

Evaluationsbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	DAK-Gesundheit
Förderkennzeichen:	01NVF18015
Akronym:	ReKo
Projekttitel:	Regionales Pflegekompetenzzentrum – Innovationsstrategie für die Langzeitversorgung vor Ort
Autorinnen und Autoren:	Manfred Hülsken-Giesler, Frank Teuteberg, Tim Arlinghaus, Philipp Bläser, Janet Cordes, Jonas Hammer, Isabel Jalaß, Patricia Kajüter Rodrigues, Kevin Kus, Nicole Ruppert, Lena-Marie Wirth
Förderzeitraum:	1. Oktober 2019 – 31. März 2024
Ansprechperson:	Manfred Hülsken-Giesler manfred.huelsken-giesler@uni-osnabrueck.de Frank Teuteberg frank.teuteberg@uni-osnabrueck.de

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt ReKo wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01NVF18015 gefördert.

Zusammenfassung

Hintergrund: Mit dem ReKo-Ansatz sollen Pflege- und Sorgenetzwerke im ländlichen Raum gestärkt werden, um das etablierte Versorgungssystem zu entlasten, beeinträchtigten Menschen den Verbleib in der Häuslichkeit zu ermöglichen und regionale Pflegeinfrastrukturentwicklung zu unterstützen. Dazu wurde eine pflegebezogene Case Management-Organisation dezentral an regional etablierten Anlaufstellen der Pflegeinfrastruktur installiert. Die ReKo-Interventionen richteten sich an Pflegebedürftige sowie (pflegende) An- und Zugehörige und wurden durch ein digitales Ökosystem unterstützt.

Methodik: Die ReKo-Evaluationen basieren auf einem Prä-Post-Kontrollgruppen-Design und wurden im Mixed-Method-Ansatz multiperspektivisch durchgeführt.

Ergebnisse: Eine Reduktion von stationären Aufenthalten (primärer Endpunkt Hospitalisierungsrate) war nicht messbar, es zeigt sich jedoch eine Verringerung des objektiven Institutionalisierungsrisikos. Zum primären Endpunkt ›Veränderung Pflegebedürftigkeit‹ sind Verringerungen des Pflegegrades (SGB XI) nicht erkennbar, es zeigen sich aber signifikante Verbesserungen bei objektiven Assessments (Barthel Index, interRAI Home Care). Bei den sekundären Endpunkten zeigen die Ergebnisse signifikante Verbesserungen der psychischen Gesundheit und Lebensqualität, eine Verbesserung der subjektiv erlebten Versorgungssicherheit und -qualität, der Zufriedenheit mit der Gesundheit, Entlastungen bei Angehörigen/professionellen Akteuren, sowie eine Stabilisierung der Sorgenetzwerke. Eine hohe Zufriedenheit mit dem ReKo-CM wurde festgestellt. Die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen stieg entsprechend der objektiven Bedarfslagen an. Damit verbunden war ein Anstieg der Einstufung in Pflegegrade sowie der Arztkontakte. Das ReKo-CM stellt aus Sicht des Versorgungssystems eine relevante Ergänzung des Regelangebotes dar, mit dem Versorgungslücken kompensiert werden. Das digitale Ökosystem wurde an die Telematikinfrastruktur (TI) angebunden. Positive Kosten-Nutzen-Effekte zeigten sich insbesondere in Bezug auf eine Verbesserung der psychischen und körperlichen Gesundheit. Über die Etablierung einer ReKo-CM-Organisation können relevante regionale Strukturdaten systematisch erhoben und aufbereitet werden (Monitoring), die bei geeigneten Rahmungen Impulse für die Pflegeinfrastrukturentwicklung liefern.

Diskussion: Das ReKo-CM stabilisiert Sorgenetzwerke und verbessert den Zugang zur Versorgung, insbesondere für komplexe Einzelfälle. Die Inanspruchnahme der Leistungsangebote wird erhöht, die gesundheitliche Situation der Proband*innen aber stabilisiert und das Institutionalisierungsrisiko gesenkt. Angesichts progredienter Pflege- und Krankheitsverläufe sind Stabilisierungen als präventive Faktoren zu deuten, die langfristig einen verlängerten Verbleib in der Häuslichkeit und damit auch ein verbessertes Kosten-Nutzen-Verhältnis des ReKo-CM in Aussicht stellen. Die durch das ReKo-CM gestiegenen Kosten für das Gesundheits- und Pflegesystem werden somit als Präventionskosten gewertet, die hohe Kosten in der Versorgung komplexer Fälle mittelfristig senken können.

Schlagworte: Case Management, pflegebezogenes Case Management, Versorgungsinfrastruktur, Versorgungsforschung, lernendes System, digitales Ökosystem

Inhaltsverzeichnis

I	Abkürzungsverzeichnis	6
II	Abbildungsverzeichnis	7
III	Tabellenverzeichnis	12
1	Ziele der Evaluation	19
2	Darstellung des Evaluationsdesigns	23
2.1	Interventionsbeschreibung: ReKo-CM.....	23
2.2	Evaluation einer komplexen Versorgungsform	30
2.2.1	Endpunkte entsprechend dem ReKo-Evaluationskonzept.....	31
2.2.2	Zielgruppen mit Ein- und Ausschlusskriterien für Proband*innen	34
2.2.3	Datenerhebung in der IG und KG	35
2.3	Fallzahlberechnung und -erreichung	38
2.4	Methodik und statistische Analysen.....	40
2.4.1	Methodische Vorbemerkungen	40
2.4.2	Prozessevaluation.....	46
2.4.3	Effektmessung	48
2.4.4	Ökonomische Analysen	58
2.5	Studienpopulation	60
2.5.1	Qualitative Interviews, Fokusgruppen und Beobachtungen.....	60
2.5.2	Standardisierte Fragebögen	65
2.5.3	GKV-Routinedaten.....	68
2.5.4	Klinische Assessments	70
2.5.5	Regionale Versorgungs- und IT-Infrastrukturanalysen	73
3	Ergebnisse der Evaluation	74
3.1	Subjektiv erlebte Versorgungsqualität	74
3.2	Komplexität von pflegebezogenen CM-Fällen.....	92
3.3	Veränderung allgemeiner Lebenszufriedenheit	99
3.4	Veränderung gesundheitsbezogener Lebensqualität.....	130
3.5	Stabilisierung von Sorgenetzwerken	144
3.6	Subjektiv erlebte Servicequalität und Kompetenzanforderungen	158
3.7	Veränderungen von Pflegebedürftigkeit	182
3.8	Art und Dauer von Pflegeleistungen SGB V/SGB XI	205
3.9	Privat finanzierte Pflegeleistungen.....	218
3.10	Privat finanzierte Alltagsgestaltung und Haushaltsführung	224
3.11	Hospitalisierungsrate	228

3.12	Institutionalisierungsrisiko	241
3.13	Anzahl der Krankenhausaufenthalte und -tage	247
3.14	Rehospitalisierungsrate	265
3.15	Anzahl der Arztkontakte	273
3.16	Entwicklung der Arzneimittelverschreibungen, der Arzneimittelleinnahme und des Schmerzempfindens	289
3.17	Belastungen professioneller Helfer*innen	305
3.18	Belastungen pflegender Angehöriger	318
3.19	Zusammenarbeit im Versorgungsmix	335
3.20	Entwicklung der regionalen Versorgungsinfrastruktur	351
3.21	Regionale IT-Infrastruktur	372
3.22	Kosten der Intervention	388
3.23	Individuelle Kosten: Gesamtkosten	396
3.24	Kosten-Nutzen-Analyse	435
3.25	ReKo und IT	444
3.25.1	Kriterien zur Bewertung der IT-Akzeptanz/-Infrastruktur	445
3.25.2	Das ReKo-Portal	462
3.25.3	Patient*innenportal	475
4	Diskussion der Projektergebnisse	493
4.1	ReKo-CM verbessert die subjektiv erlebte Versorgungssicherheit	493
4.2	ReKo-CM verbessert die subjektiv erlebte Versorgungsqualität	497
4.3	ReKo-CM verbessert den Zugang zum Versorgungssystem	500
4.4	ReKo-CM erhöht die Inanspruchnahme von Leistungen zum Verbleib in der Häuslichkeit	502
4.5	Veränderung der Pflegebedürftigkeit und Institutionalisierungsrisiko	503
4.6	Lernende Region	504
4.7	IT-Infrastrukturentwicklung	505
4.8	Kosten-Nutzen-Analyse	506
4.9	Limitationen der Evaluation	508
5	Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators	510
5.1	Nachweis der Versorgungsverbesserung im Überblick	510
5.1.1	Hauptergebnisse und Schlussfolgerungen hinsichtlich der untersuchten Endpunkte	510
5.1.2	ReKo verbessert die subjektiv erlebte Versorgungssicherheit und -qualität	515
5.1.3	CM verbessert den Zugang zum Versorgungssystem	517
5.1.4	CM erhöht die Inanspruchnahme von Leistungen zum Verbleib in der Häuslichkeit	518

