



# Regionale Case Management- Organisation mit digitalem Ökosystem

2022

Der Bericht *Regionale Case Management-Organisation mit digitalem Ökosystem* wird verantwortet durch:

DAK-Gesundheit (M. Pajovic)

Gesundheitsregion EUREGIO e. V. (T. Nerlinger)

Universität Osnabrück

- Fachgebiet Pflegewissenschaft (Prof. Dr. Manfred Hülsken-Giesler)
- Fachgebiet Unternehmensrechnung und Wirtschaftsinformatik (Prof. Dr. Frank Teuteberg)

Die Erstellung des Berichtes erfolgte durch:

Tim Arlinghaus, Universität Osnabrück

Philipp Bläser, Universität Osnabrück

Janet Cordes, Universität Osnabrück

Stephan Herberg, DAK-Gesundheit

Fabia Hettler, Universität Osnabrück

Isabel Jalaß, Universität Osnabrück

Patricia Kajüter, Universität Osnabrück

Kevin Kus, Universität Osnabrück

Aljona Pfunt, DAK-Gesundheit

Nicole Ruppert, Universität Osnabrück

Dr. Lena Marie Wirth, Universität Osnabrück

## **Inhaltsverzeichnis**

Projektgenese und Hintergründe (DAK) .....	5
Das ReKo-Case Management (PfleWi).....	8
Digitales Ökosystem und Telematik-Infrastruktur (UWI).....	30
Forschungsfragen der Evaluation (PfleWi) .....	35
Finanzierungsbedarf und -optionen (UWI) .....	39
Literaturverzeichnis .....	40

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verlauf des Projektes ReKo .....	7
Abbildung 2: ReKo-Standorte in den Modellregionen. ....	9
Abbildung 3: Übersicht der Akteur*innen auf der institutionellen Versorgungsebene des Case Managements.....	27
Abbildung 4: Prozessmodell Regionales Lernen in Reko .....	29
Abbildung 5: ReKo-spezifische IT-Architektur.....	31
Abbildung 6: Dashboard der CMSW Quovero mit CM-spezifischen Phasen.....	32
Abbildung 7: Suche nach Hilfsangeboten über die ReKo-Homepage.....	33
Abbildung 8: High Level Architektur der TI mit zu vernetzenden Leistungserbringern sowie zentralen Komponenten, eigene Darstellung .....	33
Abbildung 9: Zeitplan der TI-Implementierung (an der Heiden et al. (2022)) .....	34

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Erste Konzeptualisierung des pflegebezogenen Case Managements .....	13
Tabelle 2: Kriterien für das Case Management/die Studie.....	15
Tabelle 3: Fallarten im Case Management .....	16
Tabelle 4: Nicht-ingeschrieben Fallarten .....	16
Tabelle 5: Prozessschritte nach Monzer/im ReKo-Case Management .....	26
Tabelle 6: Übersicht der Zielgruppen und Erhebungsmethodik/Instrumente .....	38

# 1 Projektgenese und Hintergründe

Der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung in Deutschland steigt. Bis in das Jahr 2030 wird sich diese Entwicklung voraussichtlich zuspitzen. Im Grunde besteht Einigkeit darüber, dass die im Jahr 1994 geschaffene Pflegeversicherung in ihrer jetzigen Form in ihrer Anlage nicht geeignet ist, die grundlegenden Herausforderungen die bestehenden und kommenden Versorgungsprobleme zu lösen. Hier ist zu beachten, dass Pflege und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben für die meisten auf Pflege angewiesenen Menschen zu Hause stattfindet (Statistisches Bundesamt 2020). Dies entspricht auch regelhaft dem Wunsch der auf Pflege angewiesenen Menschen und ihrer Familien.

Um die bedarfsgerechte häusliche Pflege sicher zu stellen, bedarf es in der Regel familiärer, nachbarschaftlicher, professioneller und informeller Hilfen und Freiwilliger und dies bestenfalls koordiniert und vernetzt unter Beachtung der individuellen Lebenswelten (vgl. SVR 2014). Ohne eine Koordinierung der segmentierten professionellen Pflegeleistungen, ohne die Entlastung von Angehörigen, ohne Brückenfunktionen in der Entlassplanung aus der stationären Versorgung und ohne Sozialraumarrangements bleibt es bei unklaren Verantwortlichkeiten innerhalb der Versorgungskette. Personen mit Pflegebedarf oder die in der häuslichen Pflege häufig beteiligten Angehörigen, sind mit dieser Koordinationsaufgabe in vielen Fällen überfordert. Gerade die Angehörigen müssen hier entlastet werden und bei Bedarf koordinierende Unterstützung bei der Organisation eines funktionierenden Pflegesettings erhalten.

Das ReKo-Projekt ist angetreten, um die Infrastruktur für ein leistungsträgerübergreifendes Care und Case Management zu schaffen und damit die notwendigen Koordinationsaufgaben zu übernehmen. Ohne Koordination, ohne einen Care und Case Management-Ansatz bleibt die Leistungsgewährung der Pflegeversicherung bruchstückhaft, weil ergänzende Unterstützung, andere Leistungen und informelle Pflege nicht zur richtigen Zeit und im richtigen Umfang erreicht und ein koordiniertes Pflegesetting verfehlt wird (Schulz-Nieswandt 2013). Daneben kann das Case Management wertvolle Impulse für das Organisationslernen und die Sozialraumgestaltung in der Projektregion geben.

Im DAK Pflegereport 2018 wird in aller Deutlichkeit dokumentiert, dass von einer regional jeweils leistungsfähigen Infrastruktur für auf Pflege angewiesene Menschen keineswegs ausgegangen werden kann. Insbesondere im ländlichen Bereich finden sich Versorgungslücken und -engpässe, die eine bedarfsgerechte Versorgung Pflegebedürftiger be- oder verhindern, respektive zur Überlastung von pflegenden An- und Zugehörigen führen. Auf der Suche nach Lösungsansätzen entstand durch die DAK-Gesundheit die Idee eines regionalen Pflegekompetenzzentrums, welches Case Management-basierte Arbeitsweisen und -strukturen als konzeptionelle und methodische Grundlage hat. Mit dieser Konzeptidee sollten auch ländliche Krankenhäuser und deren Träger in anstehenden Konversionsprozessen unterstützt werden.

Nach ersten konzeptionellen Vorüberlegungen bat die DAK-Gesundheit, Thomas Klie und Michael Monzer zur weiteren Exploration der Probleme und möglicher Lösungen, konzeptionell an der erforderlichen Struktur eines Pflegekompetenzzentrums zu arbeiten. Auf dieser Grundlage entstand der wissenschaftliche Beitrag „Regionales Pflegekompetenzzentrum, Innovationsstrategie für die Langzeitpflege vor Ort“ von Thomas Klie und Michael Monzer, welcher in der Herausgeberschaft der DAK-Gesundheit im Jahr 2018 erschien (Klie & Monzer 2018).

Das Regionale Pflegekompetenzzentrum wird darin als eine Case Management-Organisation verstanden, die sich durch eine effektive und zielgerichtete Fallsteuerung und Prozessgestaltung auszeichnet. Die ReKo Case Manager\*innen verfügen über ein breites sektorübergreifendes Wissen und sind vielfältig mit den ambulanten und stationären Akteuren aus Gesundheit und Pflege der Region

verknüpft. Sie konzentrieren und leisten umfassende Aufklärung, Auskunft nach § 7 SGB XI und entwickeln individuelle Hilfestellungen durch Pflegeberatung und Pflegestützpunkte (§ 7a, c SGB XI) auch dort, wo die Regelversorgung an ihre Grenzen kommt. Damit zeichnet sich das Case Management durch eine sektorenübergreifende und aufeinander bezogene, beratende, begleitende und intervenierende Fallbegleitung der Betroffenen aus und nutzt Erfahrungen aus den Einzelfällen zur Entwicklung und Stärkung der kommunalen Netzwerk- und Versorgungsarbeit – somit versteht sich ReKo als lernende Organisation.

Da die DAK-Gesundheit die Idee der regionalen Pflegekompetenzzentren ins Gespräch der Versorgungspolitik brachte, schloss sich noch im Jahr 2018 ein interessiertes Konsortium aus der Gesundheitsregion EUREGIO e. V. (operative Umsetzung und Leitung) und den evaluierenden Instituten der Universität Osnabrück (Lehrstühle Unternehmensrechnung und Wirtschaftsinformatik, Prof. Teuteberg und Pflegewissenschaft, Prof. Hülsken-Giesler) zusammen, um die Idee des Pflegekompetenzzentrums zu verwirklichen und im März 2018 unter dem Akronym „ReKo“ als Projektvorhaben beim Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beantragen.

Die Versorgungsinterventionen des ReKo wurden bei der Projektbeantragung organisatorischer, ökonomischer und technischer Art und als komplexe soziotechnische Interventionen eingeordnet. Diese Bezüge liegen durch das Modell des Regionalen Pflegekompetenzzentrums mit der Verpflichtung auf eine fallorientierte Perspektive ausgearbeitet vor.

In Vorbereitung des Projektes führte Prof. Klie in Teilen der Pilotregion, dem Emsland, Strukturanalysen und Fokusgruppen durch, um die Versorgungssituation zu analysieren. Die Ergebnisse liegen im Pflegereport 2018 vor (Klie 2018).

Am 18. Oktober 2018 erhielt das Konsortium den Förderbescheid des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses. Auch wenn der Bescheid noch mit Auflagen versehen war, konnte das Konsortium ab diesem Zeitpunkt in die Projektvorbereitung starten. Noch im Jahr 2018 stieg das Konsortium in die Information der Stakeholder innerhalb der Projektregion ein. In diesem Rahmen wurde das Projekt auf die gegebenen regionalen Bedingungen angepasst, womit sich „ReKo“ auf den Aufbau einer lernenden Case Management-Organisation konzentrieren sollte und die Konversion eines schließenden Krankenhauses nicht in die Studie aufgenommen wurde. Aufgrund der umfangreichen sozio-technischen Intervention und der Bearbeitung aller Auflagen des Fördergebers, musste der Projektbeginn zweifach verschoben werden. Final stand im März 2019 der Zeitrahmen des Projekts, mit Start am 01.10.2019 und einer Projektlaufzeit von 48 Monaten fest.

Für beide Landkreise in der Projektregion war die Möglichkeit, dass sich Bürger\*innen ohne Berücksichtigung einer spezifischen Krankenkassenmitgliedschaft (bei Erfüllung der Einschlusskriterien) am ReKo-Projekt beteiligen können, eine elementare Voraussetzung für die Mitarbeit und aktive Unterstützung des Projektes. Vor diesem Hintergrund wurde eine Erweiterung der Einschlusskriterien beim Fördergeber beantragt und genehmigt.

Am 01.10.2019 wurde das Projekt im Rahmen einer Veranstaltung in Nordhorn im Landkreis Grafschaft Bentheim eröffnet. Durch Impulsvorträge des Bundesgesundheitsministers Jens Spahn, des Vorsitzenden des Vorstands der DAK-Gesundheit, Andreas Storm, des Vorsitzenden der Gesundheitsregion EUREGIO e. V., und der beteiligten Landräte konnten mit dieser öffentlichkeitswirksamen Eröffnungsveranstaltung die wesentlichen Stakeholder in einer Tagung vereint und der Startschuss zu einer erfolgreichen Öffentlichkeitsarbeit gegeben werden. Das Projekt ist seit diesem Zeitpunkt über verschiedene Kommunikationskanäle und über die Webseite [www.rekopflege.de](http://www.rekopflege.de) erreichbar.

Neben der Bereitstellung einer Case Management-Organisation ist die Schaffung einer IT-Plattform als Arbeitstool für das Case Management, zur Vernetzung professioneller und informeller Projektbeteiligter und als Informationsplattform für Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen,

ein wesentliches Projektziel. Ab April 2020 stellt die Firma synectic dazu die Case Management Software (CMSW) Quovero zur Verfügung, die in regelmäßigen Themenwerkstätten mit Beteiligung des Case Managements und Prof. Michael Monzer modifiziert wurde. Alle Mitarbeitenden im Case Management wurden ab April 2020 durch eine umfangreiche und DGCC-zertifizierte Weiterbildung zur/zum ReKo-Case Manager\*in qualifiziert.

Im Laufe des Jahres 2020 konnten weitere große Krankenkassen zur Unterstützung des Projektes gewonnen und somit die Sicherstellung von einer großflächigen Routinedatenanalyse gewährleistet werden.

Schon vor Beginn der Intervention durch das Case Management zum 01.08.2020 war das Projekt durch die SARS-Covid 19-Infektionswelle beeinflusst, die seitdem in zyklisch wechselnder Intensität die Arbeiten des Case Managements in den Krankenhäusern, den Beratungsstellen und der persönlichen Hausbesuchstätigkeit beeinträchtigt. Trotz dieser Rahmenbedingungen ist es gelungen, zum Stand 04.2022 ca. 900 Proband\*innen in die Studie einzuschließen.

Mit Bescheid vom 02.03.2022 verlängerte der Fördergeber unter Erhöhung der Projektförderung das Projekt um sechs Monate bis zum 31.03.2024.

Eine Übersicht über den Verlauf des Projektes ist der folgenden *Abbildung 1* zu entnehmen.

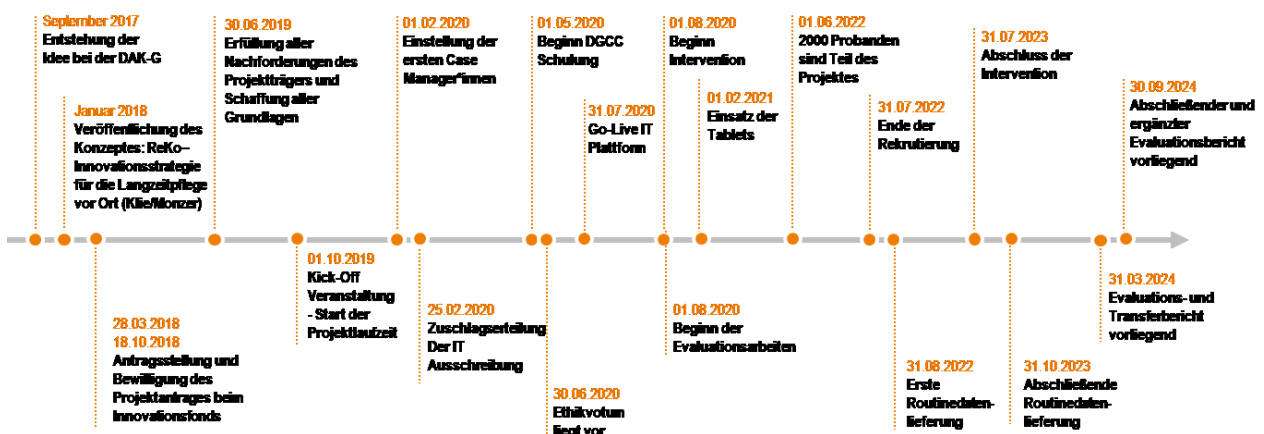


Abbildung 1: Verlauf des Projektes ReKo

# 2 Das ReKo-Case Management

## 2.1. Case Management & Case Management-Organisation

Case Management gem. der Definition der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) (2012) ist

*„eine Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen. Der Handlungsansatz ist zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können.“<sup>1</sup>*

In ReKo wird das Case Management, wie es im ursprünglichen Konzept des Regionalen Pflegekompetenzzentrums von Klie und Monzer (2018) vorgeschlagen wurde, um eine pflegebezogene Ausrichtung ergänzt. Das pflegebezogene ReKo-Case Management verbindet im Sinne einer integrierten Versorgung medizinische und lebensweltliche Gesundheit. Das Case Management wird in Anlehnung an Monzer (2017) als Case Management-Organisation in den Modellregionen des Innovationsfondsprojektes ReKo eingebunden. Eine Case Management-Organisation gem. Monzer (2017) ist ein System, das sämtliche Prozesse vom Fall ausgehend denkt und institutionelle Grenzen überwindet. Die ReKo-Case Manager\*innen sind zwar organisatorisch bei einer Institution angebunden (im Falle des ReKo-Projektes bei der Gesundheitsregion EUREGIO e. V.), sie denken und handeln jedoch stets am Fall orientiert und überinstitutionell. Damit ermöglichen sie Lösungsansätze, welche informelle Unterstützungssysteme sowie Akteure verschiedenster Leistungserbringer der ambulanten und stationären Versorgung aus Gesundheit und Pflege in der Region verknüpfen. Die ReKo-Case Management-Organisation zeichnet sich dementsprechend durch ihre sektorenübergreifende und aufeinander bezogene, beratende, begleitende und intervenierende Fallbegleitung der Hilfeempfänger aus. Die Erfahrungen aus den Einzelfällen werden dabei wiederum zur Entwicklung und Stärkung der kommunalen Netzwerk- und Versorgungsarbeit genutzt.

