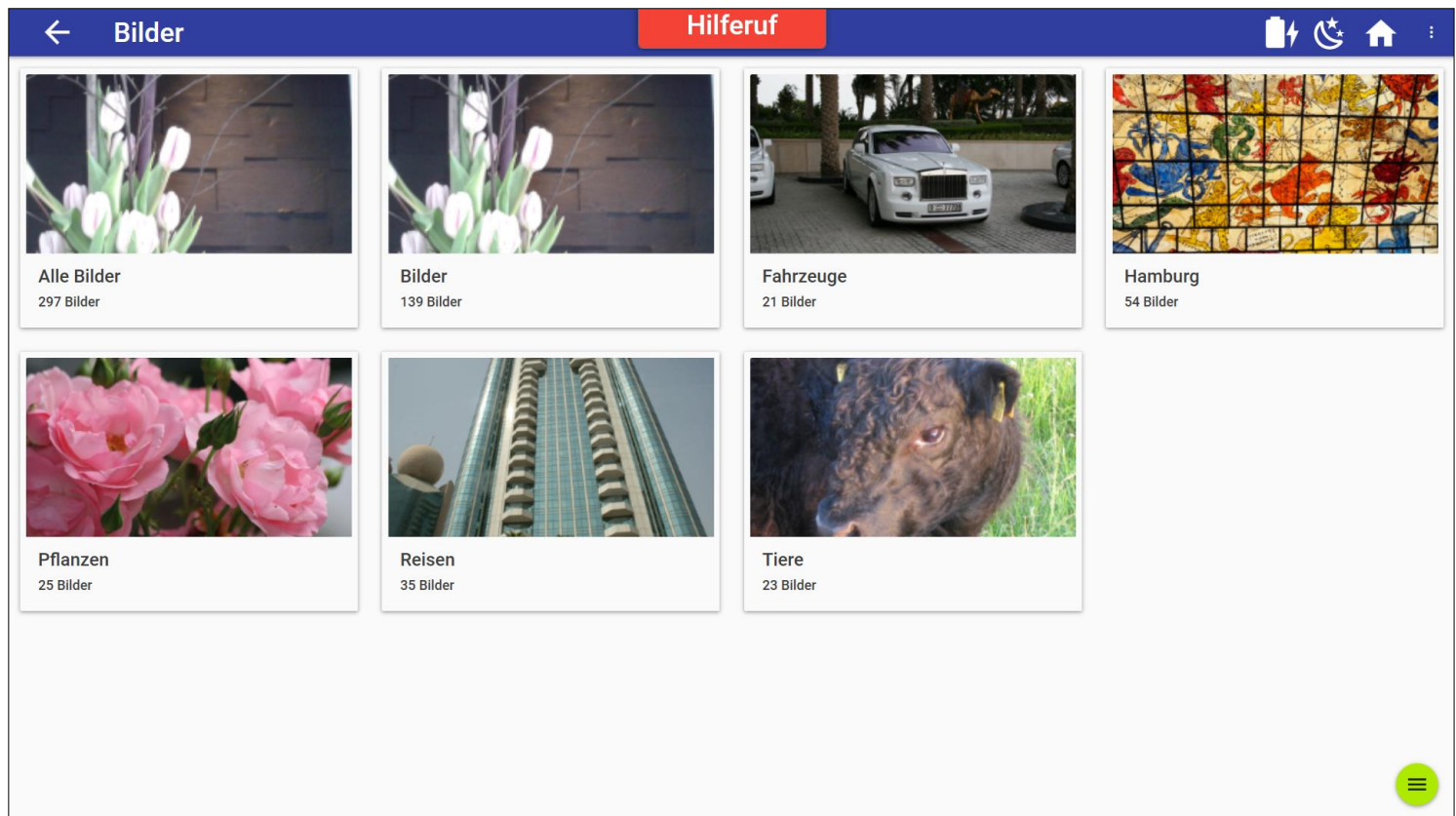


- Fertige Notiz speichern:



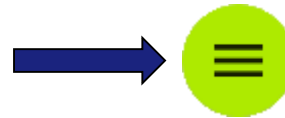
Bilder

- Über „Bilder“ können Fotos und Bilder geschaut werden.
- Bilderübersicht:



- Folgende Funktionen stehen Ihnen beim Anschauen zur Verfügung:

- Tippen auf die Schaltfläche für die Schnellzugriffsleiste



- Diashow



- Blättern (Vor/Zurück)




- Bild löschen



- Kopieren



- Neues Fotoalbum anlegen:
 - → Gewünschtes Foto anwählen
 - → Auf „Kopieren“-Schaltfläche () tippen
 - → In folgendem Fenster, Name des Albums eingeben

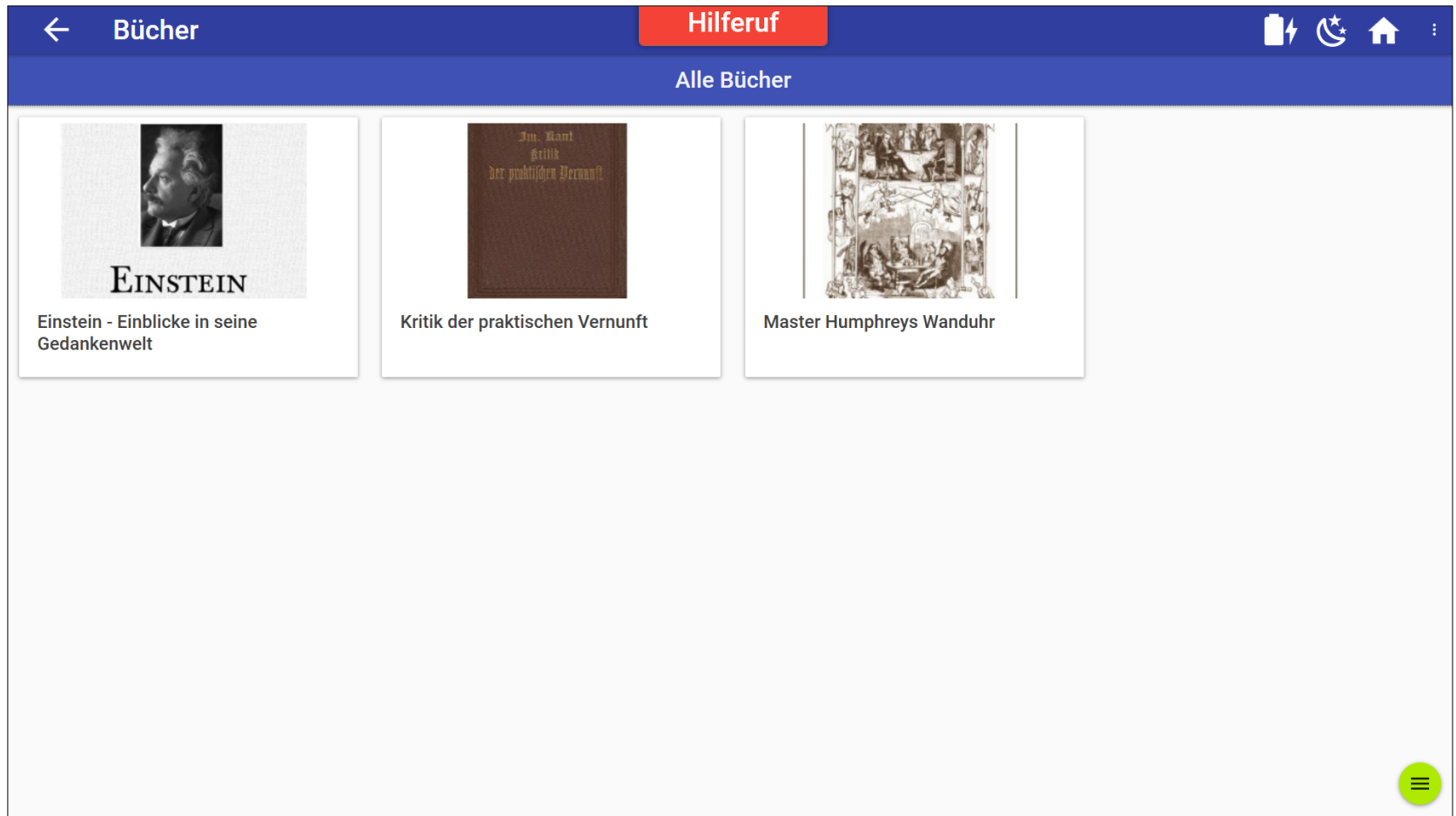
Bitte geben Sie den Namen des Albums an.

Natur

Kopieren Abbrechen

- → Auf Kopieren tippen
- Um weitere Bilder in dieses Album zu kopieren, genauso vorgehen.
WICHTIG! Der Name des Albums muss übereinstimmen.

- Über das Modul „Bücher“, können Bücher gelesen werden.



- Tippen Sie auf ein Buch, um es zu lesen.

← Bücher Hilferuf

3 von 117 Kritik der praktischen Vernunft

Möglichkeit in dieser praktischen Beziehung *angenommen* werden, ohne sie doch theoretisch zu erkennen und einzusehen. Für die letztere Forderung ist in praktischer Absicht genug, daß sie keine innere Unmöglichkeit (Widerspruch) enthalten. Hier ist nun ein, in Vergleichung mit der spekulativen Vernunft, bloß *subjektiver* Grund des Fürwahrhaltens, der doch einer eben so reinen, aber praktischen Vernunft *objektiv* gültig ist, dadurch den Ideen von Gott und Unsterblichkeit vermittelt des Begriffs der Freiheit objektive Realität und Befugnis, ja subjektive Nowendigkeit (Bedürfnis der reinen Vernunft) sie anzunehmen verschafft wird, ohne daß dadurch doch die Vernunft im theoretischen Erkenntnisse erweitert, sondern nur die Möglichkeit, die vorher nur *Problem* war, hier *Assertion* wird, gegeben, und so der praktische Gebrauch der Vernunft mit den Elementen des theoretischen verknüpft wird. Und dieses Bedürfnis ist nicht etwa ein hypothetisches, einer *beliebigen* Absicht der Spekulation, daß man etwas annehmen müsse, wenn man zur Vollendung des Vernunftgebrauchs in der Spekulation hinaufsteigen *will*, sondern ein *gesetzliches*, etwas anzunehmen, ohne welches nicht geschehen kann, was man sich zur Absicht seines Tuns und Lassens unauflöflich setzen *soll*.

Es wäre allerdings befriedigender für unsere spekulative Vernunft, ohne diesen Umschweif jene Aufgaben für sich aufzulösen, und sie als Finsicht zum praktischen Gebrauche aufzubewahren; allein es ist einmal mit unserem Vermögen der Spekulation nicht so gut bestellt. Diejenigen, welche sich solcher hohen Erkenntnisse rühmen, sollten damit nicht zurückhalten, sondern sie öffentlich zur Prüfung und Hochschätzung darstellen. Sie wollen *beweisen*, wohlan! so mögen sie denn beweisen, und die Kritik legt ihnen, als Siegern, ihre ganze Rüstung zu Fuß. Quid statis? Nolint. Aqvi licet esse beatis – Da sie also in der Tat nicht wollen, vernünftig weil sie nicht können, so müssen wir jene doch nur wiederum zur Hand nehmen, um die Begriffe von *Gott, Freiheit und Unsterblichkeit*, für welche die Spekulation nicht hinreichende Gewährleistung ihrer *Möglichkeit* findet, in moralischem Gebrauche der Vernunft zu suchen und auf denselben zu gründen.

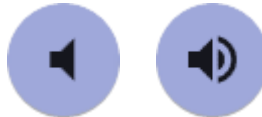
Hier erklärt sich auch allererst das Rätsel der Kritik, wie man dem übersinnlichen *Gebrauche der Kategorien* in der Spekulation objektive *Realität* absprechen, und ihnen doch, in Ansehung der Objekte der reinen praktischen Vernunft, diese *Realität* zugestehen könne, denn vorher muß dieses notwendig *inkonsequent* aussehen, so lange man einen solchen praktischen Gebrauch nur dem Namen nach kennt. Wird man aber jetzt durch eine vollständige Zergliederung der letzteren inne, daß gedachte Realität hier gar auf keine theoretische *Bestimmung der Kategorien* und Erweiterung des Erkenntnisses zum Übersinnlichen hinausgehe, sondern nur hierdurch gemeinet sei, daß ihnen in dieser Beziehung überall ein *Objekt* zukomme, weil sie entweder in der notwendigen Willensbestimmung a priori enthalten, oder mit dem Gegenstände derselben unzertrennlich verbunden sind, so verschwindet jene Inkonsequenz; weil man einen andern Gebrauch von jenen Begriffen macht, als spekulative Vernunft bedarf. Dagegen eröffnet sich nun eine vorher kaum zu erwartende und sehr befriedigende Bestätigung der *konsequenten Denkungsart* der spekulativen Kritik darin, daß, da diese die Gegenstände der Erfahrung, als solche, und darunter selbst unser eigenes Subjekt, nur für *Erscheinungen* gelten zu lassen, ihnen aber gleichwohl Dinge an sich selbst zum Grunde zu legen, also nicht alles Übersinnliche für *Erlichtung* und dessen Begriff für leer an Inhalt zu halten, einschränkte: praktische Vernunft jetzt für sich selbst, und ohne mit der spekulativen Verabredung getroffen zu haben, einen übersinnlichen Gegenstände der Kategorie der Kausalität, nämlich der *Freiheit, Realität* verschafft, (obgleich, als praktischem Begriffe, auch nur zum praktischen Gebrauche,) also dasjenige, was dort bloß *gedacht* werden konnte, durch ein Faktum bestätigt. Hierbei erhält nun zugleich die befremdliche, obzwar unstreitige, Behauptung der spekulativen Kritik, daß sog-

- Funktionen in dem Modul „Bücher“

- Seite umblättern



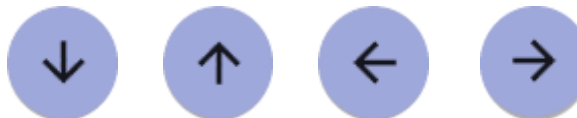
- Lautstärke regulieren



- Vergrößern/Verkleinern



- Scrollen (nur bei Zoom)



