

Originalbeitrag

Versorgungssituation geriatrischer Patient:innen in Sachsen

Methodik und Ergebnisse der Angehörigenbefragung im Innovationsfondsprojekt RemugVplan

Autor:innen

Franziska Stutzer
Ines Weinhold
Josephine Thiesen
Sandra Stark
Danny Wende

Eingereicht am

01.03.2022

Zitiervorschlag

Stutzer, F., Weinhold, I., Thiesen, J., Stark, S. & Wende, D. (2022). Versorgungssituation geriatrischer Patient:innen in Sachsen. Methodik und Ergebnisse der Angehörigenbefragung im Innovationsfondsprojekt RemugVplan. *Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung*, 2022(10).

Abstract

In Zusammenarbeit mit der AOK PLUS wurde zwischen 2019 und 2021 das Innovationsfondsprojekt RemugVplan (Regionale multisektorale geriatrische Versorgungsplanung) durchgeführt. Übergeordnetes Ziel war hierbei, eine bedarfsgerechte Ausgestaltung und prospektive Planung multisektoraler Strukturen zur Versorgung geriatrischer Patient:innen in Sachsen zu unterstützen. Teil dieses Forschungsprojekts waren Primärdatenerhebungen durch die Befragung von Angehörigen geriatrischer Patient:innen, um den Status quo und die wahrgenommene Versorgungssituation realitätsnah abbilden zu können. Dafür wurden zwei Fokusgruppendifkussionen und eine standardisierte, telefonische Befragung durchgeführt. Beide lieferten umfassende Ergebnisse, die im vorliegenden Beitrag detailliert präsentiert werden.

Keywords

Versorgungsforschung; Geriatrie; Sektorenübergreifende Versorgung, Regionale Versorgung; Bedarfsplanung; Primärdaten; Befragung



Franziska Stutzer
Wissenschaftliche
Mitarbeiterin



Ines Weinhold
Bereichsleiterin
Gesundheits-
ökonomie



Josephine Thiesen
Wissenschaftliche
Mitarbeiterin



Sandra Stark
Wissenschaftliche
Mitarbeiterin



Danny Wende
Wissenschaftlicher
Mitarbeiter
(ehem.)

Gliederung

1	Einleitung	49
1.1	Hintergründe und Ziel des Beitrags	49
1.2	Angehörigenbefragung im Rahmen von RemugVplan	49
1.3	Thematische Einführung	50
2	Methodische Hintergründe der Befragungen	52
2.1	Ziel und Charakteristik der Befragungen	52
2.2	Stichprobenziehung und Recruiting	53
2.3	Fragebogenerstellung	55
2.4	Durchführung der Befragungen	57
3	Ergebnisse der Angehörigenbefragung im Projekt RemugVplan	60
3.1	Qualitative Befragung in Fokusgruppen	60
3.2	Quantitative Befragung über Telefoninterviews	66
4	Diskussion der Befragungsergebnisse	76
5	Fazit und Ausblick	77
	Literaturverzeichnis	78

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Übersicht der Teilnehmenden bei den Fokusgruppen	60
Tabelle 2:	Zentrale Handlungsfelder der hausärztlichen Versorgung	64
Tabelle 3:	Zentrale Handlungsfelder der fachärztlichen Versorgung	64
Tabelle 4:	Zentrale Handlungsfelder der stationären Versorgung: Krankenhaus	65
Tabelle 5:	Zentrale Handlungsfelder der stationären Versorgung: Rehabilitation	65
Tabelle 6:	Zentrale sonstige Handlungsfelder	66
Tabelle 7:	Übersicht der Befragten und betreuten Personen der Telefoninterviews	67

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Hausärztliche Versorgung, Kontakte	68
Abbildung 2:	Hausärztliche Versorgung, Terminwahrnehmung je Ortsgröße	69
Abbildung 3:	Hausärztliche Versorgung, Situation in den Praxen	70
Abbildung 4:	Fachärztliche Versorgung, Kontakte	71
Abbildung 5:	Fachärztliche Versorgung, Terminwahrnehmung je Fachgruppen	72
Abbildung 6:	Fachärztliche Versorgung, Zufriedenheit	73
Abbildung 7:	Stationäre Versorgung – Krankenhaus, Übersicht	73
Abbildung 8:	Stationäre Versorgung – Krankenhaus, Zufriedenheit	74
Abbildung 9:	Stationäre Versorgung – Reha, Übersicht	74
Abbildung 10:	Betreuungssituation	75

Abkürzungsverzeichnis

BAG KGE	Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e. V.
Destatis	Statistisches Bundesamt
DGG	Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V.
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V.
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Version, german modification
IMK	Institut für angewandte Marketing- und Kommunikationsforschung
RemugVplan	Regionale multisektorale geriatrische Versorgungsplanung

1 Einleitung

1.1 Hintergründe und Ziel des Beitrags

In Zusammenarbeit mit der AOK PLUS wurde zwischen 2019 und 2021 das Forschungsprojekt RemugVplan – Regionale multisektorale geriatrische Versorgungsplanung – durchgeführt, das durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördert wurde (Förderkennzeichen: 01VSF18048). Übergeordnetes Ziel war hierbei, eine bedarfsgerechte Ausgestaltung und prospektive Planung multisektoraler Strukturen zur Versorgung geriatrischer Patient:innen zu unterstützen. Derzeit (Stand: Februar 2022) befinden sich die Berichte in der Begutachtung des Innovationsausschusses beim G-BA. Das Projekt beruht auf einem Mehrmethodenansatz, der unter anderem ein systematisches Literaturreview und Sekundärdatenanalysen von Stamm- und Abrechnungsdaten der AOK PLUS umfasst. Außerdem wurden Primärdaten erhoben, welche kontextualisierend sowie zur Plausibilisierung und Ergänzung der weiteren Ergebnisse eingesetzt wurden.

Das Innovationsfondsprojekt RemugVplan wurde in Kooperation mit der AOK PLUS durchgeführt.

Der vorliegende Beitrag wird die zur Primärdatenerhebung durchgeführten Befragungen von Angehörigen detailliert in der zugrundeliegenden Methodik vorstellen. Hierfür erfolgt eine Darstellung zum anvisierten Zweck und Nutzbarkeit solcher Befragungen im Kontext von RemugVplan und ähnlichen Forschungskontexten (Kapitel 2.1). Da für RemugVplan sowohl qualitative Befragungen (in sogenannten Fokusgruppen) als auch quantitative Befragungen (in Form einer telefonischen Befragung) durchgeführt wurden, wird auch auf die Unterschiede und Hintergründe beider Befragungsmöglichkeiten eingegangen. Ferner wird die Vorgehensweise zur Generierung der Stichproben und zur Rekrutierung (Kapitel 2.2) sowie zur Fragebogengenerierung (Kapitel 2.3) vorgestellt. Abschließend wird die Durchführung beider Befragungen beschrieben (Kapitel 2.4).

Kapitel 3 zeigt die Ergebnisse übersichtlich in grafischer und deskriptiver Form auf; eine Diskussion derer im Hinblick auf den Forschungskontext erfolgt daran anschließend in Kapitel 4. Der Beitrag endet mit einem Fazit (Kapitel 5).

Die Endergebnisse des Projekts RemugVplan, die sich aus den Datenanalysen unter Hinzunahme der Befragungs- und Rechercheergebnisse zusammensetzen, können in einem online verfügbaren Dashboard eingesehen werden. Schlussfolgernd konnte durch RemugVplan die Relevanz von interdisziplinärer und sektorenübergreifender Versorgung geriatrischer Patient:innen untermauert werden.

Alle Projektergebnisse können im dynamischen Dashboard eingesehen werden (WIG2 Institut, o. J.).

1.2 Angehörigenbefragung im Rahmen von RemugVplan

Die Angehörigenbefragung im Rahmen von RemugVplan hatte zum Ziel, ein realitätsnahes Bild der Versorgungssituation geriatrischer Patient:innen im ambulanten und stationären Bereich zu erschaffen. Dafür wurden in einem ersten Teil Fokusgruppen befragt (qualitativ), im zweiten Teil telefonische Befragungen (quantitativ) durchgeführt. Die detaillierten Ergebnisse beider Befragungsteile werden in Kapitel 3 dargestellt.

Für die Fokusgruppen traten im Mai 2019 jeweils 9 Personen in Niesky (Landkreis Görlitz in der Oberlausitz) und Dresden zusammen. Durch diese zwei Orte wurde die Versorgungssituation im ländlichen (Niesky) und städtischen Raum (Dresden), welche unterschiedlichen Rahmenbedingungen unterworfen sind, differenziert betrachtet. Bei den Teilnehmenden handelte es sich um Betreuer:innen von geriatrischen Patient:innen, die auf Basis einer Datenlieferung der AOK PLUS rekrutiert wurden. Ausführende Institution war das Institut für angewandte Marketing- und Kommunikationsforschung (IMK). Die Fokusgruppensitzungen wurden aufgezeichnet, transkribiert und entsprechend den inhaltlichen Schwerpunkten des Gesprächsleitfadens ausgewertet. Bei den jeweils ca. zweistündigen Treffen der Fokusgruppen wurden unter anderem die erlebte Qualität der medizinischen Versorgung der pflegebedürftigen Angehörigen, die Relevanz von Videosprechstunden und Telemedizin, die Erfahrungen der Terminfindung und Praxisgestaltung bei Haus- und Fachärzt:innen sowie die Situation bei Krankenhausaufenthalten diskutiert. Die Treffen schlossen mit der Formulierung von zentralen Handlungsfeldern, die von den Teilnehmenden hinsichtlich ihrer Priorität eingeschätzt wurden.

Teil 1: Fokusgruppensitzungen im ländlichen und städtischen Raum.

Für die telefonische Befragung wurde eine Stichprobe aus der Grundgesamtheit geriatrischer Patient:innen mit eingetragener Pflegeperson der Daten der AOK PLUS gebildet. Die Stichprobe ist hinsichtlich Alter, Geschlecht und Wohnortklasse der Pflegepersonen repräsentativ für die sächsische Bevölkerung. Im August und September 2019 konnten 250 computergestützte Telefoninterviews mit Angehörigen geriatrischer Patient:innen durch das IMK realisiert werden. Die Befragten machten Angaben zu den gesundheitlichen Einschränkungen der betreuten Person, der haus- und fachärztlichen Kontakte der vergangenen drei Monate, Krankenhausaufenthalte des vergangenen Jahres, der rehabilitativen Versorgung und ihrer persönlichen Wahrnehmung der Betreuungssituation im Allgemeinen.

Teil 2: Standardisierte, telefonische Befragung.

1.3 Thematische Einführung

Ein sich zukünftig verändernder Versorgungsbedarf wird durch die demografischen Entwicklungen, Migrationsbewegungen sowie Morbiditäts- und Mortalitätsentwicklungen begründet. RemugVplan lieferte hierfür eine wichtige Daten- und Entscheidungsgrundlage, um Versorgungsstrukturen in Sachsen angemessen und bedarfsgerecht weiterzuentwickeln.

Der demografische Wandel beschreibt in Deutschland gegenwärtig die Verschiebung der personenstärksten Altersgruppe hin zur älteren Generation. Begründet ist dies durch das Älterwerden der sogenannten Babyboom-Generation, stark besetzte Jahrgänge zwischen 1955 und 1970, die heute etwa 50 bis 65 Jahre alt sind. Gleichzeitig trägt die erhöhte Lebenserwartung dazu bei, dass immer mehr Personen zu den höheren Altersgruppen gehören (ausführlich dazu: Destatis – Statistisches Bundesamt, 2020a). So lebten 2018 in Deutschland etwa 15,8 Millionen Menschen im Alter von mindestens 67 Jahren (entsprach ca. 19 % der Bevölkerung). Bis zum Jahr 2040 wird der Anstieg dieses Anteils in Abhängigkeit des Ausmaßes demografischer Veränderungen auf 25 % bis 27 % prognostiziert

Der demografische Wandel verändert die Versorgungsbedarfe.

(Destatis, 2019). Mit der älterwerdenden Bevölkerung steigt auch der Anteil altersassoziierter Krankheiten, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit (siehe dazu Kuhlmeier, 2009), wodurch der geriatrischen Versorgung zukünftig eine wachsende Bedeutung zugesprochen werden kann.

Nach der Pflegestatistik 2019 (Destatis, 2020b, S. 9) waren Ende 2019 4,1 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des elften Sozialgesetzbuches (§ 14 SGB XI); schätzungsweise wurden 2,1 Millionen davon ausschließlich zu Hause durch Angehörige gepflegt. Zwar bedeuten diese Zahlen einen Anstieg um 20,9 % bei der Gesamtanzahl der Pflegebedürftigen im Vergleich zur Pflegestatistik 2017, in welchem Umfang sich dies auf den demografischen Wandel, andere gesellschaftliche Faktoren oder die Veränderungen (weitere Fassung) des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017 zurückführen lässt, kann jedoch nicht abschließend beurteilt werden (Destatis, 2020b, S. 9). Häuslich betreute Personen werden häufig durch eine Pflegeperson (§ 19 SGB XI) gepflegt, die auch bei der jeweiligen Pflegekasse verzeichnet wird. Insgesamt werden 3,3 Millionen Pflegebedürftige (etwa 80 % der Gesamtzahl) zu Hause durch verschiedene Personen und Leistungserbringer versorgt. Neben den ausschließlich durch Angehörige (Pflegepersonen) betreuten Pflegebedürftigen ist grundsätzlich auch bei den anderen häuslich betreuten Personen von einer Unterstützung durch Angehörige auszugehen, in Kombination beispielsweise mit einem ambulanten Pflegedienst (Destatis, 2020b, S. 9). Dieser Umstand sowie zahlreiche Literaturbeiträge, darunter Nowossadeck, Engstler und Klaus (2016), lassen darauf schließen, dass Angehörige eine wichtige und wachsende Rolle in der Pflege einnehmen.

Die häusliche Pflege durch Angehörige wird eine wachsende Rolle einnehmen.

Personen höheren Lebensalters (70 Jahre oder älter) mit geriatritypischer Multimorbidität werden als „geriatrische Patient:innen“ charakterisiert (BAG KGE – Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen e. V., DGG – Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V. & DGGG – Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V., 2004). Die Geriatrie ist auf die Behandlung dieser Patient:innen spezialisiert und „führt akutmedizinische, frührehabilitationsmedizinische und rehabilitationsmedizinische Behandlungen durch“ und geht „zumeist über die reine Organmedizin hinaus und erbringt zusätzliche Leistungen vor allem im Bereich der multidisziplinären funktionellen Therapie und im Bereich der Prävention“ (BAG KGE et al., 2004).