5.1.5	Veränderung der Pflegebedürftigkeit und Institutionalisierungsrisiko.....	519
5.1.6	Vernetzung und Unterstützung durch digitales Ökosystem	520
5.1.7	Regionale Entwicklung als ›Lernendes System‹	521
5.1.8	Kosten und Nutzen der ReKo-Case Management-Intervention.....	522
5.1.9	Limitationen	523
5.2	Transferkonzeption.....	523
5.2.1	Gelingensbedingungen zur regionalen Etablierung von ReKo-Case Management	523
5.2.2	Szenarien der Anbindung im Spiegel der Gelingensbedingungen	525
5.3	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung	531
IV	Literaturverzeichnis	533
V	Anlagen.....	549

I Abkürzungsverzeichnis

BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung
BI	Barthel-Index
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
CHA	Community Health Assessment
CM	Case Management
CM-O	Case Management-Organisation
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse – Gesundheit
DID	Diffence-in-Differences
DLR	Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt
DTHS	Datentreuhandstelle
eAU	Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
eGK	Elektronische Gesundheitskarte
eMP	Elektronischer Medikationsplan
ePA	Elektronische Patient*innenakte
eRezept	Elektronisches Rezept
Euregio/GEU	Gesundheitsregion EUREGIO e.V.
FLZ	Fragebogen zur Lebenszufriedenheit
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HPS	Häusliche-Pflege-Skala
IG	Interventionsregion/-gruppe
interRAI HC	interRAI Home Care
ISA	Infrastrukturanalyse
KG	Kontrollregion/-gruppe
KIM	Kommunikation im Medizinwesen
NFDM	Notfalldatenmanagement
PSP	Pflegestützpunkt
ReKo	Regionales Pflegekompetenzzentrum
ReKo-CM	Regionales Pflegekompetenzzentrum-Case Management
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SDN	Soziale Dienste Nordhorn
SF-36	Fragebogen zum Gesundheitszustand/zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität
SMC-B	Security Module Card Typ B
TI	Telematikinfrastruktur
t0	Erhebungszeitpunkt vor der ReKo-Intervention (IG)/Einschreibung in das Projekt (KG)
t1	Erhebungszeitpunkt nach der ReKo-Intervention (IG)/Einschreibung in das Projekt (KG)

t2	Erhebungszeitpunkt 6 Monate nach Ende der ReKo-Intervention (IG)/ 18 Monate nach Einschreibung in das Projekt (KG)
TVöD	Tarifvertrag öffentlicher Dienst
UOS	Universität Osnabrück
VK	Vollzeitäquivalent
VSDM	Versichertenstammdatenmanagement
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK
ZG 1	Personen mit angehender Pflegebedürftigkeit
ZG 2	Personen mit Pflegebedürftigkeit nach §14 SGB XI
ZG 3	(pflegende) An- und Zugehörige
ZG 4	Professionelle Dienstleister*innen im Umfeld des ReKo-Angebotes, Versorgungspartner*innen
ZG 5	Informell Helfende im Umfeld des ReKo-Angebotes
ZG 6	Vertreter*innen von Krankenkassen
ZG 7	Regionale Netzwerkakteur*innen

II Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: ReKo-Standorte in den Modellregionen	24
Abbildung 2: Darstellung des ReKo-Evaluationsdesigns in den zentralen Zielgruppen 1-3	37
Abbildung 3: Berechnung der Fallzahlen mit Dropoutrate in Höhe von 25 %	39
Abbildung 4: Studienzeiträume	41
Abbildung 5: Kriterien zur Einstufung in der Komplexitätsvariable	43
Abbildung 6: ZG 1-3 (n=40): Unterstützungsbedarfe und Erwartungen an das ReKo-CM (t0)	77
Abbildung 7: Subjektiv erlebte Versorgungsqualität vor der ReKo-Intervention aus Sicht ZG 1- 7	81
Abbildung 8: Kategoriensystem der ZG 1-3: Beratungs- und Unterstützungsleistungen des CM	85
Abbildung 9: Komplexitätsdimensionen des ReKo-CM im Kontext von Pflegebedarf	97
Abbildung 10: Komplexitätsnetze des ReKo-CM im Kontext von Pflegebedarf	98
Abbildung 11: Verteilung Summenscore Lebenszufriedenheit t0 nach Studiengruppe (ZG 1+2)	102
Abbildung 12: Verteilung Subskala „Gesundheit“ (FLZ) t0 nach Studiengruppe (ZG 1+2)	105
Abbildung 13: Verteilung Subskala „Finanzielle Lage“ (FLZ) t0 nach Studiengruppe (ZG 1+2)	107
Abbildung 14: Verteilung Subskala „Freizeit“ (FLZ) t0 nach Studiengruppe (ZG 1+2)	109
Abbildung 15: Verteilung Subskala „Eigene Person“ (FLZ) t0 nach Studiengruppe (ZG 1+2)	110
Abbildung 16: Verteilung Subskala „Freunde und Bekannte“ (FLZ) t0 nach Studiengruppe (ZG 1+2)	112
Abbildung 17: Verteilung Subskala „Wohnung“ (FLZ) t0 nach Studiengruppe (ZG 1+2)	113
Abbildung 18: Verteilung Summenscore Lebenszufriedenheit t0 nach Studiengruppe (ZG 3)	115

Abbildung 19: Verteilung Summenscore Lebenszufriedenheit nach Zeitpunkt und Studiengruppe (ZG 3)	116
Abbildung 20: Verteilung Subskala "Gesundheit" (FLZ) t0 nach Studiengruppe (ZG 3)	118
Abbildung 21: Verteilung Subskala "Gesundheit" (FLZ) nach Zeitpunkt und Studiengruppe (ZG 3)	119
Abbildung 22: Verteilung Subskala "Finanzielle Lage" (FLZ) t0 nach Studiengruppe (ZG 3) ..	121
Abbildung 23: Verteilung Subskala "Freizeit " (FLZ) t0 nach Studiengruppe (ZG 3)	123
Abbildung 24: Verteilung Subskala "Freizeit " (FLZ) nach Zeitpunkt und Studiengruppe (ZG 3)	124
Abbildung 25: Verteilung Subskala "Eigene Person" (FLZ) t0 nach Studiengruppe (ZG 3)	125
Abbildung 26: Verteilung Subskala "Freunde und Bekannte" (FLZ) t0 nach Studiengruppe (ZG 3)	126
Abbildung 27: Verteilung Subskala "Wohnung" (FLZ) t0 nach Studiengruppe (ZG 3)	128
Abbildung 28: SF-36 PSK nach Studiengruppe (ZG 1+2)	132
Abbildung 29: SF-36 KSK nach Studiengruppe (ZG 1+2)	133
Abbildung 30: SF-36 PSK nach Messzeitpunkt und Studiengruppe (ZG 1+2)	134
Abbildung 31: SF-36 KSK nach Messzeitpunkt und Studiengruppe (ZG 1+2)	135
Abbildung 32: SF-36 PSK nach Studiengruppe (ZG 3)	138
Abbildung 33: SF-36 KSK nach Studiengruppe (ZG 3)	139
Abbildung 34: SF-36 PSK nach Messzeitpunkt und Studiengruppe (ZG 3)	140
Abbildung 35: SF-36 KSK nach Messzeitpunkt und Studiengruppe (ZG 3)	141
Abbildung 36: Anzahl der am Sorgenetzwerk beteiligten Personen (in t0 und in t1) pro Proband*in, IG	145
Abbildung 37: Am Sorgenetzwerk beteiligte Personengruppen, IG	146
Abbildung 38: Ergebnisse Item "Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit.", IG	147
Abbildung 39: Ergebnisse Item "Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann", IG	147
Abbildung 40: Ergebnisse Item "Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freund*innen oder Angehörige bitten wichtige Dinge für mich zu erledigen", IG .	148
Abbildung 41: Teilnahme an Freizeit- und Kulturangeboten	149
Abbildung 42: Inanspruchnahme von Beratungsstellen (in t0 und in t1)	149
Abbildung 43: Verantwortliche Unterstützungspersonen im Sorgenetzwerk nach der ReKo-Intervention	152
Abbildung 44: Rolle des ReKo-CM bei unsicheren bzw. instabilen Sorgenetzwerken	156
Abbildung 45: Subjektiv erlebte Servicequalität anhand der Qualifikationsdimensionen, in Anlehnung an Löcherbach (2002)	173
Abbildung 46: Verteilung der Pflegegrade nach Studiengruppe und Zeitraum	186
Abbildung 47: Verteilung der Pflegegrade komplexer Fälle nach Studiengruppe und Zeitraum	188
Abbildung 48: Veränderung der Pflegegrade	189
Abbildung 49: BI nach Studiengruppe und Erhebungszeitpunkt, Angaben in Prozent	192
Abbildung 50: Veränderung des Barthel Index Scores nach Studiengruppe, n = 1040, Angaben in Prozent	193