## 2.2. Ausgestaltung der ReKo-Case Management-Organisation

Die Case Management-Organisation in ReKo wurde über die Gesundheitsregion EUREGIO e. V, aufgebaut. Diese Verortung bei einem Träger, der als Netzwerkakteur in der Region agiert, wurde gewählt, um das Case Management möglichst frei von konkreten institutionellen Interessen zu erproben und Erfahrungen mit Blick auf die nachhaltige Verortung von Case Management-Organisationen in regionalen Bezügen sammeln zu können. Weiterhin wurde das Case Management in den Modellregionen dezentral aufgebaut.

Dezentral bedeutet in diesem Fall, dass die Case Manager\*innen über relevante regionale Stakeholder territorial verteilt werden, um die Sichtbarkeit der Case Management-Organisation in den Regionen sicherzustellen, einen niedrighschweligen Zugang für Betroffene zu ermöglichen, eine Einbindung in das regionale Netzwerk vor Ort zu erreichen und möglichst „kurze Wege“ zwischen Case Management und den Klient\*innen zu gewährleisten.

---

<sup>1</sup> <https://www.dgcc.de/case-management/>, letzter Aufruf 26.01.2022



In der folgenden Grafik können die Standorte des Case Managements in den ReKo-Modellregionen nachvollzogen werden.

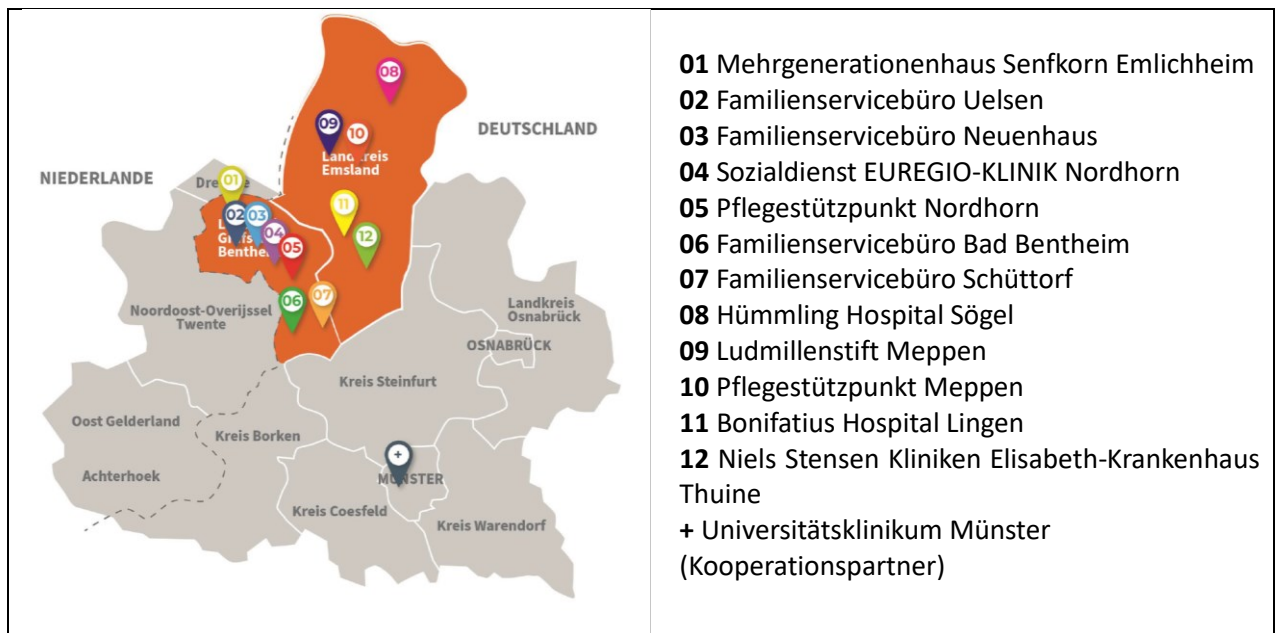


Abbildung 2: ReKo-Standorte in den Modellregionen.

In der Literatur werden unterschiedliche regionale Verortungen von Case Management diskutiert. Monzer (2018) sieht für die Ansiedlung eines Case Managements die folgenden Optionen:

- bei einem zentralen Träger
- bei einem unabhängigen Träger
- bei allen beteiligten Trägern
- bei einer Arbeitsgemeinschaft
- bei einem Case Management-Team

Im Reko-Projekt wurde sich für eine Ansiedlung bei einem unabhängigen Träger (EUREGIO e. V.) entschieden.

Eine Anbindung (Mindestanforderungen) an bestehende kommunale Strukturen ist insbesondere dann als erfolgskritischer Faktor zu verstehen, wenn eine Case Management-Organisation auf institutioneller und (über-)regionaler Ebene regionale Lern- und Entwicklungsprozesse anstoßen und verstetigen soll. Bisherige Erfahrungen zeigen, dass dieser Lernprozess ohne eine Lernbereitschaft und Einbindung, bspw. der Kommunen oder Landkreise, nur bedingt erfolgreich zu realisieren ist. Im ReKo-Case Management sollen Lernimpulse aus den Erfahrungen mit komplexen Versorgungsarrangements auf der Fallebene in die regionalen Netzwerke transportiert werden. Regionale Pflegekonferenzen könnten dafür ein geeignetes Forum darstellen. Es ist zu erwarten, dass sich dadurch einerseits die Koordinierungsanforderungen an komplexe Versorgungsarrangements stetig vereinfachen und andererseits Versorgungslücken frühzeitig erkennen und regionale Infrastrukturen stetig weiterentwickeln lassen (vgl. 2.9. und 2.10.).

### 2.3. Aufgabenspektrum und Ausbildung von ReKo-Case Manager\*innen

Im Rahmen der ReKo-Case Management-Organisation werden die einzelnen Interventionen über einen Qualifikationsmix angeboten, der wie folgt ausdifferenziert ist:

- Zugehende, präventive Fallanalyse und -beratung sowie die Weiterentwicklung von Versorgungs-Mix-Strukturen und Angebotssteuerung übernehmen Case Manager\*innen, die eine pflegerische Qualifikation aufweisen und darüber hinaus im Case Management qualifiziert sind.

- Begleitung bei komplexen Herausforderungen der Alltagsbewältigung, die Betreuung und Begleitung von Angehörigen sowie die IT-Schulung werden von Pflegefachpersonen übernommen, die mit Blick auf die anvisierten Aufgaben sowie die Case Management-Handlungsweise geschult sind.

Das Absolvieren der Qualifikation nach DGCC (210 Stunden Fortbildung) wurde im Rahmen des ReKo-Projektes als Einstellungsvoraussetzung für Case-Manager\*innen definiert. Ob diese Qualifizierung als erfolgskritischer Faktor gelten muss, ist über die ReKo-Evaluation zu klären.

Die Aufgaben und Verantwortlichkeiten von ReKo-Case Manager\*innen umfassen folgendes Spektrum:

- Zugehende Identifikation von potenziellen CM-Klient\*innen
- Kriteriengeleitete Fallauswahl (Case Finding)
- Strukturierte Bedarfserhebung (Assessment)
- Einbeziehung der Klient\*innen und ihrer An- und Zugehörigen in der Hilfeplanung
- Individuelle Prozesssteuerung im Versorgungssystem
- Entwicklung von standardisierten Behandlungspfaden
- Organisation der internen Prozesse im Versorgungssystem von der Aufnahme bis zum Abschluss bzw. Überleitung von einem in das andere System
- Koordination aller diesbezüglich relevanten Abläufe
- Ansprechpartner\*in für alle an den Prozessen beteiligten Personen
- Leistungsdokumentation und deren Rückkopplung mit dem Controlling
- Evaluation der eigenen Fallarbeit
- Aufbau und Pflege von Netzwerken im jeweiligen Sozialraum
- Anlaufstelle für das Thema im Sozialraum
- Erreichbarkeit sichern

## 2.4. Pflegebezogenes Case Management (PCM)

Auf Basis der konzeptionellen Grundlagen der modernen Case Management-Arbeit (Monzer 2017) entwickelt und erprobt das ReKo-Projekt ein *pflegebezogenes* Case Management, das im Rahmen einer *pflegebezogenen* Case Management-Organisation agiert und auf die speziellen Anforderungen der anvisierten Zielgruppen ausgerichtet ist.

Das pflegebezogene ReKo-Case Management (PCM) wird auf Grundlage der Projektergebnisse fortlaufend weiterentwickelt. Ein abschließendes Konzept inkl. Transferempfehlungen zur Dissemination in weitere Regionen wird zum Projektabschluss vorgelegt.

Grundsätzlich fundiert das PCM auf dem Grundrecht eines würdevollen Lebens. Basaler Teil eines solchen würdevollen Lebens ist die Selbstbestimmung, die Selbstständigkeit und die Chance auf soziale Teilhabe. Grundvoraussetzung dessen ist die Sorge, die als Teil kommunaler Daseinsvorsorge gewährleistet sein muss. Das PCM in ReKo sichert Kriseninterventionen und individuelle Koordination von fallorientierten Sorgeleistungen für komplexe Fälle im Umfeld von Pflegebedürftigkeit, die im Rahmen der regelmäßigen regionalen/familiären Leistungen keine, zu wenige oder falsche (Unter- und Fehlversorgung) Regelleistungen für ihren konkreten Bedarf, im Sinne einer Stabilisierung des Pflegearrangements, erhalten.

Diese Krisenintervention und fall-individuelle Koordination von Sorgeleistungen zielt im Sinne von Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und einer Chance auf soziale Teilhabe auf die Ermöglichung eines würdevollen Lebens.

Über die etablierten CM-Phasen hinweg (vgl. Abschnitt 2.8) werden fallspezifische Sorgenetzwerke aus informellen und professionellen Helfern aufgebaut, unterstützt und koordiniert, um eine präventive

und nachhaltige Sicherung von Sorge(-leistungen) zu gewährleisten. Das ReKo-CM sichert und steuert dazu den fallgerechten Zugang zu regionalen Leistungserbringer\*innen und die Vernetzung der beteiligten Akteure (vgl. Abschnitt 2.9-10.). Die Komplexität der Fallsituationen begründet sich nach den bisherigen Ergebnissen aus einem Zusammenspiel zwischen personalen (bspw. Multimorbidität, soziale und finanzielle Situation) und regionalen (bspw. fehlende regionale ambulante Versorgung, informelle Angebote) Faktoren.

Die Interventionen des PCM orientieren sich dabei an grundlegenden Herausforderungen einer angemessenen pflegerischen Unterstützung bei komplexen Pflegebedarfen, die im Folgenden beschrieben wird.

Grundsätzlich orientiert sich die Sorgearbeit im ReKo-Case Management, die vor allem koordinierend intersektoral und aufsuchend in der Häuslichkeit erfolgt, an den folgenden Kriterien (gem. Hülsken-Giesler & Daxberger 2018):

- **Pflege als wissensbasierte Arbeit (externe und interne Evidenz)**

Pflege ist Wissensarbeit, die sich sowohl auf externe sowie interne Evidenz im Sinne der Definition von Behrens & Langer (2016) stützt. Im Modell der evidenzbasierten pflegerischen professionellen Praxis finden pflegerische Entscheidungen immer in einem Arbeitsbündnis statt, das sich aus den folgenden Elementen ergibt:

- externer Evidenz, d. h. Quellen über eine erwiesene Wirksamkeit bspw. aus Literatur und Studien,
- interner Evidenz, d. h. einer individuellen Zielklärung vor dem Hintergrund der Anamnese, Pflegediagnose, der Verlaufsdokumentation und der individuellen Teilhabeentscheidung der Klient\*innen,
- ökonomischen und moralischen Anreizen und Vorschriften, die teilweise als institutionelle oder systemimmanente Leitlinien und gesetzliche Bestimmungen vorliegen.  
(Behrens & Langer 2016, S. 29).

Für die ReKo-Case Manager\*innen bedeutet dies, dass innerhalb der Klärungsphase (vgl. Case Management-Phasen, Abschnitt 2.8.) sowohl auf wissenschaftliche Studien und Literatur als auch auf die besonderen Lebenslagen und Präferenzen der potenziellen Klient\*innen eingegangen wird. Flankiert wird dieser Abwägungsprozess durch interne und externe Vorschriften.

- **Pflege als Interaktions- und Beziehungsarbeit (Emotionsarbeit, Gefühlsarbeit, Kooperationsarbeit)**

Pflegearbeit ist Interaktions- und Beziehungsarbeit. Interaktionsarbeit umfasst u. a. (gem. Böhle & Weihrich 2015):

- **Kooperationsarbeit:** zur Herstellung einer Kooperations- bzw. Austauschbeziehung,
- **Emotionsarbeit:** im Umgang mit den eigenen Emotionen und
- **Gefühlsarbeit:** im Umgang mit den Gefühlen anderer.

Die Arbeit von Case Manager\*innen findet immer in Kooperation statt und ist dementsprechend von der Austauschbeziehung mit den Klient\*innen abhängig. Case Management wird häufig in Krisensituationen nachgefragt. Der Vertrauensaufbau, den diese Kooperationsarbeit erfordert, entwickelt sich nicht linear und muss je nach Situation angepasst werden. Zeit für einen individuellen Beziehungsaufbau (Klient\*in und Sorgesystem) spielt dabei eine entscheidende Rolle.

- **Pflege als körperorientierte Arbeit**

Pflege betrifft den ganzen Körper-Leib des Menschen. Sie findet mit dem Körper-Leib (der Pflegenden) am Körper-Leib (der Zu-Pflegenden) statt. Körpernahe Arbeit greift häufig tief in sensible Bereiche der Privatsphäre ein und ist nicht selten mit Phänomenen von Unsicherheit und Scham verbunden (Hülsken-Giesler 2014).

Die Case Manager\*innen in ReKo haben in der Regel eine pflegerische Grundausbildung und verfügen über Berufserfahrung. Vor diesem Hintergrund können sie Pflegebedarfe und -bedürftigkeit unter Berücksichtigung der je spezifischen körperlichen und geistigen Befähigungen bzw. Beeinträchtigungen sowie dem je individuell verfügbaren Sorgesystem professionell einschätzen. Speziell die häuslich aufsuchende Arbeit von Case Manager\*innen ermöglicht eine umfassende professionelle Einschätzung und einen sensiblen Umgang mit körpernahen Hilfebedarfen, die bei der Entwicklung eines individuellen Hilfeplans erfolgskritisch sind.

- **Arbeit in komplexen Zusammenhängen**

Pflege setzt als Interaktions- und Beziehungsarbeit an den Grundbedürfnissen hilfebedürftiger Menschen an (Remmers 2010). Allgemeines Ziel der Pflege ist „die Wiederherstellung oder Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit unter den Bedingungen der Selbstbestimmtheit“ (Bartholomeyczik 2014, S. 82) sowie die Ermöglichung einer selbstbestimmten sozialen Teilhabe. Zur Erreichung dieser Ziele ist in der Regel auf die Sorgenetzwerke der hilfebedürftigen Personen zurückzugreifen. Die (Wieder-)Herstellung von Selbstbestimmung und gesellschaftlicher Teilhabe muss als sozialer Prozess verstanden werden (relationale Autonomie) Die Herausforderung im Kontext der Sorge- und Pflegearbeit besteht darin, die verschiedenen Interessen beteiligter Akteur\*innen auszuloten und diese anschlussfähig in bestehende Sorgestrukturen einzubinden.

In ReKo setzt die Arbeit von Case Management genau an dieser Abwägung an. Die spezifischen Bedarfs- und Bedürfnislagen des Einzelfalls bilden den Ausgangspunkt für die Aushandlung von gemeinsamen Zielstellungen als Voraussetzung stabiler Netzwerkarbeit.

- **Arbeit in Ungewissheit und begrenzte Standardisierbarkeit**

Die Arbeit an und mit Menschen ist immer von Ungewissheit geprägt. Überdies sind Unterstützungsbedarfe im Bereich der Sorge- und Pflegearbeit in der Regel prozesshaft und daher kontextsensibel immer wieder neu auszuhandeln und anzupassen. Pflegearbeit kann daher nur begrenzt standardisiert werden. Die vielen ungewissen Bezüge und Entwicklungen lassen eine „one-size-fits-all-Lösung“ oder einen „one-best-way“ nicht zu. Leitlinien und Versorgungspfade können helfen, komplexe Vorgänge zu strukturieren, die konkrete Umsetzung der Sorge- und Pflegearbeit ist aber immer wieder situativ anzupassen.

Innerhalb von ReKo ist Ungewissheit ein wesentliches Merkmal der Arbeit. Case Management-Prozesse nehmen Ungewissheit systematisch auf. Als stabile Konstante gilt der Klient/die Klientin als Ausgangspunkt des Umgangs mit Ungewissheit. Wechselnde Netzwerkakteure, dynamische Krankheitsverläufe oder etwa auch variierende Leistungsangebote können so schnell in die Fallsteuerung integriert werden, da die Case Management-Leistung sektorenübergreifend angelegt ist.