Definition der „geriatrischen Patient:innen“

Eine geriatritypische Multimorbidität, das heißt ein Vorhandensein mehrerer Krankheiten bei einem/://einer Patienten/://Patientin, geht mit dem Vorliegen mindestens zweier geriatrischer Merkmalkomplexe einher, die von einer gemeinsamen Arbeitsgruppe der BAG KGE, DGG und DGGG (2004) erarbeitet wurden. Zu den Merkmalkomplexen gehören unter anderem „Immobilität, Sturzneigung und Schwindel“ sowie „Kognitive Defizite“. Ein Merkmalkomplex wird durch die Kodierung mindestens einer für diesen Komplex vorgesehenen Diagnosen nach ICD-10-GM (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Version, german modification) ausgelöst.

2 Methodische Hintergründe der Befragungen

2.1 Ziel und Charakteristik der Befragungen

Forschungserkenntnisse können aus verschiedensten Informationsquellen gewonnen werden. Eine grundlegende Differenzierung kann hierbei über den Erhebungszweck der Daten getroffen werden. Gerade im Gesundheitswesen liegen viele Datenbestände vor, die auch außerhalb ihres ursprünglichen Erhebungszweckes für die Forschung genutzt werden können, um Erkenntnisse zu gewinnen. Beispielhaft zu nennen, sind hier Abrechnungsdaten von Krankenkassen oder Apotheken. Existieren keine (zugänglichen) Sekundärdaten, die zur Informationsgewinnung in einem Forschungsvorhaben herangezogen werden können, müssen Primärdaten erhoben werden. Diese zeichnen sich über eben diese Zweckbestimmung aus (Homburg, 2017, S. 263).

Primärdaten vs. Sekundärdaten

Zur Erfassung der realen Situation geriatrischer Patient:innen und ihrer pflegenden Angehörigen wurde eine ebensolche Primärdatenstudie im Rahmen von RemugVplan durchgeführt. Anhand der Befragungsergebnisse konnten akzeptable Entfernungen (Wegzeiten) zwischen Patient:in und der Leistungserbringungsstelle ermittelt werden. Diese sogenannten Distanztoleranzschwellen flossen als Faktor in die Berechnung von erreichbarkeits- und bedarfsgewichteten Versorgungsrelationen ein, die einen Hauptzweck des Projekts darstellen. Die weiteren Befragungsergebnisse dienten der Plausibilisierung und Kontextualisierung des recherchierten Versorgungsangebots und der aus Forschungsliteratur gewonnenen Erkenntnisse.

Neben anderen Methoden, beispielhaft genannt Beobachtungen und Experimente, ist die Befragung eine zentrale Methode der Primärdatenerhebung, welche wiederum mit qualitativem oder quantitativem Fokus durchgeführt werden kann.

Eine quantitative Befragung hat zum Ziel, die Antworten von einer Vielzahl an Proband:innen miteinander vergleichen zu können, um Informationen zu gewinnen (Homburg, 2017, S. 269; Jährig, Gather & Schade, 2016). In qualitativen Befragungen sollen dagegen Erfahrungen, Meinungen und Einschätzungen gewonnen werden, die im Forschungskontext bisher unbekannte bzw. unerforschte Sachverhalte aufdecken, bestehende Erkenntnisse plausibilisieren oder Rahmenbedingungen kontextualisieren können. Somit dienen quantitative Forschungsansätze dem Testen und Bestätigen von Hypothesen, qualitative Forschungsansätze dem Aufstellen solcher (Renjith, Yesodharan, Noronha, Ladd & George, 2021, S. 2). Werden qualitative und quantitative Methoden innerhalb einer Forschungsarbeit kombiniert, wird dies als „Mixed Methods“-Ansatz bezeichnet (Flick, 2007, S. 571). Speziell in den Gesundheitswissenschaften wird die qualitative Forschung eingesetzt, um Verhaltensmuster von Patient:innen zu verstehen, Bedürfnisse zu erkennen, anhand von Erfahrungen bestehende Strukturen evaluieren und durch neue Intervention verbessern zu können (Renjith et al., 2021, S. 1).

Qualitativ vs. Quantitativ

RemugVplan verfolgte den „Mixed Methods“-Ansatz und realisierte in Form der Fokusgruppen sowohl eine qualitative Befragung als auch ein standardisiertes Telefoninterview als quantitative Befragung. Letztere diente der Erhebung eines „Status quo“ der geriatrischen Versorgung in Sachsen aus Sicht der Patient:innen

und deren Angehörigen – Informationen, die durch diese Befragung erstmalig erhoben wurden. Die zuvor durchgeführten Fokusgruppendifkussionen boten einen Einstieg in die Thematik, da gerade hier sensible Themen wie die Gesundheitsversorgung tiefer und differenzierter betrachtet werden können als dies in der Anonymität einer standardisierten Umfrage möglich ist. Mit den gewonnenen Erkenntnissen aus den Fokusgruppen konnte anschließend der standardisierte Fragebogen entworfen bzw. optimiert werden (vergleiche Kapitel 2.3).

Neben der vorliegend vorgestellten Befragung von Angehörigen wurden im Rahmen von RemugVplan auch Interviews mit Expert:innen sowie eine standardisierte Befragung von Leistungserbringenden durchgeführt, die in ihrer Methodik und ihren Ergebnissen jedoch an anderer Stelle präsentiert werden sollen.

2.2 Stichprobenziehung und Recruiting

Durch die Kooperation mit der AOK PLUS lag die Grundgesamtheit der möglichen Befragungspersonen in den bei dieser gesetzlichen Krankenkasse geriatrischen Versicherten mit eingetragener Pflegeperson. „Als **Grundgesamtheit** gelten alle potenziell untersuchbaren Einheiten bzw. Elemente, die ein gemeinsames Merkmal (oder eine gemeinsame Merkmalskombination) aufweisen“ (Anm.: Auszeichnung des Autors; Raithel, 2008, S. 54). Da es logistisch und zeitlich nicht realisierbar war, alle Personen der Grundgesamtheit zu befragen, wurde für beide Befragungen eine Stichprobe gezogen. Die Notwendigkeit bzw. Rechtfertigung für das Heranziehen einer Stichprobe kann sich auch durch das Verhältnis von Aufwand der Befragung und versprochenem Nutzen einer hohen Anzahl (bzw. Vollerhebung) von Proband:innen ergeben – so wird der „Punkt, ab dem zusätzliche Fälle, Daten oder Analysen keine zusätzlichen theoretischen Erkenntnisse liefern oder versprechen“, als Theoretische Sättigung bezeichnet (Flick, 2007, S. 573).

Grundgesamtheit

„Eine **Stichprobe** stellt eine Teilmenge aller Untersuchungseinheiten dar, die die untersuchungsrelevanten Eigenschaften der Grundgesamtheit möglichst genau abbilden“ (Anm.: Auszeichnung des Autors; Raithel, 2008, S. 54). Ist die Stichprobe repräsentativ, dann bildet sie in den zentralen Merkmalen die Grundgesamtheit bzw. eine andere, größere Menge ab und lässt somit Rückschlüsse auf diese zu. Durch Hochrechnungen können die auf die repräsentative Stichprobe zutreffenden Ergebnisse auf die Gesamtheit übertragen werden (Homburg, 2017, S. 303). Im Projekt RemugVplan wurde zunächst eine zufällige Stichprobe von 5.036 Personen gezogen und die Interviews anschließend hinsichtlich der zu erfüllenden Quoten durchgeführt, sodass die Gruppe der Befragten in den Merkmalen Alter, Geschlecht und Wohnortklasse der Betreuer:innen schlussendlich repräsentativ für die sächsische Bevölkerung ist. Da bei einer telefonischen Befragung die Erreichbarkeit der Personen und ihre Bereitschaft zur Beantwortung des Fragebogens nicht garantiert ist, kann die Quotenstichprobe im Endergebnis die Repräsentativität besser sicherstellen als eine rein zufällige gezogene repräsentative Stichprobe.

Repräsentative Stichproben

Zufallsauswahlen „zeichnen sich dadurch aus, dass die Wahrscheinlichkeit für jedes Element der Grundgesamtheit, ein Element der Stichprobe zu werden, berechnet werden kann und größer als null ist“ (Häder & Häder, 2019, S. 334). Ent-

Störfaktoren bei Stichproben

sprechend haben die Forschenden nach dem Setzen der Rahmenbedingungen (Merkmale der Repräsentativität und ihre Verteilung, Stichprobengröße u. a.) keinen Einfluss auf die Auswahl der Elemente. Die Stichprobenverzerrung (sog. Selection Bias) ist dementsprechend niedrig.

Die Aussagekraft einer Stichprobe über die Grundgesamtheit bzw. den Untersuchungsgegenstand kann durch die Verzerrung vermindert sein. In diesem Fall wurde die Zusammensetzung der Stichprobe dahingehend beeinflusst, dass wünschenswerte Ergebnisse zustande kommen, die jedoch nicht unbedingt realitätsnah sind. Doch auch Zufallsauswahlen können ein realitätsfernes Bild generieren. Häder und Häder (2019, S. 337) definieren den Stichprobenfehler als den „Unterschied zwischen der in der Grundgesamtheit vorhandenen und der in der Stichprobe ermittelten Verteilung“. Relevant ist der Stichprobenfehler jedoch nur dann, wenn das betrachtete Merkmal für den Forschungskontext relevant ist. Einfluss auf den Stichprobenfehler nimmt außerdem die Wahl der Stichprobengröße.

Die Stichprobe für die (quantitative) standardisierte, telefonische Befragung umfasste 5.036 Personen. Diese Größe wurde nach Erfahrungswerten des IMK hinsichtlich der Stichprobeneffektivität bei telefonischen Befragungen bestimmt. Die Repräsentativität einer Stichprobe wird jedoch nicht nur durch die initiale Stichprobenziehung beeinflusst, sondern auch durch die Effektivität der Stichprobe, das heißt der tatsächlichen Anzahl durchgeführter Befragungen bzw. hier durch die Verteilung der Antwortverweigerung (Homburg, 2017, S. 304). Um die Repräsentativität sicherzustellen, wurde aus der initialen Stichprobe von 5.036 Personen die effektive Stichprobe (= durchgeführte Interviews) nach vorgegebenen Quoten ausgewählt.

Die Quotenstichprobe ist so gestaltet, dass sie bestimmte, zuvor theoretisch bestimmte Merkmalsausprägungen enthält (Akremi, 2019, S. 321). Als relevante Merkmale wurden Alter, Geschlecht und Wohnortklasse der Betreuer:innen ausgewählt und die Personen der initialen Stichprobe vom durchführenden Institut so kontaktiert, dass schlussendlich die Zielquote in der vorgegebenen Quotierung, d. h. mit einer für Sachsen repräsentativen Bevölkerungsauswahl, erreicht wurde. Im Ergebnis konnten 250 durchgeführte Interviews ausgewertet werden.

Um eine differenzierte Betrachtung der Versorgungssituationen in ländlichen und städtischen Gebieten zu ermöglichen, wurden im Rahmen von RemugVplan neben der telefonischen Befragung auch zwei moderierte Fokusgruppendifkussionen durchgeführt. Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgte auch hier auf Basis der Datenlieferung der AOK PLUS durch das IMK. Im Sinne des Zwecks der Fokusgruppen im Zusammenspiel mit den anderen methodischen Ansätzen innerhalb des Projekts war Repräsentativität kein Kriterium für die Zusammensetzung der Fokusgruppen. Entsprechend wurden andere Strategien angewendet.

Während sie für quantitative Forschung und besonders in medizinischen Studien standardmäßig verwendet werden, spielen Zufallsauswahlen bei qualitativen Forschungsansätzen eine eher untergeordnete Rolle; stattdessen werden nicht-probabilistische Stichprobenstrategien angewendet (Akremi, 2019, S. 320). Die Art und Weise der Generierung eines solchen „Convenient Samplings“ (willkürliche Stichprobe) ist unter anderem durch Faktoren wie Erreichbarkeit und geografische Nähe der potenziellen Probanden geprägt (Renjith et al., 2021, S. 4).

Eine Zufallsauswahl vermindert die (bewusste oder unbewusste) Stichprobenverzerrung durch Forschende, kann aber Stichprobenfehler generieren.

Auch die Effektivität der Stichprobe kann das Ergebnis verzerren.

Quotenstichprobe

Stichprobenstrategien bei qualitativer Forschung

Die Personen in der Grundgesamtheit hatten zuvor ihre Einwilligung zur Kontak-
tierung bei telefonischen Befragungen in diesem Themenbereich inkl. der Wei-
tergabe ihres Kontakts zu diesem Zwecke an ein Marktforschungsinstitut über
verschiedene Wege an die AOK PLUS übermittelt. Über die konkreten Projektziele
und den Hintergrund der Befragung wurden die Angehörigen bei der Kontaktauf-
nahme durch das IMK aufgeklärt.

Datenschutz

2.3 Fragebogenerstellung

Die Fokusgruppendifkussionen wurden anhand eines teilstandardisierten Ge-
sprächsleitfadens moderiert; den Telefoninterviews lag ein standardisierter Fra-
gebogen zugrunde.

Der teilstandardisierte Gesprächsleitfaden bestand aus etwa 40 Hauptfragen
mit jeweils einer bis drei Unterfragen. Letztere konnten von der Moderatorin ge-
nutzt werden, um differenzierte Antworten auf die Hauptfrage bzw. verschiedene
Aspekte dieser abzufragen oder um Nachfragen zu stellen, die eine dynamische
Gesprächssituation bei den Teilnehmenden befördern. Im Folgenden werden zwei
beispielhafte Fragen des teilstandardisierten Gesprächsleitfadens aufgezeigt. Im
Gegensatz zu standardisierten Fragebögen enthalten teilstandardisierte keine
vorher festgelegten Antwortmöglichkeiten, sondern lassen eine freie Beantwor-
tung durch die Interviewten zu (= offene Fragen, s. u.). Ferner hat die interview-
ende Person im Gesprächsverlauf die Möglichkeit, die Reihenfolge der Frage zu
verändern, um das Interview situativ thematisch zu lenken.¹

Teilstandardisierte
Fragebögen bieten
mehr Flexibilität in
der Befragungssi-
tuation.

Wie häufig waren Ihre Angehörigen in den letzten 3 Monaten in etwa bei ihrem
Hausarzt bzw. einem Allgemeinmediziner?

- Moderatorin: Abfrage aller Teilnehmer
- Nachfragen: Handelte es sich dabei um Besuche in der Praxis oder gab es
Hausbesuche oder gar eine Videosprechstunde?
- In wie vielen dieser Fälle haben Sie Ihre Angehörigen bei dem Arztbesuch be-
gleitet?