Abbildung 51: Ab- und Zunahmen der Pflegebedürftig in IG- und KG von t0 zu t1 für die Skalen ADLH, IADLCH, CHESS, CPS und MAPLe (anteilig bezogen auf die Gesamtpopulation von n=1039).....	200
Abbildung 52: Ab- und Zunahmen der Pflegebedürftig in IG- und KG von t0 zu t1 für die Skalen ADLH, IADLCH, CHESS, CPS und MAPLe (anteilig bezogen auf die Gesamtpopulation von n=1039).....	209
Abbildung 53: Inanspruchnahme von Pflegeleistungen nach SGB XI über alle Kontengruppen summiert	210
Abbildung 54: Verteilung der Veränderung der Inanspruchnahmen der Pflegeleistungen nach SGB XI in Tagen	211
Abbildung 55: Inanspruchnahme von Pflegeleistungen nach SGB V über alle APNs summiert	214
Abbildung 56: Verteilung der Veränderung der Pflegeleistungen nach SGB V	215
Abbildung 57: Verteilung der Anzahl der Krankenhausaufenthalte nach Gruppe im Zeitverlauf	230
Abbildung 58: Verteilung der Hospitalisierungen pro Zeitraum und Studiengruppe.....	231
Abbildung 59: Verlauf der Hospitalisierungsrate	231
Abbildung 60: Verteilung der Proband*innen mit Hospitalisierung pro Zeitraum und Studiengruppe	233
Abbildung 61: Entwicklung der Proband*innen mit Hospitalisierung pro Zeitraum und Studiengruppe	234
Abbildung 62: Verteilung der Hospitalisierungen nach Studiengruppe und Zeitraum	235
Abbildung 63: Hospitalisierungsrate nach Studiengruppe und Zeitraum.....	236
Abbildung 64: Verteilung der Proband*innen mit Hospitalisierung nach Studiengruppe und Zeitraum	238
Abbildung 65: Entwicklung der Proband*innen mit Hospitalisierung nach Studiengruppe und Zeitraum	238
Abbildung 66: Entwicklung der Inanspruchnahme von stationären und teilstationären Leistungen im SGB XI nach Studiengruppe und Zeitraum.....	246
Abbildung 67: Verteilung der Anzahl der Krankenhausaufenthalte nach Gruppe im Zeitverlauf	249
Abbildung 68: Verteilung der Anzahl der Krankenhausaufenthalte pro Zeitraum und Studiengruppe	250
Abbildung 69: Ausschnitt der Verteilung der Anzahl der Krankenhausaufenthalte pro Zeitraum und Studiengruppe	251
Abbildung 70: Verteilung der Länge der Krankenhausaufenthalte pro Zeitraum und Studiengruppe	252
Abbildung 71: Ausschnitt der Verteilung der Länge der Krankenhausaufenthalte pro Zeitraum und Studiengruppe	253
Abbildung 72: Verteilung der Anzahl der Krankenhaustage pro Zeitraum und Studiengruppe	254
Abbildung 73: Verteilung der Anzahl der Krankenhaustage pro Zeitraum und Studiengruppe - Zoom	255
Abbildung 74: Verteilung der Krankenhausaufenthalte nach Studiengruppe und Zeitraum	257

Abbildung 75: Geschnittene Verteilung der Krankenhausaufenthalte nach Studiengruppe und Zeitraum	258
Abbildung 76: Verteilung der Länge der Krankenhausaufenthalte nach Studiengruppe und Zeitraum	259
Abbildung 77: Geschnittene Verteilung der Länge der Krankenhausaufenthalte nach Studiengruppe und Zeitraum	260
Abbildung 78: Verteilung der Länge der Krankenhaustage nach Studiengruppe und Zeitraum	261
Abbildung 79: Geschnittene Verteilung der Länge der Krankenhaustage nach Studiengruppe und Zeitraum	262
Abbildung 80: Verteilung der Anzahl der Krankenhausaufenthalte nach Region	267
Abbildung 81: Verteilung der Rehospitalisierungen pro Zeitraum und Studiengruppe	268
Abbildung 82: Ausschnitt der Verteilung der Rehospitalisierungen pro Zeitraum und Studiengruppe	269
Abbildung 83: Verteilung der Rehospitalisierungen nach Studiengruppe und Zeitraum (Beobachtungszeitraum je 10 Monate).....	270
Abbildung 84: Verteilung der Rehospitalisierungen nach Studiengruppe und Zeitraum (Beobachtungszeitraum je 10 Monate).....	271
Abbildung 85: Verteilung der ambulanten Abrechnungskontakte nach Studiengruppe und Zeitraum	276
Abbildung 86: Ausschnitt der Verteilung der ambulanten Abrechnungskontakte nach Studiengruppe und Zeitraum	277
Abbildung 87: Verteilung der ambulanten Abrechnungskontakte nach Studiengruppe und Zeitraum (Haus- und Fachärzt*innen).....	278
Abbildung 88: Ausschnitt der Verteilung der ambulanten Abrechnungskontakte nach Studiengruppe und Zeitraum (Haus- und Fachärzt*innen).....	279
Abbildung 89: Verteilung der ambulanten Abrechnungen nach Studiengruppe und Zeitraum	282
Abbildung 90: Ausschnitt der Verteilung der ambulanten Abrechnungskontakte nach Studiengruppe und Zeitraum	283
Abbildung 91: Verteilung der ambulanten Abrechnungen nach Studiengruppe und Zeitraum (Haus- und Fachärzt*innen)	284
Abbildung 92: Ausschnitt der Verteilung der ambulanten Abrechnungen nach Studiengruppe und Zeitraum (Haus- und Fachärzt*innen)	285
Abbildung 93: Verteilung der Arzneimittelverordnungen nach Studiengruppe und Zeitraum	291
Abbildung 94: Verteilung der Arzneimittelmenge nach Studiengruppe und Zeitraum.....	293
Abbildung 95: Verteilung der Menge unterschiedlicher Wirkstoffgruppen nach Studiengruppen und Zeitraum	295
Abbildung 96: Summenscore Belastungserleben t0 nach Studiengruppe	319
Abbildung 97: Summenscore Belastungserleben nach Studiengruppe t0-t1.....	321
Abbildung 98: Summenscore Belastungserleben t2 nach Studiengruppe	322
Abbildung 99: Summenscore Belastungserleben nach Studiengruppe t0-t2.....	323
Abbildung 100: Reduzierung subjektiver und objektiver Belastungen von pflegenden An- und Zugehörigen durch das pflegebezogene ReKo-CM	335