- Weitere Funktionen

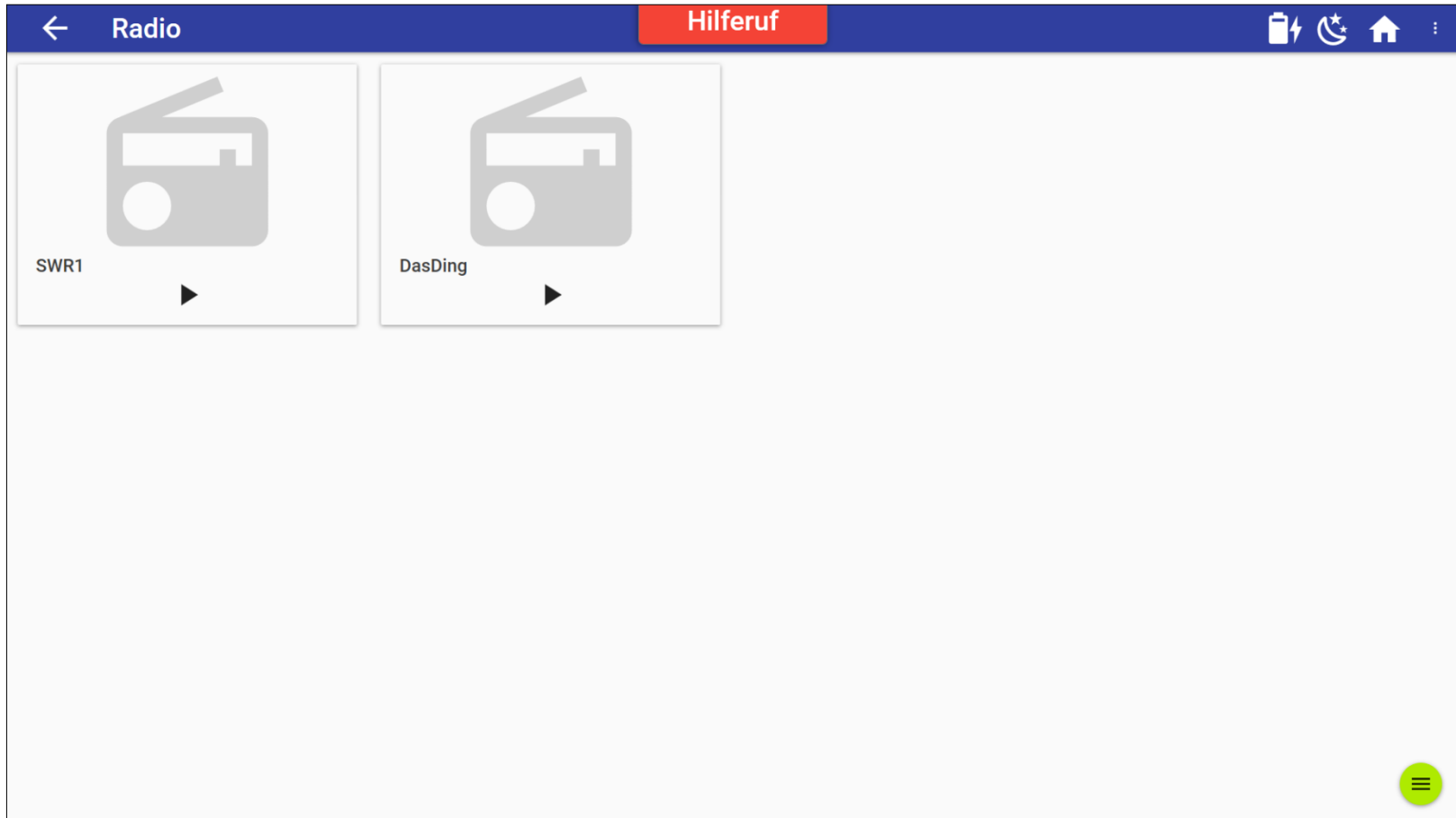
- Buch löschen



- Buch kopieren



- Anhören von voreingestellten Radiosender



- Funktionen im Modul „Radio“

- Radiosender abspielen



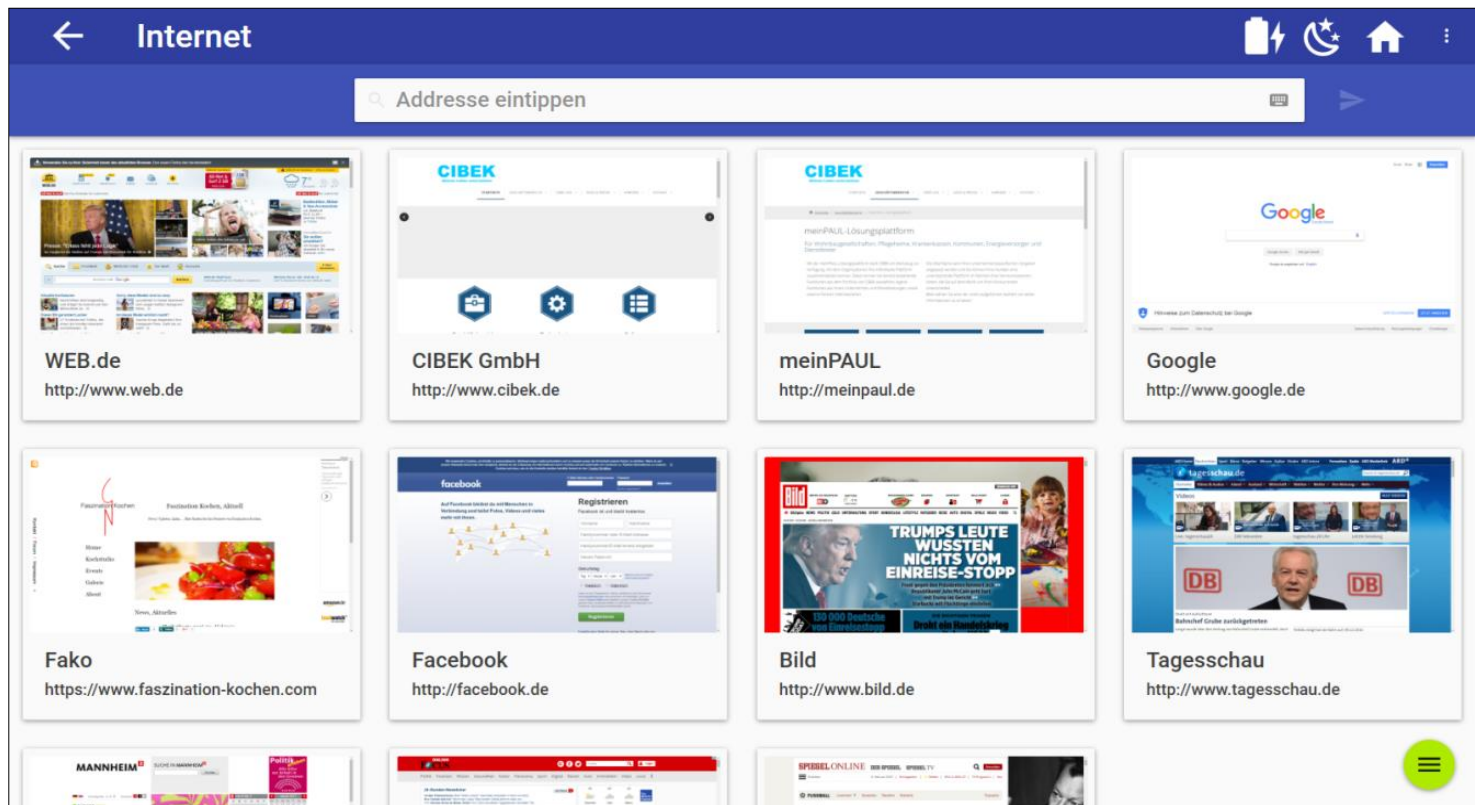
- Sender wieder ausschalten



- Lautstärke regeln




- Auf der Übersichtsseite können Sie durch einfaches Tippen, favorisierte Seiten aufrufen.
- Beispiel einer Startseite:




- Über die Adresszeile können auch nicht favorisierte Seiten manuell eingetippt und aufgerufen werden.



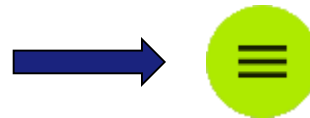
- Manuell eingetippte Adresse werden über  aufgerufen.

- Tippen Sie auf  um die Webseite zu favorisieren.  → 

- Tippen Sie auf  um die Webseite wieder zu entfernen.

- Weitere Funktionen:

- Tippen auf die Schaltfläche für die Schnellzugriffsleiste



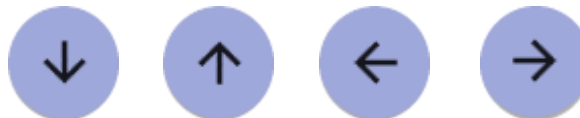
- Hinein- und Herauszoomen



- Lautstärke regeln



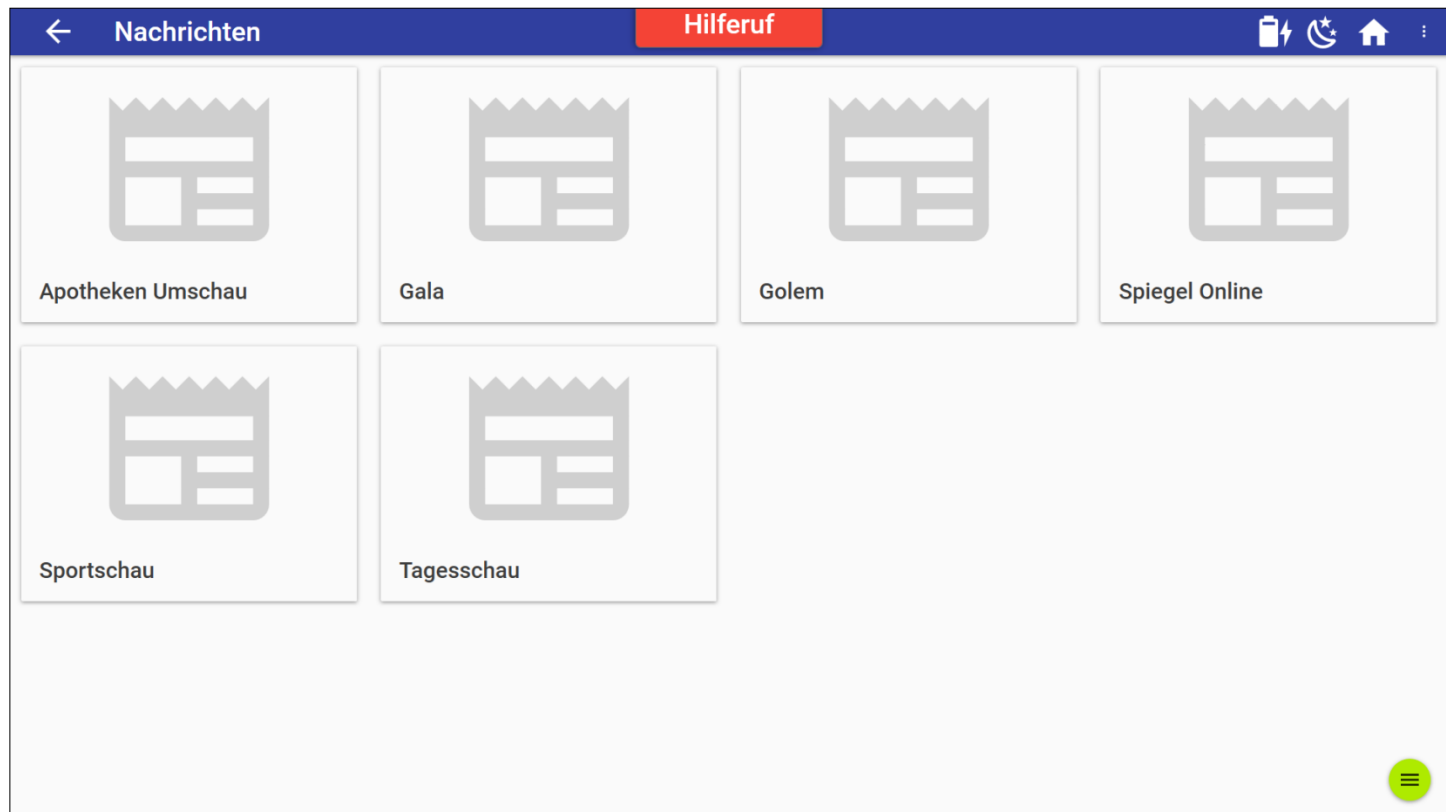
- Auf der Homepage blättern



- Tastatur Aufrufen







- In „Nachrichten“ können Sie sich über die aktuellen Geschehnisse informieren.
- Durch Tippen auf Ihre Lieblingsseite können Sie sich über aktuelle Nachrichten informieren.



- Tippen Sie auf Ihre gewünschte Nachrichtenseite, werden Ihnen die aktuellsten Schlagzeilen angezeigt.

The screenshot shows a mobile news application interface. At the top, there is a blue header bar with a back arrow, the text 'Nachrichten', a red 'Hilferuf' button, and icons for battery, moon, home, and a menu. Below the header, there is a sub-header with a hamburger menu icon, 'Nachrichtenseiten', and 'Golem'. The main content area displays a grid of six news articles, each with a thumbnail image, a title, a short text snippet, a play button, and a timestamp.

Thumbnail	Title	Text Snippet	Timestamp
	Ghost Recon Wildlands: Mehr Komfort per Patch veröffentlicht	Selbst hartgesottene Spieler von Ghost Recon Wildlands dürften sich über die Verbesserungen des letzten großen Updates freuen. Es optimiert die Benutzerführung und bereitet den Titel auf die nächste große Erweiterung Fallen Ghosts vor. (Ghost Recon, Ubisoft)	19.05.2017 16:10
	Ultrastar SS300: HGST stellt TLC-SSDs für Enterprise-Kunden vor	Beim Lesen fast genauso schnell wie MLC-Flash: Die neuen SAS-SSDs von HGST für den Serverbereich können auch mit TLC-Flash bestellt werden, der auf dem Papier gute Leistungswerte bringt. Das Problem ist die Zuverlässigkeit im Dauerbetrieb. (HGST, Speichermedien)	19.05.2017 15:45
	Wohnungseinbrüche: Koalition verteidigt erweiterte Vorratsdatenabfrage	Bei allen Einbruchsdelikten soll die Polizei künftig Funkzellen- und Standortdaten abfragen dürfen. Während die Grünen die erweiterte Vorratsdatenabfrage kritisierten, verteidigten Union und SPD die Pläne im Bundestag. (Vorratsdatenspeicherung, Datenschutz)	19.05.2017 15:15
	Schnittstelle: Intel pflegt endlich Linux-Treiber für Thunderbolt	Die von Intel initiierte Thunderbolt-Technik kann unter Linux nicht immer besonders gut genutzt werden. Das könnte sich nun endlich ändern, da das Unternehmen die Pflege der Linux-Kernel-Treiber übernehmen möchte - möglicherweise für Chromebook-Support. (Linux-Kernel, Intel)	19.05.2017 14:25
	Panorama: Berliner Kamerahersteller Panono ist insolvent	Ende des Höhenwurfs: Das Berliner Unternehmen Panono hat Insolvenz angemeldet. Panono entwickelte eine Kamera, die in die Luft geworfen wird und dabei 360-Grad-Panoramen aufnimmt. (Panono, Smartphone)	19.05.2017 12:48
	Cascade Lake: Intels Xeon-CPUs nutzen Persistent Memory	Die aktuellen Prozessoren, intern als Skylake-SP bezeichnet, sind kaum angekündigt, da spricht Intel bereits über die nächste Xeon-Generation. Die heißt Cascade Lake und soll 2018 erscheinen. Neu ist die Unterstützung für Persistent Memory. (Xeon, Prozessor)	19.05.2017

- Durch Tippen auf die Abspielschaltfläche, könne Sie sich die Nachrichten vorlesen lassen.
- Sie können durch nach oben oder nach unten Wischen sowie über die Pfeilschaltflächen ( ), nach oben oder auch nach unten blättern.
- Regulieren der Lautstärke erfolgt über  

- Im „Trinktagebuch“ können Sie Ihre Trinkmengen eintragen und so Ihren Fortschritt zum Erreichen Ihres Trinktageszieles dokumentieren.

The screenshot shows the 'Trinktagebuch' app interface. At the top, there is a navigation bar with a back arrow, the title 'Trinktagebuch', a red 'Hilferuf' button, and system icons for battery, moon, home, and a menu. Below this is a header bar for the day 'Di, 11.07.2017'. The main content area shows a list of entries on the left and a progress bar on the right. The progress bar indicates '0,80 Liter von 1,50 getrunken'. Below the progress bar is a grid of drink icons with their respective volume options: 'individuell', '0,1 Liter', '0,2 Liter', '0,3 Liter', '0,5 Liter', '0,75 Liter', '1 Liter', and '1,5 Liter'. A green menu icon is visible in the bottom right corner.