Beispiel 1

Wie weit ist der Arzt von der Wohnung Ihrer Angehörigen entfernt?

- Wie gelangen Ihre Angehörigen üblicherweise zum Hausarzt?
- Würden Sie sagen, dass eine hausärztliche Versorgung für Ihre Angehörigen
angemessen erreichbar ist? Bitte begründen Sie.
- Sind die Praxisräume auch für ältere Patienten mit eingeschränkter Mobilität
gut zu erreichen (Stichwort „barrierefrei“)?

Beispiel 2

Die Ergebnisse der Fokusgruppen wurden bei der Erstellung des standardisierten
Fragebogens für die Telefoninterviews berücksichtigt. Standardisierte Fragebö-
gen zeichnen sich durch ihre Gleichheit und Reproduzierbarkeit in den Einzel-
befragungen aus. So beantwortet jede:r Befragte die gleichen Fragen, erhält die

Standardisierte
Fragebögen ermög-
lichen gleiche und
reproduzierbare
Befragungen.

¹ Zur besseren Verständlichkeit verwendeten die Fragebögen das generische Maskulinum.
Die Fragen sind für den vorliegenden Beitrag in ihrer ursprünglichen Form übernommen.

gleichen Informationen und gibt Antworten in einem festen Rahmen, durch zuvor bestimmte Antwortalternativen. Diese können nach Abschluss der Befragung mit statistischen Methoden ausgewertet werden.

Jährig et al. (2016) nennen eine Reihe von Anforderungen, die Fragen innerhalb einer standardisierten Befragung erfüllen müssen. So sollen die Fragen einfach, kurz formuliert und verständlich sein, kein allzu langes Nachdenken erfordern, keine bestimmte Antwort herausfordern und stets in einem Zusammenhang mit dem Ziel der Befragung stehen. Der ausgearbeitete Fragebogen muss ferner die Interviewsituation berücksichtigen – so können für schriftliche Fragen umfangreichere Antwortalternativen gewählt werden, die in einem mündlichen Interview von der befragten Person möglicherweise nicht aufgefasst werden können. Ist der/die Interviewer:in nicht anwesend, müssen Fragen entsprechend einfacher formuliert und ohne Rückfragen beantwortbar sein, sonst besteht die Gefahr eines Interviewabbruchs.

Grundsätzlich kann zwischen offenen und geschlossenen Fragen unterschieden werden, die beide im standardisierten Fragebogen für das Projekt RemugVplan verwendet wurden. Offene Fragen werden durch die Befragten in deren eigenen Worten beantwortet, ohne, dass Antwortalternativen vorgegeben werden. In standardisierten Interviews ordnet der/die Interviewende die Antwort systematisch ein (Raithel, 2008, S. 68). Dies wird in folgendem Beispiel 3 ersichtlich:

Wie häufig hatte die von Ihnen betreute Person in den vergangenen 3 Monaten Kontakt zum Hausarzt bzw. Allgemeinmediziner?

- Interviewer: Nicht vorlesen!
- Choice: einfach

1 bis 2 mal / 3 bis 5 mal / 6 bis 10 mal / 11 bis 20 mal / mehr als 20 mal

→ Weiter mit nächster Frage Hausarzt

gar nicht / Betreuer hat keinen Hausarzt / (weiß nicht) / (keine Angabe)

→ Weiter mit Block Facharzt

Beispiel 3

In geschlossenen Fragen wie der folgenden kennen die Befragten die Antwortmöglichkeiten und können aus diesen wählen (Beispiel 4).

Und ist diese Entfernung für den von Ihnen Betreuten nicht akzeptabel, gerade noch akzeptabel oder ideal?

- Interviewer: Vorlesen!
- Choice: einfach

Beispiel 4

Um die Gefahr einer fehlenden Antwortalternative und der sich daraus ergebenden Verzerrung der Antworten oder auch eines möglichen Abbruchs der befragten Person zu verringern, wird häufig den vorgegebenen Antwortalternativen die Alternative „Sonstiges“ hinzugefügt, die als offene Frage beantwortet wird – eine solche Kombination aus geschlossenen und offenen Fragen nennt sich Hybridfrage (Reinecke, 2019, S. 720). Folgendes Beispiel 5 zeigt die Nutzung einer solchen Hybridfrage innerhalb von RemugVplan.

Welche Erwerbssituation ist für Sie passend?

- Interviewer: Vorlesen!
 - Choice: einfach
- ich arbeite in Vollzeit / ich arbeite in Teilzeit oder bin geringfügig oder gelegentlich beschäftigt / arbeitssuchend / Rentner:in / Sonstige, und zwar / (weiß nicht, keine Angabe)

Beispiel 5

Die Antwortalternativen können je nach Informationswunsch differenziert ausfallen. Einstellungen werden vor allem mit einer Skala („Stimme voll und ganz zu“ bis „Stimme überhaupt nicht zu“) abgefragt – weit verbreitet ist hierfür die Likert-Skala in 5 oder 7 Stufen (Reinecke, 2019, S. 720), wie sie auch im hier thematisierten Projekt genutzt wurde (siehe Beispiel 6) (Reinecke, 2019, S. 720).

Bitte denken Sie nun einmal an die zurückliegenden Besuche der von Ihnen betreuten Person beim bzw. durch den Hausarzt. Sagen Sie mir bitte, inwieweit die folgenden Aussagen zutreffen!

Bitte antworten Sie auf diese Frage anhand einer Skala von 1 bis 5. Dabei bedeutet 1= „trifft voll und ganz zu“ und 5= „trifft überhaupt nicht zu“, mit den Werten dazwischen können Sie Ihr Urteil abstimmen.

- Interviewer: Vorlesen!
- Rangskala

Beispiel 6

Die standardisierten Fragebögen innerhalb des Projekts RemugVplan wurden unter Hinzunahme vergleichbarer Fragebögen aus anderen Projekten sowie Forschungsliteratur erstellt und hinsichtlich der Projektziele angepasst. Die zuvor durchgeführten Fokusgruppen wurden zum Testen verschiedener Formulierungen genutzt. Außerdem konnten Erkenntnisse über das Wissen der Angehörigen sowie deren Einstellungen zu bestimmten Themenbereichen für die Formulierung der standardisierten Fragen genutzt werden.

2.4 Durchführung der Befragungen

Fokusgruppen

Im methodischen Konstrukt der Fokusgruppe wird eine Gruppendiskussion zu einem zuvor festgelegten Thema von bis zu 10 Personen geführt und moderierend begleitet (Bär, Kasberg, Geers & Clar, 2020, S. 210–213; siehe auch Flick, 2007). Die entstandenen Inhalte werden im Anschluss ausgewertet. Gruppendynamiken und Gesprächsverläufe fanden hier jedoch – anders als in ähnlichen Konstrukten aus dem Bereich der Sozialwissenschaften – keine Beachtung (Bär et al., 2020).

In Fokusgruppen können tiefe Einblicke in die Lebenswelt der Teilnehmenden und somit wichtige Erkenntnisse für den untersuchten Forschungsaspekt gewonnen werden (Bär et al., 2020, S. 214). Als methodisches Konstrukt sind Fokusgruppen vielseitig anwendbar – mit unterschiedlichsten Personengruppen und Fragestellungen. Nachteile liegen jedoch in der Belastbarkeit der Ergebnisse, da sich Menschen in Gruppensituationen unterschiedlich verhalten und ihre Antworten

ggf. situativ anpassen bzw. von der Wahrheit abweichen. Nicht ausgeschlossen ist jedoch, dass Gruppendynamik auch förderlich für das Äußern bestimmter Meinungen sein kann (Bär et al., 2020, S. 215).

Um die Verzerrung der Gruppenmeinung durch dominante Teilnehmer:innen zu mindern, ist es Aufgabe der Moderation, die Redeanteile durch gezielte Ansprache einzelner Teilnehmer:innen möglichst gleichmäßig zu verteilen. Auch kann der/die Moderator:in weitere Perspektiven anstoßen, um ein differenzierteres Bild zum diskutierten Thema zu erhalten (Homburg, 2017, S. 267). In beiden Fokusgruppen entstanden gute und flüssige Diskussionen zu allen angesprochenen Themen. Charakteristisch war in beiden Fällen das sehr subjektive, persönliche Erzählen der Teilnehmenden. Mit Einwirkung der Moderatorin konnten hieraus jedoch auswertbare, vergleichbare Aussagen gewonnen werden. In den für RemugVplan durchgeführten Fokusgruppen hatte die Moderatorin außerdem die Aufgabe, die geäußerten Problemfelder, Potenziale und Anforderungen des Schwerpunktes fortlaufend auf Karten zu notieren und sichtbar an eine Tafel zu pinnen.

Moderation

Aufgrund der geringen Teilnehmendenzahl ist eine Repräsentativität der Grundgesamtheit kaum zu erreichen und daher auch nicht das primäre Ziel einer Fokusgruppe. Stattdessen erfolgt die Zusammenstellung der Gruppenteilnehmer:innen im Hinblick auf eine bestmögliche Diskussionsatmosphäre. Je nach Forschungsziel kann diese durch besonders heterogene oder homogene Gruppen erreicht werden (Homburg, 2017, S. 267). Wie bereits in Kapitel 2.2 beschrieben, wurden innerhalb des Projekts RemugVplan die Teilnehmenden innerhalb eines „Convenience Samplings“ ausgewählt, ohne dass zuvor Quoten ähnliche Merkmale festgelegt wurden. Aus der Grundgesamtheit ergibt sich lediglich die Maßgabe, dass es sich um Betreuer:innen von geriatrischen Patient:innen handeln muss. Da die Fokusgruppen in Präsenz, d. h. örtlich gebunden, stattfanden, spielte bei der Auswahl der Teilnehmer:innen insbesondere die räumliche Nähe eine Rolle.

Zusammensetzung der Gruppen

Die Fokusgruppendifkussionen fanden in Dresden und Niesky statt. Die sächsische Landeshauptstadt steht stellvertretend für städtische Gebiete mit in der Regel guter Infra- und Versorgungsstruktur. Im Kontrast dazu fand die zweite Fokusgruppendifkussion in Niesky, Landkreis Görlitz in der Oberlausitz, statt. In der ländlichen Kleinstadt stellt die flächendeckende Versorgung eine besondere Herausforderung dar. So ist die AOK PLUS bereits in einem anderen Projekt beteiligt, welches das eigentlich unwirtschaftliche aber für die Versorgung sehr wichtige Krankenhaus in Niesky als lokales Gesundheitszentrum umgestalten möchte, um die stationäre aber auch ambulante Versorgung der Region sicherzustellen (AOK-Bundesverband, o. J.).

Dresden und Niesky als Austragungs-orte

In Abhängigkeit von der geplanten Auswertungsstrategie und somit der Zielsetzung der Fokusgruppendifkussion können die Inhalte auf verschiedenen Wegen dokumentiert werden, bspw. durch Protokollierung, Aufzeichnung oder gemeinsames Erstellen von Plakaten (Bär et al., 2020, S. 218). So wurden in den beiden Fokusgruppen im Projekt RemugVplan Plakate mit zentralen Handlungsfeldern für die einzelnen Leistungsbereiche (Hausärztliche Versorgung, Krankenhaus, Rehabilitation, ...) erstellt, die von den Teilnehmenden anschließend priorisiert wurden. Dafür konnte jede:r fünf Klebepunkte auf alle genannten Handlungs-

Dokumentation und Auswertung

felder verteilen. Die Ergebnisse sind in Kapitel 3.1 dargestellt. Zudem wurden die Diskussionen aufgezeichnet und anschließend transkribiert.

Standardisierte Befragung über Telefoninterviews

Telefonische Interviews – wie sie auch im Rahmen von RemugVplan stattfanden – werden oft computergestützt durchgeführt. In einem Computer Assisted Personal Interview (CAPI) können die Interviewenden Antworten unmittelbar im System erfassen und durch den elektronischen Fragebogen navigieren. Die gesammelten Daten sind so weniger fehleranfällig als bei einer manuellen Dateneingabe (Homburg, 2017, S. 270).

CAPI – Computer Assisted Personal Interview

Obwohl standardisierte Telefoninterviews viele Vorteile haben – sie sind zeitlich flexibel, relativ kostengünstig und bieten die Möglichkeit für Rück- und Nachfrage – stoßen sie in der anonymen Befragungssituation oft auf fehlende Auskunftsbereitschaft und/oder Ablehnung der Befragten (Homburg, 2017, S. 271). Alternativ kann eine quantitative Befragung auch über andere Wege stattfinden, wie in einem persönlichen Gespräch, durch eine schriftliche Befragung vor Ort oder durch das Ausfüllen eines Online-Fragebogens (Jählig et al., 2016).

In der Gesprächssituation darf jedoch keine Beeinflussung geschehen, da diese das Ergebnis verzerren würde. Standardisierte Befragungen haben den Anspruch der Objektivität, bei der die Ergebnisse unabhängig von der durchführenden bzw. analysierenden Person sind (Flick, 2007, S. 572).

3 Ergebnisse der Angehörigenbefragung im Projekt RemugVplan

3.1 Qualitative Befragung in Fokusgruppen

Zusammensetzung der Fokusgruppen

Folgende Übersicht der Teilnehmenden bei den Fokusgruppen zeigt einen Steckbrief mit einigen sozio-ökonomischen Charakteristika der Teilnehmenden und deren pflegebedürftigen Angehörigen in Niesky und Dresden. Diese dienen der Kontextualisierung der im Folgenden vorgestellten Ergebnisse.²

Tabelle 1: Übersicht der Teilnehmenden bei den Fokusgruppen

Quelle: Eigene Darstellung

	Niesky (ländlicher Raum)	Dresden (städtischer Raum)
Anzahl Teilnehmende	9	9
Anzahl Betreute	9 ³	11
Altersspanne Angehörige	54–71 Jahre, Ø 59 Jahre	57–85 Jahre, Ø 75 Jahre
Altersspanne Betreute	80–96 Jahre, Ø 87 Jahre	78–96 Jahre, Ø 88 Jahre
Geschlecht Angehörige	weiblich: 8; männlich: 1	weiblich: 4; männlich: 5
Geschlecht Betreute	weiblich: 7; männlich: 2	weiblich: 6; männlich: 5
Berufsstand Angehörige	berufstätig: 6; arbeitssuchend: 1; Rente: 2	berufstätig: 0; nicht berufstätig: 1; Rente: 8
Pflegegrad (PG) Betreute	PG 1: 1; PG 2: 2; PG 3: 5; PG 4: 1; PG 5: 0	PG 1: 2; PG 2: 4; PG 3: 3; PG 4: 0; PG 5: 2
Betreuung zu Hause	7	4
Betreuung von >1 Person	2	2
Verhältnis der Betreuten zur betreuenden Person	Eltern(teil): 8; Partner:in: 0; Sonstige: 1	Eltern(teil): 4; Partner:in: 4; Sonstige: 1

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, waren die Betreuten weitgehend über 80 Jahre alt, viele auch über 90 Jahre. Die Angehörigen waren in Niesky mit rund 60 Jahren durchschnittlich deutlich jünger als die Angehörigen in Dresden mit durchschnittlich 75 Jahren. Dieser Altersunterschied spiegelt sich auch im Berufsstand wider – die Gruppe in Dresden bestand so fast ausschließlich aus Renter:innen, in Niesky waren die meisten Angehörigen berufstätig. Ebenfalls zusammenhängend mit dem Alter sind die differenten Beziehungen: Während es sich in Niesky überwiegend um Betreuungssituationen von Eltern(teilen) handelte, betreuten in Dresden auch viele ihre (Ehe-)Partner:innen. Das Geschlechterverhältnis war in Dresden sowohl bei Betreuten als auch bei Betreuenden recht ausgeglichen; in Niesky waren jedoch fast ausschließlich weibliche Betreuerinnen anwesend, die wiederum überwiegend weibliche Angehörige versorgten.