Abbildung 101: Schnittstellen zum ReKo-CM aus Sicht der ReKo-Case Manager*innen (t0)	339
Abbildung 102: Struktur- und Handlungsebenen ReKo-Case Management	355
Abbildung 103: Prozessmodell regionales Lernen in ReKo (ReKo 2022, S. 29)	357
Abbildung 104: Ausgewählte Versorgungslücken Grafschaft Bentheim	358
Abbildung 105: Ausgewählte Versorgungslücken Emsland	359
Abbildung 106: Verortung des CM nach Projektende, eigene Darstellung.	367
Abbildung 107: Netzaabdeckung der Intervention- und der Kontrollregionen Quelle: https://www.breitband-monitor.de/mobilfunkmonitoring/karte ..	378
Abbildung 108: Netzaabdeckung der Intervention- und der Kontrollregionen Quelle: https://gigabitgrundbuch.bund.de/GIGA/DE/MobilfunkMonitoring/	379
Abbildung 109: Festnetzverfügbarkeit an Krankenhäusern in Niedersachsen, der Intervention- und der Kontrollregionen. Quelle: https://data.bundesnetzagentur.de/Bundesnetzagentur/GIGA/DE/Breitbandatlas/Downloads/bba_06_2023.xlsx/	381
Abbildung 110: Festnetzverfügbarkeit für Privathaushalte in Niedersachsen, der Intervention- und der Kontrollregionen. Quelle: https://data.bundesnetzagentur.de/Bundesnetzagentur/GIGA/DE/Breitbandatlas/Downloads/bba_06_2023.xlsx/	381
Abbildung 111: High Level Architektur der TI mit zu vernetzenden Leistungserbringern sowie zentralen Komponenten, eigene Darstellung	383
Abbildung 112: CM-Fälle je Vollkostenstelle für den Zeitraum August 2020 bis Juli 2021: ..	390
Abbildung 113: CM-Fälle je Vollkostenstelle für den Zeitraum August 2021 bis Juli 2022 ...	391
Abbildung 114: CM-Fälle je Vollkostenstelle für den Zeitraum August 2021 bis Januar 2022	392
Abbildung 115: CM-Fälle je Vollkostenstelle für den Zeitraum Februar 2022 bis Juli 2022..	393
Abbildung 116: Prozentuale Verteilung des Zeitaufwandes der Tätigkeiten des CMs.....	395
Abbildung 117: Gesamtkosten je Zeitraum und Gruppe	402
Abbildung 118: Ausschnitt der Gesamtkosten je Zeitraum und Gruppe	403
Abbildung 119: Gesamtkosten je Zeitraum und Gruppe	405
Abbildung 120: Ausschnitt der Gesamtkosten je Zeitraum und Gruppe	406
Abbildung 121: Gesamtkosten ohne stationäre Kosten je Zeitraum und Gruppe	408
Abbildung 122: Ausschnitt der Gesamtkosten ohne stationäre Kosten je Zeitraum und Gruppe	409
Abbildung 123: Stationäre Kosten je Zeitraum und Gruppe.....	413
Abbildung 124: Ausschnitt der Ausschnitt der stationären Kosten je Zeitraum und Gruppe	414
Abbildung 125: Stationäre Kosten je Zeitraum und Gruppe (Beobachtungszeitraum 10 Monate)	416
Abbildung 126: Ausschnitt der stationären Kosten je Zeitraum und Gruppe (Beobachtungszeitraum 10 Monate)	417
Abbildung 127: Medikamentenkosten je Zeitraum und Gruppe	420
Abbildung 128: Ausschnitt der Medikamentenkosten je Zeitraum und Gruppe	420
Abbildung 129: Pflegefallkosten je Zeitraum und Gruppe.....	423
Abbildung 130: Ausschnitt der Pflegekosten je Zeitraum und Gruppe	424
Abbildung 131: Hilfsmittelkosten je Zeitraum und Gruppe	427

Abbildung 132: Ausschnitt der Hilfsmittelkosten je Zeitraum und Gruppe	428
Abbildung 133: Ambulante Kosten je Zeitraum und Gruppe	431
Abbildung 134: Ausschnitt der Ambulante Kosten je Zeitraum und Gruppe	432
Abbildung 135: Streudiagramme Kosteneffektivität	441
Abbildung 136: Kosten-Effektivitäts-Akzeptanz-Kurve	442
Abbildung 137: Suche nach Hilfsangeboten auf der ReKo-Homepage (https://www.ReKopflege.de/versorgungsangebot/suche-externe-hilfsangebote/)	448
Abbildung 138: Verteilung der Technikbereitschaft nach Studiengruppe und Zeitraum.....	450
Abbildung 139: Verteilung der Technikbereitschaft nach Studiengruppe und Zeitraum.....	452
Abbildung 140: Verteilung der "Propensity to Trust in General Technology" nach Studiengruppe und Zeitraum	454
Abbildung 141: Screenshot der Quovero-Software aus (Kus et al. 2021)	463
Abbildung 142: Häufigkeit der Aktionen je Seitentitel in Quovero	474
Abbildung 143: Screenshot des Patient*innenportals.....	475
Abbildung 144: Gewünschte Funktionen des Patient*innenportals der Zielgruppen 1 und 2	477
Abbildung 145: Gewünschte Funktionen des Portals aus Proband*innensicht	484
Abbildung 147: Häufigkeit der Seitenansichten im Patient*innenportal	492

III Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Prozessschritte ReKo-CM.....	25
Tabelle 2: Übersicht Entwicklung digitales Ökosystem.....	29
Tabelle 3: ReKo-Einschlusskriterium ICD-10-Codes	34
Tabelle 4: ReKo-Einschlusskriterium Hilfsmittel-Codes SGB V.....	34
Tabelle 5: Soll- und Ist-Fallzahlen im Vergleich.....	40
Tabelle 6: Überblick Sample Komplexität	44
Tabelle 7: Komplexität nach Zielgruppen.....	44
Tabelle 8: Interpretation bei An- und Zugehörigen Demenzerkrankter	51
Tabelle 9: Interpretation bei An- und Zugehörigen von Personen mit allen anderen Erkrankungen	51
Tabelle 10: Überblick der verwendeten Skalen und *Clinical Assessment Protocols (CAPs) des inter Rai HC.....	57
Tabelle 11: Übersicht der qualitativen Erhebungen (ZG 1-2)	61
Tabelle 12: Übersicht der qualitativen Erhebungen (ZG 3).....	62
Tabelle 13: Übersicht der qualitativen Erhebungen (ZG 4).....	63
Tabelle 14: Übersicht der Beobachtungen der CM (ZG 4)	64
Tabelle 15: Übersicht der qualitativen Erhebungen (ZG 5-7)	64
Tabelle 16: Gesamtsample Fragebögen ZG 1+2.....	65
Tabelle 17: Gesamtsample Fragebögen IG ZG 1+2	66
Tabelle 18: Gesamtsample Fragebögen KG ZG 1+2	66
Tabelle 19: Gesamtsample Fragebögen ZG 3.....	67
Tabelle 20: Sample Fragebögen IG ZG 3	67
Tabelle 21: Sample Fragebögen KG ZG 3	68

Tabelle 22: Sample Evaluation der IT-Schulungen	68
Tabelle 23: Studienpopulation Routinedaten	69
Tabelle 24: Studienpopulation Routinedaten IG.....	69
Tabelle 25: Studienpopulation Routinedaten KG	70
Tabelle 26: Studienpopulation interRAI HC, BI und Sorgenetzwerke Gesamtstichprobe IG- und KG	70
Tabelle 27: Studienpopulation interRAI HC, BI und Sorgenetzwerke Interventionsgruppe....	71
Tabelle 28: Studienpopulation interRAI HC, BI und Sorgenetzwerke Kontrollgruppe	72
Tabelle 29: Exemplarische Aussagen der ZG 1-2 und 3 aus der Kategorie „Zufriedenheit mit der ReKo-Intervention“	83
Tabelle 30: Typische Anlässe von Komplexität im ReKo-CM	97
Tabelle 31: Sample FLZ-Summenskala (ZG 1+2)	101
Tabelle 32: Werte Summenskala (FLZ), Normierungsstichprobe	102
Tabelle 33: Übersicht Analyseergebnisse FLZ-Summenskala (ZG 1+2).....	103
Tabelle 34: Sample FLZ-Subskala „Gesundheit“ (ZG 1+2).....	104
Tabelle 35: Werte Subskala „Gesundheit“ (FLZ), Normierungsstichprobe.....	105
Tabelle 36: Übersicht Analyseergebnisse FLZ-Subskala „Gesundheit“ (ZG 1+2)	106
Tabelle 37: Sample FLZ-Subskala „Finanzielle Lage“ (ZG 1+2)	107
Tabelle 38: Werte Subskala „Finanzielle Lage“ (FLZ), Normierungsstichprobe	107
Tabelle 39: Übersicht Analyseergebnisse FLZ-Subskala „Finanzielle Lage“ (ZG 1+2)	108
Tabelle 40: Sample FLZ-Subskala „Freizeit“ (ZG 1+2).....	108
Tabelle 41: Werte Subskala „Freizeit“ (FLZ), Normierungsstichprobe	109
Tabelle 42: Übersicht Analyseergebnisse FLZ-Subskala „Freizeit“ (ZG 1+2)	109
Tabelle 43: Sample FLZ-Subskala „Eigene Person“ (ZG 1+2).....	110
Tabelle 44: Werte Subskala „Eigene Person“ (FLZ), Normierungsstichprobe	111
Tabelle 45: Sample FLZ-Subskala „Freunde und Bekannte“ (ZG 1+2).....	111
Tabelle 46: Werte Subskala „Freunde und Bekannte“ (FLZ), Normierungsstichprobe	112
Tabelle 47: Sample FLZ-Subskala „Wohnung“ (ZG 1+2).....	113
Tabelle 48: Werte Subskala „Wohnung“ (FLZ), Normierungsstichprobe	113
Tabelle 49: Sample FLZ-Summenskala (ZG 3)	114
Tabelle 50: Werte Summenskala (FLZ), Normierungsstichprobe	115
Tabelle 51: Übersicht Analyseergebnisse FLZ-Summenskala (ZG 3).....	117
Tabelle 52: Sample FLZ-Subskala "Gesundheit" (ZG 3)	118
Tabelle 53: Werte Subskala "Gesundheit" (FLZ), Normierungsstichprobe.....	118
Tabelle 54: Übersicht Analyseergebnisse FLZ-Subskala "Gesundheit" (ZG 3)	120
Tabelle 55: Sample FLZ-Subskala "Finanzielle Lage" (ZG 3)	121
Tabelle 56: Werte Subskala "Finanzielle Lage" (FLZ), Normierungsstichprobe	122
Tabelle 57: Werte Subskala "Finanzielle Lage" (FLZ), Normierungsstichprobe	122
Tabelle 58: Werte Subskala "Freizeit" (FLZ), Normierungsstichprobe.....	123
Tabelle 59: Übersicht Analyseergebnisse FLZ-Subskala "Freizeit" (ZG 3)	124
Tabelle 60: Sample FLZ-Subskala "Eigene Person" (ZG 3).....	125
Tabelle 61: Werte Subskala "Eigene Person" (FLZ), Normierungsstichprobe.....	125
Tabelle 62: Sample FLZ-Subskala "Freunde und Bekannte" (ZG 3).....	126
Tabelle 63: Werte Subskala "Freunde und Bekannte" (FLZ), Normierungsstichprobe	127
Tabelle 64: Sample FLZ-Subskala "Wohnung" (ZG 3).....	127