Erste Konzeptualisierungen eines *pflegerbezogenen* Case Managements auf Grundlage der bisherigen Ergebnisse des ReKo-Projektes wurden bereits vorgenommen und können in der folgenden *Tabelle 1* nachvollzogen werden.

<p><b>Voraussetzung Case Manager*innen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegeausbildung + <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Studium (Pflege, Gesundheit oder Sozialarbeit)</li> <li>➤ Weiterbildung im Bereich Führung/Leitung oder Führungserfahrung</li> </ul> </li> <li>• Erfahrung in verschiedenen Handlungsfeldern der Pflege, d. h. Erfahrung im Umgang mit komplexen Versorgungssituationen (bspw. moralische Dilemmata, soziale Härte, Handlungsmöglichkeiten und -grenzen bei Verwahrlosung)</li> <li>• gute Kenntnis der regionalen Versorgungslandschaft</li> <li>• offene und kommunikative Arbeitsweise</li> <li>• Fähigkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ in Netzwerken zu denken und zu arbeiten</li> <li>➤ zur eigenverantwortlichen Entwicklung und Anpassung von neuen Versorgungsangeboten in Abstimmung mit den regionalen Versorgungsakteur*innen</li> <li>➤ zur abgestimmten Arbeit im Team</li> </ul> </li> <li>• Case Management-Fortbildung inkl. <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ regionale Bezüge (bspw. Verfahrensweisen, Ansprechpartner*innen)</li> <li>➤ sozialarbeiterische Inhalte (bspw. Antragsstellung, Leistungsansprüche)</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Anlass</b></p>	<p>Menschen mit einer komplexen Situationen, deren Bedarfe/Bedürfnisse durch die regelmäßige Versorgungsstruktur vor Ort nicht erfüllt werden können.</p>
<p><b>Adressaten</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personen mit <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pflegebedürftigkeit</li> <li>➤ drohender Pflegebedürftigkeit</li> </ul> </li> <li>• An- und Zugehörige</li> </ul>
<p><b>Arbeits- und Herangehensweise</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• orientiert an den Charakteristika von Sorgearbeit (s. o.)</li> <li>• lebensorientiert auf das Sorgenetzwerk und die individuelle Situation der Klient*innen ausgerichtet</li> <li>• eigenverantwortlich</li> <li>• unabhängig</li> <li>• regional-koordinierend</li> <li>• advokatorisch</li> <li>• krisenintervenierend</li> <li>• präventiv</li> <li>• fördernd (Selbstbestimmung zur Teilhabe)</li> <li>• befähigend (Befähigung zur Teilhabe, Empowerment)</li> </ul>
<p><b>Rahmenbedingungen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• die Fallarbeit findet im Rahmen von informellen und formellen Leistungen statt und entwickelt ein fallbezogenes (Sorge-)Netzwerk für die Klient*innen</li> <li>• flexibles, fallorientiertes Ressourcen-Management (Zeit, Ort, etc.)</li> <li>• unabhängig, nicht den Interessen einer Organisation untergeordnet</li> </ul>

*Tabelle 1: Erste Konzeptualisierung des pflegerbezogenen Case Managements*

## 2.5. Zielgruppen im Case Management auf der Fallebene

In das ReKo-Case Management werden drei Personengruppen einbezogen.

- **Zielgruppe 1** umfasst Personen mit angehender Pflegebedürftigkeit, d. h. Menschen mit somatischen und/oder kognitiven Beeinträchtigungen, die noch keine Eingruppierung nach Pflegegraden (gemäß § 14 SGB XI) haben aber in medizinisch-pflegerischer Versorgung sind.
- **Zielgruppe 2** schließt Personen mit bewilligtem Pflegegrad nach SGB XI (sozialrechtlich anerkannter Pflegebedarf) ein.
- In **Zielgruppe 3** werden (pflegende) Angehörige einbezogen. Dies können (pflegende) Angehörige von ReKo-Proband\*innen der Zielgruppe 1 und 2 sein oder auch informell Pflegende, die Nicht-ReKo-Klient\*innen unterstützen.

Die für das Case Management relevanten Fälle weisen häufig persönliche, soziale und finanzielle Schwierigkeiten auf, nehmen Gesundheitsdienste intensiv in Anspruch oder haben Probleme hinsichtlich der Organisation der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Des Weiteren sind sie in vielen Fällen von multiplen chronischen Erkrankungen oder psychischen Einschränkungen bzw. Auffälligkeiten betroffen. Außerdem ist gewalttätiges oder vernachlässigendes Verhalten ein Merkmal für die Fallübernahme durch das Case Management. Bei den (pflegenden) Angehörigen spielt zusätzlich das Belastungserleben eine Rolle. Für die ReKo-Evaluationsstudien wurden zusätzliche Einschlusskriterien definiert. *Tabelle 2* stellt eine Übersicht zu den ReKo-relevanten Case Management-Kriterien und Einschlusskriterien für die ReKo Studie bereit.

	<b>Personen mit angehender Pflegebedürftigkeit</b>	<b>Personen mit bewilligtem Pflegegrad</b>	<b>Pflegende Angehörige</b>
<b>Kriterien Case Management</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Multiple chronische Erkrankungen</li> <li>- psychische Einschränkungen/Verhaltensauffälligkeiten</li> <li>- intensive Nutzung von Gesundheitsdiensten</li> <li>- verminderte Leistungsfähigkeit und Beeinträchtigung/Behinderung</li> <li>- persönliche, soziale und finanzielle Schwierigkeiten</li> <li>- Schwierigkeiten im organisierten Umgang mit Diensten gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung</li> <li>- Gewalt und Sicherheit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Multiple chronische Erkrankungen</li> <li>- psychische Einschränkungen/Verhaltensauffälligkeiten</li> <li>- intensive Nutzung von Gesundheitsdiensten</li> <li>- verminderte Leistungsfähigkeit und Beeinträchtigung/Behinderung</li> <li>- persönliche, soziale und finanzielle Schwierigkeiten</li> <li>- Schwierigkeiten im organisierten Umgang mit Diensten gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung</li> <li>- Gewalt und Sicherheit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Multiple chronische Erkrankungen</li> <li>- psychische Einschränkungen/Verhaltensauffälligkeiten</li> <li>- intensive Nutzung von Gesundheitsdiensten</li> <li>- verminderte Leistungsfähigkeit und Beeinträchtigung/Behinderung</li> <li>- persönliche, soziale und finanzielle Schwierigkeiten</li> <li>- Schwierigkeiten im organisierten Umgang mit Diensten gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung</li> <li>- Gewalt und Sicherheit</li> <li>- Belastungserleben</li> </ul>
<b>Kriterien begleitende Studie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ambulante Diagnosen (bestimmte ICD-Diagnosen mindestens zweimal gesichert codiert, z. B. Parkinson) ODER</li> <li>- Hilfsmittel (mindestens eine Verordnung SGB V oder SGB XI-Hilfsmittel, z. B. für Mobilität) ODER</li> <li>- stationärer Aufenthalt (mindestens einer mit einer bestimmten Haupt- oder Nebendiagnose, z. B. Demenz) ODER</li> <li>- kognitive Beeinträchtigungen (ICD Psychische und Verhaltensstörungen) ODER</li> <li>- Alter über 90 Jahre ODER</li> <li>- Pflegegrad abgelehnt UND</li> <li>- kein Pflegegrad bewilligt bei Einschreibung in das Projekt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bewilligter Pflegegrad zum Tag der Einschreibung in die Studie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- (Pflegerische) Angehörige der ReKo-Proband*innen aus Zielgruppe 1 und 2 ODER</li> <li>- (Pflegerische) Angehörige, die in der Region wohnen und Hilfeempfänger*innen i. S. der Kriterien von Zielgruppe 1 und 2 unterstützen</li> </ul>

Tabelle 2: Kriterien für das Case Management/die Studie

## 2.6. Fallarten im Case Management

Fälle, die im ReKo-Case Management betreut werden, lassen sich in zwei verschiedene Fallarten unterteilen. *Tabelle 3* stellt die *Fälle mit hohen Koordinationsanforderungen*, welche eine intensive und ressourcenaufwändige Begleitung durch das Case Management benötigen, den *Fällen mit niedrigen Koordinationsanforderungen* gegenüber.

### Eingeschriebene Case Management-Fallarten

<b>Bezeichnung:</b>	<b>Case Management-Fall: hohe Koordinationsanforderungen (HoKo)</b>
<b>Beschreibung:</b>	Umfangreiche Case Management-Fälle, die hohe Koordinationsanforderungen an die Case Manager*innen stellen. Individuelle Entwicklung von Zielen, Wege der Zielerreichung und intensive Beschäftigung mit den Klient*innen und ihren Sorgenetzwerken, intervenierende/aktive Begleitung der Fälle und Fallfragestellungen. Regelversorgung funktioniert nicht ohne Weiteres, Aufwand überschreitet die Regelressourcen, Abbruchrisiko.
<b>Bezeichnung:</b>	<b>Case Management-Fall: niedrige Koordinationsanforderungen (NieKo)</b>
<b>Beschreibung:</b>	Case Management-Fälle, die niedrige Koordinationsanforderungen an die Case Manager*innen stellen. Für die Fallsituation der Klient*innen sind bereits Wege/Maßnahmen/etc. in der Versorgungsstruktur der Region vorhanden. Ziele werden im Hilfeplan festgehalten und es findet eine dokumentierende Begleitung statt. Koordination kann vom Klientensystem selbst erledigt werden.

*Tabelle 3: Fallarten im Case Management*

Die Unterscheidung zwischen diesen beiden Case Management-Fällen wird entlang der Koordinationsanforderungen und erkennbarer Versorgungslücken in einer Region systematisiert. Die Komplexität der Fälle kann bei den HoKo- und NieKo-Fällen identisch sein. Je nach regionaler Versorgungsstruktur variieren jedoch die Koordinationsanforderungen an die Case Manager\*innen.

Auch die Fälle, die letztendlich nicht in das ReKo-Case Management eingeschlossen werden, lassen sich systematisch differenzieren (siehe *Tabelle 4*). Neben Case Management-Fällen, bei denen nach anfänglichem Kontakt keine Einschreibung erfolgen muss, existieren Beratungsfälle, die einmalig individualisierte Informationen und eine Beratung vom Case Management erhalten sowie Informationsfälle, bei denen einmalig auf bestehendes Informationsmaterial verwiesen wird und eine fallspezifische Beratung nicht erforderlich ist.

### Nicht eingeschriebene Fallarten

<b>Bezeichnung:</b>	<b>Nicht eingeschriebener Case Management-Fall</b>
<b>Beschreibung:</b>	Case Management-Fälle die in der Klärungsphase nicht in das Projekt eingeschrieben werden.
<b>Bezeichnung:</b>	<b>Beratungsfall</b>
<b>Beschreibung:</b>	Einmalige Beratung von Klient*innen, in der individualisierte Informationen erarbeitet oder zur Verfügung gestellt werden. Beratung über nächste Schritte. Die Beratung wird unter Angabe von personenbezogenen Daten vollzogen.
<b>Bezeichnung:</b>	<b>Informationsfall</b>
<b>Beschreibung:</b>	Einmalige Anfrage per E-Mail oder Telefon. Zusendung oder mündliche Weitergabe von bestehendem Informationsmaterial. <u>Keine</u> individuelle Anpassung von Materialien.

*Tabelle 4: Nicht-eingeschriebene Fallarten*



## **2.7. Typische Fälle im ReKo-Case Management**

### **Zielgruppe 1 und 2**

Für die Zielgruppe der Menschen mit (angehender) Pflegebedürftigkeit lässt sich keine typischen Erkrankungen/Einzel-Diagnosen als Grund für die Einschreibung erkennen. Häufig spielen chronische Krankheiten, Multimorbidität, schleichende Einschränkungen im Zusammenhang mit einem Akutereignis (z. B. Sturz) oder psychische Erkrankungen eine Rolle. Weitere Problemlagen, z. B. geringe finanzielle Ressourcen, ein niedriges Bildungsniveau, wenige soziale Kontakte, führen häufig dazu, dass eine komplexe Problemlage entsteht, die Case Management erforderlich macht.

Der Erstkontakt zum Case Management erfolgt in der Regel über die zentrale Nummer des Pflegestützpunktes oder über den Sozialdienst des Krankenhauses, da das ReKo-Case Management dezentral angesiedelt ist (siehe 2.1.). Die Kontaktaufnahme verläuft sowohl über die Betroffenen selbst, als auch über deren An- oder Zugehörige. Sie werden zumeist durch Mund-zu-Mund-Propaganda, ReKo-Informationsmaterialien, Kooperationspartner und vor allem durch die Pflegestützpunkte und die Sozialdienste der Krankenhäuser der ReKo-Modellregion auf das Projekt aufmerksam, da diese Stellen im Rahmen der Regelversorgung bereits Kontakt zur Zielgruppe haben.

Der Zugang zu den ReKo-Angeboten ist durch die formalen Vorgaben zur Studienbeteiligung (Einschreibungsformalien, Einwilligungserklärungen, etc.) komplex, was teilweise eine Skepsis bei der Zielgruppe auslöst. Es sind häufig mehrere Kontaktaufnahmen notwendig, bis die Einschreibung in das Case Management final erfolgt. Viele Klient\*innen benötigen verlängerte Zeiträume zur Durchsicht der Einschreibungsformalien und zur Abstimmung mit ihren An- oder Zugehörigen. Die Case Manager\*innen beziehen die An- oder Zugehörigen, soweit gewünscht, aktiv mit in die Entscheidung zur Einschreibung in das Projekt und Teilnahme am Case Management ein.

Die Klient\*innen wünschen sich häufig den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit. Hauptziel im Case Management ist somit die Herstellung angemessener Unterstützungsmöglichkeiten, um dies realisieren zu können. Zur Zielerreichung unterstützen die Case Manager\*innen verschiedene Antragsstellungen, z. B. für Betreuungsmaßnahmen, Hilfsmittel oder Wohngeld. Außerdem regen sie Prozesse an wie z. B. die Erst- oder Neu-Einstufung in einen Pflegegrad, den Besuch ehrenamtlicher Angebote sowie die Verbesserung des Wohnumfelds.

Bedingt durch die Kontaktbeschränkungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie wurden Hausbesuche zeitweise durch telefonische Unterstützung ersetzt. In diesem Zusammenhang wurde erkennbar, dass gewisse Maßnahmen und Unterstützungsleistungen ausschließlich über Hausbesuche umsetzbar sind, insbesondere wenn das entsprechende soziale Umfeld nicht vorhanden ist. Die Länge und Regelmäßigkeit des Kontaktes bzw. der Hausbesuche richtet sich nach dem konkreten Bedarf der Klient\*innen und fällt erfahrungsgemäß sehr unterschiedlich aus.

Zum Zeitpunkt der Entpflichtung eines Falls aus dem ReKo-Case Management (ein Jahr nach Einschreibung) sind in der Regel die zu Beginn festgesetzten Ziele erreicht. Im Rahmen der ReKo-Case Management-Aktivitäten wird ein individuelles Netzwerk mit entsprechenden Ansprechpartner\*innen geschaffen bzw. stabilisiert, welche die Klient\*innen in Alltags- und Notfallsituationen unterstützen können. Komplexe Problemsituationen können, so zeigen bisherige ReKo-Erfahrungen, bestmöglich bewältigt werden, indem die Versorgung strukturiert organisiert und sichergestellt wurde, sodass eine stabile Versorgungssituation sichergestellt werden konnte und Klient\*in und Case Manager\*in die Zusammenarbeit gleichermaßen mit einem positiven Gefühl beenden. Eine Beendigung der ReKo-Intervention aufgrund des Projektes und der damit verbundenen Bedingungen (Laufzeit) muss sehr intensiv kommuniziert werden, da die Klient\*innen aufgrund des aufgebauten Vertrauensverhältnisses häufig weiterhin eine Unterstützung durch das Case Management wünschen und einfordern.

### **Zielgruppe 3**

In der Zielgruppe der (pflegenden) An- und Zugehörigen versorgen, unterstützen und pflegen die eingeschriebenen ReKo-Klient\*innen häufig Personen mit kognitiven Einschränkungen oder

Mobilitätseinschränkungen. Oft leben sie nicht zusammen in einem Haushalt mit ihren pflegebedürftigen Angehörigen. Typischerweise sind die betreuten Klient\*innen berufstätig. Viele stammen aus der gesellschaftlichen Mittelschicht.

Der Erstkontakt erfolgt, wie bei Zielgruppe 1 und 2, vorrangig über die Wege des Pflegestützpunktes oder der Sozialdienste der Krankenhäuser.