² Die Ergebnisse der Fokusgruppeninterviews wurden von der AOK PLUS (2019b) in Form einer vom IMK erstellten Ergebnispräsentation übermittelt, die als Anlage 5 dem Ergebnisbericht von RemugVplan beiliegt.

³ Eine teilnehmende Angehörige betreute 16 geriatrische Patient:innen in einem Pflegeheim, zu denen allerdings keine genaueren Informationen vorliegen und die daher in der vorliegenden Tabelle nicht mit aufgeschlüsselt sind.

Drei von vier (Ehe-)Partner:innen wurden in einem Heim versorgt; die Eltern(teile) in Dresden und vor allem Niesky überwiegend zu Hause. Dabei kann ein Zusammenhang zwischen der Höhe des Pflegegrades und der Heimbetreuung festgestellt werden. In der gesamten Betrachtung sind alle Pflegegrade vertreten, am häufigsten die Pflegegrade 2 (Dresden) und 3 (Niesky). Die im Heim Betreuten wurden von ihren Angehörigen mehrmals wöchentlich oder sogar täglich besucht. Je zwei Befragte beider Fokusgruppen betreuten mehr als eine Person; in drei Fällen handelte es sich um beide Elternteile, die zu Hause versorgt werden.

Deskription der Ergebnisse aus den Fokusgruppen

Da die Betreuten in Niesky überwiegend im Haushalt der Betreuungspersonen lebten, empfanden diese eine spürbare psychische Belastung. Vor allem die parallele Berufstätigkeit erschwere die Situation. Das persönliche Bedürfnis nach Freizeit und Ruhe werde oft hintenangestellt, auch, weil es organisatorisch nicht möglich sei. Zudem bestehe der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung und fachlicher Anleitung in der Pflegesituation, der sich die Betreuenden oft nicht gewachsen fühlten. Als eine weitere Herausforderung wurde der organisatorische und bürokratische Aufwand genannt. So sei die zwar als gut empfundene medizinische Qualität ohne ein hohes Maß an Eigeninitiative und Engagement nicht zu erreichen. Den Betreuenden ist der Personalmangel in den Versorgungseinrichtungen bewusst; so ging ihr Wunsch nach mehr Einsatz seitens der Leistungserbringenden auch mit einer Kritik an den bestehenden Strukturen einher.

Individuelle Wahrnehmung der Betreuungssituation

Alle Teilnehmenden berichteten von sehr intensiven Kontakten zu Hausärzt:innen – in der Praxis sowie über Hausbesuche. Dabei herrschte überwiegend sehr hohe Zufriedenheit, besonders hinsichtlich der Ansprechbarkeit und Erreichbarkeit. Hierbei sind keine Unterschiede zwischen den Fokusgruppen im ländlichen und städtischen Raum festzustellen. An beiden Orten seien die Praxen telefonisch und räumlich gut erreichbar, die Wartezeit auf Termine sei kurz und die Flexibilität der Ärzt:innen wurde sehr positiv wahrgenommen. Berufstätige Betreuende berichteten jedoch von Schwierigkeiten, die Termine mit den beruflichen Verpflichtungen zu koordinieren und wünschten sich hier teilweise größere Rücksichtnahme der Praxen. Denn auch aus logistischen Gründen seien die Betreuenden so oft wie möglich bei den Terminen ihrer Angehörigen mit anwesend. Zudem werden Hausbesuche als wichtig empfunden und begrüßt, dass diese im Pflegeheim regelmäßig stattfinden. Insgesamt stellte sich der/die Hausarzt:/Hausärztin so als wichtigste Ansprechperson für die Betreuenden bezüglich der Versorgung ihrer Angehörigen dar.

Ambulante haus- und fachärztliche Versorgung

In der Diskussion um die ambulante, fachärztliche Versorgungssituation stand vor allem die terminbezogene Erreichbarkeit im Vordergrund. So seien lange Wartezeiten von mehreren Wochen, teilweise Monaten üblich, wobei dies nicht über alle Fachgruppen hinweg gleich sei. Der logistische Aufwand des Besuchs einer fachärztlichen Praxis sei im ländlichen Raum größer als in der Stadt. Teilnehmende in Niesky berichteten von einem hohen Planungs- und Koordinationsaufwand, um die Praxen zu erreichen. Grundsätzlich scheinen die Angehörigen diese Situation jedoch akzeptiert zu haben. Im Gegensatz zur hausärztlichen Versorgung scheint zudem die fachärztliche Versorgung von Menschen in Pflegeheimen deutlich weniger gut zu funktionieren; gleiches gilt für Hausbesuche.

Obwohl sowohl die Haus- und Fachärzt:innen als auch das Praxispersonal zu einem großen Teil als freundlich und zuvorkommend wahrgenommen werden, äußerten die Teilnehmenden auch Kritikpunkte bezüglich einer angemessenen Kommunikation und Information. So wünschten sich einige umfassendere Erläuterungen und ganzheitliche Betrachtungen seitens der Ärzteschaft, die über den konkreten Konsultationsfall hinausgehen. Gegenwärtig besteht punktuell bspw. eine Unsicherheit bei durchgeführten Behandlungsmethoden. In diesem Zusammenhang wurde ebenfalls erwähnt, dass die Ärzt:innen oft nicht gut auf den Besuch bzw. die Patient:innen und deren Situation vorbereitet seien. Auch abseits eines akuten Handlungsbedarfs seien Beratungen zum Umgang mit der Betreuungssituation bisher fehlend und daher erwünscht. Zudem mangle es manchen Ärzt:innen an Verständnis für Sorgen und Unsicherheiten der Angehörigen und Betreuten, was als fehlende Ernsthaftigkeit und Einsatzbereitschaft wahrgenommen wird. Insgesamt ist jedoch die Vertrautheit der behandelnden Ärzt:innen als wichtiger Faktor feststellbar, insbesondere auch, wenn diese Bindung auch bei der Heimbetreuung aufrechterhalten wird.

Die Kommunikation und Information seitens der Ärzteschaft werden punktuell kritisiert.

Neben der Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzt:innen und deren Kommunikation mit Angehörigen und Betreuten wurden die Teilnehmenden auch nach der Praxisgestaltung und Wartesituation vor Ort gefragt. Hierbei war besonders die Rücksichtnahme auf ältere und in ihrer Mobilität eingeschränkte Personen von Interesse. Hierzu kann nach Auswertung der Befragungsergebnisse jedoch keine Generalaussage getroffen werden, da zu viele (fachgruppenspezifische) Unterschiede vorliegen. Bezüglich der Praxisgestaltung wurde jedoch eine überwiegende Zufriedenheit wahrgenommen – lediglich an zu eng gestalteten Warteräumen und räumlich nahen Aufnahmeschaltern, die keinen Raum für Diskretion böten, wurde Kritik geübt. Positiv hervorgehoben wurde jedoch, dass ältere Personen teilweise bevorzugt aufgerufen würden, um die Wartezeiten in den Praxen für sie gering zu halten. Betreuende Angehörige hätten jedoch Schwierigkeiten, eigene Termine wahrzunehmen, da sie für den Aufenthalt in der Praxis, der mit längeren Wartezeiten verbunden sein kann, eine Ersatzbetreuung organisieren müssten.

Zur (barrierefreien) Praxisgestaltung und den Wartezeiten vor Ort besteht grundsätzlich eine positive Haltung.

Um die Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzt:innen zu unterstützen, werden gegenwärtig zunehmend Videosprechstunden bzw. ähnliche Formate der Telemedizin eingesetzt. In beiden Gruppen gab es zu diesem Sachverhalt zunächst eine ablehnende Grundhaltung, wobei im Laufe der Diskussion auch Zugeständnisse zu möglichen Potenzialen gemacht wurden. Nichtsdestotrotz wurden die – vor allem technischen – Barrieren vordergründig wahrgenommen. Die Mehrheit der Angehörigen verfügt nicht über die für Telemedizin notwendige Infrastruktur, Ausstattung und/oder Know-how. Auch sei oft nicht bekannt, ob die Haus- oder Fachärzt:innen überhaupt ein entsprechendes Angebot haben. Bezüglich der möglichen Einsatzbereiche herrschte insgesamt eher wenig Verständnis und Fantasie; so wurden vor allem kurze Konsultationen bspw. zur Einstellung der Medikamente genannt und die Telemedizin als Ergänzung zum persönlichen Kontakt gesehen, der sich insbesondere in ländlichen Regionen anbietet. Sorgen wurden in diesem Zusammenhang bezüglich des Vertrauensverhältnisses zum/ zur Arzt:/Ärztin geäußert, zumal eine Diagnose und Behandlung sicher nur in persönlicher Vorstellung in der Praxis korrekt erfolgen könne.

Die Befragten äußerten sich eher kritisch zum Einsatz von Telemedizin und Co. und sahen hierin eher eine Ergänzung zur klassischen Versorgung.

Die Vernetzung der Akteur:innen im geriatrischen Versorgungsapparat, welche vordergründig durch das Überweisungssystem und die Zusendung der Befunde erfolgt, erschien aus Sicht der Befragten im Kern unproblematisch. Auch in Zusammenhang mit den zuvor geäußerten Kritikpunkten bei der hausärztlichen Versorgung wurde vor allem in Niesky Zeitmangel und fehlende Vorbereitung für die Besprechung der fachärztlichen Befunde bei den Hausärzt:innen genannt.

Die Vernetzung zwischen Haus- und Fachärzt:innen funktioniert weitestgehend unproblematisch.

Neben der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung wurden in den beiden Fokusgruppen auch die Erfahrungen mit der stationären Versorgung im Krankenhaus diskutiert. In 11 von 18 Fällen erfolgte im vorangegangenen Jahr eine Behandlung im Krankenhaus. Positiv hervorgehoben wurde vor allem die Freundlichkeit und das Engagement des Personals. Überschattet werde dies jedoch von der durch den Personalmangel bedingten Unterbesetzung und Überbelastung, die insgesamt zu einer unzureichenden Pflegesituation in Krankenhäusern führe. Ähnliches gelte auch für die Ansprechbarkeit der Ärzt:innen vor Ort. Die Befragten sahen die Gründe dafür überwiegend im steigenden Kostendruck und dem Bürokratieaufwand der Häuser. Für Angehörige stellen Krankenhausaufenthalte eine logistische Herausforderung dar; teilweise könne die Begleitung der Betreuten ins Krankenhaus nicht möglich gemacht werden, das Entlassungsmanagement könne wenig Rücksicht auf die häusliche Pflegesituation nehmen und vor geplanten Krankenhausaufenthalten müssten aufwändige ambulante Untersuchungsprozesse absolviert werden. Punktuell werden auch Probleme an der Schnittstelle zu den Pflegeheimen gesehen und der Wunsch geäußert, mit einer verbesserten Pflegesituation vor Ort Krankenhausaufenthalte zu verhindern. Die Einweisung in das Krankenhaus erfolge in der Regel bei medizinischen Notfällen.

Stationäre Versorgung

Der anschließende Übergang zu stationären Rehabilitationsangeboten sei unproblematisch und fließend. Hier schließt sich an, dass Reha-Kliniken im Allgemeinen als gut organisiert wahrgenommen werden und sich Erfolge bei den Wiederherstellungsmaßnahmen zeigten. Leider seien die Kliniken jedoch besonders für berufstätige Angehörige nur schwierig zu erreichen und für besonders pflegebedürftige Personen müsse eine Begleitperson vor Ort organisiert werden.

Abschließend wurde nach sonstigen Handlungsfeldern gefragt, die in der bisherigen Diskussion noch keine Erwähnung gefunden hatten. Neben fachlichen Fragen zum Umgang in bestimmten Pflegesituationen und der Beratung bei notwendigen Entscheidungen ging es auch um die eigene körperliche und geistige Gesundheit in Form einer psychosozialen Unterstützung.

Sonstiges Handlungsfeld: psychosoziale Unterstützung der betreuenden Angehörigen

Sehr emotional wurde die Bewertung durch den medizinischen Dienst diskutiert, die in einigen Fällen aus Sicht der Befragten kein wirklichkeitsgetreues Bild der Pflegesituation ermitteln konnte. So sei es zu Verweigerungen von notwendigen Hilfsmitteln gekommen, die aus Sicht der Befragten auch präventiven Charakter gehabt hätten. Auch die Langwierigkeit des Genehmigungsprozesses erschwere die Pflegesituation.

Sonstiges Handlungsfeld: Medizinischer Dienst und Genehmigungsprozesse

Zentrale Handlungsfelder aus Sicht der Fokusgruppen

Zum Ende der Fokusgruppendifkussionen wurden für die fünf Bereiche Hausärztliche Versorgung, Fachärztliche Versorgung, Krankenhaus, Rehabilitation und Sonstige zentrale Handlungsfelder gesammelt. Anschließend nannten die

Teilnehmenden über alle Bereiche hinweg insgesamt fünf Handlungsfelder, die für sie persönlich die höchste Bedeutung (Priorisierung) einnehmen. Die folgenden Tabellen stellen die genannten Handlungsfelder aus Niesky und Dresden einander gegenüber und zeigen auch auf, wie häufig jedes Handlungsfeld von den Teilnehmenden priorisiert wurde. In der Ergebniszeile jeder Tabelle ist zu sehen, wie viele Handlungsfelder von den Teilnehmenden genannt und wie viele Priorisierungen für diesen Bereich insgesamt ausgesprochen wurden. Der Vergleich der Gesamtzahlen wird etwas durch die Tatsache verzerrt, dass in Dresden keine sonstigen Handlungsfelder diskutiert wurden, während dies in Niesky rege erfolgt ist.