Tabelle 65: Werte Subskala "Wohnung" (FLZ), Normierungsstichprobe.....	128
Tabelle 66: Sample SF-36 (ZG 1+2).....	131
Tabelle 67: SF-36 PSK Vergleichsstichprobe (ZG 1 +2).....	132
Tabelle 68: SF-36 KSK Vergleichsstichprobe (ZG 1 +2).....	133
Tabelle 69: Analyseergebnisse SF-36 PSK (ZG 1+2).....	136
Tabelle 70: Analyseergebnisse SF-36 KSK (ZG 1+2).....	136
Tabelle 71: Analyseergebnisse SF-36 PSK mit Faktor Komplexität (ZG 1+2)	137
Tabelle 72: Sample SF-36 (ZG 3).....	138
Tabelle 73: SF-36 PSK Vergleichsstichprobe (ZG 3).....	139
Tabelle 74: SF-36 KSK Vergleichsstichprobe (ZG 3).....	140
Tabelle 75: Analyseergebnisse SF-36 PSK (ZG 3).....	142
Tabelle 76: Analyseergebnisse SF-36 KSK (ZG 3).....	142
Tabelle 77: Exemplarische Aussagen der ZG 1-2 und 3 aus der Kategorie „Subjektiv erlebte Versorgungssicherheit“	153
Tabelle 78: Funktion der ReKo-Case Manager*innen in Abhängigkeit von vorhandenen Sorgeressourcen	157
Tabelle 79: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests (Wilcoxon- bzw. Mann-Whitney-U-Test)	185
Tabelle 80: Umcodierungsschlüssel zur Bewertung der Skalen ADLH, IADLCH, CHESS, CPS und MAPLe.....	196
Tabelle 81: Deskription der Pflegebedürftigkeit nach ADLH, IADLCH, CHESS, CPS und MAPLe zu t0 und t1 in Interventions- und Kontrollgruppe	197
Tabelle 82: Pflegebedürftigkeit nach ADLH, IADLCH, CHESS und CPS zu t0 und t1 der komplexen Fälle in der Interventionsgruppe und der Kontrgruppe	198
Tabelle 83: Veränderungen der Pflegebedürftigkeit gemäß Skalen ADL, IADL, CHESS, CPS und MAPLe von t0 zu t1 in IG und KG	199
Tabelle 84: Veränderungen der Pflegebedürftigkeit nach ADL, IADL, CHESS, CPS und MAPLe von t0 zu t1 der eher komplexen Fälle in IG und KG.....	200
Tabelle 85: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests zu ADLH, IADLCH, CHESS, CPS und MAPLe (Wilcoxon- bzw. Mann-Whitney-U-Test)	202
Tabelle 86: Deskriptive Statistiken Leistungstage SGB XI	210
Tabelle 87: Deskriptive Statistiken der Veränderung der Leistungstage SGB XI	211
Tabelle 88: Pflegeleistungen SGB XI -Ergebnisse t-Tests	212
Tabelle 89: Deskriptive Statistiken Leistungstage SGB V	213
Tabelle 90: Deskriptive Statistiken der Veränderung der Leistungstage SGB V	214
Tabelle 91: Pflegeleistungen SGB V -Ergebnisse t-Tests	215
Tabelle 92: Private Ausgaben stationäre Langzeitpflege ZG3.....	219
Tabelle 93: Private Ausgaben stationäre Kurzzeitpflege ZG3	220
Tabelle 94: Private Ausgaben ambulante Pflegeleistungen ZG3	220
Tabelle 95: Private Ausgaben stationäre Langzeitpflege ZG1/2	221
Tabelle 96: Private Ausgaben stationäre Kurzzeitpflege ZG1/2	222
Tabelle 97: Private Ausgaben ambulante Pflegeleistungen ZG1/2.....	223
Tabelle 98: Private Ausgaben Betreuungsleistungen und Alltagsunterstützung ZG3	224
Tabelle 99: Private Ausgaben Haushaltshilfen ZG3	225
Tabelle 100: Private Ausgaben Betreuungsleistungen und Alltagsunterstützung ZG1/2.....	226

Tabelle 101: Private Ausgaben Haushaltshilfen ZG1/2	227
Tabelle 102: Deskriptive Statistiken der Hospitalisierungen	232
Tabelle 103: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests	232
Tabelle 104: Deskriptive Statistiken der Proband*innen mit Hospitalisierung	233
Tabelle 105: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests	234
Tabelle 106: Deskriptive Statistiken der Hospitalisierungen	236
Tabelle 107: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests	237
Tabelle 108: Deskriptive Statistiken der Proband*innen mit Hospitalisierung	237
Tabelle 109: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests	239
Tabelle 110: Umkodierung der Items des Institutionalisiertungsrisiko (RISK) nach interRAI HC	242
Tabelle 111: Institutionalisiertungsrisiko gemäß interRAI HC nach Studiengruppe und Erhebungszeitpunkt.....	243
Tabelle 112: Institutionalisiertungsrisiko gemäß interRAI HC zu t0 und t1 der eher nicht komplexen und eher komplexen Fälle in der Interventionsgruppe.	244
Tabelle 113: Institutionalisiertungsrisiko gemäß interRAI HC zu t0 und t1 der eher nicht komplexen und eher komplexen Fälle in der Kontrollgruppe (*bei zwei Proband*innen lag keine Berechnung der Komplexität vor, weshalb der Datensatz hier reduziert ist)	244
Tabelle 114: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstest (Chi2 -Tests)).....	244
Tabelle 115: Deskriptive Statistiken der Krankenhausaufenthalte.....	251
Tabelle 116: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests	252
Tabelle 117: Deskriptive Statistiken der Krankenhaustage	253
Tabelle 118: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests	254
Tabelle 119: Deskriptive Statistiken der Krankenhaustage	255
Tabelle 120: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests	256
Tabelle 121: Deskriptive Statistiken der Krankenhausaufenthalte.....	257
Tabelle 122: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests	258
Tabelle 123: Deskriptive Statistiken der Krankenhausaufenthalte.....	260
Tabelle 124: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests der Länge der Krankenhausaufenthalte	261
Tabelle 125: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests der Krankenhaustage	263
Tabelle 126: Deskriptive Statistiken der Rehospitalisierungen	269
Tabelle 127: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests	270
Tabelle 128 - Deskriptive Statistiken der Rehospitalisierungen (Beobachtungszeitraum 10 Monate)	271
Tabelle 129: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests	272
Tabelle 130: Deskriptive Statistiken der ambulanten Abrechnungskontakte	277
Tabelle 131: Gruppenunterschiedstest der ambulanten Abrechnungskontakte	278
Tabelle 132: Deskriptive Statistiken der ambulanten Abrechnungskontakte (Haus- und Fachärzt*innen)	280
Tabelle 133: Gruppenunterschiedstest der ambulanten Abrechnungskontakte (Haus- und Fachärzt*innen)	280
Tabelle 134: Deskriptive Statistiken der ambulanten Abrechnungen	283
Tabelle 135: Gruppenunterschiedstest der ambulanten Abrechnungen	284