Die (pflegenden) An- oder Zugehörigen nutzen häufig die beratende Funktion des ReKo-Case Managements. Zudem zielt das Case Management darauf ab, eine Entlastung durch Koordination und Steuerung der Versorgungsorganisation oder durch Unterstützung bei Antragsstellungen zu schaffen. In vielen Fällen stellen die Case Manager\*innen darüber hinaus einen wichtigen Kontakt zum Austausch über Probleme dar. Außerdem vermitteln sie Kontakte zu Selbsthilfegruppen, Leistungserbringern oder weiteren Beratungsstellen. Der Kontakt im Verlauf des ReKo-Case Management-Prozesses wird von der Zielgruppe 3 im Vergleich zur Zielgruppe 1 und 2 häufig, auch vor dem Hintergrund der pandemischen Lage, digital gewünscht.

Die Regelmäßigkeit des Austausches richtet sich auch bei den (pflegenden) An- und Zugehörigen nach dem individuellen Bedarf. Die Zielgruppe 3 ist in der Regel sehr motiviert zur Zusammenarbeit und erkennt die Notwendigkeit bestimmter Maßnahmen. Die von den eingeschriebenen Klient\*innen versorgten Personen benötigen häufig mehr Überzeugungsarbeit, um die Notwendigkeit gewisser Maßnahmen zu erkennen. Dadurch bedarf die Zusammenarbeit erhöhter Zeitressourcen.

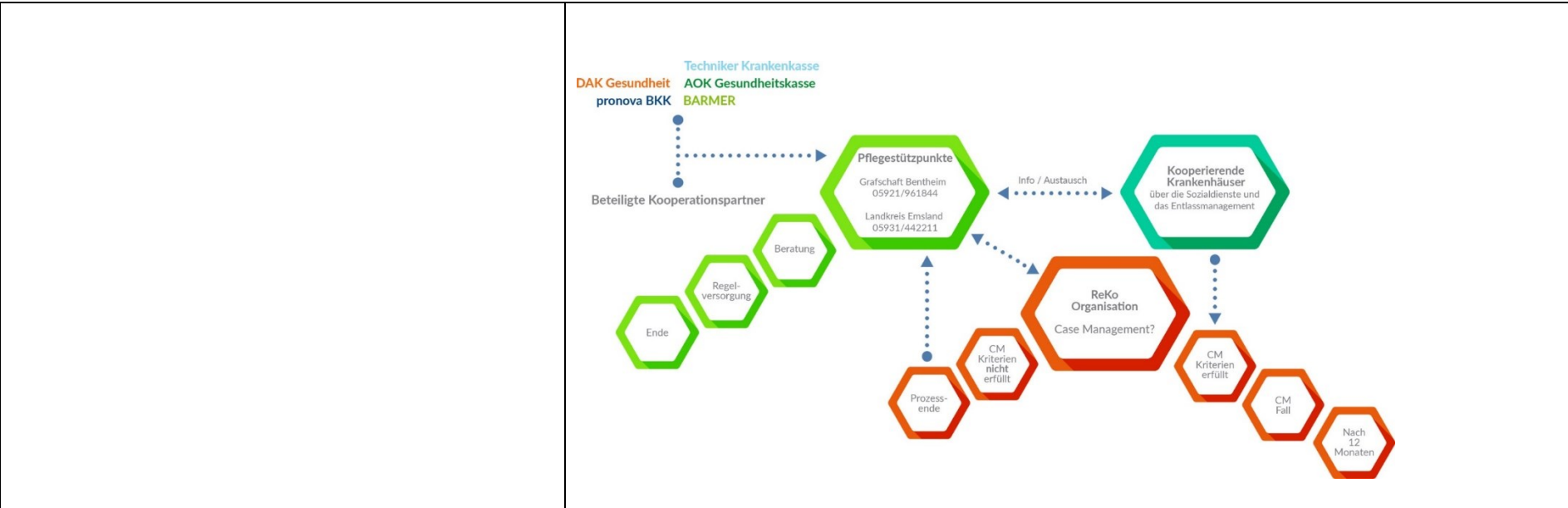
Zum Zeitpunkt der Entpflichtung aus dem ReKo-Case Management wurde den (pflegenden) An- und Zugehörigen ein individuelles Netzwerk mit entsprechenden Ansprechpartner\*innen bereitgestellt, welche die Klient\*innen bei Problemstellungen unterstützen und zur Entlastung beitragen können.

## **2.8. ReKo-Case Management-Prozess auf der Fallebene**

*Tabelle 5* beschreibt den ReKo-Case Management-Prozess entlang der CM-Phasen nach Monzer (2018). Die Prozessschritte der ReKo-Intervention wurden entsprechend der aktuellen IST-Analyse beschrieben und stellen damit noch kein Evaluationsergebnis dar. An dieser Stelle wird lediglich die Abbildung der Prozessschritte im digitalen Patient\*innen- und Pflegeportal *Quovero* als ReKo-Bestandteil des digitalen Ökosystems dargestellt. Eine differenzierte Beschreibung des digitalen Ökosystems erfolgt im nachfolgenden Kapitel 3.

PROZESSSCHRITTE nach Monzer (2018)	PROZESSSCHRITTE der ReKo-INTERVENTION
1. Klärungsphase	
<p><b>Outreach</b> Diese Phase beschreibt die Anstrengungen, das Case Management-Angebot in der Versorgungsregion bekannt zu machen. Eine bewusste Gestaltung und Kenntnis der Zugangswege zum Versorgungsangebot stehen im Mittelpunkt dieses Prozessschrittes.</p>	<p><b>Kein Personenbezug – Versorgungsgebiet im Fokus</b> Der Prozessschritt „Outreach“ findet vor, nach und parallel zu den Case Management-Schritten statt. „Outreach“, d. h. die Bekanntmachung des Case Management-Angebots, ist eine regelmäßige Aufgabe, welche die Bekanntheit des Versorgungsangebots und nicht die konkrete personenbezogene Dienstleistung im Fallgeschehen adressiert.</p> <p><b>Digitales Ökosystem:</b> Diese Phase wird nicht über <i>Quovero</i> abgebildet.</p> <hr/> <p><b>Beschreibung der Intervention:</b> Insbesondere die ReKo-Koordinator*innen und der Projektleiter/Geschäftsführer der Gesundheitsregion EUREGIO e. V. machen das Projekt über Gespräche, Veranstaltungen, Informationsmaterialien und Werbung in den Interventionsregionen sichtbar/bekannt. Es werden eine Projekthomepage und Artikel in Tages- sowie Fachzeitschriften veröffentlicht. Das gesamte Konsortium unter der Leitung des Konsortialführers DAK-Gesundheit unterstützt diesen Prozess.</p> <p>Die Öffentlichkeitsarbeit ist systematisch bei dem Geschäftsführer und den Koordinator*innen der Case Management-Organisation (Gesundheitsregion EUREGIO e. V.) angesiedelt. Hierbei unterstützen regelmäßige Gremiensitzungen mit den beteiligten Projektpartnern (z. B. Regionale Projektgruppe, Unterarbeitsgruppen, Projektgruppe-IT). Die Case Manager*innen auf der operativen Ebenen flankieren diese Maßnahmen durch eigene Gespräche und die Unterstützung/Begleitung der Koordinator*innen/Geschäftsführung.</p> <p>Im ReKo-Projekt, mit seiner dezentralen Case Management-Organisation, übernehmen die Case Manager*innen durch die Ansiedlung bspw. im Krankenhaus oder am Pflegestützpunkt viel Aufklärungsarbeit durch alltägliche Gespräche mit den Führungskräften, Mitarbeiter*innen und Interessierten in den jeweiligen Standorten vor Ort.</p>

<p><b>Case Finding</b>  Im „Case Finding“ werden anhand von Kriterien passende Fälle für das Case Management ausgewählt. Das Verfahren und die Kriterien zur Auswahl müssen in der Regel je Case Management-Organisation neu bestimmt werden.</p>	<p><b>Kein Personenbezug – Versorgungsgebiet und Überleitungsprozesse im Fokus</b>  In der Prozessphase „Case Finding“ findet der Übergang vom regionalen Versorgungssystem zum Case Management statt.</p> <p><b>Digitales Ökosystem:</b> Die Auswahlkriterien und der typische Zugang zum Case Management sind in <i>Quovero</i> abgebildet.</p>
	<p><b>Beschreibung der Intervention:</b>  Die Zugangskriterien zum ReKo-Case Management werden ausführlich in Abschnitt 2.5 beschrieben. Sie werden bei den „Outreach“-Bemühungen stets mitkommuniziert. Je besser die Kriterien in der Versorgungsregion bekannt sind, desto zielgerichteter finden eine Vorselektion und Zuleitung potenzieller Case Management-Fälle statt.</p> <p>Die regelmäßigen Prozesse hin zum Case Management (CM) innerhalb von ReKo sind wie folgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Pflegestützpunkt (PSP):</i> Der Hauptrekrutierungsweg wird über die Pflegestützpunkte der Landkreise abgebildet, hierfür wurde eine zentrale Rufnummer in beiden Landkreisen installiert. Die Mitarbeiter*innen der Pflegestützpunkte leiten die Klient*innen über eine gemeinsame IT-gestützte Plattform an das ReKo-Projekt weiter.</li> <li>• <i>Krankenhäuser (KH):</i> Die Rekrutierung in den Krankenhäusern findet in enger Abstimmung mit dem jeweiligen Entlassmanagement der Krankenhäuser statt. Das Case-Management beginnt den Prozess bereits im Krankenhaus und übernimmt diesen hauptverantwortlich im Anschluss an die Entlassung.</li> <li>• <i>Zuweisung der Krankenkasse (KK):</i> Die Zuweisung durch die Krankenkassen verläuft auf Grund des Innovationsfondprojekts hauptsächlich über die <b>DAK-Gesundheit</b>. Die DAK-Gesundheit vermittelt geeignete Fälle digital über die gemeinsame Plattform. Weitere Fälle werden telefonisch über die Krankenkassen: AOK Gesundheitskasse, Techniker Krankenkasse, Barmer und Pronova BKK vermittelt.</li> <li>• <i>Kontaktformular im Internet:</i> Projektleitung erhält die Kontaktanfrage, Vermittlung an die CM durch Koordinatorinnen.</li> <li>• <i>Zentrale ReKo-Telefonnummer:</i> Interessierte Personen können sich direkt per Telefon an die ReKo-Mitarbeiter*innen wenden. Die Telefonnummern sind je Landkreis zugeordnet.</li> </ul> <p><i>Sonstiges:</i> Persönliche Empfehlungen (Nachbarschaft/Familie/Freunde/Bekannte etc.), diese haben im Laufe des Projektes zugenommen.</p>



**Intaking**

Das „Intaking“ umfasst die interne Verständigung mit dem\*der Klient\*in über die weiteren Schritte im Case Management und die grundsätzliche Aufnahme in das Versorgungsangebot.

**Personenbezug – Einschreibung ins ReKo-Case Management**

Im Rahmen des „Intakings“ entsteht der ReKo-Case Management-Fall. Die Kontaktdaten werden aufgenommen und eine kurze Vorabprüfung der Eignung erfolgt.

**Digitales Ökosystem:** Die CM-Akte wird angelegt und der Fall damit systematisch erfasst. Die Kriterien für das CM werden begründet und die Probleme identifiziert.

**Beschreibung der Intervention:**

Im Rahmen der Prozessphase „Intaking“ findet die Aufnahme in das Versorgungsangebot statt. Teilweise werden im Rahmen des „Intakings“ auch schon relevante Erkenntnisse für die darauffolgende Phase (Assessment) gewonnen. Es wird bspw. entschieden, ob es sich zunächst um einen Case Management-Fall mit hohen oder niedrigen Koordinierungsanforderungen handelt. Zudem werden die Probleme identifiziert.

In akuten Situationen finden innerhalb des „Intaking“ schon erste Case Management-Aktivitäten statt.

<p><b>Verlaufsdokumentation startet</b></p>	<p>Die Verlaufsdokumentation startet mit der ersten Kontaktaufnahme („Intaking“). Sie dokumentiert, teilweise den Problemen oder Zielen zugeordnet (siehe folgende Phasen), die Aktivitäten der Case Manager*innen. Sie dient der internen und externen Transparenz.</p> <p><b>Digitales Ökosystem:</b> Die Verlaufsdokumentation wird chronologisch im Rahmen der Fallakte erfasst. Die Case Manager*innen können die Einträge Zielen und Problemlagen automatisch zuordnen.</p>
<p><b>2. Assessment</b></p> <p>Innerhalb der Falleinschätzung findet die Problem- und Ressourceneinschätzung statt. Weiterhin werden der Bedarf sowie die Einschätzung der Selbstständigkeit und des Versorgungsnetzes geklärt. Bereits genutzte Angebote aus der Region sowie die Wünsche und Bedürfnisse der Klient*innen werden erfasst.</p> <p>Die Case Manager*innen entwickeln partizipativ mit allen wesentlich am Fall beteiligten Akteuren ein gemeinsames Fallverständnis.</p>	<p><b>Personenbezug – Falleinschätzung</b></p> <p>Im Rahmen der „Assessment-Phase“ wird die komplexe Situation, die der Anlass für ein Case Management ist, erfasst und Bedarfe identifiziert.</p> <p><b>Digitales Ökosystem:</b></p> <p>Diese Phase wird aktuell nur für Case Management-Fälle mit hohen Koordinierungsanforderungen im System <i>Quovero</i> erfasst. Bei komplexen und undurchsichtigen Problemkonstellationen kann die Veranschaulichung zusätzlich mittels eines Problemnetzes nach Monzer konkretisiert werden.</p> <p><b>Beschreibung der Intervention:</b></p> <p>Im Assessment werden den Problemen verschiedenen Informationsquellen zugeordnet. Weiterhin werden Ressourcen erfasst, die zu einer Lösung bzw. bei Maßnahmen zu Lösungen unterstützend eingesetzt/angefragt werden können.</p> <p>Die Erfassung der Problemlagen findet im Rahmen eines Klient*innen-Gesprächs statt. Die Case Manager*innen können die Daten direkt am Laptop oder über ein Tablet dokumentieren. Zum Teil findet das Gespräch unter Nutzung eines Tablets als Dokumentationsinstrument statt und wird später nachdokumentiert. Innerhalb des Assessments werden erste Ziele angesprochen, die zur Lösung der Problemlagen vereinbart werden könnten, diese werden im Serviceplan verschriftlicht.</p>