Tabelle 2: Zentrale Handlungsfelder der hausärztlichen Versorgung

Quelle: Eigene Darstellung, Fokusgruppenbefragung

Niesky		Dresden	
Zeit nehmen	6	Zeit nehmen	5
Allumfassende Beratung	2	Probleme der Älteren ernst nehmen	3
Vorbereitung	1	Hausbesuche anbieten	2
Diskretion	1	Vertrauenssituation schaffen	1
Passende Termine, auch für Angehörige	1	Bei Terminvergabe auf Angehörige Rücksicht nehmen	1
Kurzfristige Termine		Zeitnahe Termine	1
Flexibilität		Keine Wartezeiten für Hochbetagte vor Ort	
Keine langen Wartezeiten vor Ort			
Angenehme Wartesituation			
Empathie			
Fürsorglicher Umgang, Kümern			
11 Handlungsfelder	11	7 Handlungsfelder	13

Im Bereich der hausärztlichen Versorgung ist der deutliche Wunsch, Hausärzt:innen mögen sich mehr Zeit für ihre Patient:innen nehmen, anhand der hohen Priorisierung in beiden Gruppen zu sehen. In den voneinander unabhängigen Fokusgruppen entstanden viele Überschneidungen, bspw. in der Rücksichtnahme auf Angehörige bei der Terminvergabe und im Tenor, die Situationen der Betreuten und Betreuenden sollten ernsthaft, vertrauensvoll und gesamtheitlich betrachtet werden.

Tabelle 3: Zentrale Handlungsfelder der fachärztlichen Versorgung

Quelle: Eigene Darstellung, Fokusgruppenbefragung

Niesky		Dresden	
Zeit nehmen	3	Erklären von Sachverhalten intensivieren	4
Probleme der Älteren ernst nehmen	2	Bessere Vernetzung Haus-/Fachärzt:innen	3
Hausbesuche anbieten	2	Größere Fürsorge	1
Sachverhalte genau erklären	1	Regelmäßige Vorab-Termine vergeben	1
Barrierefreiheit	1	Zeitnahe Termine	1
Besserer Austausch Haus-/Fachärzt:innen		Probleme der Älteren ernst nehmen	1
Größere Fürsorge		Keine Wartezeiten vor Ort	
Zeitnahe Termine			
8 Handlungsfelder	9	7 Handlungsfelder	11

Auch bei der fachärztlichen Versorgung zeigt sich in Niesky und Dresden ein sehr ähnliches Bild. Beide Gruppen priorisierten die ernsthafte Auseinandersetzung mit Problemen der älteren Personen und die ausführliche Erklärung der Sachverhalte. Wartezeiten auf Termine wurden als weniger bedeutendes Handlungsfeld wahrgenommen.

Tabelle 4: Zentrale Handlungsfelder der stationären Versorgung: Krankenhaus

Quelle: Eigene Darstellung, Fokusgruppenbefragung

Niesky		Dresden	
Funktionierender Begleitservice für Ältere	2	Mehr Kontakt zu Ärzt:innen, mehr Transparenz	6
Stationäre Aufnahme ohne gesonderten Aufnahme-Termin	1	Gesicherte Weiterbehandlung/Entlassungsmanagement	3
Verbesserte pflegerische Betreuung	1	Freundlicher Umgang mit Patient:innen	2
Kompetenz in Bezug auf Palliativmedizin	1	Zeit nehmen	
Gesicherte Weiterbehandlung/Entlassungsmanagement			
Verständnis für Belange Älterer			
<i>6 Handlungsfelder</i>	<i>5</i>	<i>4 Handlungsfelder</i>	<i>11</i>

Obwohl der Mangel an pflegerischem Fachpersonal in der vorangegangenen Diskussionsrunde noch kritisierend hervorgehoben wurde, findet er bei den zentralen Handlungsfeldern weniger Beachtung. Stattdessen priorisierten viele Teilnehmenden in Dresden den Kontakt zu Ärzt:innen und die dadurch gewonnene Transparenz über den Behandlungsablauf. In Niesky liegt der Fokus eher auf organisatorischen Aspekten. Anders als bei der ambulanten Versorgung sind größere Unterschiede in den genannten Handlungsfeldern wahrzunehmen.

Tabelle 5: Zentrale Handlungsfelder der stationären Versorgung: Rehabilitation

Quelle: Eigene Darstellung, Fokusgruppenbefragung

Niesky		Dresden	
Begleitperson für Reha, wenn keine Angehörigen vorhanden	3	Weiterbehandlung nach Abschluss der Reha sicherstellen	2
Unkomplizierte Genehmigungen		Bessere Erreichbarkeit, kürzere Wege	2
Spezielle Angebote für geriatrische Patient:innen			
Vernetzung mit Nachfolgepflege			
<i>4 Handlungsfelder</i>	<i>3</i>	<i>2 Handlungsfelder</i>	<i>4</i>

In beiden Fokusgruppen wurden im Vergleich zu den anderen Bereichen bei der Rehabilitation die wenigsten Handlungsfelder benannt und priorisiert. Die wenigen genannten Handlungsfelder unterscheiden sich außerdem zwischen Niesky und Dresden.

Tabelle 6: Zentrale sonstige Handlungsfelder

Quelle: Eigene Darstellung, Fokusgruppenbefragung

Niesky		Dresden	
Austausch und Vernetzung	3		
Entlastung der (berufstätigen) Betreuer:innen	2		
Benötigte Hilfsmittel sofort bereitstellen	2		
Schnellerer Zugang zu Kurzzeitpflege	1		
Nachbetreuung nach Krankenhausaufenthalt sicherstellen	1		
Umfassende Betreuung durch Haus-/Fachärzt:innen in der häuslichen Umgebung			
Zeitnahe Entscheidungen durch Krankenkasse und Medizinischen Dienst	1		
<i>7 Handlungsfelder</i>	<i>10</i>		

In Dresden wurden keine sonstigen Handlungsfelder benannt, sodass hierfür nur Ergebnisse aus Niesky vorliegen. Gemeinsam mit dem Bereich der hausärztlichen Versorgung wurden hier die meisten Priorisierungen gesetzt. Thematisch betreffen sie vor allem den organisatorischen Aspekt einer Pflegesituation, wie Nachbetreuungen und Anträge zu Hilfsmitteln. Aber auch hier wird die psychosoziale Unterstützung betreuender Angehöriger hervorgehoben.

3.2 Quantitative Befragung über Telefoninterviews

Zusammensetzung der Stichprobe

Folgende Tabelle 7 gibt einen Überblick zu der bei den Telefoninterviews befragten Stichprobe und zeigt dabei sozio-ökonomische Daten der Betreuenden und der durch diese betreuten Personen auf.

Im Vergleich zu den Charakteristika der Fokusgruppenteilnehmenden lassen sich einige Gemeinsamkeiten feststellen. Tendenziell sind die befragten Angehörigen bei den Telefoninterviews jedoch etwas jünger. Ebenfalls ist die Geschlechterverteilung stark in Richtung der weiblichen Befragten und Betreuten verschoben. Berufstätige und Rentner:innen sind hier gleichermaßen stark vertreten.

Tabelle 7: Übersicht der Befragten und betreuten Personen der Telefoninterviews

Befragte n=250

Quelle: Eigene Darstellung

Betreuende		n	%	Betreute		n	%
Alter	18–39 Jahre	13	5	Alter	70–79 Jahre	64	26
	40–59 Jahre	112	45		80–89 Jahre	136	54
	60–79 Jahre	106	42		≥90 Jahre	50	20
	≥80 Jahre	19	8	Geschlecht	männlich	82	33
Geschlecht	männlich	85	34		weiblich	167	67
	weiblich	165	66	Pflegegrad	Pflegegrad 1	25	10
Erwerbs-situation		Vollzeit	61		24	Pflegegrad 2	92
	Teilzeit	53	21		Pflegegrad 3	73	29
	arbeitsuchend	13	5		Pflegegrad 4	28	11
	Rentner:in	111	44		Pflegegrad 5	15	6
	Sonstiges	8	3		Keine Angabe	17	7
	Keine Angabe	4	2		Grad der Beeinträchtigung	vollständig	86
Anzahl betreuter Personen	eine	213	85	erheblich		104	42
	zwei oder mehr	37	15	mäßig		50	20
Ortsgröße	Großstadt	56	22	gering/gar nicht		10	4
	Mittelstadt	43	17				
	Kleinstadt	104	42				
	Landgemeinde	47	19				

Ergebnisse zur Betreuungssituation

Angelehnt an die geriatrischen Merkmalskomplexe nach BAG KGE et al. (2004) gaben die Befragten an, welche Einschränkungen bei den von ihnen betreuten Personen vorliegen. Durchschnittlich waren dies 4,3, mit steigender Tendenz im Alter. Die höchste Anzahl hatte mit 11 Einschränkungen eine Person, gefolgt von 10 Einschränkungen (2 Personen). Für 20 Personen wurden 3 Einschränkungen angegeben.

Am häufigsten (84 %) wurde „Immobilität, Sturzneigung und Schwindel“ genannt, gefolgt von „Schmerz“ (58 %) und „Kognitive Defizite“ (52 %). Bei weiblichen Betreuten ist auch die „Starke Seh- oder Hörbehinderung“ in den drei am häufigsten genannten Einschränkungen vertreten.

Überwiegend (42 %) gaben die Befragten an, die von ihnen betreuten Personen seien „bei den meisten Verrichtungen des Alltags erheblich eingeschränkt“. Dieser Grad wurde etwas häufiger bei den jüngeren Betreuten (70–79 Jahre) festgestellt. Die Ältesten (90 Jahre und älter) waren häufiger vollständig eingeschränkt („Person kann sich praktisch um nichts mehr kümmern“). 20 % der Befragten berichteten von einer mäßigen Einschränkung, am häufigsten bei den 80–89-Jährigen. Eine geringfügige Einschränkung („Person schafft den Alltag, aber es fällt etwas schwer“) lag nur bei 4 % vor, im Verhältnis besonders oft bei den über 90-jährigen (dort 8 %). Der Grad der Beeinträchtigung wächst proportional mit

höheren Pflegegraden. Im Pflegegrad 5 kann nur noch von vollständigen oder erheblichen Einschränkungen gesprochen werden, doch auch 20 % der Betreuten mit Pflegegrad 1 wiesen sehr starke Einschränkungen auf.

Ergebnisse zur hausärztlichen Versorgung

In der Befragung durch Telefoninterviews lag ein inhaltlicher Schwerpunkt auf der Bemessung von zurückgelegten Entfernungen zu einzelnen Leistungserbringenden und der Akzeptanz der Befragten dafür. Wie auch in den Fokusgruppen war die Zufriedenheit mit der Versorgung an sich ein zweiter wichtiger Schwerpunkt. Abbildung 1 zeigt übersichtlich die Ergebnisse der Telefoninterviews zum Thema der hausärztlichen Versorgung auf.⁴

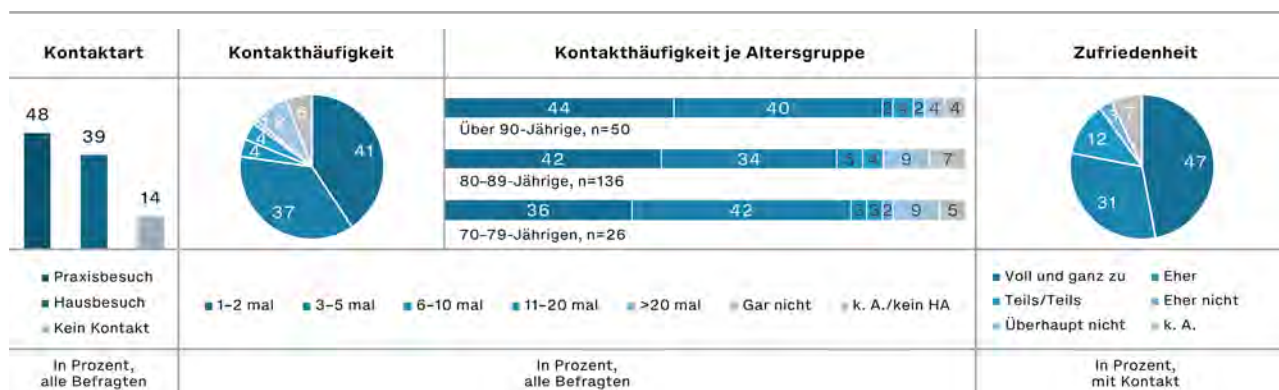


Abbildung 1: Hausärztliche Versorgung, Kontakte

Befragte n=250; mit Kontakt n=216

Quelle: Eigene Darstellung, Telefoninterviews

Legende: Keine Angabe (k. A.), Hausarzt:/Hausärztin (HA)

Von den 250 befragten Personen hatten insgesamt 216 Personen in den vorangegangenen drei Monaten Kontakt zum/zur Hausarzt:/Hausärztin, davon etwa 100 Personen (41 % aller Befragten) ein oder zwei Mal. Weitere 37 % (93 Personen) hatten drei bis fünf Kontakte. Insgesamt hatte jede:r Zweite mehr als drei Kontakte. Bei der Aufschlüsselung der Kontakthäufigkeit auf die Altersgruppen der betreuten Personen fallen nur geringe Unterschiede auf. 6 % der über 90-Jährigen hatten mehr als 10 Kontakte, bei den unter 90-Jährigen hatten 10 % keinen hausärztlichen Kontakt. Mit zunehmendem Alter wird der Kontakt entsprechend tendenziell häufiger.

97 der betreuten Personen (39 %) empfangen ausschließlich Hausbesuche. Insgesamt suchten entsprechend 119 der betreuten Personen und damit knapp die Hälfte der Befragten eine hausärztliche Praxis auf (48 %). Insgesamt sind die Befragten mit der Versorgung sehr zufrieden. Der Aussage „Mit der hausärztlichen Versorgungssituation der von mir betreuten Person bin ich insgesamt zufrieden“ stimmten 47 % der Befragten mit hausärztlichem Kontakt (ca. 100 Personen) voll und ganz, weitere 67 Personen (31 %) eher zu.