Tabelle 136: Deskriptive Statistiken der ambulanten Abrechnungen(Haus- und Fachärzt*innen)	286
Tabelle 137: Gruppenunterschiedstest der ambulanten Abrechnungen (Haus - und Fachärzt*innen)	286
Tabelle 138: Deskriptive Statistiken der Arzneimittelverordnungen	292
Tabelle 139: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests der Arzneimittelverordnungen	292
Tabelle 140: Deskriptive Statistiken der Arzneimittelmengen	294
Tabelle 141: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests der Arzneimittelmengen	294
Tabelle 142: Deskriptive Statistik der Verteilung der Menge unterschiedlicher Wirkstoffgruppen	295
Tabelle 143: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests der Menge unterschiedlicher Arzneimittelwirkstoffe.....	296
Tabelle 144: Verteilung der von Polymedikation betroffenen Proband*innen in beiden Studiengruppen zu t0	297
Tabelle 145: Verteilung der von Polymedikation betroffenen Proband*innen in beiden Studiengruppen zu t1	297
Tabelle 146: Arzneimittelaufnahme nach Anweisung des Arztes von t0 zu t1 in IG- und KG (Datenquelle interRAI HC)	300
Tabelle 147: Arzneimittelaufnahme nach Anweisung des Arztes von t0 zu t1 der eher komplexen Fälle in IG- und KG (Datenquelle interRAI HC)	300
Tabelle 148: Schmerzempfinden nach Schmerzskala des interRAI HC in IG- und KG zu t0 und t1.....	301
Tabelle 149: Schmerzempfinden nach Schmerzskala des interRAI HC der eher komplexen Fälle in IG- und KG zu t0 und t1.....	301
Tabelle 150: Schmerzempfinden nach Schmerzskala des interRAI HC der eher nicht komplexen Fälle in IG- und KG zu t0 und t1	301
Tabelle 151: Übersicht Gruppenunterschiedstests und Signifikanzen	302
Tabelle 152: Gruppenunterschiedstests Skala pain SF36	303
Tabelle 153: Subjektives Belastungserleben der ZG 4 Prä-Post-ReKo-Intervention.....	316
Tabelle 154: Sample Belastungserleben t0	319
Tabelle 155: Interpretation bei An- und Zugehörigen Demenzerkrankter	320
Tabelle 156: Interpretation bei An- und Zugehörigen von Personen mit allen anderen Erkrankungen	320
Tabelle 157: Analyseergebnisse HPS-Skala zum Belastungserleben	323
Tabelle 158: Auszug aus dem Kategoriensystem: Be- und Entlastungserleben der pflegenden An- und Zugehörigen	325
Tabelle 159: Förderliche und hemmende Faktoren bei der fallbezogenen Netzwerkarbeit aus Sicht der ReKo-Case-Manager*innen (t0)	341
Tabelle 160: Fallbezogene Netzwerkarbeit im Prä-Post-Vergleich aus Sicht der ZG 4.....	349
Tabelle 161: Veränderungen der Versorgungsinfrastruktur in den Modelllandkreisen in Perspektive Fokusgruppen (+ = Ausbau von Strukturen, - = Abbau von Strukturen)	354
Tabelle 162: Einflussfaktoren auf Netzwerkarbeit.....	361
Tabelle 163: Fachbezogene relevante Gesetzesentwürfe seit t0	376

Tabelle 164: Netzaufdeckung der Intervention- und der Kontrollregionen. Quelle:

[https://data.bundesnetzagentur.de/Bundesnetzagentur/GIGA/DE/Br
eitbandatlas/Downloads/bba_06_2023.xlsx](https://data.bundesnetzagentur.de/Bundesnetzagentur/GIGA/DE/Br
eitbandatlas/Downloads/bba_06_2023.xlsx) 380

Tabelle 165: Interventionskosten im ReKo-Projekt 389

Tabelle 166: Fallkosten mit der Fallverteilung zwischen August 2020 bis Juli 2021 390

Tabelle 167: Fallkosten mit der Fallverteilung zwischen August 2021 und Juli 2022 391

Tabelle 168: Fallkosten mit der Fallverteilung zwischen August 2021 und Januar 2022 392

Tabelle 169: Fallkosten mit der Fallverteilung zwischen Februar 2022 und Juli 2022 393

Tabelle 170: Fallkosten mit der Fallverteilung zwischen Februar 2022 und Juli 2022 und
Berücksichtigung eines reduzierten Anteils der CM-Arbeit (60 %)
durch Projektpflichten 394

Tabelle 171: Kostenübersicht in der Interventionsgruppe 399

Tabelle 172: Kostenübersicht in der Kontrollgruppe 400

Tabelle 173: Kostendifferenzen zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe über den
Zeitverlauf 401

Tabelle 174: Deskriptive Statistiken der Gesamtkosten 403

Tabelle 175: Gruppenunterschiede der Gesamtkosten insgesamt 404

Tabelle 176: Deskriptive Statistiken der Gesamtkosten ohne Ausreißerwerte 406

Tabelle 177: Gruppenunterschiede der Gesamtkosten ohne Ausreißerwerte 407

Tabelle 178: Deskriptive Statistiken der Gesamtkosten ohne stationäre Kosten 409

Tabelle 179: Gruppenunterschiede der Gesamtkosten ohne Ausreißerwerte 410

Tabelle 180: Deskriptive Statistiken der stationären Kosten 414

Tabelle 181: Gruppenunterschiede der stationären Kosten 415

Tabelle 182: Deskriptive Statistiken der stationären Kosten (Beobachtungszeitraum 10
Monate) 417

Tabelle 183: Gruppenunterschiede der stationären Kosten (Beobachtungszeitraum 10
Monate) 417

Tabelle 184: Deskriptive Statistiken der Medikamentenkosten 421

Tabelle 185: Gruppenunterschiede der Medikamentenkosten 421

Tabelle 186: Deskriptive Statistiken der Pflegekosten 425

Tabelle 187: Gruppenunterschiede der Pflegekosten 425

Tabelle 188: Deskriptive Statistiken der Hilfsmittelkosten 428

Tabelle 189: Gruppenunterschiede der Hilfsmittelkosten 429

Tabelle 190: Deskriptive Statistiken der ambulanten Kosten 432

Tabelle 191: Gruppenunterschiede der ambulanten Kosten 433

Tabelle 192: ICER Berechnung Durchschnittskosten 438

Tabelle 193: ICER Berechnung Mediankosten 439

Tabelle 194: ICER Berechnung Durchschnittskosten (Z-Standardisierung) 440

Tabelle 195: Deskriptive Statistiken der Technikbereitschaft von Zielgruppen 1 und 2 451

Tabelle 196: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests der Technikbereitschaft von
Zielgruppen 1 und 2 451

Tabelle 197: Deskriptive Statistiken der Technikbereitschaft von Zielgruppe 3 452

Tabelle 198: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests der Technikbereitschaft von
Zielgruppe 3 453

Tabelle 199: Deskriptive Statistik der "Propensity to Trust General Technology" von Zielgruppen 1 und 2.....	454
Tabelle 200: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests der "Propensity to Trust General Technology" von Zielgruppen 1 und 2.....	455
Tabelle 201: Schulungsagenda der Train-the-Trainer Schulung	489