Icon	Volume
?	individuell
Cup	0,1 Liter
Tumbler	0,2 Liter
Mug	0,3 Liter
Bottle	0,5 Liter
Bottle	0,75 Liter
Can	1 Liter
Bottle	1,5 Liter

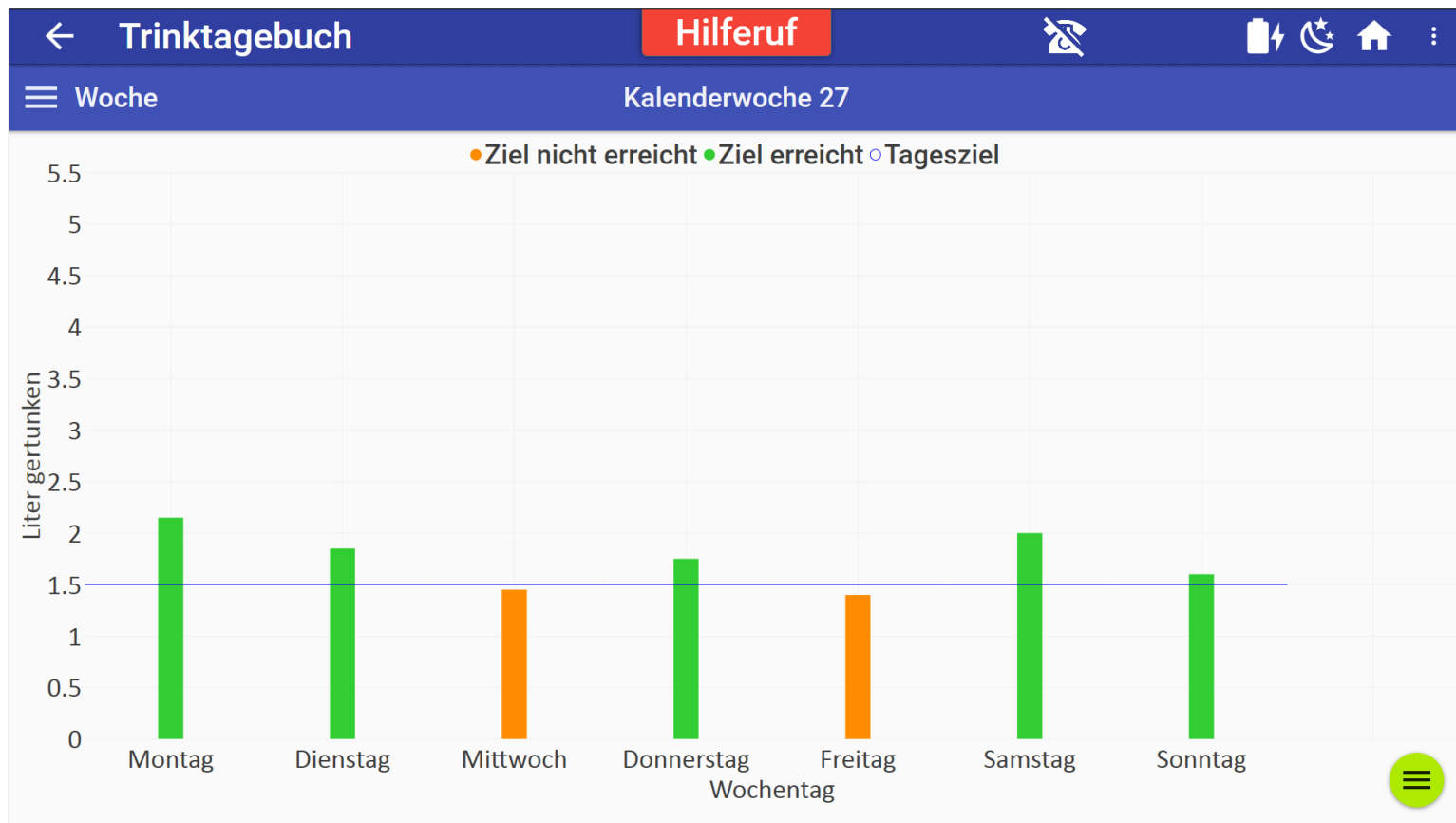
- Tippen Sie auf die Schaltflächen mit der entsprechenden Trinkmenge, die Sie zu sich genommen haben.
- Bei bspw. 0,5 Liter tippen Sie auf folgende Schaltfläche:



- Auf der linken Bildschirmseite sehen Sie Ihre bereits getätigten Eingaben.
- Der Balken über den Schaltflächen auf der rechten Seite gibt Ihnen Auskunft darüber, in wie weit Sie Ihr Tagesziel bereits erreicht haben.

Trinktagebuch

- Tippen Sie auf die Schaltfläche mit den drei Strichen auf der oberen linken Bildschirmseite, um zwischen der Tagesansicht, der Wochenansicht und der Monatsansicht hin und her zu wechseln:



- Über das Modul „Zitate“, könne Sie Zitate lesen, oder auch vorlesen lassen.



- Zitat vorlesen lassen



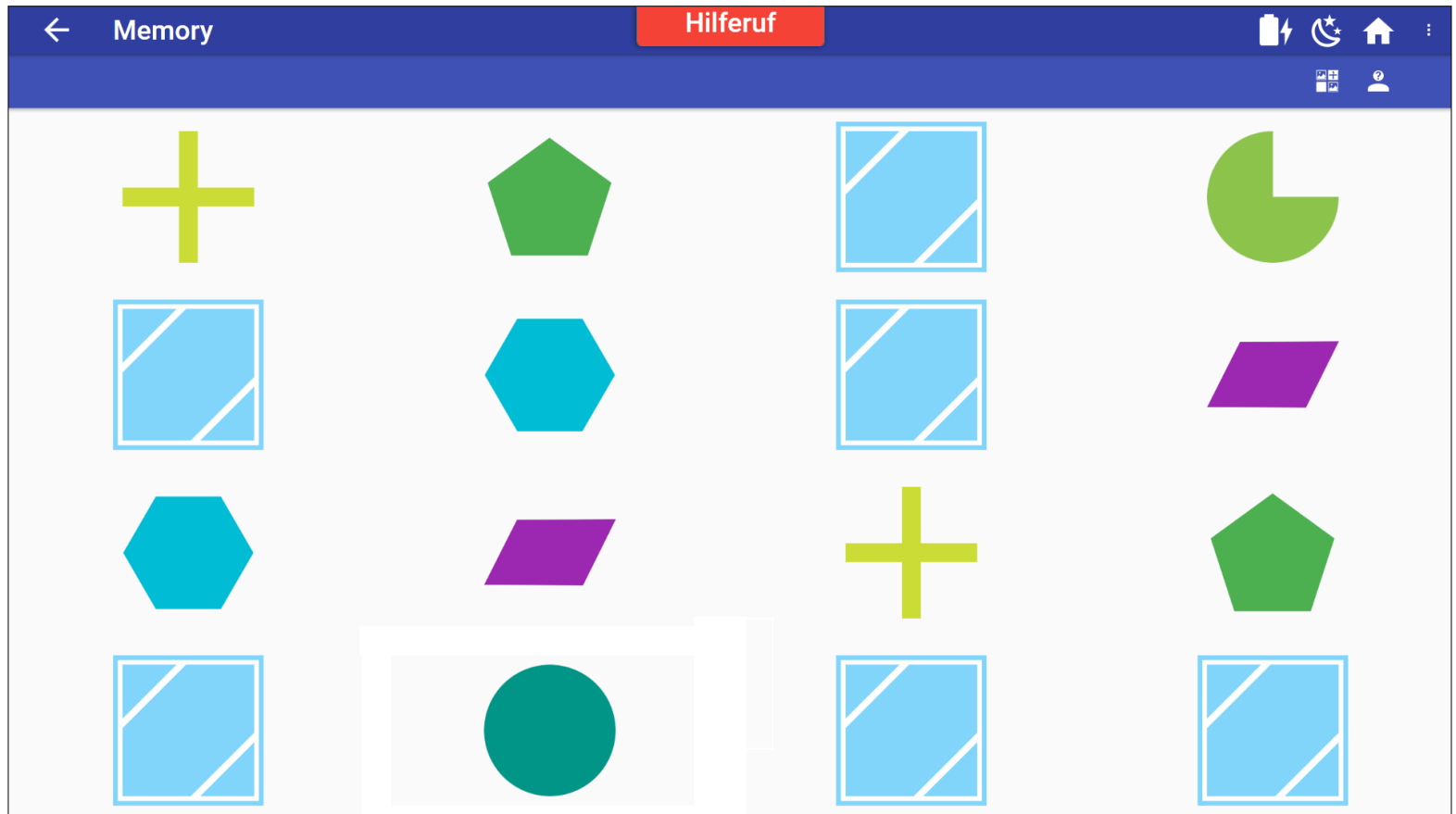
- Lautstärke regulieren



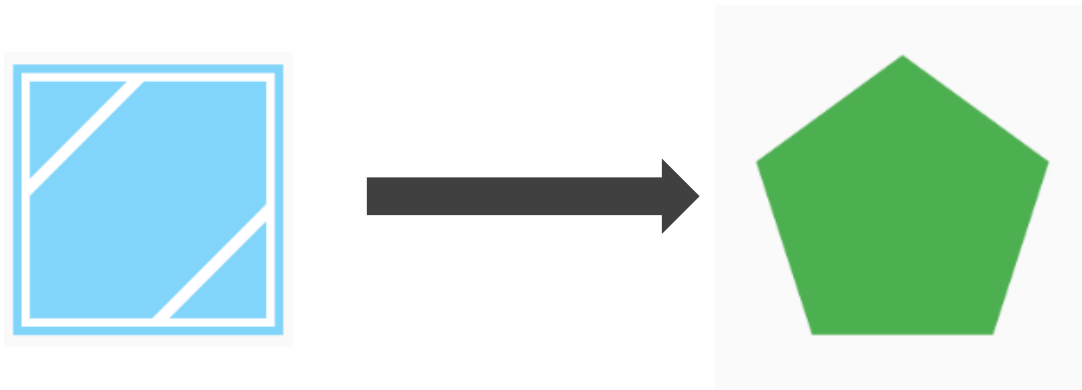
- Hin-und-her-Blättern



- „Spiele“ können als netter Zeitvertreib oder zur Verbesserung der Gedächtnisleistung genutzt werden.



- Memory
- Durch Tippen auf die blauen Karten, öffnen Sie die Symbole



- Ziel ist es, alle gleichen Paare zu finden und aufzudecken.

- Neues Spiel starten



- Lösung anzeigen



- Sudoku

The screenshot shows a Sudoku game interface. The top bar is blue and contains a back arrow, the text 'Sudoku', a red button labeled 'Hilferuf', and system icons for battery, moon, home, and a menu. Below the top bar is a secondary bar with icons for a grid, a person, a search, and a refresh. The main area is a 9x9 grid. The grid is partially filled with numbers. A yellow cell is highlighted at row 7, column 2. To the right of the grid is a numeric keypad with buttons for numbers 1-9 and a 'Löschen' button.

8			5				9	3
		4			7		8	
		2			1			
	4			5			9	
	6			4			5	
9	1		9					7
			4			1		
			8					
	7	6	3			2		

- Durch Tippen auf ein leeres Feld, wird dieses gelb markiert:

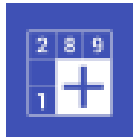
		6

- Jetzt können Sie durch Nutzen des Ziffernblocks, Ihre gewünschte Zahl eingeben, oder eine bereits eingegeben Zahl wieder löschen:



- Ziel ist es, alle Felder so auszufüllen, dass die Zahlen 1 bis 9, in jeder Reihe sowohl vertikal als auch horizontal, nur einmalig vorkommen.

- Lösung prüfen



- Neues Spiel starten



- Spiel auflösen



- Spiel zurücksetzen



Standardmodule

PAULa

- Manuelle Auslösung:

- Option 1: Schaltfläche „**Hilferuf**“ im Ringmenü antippen.



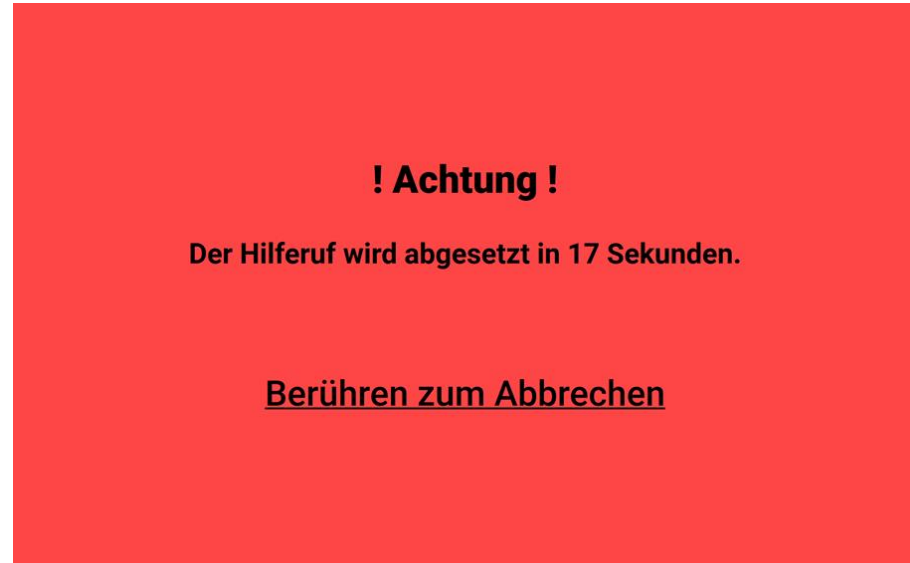
- Option 2: Rechteckige Anzeige in der oberen Leiste antippen.

HILFERUF

- Automatische Auslösung:

- Durch Erfassung von **Abweichungen** zum „normalen“ Verhalten.
- Bspw. durch Ausbleiben von Bewegung (z.B. nach einem Sturz) oder durch eine untypisch lange Aufenthaltsdauer in einem Raum.