⁴ Die Ergebnisse der telefonischen Befragung wurden von der AOK PLUS (2019a) in Form einer vom IMK erstellten Ergebnispräsentation übermittelt, die als Anlage 6 dem Ergebnisbericht von RemugVplan beiliegt. Die vorliegend gezeigten Darstellungen adaptieren die dort verwendete Gestaltungsform.

Da das Projekt RemugVplan die regionale Versorgung geriatrischer Patient:innen in den Fokus rückt, wurde die hausärztliche Versorgungssituation für vier verschiedene Ortsgrößen (Großstadt, Mittelstadt, Kleinstadt, Landgemeinde, nach BBSR – Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung, o. J.) separiert betrachtet. Wie sich die Dauer bis zum Termin, die Entfernung zur Praxis und die Wartezeit vor Ort dort unterscheiden, zeigt Abbildung 2.

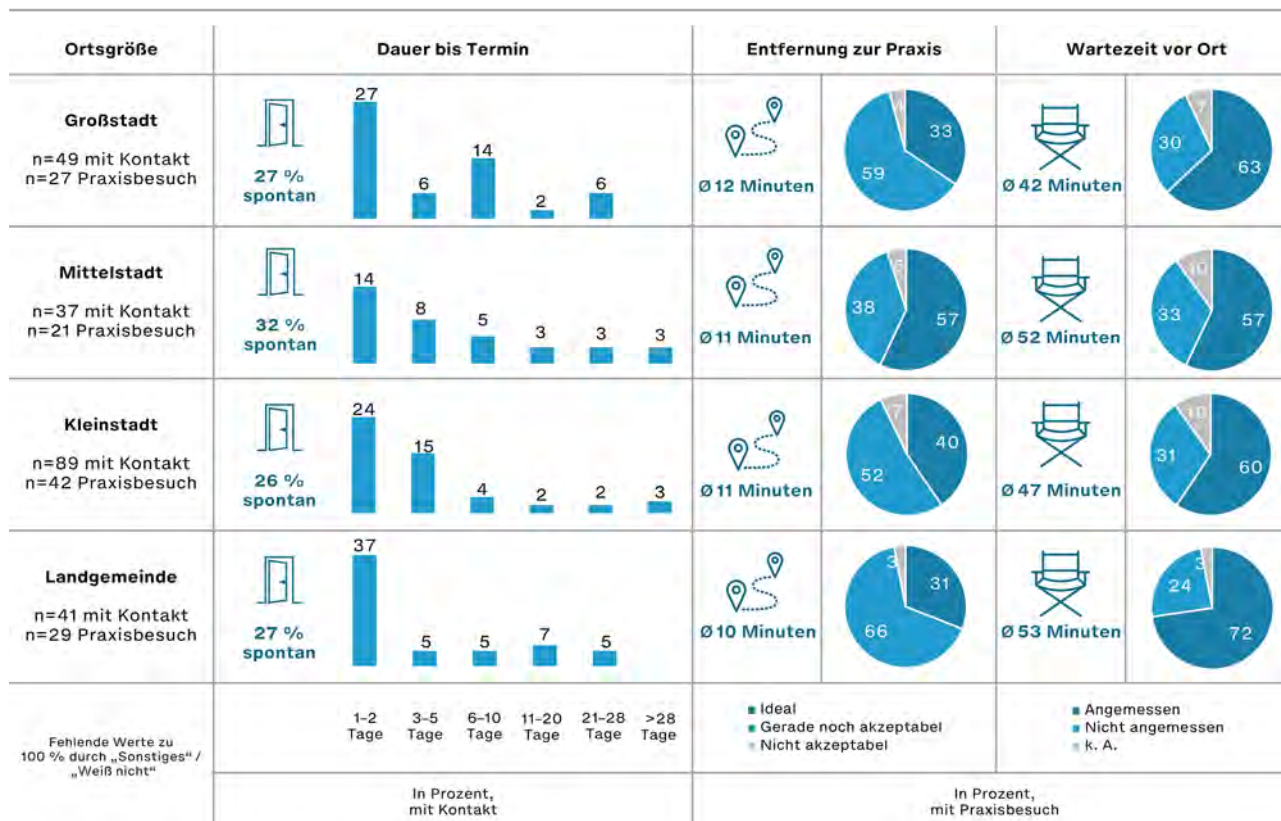


Abbildung 2: Hausärztliche Versorgung, Terminwahrnehmung je Ortsgröße

Quelle: Eigene Darstellung

Legende: Keine Angabe (k. A.)

Im Vergleich der Versorgungssituationen in den verschiedenen Ortsgrößen ist besonders die Dauer bis zum Termin (gemessen an der erstmaligen Kontaktaufnahme im Bedarfsfall: „Wenn die von Ihnen betreute Person einen Termin mit dem Hausarzt vereinbaren möchte: wie viele Tage dauert es dann üblicherweise bis zu diesem Termin?“) sowie die Entfernung zur Praxis interessant. Hier lassen sich erste Tendenzen hinsichtlich des Angebots und der Nachfrage in der hausärztlichen Versorgung erkennen, wobei erneut darauf hingewiesen werden muss, dass es sich vorliegend um die Ergebnisse einer telefonischen Befragung mit subjektiver Färbung in den Aussagen handelt – nicht um eine objektive Datenerhebung wie es bspw. mit Informationen von Terminservicestellen o. ä. möglich wäre.

Bis auf die befragten Mittelstädtler:innen gaben jeweils die Hälfte der Befragten aus anderen Orten an, innerhalb von maximal zwei Tagen einen Termin mit dem/der Hausarzt/-ärztin wahrnehmen zu können. Vor allem in Landgemeinden sei dies in 64 % der Fälle möglich gewesen (spontane Termine zzgl. Wartezeit von 1–2 Tagen).

Die Entfernung zur hausärztlichen Praxis unterscheidet sich in den Ortsgrößen nur marginal und beträgt durchschnittlich 11 Minuten. Während zwei Drittel der Befragten aus Landgemeinden die eigene Wegzeit als gerade noch akzeptabel empfinden, sind Befragte aus Mittelstädten deutlich positiver gestimmt und bewerten sie überwiegend (57 %) als ideal.

Zuzüglich zur Wegzeit müssen Betreuer:innen und Betreute bzw. deren Angehörige auch eine Wartezeit in der Praxis hinnehmen. Auch hier wurden nur geringe Unterschiede in den verschiedenen Ortsgrößen festgestellt; sie beträgt durchschnittlich 48 Minuten (Abbildung 3), wobei hier keine Unterscheidung zwischen vereinbarten Terminen und offenen Sprechstunden o. ä. getroffen wurde. Die durchschnittliche Wartezeit derer, die eine angemessene Wartezeit empfunden hatten, beträgt allerdings nur rund 30 Minuten.

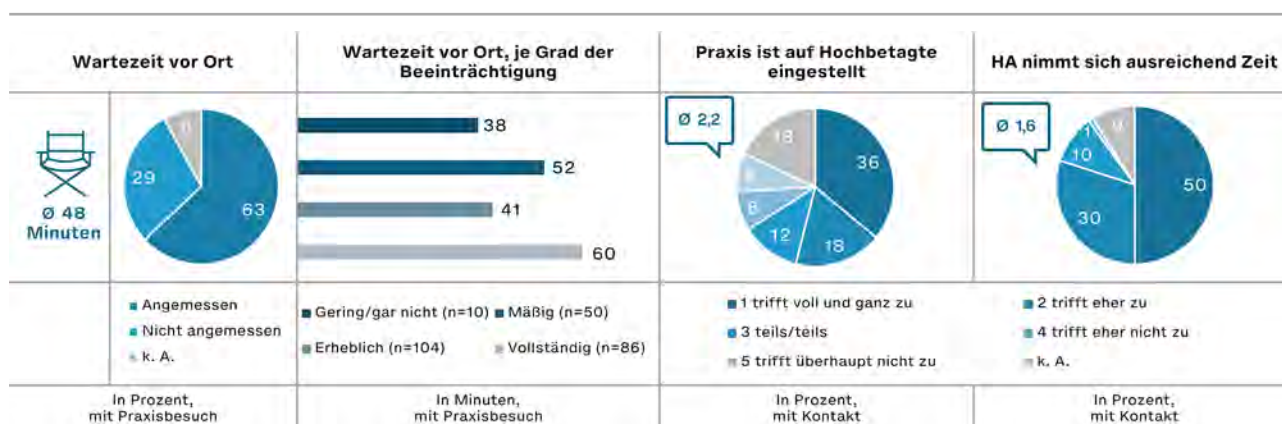


Abbildung 3: Hausärztliche Versorgung, Situation in den Praxen

Befragte mit Praxisbesuch n=119

Quelle: Eigene Darstellung

Legende: Keine Angabe (k. A.), Hausarzt:/Hausärztin (HA)

Die Wartezeit vor Ort wird je nach Gesundheitszustand der betreuten Person unterschiedlich wahrgenommen. So gaben gering bis gar nicht Beeinträchtigte lediglich eine durchschnittliche Wartezeit von 38 Minuten an, während vollständig Beeinträchtigte nach eigenem Empfinden eine ganze Stunde im Wartezimmer verbringen.

Damit im Einklang steht die Frage, ob hochbetagte Personen eine besondere Berücksichtigung in Praxen erfahren. Der Aussage, die „Praxis ist auf hochbetagte Patienten eingestellt, z. B. mit einem barrierefreien Zugang, geduligen Mitarbeitern“ stimmten jedoch nur 36 % der Befragten mit hausärztlichem Kontakt voll und ganz zu, weitere 18 % eher. In der Gesamtnote wurde bei dieser Frage durchschnittlich eine 2,2 vergeben – wobei eine 1 die vollständige Zustimmung ausdrückt und 5 ein vollständiger Widerspruch. Im Vergleich mit den anderen Fragen, die mit gleichem Bewertungssystem gestellt wurden, wurde hier die schlechteste Wertung erreicht. Der Aussage „Hausarzt und Praxispersonal nehmen sich ausreichend Zeit für die von mir betreute Person“ stimmte die Hälfte voll und ganz zu, nur 1 % eher nicht. So wurde die Gesamtnote 1,6 erreicht.

Ergebnisse zur fachärztlichen Versorgung

Abbildung 4 zeigt übersichtlich die Ergebnisse der Telefoninterviews zum Thema der fachärztlichen Versorgung auf.

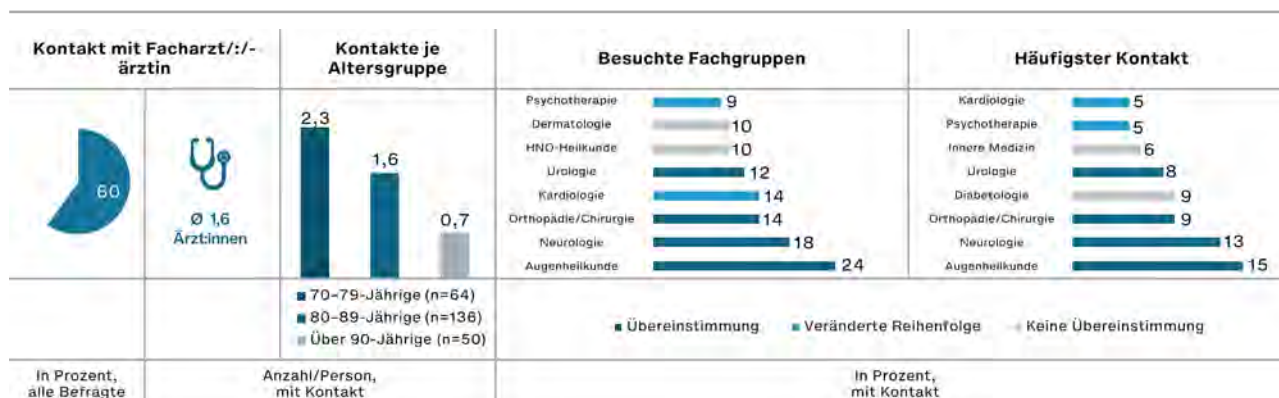


Abbildung 4: Fachärztliche Versorgung, Kontakte

Befragte n=250; mit Kontakt n=151

Quelle: Eigene Darstellung, Telefoninterviews

60 % der 250 Befragten gaben an, ihre geriatrischen Angehörigen hatten in den vorangegangenen drei Monaten Kontakt zu einem/://einer Facharzt:/://Fachärztin; durchschnittlich zu 1,6 verschiedenen. Betreute zwischen 70 und 79 Jahren besuchten die meisten Facharzt:innen (durchschnittlich 2,3), Betreute über 90 Jahre nur durchschnittlich 0,7.

Unter den besuchten Fachgruppe war die Augenheilkunde meistgenannt (24 % der Befragten mit Kontakt zu Facharzt:innen gaben Kontakt zu dieser Fachgruppe an), gefolgt von der Neurologie, Orthopädie/Chirurgie sowie Kardiologie.

Weiterhin wurden die Angehörigen gefragt, zu Ärzt:innen welcher Fachgruppe der häufigste Kontakt bestanden hätte. Die drei hier meistgenannten Fachgruppen unterscheiden sich dabei nicht von den drei meistbesuchten Fachgruppen. Jedoch wurden die Diabetologie und die Innere Medizin hier häufiger genannt, während der Kontakt zu Ärzt:innen der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, der Dermatologie und auch der Kardiologie weniger häufig ausfiel.

Für die drei am häufigsten besuchten Fachgruppen stellt Abbildung 5 die Ergebnisse zu den Folgefragen bezüglich der Dauer bis zum Termin, Wartezeit und Wartezeit in der Praxis dar. Zu beachten sind hierbei einerseits die in Teilgruppen teilweise geringe Anzahl der Befragten (bspw. beim häufigsten Kontakt mit Praxisbesuch, „häuf. Kontakt/P“) sowie andererseits die Tatsache, dass bei vier der häufigsten Kontakten mit Facharzt:innen für Neurologie Hausbesuche durchgeführt wurden.