1 Ziele der Evaluation

Von den etwa 5 Millionen über SGB XI-Kriterien als pflegebedürftig eingeschätzten Menschen in Deutschland werden aktuell 84 %, also ca. 4,2 Millionen Menschen, vorrangig durch An- und Zugehörige in ihrer häuslichen Umgebung begleitet, betreut und versorgt (Statistisches Bundesamt 2022). Diese Unterstützung erfolgt durch etwa 7,1 Millionen pflegende An- und Zugehörige (ZQP 2023), die zum Teil dabei von ambulanten Pflegediensten unterstützt werden. Etwa die Hälfte des benannten Personenkreises lebt in Dörfern und Kleinstädten unter 20.000 Einwohner*innen (Büscher et al. 2023). Menschen mit Pflegerisiko, sozialrechtlich anerkanntem Pflegebedarf sowie ihre (pflegenden) An- und Zugehörigen stehen in Bezug auf die Sicherstellung bedarfsgerechter Unterstützungs- und Versorgungsarrangements aufgrund häufig begrenzter regionaler Pflegeinfrastrukturangebote insbesondere in den über 200 Landkreisen in Deutschland, die als ländliche und strukturschwache Regionen gelten, vor besonderen Herausforderungen. Die *Herausforderungen der Pflege im ländlichen Raum* sind inzwischen vielfach beschrieben (vgl. z. B. Büscher et al. 2023, Cirkel et al. 2023, Klie 2022, Hämel & Wolter 2020, Rothgang & Müller 2018, Deutscher Bundestag 2016, Geyer 2016, SVR 2014). Von besonderer Bedeutung sind dabei *zunehmend instabile informelle Sorgestrukturen* (etwa durch Städteflucht von Kindern und Enkelkindern, Mehrfachbelastungen der informellen Helfer*innen etc.), *regionale Strukturprobleme* (z. B. Fachkräftemangel bei Pflegeanbietern und Haus- wie fachärztlichen Angeboten, Versorgungslücken im regionalen Versorgungsangebot, Mobilitätsengpässe u.a.m.), die den Zugang zum Versorgungssystem erschweren, *Komplexität der Zugangswege und Finanzierungsanforderungen* für professionelle Leistungserbringung sowie *zunehmende Belastungen pflegender An- und Zugehöriger*. Insbesondere die Sicherstellung der Versorgung von Menschen mit komplexen Problemlagen, die eine intensive Begleitung benötigen, bringt (pflegende) An- und Zugehörige sowie Beratungs- und Pflegedienstleister an ihre Grenzen (Lange et al. 2024, Büscher et al. 2023, Wolff et al. 2023, Klie 2022, Dehl et al. 2020, Braeseke et al. 2018b; 2018a, Rothgang & Müller 2018, Hielscher et al. 2017, Geyer 2016, Neuffer 2007). In der Folge ergeben sich für die skizzierte Klientel erhebliche Diskontinuitäten an den Schnittstellen der Versorgung, die mit enormen Belastungen für das Gesundheits- und Pflegesystem einerseits und mit ggf. erheblichen Beeinträchtigungen der individuellen Gesundheits- und Lebensqualität auf Seiten der Betroffenen und ihrer (pflegenden) An- und Zugehörigen andererseits einhergehen (vgl. z. B. Schwinger et al. 2023).

Zur Bewältigung der benannten Herausforderungen wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche konzeptionelle Ansätze zur Diskussion gestellt und regulatorische Anpassungen vorgenommen. Die vor diesem Hintergrund entstandene politische Dynamik konzentriert sich über zahlreiche Gesetzesinitiativen derzeit auf *drei zentrale (gesundheits-) politische Strategien* (vgl. zum Überblick Hülsken-Giesler 2017): a) *Professionalisierung und Ausdifferenzierung der beruflichen Pflege* (z. B. Pflegestärkungsgesetze/PSG 1-3, Pflegeberufegesetze/PfIBG, Entwurf Pflegekompetenzgesetz/PKG, Entwurf Pflegeassistenzeinführungsgesetz/PfAssEinfG); b) *Stärkung der Kommunen zur Etablierung und Steuerung von Sorgegemeinschaften und Hilfe-Mix-Strukturen in den Regionen* (z. B. Entwurf Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz/GVSG, Deutscher Bundestag 2016, Hoberg et al. 2013), c) *Digitalisierung des Gesundheits- und Pflegewesens* (z. B. Digital-Gesetz/DigiG, E-Health-Gesetz, Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz/PUEG einschl.

›Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege‹). Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat mehrfach auf entsprechende Entwicklungsherausforderungen verwiesen und auch verschiedenste Vorschläge zur konzeptionellen Bearbeitung vorgelegt (z. B. SVR 2021, 2014, 2009). Mit Blick auf entsprechende pflegebezogene Herausforderungen der regionalen Strukturentwicklung in ländlichen Räumen wurde vor diesem Hintergrund einerseits die Erprobung und Implementierung von international etablierten Konzepten und Ansätzen zur Diskussion gestellt (Schaeffer et al. 2015), andererseits wurde deutlich darauf verwiesen, dass entsprechende Entwicklungsherausforderungen jeweils regionsspezifische Aspekte systematisch zu berücksichtigen haben, also an die jeweiligen regionsspezifischen Besonderheiten ggf. anzupassen sind (Deutscher Bundestag 2016): „Um in ländlichen Regionen eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherstellen zu können, sind innovative Versorgungskonzepte und -modelle mit einer Bündelung der vorhandenen Ressourcen und neuen Kooperationsformen und Aufgabenzuschnitten zwischen den Gesundheitsprofessionen erforderlich. Allmählich beginnt dieses Erkenntnis sich durchzusetzen, ebenso die, dass diese Modelle über einzelne Sektoren und Versorgungseinrichtungen hinausreichen und regionalen Unterschieden mehr Aufmerksamkeit widmen müssen“ (Schaeffer et al. 2015). Durch sinkende Einwohnerzahlen und entsprechend verminderte öffentliche Einnahmen sind die Kommunen im ländlichen Raum derzeit häufig nicht in der Lage, entsprechend erforderliche Angebote der öffentlichen Daseinsvorsorge für die wachsende Anzahl älterer und beeinträchtigter Menschen aufrechtzuerhalten oder gar bedarfsgerecht anzupassen (Weiß et al. 2017). Der Koalitionsvertrag der Bundesregierung 2021-2025 kündigt zwar Maßnahmen zur strukturellen Weiterentwicklung ländlicher Regionen explizit an, innovative Ansätze für die Langzeitpflege in ländlichen Regionen sind jedoch nach wie vor noch wenig verbreitet und leiden insbesondere unter mangelnden Anschlussstellen für eine nachhaltige Refinanzierung und für eine Integration in die Regelversorgung (Spohn & Lizarazo Lopez 2021). Insbesondere ist es derzeit noch wenig gelungen, die drei benannten Lösungsstrategien (Professionalisierung und Ausdifferenzierung der Pflege, Etablierung von Sorgegemeinschaften und Digitalisierung des Pflegewesens) systematisch und konzeptionell zu verbinden, um die drängenden Problemstellungen zielgerecht zu bearbeiten (vgl. Hülsken-Giesler 2022).

Als vielversprechender Ansatz zur Bearbeitung der skizzierten Problemstellung wird seit einigen Jahren vorgeschlagen, Case- und Care Management zur gezielten Steuerung von komplexen Problemlagen im Kontext von Pflege und gesundheitlicher Versorgung zu etablieren, um Menschen mit (angehendem) Pflegebedarf sowie ihre An- und Zugehörigen bei der Sicherstellung der Versorgung zu unterstützen, die Versorgungs- und Beratungsanbieter zu entlasten und die Regionen durch Case und Care Management-Strukturen zu stärken. (z. B. BMFSFJ 2021, Auth et al. 2018, Klie & Monzer 2018, Brüker et al. 2017, Deutscher Bundestag 2016, Hoberg et al. 2013, Rothgang et al. 2012). Unklar bleiben in diesem Zusammenhang bislang Fragen der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, der angemessenen Konzeptionierung und Qualifizierung sowie der Effekte eines pflegebezogenen Case und Care Managements. Der Sachverständigenrat (SVR 2009) stellt bereits in seinem Gutachten aus dem Jahr 2009 fest, dass Hausärzt*innen kaum ausreichende Kapazitäten für Koordination und Fallsteuerung zur Verfügung stehen. Pflegestützpunkte leiden, aktuellen Evaluationen folgend, unter knappen personellen Ressourcen und nicht ausreichender Refinanzierung, die