<p><b>3. Serviceplan</b> Die Serviceplanung greift die im Assessment formulierten Probleme und Ressourcen auf und vereinbart gemeinsam mit den Beteiligten Ziele und Maßnahmen.</p> <p>Die Verfolgung der Maßnahmen wird verbindlich vereinbart.</p> <p>Erfolgskriterien können in Bezug auf das einzelne Ergebnisziel/die einzelne Maßnahme abgebildet werden.</p>	<p><b>Personenbezug – Vereinbarung von Zielen und Maßnahmen</b> In dieser Phase werden die Arbeitsvoraussetzungen für die darauffolgenden Case Management-Aktivitäten vereinbart.</p> <p><b>Digitales Ökosystem:</b> Im Serviceplan werden den Problem(lagen) Ziele und Maßnahmen zugeordnet. Etwaige Ressourcen oder Informationsquellen, die der Zielerreichung dienen könnten, werden ebenfalls mit dem Datensatz verknüpft.</p> <p><b>Beschreibung der Intervention:</b> Innerhalb der „Serviceplanung“ werden die Probleme, Ziele und Maßnahmen gemeinsam mit den Falleigentümer*innen erarbeitet und festgehalten. Die Herausarbeitung dieser Arbeitsvoraussetzungen sollte in der Sprache der Falleigentümer*innen erfolgen, damit sie der Lebenswelt der Adressat*innen entsprechen.</p> <p><b>Gem. Monzer (2018, S. 196) werden die folgenden Regelungen im Serviceplan festgehalten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>„Was?</b> Hier wird festgelegt, welches Problem gelöst werden soll, und was im Fall unter einer Lösung oder einem Zielzustand zu verstehen ist.</li> <li>• <b>Bis wann?</b> Es werden Zeitspannen, Zeitpunkte beziehungsweise Fristen für die Zielerreichung festgelegt.</li> <li>• <b>Wer?</b> Es werden Personen und Organisationen benannt, die die Erreichung der Ziele durchführen.</li> <li>• <b>Verantwortungen?</b> Hier wird geregelt, wer für die Zielerreichung verantwortlich ist. Dies muss nicht immer die Person sein, die die Maßnahme durchführt.</li> <li>• <b>Mit welchen Mitteln?</b> Hier werden die Maßnahmen beziehungsweise Angebote benannt, mit denen die Ziele erreicht werden sollen.</li> <li>• <b>Notwenige Verhältnisse:</b> Es werden Bedingungen festgelegt, die den angestrebten Zustand beschreiben“.</li> </ul> <p><b>Zielvereinbarungen:</b> Die Ziele werden entsprechend der <b>S</b>(pezifisch)<b>M</b>(essbar)<b>A</b>(kzeptabel)<b>R</b>(ealistisch)<b>T</b>(erminiert)-Regel vereinbart. Grundsätzlich wird zwischen Grundsatz-, Rahmen- und Ergebniszielen unterschieden, die jeweils aufeinander aufbauen (Monzer 2018).</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Grundsatzziele</b> stehen für die Verankerung in den lebensweltlichen Überzeugungen, Werten und Leitideologien, bspw. Selbstbestimmung, Teilhabe oder Erwerbstätigkeit.</li> <li>• <b>Rahmenziele</b> stehen für die positive Wendung der Problemlagen aus dem Assessment, bspw. wünschenswertes Verhalten.</li> <li>• <b>Ergebnisziele</b> stehen für einen hohen Umsetzungsgrad. Sie sind nicht so konkret wie Maßnahmen, ermöglichen jedoch eine direkte Umsetzung in Maßnahmen, bspw. Unterstützung bei Arbeitssuche.</li> </ul>
<p><b>4. Linking</b> Im Linking werden die im Serviceplan festgelegten Maßnahmen an die richtigen (formellen, informellen) Maßnahmenträger übertragen und vermittelt.</p>	<p><b>Personen- und Systembezug – Vermittlung und Umsetzung von Maßnahmen</b> Im „Linking“ wird der Übergang vom individuellen Serviceplan in die Umsetzung in dem (regionalen) Versorgungsgebiet organisiert und begleitet.</p> <p><b>Digitales Ökosystem:</b> Diese Phase wird nicht ausdrücklich in <i>Quovero</i> abgebildet, sondern findet sich im Zusammenspiel von Verlaufsplanung und Serviceplan wieder.</p> <p><b>Beschreibung der Intervention:</b> Die Case Manager*innen bereiten in dieser Phase die Umsetzung der Maßnahmen vor. Sie vermitteln Angebote, welche die Zielerreichung ermöglichen, vereinbaren ggf. Anpassungen von Versorgungsangeboten oder entwickeln neue Angebote mit den Stakeholdern in der Versorgungsregion. Weiterhin wird die fallbezogene Vernetzung der beteiligten Stellen gefördert, indem Kooperationsbeziehungen sichtbar abgestimmt und gefördert werden.</p> <p>Neben der fallbezogenen Kooperationsarbeit wird hier auch die fallübergreifende Kooperation der formellen und informellen Anbieter*innen durch die Arbeit der Case Manager*innen flankiert.</p> <p>Es ergeben sich ggf. Synergien zur „Outreach-Phase“.</p>



<p><b>5. Monitoring</b> Die organisierten und vereinbarten Leistungen werden quantitativ und qualitativ abgesichert, indem die im Serviceplan festgelegten Ziele regelmäßig beobachtet, geprüft und evaluiert werden.</p>	<p><b>Personen- und Systembezug – qualitative und quantitative Absicherung der vereinbarten Aktivitäten</b> Innerhalb des „Monitoring“ werden die vereinbarten Probleme, Ressourcen, Ziele und Maßnahmen sowie deren Umsetzung im Verlauf fallspezifisch geprüft.</p> <p><b>Digitales Ökosystem:</b> Diese Phase wird nicht ausdrücklich in <i>Quovero</i> abgebildet, sondern findet sich im Zusammenspiel von Verlaufsplanung und Serviceplan wieder.</p> <hr/> <p><b>Beschreibung der Intervention:</b> Die im „Serviceplan“ und „Linking“ übertragene Verantwortung an Dritte wird im Rahmen des „Monitoring“ qualitativ und quantitativ überprüft. Der Maßstab ist dabei die Verfolgung und Erreichung der Ziele, die im „Serviceplan“ vereinbart worden sind. Etwaige Unwägbarkeiten, die sich im Verlauf ergeben, können hier ggf. zu einer Zielanpassung führen.</p> <p>Ein regelmäßiges „Monitoring“ soll Abbrüche vermeiden, indem Krisen und im Prozess entstandene Unsicherheiten frühzeitig erkannt und durch das Case Management begleitet werden.</p>
<p><b>6. Evaluation</b> Evaluation findet unter der Maßgabe statt, die Qualität rückblickend festzustellen und zu beurteilen.</p>	<p><b>Personenbezug – Zielerreichung und Beurteilung</b> In der „Evaluation“ bewerten die Case Manager*in und der*die Klient*in unabhängig voneinander den Case Management-Prozess.</p> <p><b>Digitales Ökosystem:</b> Die Evaluation stellt einen eigenen Punkt in der Fallakte <i>Quovero</i> dar. Innerhalb der Evaluation können sowohl die einzelnen Phasen als auch der Gesamtprozess von beiden Seiten bewertet werden. Die Bewertung erfolgt mit der Vergabe von Sternen von 0 bis 5 (0=schlechte Bewertung/5=beste Bewertung).</p> <hr/> <p><b>Beschreibung der Intervention:</b> Durch den Abschlussbericht (in der Evaluationsphase) und den Serviceplan, woraus letztendlich der Versorgungsplan generiert wird, entstehen die Grundlagen für das Abschlussgespräch der aktuellen Case Management-Intervention. Während des Abschlussgespräches wird der abschließende Versorgungsplan inkl. Abschlussbericht besprochen und die CM-Begleitung wird resümiert. Die Bewertung wird meistens mündlich betitelt und vom CM in die Evaluationsphase eingetragen.</p>

	Einer Entpflichtung bedarf es derzeit aufgrund der Modellbedingungen im Rahmen eines Innovationsfonds-Projektes, in der lediglich eine zeitlich begrenzte Case Management-Intervention vorbestimmt ist.
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*Tabelle 5: Prozessschritte nach Monzer/im ReKo-Case Management*

## 2.9. ReKo-Case Management auf der institutionellen Versorgungsebene

Das ReKo-Case Management adressiert nicht nur auf der Fallebene die einzelnen Hilfe- und Pflegebedürftigen und die pflegenden Angehörigen, sondern leistet auch einen wertvollen Beitrag zur Weiterentwicklung der institutionellen Versorgungsebene. Die Akteur\*innen auf der Versorgungsebene sind dabei wichtige Partner\*innen bei dem Aufbau einer dem Bedarf entsprechenden Versorgungsstruktur für die Klient\*innen.

Bei Case Management-Fällen handelt es sich in der Regel um Fälle mit einem hohen Grad an Komplexität und Unterstützungsbedarf. Die Leistungserbringer im Versorgungsfeld stehen aktuell vor der Herausforderung, die Klient\*innen im Rahmen der Regelversorgung möglichst optimal zu versorgen, obwohl ihre Kompetenzen im Bereich des Case Managements und ihre Ressourcen – die aktuellen Leistungen der Regelversorgung (§ 39 Abs. 1 a SGB V; § 7a und c; § 37 Abs 3. SGB XI) – die typischen Bedarfe komplexer CM-Fälle in der Regel nicht hinreichend abdecken können. Das Case Management schließt damit eine Versorgungslücke und entlastet die handelnden Akteur\*innen der Regelversorgung.

Eine weitere und nicht weniger bedeutende Rolle nimmt das Case Management bei der Vernetzung und Koordination von Hilfe- und Dienstleistungen in Zusammenarbeit und Absprache mit den Klient\*innen ein. Das bedeutet, zu den zentralen Aufgaben des Case Managements auf der institutionellen Ebene zählt, Schnittstellen aufzubauen sowie zu Hilfe- und Dienstleistungen der Versorgungspartner\*innen zu vermitteln. Zur Vernetzung auf der Fallebene sind enge Absprachen mit den entsprechenden Leistungsanbieter\*innen erforderlich, bei denen das Case Management als Treiber aber auch als begleitende und beratende Instanz hinzugezogen werden kann. Auf der institutionellen Ebene kann das Case Management als Organisation eine treibende Rolle bei der Vernetzung der einzelnen Akteure einnehmen. Hier kann die Case Management-Organisation Institutionen innerhalb der Region vernetzen, Netzwerke stabilisieren, institutionelle Versorgungslücken identifizieren und bei der Weiterentwicklung der institutionellen Infrastruktur unterstützen sowie aktuelle Themen zur Pflege, Gesundheit und Soziales mit den Akteur\*innen diskutieren.

Institutionelle Angebote, die es zu vernetzen und dem Hilfeplan entsprechend zu koordinieren gilt und die von einem Aufbau einer Case-Management Organisation profitieren können, sind in *Abbildung 3* dargestellt.

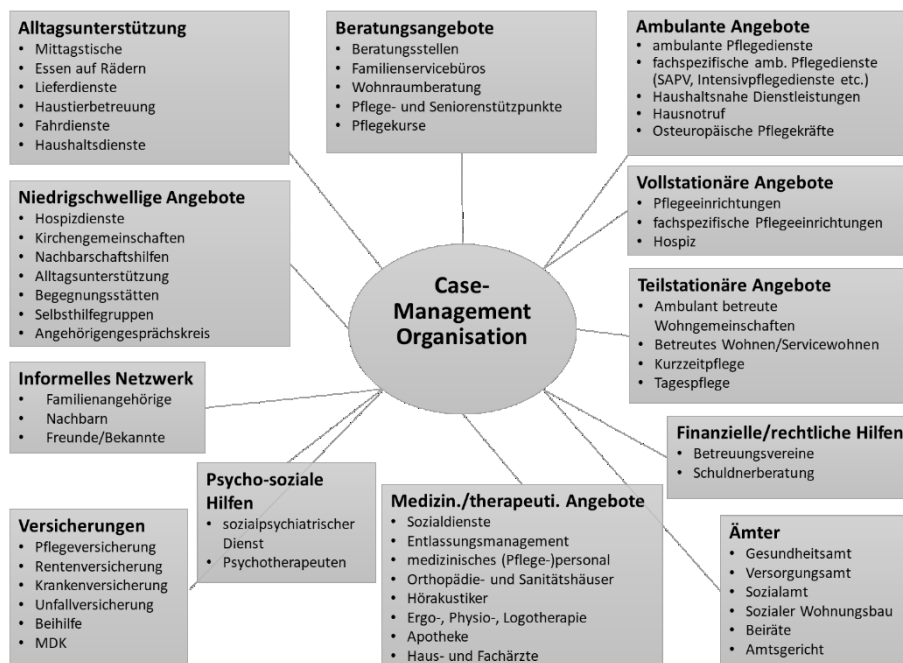


Abbildung 3: Übersicht der Akteur\*innen auf der institutionellen Versorgungsebene des Case Managements

## 2.10. ReKo-Case Management auf der regionalen und überregionalen Versorgungsebene

Das ReKo-Case Management nimmt Einfluss auf die regionale Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, indem es im Rahmen der Begleitung von komplexen Case Management-Fällen Versorgungslücken identifiziert und diese in einem strukturierten Prozess kommuniziert.

Eine Versorgungslücke entsteht, wenn ein Versorgungsbedarf oder -bedürfnis der betreuten Klient\*innen oder ihrer Sorgenetzwerke nicht durch Versorgungsangebote bedient werden kann. In Einzelfällen kann ein individuelles Versorgungsarrangement gefunden werden, welches jedoch nicht als regelmäßige Leistung für weitere Fälle mit dem gleichen Bedarf oder Bedürfnis (ausreichend) zur Verfügung steht. Charakteristisch für Versorgungslücken sind somit generell fehlende Angebote, defizitäre Ansätze oder mangelnde Kapazitäten in vorhandenen Angebotsstrukturen.

Die Identifikation von Versorgungslücken beginnt mit der Begleitung von Einzelfällen. Innerhalb des Case Management-Prozesses werden Versorgungsbedürfnisse und -bedarfe gemeinsam von den Case Manager\*innen und Klient\*innen sowie deren Sorgenetzwerk ermittelt (Prozessschritt „Assessment“/„Serviceplan“, vgl. *Tabelle 5*). Sollten keine geeigneten Angebote für die konkrete Nachfrage bestehen bzw. nicht genügend Angebote oder Kapazitäten vorhanden sein, identifizieren und dokumentieren die Case Manager\*innen diese Versorgungslücken sowie die zugehörige Begründung (Prozessschritt „Linking“, vgl. *Tabelle 5*).

Quartalsweise werden die dokumentierten Versorgungslücken von einer/einem verantwortlichen Case Manager\*in bzw. Koordinator\*in aufbereitet und ausgewertet. Im Rahmen einer internen Teamsitzung wird die Auswertung gemeinsam reflektiert. Dabei wird von den Case Manager\*innen die Priorisierung der Versorgungslücken in der jeweiligen Region anhand vorab definierter Kriterien festgelegt. Hoch priorisierte Versorgungslücken werden in einem Gespräch sowie schriftlich an die strategische Ebene der regionalen Verwaltung rückgemeldet, um einen konkreten Impuls zur Weiterentwicklung einer bedürfnis- und bedarfsgerechten Daseinsvorsorge in der Region zu leisten.

Mit der Rückmeldung zu bestehenden Versorgungslücken gibt das Case Management die Verantwortung für weitere Veranlassungen an die regionale Verwaltung ab. Auf strategischer Ebene sollten mittels einer Bedarfs- und Bestandanalyse die Möglichkeiten zur Schließung der Versorgungslücken geprüft werden. Kurzfristig kann dies durch bereits geplante Projekte/Versorgungsangebote realisiert werden. Langfristig ist die Anregung der Diskussion in regionalen Pflegekonferenzen sowie weiteren Veranstaltungen und Gremien notwendig, um die Leistungsanbieter in der Region für diese Angebote zu sensibilisieren und zu gewinnen.

Mittels der Identifikation, Dokumentation und Kommunikation von Versorgungslücken wird die Grundlage für einen Beitrag zur Angebotsentwicklung in den jeweiligen Regionen geschaffen. Die Case Management-Organisation kann gezielt auf Bedarfe aufmerksam machen und so Impulse zur Weiterentwicklung bestehender und zur Schaffung neuer Angebote geben. Die Umsetzung von Maßnahmen wird regelmäßig durch das ReKo-Case Management überprüft. Im Rahmen dieser skizzierten Tätigkeiten handelt die Case Management-Organisation im Sinne einer lernenden Region, die dadurch ihre Versorgungsinfrastruktur routinemäßig evaluiert und so systematisch optimieren kann. Diese die Meso-Ebene betreffenden Aktivitäten einer Case Management-Organisation sind im Tätigkeitsprofil der Case Manager\*innen und damit in der Beschreibung pflegebezogenen Case Managements, wie in Kapitel 2.4 vorgestellt, mitgedacht. Im Sinne eines *bottom-up*-Prozesses werden so die Erkenntnisse der Mikro-Ebene systematisch über die Meso-Ebene der Case Management-Organisation in die Region gegeben.

Im folgenden Schaubild (Abbildung 4) ist der beschriebene Prozess zusammenfassend abgebildet.