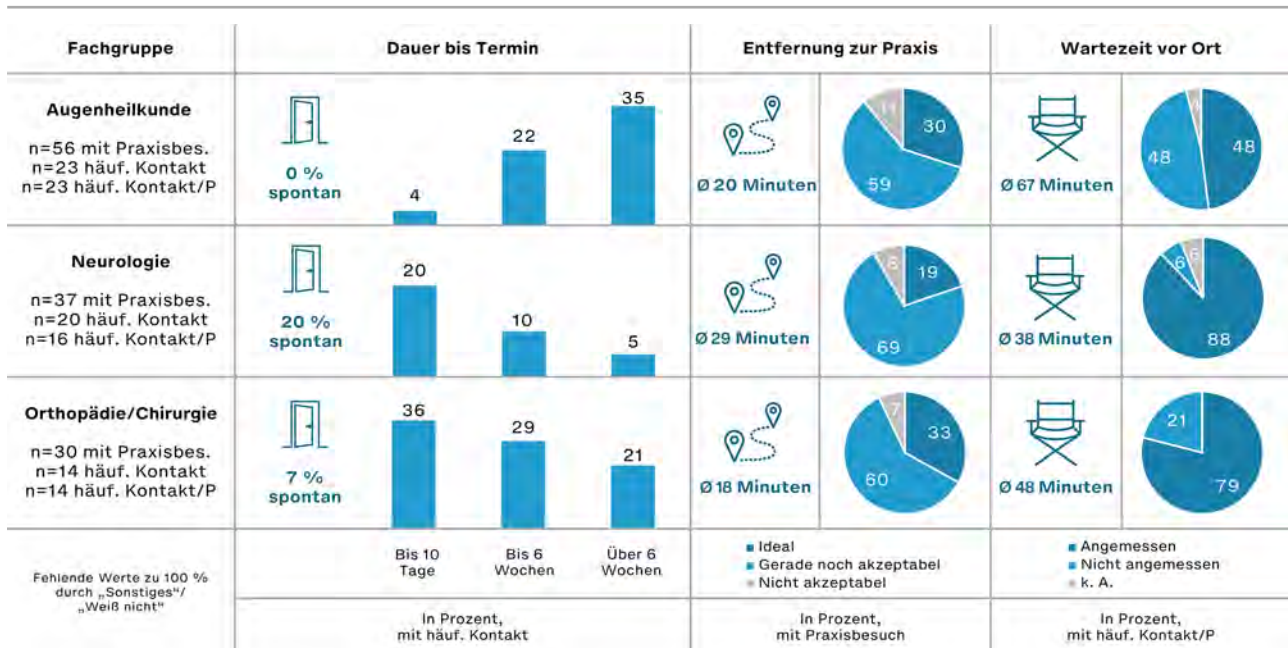


Abbildung 5: Fachärztliche Versorgung, Terminwahrnehmung je Fachgruppen

Quelle: Eigene Darstellung, Telefoninterviews

Legende: Keine Angabe (k. A.), häufigster Kontakt und Praxisbesuch (häuf. Kontakt/P)

Es wird deutlich, dass die Wartezeit auf Termine bei Fachärzt:innen für Augenheilkunde deutlich länger ist als in den hier zum Vergleich stehenden Fachgruppen. Termin bei Neurolog:innen konnten von 20 % der befragten Personen, deren häufigste Kontakte zu dieser Fachgruppe bestanden (= häuf. Kontakt), spontan wahrgenommen werden, im Bereich Orthopädie/Chirurgie ist ein Termin ebenfalls schnell, in 43 % der Fälle innerhalb von 10 Tagen, möglich. Dahingegen mussten 35 % der Befragten mit häufigstem Kontakt zu Augenärzt:innen über 6 Wochen auf einen Termin warten.

Mit durchschnittlich 29 Minuten mussten Patient:innen und ihre betreuenden Personen die längste Wegzeit zu Praxen der Fachgruppe Neurologie hinnehmen. Aus den weiteren Daten, geht jedoch hervor, dass gleichzeitig die Akzeptanz für längere Wegzeiten bei dieser Fachgruppe höher ist. So wurde eine Wegzeit von rund 25 Minuten zu einer neurologischen Praxis als „ideal“ bewertet; diese Wegzeit sei in den anderen beiden Bereichen eher „nicht akzeptabel“.

Nahezu gegensätzlich zur Länge der Wegzeit verhält sich die Wartezeit in der Praxis. Diese ist vorliegend bei neurologischen Praxen am geringsten empfunden worden (durchschnittlich 38 Minuten). Auch in orthopädischen/chirurgischen Praxen wurde die eigene Wartezeit überwiegend als angemessen empfunden.

Abbildung 6 zeigt die Zufriedenheit der Befragten mit der fachärztlichen Versorgung auf. Insgesamt ist diese sehr hoch ausgeprägt. Auch empfinden 74 % der Befragten die Praxen als voll und ganz bzw. eher gut auf die Bedürfnisse höher betagter Personen ausgerichtet. Ähnlich positiv wird der Aussage zugesprochen, der:/die Facharzt:/-ärztin nehme sich ausreichend Zeit.

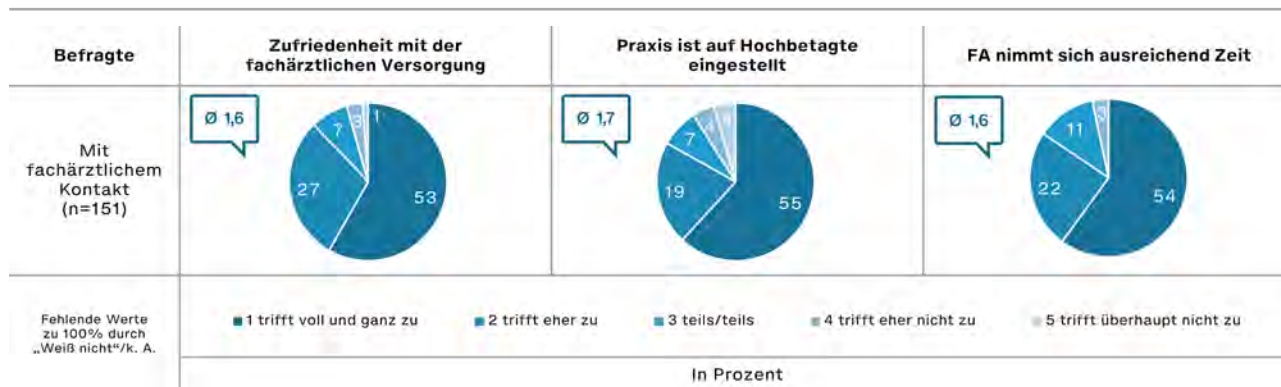


Abbildung 6: Fachärztliche Versorgung, Zufriedenheit

Quelle: Eigene Darstellung, Telefoninterviews

Legende: Keine Angabe (k. A.), Facharzt:/-ärztin (FA)

Ergebnisse zur stationären Versorgung – Krankenhaus

Abbildung 7 zeigt übersichtlich die Ergebnisse der Telefoninterviews zum Thema der stationären Versorgung im Krankenhaus auf.

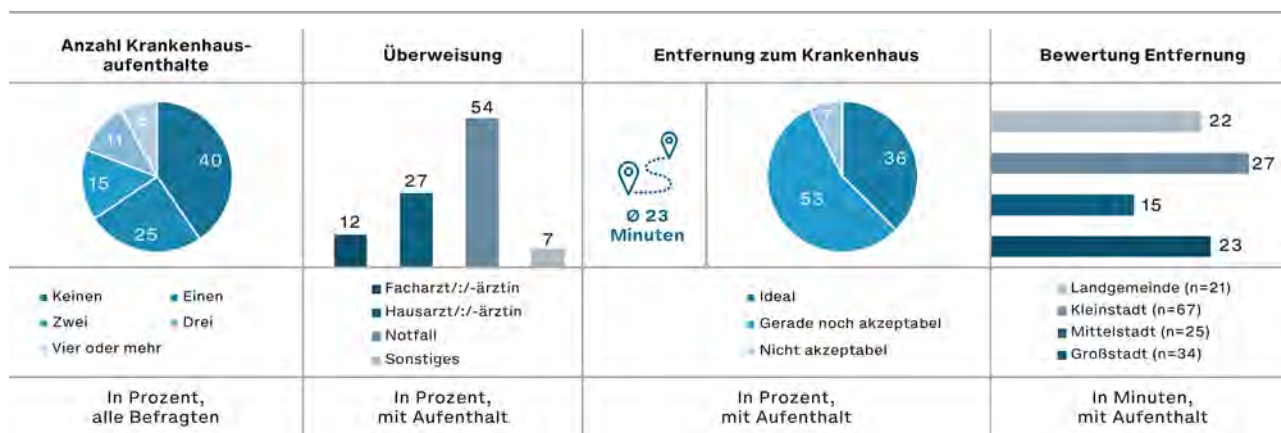


Abbildung 7: Stationäre Versorgung – Krankenhaus, Übersicht

Befragte n=250; mit Aufenthalt n=147

Quelle: Eigene Darstellung, Telefoninterviews

60 % der Befragten gaben an, dass eine von ihnen betreute Person in den vorangegangenen zwölf Monaten stationär in einem Krankenhaus versorgt wurde; knapp jede:r Fünfte wurde drei Mal oder öfter ins Krankenhaus eingewiesen. Die Überweisung erfolgte in den meisten Fällen (54 %) durch einen Notfall, in 27 % der Fälle durch den:/-die Hausarzt:/-ärztin. Durchschnittlich lag das Krankenhaus 23 Wegminuten entfernt. Differenziert nach Ortsgröße ergeben sich in der Wegzeit nur geringe Unterschiede, lediglich Personen aus Kleinstädten seien zum Krankenhaus nur 15 Minuten unterwegs gewesen. Die meisten Befragten bewerteten ihre eigene Wegzeit mit „gerade noch akzeptabel“.

Abbildung 8 gibt die Zufriedenheit der Befragten mit der stationären Versorgung im Krankenhaus wieder.

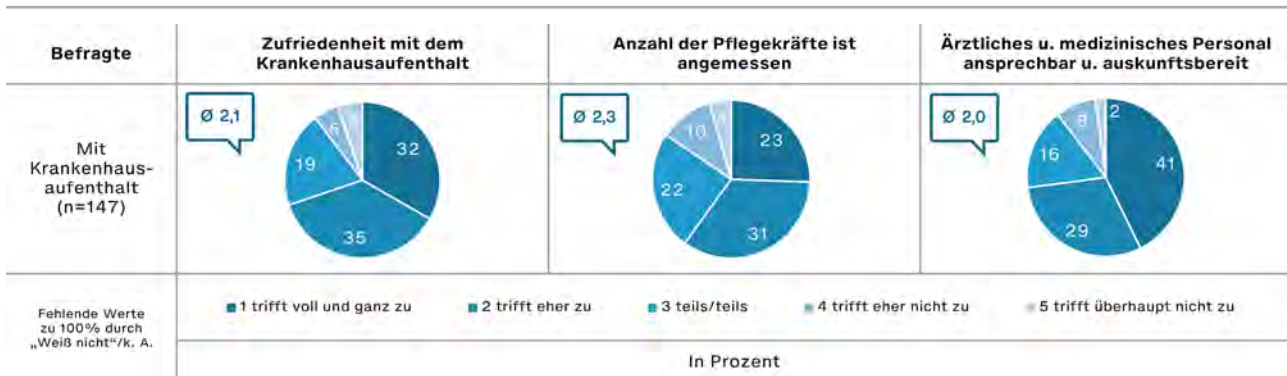


Abbildung 8: Stationäre Versorgung – Krankenhaus, Zufriedenheit

Quelle: Eigene Darstellung, Telefoninterviews

Legende: Keine Angabe (k. A.)

Insgesamt sind die Befragten mit der stationären Versorgung zufrieden – das trifft zumeist „voll und ganz“, oder „eher“ zu. Die gleiche Einschätzung lieferten die Befragten zu der Frage, ob sich das ärztliche und medizinische Personal ansprechbar und auskunftsbereit gezeigt hätte. Die Angemessenheit der Anzahl der Pflegekräfte wurde zwar weniger stark, aber dennoch (eher) positiv bewertet.

Ergebnisse zur stationären Versorgung – Reha

Abbildung 9 zeigt übersichtlich die Ergebnisse der Telefoninterviews zum Thema der stationären Versorgung in Reha-Einrichtungen auf. Zu beachten ist hier, dass die Anzahl der betreuten Personen, die im vorangegangenen Jahr einen stationären Reha-Aufenthalt hatten, deutlich geringer ist (n=31) als bei den anderen Untersuchungsgegenständen.



Abbildung 9: Stationäre Versorgung – Reha, Übersicht

Befragte n=250; mit Aufenthalt n=31

Quelle: Eigene Darstellung, Telefoninterviews

Der Anteil der Personen mit Reha-Aufenthalt ist bei der Altersgruppe der 70 bis 79-Jährigen am größten und nimmt mit steigendem Alter ab. In den allermeisten Fällen fand der Reha-Aufenthalt im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt statt. Zur Einrichtung musste eine durchschnittliche Wegzeit von etwa einer Stunde überwunden werden. Die eigene Wegzeit wird von der Mehrheit als „gerade noch akzeptabel“ angesehen. Der Aufenthalt wurde überwiegend positiv bewertet – 71 % waren „sehr“ oder „eher zufrieden“.

Ergebnisse zur Betreuungssituation

Die folgende Abbildung 10 zeigt, wie die Betreuer:innen die Pflegesituation mit ihren Angehörigen einschätzen. Hierbei ist neben der Gesamtbetrachtung aller Befragten auch eine separierte Betrachtung je Grad der Beeinträchtigung der Angehörigen sowie je Erwerbssituation der betreuenden Person möglich, die sich beide Faktoren stark auf die Pflegesituation auswirken (können).