- Bevor der Hilferuf weitergeleitet wird, erscheint folgende Meldung mit Zeitangabe und Alarmton:

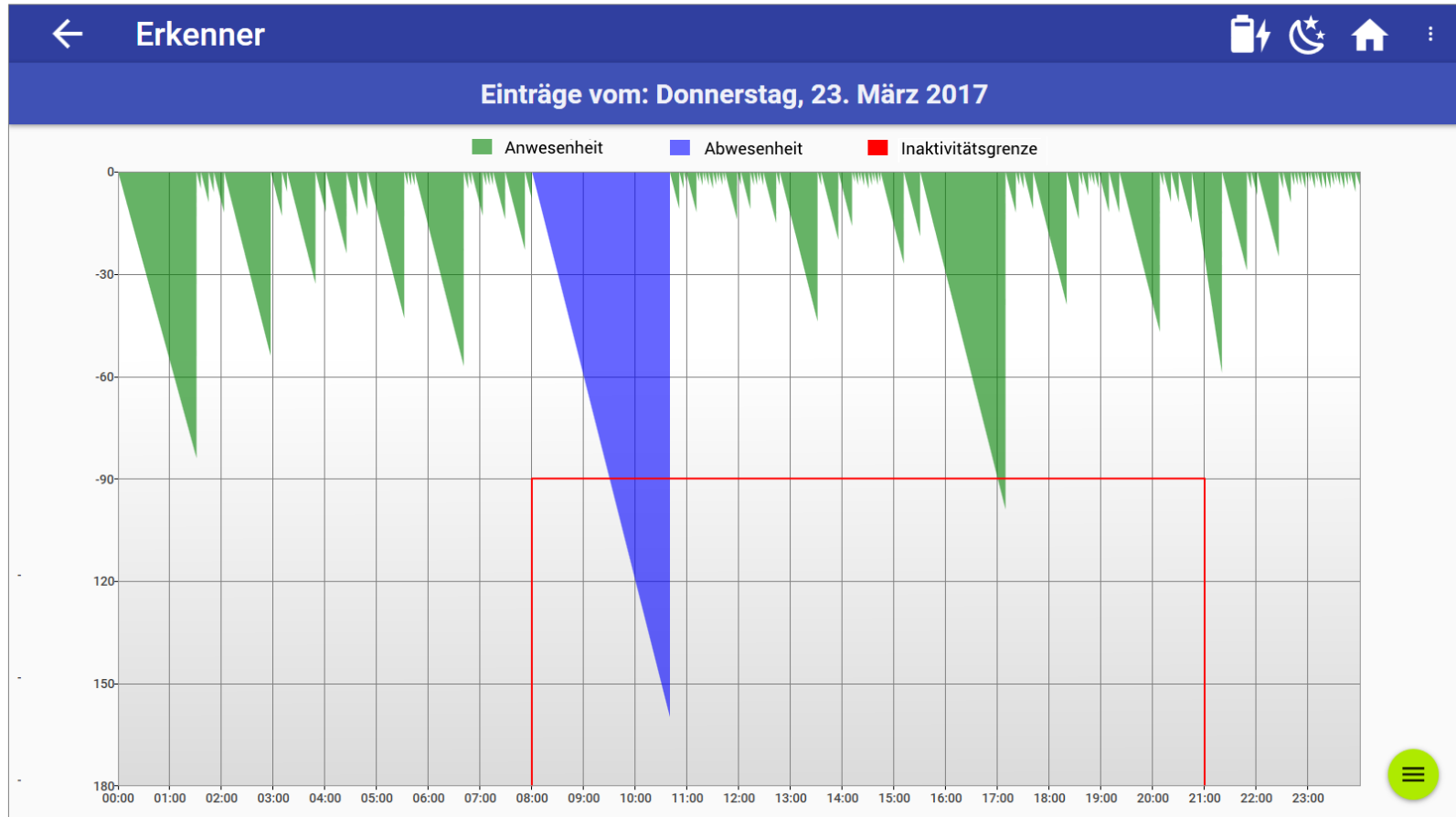


- Hilferuf wird durch Tippen auf den Bildschirm abgebrochen.
- Nach Ablauf der Zeit → Weiterleitung an Miniserver → Weiterleitung an Hausnotrufgerät → Weiterleitung an die Hausnotrufzentrale.

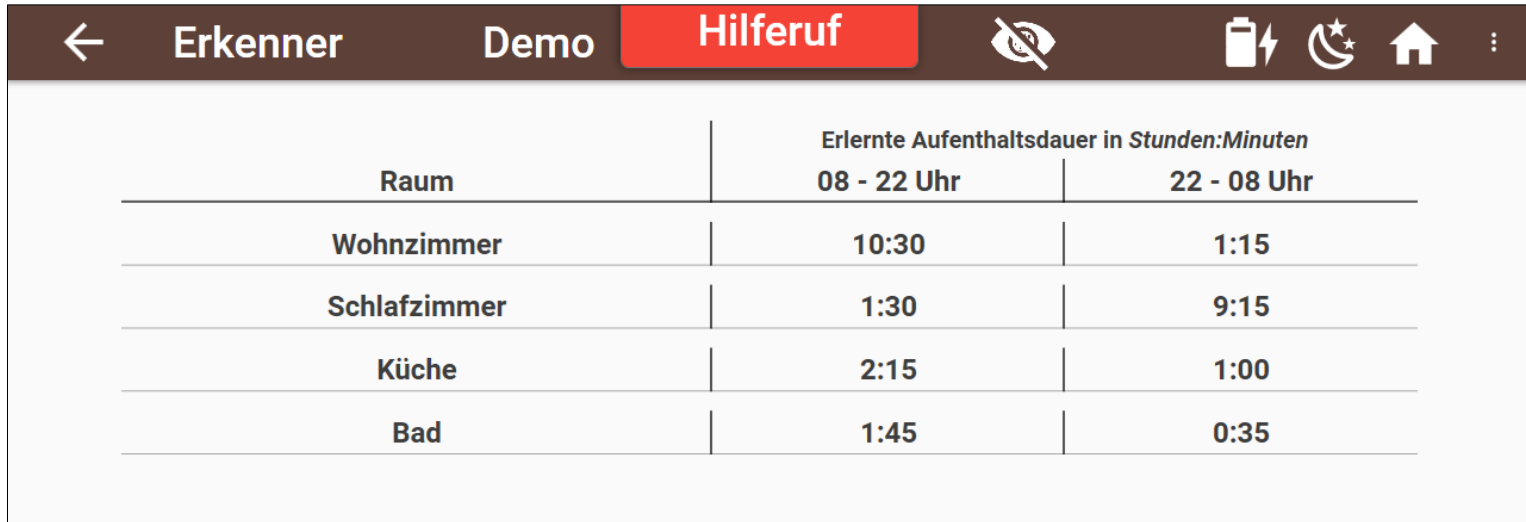
- „Erkenner“ bietet Einstellungen und Informationen zur Sicherheitsüberwachung.
 - Inaktivitätserkennung
 - Hilflosigkeitserkennung
 - Anwesenheitserkennung

Ausgelöst am	Ausgelöst durch	Ursache
Heute 09:49:23	Benutzer Display	Der Alarm wurde vom Benutzer ausgelöst.
Heute 09:49:23	Benutzer Display	Der Alarm wurde vom Benutzer ausgelöst.
Heute 09:31:15	Benutzer Display	Der Alarm wurde vom Benutzer ausgelöst.
Heute 09:31:14	Benutzer Display	Der Alarm wurde vom Benutzer ausgelöst.
Heute 09:20:17	Benutzer Display	Der Alarm wurde vom Benutzer ausgelöst.
Heute 09:20:16	Benutzer Display	Der Alarm wurde vom Benutzer ausgelöst.
Heute 09:20:15	Benutzer Display	Der Alarm wurde vom Benutzer ausgelöst.
Heute 08:52:30	Benutzer Display	Der Alarm wurde vom Benutzer ausgelöst.
Heute 08:52:29	Benutzer Display	Der Alarm wurde vom Benutzer ausgelöst.

- „Graph“ illustriert Anwesenheit, Abwesenheit und Inaktivität:



- „**Zeiten**“ geben Aufschluss über die erlernte Aufenthaltsdauer.



The screenshot shows the 'Erkenner' app interface. At the top, there is a navigation bar with a back arrow, the title 'Erkenner', a 'Demo' button, a red 'Hilferuf' button, and several system icons (eye with slash, battery, moon, home, and menu). Below the navigation bar is a table with the following data:

Raum	Erlernte Aufenthaltsdauer in <i>Stunden:Minuten</i>	
	08 - 22 Uhr	22 - 08 Uhr
Wohnzimmer	10:30	1:15
Schlafzimmer	1:30	9:15
Küche	2:15	1:00
Bad	1:45	0:35

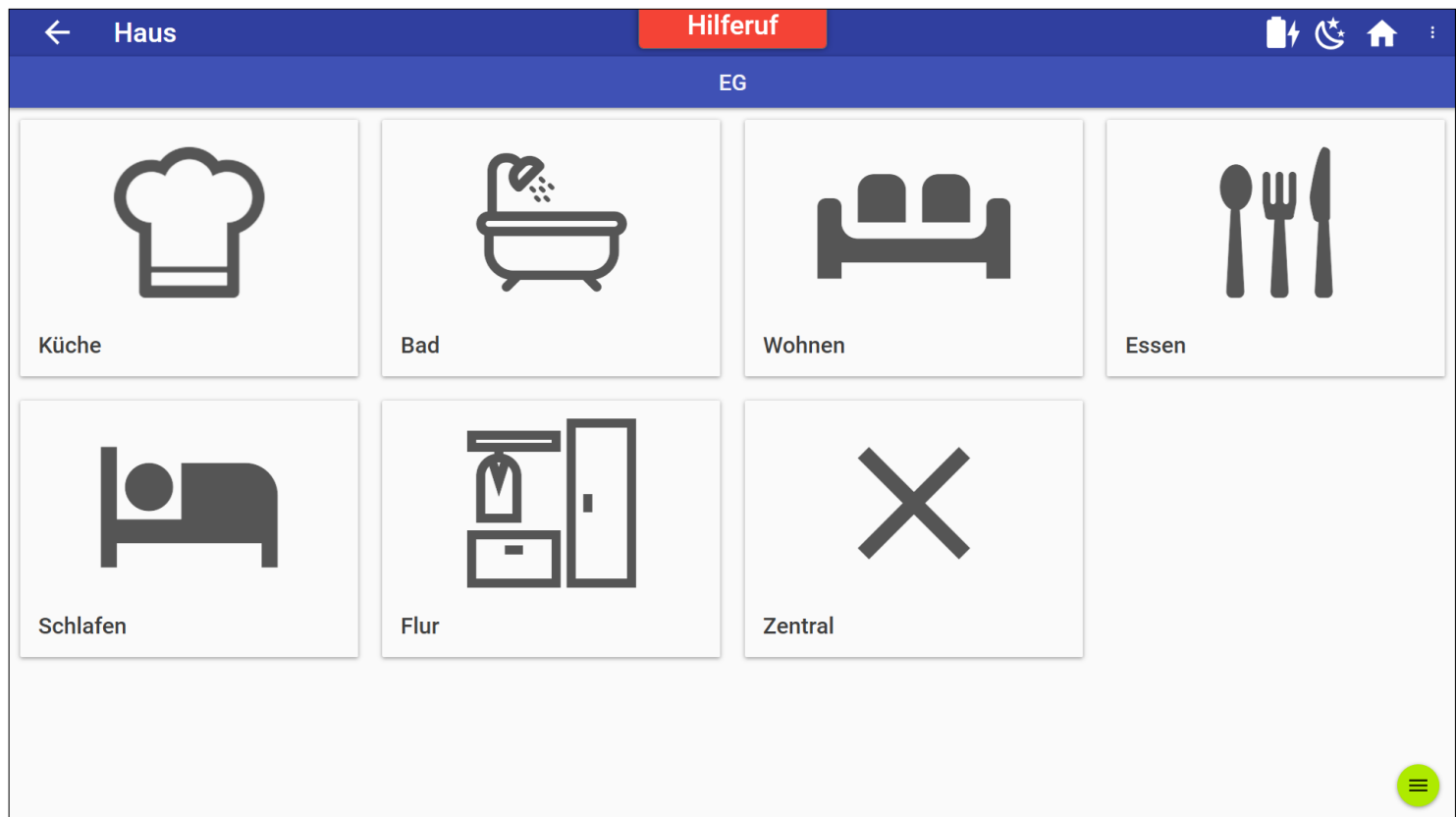
- An folgendem Symbol, können Sie erkennen, dass die Erkenner-Systeme ausgeschaltet sind.



Standardmodule

PAUL in Vollausrstattung

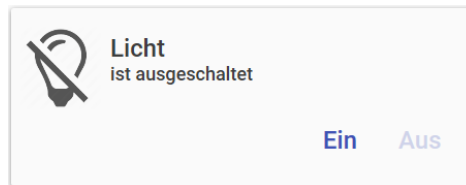
- Über „Haus“, kann die Haussteuerung vorgenommen werden.
- Hierbei können einzelne Räume oder auch die „Zentral-“ Steuerung (Steuerung der ganzen Wohnung) angewählt werden.



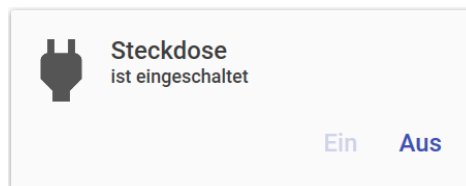
- Die folgenden Komponente können gesteuert oder überprüft werden:

- Steuerung von Bspw.

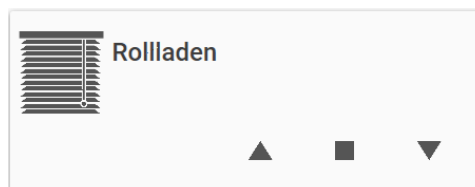
- Lichter



- Steckdosen

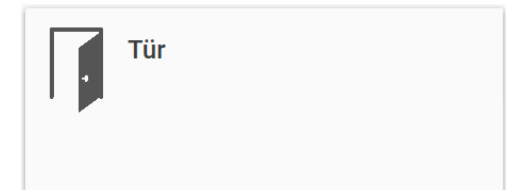


- Rollläden

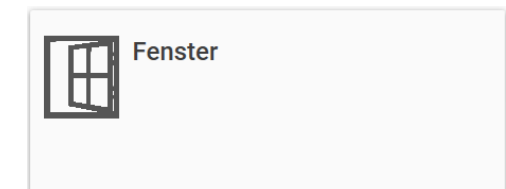


- Überwachung von Bspw.

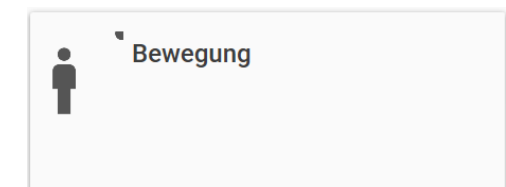
- Türen



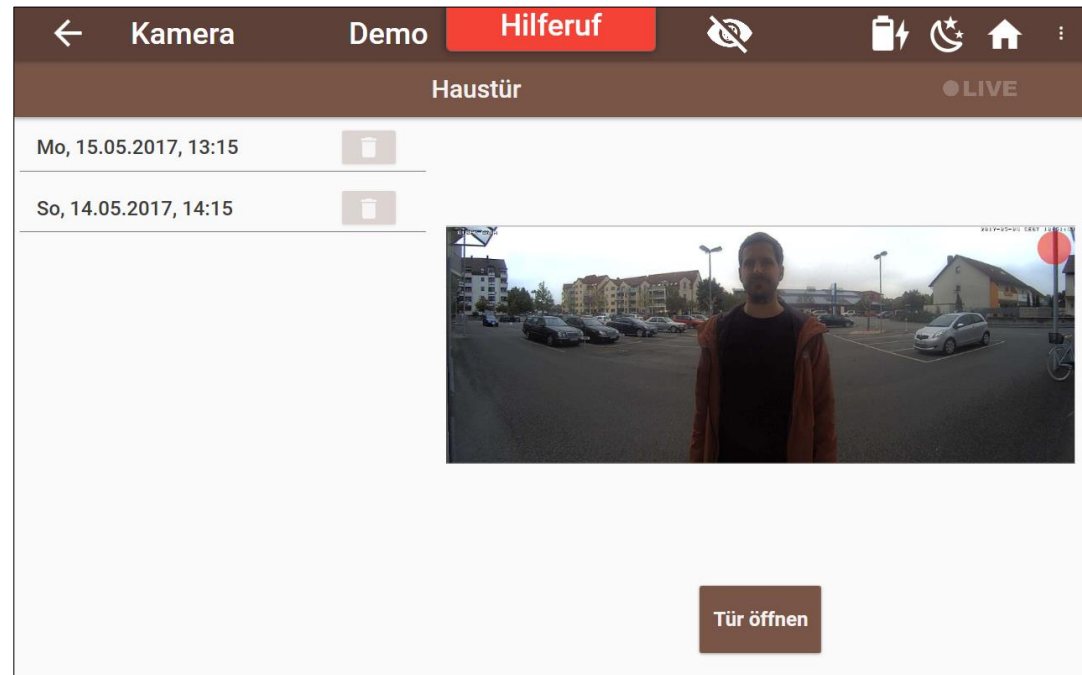
- Fenster



- Bewegungsmelder



- „Kamera“ bietet Liveüberwachung der Haustür und ein Klingelbildarchiv mit Momentaufnahmen bei Betätigung der Türklingel.