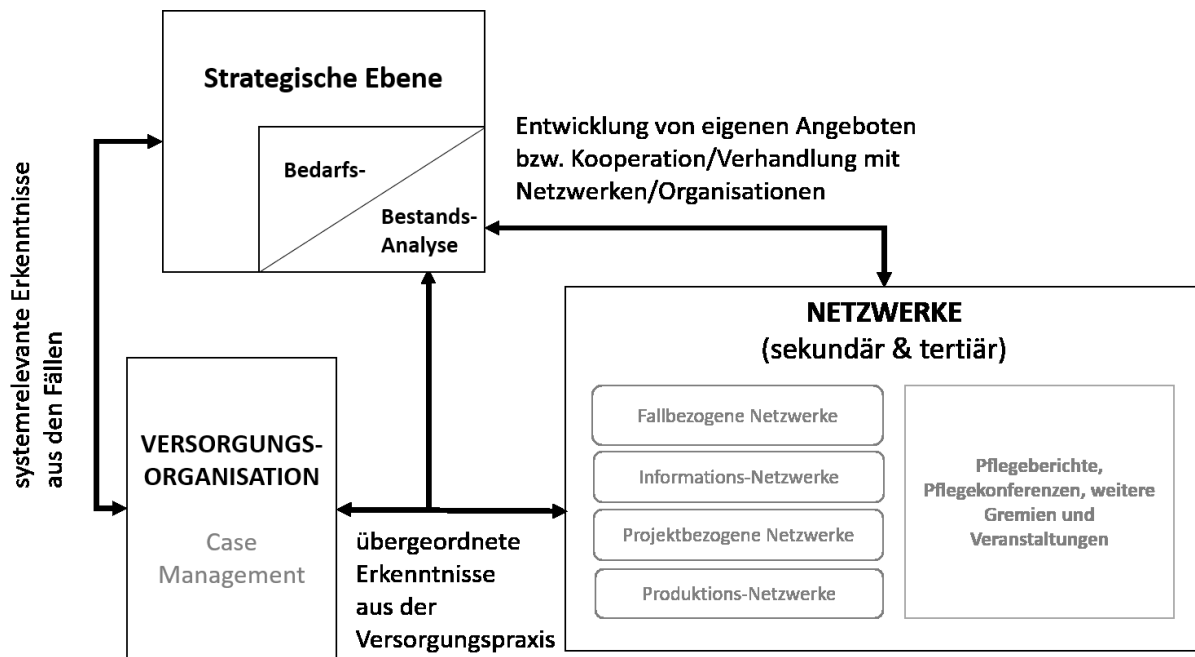


Abbildung 4: Prozessmodell Regionales Lernen in Reko

Insbesondere der Kommune kommt im Sinne der Daseinsvorsorge eine gesonderte Aufgabe zu. Kommunen sind dazu verpflichtet, die Sicherung einer angemessenen gesundheitlichen Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger vorzuhalten (Terminologie BVerfG) (Aus BMFSFJ 2016: 148). Wenngleich kein expliziter rechtskräftiger Begriff für eine gesundheitliche und pflegerische Daseinsvorsorge diesen Auftrag, ähnlich bei der Wasserver- oder -entsorgung, eindeutig regelt, gibt es zahlreiche Vorgaben und Empfehlungen, die die Aufgabe der Kommune bereits näher beschreiben (BMFSFJ 2016, Klie 2020; Preuss & Wolff 2019; Altgeld 2019; Schulz-Nieswandt 2021). Nicht zuletzt die Verpflichtung der Kommunen in Niedersachsen, Pflegekonferenzen durchzuführen und Pflegeberichte zu erstellen und damit der Kommune die Rolle der steuernden und koordinierenden Vernetzung des Gesundheits- und Pflegewesens zukommen zu lassen, weisen in diese Richtung (§§ 3-4 NPflegeG). Im Sinne einer „Caring Community“ wird die Kommune zukünftig eine bedeutende Aufgabe übernehmen müssen (BMFSJ 2016: 193). An diesem Punkt kann das ReKo-Projekt eine Schnittstelle bilden und eine tragende Rolle bei dem Aufbau von Versorgungsnetzwerken übernehmen, einen wertvollen Netzwerkpartner darstellen sowie nützliche Informationen zu bestehenden Versorgungslücken innerhalb der Region und damit nicht zuletzt einen Beitrag für zukünftige Bedarfsermittlungen für die Erstellung von Pflegeberichten leisten.

# 3 Digitales Ökosystem und Telematikinfrastruktur

## 3.1 Digitales Ökosystem in ReKo

Um die Versorgungsnetzwerke in ReKo zu verbessern und effizient zu gestalten, ist ein digitales Ökosystem implementiert worden. Das digitale Ökosystem ermöglicht eine transparente Darstellung von Gesundheitsdaten sowie ein selbstbestimmtes Teilen der Daten durch die Nutzer\*innen. Neben einem kontinuierlichen Einblick in medizinische und pflegerische Daten ergibt sich ein Mehrwert durch personalisierte Angebote sowie durch vereinfachte Kommunikationen und einen sektorenübergreifenden Datenaustausch.

Neben der bundesweiten TI-Entwicklung gibt es in Bezug auf ReKo spezifische IT-Komponenten, die zur charakteristischen Systemarchitektur der Interventionsregion beitragen. Zentraler Bestandteil des Projekts ReKo ist ein digitales Ökosystem in der Interventionsregion, das zum einen die Arbeit des Case Managements unterstützt und zum anderen den Informationsaustausch und die Kommunikation zwischen den beteiligten Akteuren verbessert (vgl. Abb. 5).

Das digitale Ökosystem richtet sich zum einen an das Case Management und befähigt, alle sechs Phasen des Case-Managements (Klärungsphase, Assessment, Serviceplanung, Linking, Monitoring und Evaluation) effizient durchzuführen (A.3), zum anderen adressiert es Personen mit Unterstützungsbedarf sowie pflegende An- und Zugehörige richtet (Informationsportal, A.2) sowie an die weiteren beteiligten Akteure (Integrationsplattform) wie Krankenhäuser, Apotheken sowie sonstige Leistungserbringer\*innen (B.5, C.1-C.4).

Die Nutzerverwaltung findet sowohl in der Case Management-Anwendung (B.4) als auch in der eGA-Anwendung (B.2) statt und wird über wechselseitige Schnittstellen synchronisiert. Die Case Management-Anwendung und die Assistenz-Lösung verfügen über ein Frontend für die Case Manager\*innen (A.3), für die Evaluation (A.4) sowie das Informations-Portal (A.2). Die eGA-Anwendung verfügt ebenfalls über ein eigenes Patient\*innen-Portal (A.1).

Die Vision hinter dem digitalen Ökosystem ist, dass Leistungserbringer\*innen und ReKo-Case Manager\*innen versorgungsrelevante Daten zu Patient\*innen einfach und digital in der Anwendung hinterlegen können. Die erfassten medizinischen und individuellen Pflegedaten sind für Patient\*innen sowie pflegende An- und Zugehörige einsehbar. Auch hinterlegte Informationen der Leistungserbringer\*innen stehen dem Case Management digital und aktuell zur Einsicht oder auch weiteren Bearbeitung zur Verfügung. Das digitale Ökosystem bietet Patient\*innen, pflegenden An- und Zugehörigen, Case Manager\*innen und Leistungserbringer\*innen zusätzlich zum Datenaustausch der DV-Systeme die Möglichkeit, sowohl medizinische Daten als auch individuelle Pflegedaten digital zu erfassen und einzusehen. Die Gesamt-Architektur sieht vor, dass sämtliche Anbieter, nämlich Leistungs-Anbieter (C.1), Pflege-Anbieter (C.2), Assistenz-Anbieter (C.3) direkt über die Integrationsplattform (B.5) an das Gesamt-System angebunden werden. Die Informations-Anbieter (C.4) werden an die Integrationsplattform (B.5) angebunden. Patient\*innen (A.1 und A.2), pflegende Angehörige (A.1 und A.2) sowie die Case-Manager\*innen (A.3) und die Nutzer\*innen, die Evaluationsaufgaben haben (A.4), werden über die gemeinsame Access-Integrations-Ebene (B.1) angebunden. Sämtliche von Anbietern bereitgestellten Informationen stehen zur Verfügung und es können über denselben Kanal Informationen von Patient\*innen, Angehörigen und Case Manager\*innen für Anbieter bereitgestellt werden (B.1).

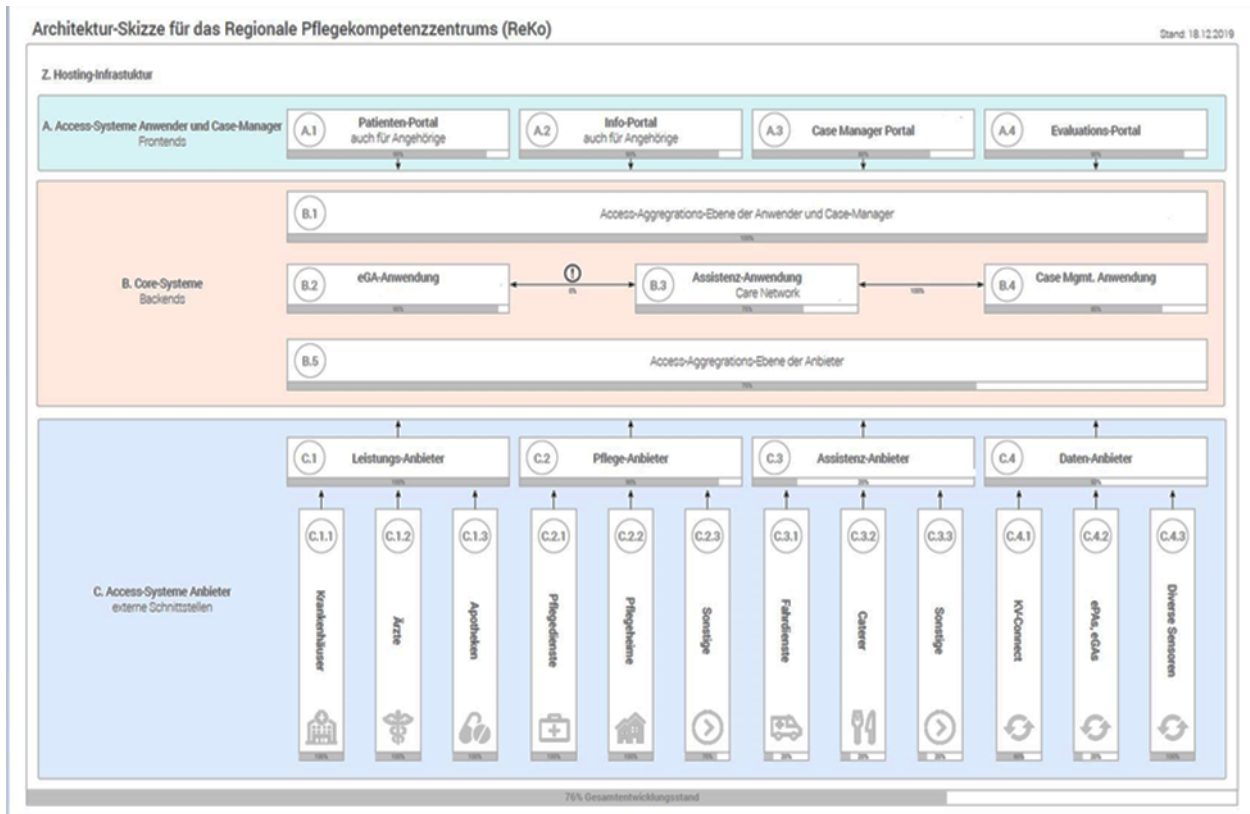


Abbildung 5: ReKo-spezifische IT-Architektur

Das Frontend für die Case-Manager\*innen (A.3) lässt sich Abbildung 6 entnehmen, die exemplarisch das Dashboard der CMSW *Quovero* darstellt. Neben dieser im Rahmen des Projekts gewählten Software Lösung *Quovero* sind potentiell noch alternative CMSW Lösungen erwerbbar (z. B. *smart-Q*). Das Dashboard zeigt die wichtigsten Funktionen der CMSW, wie die Case-Management-Fälle, Dokumentationen, Stammdaten, die Klientenakte und den integrierten Betreuungsplan ebenso wie eine Orientierung der sechs Case-Management-Phasen. Während des Verlaufs des Falles werden die Case-Manager\*innen bei der Entscheidungsfindung durch *Quovero* unterstützt, indem ihnen Vorschläge für die nächsten Schritte bei der Versorgung eines Klienten gemacht werden. Der Benutzer dokumentiert den Fallverlauf innerhalb von *Quovero*. Verschiedene Standards und Assessments sind in *Quovero* bereits integriert. So kann die CMSW genutzt werden, um geeignete Leistungserbringer der Versorgungspraxis für Versorgungsmaßnahmen zu finden (Linking) sowie anschließend den Fortschritt einzusehen und zu prüfen (Monitoring). Zudem kann erfasst werden, wie viel Arbeit in einen Fall gesteckt wurde und welche zeitlichen Ressourcen für die Beratung von Klient\*innen investiert werden mussten. Die virtuelle Klient\*innenakte in *Quovero* bietet eine gruppierte Darstellung aller Klient\*innendaten einschließlich einer Verlaufsdokumentation und Links zu beteiligten Leistungserbringern und Netzwerkpartnern. Im integrierten Betreuungsplan werden alle relevanten Informationen über die Klient\*innen angezeigt. Darüber hinaus werden die Ergebnisse des Assessments automatisch in den integrierten Serviceplan übernommen. So können die Case Manager\*innen potenzielle Probleme, Maßnahmen, Ziele und Zeitaufwände überwachen. Automatische Wiedervorlagen sind in der CMSW hinterlegt und unterstützen bei der Zielerreichung. Weitere Funktionen sind ein integrierter Chat, ein E-Mail-Client, ein Kalender und die Dokumentation der Kommunikation. Die Integration der Patientenakte und der TI sind aktuell in Arbeit, um die Vernetzung mit den relevanten Akteuren weiter voranzubringen. Zukünftig ist zudem eine optimierte Entscheidungsunterstützung durch künstliche Intelligenz geplant. Die (Weiter-)Entwicklung der CMSW folgt einem agilen und nutzerzentrierten Ansatz, der es ermöglicht, das Feedback der Case Manager\*innen in die Softwareentwicklung durch den Softwareanbieter einfließen zu lassen, um somit

die CMSW stetig zu verbessern und die Akzeptanz der Case-Manager\*innen zu erhöhen (Kus et al. 2021).

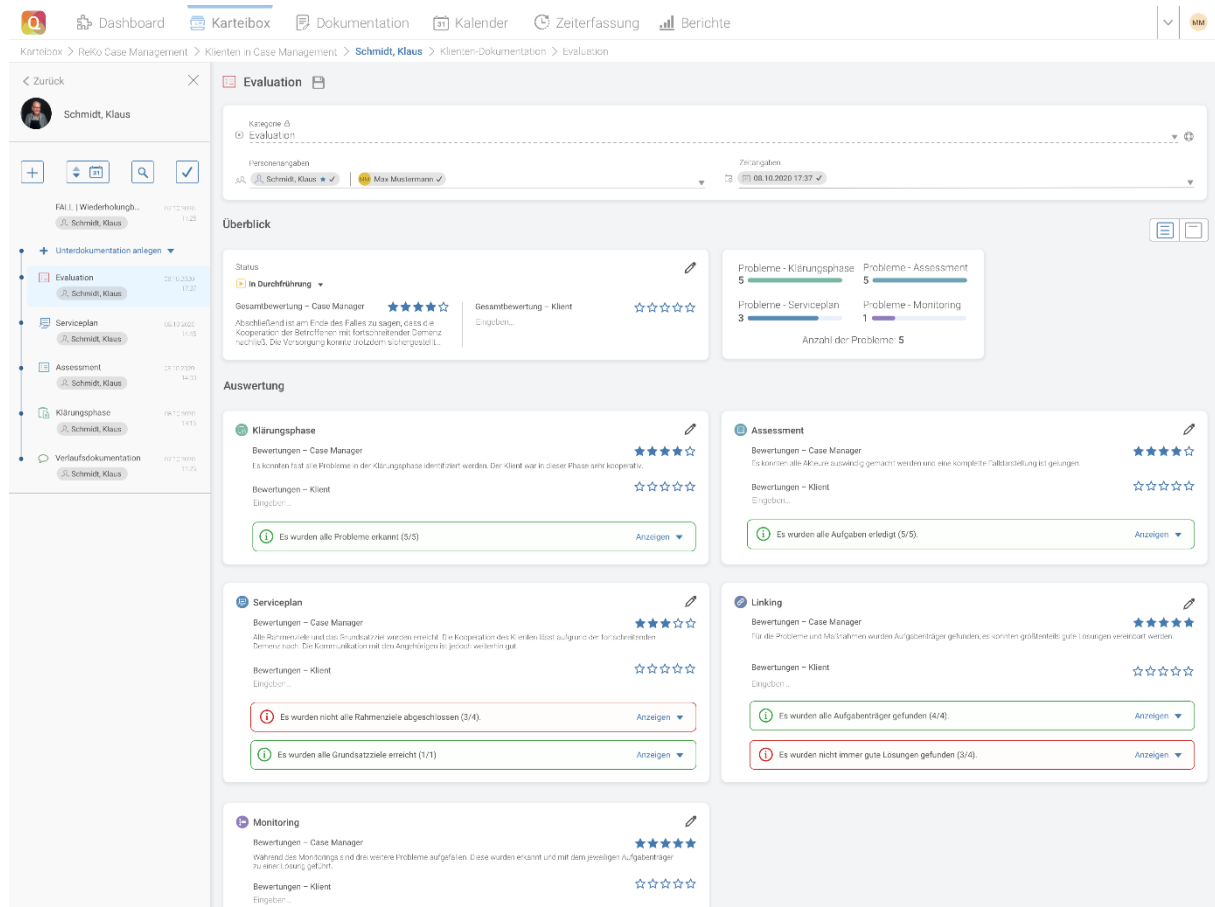


Abbildung 6: Dashboard der CMSW Quovero mit CM-spezifischen Phasen

Zur Informationssuche für (angehende) Pflegebedürftige und pflegende An- und Zugehörige ist als Teil des digitalen Ökosystems (A.2) auf der Homepage des ReKo-Projektes eine Suchfunktion für Hilfsangebote eingerichtet (<https://www.rekopflege.de/versorgungsangebot/suche-externe-hilfsangebote/>, vgl. Abbildung 7). Über die Seite können in der Interventionsregion u. a. Pflegedienste, stationäre Einrichtungen oder Ergotherapeut\*innen gesucht werden. Über die gesuchten Hilfsangebote kann eine maximale Entfernung um den Wohnort eingetragen werden, sodass gewährleistet ist, dass die Anbieter regional vertreten sind. Die gefundenen Hilfsangebote werden anschließend auf der Landkarte angezeigt und zusätzlich in einer Liste detailliert aufgeführt.