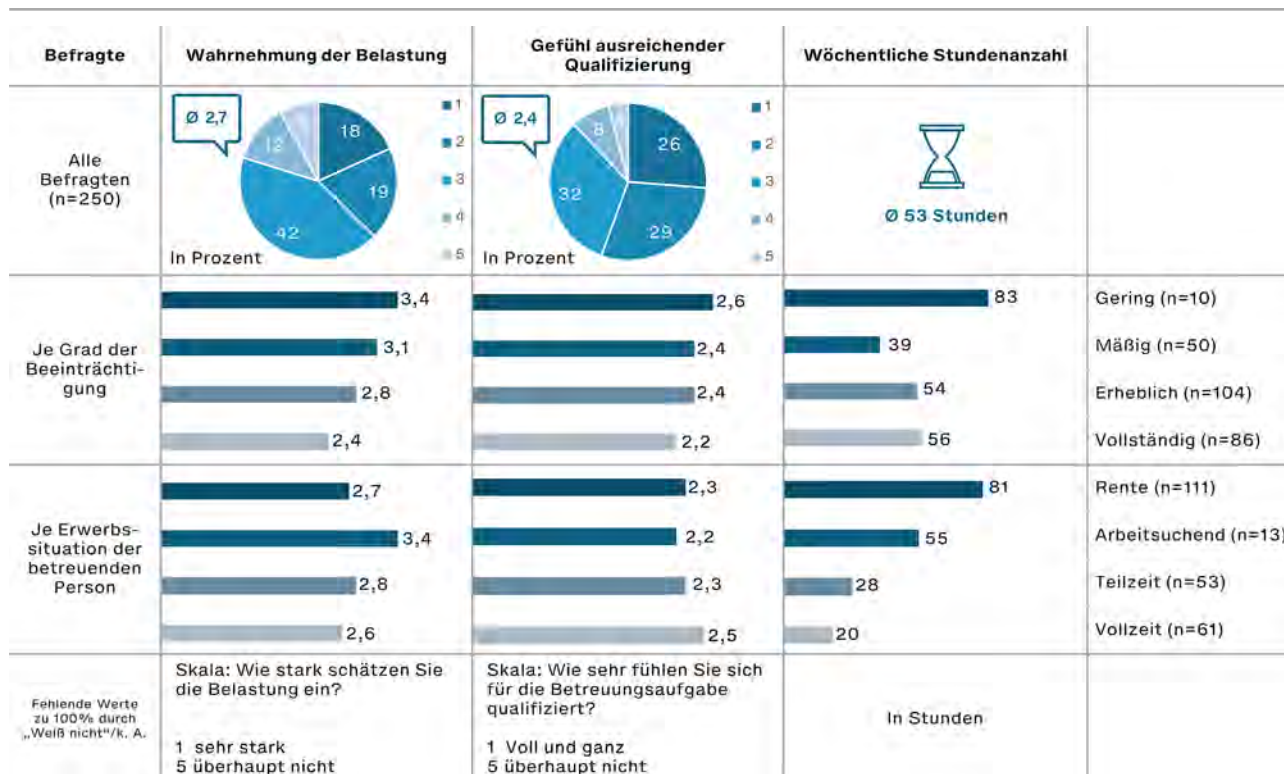


Abbildung 10: Betreuungssituation

Befragte n=250

Quelle: Eigene Darstellung, Telefoninterviews

Legende: Keine Angabe (k. A.)

Neben der Erfahrung mit verschiedenen Bereichen der ambulanten und stationären Versorgung wurden die Angehörigen auch nach ihrer Einschätzung zur Betreuungssituation an sich befragt. Die Befragten kümmern sich durchschnittlich 53 Wochenstunden um die zu betreuenden Personen; insbesondere Rentner:innen investieren erwartungsgemäß sehr viel Zeit (81 Stunden), während Berufstätige neben einer Vollzeitstelle durchschnittlich noch 20 Stunden für die Betreuung aufbringen. Gerade bei vollständig Beeinträchtigten nehmen die Angehörigen eine stärkere Belastung durch die Betreuungssituation wahr (auf einer Skala von 1 bis 5 wurde mit 1 eine „sehr starke“ Belastung ausgedrückt). In der Differenzierung nach Erwerbssituation der Betreuenden nehmen die Vollzeitbeschäftigten die vergleichsweise stärkste Belastung wahr. Gleichzeitig schätzten diese ihre persönliche Qualifizierung, mit der Betreuungssituation umzugehen, am geringsten ein (auf einer Skala von 1 bis 5 wurde mit 1 das Gefühl einer „voll und ganzen“ Qualifizierung ausgedrückt – je höher der durchschnittlich angegebene Wert, desto schlechter die Einschätzung). Die Unterschiede in den einzelnen Gruppen sind hier aber eher gering.

4 Diskussion der Befragungsergebnisse

Aus beiden Befragungen geht die hohe Bedeutung der Hausärzt:innen in der Versorgung geriatrischer Patient:innen hervor. Dieser kann durch gute räumliche Erreichbarkeit und eine flexible Terminvergabe im Bedarfsfall entsprochen werden. Auch auf persönlicher Ebene herrscht grundsätzlich Zufriedenheit. Während die Hausärzt:innen und das Praxispersonal laut den telefonisch Befragten die Bedürfnisse der Patient:innen ernst nehmen (laut über der Hälfte treffe dies „voll und ganz zu“), gab es in den Fokusgruppen diesbezüglich auch negative Erfahrungen. Teilweise kritisiert wird auch die Praxisausstattung, die hochbetagten bzw. in ihrer Mobilität eingeschränkten Personen den Praxisbesuch erschwert. Dies wurde in beiden Befragungen deutlich.

Hausärzt:innen haben eine hohe Bedeutung in der geriatrischen Versorgung.

Die räumliche und zeitliche Erreichbarkeit von Fachärzt:innen unterscheidet sich nach den verschiedenen Fachgruppen. So benötigen Termine zu Augenärzt:innen die längste Wartezeit. Auch zeigt sich, dass die Erwartungshaltung der Angehörigen hinsichtlich der Wegzeit zu Praxen verschiedener Fachrichtungen unterschiedlich ausfällt. Obwohl die Bewertung, die Wegzeit sei „gerade noch akzeptabel“, über alle Fachgruppen hinweg am häufigsten ausgesprochen wird, werden speziell für den Bereich Neurologie deutlich längere Wegzeiten mit dieser Bewertung verknüpft. Die Ausstattung fachärztlicher Praxen wurde von den telefonisch Befragten besser bewertet als die der hausärztlichen Praxen. Auch scheint es nach Ansicht dieser Personen nur wenig Kritikpunkte hinsichtlich des persönlichen Umgangs der Ärzteschaft zu geben, gemessen daran, dass sich die Bewertungen durchschnittlich zwischen den Bestnoten der Befragungsskala befinden. In den Fokusgruppen kamen auch hier negative Erfahrungen auf sowie der Wunsch, dass Fachärzt:innen Sachverhalte besser und umfangreicher erläutern mögen.

Die Erreichbarkeit von Fachärzt:innen unterscheidet sich je nach Fachgruppe.

Auch die stationäre Versorgung im Krankenhaus scheint durch die Befragten in Niesky und Dresden negativer wahrgenommen worden zu sein als durch die telefonisch Befragten. Dies betrifft u. a. die organisatorische Seite eines Krankenhausaufenthalts, an der in den Fokusgruppen deutlichere Kritik geübt wurde. Aus beiden Befragungen geht jedoch der Wunsch hervor, dass sich mehr Zeit für einzelne Patient:innen und deren Angehörigen genommen wird.

In der stationären Versorgung sei Personalmangel spürbar.

Die Versorgung in Rehabilitationseinrichtungen wird insgesamt sehr positiv wahrgenommen. Verbesserungspotenzial wird in der Ausrichtung auf hochbetagte Patient:innen gesehen. In den für RemugVplan durchgeführten Befragungen hatten jedoch nur knapp 12 % der betreuten Personen im vorangegangenen Jahr einen Aufenthalt in einer Reha-Einrichtung. Dadurch sind die Ergebnisse zwar nicht belastbar, verschaffen aber dennoch einen ersten Eindruck.

5 Fazit und Ausblick

Im vorliegenden Beitrag wurden die Ergebnisse der im Rahmen des Projektes RemugVplan durchgeführten Angehörigenbefragung ausführlich dargestellt. Zudem wurde ein umfassender Einblick in die zugrunde gelegte Methodik geliefert. Die Angehörigenbefragung gliederte sich in zwei Teile: Fokusgruppendifkussionen mit qualitativem Forschungsansatz sowie standardisierte Telefonbefragungen mit quantitativem Forschungsansatz. Beide dienen der Erhebung von Primärdaten, welche den Status quo bzw. die reale Situation geriatrischer Patient:innen und ihrer pflegenden Angehörigen in Sachsen abbilden.

Fazit

Die Befragungen wurden durch das WIG2 Institut vorbereitet und anschließend ausgewertet. Die Rekrutierung und Durchführung erfolgte durch das IMK. Die Teilnehmenden für beide Teile wurden aus dem Versichertenbestand der AOK PLUS rekrutiert, welche die Befragungsergebnisse zudem in einer Präsentation zusammenfasste.

Insgesamt konnten in den Befragungen zwar wenige Unterschiede, insgesamt jedoch eine Übereinstimmung hinsichtlich der Versorgungssituation geriatrischer Patient:innen in Sachsen ermittelt werden. Handlungsbedarf zeigt sich auf struktureller Ebene insbesondere in der Entfernung der hausärztlichen Praxen vom Wohnort, in der Wartezeit auf Termine bei bestimmten Fachgruppen, v. a. in der Augenheilkunde, sowie im stationären Bereich in der Anzahl der Pflegekräfte.

Für weiterführende Analysen der Befragungsergebnisse im Zusammenspiel mit weiteren Datenquellen sei auf den Ergebnisbericht des Projekts verwiesen, der in Kürze über die Website des Innovationsfonds des G-BA abrufbar sein wird. Hierin erfolgt ferner eine größere Einordnung der Ergebnisse im gesundheitswissenschaftlichen Kontext und der Versorgungssituation in Sachsen als dies vorliegend möglich war.

Ausblick

Forschende sind eingeladen, die hier präsentierten Ergebnisse für eigene Forschungsfragen heranzuziehen und anzureichern. Seitens des WIG2 Instituts sind ebenfalls weitere Veröffentlichungen im Kontext von RemugVplan angedacht. Im Sinne des wissenschaftlichen Fortschritts und der übergeordneten Zielstellung, die (geriatrische) Versorgung in Sachsen flächendeckend und langfristig sicherzustellen, freuen sich die Autor:innen über konstruktiven Austausch und zukünftige Kollaborationen im hier präsentierten Themenfeld.

Literaturverzeichnis

- Akremit, L. (2019). Stichprobenziehung in der qualitativen Sozialforschung. In: N. Baur & J. Blasius (Hrsg.). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer VS, S. 313–331.
- AOK PLUS (Hrsg.). (2019a). *Befragung zur Versorgung geriatrischer Patienten in Sachsen*. [Stand Februar 2022 noch unveröffentlicht]. Anlage 6 zum Ergebnisbericht des Innovationsfondsprojekts RemugVplan. Institut für angewandte Marketing- und Kommunikationsforschung (IMK). Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung (WIG2 Institut).
- AOK PLUS (Hrsg.). (2019b). *Ergebnisbericht Fokusgruppendifkussionen zur geriatrischen Versorgung in Sachsen*. [Stand Februar 2022 noch unveröffentlicht]. Anlage 5 zum Ergebnisbericht des Innovationsfondsprojekts RemugVplan. Institut für angewandte Marketing- und Kommunikationsforschung (IMK). Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung (WIG2 Institut).
- AOK-Bundesverband (Hrsg.). (o. J.). *Lokales Gesundheitszentrum Niesky*. Online: <https://www.aok-bv.de/engagement/stadt_land_gesund/index_21751.html> (abgerufen am 22.04.2022).
- BAG KGE – Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen e. V., DGG – Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V. & DGGG – Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V. (Hrsg.). (2004). *Abgrenzungskriterien der Geriatrie. Version V1.3. Erarbeitet von einer gemeinsamen Arbeitsgruppe der BAG KGE; DGG und DGGG*. Online: <http://www.geriatrie-drg.de/public/docs/Abgrenzungskriterien_Geriatrie_V13_16-03-04.pdf> (abgerufen am 01.03.2022).
- Bär, G., Kasberg, A., Geers, S. & Clar, C. (2020). Fokusgruppen in der partizipativen Forschung. In: S. Hartung, P. Wihofszky & M. T. Wright (Hrsg.). *Partizipative Forschung. Ein Forschungsansatz für Gesundheit und seine Methoden*. Springer Fachmedien Wiesbaden. (Research). Wiesbaden (u. a.): Springer VS, S. 207–232.
- BBSR – Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Hrsg.) (o. J.). Laufende Stadtbeobachtung - Raumabgrenzungen. Stadt- und Gemeindetypen in Deutschland. Online: <<https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/gemeinden/StadtGemeindetyp/StadtGemeindetyp.html>> (abgerufen am 01.03.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2019). *Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung*. Online: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Publikationen/Downloads-Vorausberechnung/bevoelkerung-deutschland-2060-5124202199014.pdf?__blob=publicationFile> (abgerufen am 13.07.2020).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2020a). *Mitten im demografischen Wandel*. Online: <<https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/demografie-mitten-im-wandel.html>> (abgerufen am 01.03.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2020b). *Pflegestatistik 2019. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Online: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html> (abgerufen am 01.03.2022).
- Flick, U. (2007). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung*. 10. Aufl. Hamburg: Rohwohlt Taschenbuch.
- Häder, M. & Häder, S. (2019). Stichprobenziehung in der quantitativen Forschung. In: N. Baur & J. Blasius (Hrsg.). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer VS, S. 333–348.

- Homburg, C. (2017). *Marketingmanagement. Strategie - Instrumente - Umsetzung - Unternehmensführung*. 6., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Lehrbuch). Wiesbaden (u. a.): Springer Gabler. DOI: <<https://doi.org/10.1007/978-3-658-13656-7>>.
- Jählig, I., Gather, A. & Schade, F. (2016). *Quantitative Befragung*. Bibliotheksportal. Online: <<https://bibliotheksportal.de/ressourcen/management/marketing-baukasten/marktanalyse/primaerforschung/quantitative-befragung/#1>> (abgerufen am 14.03.2022).
- Kuhlmeiy, A. (2009). Chronische Krankheit in der Lebensphase Alter. In: D. Schaeffer (Hrsg.). *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Bern: Hans Huber, S. 357–368.
- Nowossadeck, S., Engstler, H. & Klaus, D. (2016). *Pflege und Unterstützung durch Angehörige*. Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). (report altersdaten, Heft 1). Online: <https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/47091/ssoar-2016-nowossadeck_et_al-Pflege_und_Unterstützung_durch_Angehorige.pdf?sequence=3&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2016-nowossadeck_et_al-Pflege_und_Unterstützung_durch_Angehorige.pdf> (abgerufen am 01.03.2022).
- Raithel, J. (2008). *Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs*. 2., durchges. Aufl. (SpringerLink Bücher). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. DOI: <<https://doi.org/10.1007/978-3-531-91148-9>>.
- Reinecke, J. (2019). Grundlagen der standardisierten Befragung. In: N. Baur & J. Blasius (Hrsg.). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer VS, S. 717–734.
- Renjith, V., Yesodharan, R., Noronha, J. A., Ladd, E. & George, A. (2021). *Qualitative Methods in Health Care Research. International journal of preventive medicine*, 12, Artikel 20. DOI: <http://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_321_19> (abgerufen am 16.03.2022).
- WIG2 Institut – Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung (Hrsg.). (o. J.). *Regionale multisektorale geriatrische Versorgungsplanung (RemugVPlan)*. Interaktives Online-Dashboard. Online: <https://remugvplan.shinyapps.io/remugvplan_dashboard/> (abgerufen am 30.03.2022).