- Klingelbildaufnahmen (links) können einzeln angewählt und gelöscht werden.

Vielen Dank!
Noch Fragen?

Anlage 26: Lastenheft PAUL

Konzept „PAUL im NWGA“

NWGA Teilnehmende können bei Interesse mit dem technischen Assistenzsystem "PAUL" (Persönlicher Assistent für unterstütztes Leben) ausgestattet werden. PAUL eignet sich für die Unterstützung älterer Menschen, die so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben zuhause führen möchten.

Wir unterscheiden vier PAUL-Varianten:

1. PAULo: Acer Tablet-PC mit Touch-Display, PAUL-Oberfläche (nur bei Bestandsteilnehmern)
2. PAULa: Acer Tablet-PC mit Touch-Display, PAUL-Oberfläche (nur bei Bestandsteilnehmern), Orbsmart Mini-PC zur Anbindung der Sensorik und Betrieb der Notfall-Erkennersysteme
3. PAULi: Browserversion (kompatibel mit beispielsweise Google Chrome)
4. PAUL-App: für Android Handys ab Android Version 5.1 und höher via PlayStore erhältlich

1. Ist-Zustand

- Funktionsumfang der PAUL-Varianten
- Funktionsbeschreibung
- Design der Benutzeroberfläche
- Registrierung und Login PAULi, PAUL-App
- Backend
- Pflege, Updates und Support

Funktionsumfang der PAUL-Varianten:

Funktionsumfang	PAULo	PAULi	PAUL-App
Modul „Telefon“ (Videotelefonie)	X	X	X
Modul „Post“ (Email)	X		
Modul „Schwarzes Brett“ (Veranstaltungen, etc.)	X	X	X
Modul „A-Z“ (Informationsportal)	X	X	X
Modul „Dienste“ (Dienstleistungsportal)	X	X	X
Modul „Arzttelefon“ (Online-Sprechstunde)	X	X	X
Modul „Aktuelles“ (NWGA Seite)	X		
Modul „Albertinen Haus“ (Kontakt)	X	X („Kontakt“)	X („Kontakt“)
Modul „Medien“ (Webbrowser/Internet, Radio, Musik, Bücher, Nachrichten, Galerie, Aufnahme (Kamerafunktion))	X		
Modul „Persönliches“ (Kontakte, Kalender, Trinktagebuch, Notizen, Lebensbuch)	X		

Modul „Dies & Das“ (Wecker, Zitate, Körper & Geist/Spiele, Gesundheit/Verlinkung zur KK, Verwalten)	X		
Hauptseite mit NWGA-Logo und konfigurierbaren Kacheln (Informationen zu aktivem Fernzugriff, Uhrzeit und Wecker, Neuigkeiten, Aktuelles Wetter, Anstehende Termine, Stand Trinktagebuch, Abspielender Radiosender, Abspielende Musik)	X		
Bereich „Persönliches“ (Mein Profil, Einstellungen, Abmelden)		X	X

Funktionsbeschreibung

Funktion/Modul	Beschreibung
Telefon (Videotelefonie)	Videotelefonie zwischen Privatpersonen (Teilnehmer, Angehörige, Fallmanager). Die Gesprächsteilnehmer, die nicht über ein PAUL-Tablet verfügen (z. B. Angehörige) erhalten einen kostenfreien, webbasierten Zugang zum CASA-System. Es wird eine Anruf-Historie (eingehende und ausgehende Anrufe) angezeigt. PAULo: Es findet eine Verknüpfung zu „Kontakten“ statt, das heißt bereits angelegte Kontakte werden im Telefonmodul angezeigt. Das Telefon kann bei Bedarf ausgeschaltet werden. Verpasste Anrufe können auf der Hauptseite angezeigt werden
Post (Email)	Senden und Empfangen von Emails: Senden an mehrere Empfänger ist möglich; Versenden und Empfangen von Anhängen ist möglich. Das Verwalten der Emailadresse ist unter dem Modul „Dies & Das“ (Verwalten/Kommunikation) möglich. Neuer Posteingang kann auf der Hauptseite angezeigt werden
Schwarzes Brett	Kommunikation von Veranstaltungen, Informationen und der Bildung von Teilnehmendengruppen (Vernetzung). Das Erstellen von Gruppen und Gruppeneinträgen sind Front- und Backend möglich. Einträge bestehen aus einem Titel und Text. Einträge Frontend sind nur textbasiert möglich. Bei Einträgen Backend können Bilder bzw. Internetseiten eingefügt werden. Terminierte Einträge (Veranstaltungen) werden nach Ablauf automatisch deaktiviert. Ein Eintrag kann in verschiedenen Gruppen erscheinen. Paulo: Neue Einträge können auf der Hauptseite angezeigt werden (Anzahl)
A-Z	NWGA-übergreifendes Informationsportal. Im A-Z Modul können Einträge thematisch gruppiert werden. Einträge finden Backend statt und bestehen aus Titel/Titelerweiterung (2.Zeile), Thema, Kurzbeschreibung und/oder Beschreibung. Es können Schlagworte, Internetseiten (Verlinkung) und Vorschaubilder eingefügt werden.

Dienste	Vermittlungsplattform von Dienstleistungen und Beratungsangeboten. Einträge finden Backend statt. Für jeden Eintrag muss ein Hersteller und eine Kategorie zugeordnet werden. Der Eintrag selbst besteht aus Titel/Titelerweiterung, Kategorie, Hersteller, einem Textfeld für Detailinformationen. Optional kann ein Vorschaubild eingefügt werden. Einträge lassen sich zeitlich befristen. Das Modul hält ein Bestell-/Warenkorbsystem vor, welches im NWGA nicht genutzt wird.
Arzttelefon (Online-Sprechstunde)	Ermöglicht eine Online-Sprechstunde zu teilnehmenden Hausärzten. Es wird dafür eine gesicherte Verbindung via CGM Elvi hergestellt. Nachdem Teilnehmende den behandelnden Ärzten seitens Cibek zugeordnet wurden, erscheint Frontend das entsprechende Modul. Beim Öffnen des Moduls begibt sich der Teilnehmende in ein virtuelles Wartezimmer. In der Frontend Ansicht kann der Teilnehmende sehen, ob bzw. wie viele andere Patienten sich im Wartezimmer befinden und ob der Arzt online bzw. in einem Gespräch ist. Es ist nicht möglich, dass eine Arztpraxis individuelle Informationen (z.B. Sprechzeiten) hinterlegen kann. Das Modul wird den Teilnehmenden bei Bedarf aufgespielt
Aktuelles	Verlinkung zum NWGA-Blog (Teil der NWGA Webseite)
Albertinen-Haus (PAULo), Kontakt (PAULi/PAUL-App)	Kontaktdaten zu den Mitarbeitern der Koordinierenden Stelle. Die Informationen sind je Mitarbeiter als PDF hinterlegt. Es besteht keine Verlinkung zu Mail, Telefon, etc.
Internet	integrierter Browser, Möglichkeit, Favoritenseiten abzuspeichern
Radio	ausgewählte Radiosender (11) können online gehört werden, wird ein Radiosender gehört, wird das auf der Hauptseite angezeigt und kann von dort aus auch angehalten werden
Musik	Beispiellieder sind hinterlegt. Per USB-Stick können Musikdateien auf PAUL abgelegt und abgespielt werden, wird Musik abgespielt, wird das auf der Hauptseite angezeigt und kann von dort aus auch angehalten werden.
Bücher	Beispielbücher sind hinterlegt. Per USB-Stick können Bücher als PDF-Datei auf PAUL abgelegt und gelesen werden. Es gibt eine Lesezeichenfunktion. Buchseiten werden nur im Querformat/nicht bildschirmfüllend angezeigt. Es werden keine Gesten zugelassen, Seiten werden über Pfeiltasten gesteuert
Nachrichten	ausgewählte Nachrichtenseiten (10) sind hinterlegt; es können ausgewählte Artikel gelesen werden. Die Anzeige ist nicht bildschirmfüllend, es kann gescrollt werden
Galerie	Beispielbilder sind hinterlegt. Importierte Bilder (USB-Stick, Mail) oder aufgenommene Bilder können gespeichert werden. Im Speicherprozess besteht die Möglichkeit, eigene Ordner anzulegen. Bilder können nicht verschoben werden. Es können einzelne Bilder oder komplette Ordner gelöscht werden.
Aufnahme	es können Fotos mit der Front- oder Backkamera gemacht und gespeichert werden.

Kontakte (PAULo)	Funktion eines Adressbuches, Möglichkeit Kontakte mit Fotos zu verknüpfen (sofern vorhanden), Verlinkung mit „Post“, jedoch keine Verlinkung mit „Telefon“ (aus Kontaktformular heraus hinaus)
Kalender	Erfassen von Terminen, Geburtstagen, etc.; Erinnerungsfunktion, Wiederholungsfunktion, Verlinkung zur Hauptseite (anstehende Termine)
Trinktagebuch	Dokumentieren der getrunkenen Menge durch voreingestellte oder variable Mengenangaben, Verlinkung zur Hauptseite
Notizen	Notizen sind frei Hand oder per Tastatur möglich
Lebensbuch	Einsicht ins Lebensbuch (Tagebuch/Album) und speichern möglich. Erstellt werden kann ein Lebensbuch über den Lebensbuch-Designer und muss per USB auf das Tablet importiert werden
Dies & Das (zusammengefasst)	Weckerfunktion, Anzeigen von täglich wechselnden Zitaten, Spiele, Gedächtnistrainingsübungen, Verlinkung zur Webseite der Krankenkasse, Verwaltenmodul, in dem Einstellungen der Module verändert werden können

Inhalte auf den Portalen:

Sämtliche Inhalte in den Modulen „Schwarzes Brett“, „Dienste“ und „A-Z“ werden seitens der Mitarbeiter des NWGA aufgespielt.

Textformatierung der Inhalte

Die Formatierung der Texte von den Inhalten orientiert sich an der bestehenden NWGA-Website: weißer Hintergrund, Schriftart Calibri, Textfarbe Fließtext in dunkelblau RGB 8/63/91. Textfarbe Überschriften in Magenta RGB 240/66/95.

Registrierung und Login PAULi, PAUL-App:

Die Registrierung bei CASA zur Nutzung der Varianten PAULi oder PAUL-App erfolgt für **neue Teilnehmende** über CASA-URL <https://portal.netzwerk-gesundaktiv.de/pauli/registration>. Folgende Pflichtfelder müssen ausgefüllt werden: Vorname, Name, Email Adresse, Passwort (selbst gewählt). Der Aktivierungscode lautet: **NWGA19PAULi**.

Benötigen Teilnehmende Unterstützung bei dem Registrierungsvorgang, kann im Rahmen des Café PAUL dabei unterstützt werden.

Bestandsteilnehmende, die bereits einen PAULo besitzen, müssen sich für die Nutzung von PAULi oder der PAUL-App nicht neu registrieren, da sie bereits bei CASA erfasst sind. Sie erhalten Ihre Login-Daten im Albertinen Haus.

Das Einloggen in die App bzw. in die Browserversion erfolgt über die CASA-URL <https://portal.netzwerk-gesundaktiv.de>, den Benutzernamen (Email-Adresse) und das Passwort.

Backend

Die Backend-Pflege der Portale erfolgt über CASA. Die Mitarbeiter vom NWGA Team haben die Rechte eines Standortadministrators. Über CASA können Benutzer- und Rechteverwaltung (eingeschränkt) sowie allgemeine Konfigurationen vorgenommen werden.

Darüber hinaus kann über CASA die PAULi Startseite angezeigt werden, Teilnehmende Ärzten für die Online Sprechstunde zugeordnet werden, Inhalte in den Modulen A-Z, Schwarzes Brett, Shop-Verwaltung (Dienste) gepflegt werden, Videotelefonie aufgerufen werden sowie die Inhalte von „Kontakt“ bearbeiten.

Pflege, Updates und Support:

Es finden Sicherheitsupdates und die Entwicklung neuer Software Versionen statt.

Der Support für Fehlermeldungen sowie Feature-Wünsche werden in MantisBT kommuniziert und dokumentiert. Es findet ein dreistufiger PAUL-Support statt:

- 1st Level: Mitarbeitende des NWGA Teams: Klärung von Bedienungsfragen und den am häufigsten auftretenden Problemen (z. B. Prüfen der Stromversorgung, Neustart, etc.), konnte das Problem nicht gelöst werden, wird ein Ticket in MantisBT aufgegeben.
- 2nd Level: NXI bearbeitet das Ticket. Konnte das Problem nicht behoben werden, findet eine Weitergabe der Zuständigkeit an Cibek statt.
- 3rd Level: Cibek: finale Bearbeitung der Fehlermeldung bzw. des Feature-Wunsches.

PAUL-Design

Die PAUL Oberfläche bietet ein einfach, intuitiv bedienbares User Interface. Bei der Entwicklung und Gestaltung der Bedienoberfläche wurden verschiedene Stakeholder und Nutzergruppen aktiv mit einbezogen. Ergebnis ist eine Menüstruktur, die sich durch ihre Übersichtlichkeit auszeichnet und eine leicht verständliche, gut lesbare Bedienoberfläche bietet.

Das System beinhaltet Module zu verschiedenen Themenbereichen wie beispielsweise einem Internet-Modul zur Recherche, Multimedia-Modulen zum Lesen von Nachrichten oder Radio hören, Kommunikations-Modulen wie der Videotelefonie oder dem Schwarzen Brett zum Austausch von Informationen in Gruppen. Durch die Erweiterung der Sicherheit mit der Inaktivitätserkennung und einer selbstlernenden und mehrstufigen Hilfflosigkeitserkennung können Angehörige und Dienstleister frühzeitig über einen erkannten Hilfebedarf benachrichtigt werden. Mit der integrierbaren Gebäudesteuerung ist zudem das Kontrollieren von offenen Fenstern, das Öffnen der Tür sowie die Steuerung von Lichtern und Rollläden über das Display möglich.

Hierbei liegt bei jedem Modul der Fokus auf den Kernfunktionen, um eine Überforderung bei der Nutzung zu verhindern. Dabei wird immer auf die Einfachheit der Bedienung sowie der grafischen Gestaltung geachtet, sodass die Nutzung ganz ohne vorherige PC-Erfahrungen ermöglicht wird.



Abbildung 1 Hauptseite

Menüstruktur

Die PAUL Oberfläche startet mit der Hauptseite, welche gleichzeitig immer als sicherer Ausgangspunkt dient. Die Hauptseite ist im Wesentlichen in drei Bereiche gegliedert:

Einem Ringmenü in der Mitte, Kacheln auf der linken Seite und einer Kopfleiste.

Die verschiedenen PAUL-Module sind in einem einfach strukturierten Ringmenü angeordnet. Dieses Ringmenü ist der zentrale Einstiegspunkt für die Navigation. Hier befinden sich kategorisierte Themenbereiche, über welche man in die einzelnen Module verzweigt. In der Abbildung 1 dargestellten Hauptseite des Systems befinden sich beispielsweise unter der Kategorie „Kommunikation“ das Modul Post, Videotelefonie, Schwarzes Brett, Arzttelefonie etc.