**Suchen Sie weitere Hilfsangebote in Ihrer Nähe?**  
 Ambulante Pflegedienste, stationäre Einrichtungen oder Ergotherapeut\*innen: Mit der ReKo Suche finden Sie das passende Hilfsangebot in Ihrer Region.

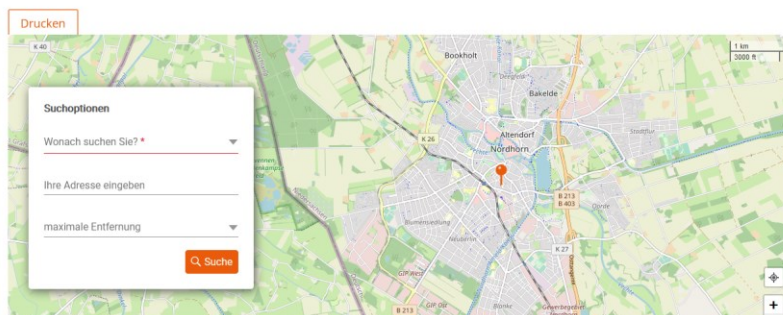


Abbildung 7: Suche nach Hilfsangeboten über die ReKo-Homepage

### 3.2 Telematikinfrastruktur (TI)

Für eine aktuelle Darstellung der Systemarchitektur im deutschen Gesundheitswesen spielt die TI eine zentrale Rolle, auch wenn die digitalen Komponenten sukzessive entwickelt werden und einige Bestandteile im Jahr 2022 noch nicht genutzt werden (vgl. Abb. 8, Abb. 9). Die TI soll dabei die Beteiligten im Gesundheitswesen wie Ärzt\*innen, Zahnärzt\*innen, Psychotherapeut\*innen, Krankenhäuser, Apotheken, Pflegeeinrichtungen, Physiotherapeut\*innen, Hebammen und Krankenkassen sicher miteinander vernetzen. Medizinische Informationen der Patient\*innen, die für die Behandlung benötigt werden, sollen so schnell und einfach verfügbar sein. Zu diesen medizinischen Informationen zählen dabei neben dem Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) das Notfalldatenmanagement (NFDM) und der elektronische Medikationsplan (eMP), welche bereits umgesetzt werden konnten. Das Versenden soll dabei mit einer Anwendung für sichere Kommunikation im Medizinwesen (KIM) ermöglicht werden, welche alle an die TI angeschlossenen Einrichtungen (Apotheken, Praxen etc.) nutzen können. Weitere gerade angelaufene Komponenten sind die elektronische Patientenakte (ePA) sowie die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU). Außerdem ist im Rahmen des TI-Ausbaus das e-Rezept geplant. Der Zugang zur TI erfolgt dabei über einen in jeder teilnehmenden Einrichtung notwendigen Konnektor sowie das E-Health Kartenterminal.

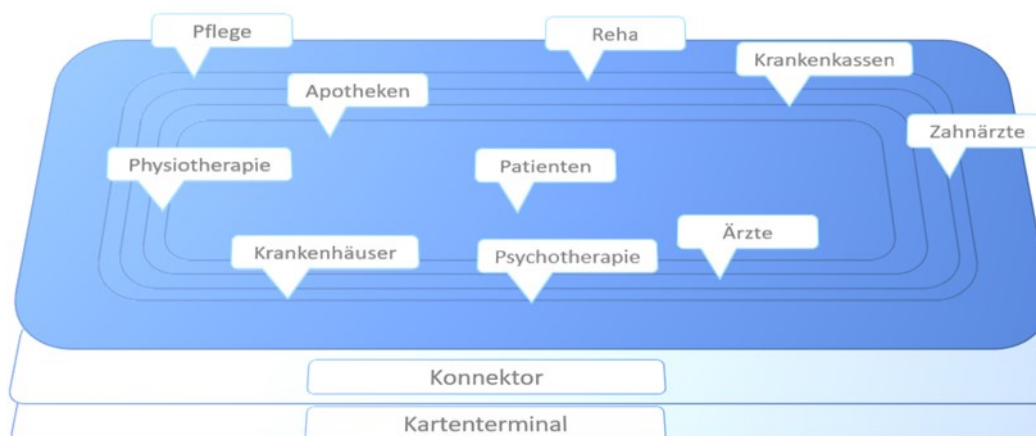


Abbildung 8: High Level Architektur der TI mit zu vernetzenden Leistungserbringern sowie zentralen Komponenten, eigene Darstellung



Quelle: IGES auf Basis SGBV und gematik

Anmerkung: Mit einem \* versehene Anwendungen sind gesetzlich verpflichtend.

Abbildung 9: Zeitplan der TI-Implementierung (an der Heiden et al. (2022))

Bisher wurde im Rahmen des ReKo-Projektes die Hardware für die Anbindung an die TI implementiert. In Quovero können ab Ende Juni 2022 die KIM-Adressen für Akteure hinterlegt und direkt aufgerufen werden, sodass aus Quovero heraus über einen Client KIM-Nachrichten versendet werden können. Die KIM-Adressen für die Akteure sind zentral hinterlegt und können von allen Case Manager\*innen aufgerufen werden. Durch die direkte Einbindung ist ein schneller und einfacher Versand der KIM-Nachrichten bereits in diesem Implementierungsschritt möglich. Erste KIM-Nachrichten wurden bereits zwischen einem Hausarzt, der wirfuerDich Apotheke (Abed Daka) sowie der ReKo-Case Management-Organisation im Rahmen des 7. Treffens der Projektgruppe IT am 5. Mai 2022 ausgetauscht. Zukünftig soll das Versenden und Empfangen von KIM-Nachrichten direkt in Quovero integriert werden. Dies ermöglicht eine direkte Zuordnung der KIM-Nachrichten zu den Klient\*innen und deren Fällen.

# 4 Forschungsfragen der Evaluation

Im Mittelpunkt der ReKo-Evaluationsstudien stehen Fragen nach den Effekten und Wirksamkeiten der im Projektverlauf vorgenommenen Interventionen. Diese konzentrieren sich insbesondere auf die Etablierung einer *pflegeorientierten* Case Management-Organisation sowie einer unterstützenden digitalen Infrastruktur. Das integrative ReKo-Konzept adressiert verschiedene Ebenen von Zielgruppen und Systemen und ist somit den komplexen Interventionen zuzuordnen (Kuhn et al. 2012; Craig et al. 2013, 2008). Aus diesem Grund wurde die Evaluation so angelegt, dass die Erfassung von Effekten und Veränderungen sowohl auf der Mikroebene der konkreten Versorgungspraxis als auch auf der Mesoebene bei den beteiligten Organisationen erfolgt. Außerdem sollen strukturelevante Veränderungen auf der Makroebene abgebildet werden. Die summativen und formativen Evaluationen wurden im quasi-experimentellen Design (Zwei Gruppen, Prä-Post-Design) angelegt. Die Interventionsgruppe wird in der Modellregion rekrutiert, die Kontrollgruppe aus Regionen, die in Bezug auf Ländlichkeit und Sozioökonomie mit dieser vergleichbar sind. Die Darstellung der Wirksamkeit des Case Managements auf die Versorgungsqualität von definierten Zielgruppen (vgl. *Tabelle 2*) erfolgt mittels Erfassung objektiv messbarer Auswirkungen der Hilfe (Effekte), subjektiven Wahrnehmungen der Leistungsempfänger (Impact) sowie mittelbaren Wirkungen auf die Gesellschaft und Umwelt (Outcome) (Löcherbach et al. 2015).

Auf der Ebene der Effekte werden *primäre* und *sekundäre* Endpunkte untersucht. Die *primären* Endpunkte fokussieren die Zielgruppen 1 und 2 der Interventions- als auch der Kontrollgruppe in Bezug auf Hospitalisierungsraten sowie Veränderungen der Pflegebedürftigkeit. Die *sekundären* Endpunkte nehmen alle Zielgruppen mit unterschiedlichen Schwerpunkten in den Blick: Lebenszufriedenheit und Lebensqualität, Arztkontakte, Entwicklung der Medikamentenverschreibung, Art und Dauer von Pflegeleistungen, Entwicklung der Pflegebedürftigkeit, externe Unterstützung in der Alltagsgestaltung und Haushaltsführung, Belastungserleben von pflegenden Angehörigen und professionellen Helfer\*innen, Infrastrukturanalyse, Zusammenarbeit im Versorgungsmix, Sozioökonomische Ressourcen in Privathaushalten sowie Bewertung der IT-Infrastruktur.

Zusätzlich werden in den beiden Modellregionen mittels qualitativer Erhebungen und Ableitungen aus der digitalen Infrastruktur Auswirkungen der ReKo-Interventionen unter folgenden Aspekten von Impact und Outcome erhoben:

- Zufriedenheit, Erfahrungen (Leistungsempfänger\*innen, pflegende Angehörige, informelle Helfer\*innen, professionelle Versorgungspraxis)
- Subjektiv erlebte Versorgungsqualität, Servicequalität (Leistungsempfänger\*innen, pflegende Angehörige, informelle Helfer\*innen)
- Professionelle Versorgungspraxis: Innovationen in der Versorgung, Erfahrungen und Herausforderungen der Refinanzierung, rechtliche Herausforderungen, Hybriditäts-Management (professionelle Versorgungspraxis, Management/Leitungen)
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit (professionelle Versorgungspraxis)
- Weiterentwicklung von Versorgungs-Mix-Strukturen/Prozessinnovation (trägerübergreifende Zusammenarbeit, Aufgabenverteilung, Verantwortlichkeiten, Delegation, Konkurrenz, Bedarfe, Entwicklungen, Erfahrungen, Herausforderungen etc.) (Case Management, Management/Leitungen)

- Regionale Koordinierungs-, Abstimmungs- und Planungsstrukturen und -verfahren: Bedarfe, Entwicklungen, Erfahrungen, Herausforderungen (Netzwerkakteure aus der Region, wie Vertreter aus Kommunen, Vereinen etc.)

### Methodik

Die Intervention des ReKo-Case Managements ist so angelegt, dass Proband\*innen der Zielgruppen 1 bis 3 für 18 Monate in das Projekt eingeschrieben und in diesem Zeitraum ein Jahr lang von eine\*r Case Manager\*in betreut werden. Um Langzeiteffekte der Begleitung durch das Case Management und der Nutzung des digitalen Ökosystems abbilden zu können, werden an drei Zeitpunkten Daten erhoben: bei Einschreibung in das Projekt (t0), zum Ende der Intervention nach 12 Monaten (t1) und 6 Monate nach Ende der Intervention (t2). Die Rekrutierung der Probanden findet von August 2020 bis Juli 2022 statt, danach ist eine Teilnahme nicht mehr möglich. Um belastbare Aussagen zu den *primären* Endpunkten treffen zu können, wurde die notwendige Probandenzahl per Poweranalyse berechnet (Bortz und Schuster 2010; Van den Noortgate et al. 2013; Krummenauer et al. 2015). Unter Berücksichtigung einer Dropoutrate von 25 % werden sowohl für Interventions- als auch Kontrollgruppe folgende Fallzahlen benötigt: Zielgruppen 1 und 2 (zusammengefasst) n=827 und Zielgruppe 3 n=400.

Die Datenerhebungen anderen Zielgruppen, wie professionelle Dienstleister oder informelle Helfer\*innen, finden in der Anfangsphase (t0) und zum Ende (t1) der ReKo-Interventionen statt. Eine Übersicht der angewandten Methoden und eingesetzten Instrumente für die jeweilige Zielgruppe bietet die folgende *Tabelle 6*.

<p><b>Zielgruppe 1:</b> Menschen mit somatischen und/oder kognitiven Beeinträchtigungen, die noch keine Einstufung nach Pflegegraden (gemäß SGB XI) haben aber in medizinisch-pflegerischer Versorgung sind (Zugang über Hausärzte, Krankenkassen, Case-Management, Pflegestützpunkt, Pflegedienste, stationäre Einrichtungen), wohnhaft in der Modellregion (erster Wohnsitz)</p>
<p><b>Zielgruppe 2:</b> Menschen mit sozialrechtlich anerkanntem Pflegebedarf (Pflegegrad nach SGB XI), wohnhaft in der Modellregion (erster Wohnsitz)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Standardisierte Fragebogenerhebung:</b> Allgemeine Lebenszufriedenheit (FLZ), gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF 12/SF 36) (t0, t1, t2); Art und Dauer von privat finanzierten Pflegeleistungen (t0, t1); Kriterien zur Bewertung der IT-Infrastruktur nach DIN ISO/IEC 25000: Funktionalität, Angemessenheit, Interoperabilität, Sicherheit, Zuverlässigkeit, Benutzbarkeit, Effizienz, Skala Technik-Bereitschaft (t0, t1, teilweise t2).</li> <li>• <b>Analyse von Krankenkassen-Routinedaten:</b> bspw.: Anzahl der Arztkontakte, Entwicklung der Medikamentenverschreibung, Anzahl der Krankenhausaufenthalte und -tage (Rehospitalisierungsrate) (t0, t1), Art und Dauer von Pflegeleistungen nach SGB V/SGB XI (t0), Erfahrungen und Herausforderungen der Refinanzierung, rechtliche Herausforderungen, Hybriditäts-Management (Gesundheitsökonomische Effekte, Innovationsbereitschaft und -kultur) (t0, t1).</li> <li>• <b>Fachliche Assessments:</b> Entwicklung von Pflegebedürftigkeit mit dem RAI-Assessment (t0, t1, t2); Externe Unterstützung in der Alltagsgestaltung und Haushaltsführung mit dem Barthel-Index (t0, t1).</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Einzelinterviews:</b> Identifikation von Nutzertypen/Nutzung der IT-Plattform; Zufriedenheit, Erfahrungen, subjektiv erlebte Versorgungsqualität und Servicequalität in Bezug auf die Case Management Intervention (t0, t1).</li> </ul>
<p><b>Zielgruppe 3:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angehörige der ReKo- Proband*innen aus Gruppe 1 und 2</li> <li>• Pflegende Angehörige der ReKo-Proband*innen aus Gruppe 1 und 2.</li> <li>• (Pflegende) Angehörige, wohnhaft in der Modellregion (erster Wohnsitz), die Hilfeempfänger im Sinne der Gruppe 1 und 2 haben, die aber keine ReKo-Leistungen in Anspruch nehmen, werden als eigene Fälle in das Case Management aufgenommen und ausgewertet</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Standardisierte Fragebogenerhebung:</b> Allgemeine Lebenszufriedenheit (FLZ), gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF 12/SF 36) (t0, t1, t2); Belastung von pflegenden Angehörigen (Burden Scale for Family Caregivers) (t0, t1, t2), Kriterien zur Bewertung der IT-Infrastruktur nach DIN ISO/IEC 25000: Funktionalität, Angemessenheit, Interoperabilität, Sicherheit, Zuverlässigkeit, Benutzbarkeit, Effizienz, Skala Technik-Bereitschaft (t0, t1, teilweise t3).</li> <li>• <b>Einzelinterviews:</b> Identifikation von Nutzertypen/Nutzung der IT-Plattform; Zufriedenheit, Erfahrungen, subjektiv erlebte Versorgungsqualität und Servicequalität in Bezug auf die Case Management Intervention (t0, t1).</li> <li>• <b>Fokusgruppen/Gruppeninterviews:</b> Zufriedenheit, Erfahrungen, subjektiv erlebte Versorgungs- und Servicequalität in Bezug auf die Case Management Intervention (t0, t1).</li> </ul>
<p><b>Zielgruppe 4:</b> Professionelle Dienstleister im Umfeld der ReKo-Angebote (z. B. beruflich Pflegende, Hausarzt*innen etc.)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Standardisierte Fragebogenerhebung:</b> Belastungserleben von professionellen Helfer*innen (Arbeitsbelastung in der Krankenpflege, Bartholomeyczik, 2014) (t0, t1, t2); Allgemeine Lebenszufriedenheit (FLZ), gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF 12/SF 36) (t0, t1, t2); Kriterien zur Bewertung der IT-Infrastruktur nach DIN ISO/IEC 25000: Funktionalität, Angemessenheit, Interoperabilität, Sicherheit, Zuverlässigkeit, Benutzbarkeit, Effizienz, Skala Technik-Bereitschaft (t0, t1, teilweise t2).</li> <li>• <b>Expert*inneninterviews:</b> Zusammenarbeit im Versorgungsmix; Weiterentwicklung von Versorgungs-Mix-Strukturen/Prozessinnovation (t0, t1); Innovationen in der Versorgung; Zufriedenheit, Erfahrungen, subjektiv erlebte Versorgungsqualität und Servicequalität in Bezug auf die Case Management Intervention, interdisziplinäre Zusammenarbeit (t0, t1); Identifikation von Nutzertypen/Nutzung der IT-Plattform (t0, t1).  <i>Zusätzlich nur mit Management/Leitungen:</i> Innovationen in der Versorgung, Erfahrungen und Herausforderungen der Refinanzierung, rechtliche Herausforderungen, Hybriditäts-Management (t0, t1).</li> <li>• <b>Fokusgruppen/Gruppeninterviews:</b> Zusammenarbeit im Versorgungsmix; Weiterentwicklung von Versorgungs-Mix-Strukturen/Prozessinnovation; Innovationen in der Versorgung; Zufriedenheit; Erfahrungen; interdisziplinäre Zusammenarbeit; Zufriedenheit, Erfahrungen, subjektiv erlebte Versorgungsqualität und Servicequalität in Bezug auf die Case Management Intervention (t0, t1).</li> <li>• <b>Teilnehmende Beobachtungen (Shadowing):</b> Auswirkungen der Intervention mit Blick auf Aspekte von Interaktion und Erleben der Akteure (t0, t1).</li> </ul>
<p><b>Zielgruppe 5:</b> Informelle Helfer*innen im Umfeld der ReKo-Angebote (z. B. Ehrenamtliche, Selbsthilfegruppen etc.)</p>
<p><b>Zielgruppe 6:</b> Vertreter*innen von Krankenkassen</p>

**Zielgruppe 7:** Akteure im Umfeld der regionalen Vernetzung (Kommunen, Vereine, Kultur etc.)

- **Einzelinterviews:** Innovationen in der Versorgung, Erfahrungen und Herausforderungen der Refinanzierung, rechtliche Herausforderungen, Hybriditäts-Management (Gesundheitsökonomische Effekte, Innovationsbereitschaft und -kultur) (t0, t1).

*Zusätzlich nur Zielgruppe 5:* Zusammenarbeit im Versorgungsmix; Weiterentwicklung von Versorgungs-Mix-Strukturen/Prozessinnovation; Innovationen in der Versorgung; Zufriedenheit, Erfahrungen, subjektiv erlebte Versorgungsqualität und Servicequalität in Bezug auf die Case Management-Intervention; interdisziplinäre Zusammenarbeit (t0, t1); Identifikation von Nutzertypen/Nutzung der IT-Plattform (t0, t1).

*Zusätzlich nur Zielgruppe 7:* regionale Koordinierungs-, Abstimmungs- und Planungsstrukturen: Bedarfe, Entwicklungen, Erfahrungen, Herausforderungen (t0, t1)

**Infrastruktur-Daten:** Community Health Assessment, anonyme Zahlen, Daten, Fakten zur regionalen Infrastruktur (sozialer Sektor) (t0, t1).

*Tabelle 6: Übersicht der Zielgruppen und Erhebungsmethodik/Instrumente*

*Aktueller Forschungsstand und weiteres Vorgehen*

Entsprechend der zeitlichen Vorgaben des Evaluationskonzeptes liegen zum derzeitigen Zeitpunkt die Berichte der Versorgungs- und digitalen Infrastrukturanalyse zum Zeitpunkt t0 für Interventions- und Kontrollgruppe vor.

Derzeit werden die an t0 erhobenen qualitativen Daten (68 Einzelinterviews, 2 Fokusgruppen, 8 Beobachtungen) analysiert. Die Berichtslegung erfolgt im 2. Quartal 2022.

Seit August 2020 bis Juli 2022 werden kontinuierlich die standardisierten Fragebogen und fachliche Assessments des Erhebungszeitraum t0 erhoben. Parallel dazu hat im August 2021 die Erhebung der t1-Daten bei den Probanden begonnen, die nach einem Jahr Case Management-Begleitung entpflichtet wurden bzw. in der Kontrollgruppe seit einem Jahr in die Studie eingeschrieben sind. Ab März 2022 startet darüber hinaus die t2-Erhebung.

Die Analyse der standardisierten Fragebogen, der fachlichen Assessments sowie der Routinedaten der Krankenkassen beginnt im 3. Quartal 2022, nachdem die Rekrutierung der Probanden abgeschlossen ist und die Datensätze für t0 vollständig vorliegen.

Für das dritte Quartal 2022 ist der Beginn der qualitativen Erhebungen für den Zeitpunkt t1 geplant. Ende 2022/Anfang 2023 wird mit der Datenerhebung zur Infrastrukturanalyse für den Zeitpunkt t1 begonnen.

# 5 Finanzierungbedarf und -optionen

Die Kosten für ein Case Management und eine Case Management-Organisation können auf Grund des aktuellen Projektstatus mit entsprechenden Besonderheiten wie Tätigkeiten für die Studienteilnahme, Aufklärung und Projektarbeiten im Konsortium modellhaft antizipiert werden. Entsprechend der Projekterfahrungen fallen die in Abb. 3 genannten regelmäßigen Kosten für ein ReKo-Case Management (inkl. Case Management-Organisation) an.

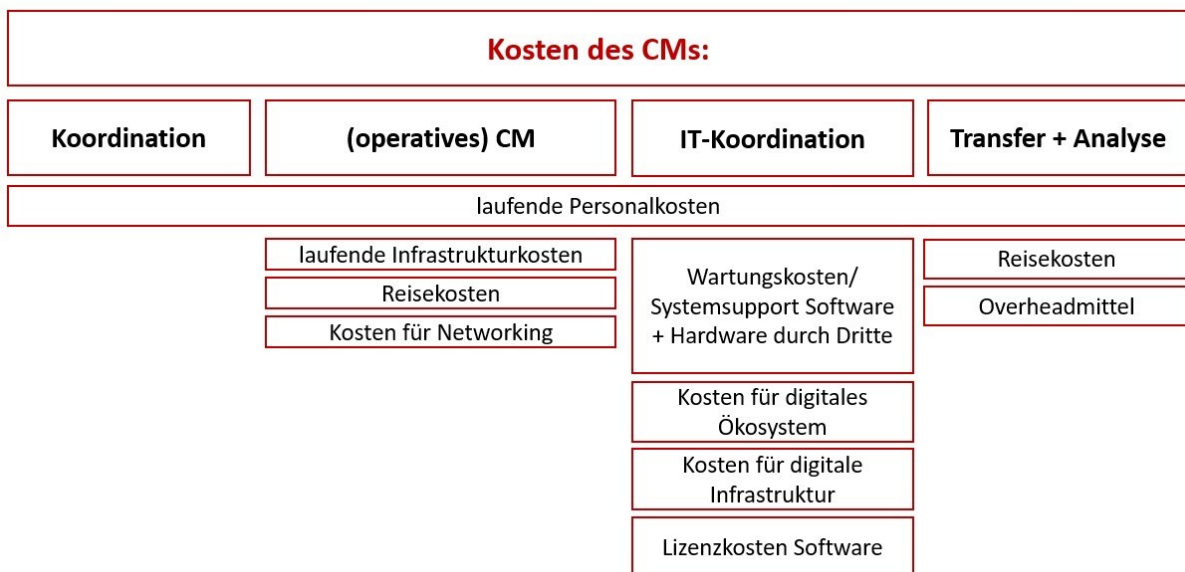


Abbildung 10: Kosten des Case Managements

Diese Finanzierungsfragen stehen immer in enger Verbindung zur Frage der Ansiedlung des Case Managements. Grundsätzlich kommen unterschiedliche Ansiedlungsoptionen in Betracht (Monzer (2018), vgl. Abschnitt 2.2).

Für die Reko Region Grafschaft Bentheim und Emsland bietet sich eine Überführung in weiterentwickelte Regelstrukturen eines kommunal verankerten Care und Case Managements in enger Kooperation mit den Kranken- und Pflegekassen, kreisangehörigen Gemeinden und Krankenhäusern an. Die aktuellen Zwischenergebnisse des ReKo-Projekts weisen für andere potentielle Standorte darauf hin, dass die Entscheidung für eine bestimmte Ansiedlung des Case Managements sowohl unter Finanzierungs- als auch Organisationsaspekten stark von landesrechtlichen und regionalen Gegebenheiten abhängig ist. Mögliche leistungsrechtliche Ansatzpunkte wären die §§ 7a, 7c SGB XI, 11, 39e SGB V, 71 SGB XII und landespflegegesetzliche Regelungen, bspw. §§ 1-6 NPflegeG.

# 6 Ausblick

In dieser Projektbeschreibung wurde das GBA-Innovationsprojekt ReKo vorgestellt. Das Modellprojekt bezieht sich explizit auf die Erprobung und Evaluation eines pflegebezogenen Case Managements, einer regional-orientierten Case Management Organisation und eines digitalen Ökosystems.

Die Tragfähigkeit dieses Ansatzes wird sich über die Evaluationsergebnisse erweisen müssen, die abschließend Anfang 2024 vorliegen werden. Erst vor diesem Hintergrund werden ggf. Fragen der konzeptionellen und qualifikatorischen Modifikation und/oder Erweiterung des ReKo-Ansatzes substantiell diskutiert werden können.

# 7 Literaturverzeichnis

**Altgeld, Thomas (2019).** Die Wiederentdeckung der Kommune. In: Impulse für Gesundheitsförderung, (103), S. 2 – 3.

**An der Heiden, I., Bernhard, J., Otten, M. (2022).** Wissenschaftliche Evaluation des Produktivbetriebs der Anwendungen der Telematikinfrastruktur - Studienbericht. IGES Institut.

**Bartholomeyczik, Sabine (2014).** Altern und Pflege. In: Becker, Stefanie, Brandenburg, Hermann. Lehrbuch Gerontologie. Huber Verlag: Bern.

**Behrens, Johann; Langer, Gero (2016).** Evidence-based nursing and caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung - vertrauensbildende Entzauberung der "Wissenschaft". Unter Mitarbeit von Gabriele Bartoszek, Doris Eberhardt, Astrid Fink, Sylvia Kaap-Fröhlich, Sascha Köpke, Bernhard Krautz et al. 4., überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern: Hogrefe (Programmbereich Pflege).

**Blettner, M., Dierks, M. L., Donner-Banzhoff, N., Hertrampf, K., Klusen, N., Köpke, S., ... & Sundmacher, L. (2018).** Überlegungen des Expertenbeirats zu Anträgen im Rahmen des Innovationsfonds. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 130, 42-48.

**BMFSFJ (2016).** Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune - Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. Berlin: Deutscher Bundestag.

**Böhle, Fritz; Stöger, Ursula; Wehrich, Magrit (2015).** Wie lässt sich Interaktionsarbeit menschengerecht gestalten? Zur Notwendigkeit einer Neubestimmung. In: Arbeits- und Industriesoziologische Studien 8 (8), S. 37–54.  
[https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/64813/ssoar-ais-2015-1-bohle\\_et\\_al-Wie\\_lasst\\_sich\\_Interaktionsarbeit\\_menschengerecht.pdf?sequence=3&isAllowed=y&lnkname=ssoar-ais-2015-1-bohle\\_et\\_al-Wie\\_lasst\\_sich\\_Interaktionsarbeit\\_menschengerecht.pdf](https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/64813/ssoar-ais-2015-1-bohle_et_al-Wie_lasst_sich_Interaktionsarbeit_menschengerecht.pdf?sequence=3&isAllowed=y&lnkname=ssoar-ais-2015-1-bohle_et_al-Wie_lasst_sich_Interaktionsarbeit_menschengerecht.pdf), letzter Aufruf 30.03.2022.



**Bortz, Jürgen; Schuster, Christof (2010):** Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler, 7. Auflage. Springer Verlag: Berlin.

**Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (2012).** Internetseite der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management. URL: <https://www.dgcc.de/case-management/>, letzter Aufruf 26.01.2022.

**Gesetzliche Pflegeversicherung Niedersachsen (2022).** Ergebnisse der Pflegestatistik 2019 <https://www.statistik.niedersachsen.de/pflegestatistik/pflege-in-niedersachsen-statistische-berichte-172150.html>, letzter Aufruf 11.05.2022.

**Klie, Thomas (2020):** Kommunale Sorge. In: Impulse für Gesundheitsförderung, (108), S. 3 - 4.

**Klie, Thomas (2018):** Pflegereport 2018. Pflege vor Ort – gelingendes Leben mit Pflegebedürftigkeit. Medhochzwei Verlag: Heidelberg.

**Klie, Thomas; Monzer, Michael (2018):** Regionale Pflegekompetenzzentren. Innovationsstrategie für die Langzeitpflege vor Ort. Medhochzwei Verlag: Heidelberg.

**Klie, Thomas; Monzer, Michael (2008).** Case Management in der Pflege. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 41(2), 92-105.

**Kus, Kevin; Arlinghaus, Tim; Kajüter, Patricia; Teuteberg, Frank (2021):** Success Factors of Case Management Software Supporting Healthcare Patient Services – A User-Driven Perspective. Proceedings of the 27th Americas Conference on Information Systems (AMCIS), 2021.

**Krummenauer, Frank; Bayh, Inga; Knippschild, Stephanie; Baulig, Christine (2015):** „Quality by Design“ – Evidenzgrade vergleichender Studiendesigns der implantologischen Forschung. Zeitschrift für Zahnärztliche Implantologie 31(4), S. 302 - 310. [https://www.online-zzi.de/fileadmin/user\\_upload/Heftarchiv/ZZI/article/2015/04/576AD681-8C12-48F1-9D72-C40C830DCCEF/576AD6818C1248F19D72C40C830DCCEF\\_biometriesplitter\\_4\\_2015\\_krummenauer\\_1\\_original.pdf](https://www.online-zzi.de/fileadmin/user_upload/Heftarchiv/ZZI/article/2015/04/576AD681-8C12-48F1-9D72-C40C830DCCEF/576AD6818C1248F19D72C40C830DCCEF_biometriesplitter_4_2015_krummenauer_1_original.pdf), letzter Aufruf 29.04.2022.

**Hülksen-Giesler, Manfred (2014).** Professionalisierung in der Pflege: Möglichkeiten und Grenzen. In: Becker, Stefanie, Brandenburg, Hermann. Lehrbuch Gerontologie. Huber Verlag: Bern.

**Hülksen-Giesler, Manfred; Daxberger, Sabine (2018).** Robotik in der Pflege aus pflegewissenschaftlicher Perspektive In: Bendel, Oliver. Pflegeroboter. Springer Gabler: Wiesbaden

**Monzer, Michael (2017).** Case Management Organisation. Medhochzwei Verlag: Heidelberg.

**Monzer, Michael (2018).** Case Management Grundlagen, Case Management in der Praxis. 2. Aufl. Medhochzwei Verlag: Heidelberg.

**Preuss, Maren; Wolff, Birgit (2019).** Kommunen in der pflegerischen Versorgungsverantwortung stärken. Die Wiederentdeckung der Kommune. In: Impulse für Gesundheitsförderung, (103), S.19 – 20.

**Remmers, Hartmut (2010).** Transformation pflegerischen Handelns. Entwurf einer theoretischen Erklärungsskizze. In: Kreuzer, Susanne. Transformationen pflegerischen Handelns. Pflegewissenschaft und Pflegebildung. Band 5. Hrsg. Remmers. Universitätsverlag Osnabrück: Osnabrück.

**Schulz-Nieswandt, Frank (2013):** Transsektorale Integrationsversorgung als Problem des Gestaltwandels der Kultur professioneller Handlungsskripte: Eine Mehrebenen-Analyse, in: Haller, M.; Meyer-Wolters, H.; Schulz-Nieswandt, F. (ed.), Alterswelt und institutionelle Strukturen: Kölner Beiträge zur Altersforschung. K&N, Würzburg, S. 153 -168.

**Schulz-Nieswandt, Frank (2021).** Kommunale Pflegepolitik als sozialraumorientierte Daseinsvorsorge: Konturen einer Vision. In: Jacobs, Klaus, Kuhlmeier, Adelheid, Greß, Stefan, Klauber, Jürgen, Schwinger, Antje. Pflege-Report 2021. Springer: Berlin, Heidelberg.

**Statistisches Bundesamt (2020):** Pflegestatistik 2019. Pflege, Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade, Wiesbaden.

**Statistisches Bundesamt (2022):** Pressemitteilung Nr. 194 vom 16. April 2021  
[https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/04/PD21\\_194\\_231.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/04/PD21_194_231.html), letzter Aufruf 11.05.2022.

**SVR (2014):** Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Gutachten (Kurzfassung): Bonn/Berlin.

**Van den Noortgate, Wim; López-López, José Antonio; Marín-Martínez, Fulgenico; Sánchez-Meca, Julio (2013):** Three-level meta-analysis of dependent effect sizes. Behavior Research Methods 45(2), 576–594.