Auf der linken Seite befinden sich Kacheln mit allgemeinen Informationen wie beispielsweise dem Datum und der Uhrzeit, dem Wetter, anstehenden Terminen, sowie Benachrichtigungen zu neuen Briefen oder verpassten Videotelefonie-Anrufen. Mit dem Tippen auf eine Kachel gelangt der Nutzer direkt in die jeweilige Ansicht des entsprechenden Moduls.

Im oberen Bereich befindet sich die Kopfleiste, welche in jeder Ansicht angezeigt wird. Diese enthält neben Informationen zum Systemstatus wie z.B. dem Akkustand mit einem Batteriesymbol oder dem WLAN-Status mit einem WLAN-Symbol, Schaltflächen zum Erreichen des sicheren Ausgangspunktes mit einer Haus-Schaltfläche oder einer Zurück-Schaltfläche.

Weiterhin kann über die Kopfleiste zu jeder Zeit aus jeder Ansicht heraus über ein Drei-Punkte-Menü auf Hilfsfunktionen, wie einer Bedienungsanleitung oder einiger Hilfevideos mit einer Erklärung zu der gerade sichtbaren Oberfläche und den zugehörigen Funktionen, zugegriffen werden. Das Freischalten oder Sperren eines Fernzugriffes für den Support ist ebenso möglich.

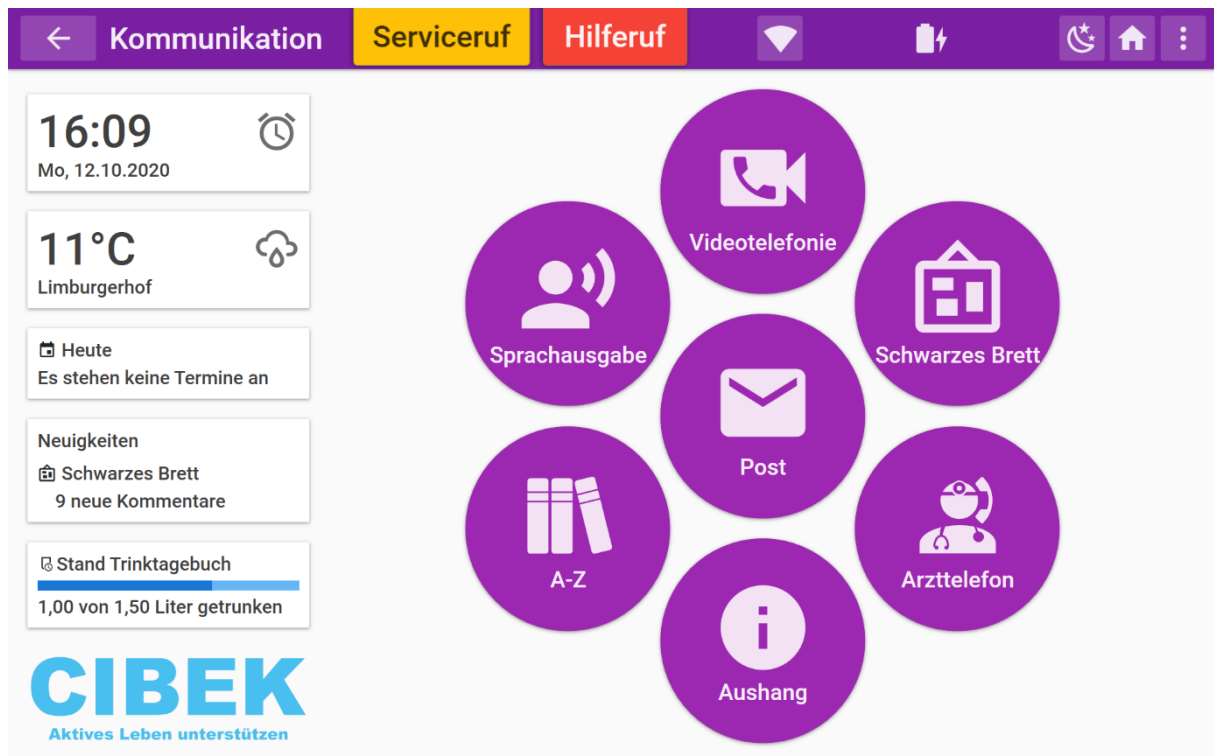


Abbildung 2 Ringmenü "Kommunikation"

Abbildung 2 veranschaulicht die Verzweigung in den Themenbereich „Kommunikation“. Hier werden die Module, welche zu dieser Kategorie gehören, angezeigt.

Über die Schaltfläche mit dem nach links zeigendem Pfeil in der Kopfleiste navigiert der Nutzer zurück zu der Seite, von der er gekommen ist. Über das Haus-Symbol gelangt der Nutzer von jeder Seite aus wieder zurück zur Startseite, sodass der Nutzer stets zu einem ihm vertrauten Ausgangszustand zurückkehren kann.

Navigiert der Nutzer in ein Modul, werden die Inhalte in Form von Kacheln angezeigt. So ist es dem Nutzer möglich, Module (Ringmenü) und Inhalte voneinander zu unterscheiden. Weiterhin wird dem Nutzer in der Kopfleiste der Name des Moduls, in dem er sich befindet, angezeigt.

Grafische Gestaltung:

Da sich mit zunehmendem Alter die physischen (visuellen, haptischen etc.) Fähigkeiten verändern, ist neben der Einfachheit der Menüstruktur die grafische Gestaltung der Oberfläche ebenso wichtig.

Dabei schafft ein konsistentes Design Vertrauen bei den Nutzern. Die Farbauswahl, Icons und Schriftart orientieren sich daher an den standardisierten Richtlinien von Googles Material Design-System.

Die Nutzung von Material Design hat neben den zur Verfügung stehenden Ressourcen zudem den Vorteil, dass alles dokumentiert und bis ins Detail ausgearbeitet ist. Zusätzlich ist das Design bereits vielen Menschen vertraut.

Im Folgenden werden die Prinzipien Farbe, Typografie, Symbole und Accessibility näher erläutert:

Farben: Das Farbsystem des Material Design beinhaltet 19 Grundfarben. Alle Farben gibt es zusätzlich in helleren und dunkleren Farbabstufungen. Hierfür gibt es Tabellen mit Farbnummern, welche den Standardfarbton bzw. Abstufungen angeben.²

Typografie: Die Typografie folgt festen Regeln. Die zur Auswahl stehenden Schriftarten verfolgen das Ziel, Inhalte möglichst klar und wirksam darzustellen. Für die PAUL-Oberfläche wird die Standard-Schriftart Roboto verwendet. Sie sorgt für einen natürlichen Leserhythmus, der häufiger bei humanistischen und Serifenschriften zu finden ist. Die Schriftart kann frei verwendet werden. Ergänzt wird dies durch eine angepasste Schriftgröße, welche es Senioren und Seniorinnen ermöglicht, angenehm zu lesen.¹

Die Schriftgröße passt sich dabei an die Größe des Displays an. Das PAUL-Tablet verwendet eine Schriftgröße von 18 Punkten.

Symbole: Die Design-Prinzipien für Symbole folgen einem klaren Konzept. Symbole haben ein symmetrisches und einheitliches Aussehen, das Lesbarkeit und Klarheit gewährleistet. Zur besseren Erkennbarkeit und Lesbarkeit sind sie fett und geometrisch. Bei der Farbe der Symbole sowie der Hintergrundfarbe muss auf ausreichenden Kontrast geachtet werden.²

Accessibility: Schaltflächen, die ein Nutzer drücken kann, um eine Aktion auszuführen, müssen klar erkennbar sein.²

All diese Faktoren sind bei der Gestaltung der PAUL-Oberfläche mit eingeflossen.

Die Module von PAUL werden in den verschiedenen Grundfarben dargestellt. Hierbei ist wichtig, verschiedene Farben für die unterschiedlichen Themenbereiche bzw. Module zu wählen. Hierdurch können diese klar unterschieden und besser wiedererkannt werden. Beispielsweise verbindet der Nutzer mit der Farbe Dunkelblau alle Module zum Thema „Medien“ oder die Farbe Magenta mit allen Modulen zur Kategorie „Kommunikation“ (siehe Abbildung 1).

Die Symbole der Module werden, um genügend Kontrast zu generieren, in der Farbe Weiß angezeigt. Unterstützt werden die Symbole zusätzlich durch ihren Modul-Namen. Beispielsweise zeigt das Modul „Arzttelefon“ als Symbol einen Arzt mit einem Telefonhörer. Die Modulfarbe und das Symbol ergänzt durch den Text, unterstützen den Nutzer Module schneller wiederzufinden (siehe Abbildung 2).

Befindet sich ein Nutzer innerhalb eines Moduls, wird zur besseren Übersichtlichkeit die Kopfleiste in der entsprechenden Modulfarbe angezeigt (vgl. Post Modul in Abbildung 3). Weiterhin werden alle Schaltflächen, welche ein Nutzer betätigen kann durch einen entsprechenden Rahmen gekennzeichnet. Z.B. hebt sich die Zurück-Schaltfläche oder die Haus-Schaltfläche in der Kopfleiste hervor.

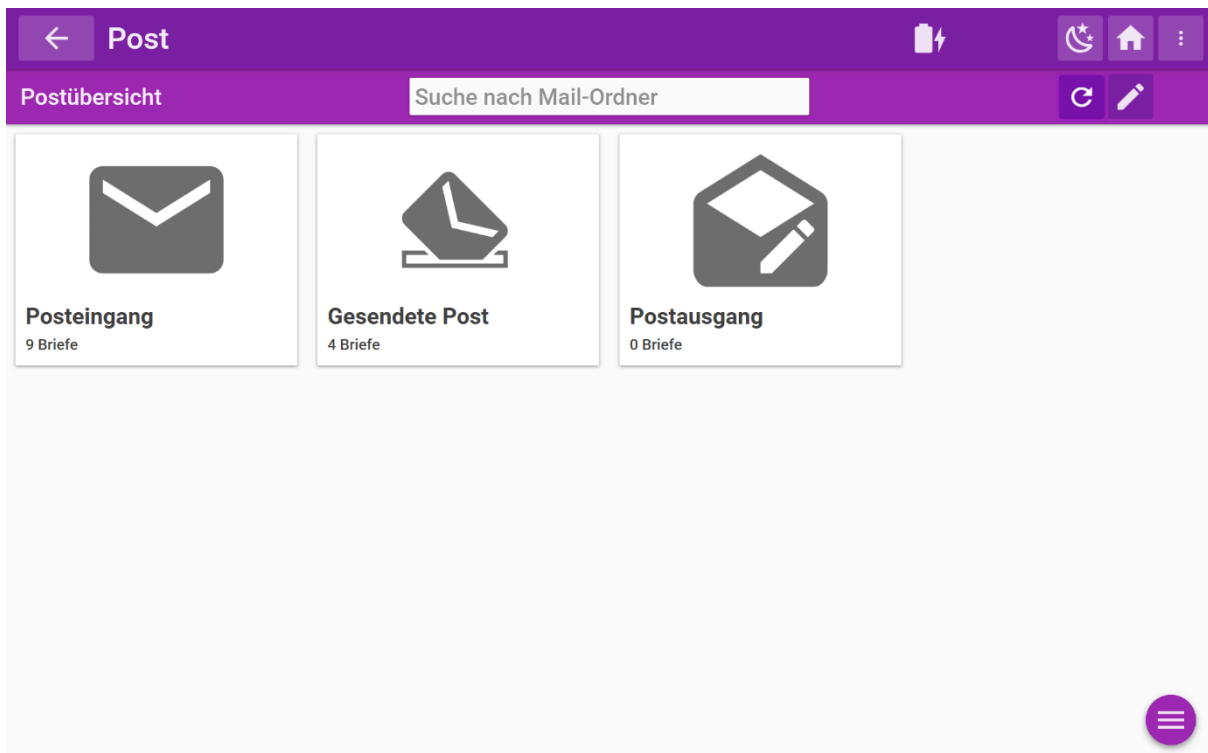


Abbildung 3 Post-Modul

Die Bedienelemente und Bedienfunktionen sind bei allen Modulen gleich. In PAUL wurden nur ausgewählte und einfach verständliche Gestensteuerungs-Funktionen, beispielsweise zur Vergrößerung von Inhalten integriert, da dies die Nutzer teilweise stark überfordert. Ergänzt wird die Gestensteuerung durch Schaltflächen. D.h. innerhalb eines jeden Moduls befindet sich unten rechts ein Drei-Strich-Menü, welches der Nutzer durch Betätigen der Schaltfläche öffnen kann. In diesem Menü befinden sich Schaltflächen über die der Nutzer z.B. die Lautstärke, Zoom, Scrollen, Wischen, etc. steuern kann (siehe Abbildung 4).



Abbildung 4 Internet-Modul

Im Modul Internet kann beispielsweise über dieses Menü die Lautstärke reguliert werden, wenn der Nutzer ein Video anschaut oder die Seite vergrößert werden, um Texte in angenehmer Größe zu lesen. So kann der veränderten Haptik entgegengewirkt werden.

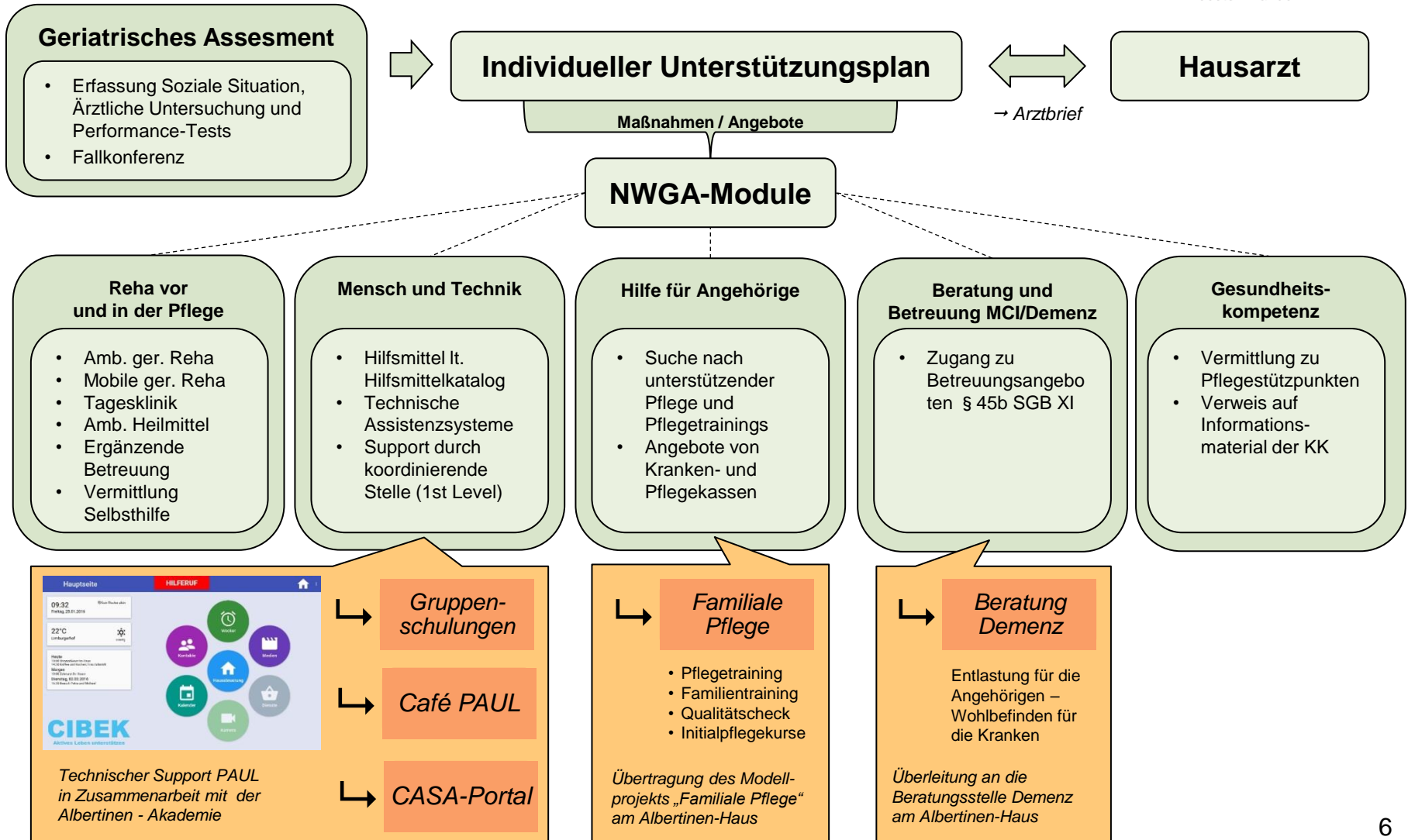
Zusätzlich können Tastentöne oder eine Vorlesefunktion aktiviert werden, sodass der Nutzer einen Ton hört, wenn er z.B. ein Modul anklickt oder sich Texte vorlesen lassen kann, wenn die dargestellten Texte visuell nicht erfasst werden können.

Baukastensystem

Die PAUL Plattform setzt auf ein Baukasten-System, d.h. dass sowohl die Oberfläche als auch die Funktionalität leicht angepasst oder erweitert werden können. Beispielsweise kann das System zunächst nur mit Unterhaltungs- und Medienfunktionen ausgeliefert werden und zu einem späteren Zeitpunkt durch das Thema Sicherheit erweitert werden.

Es lassen sich zudem alle Module einzeln aktivieren und deaktivieren. Dies hat den Vorteil, dass man zu Beginn mit einem kleineren Funktionsumfang starten kann, um die Nutzer an das System heranzuführen. Anschließend können nach und nach weitere Module freigeschaltet werden. Da die Strukturen und Bedienelemente immer gleich sind, findet sich der Nutzer in weiteren Modulen schneller zurecht.

ABLAUF DER VERSORGUNG Fallbegleitung NWGA



NWGA-Versorgungsmodule

1. NWGA-Unterstützungsdimensionen

Auf Basis der interdisziplinär-fachübergreifenden Fallkonferenz wird festgelegt welche NWGA-Module in welcher Kombination den Versicherten individuell und ihren Hausarztpraxen empfohlen werden (Abb. 1).

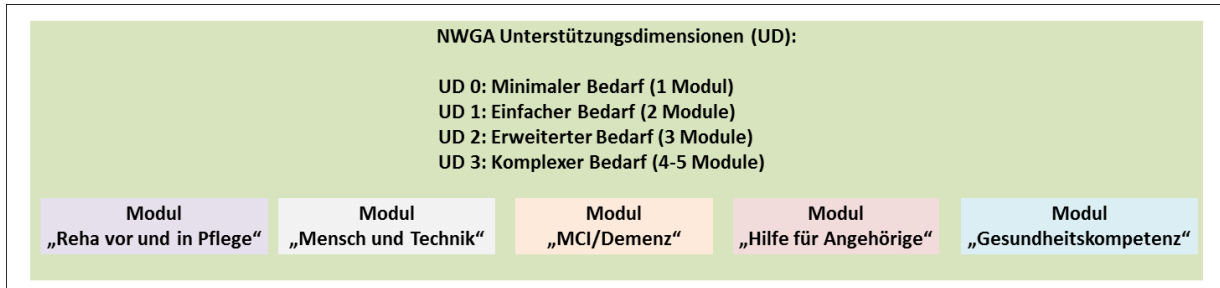


Abb. 1: NWGA-Unterstützungsdimensionen

Das NWGA sieht folgende Versorgungsmodule nach Durchführung des geriatrisch-gerontologischen Assessments vor:

- Modul "Rehabilitation vor und in Pflege"
- Modul "Mensch und Technik"
- Modul "MCI/Demenz"
- Modul "Hilfe für Angehörige"
- Modul "Gesundheitskompetenz".

Neben koordinativen Aufgaben übernimmt das Fallmanagement zusätzliche Betreuungs- und Unterstützungsaufgaben innerhalb der NWGA-Versorgungsmodule. Dazu zählt ebenfalls die Vernetzung mit regionalen Quartiersangeboten und ergänzenden trägerübergreifenden Kooperationsleistungen, bei denen das Fallmanagement von der Projektadministration im Albertinen-Haus unterstützt wird. Der Versorgungsverlauf wird zudem von einem/r Facharzt/ärztin begleitet, welche bei Rückfragen zur medizinischen Behandlung und bei der Kooperation mit Hausärzten unterstützt.

Einzelheiten zur Leistungsbeschreibung der NWGA-Module finden sich in Kapitel 3.

2. Betreuung der NWGA-Teilnehmer durch das Fallmanagement

Die NWGA-Teilnehmer werden bei der Umsetzung des für sie erstellten individuellen Unterstützungsplans durch einen Fallmanager der Koordinierenden Stelle am Albertinen-Haus begleitet und unterstützt. Der Fallmanager koordiniert die Inanspruchnahme der im Unterstützungsplan empfohlenen Leistungen (Regelleistungen und NWGA-Leistungen, vgl. Kapitel 4). Er hält regelmäßig Kontakt zu den Versicherten und nimmt bei Bedarf und nach Rücksprache mit dem Versicherten auch Kontakt zu weiteren Leistungserbringern (z. B. Haus- oder Facharzt, ambulanter Pflegedienst etc.) auf. Wie häufig der Fallmanager Kontakt zum Versicherten aufnimmt ist abhängig vom Umfang des Unterstützungsplans und dem sich daraus ableitenden Betreuungsbedarf des Versicherten. Jeder Kontakt wird bei der Abrechnung als ein Fall gewertet, unabhängig davon, ob der Fallmanager den Teilnehmer kontaktiert oder der Teilnehmer sich mit einem Anliegen in der Koordinierenden Stelle meldet.

Der Fallmanager in der Koordinierenden Stelle fungiert als erster Ansprechpartner der Teilnehmer und steht diesen telefonisch, persönlich oder per Video-Chat für alle Fragen rund um ihre NWGA-Teilnahme zur Verfügung. Um die verschiedenen Bedarfe der NWGA-Teilnehmer

adäquat berücksichtigen zu können, wird das Fallmanagement wie folgt in verschiedene Kontaktmöglichkeiten differenziert:

1. Basis-Kontakt

Die Teilnehmer nehmen zu unterschiedlichen Fragestellungen telefonischen Kontakt mit der Koordinierenden Stelle auf. Je nach Thema wird eine individuelle Recherche durch den Fallmanager notwendig. Es erfolgt eine Dokumentation der recherchierten Ergebnisse und eine Zusendung an die Teilnehmer in Form eines Briefes.

2. Ausführliche Beratung zu häuslichen Versorgungsfragen

Während des Rekrutierungsprozesses hat sich im Rahmen der Aufnahmegespräche herausgestellt, dass es bei vielen Teilnehmern einen hohen Beratungsbedarf zu sozialen Leistungen gibt (Pflegegrad, Schwerbehindertenausweis, finanzielle Unterstützungsleistungen usw.). Dieser Bedarf wird von den hierfür vorhandenen Anbietern (z.B. Pflegestützpunkte) aktuell nicht ausreichend abgedeckt. Ein Grund hierfür ist, dass viele Teilnehmer erst nach längeren Gesprächen und mehreren Besuchen ein ausreichendes Vertrauen entwickeln, um auch schwierige pflegerische oder unangenehme finanzielle Fragen anzubringen. Das durch die Fallmanager aufgebaute Vertrauen soll genutzt werden, um den Teilnehmer auch bei schwierigen Fragen und Situationen weiterhin eine Beratung in vertrauensvoller Atmosphäre und durch eine ihnen bekannte Person anbieten zu können. Im Rahmen der ausführlichen Beratung werden bei Bedarf auch die Leistungen des ursprünglich geplanten Moduls "Hilfe für Angehörige" erbracht, sodass dieses Modul durch die ausführliche Beratung ersetzt wird. Weiterhin kann sich die gesundheitliche Situation der Teilnehmer im Zeitverlauf ändern, sodass ggf. auch eine Anpassung der Empfehlungen im individuellen Unterstützungsplan erforderlich wird. Für solche Situationen soll die ausführliche Beratung ebenfalls Raum geben. Die ausführliche Beratung wird je nach Wunsch des Teilnehmers als telefonisches oder persönliches Gespräch angeboten.

3. Hausbesuche

Rund 15 Prozent der Teilnehmer sind in ihrer Mobilität hochgradig eingeschränkt oder aus anderen Gründen (z.B. aufgrund der Pflege eines Angehörigen) stark gefährdet, ihre Selbständigkeit zu verlieren. Hier sind Hausbesuche der Fallmanager zur Beratung und Unterstützung bei Bedarf geboten, um den betroffenen Teilnehmern die vollwertige Unterstützung des Fallmanagements zu gewährleisten. Im Rahmen der Hausbesuche werden bei Bedarf ebenfalls auch die Leistungen des ursprünglich geplanten Moduls "Hilfe für Angehörige" erbracht, sodass dieses Modul auch durch die Hausbesuche ersetzt wird.

4. Gruppenberatung

Während der Durchführung der sozialen Assessments stellten die Fallmanager fest, dass einige Teilnehmer einen großen Bedarf am Austausch miteinander haben. Weiterhin gibt es bestimmte gesundheitliche Fragestellungen, von denen viele Teilnehmer gleichermaßen betroffen sind. Beide Punkte lassen sich in Form von Gruppenberatungen adressieren. Die Teilnehmer tauschen sich, angelehnt an die Idee von Selbsthilfegruppen, über bestimmte gesundheitliche Fragestellungen aus, wovon alle in einer Gruppe gleichermaßen betroffen sind. Moderiert und fachlich begleitet wird dies von einem Fallmanager. Durch das Angebot einer Gruppenberatung können zudem Kontakte geknüpft werden. Insbesondere diejenigen, die sich sehr einsam fühlen können durch dieses Angebot neben der inhaltlichen Beratung auch etwas aus ihrer Isolation heraus kommen. Durch die Gruppenberatung wird neben einer Gesundheitsförderung auch die soziale Teilhabe der Teilnehmer gefördert. Zusammen wirkt sich das wiederum positiv auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität aus, welche zum primären Outcome bei der Evaluation des NWGA zählt.

5. Qualitätsgesicherte Quartiersberatung

Ein Großteil der Teilnehmer (ca. 70%) ist noch selbständig mobil und an aktivierenden Angeboten interessiert. Diese sind im Bezirk reichlich und mit ausreichender Qualität vorhanden, aber nirgendwo zentral gesammelt einsehbar oder bewertet. Hierzu bedarf es eines Quartiermanagers der o.a. Aufgabe übernimmt, die Angebote regelmäßig überprüft und z.B. in einem Veranstaltungskalender oder auf einer Webseite aktualisiert, um so eine qualitätsgesicherte Beratung und Information über die vielfältigen Angebote im Bezirk zu gewährleisten. Diese Angebote, die überwiegend aus den Bereichen Gesundheit/Bewegung/Sport und Begegnung/Austausch stammen, fördern die soziale Teilhabe, die Mobilität und die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Teilnehmer. Insbesondere über die Förderung der Mobilität durch Aktivitäten in den Bereichen Bewegung und Sport kann Pflegebedürftigkeit vermieden bzw. verzögert werden. Somit leistet die qualitätsgesicherte Quartiersberatung einen direkten Beitrag zu den wesentlichen Projekt-Zielen des NWGA.

In den Abend- und Nachtstunden sowie an Wochenenden und Feiertagen wird die telefonische Erreichbarkeit der Koordinierenden Stelle durch die Johanniter-Unfall-Hilfe (JUH) sichergestellt. Damit ist die Koordinierende Stelle 7 Tage in der Woche und 24 Stunden täglich erreichbar. Eingehende Anrufe der NWGA-Teilnehmer werden von der JUH soweit wie möglich abschließend geklärt. In den Fällen, wo dies nicht möglich ist, wird ein Rückruf durch den in der Koordinierenden Stelle angesiedelten Fallmanager oder Arzt am nächsten Werktag veranlasst. Um die Anfragen der Teilnehmer bestmöglich beantworten zu können, erhält die JUH Zugriff auf die Fallmanagement-Software der Koordinierenden Stelle, um die dort über den Versicherten gespeicherten Informationen einzusehen. Jeder telefonische Kontakt wird in der Fallmanagement-Software dokumentiert.

3. Beschreibung der NWGA-Module

In den Modulen werden die Koordinationsleistungen des Fallmanagements (u.a. für den Zugang zu Regelleistungen) und des Geriatrischen Assessments (u.a. für Empfehlungen medizinische Begleitung) abgebildet sowie zusätzliche NWGA-Leistungen in den Modulen beschrieben, die nicht Teil der Regelversorgung sind.

3.1 Modul "Rehabilitation vor und in der Pflege"

Mit dem Modul wird der gesetzlich vorgegebene "Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation" verfolgt, der lt. Sozialgesetz der Vermeidung, Überwindung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit als Risiko im Alter und zur Abwendung chronischer Krankheiten dient.

3.1.1 Koordination von Beratungs- und Unterstützungsleistungen (Fallmanagement)

Das NWGA sorgt im Modul "Rehabilitation vor und in der Pflege" für einen koordinierten Zugang zu Betreuungs- und Unterstützungsangeboten der Regelversorgung, darunter:

- Beratung und Organisation von ergänzenden Betreuungs- und Unterstützungsleistungen (z.B. Haushaltshilfe, Hilfe bei der Grundpflege).
- Vermittlung in weitere Gesundheitsprogramme und Selbsthilfeangebote

3.1.2 Koordinierende Unterstützung der hausärztlichen Versorgung (geriatrisches Assessment und Fallmanagement)

Auf Basis des umfassenden geriatrisch-gerontologischen Assessments wird ein Arztbrief erstellt, der Empfehlungen an den Hausarzt für die Verordnungen von Regelleistungen zur Rehabilitation vor und in der Pflege enthält. Im Verlauf der Einschreibung im NWGA überprüft das

Fallmanagement in Gesprächen mit den betreffenden Teilnehmern den Stand der hausärztlichen Verordnung und unterstützt in besonderen Fällen bei der Vermittlung von Regelleistungen in Rücksprache mit dem behandelnden Hausarzt. Zu diesen Regeleistungen gehören die:

3.1.2.1 Ambulante Geriatrische Rehabilitation (AGR)

Die AGR ist eine neue Versorgungsform für geriatrische Patienten. Die rehabilitative Behandlung zielt darauf ab, die Selbstversorgungsfähigkeit des Patienten zu erhalten bzw. wiederherzustellen und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. hinauszuzögern. Auf der Basis des Geriatrischen Assessments wird je nach Bedarf ein individueller multidisziplinärer Rehabilitationsplan erarbeitet, der im Regelfall 15, bei Verlängerung 20 Tage umfasst. Der Patient wird während der Reha-Maßnahme mit mindestens drei Therapien verschiedener Berufsgruppen täglich behandelt; er kommt lediglich zur Wahrnehmung dieser Therapien ins Haus.

Die Maßnahme [nach §40 SGBV] muss vom Patienten, bzw. dem behandelnden Krankenhausarzt oder dem niedergelassenen Haus- oder Facharzt beantragt und von der Krankenkasse (nach MDK-Begutachtung) genehmigt werden. Die auf die Reha-Maßnahme bezogene fachärztliche Versorgung findet im Rahmen der AGR statt; ansonsten bleibt der Patient in der ärztlichen Betreuung seines niedergelassenen Haus- bzw. Facharztes.

3.1.2.2 Mobile Geriatrische Rehabilitation

Die mobile geriatrische Rehabilitation kommt für solche Patienten in Betracht, die mit bestehenden ambulanten, stationären und teilstationären Rehabilitationsangeboten nicht angemessen behandelt werden können. Es handelt sich dabei um die Erbringung aufsuchender Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen gemäß § 40 SGB V. Durch ein interdisziplinäres Team unter ärztlicher geriatrischer Leitung und Verantwortung werden rehabilitative Leistungen in der Häuslichkeit des Patienten oder auch in Einrichtungen der stationären Altenhilfe erbracht. Einbezogen in diese Rehabilitationsform sind neben der häuslichen Umgebung das soziale und familiäre Umfeld. Im Rahmen der Mobilen Geriatrischen Rehabilitation werden Patienten mit geriatrietypischer Multimorbidität mit mindestens zwei behandlungsbedürftigen Erkrankungen, alltagsrelevanten Beeinträchtigungen für Aktivitäten und höherem Lebensalter (>70 Jahre) behandelt, die erhebliche funktionelle Beeinträchtigungen und einen komplexen Hilfebedarf aufweisen. Verhindernd für andere Rehabilitationsmaßnahmen wirken dabei z. B. Funktionsstörungen mentaler Art, die die Anwesenheit von Angehörigen/Bezugspersonen erfordern oder Störungen der Sinnesfunktionen, die die Behandlung nur im gewohnten Umfeld notwendig machen.

Wie üblich in der Rehabilitation bestehen die Indikationskriterien aus Rehabilitationsbedürftigkeit, ausreichende physische und psychische Belastbarkeit und Motivation (Rehabilitationsfähigkeit) sowie eine positive Rehabilitationsprognose (Wahrscheinlichkeit) zum Erreichen der Rehabilitationsziele.

3.1.2.3 Ambulante Heilmittel

Die häufigsten Formen ärztlich verordneter ambulanter Heilmittel, die für die NWGA-Zielgruppe in Betracht kommen, sind:

- **Physiotherapie** (Krankengymnastik) erfolgt u.a. zur Behandlung von Erkrankungen des Bewegungsapparates sowie neurologischer Erkrankungen zum Erhalt oder Wiedererlangung alltagsrelevant funktionaler Bewegung/Mobilität unter Verwendung verschiedener Therapiekonzepte einschließlich medizinischer Trainingstherapie mittels Anwendung spezieller Trainingsgeräte.
- Verschiedene Maßnahmen der **Physikalischen Therapie** ergänzen die Physiotherapie. Beispielhaft werden manuelle Lymphdrainage, Thermo-, Elektrotherapie eingesetzt zum Abbau von Schwellungen, zur Schmerzbehandlung, Verbesserung der Durchblutung, Tonusregulierung zur Förderung von Beweglichkeit und damit die Ermöglichung von Physiotherapie sowie Elektrostimulation zur Behandlung peripherer Nervenschädigungen.

- **Ergotherapie** erfolgt u.a. zur Behandlung von neuropsychologischen Störungen im Bereich alltagspraktischer und konstruktiver Tätigkeiten/Aktivitäten auch unter Verwendung von Hilfsmitteln (individuelle Hilfsmittelanpassung und -training).
- **Logopädie/Sprachheiltherapie** erfolgt zur Diagnostik und Behandlung von Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen, zur Diagnostik und Behandlung von Kau- und Schluckstörungen, v.a. aufgrund neurologischer Erkrankungen.

3.1.2.4 Geriatrische Tagesklinik

In einer geriatrischen Tagesklinik als Teil einer geriatrischen Klinik an einem Krankenhaus (Krankenhausbehandlung) werden teilstationäre geriatrische Diagnostik und Behandlung durchgeführt. Diese Versorgungsform kommt für Patientinnen und Patienten in Betracht, die keiner vollstationären Behandlung bedürfen, deren häusliche Versorgung nachts, an Wochenenden und Feiertagen sichergestellt ist und die für die wochentags (Mo.-Fr.) erfolgenden Transporte aus der Häuslichkeit zur Tagesklinik und zurück auch transportfähig sind. Die Behandlung erfolgt im interdisziplinären Team nach Behandlungsplanung unter regelmäßiger Evaluation (Teambesprechung).

3.2 Modul "Mensch und Technik"

Mit dem Einsatz von Technik sollen Selbständigkeit im häuslichen Umfeld, aber auch gesellschaftliche Teilhabe der eingeschriebenen Versicherten gefördert werden.

3.2.1 Koordinierende Unterstützung bei Hilfsmittelbedarf (Fallmanagement)

Das NWGA sorgt im Modul "Mensch und Technik" für einen koordinierten Zugang zu Leistungen der Regelversorgung, darunter:

- bedarfsgerechte Bereitstellung von Hilfsmitteln laut Hilfsmittelkatalog (lt. Assessment falls erforderlich; Mobilitätshilfen, ggf. Beratung/Hinweis bauliche Maßnahmen)

3.2.2 Betreuung der Kommunikations- und Serviceplattform PAUL (Fallmanagement)

Die Aufgaben der Koordinierenden Stelle am Albertinen-Haus bezüglich des PAUL-Systems (1st-Level Support, Schwarzes Brett, haushaltsnahe Dienstleistungen etc.) werden im Konsortialvertrag des NWGA geregelt.

3.3 Modul "Beratung und Betreuung bei MCI/Demenz"

Kognitive Funktionseinbußen werden mit steigendem Alter häufiger. Alltagsrelevante Beeinträchtigungen, die über das normale Maß hinausgehen werden als mild cognitive impairment (MCI) oder stärker als Demenz bezeichnet.

3.3.1 Koordinierende Unterstützung bei Beratung und Betreuung (Fallmanagement)

Das NWGA sorgt im Modul "Beratung und Betreuung bei MCI/Demenz" für einen koordinierten Zugang zu Leistungen der Regelversorgung, darunter:

- Niedrigschwellige Betreuungsangebote i.S.d. §45 SGB XI (individuelle Beratung, Gesprächsgruppen für Angehörige, Betreuungsgruppen und Hausbesuchsdienste)

Die Koordinierende Stelle arbeitet in diesem Modul eng mit der Beratungsstelle Demenz des Albertinen-Hauses zusammen. Entlastung für Angehörige – Wohlbefinden für die Kranken – an diesen Leitmotiven orientiert sich die Arbeit der Beratungsstelle Demenz.

3.3.2 Beratung bei Demenz (NWGA-Leistung)

Ein erster wichtiger Schritt zur Entlastung ist das persönliche Gespräch. Angehörige und Betroffene erhalten Informationen zu allen Fragen rund um die Krankheit Demenz, zu Entlastungsangeboten und Hilfsmöglichkeiten. Sozialpädagogisch ausgebildete und erfahrene Mitarbeiterinnen informieren individuell und bieten darüber hinaus Begleitung und Unterstützung an. Die Kompetenz der Angehörigen und ihre Sicherheit im Umgang mit den Erkrankten werden dabei erweitert und gestärkt.

3.4 Modul "Hilfe für Angehörige"

Informelle Pflege ist ein wichtiger Faktor für die Versorgung vieler älterer Menschen. Viele Angehörige pflegen dabei neben einer Berufs- oder anderen Tätigkeit und haben damit knappe zeitliche Ressourcen, als auch häufig nur eingeschränktes Pflegewissen. Das Angebot richtet sich an Familien der NWGA-Teilnehmer, die gegenwärtig oder künftig zu Hause alleinverantwortlich oder mit professioneller Unterstützung ihren Angehörigen pflegen oder pflegen werden.

Dieses Modul konnte nicht wie geplant umgesetzt werden, da es nicht gelang, mit den Urhebern des Modellprojekts "Familiale Pflege" eine Einigung zu erzielen. Stattdessen wurden die Bedarfe der Teilnehmenden zum Thema Pflege im Rahmen der Hausbesuche durch das Fallmanagements abgedeckt.

3.4.1 Koordinierte Unterstützung für Angehörige (Fallmanagement)

Das NWGA sorgt im Modul "Hilfe für Angehörige" für einen koordinierten Zugang zu Leistungen der Regelversorgung:

- Unterstützung bei der Suche nach unterstützender Pflege
- Hinweise auf bestehende Krankenkassen-Angebote für pflegende Angehörige

3.4.2 Unterstützung der Pflege in der Häuslichkeit (NWGA-Leistung)

Das NWGA bietet in dieser Phase im Modul "Hilfe für Angehörige" vier darüber hinausgehende Leistungen an, die sich außerhalb der Regelversorgung bewegen und an den Angeboten des Modellprojekts "Familiale Pflege" orientieren, welches bereits seit 2010 vom Albertinen-Haus in Kooperation mit der Universität Bielefeld und einer Pflegekasse durchgeführt wird (vgl. http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/).

In Abstimmung mit den Urhebern im Modellprojekt "Familiale Pflege" werden Maßnahmen der pflegerischen Kompetenzentwicklung zur Unterstützung der Pflege in der Häuslichkeit für die Teilnehmer im NWGA angepasst und umgesetzt. Das Ziel ist es, die Pflege in der Häuslichkeit zu stabilisieren bevor ein Krankenhausaufenthalt stattgefunden hat.

3.4.2.1 Pflegetraining in der Häuslichkeit

Einzelfallbezogene Pflegetrainings richten sich an pflegebedürftige NWGA-Teilnehmer, die somatisch erkrankt sind. Demenzerkrankungen werden hier nicht erfasst. Ausgegangen wird von ca. 5 Trainings pro Teilnehmer mit mind. einem Angehörigen. Der Prozess des Pflegetrainings in der Häuslichkeit wird vollständig manualisiert und in folgende Schritte gegliedert: (1) Kontaktaufnahme und Informationsermittlung; (2) Vorläufige Kontaktierung mit den Angehörigen; (3) Leitfadengespräch; (4) Komplettierung des Gesamtrahmens; (5) Ersttraining; (6) Durchführung des gesamten Trainingspakets; (7) Evaluation und Überleitungsgespräch.

3.4.2.2 Familienberatung in der Wohnung

Die aufsuchenden Pflegetrainings in der Familie zielen darauf ab, die Pflege im Rahmen eines familialen Netzwerkes zu organisieren und zu gestalten. Zeitintervalle und Anzahl hängen vom Krankheitsbild sowie von den Vorkenntnissen der pflegenden Angehörigen ab und können zusammen mit oder zeitlich gestaffelt zu den Pflegetrainings in der Häuslichkeit durchgeführt werden. Der Prozess der Familienberatung in der Wohnung wird vollständig manualisiert (vgl. Pflegetraining in der Häuslichkeit).

3.4.2.3 Qualitätscheck

Beim ersten aufsuchenden Pflegetraining im Rahmen eines Hausbesuchs wird ein Qualitätscheck der Pflegehilfsmittel durchgeführt. Über einen standardisierten Fragebogen werden genutzte Beratungsmöglichkeiten und Eckdaten zu Pflegehilfsmitteln abgefragt und dokumentiert.

3.4.2.4 Initialpflegekurse

Die Initialpflegekurse (mit insgesamt 12 Unterrichtsstunden) befähigen Angehörige, bereits früh bestimmte Pflegetechniken zu erlernen und selbst durchzuführen. Darüber hinaus bieten sie den Teilnehmenden die Gelegenheit, sich mit der neuen Pflegesituation und der Gestaltung des Pflegearrangements bewusst auseinander zu setzen. Das Kurskonzept zeichnet sich dadurch aus, dass notwendige Pflegetechniken mit psychosozialen Bausteinen integriert werden.

3.5 Modul "Gesundheitskompetenz"

Ziel des NWGA ist es, die Teilnehmer zu befähigen, so lange wie möglich selbstständig aktiv zu sein und in ihrem gewohnten Umfeld zu leben. Daher bietet das Modul auch weitergehende Beratung und Vermittlung, um die Teilnehmer aktiver an ihrer Gesundheit und Gesundheitsversorgung zu beteiligen.

Koordinierende Unterstützung für den Erwerb von Gesundheitskompetenzen (Fallmanagement)

Das NWGA sorgt im Modul "Gesundheitskompetenz" für einen koordinierten Zugang zu Informationen, Beratungsangeboten und Schulungen:

- Vermittlung von Ansprechpartnern zur Versorgung, insbesondere z.B. der Pflegestützpunkte
- Hinweise auf bestehende Krankenkassen-Angebote, Informationsbroschüren und Coachingangebote
- Zugang zu gesundheitsrelevanten Information mit besonderem Fokus auf evidenzbasierten Broschüren wie z.B.
 - Lebensplanungsinstrumente (Vorsorgevollmacht, Generalvollmacht, Patientenverfügung),
 - Manual "Sicher gehen – weiter sehen": Bausteine für Ihre Mobilität. <http://www.hamburg.de/gesundheit-im-alter/843998/sturzpraevention-im-alter-broschuere> sowie
 - Manual „Essen mit Genuss – Schwung für das Alter“: Informationen, Tipps und Rezeptideen zur Ernährung im höheren Lebensalter auf altersmedizinischer Grundlage. <http://www.hamburg.de/gesundheit-im-alter/4367400/essen-mit-genuss/> .
- Zugang zu aktiven Gesundheitsförderungsmaßnahmen für ältere Menschen
- Café PAUL, Schulung digitaler Kompetenzen über die Albertinen-Akademie

Anlage 30: Maßnahmen Versorgungsmodule

Maßnahmen NWGA

1.	Reha vor Pflege	4	Hilfen für Angehörige (fam. Pflege)
a	Abklärung/ Therapie durch Hausarzt	a	Initial-Pflegekurse
b	Abklärung/ Therapie durch Facharzt	b	Pflegeberatung in Wohnung
c	Ger. Komplextherapie stationär	c	Pflegetraining in Wohnung
d	Ger. Tagesklinik	d	Qualitätscheck Pflege
e	Stationäre Rehabilitation	e	Sonstiges
f	Rehasport	5	Gesundheitskompetenz
g	Medizinische Trainingstherapie	a	Vermittlung zu Pflegestützpunkt
h	Ambulante Physiotherapie	b	Beratung Vollmachten
i	Ambulante physikalische Therapie	c	Beratung Patientenverfügung
j	Ambulante Ergotherapie	d	Cafe PAUL
k	Ambulante Logotherapie	e	Kontaktvermittlung Selbsthilfegruppen
l	Ambulante Neuropsychologie	f	Info / Broschüre Sturzprävention
m	Ambulante Psychotherapie	g	Info / Broschüre Ernährungsberatung
n	Hilfsmittelberatung	h	Kontaktadressen Vereinssport
o	Anpassung Medikation	i	Kontaktadressen Entspannungstraining
p	Sonstiges	j	Kontaktadressen Kirchen / Spiritualität
2	Mensch und Technik	k	Kontaktadressen Erwachsenenbildung
a	Nutzungsempfehlung PAULo	l	Kontaktadressen Kultur
b	Nutzungsempfehlung PAULa	m	Kontaktadressen Ehrenamt
c	Nutzungsempfehlung PAUL	n	Psychologische Beratungsangebote
d	Sonstiges	o	Sonstiges
3	Demenz		
a	Beratung im NWGA		
b	Abklärung Facharzt ambulant		
c	Abklärung Neurologie stationär		
d	Stationäre Gerontopsychiatrie		
e	Beratung Tagesbetreuung		
f	Beratung Vollmachten		
g	Beratung Patientenverfügung		
h	Beratung gesetzl. Betreuung		
i	Sonstiges		