dazu führen, dass *„ein Anspruch an vielfältige Kooperations- und Vernetzungstätigkeiten angesichts dieser Situation nicht erfüllbar ist.“* (Braeseke et. al 2018b: 189). Case Management in Form der Pflegeberatung nach §7a SGB XI wird entsprechend meist nicht konzeptionell durchgeführt (Wolff et al. 2023). Der Siebte Altenbericht der Bundesregierung fordert daher, dass koordinierende und fallsteuernde Tätigkeiten an *„zusätzlich qualifizierte Professionen (z. B. Fachkräfte aus der Pflege und der sozialen Arbeit als Case-Manager und -Managerinnen) zu übertragen“* seien (Deutscher Bundestag 2016: 151). Weitere Empfehlungen beziehen sich darauf, entsprechende Leistungen durch die Möglichkeiten der digitalen Transformation im Gesundheits- und Pflegewesen zu unterstützen (Deutscher Bundestag 2020). In Deutschland hat allein das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) zwischen 2008 und 2018 über 150 Millionen Euro in Forschungs- und Entwicklungsprojekte investiert, die digital gestützte Technologien zur Unterstützung der Pflege entwickeln (vgl. Fehling 2019). Allein über das Forschungsprogramm *„Mensch-Technik-Interaktion“* wurden in diesem Zusammenhang 307 einschlägige multidisziplinäre Forschungsprojekte gefördert (ebd.). Mit dem aktuellen Forschungsprogramm *„Miteinander durch Innovation“* im Rahmen der Hightech-Strategie 2025 der Bundesregierung investiert das BMBF von 2021–2025 weitere 350 Millionen Euro in die Entwicklung von interaktiven Technologien für Gesundheit und Pflege (BMBF 2020). Trotz dieser erheblichen Förder- und Entwicklungsbemühungen stehen für den deutschsprachigen Raum digital gestützte Software-Angebote zur Unterstützung von systematischen pflegebezogenen Care und Case Management-Prozessen bislang kaum bereit (Wunderlich et al. 2023, Béland et al. 2022).

Vor diesem skizzierten Gesamthintergrund zielte das G-BA-geförderte Projekt ›Regionales Pflegekompetenzzentrum - Innovationsstrategie für die Langzeitpflege vor Ort‹ (ReKo) auf die Erprobung und Evaluation eines pflegebezogenen Care und Case Management-Ansatzes in ländlichen Regionen. Dazu wurde an konzeptionelle Vorarbeiten zur Begründung von regionalen Pflegekompetenzzentren als Infrastruktureinrichtungen und als Case Management Organisationen (Klie & Monzer 2018) angeschlossen, die im Projektverlauf pflegebezogen weiterentwickelt und ausdifferenziert wurden. Mit diesem Ansatz sollten sektorenübergreifende und aufeinander bezogene, beratende, begleitende und intervenierende Fallbegleitungen sowie Impulse für eine systematische regionale Pflegeinfrastrukturentwicklung ermöglicht werden. Das Ziel der *ReKo-CM-Fallbegleitungen* bestand darin, bedarfsgerechte Unterstützungsleistungen zum Aufbau und zur Stabilisierung von Sorgenetzwerken zu erbringen und darüber messbare Effekte in Bezug auf eine Verbesserung der Gesundheits- und Pflegesituationen der ReKo-Klient*innen zu erzeugen (z. B. Pflegebedarfsentwicklung, Inanspruchnahme von Gesundheits- und Pflegedienstleistungen, Belastungserleben, gesundheitsbezogene Lebensqualität u.a.m.). Ein weiteres Ziel der ReKo-Arbeiten bestand darin, die Erfahrungen und Erkenntnisse aus den Einzelfällen (Mikroebene) systematisch und digital-gestützt zu erheben (z. B. Versorgungslücken) und im Sinne des Care Managements in die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen auf der regional-institutionellen Meso- sowie der regionalen Makroebene einzubringen, um eine systematische Entwicklung und Stärkung der kommunalen Netzwerk- und Versorgungsstrukturen zu erreichen.

Zur Untersuchung der Effekte der ReKo-Interventionen wurden insgesamt sieben Zielgruppen einbezogen. Ausgeschlossen wurden Menschen in präfinaler und finaler Lebensphase, Personen mit fortgeschrittenen demenziellen Erkrankungen sowie Personen unter 18 Jahren.

- *Zielgruppe 1:* Personen mit somatischen und/oder kognitiven Beeinträchtigungen, die einem Pflegerisiko unterliegen, aber noch keine Einstufung nach Pflegegraden (gemäß SGB XI) erhalten haben;
- *Zielgruppe 2:* Personen mit sozialrechtlich anerkanntem Pflegebedarf (Pflegegrad nach SGB XI);
- *Zielgruppe 3:* Pflegende An- und Zugehörige;
- *Zielgruppe 4:* Professionelle Leistungserbringer in Versorgungskontexten der ReKo-Proband*innen (z. B. Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen usw.);
- *Zielgruppe 5:* Informelle Unterstützungspersonen in Versorgungskontexten der ReKo-Proband*innen (z. B. Ehrenamtliche, Selbsthilfegruppen usw.);
- *Zielgruppe 6:* Vertreter*innen von Krankenkassen sowie
- *Zielgruppe 7:* Akteure aus dem Bereich der regionalen Vernetzung (Kommunen, Vereine, Kultur usw.).

Folgende Teilfragestellungen wurden im Rahmen der ReKo-Evaluation verfolgt:

- Komplexität von pflegebezogenen CM-Fällen
- Veränderung der subjektiv erlebten Versorgungsqualität
- Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
- Veränderung der allgemeinen Lebenszufriedenheit
- Subjektiv erlebte Servicequalität
- Stabilisierung der Sorgenetzwerke
- Veränderungen der Pflegebedürftigkeit (primärer Endpunkt)
- Art und Dauer von Pflegeleistungen SGB V/SGB XI
- Art und Dauer von privat finanzierten Pflegeleistungen
- Privatfinanzierte Alltagsgestaltung und Haushaltsführung
- Hospitalisierungsrate (primärer Endpunkt)
- Anzahl der Krankenhausaufenthalte und -tage
- Anzahl der Arztkontakte
- Entwicklung Medikamentenverschreibung
- Belastungen professioneller Helfer*innen
- Belastungen pflegender Angehöriger
- Zusammenarbeit im Versorgungsmix
- Regionale Versorgungsinfrastruktur
- Regionale IT-Infrastruktur
- Vertrauen in technologische Strukturen
- Nutzungsstatistiken CM-Portal und Patient*innenportal
- Bewertung der IT-Infrastruktur
- Kosten der Intervention auf Seiten der Leistungsträger
- Individuelle Kosten auf Seiten der Klient*innen
- Kosten-Nutzen-Analyse

Der hier vorgelegte Evaluationsbericht stellt das methodische Vorgehen im Mixed-Method-Design, die Ergebnisse der ReKo-Evaluation im Hinblick auf die benannten Fragestellungen sowie Folgerungen und Empfehlungen für einen Transfer des ReKo-Konzeptes auf weitere Regionen detailliert vor.

2 Darstellung des Evaluationsdesigns

2.1 Interventionsbeschreibung: ReKo-CM

Gemäß der Definition der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) hat CM als Handlungsansatz den Zweck, für den Einzelfall bedarfsentsprechend Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung zu bewerkstelligen. Ein weiteres Ziel von CM besteht darin, zur effektiven und effizienten Steuerung von Leistungsprozessen in der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens beizutragen (DGCC 2020).

Im Rahmen des Projektes ReKo wurde ein CM-Ansatz erprobt und evaluiert, der unter der Bezeichnung „Regionales Pflegekompetenzzentrum“ spezifisch als sektorenübergreifende „Innovationsstrategie für die Langzeitpflege vor Ort“ in ländlichen Regionen konzipiert wurde (Klie und Monzer 2018) und im Projektverlauf pflegebezogen weiterentwickelt und ausdifferenziert wurde.

Das pflegebezogene ReKo-CM wurde als Case Management-Organisation (CM-O) in die bestehenden Versorgungsstrukturen der ReKo-Modellregionen eingebunden. Eine CM-O ist ein System, das sämtliche Prozesse vom Fall ausgehend denkt und dabei institutionelle Grenzen überwindet (Monzer 2017). Kennzeichen der ReKo-CM-O war dementsprechend die sektorenübergreifende und aufeinander bezogene, beratende, begleitende und intervenierende Fallbegleitung. Die ReKo-CM-O zielte im Sinne der integrierten Versorgung (§140 SGB V) auf eine Verbindung von medizinischen und lebensweltlichen Gesundheitsaspekten. Das Denken und Handeln der ReKo-Case Manager*innen war daher stets am Fall orientiert und überinstitutionell, um informelle Unterstützungssysteme sowie Akteure verschiedenster Leistungserbringer der ambulanten und stationären Versorgung zu verknüpfen und Steuerungen der Versorgungsprozesse zu unterstützen. Im Rahmen des ReKo-CM wurden im Projektverlauf Kriseninterventionen und fallorientierte Koordinationen von Sorgeleistungen erbracht, um die Stabilisierung von Pflegearrangements zu erreichen, bei denen mit Blick auf die konkreten Fallbedarfe Unter- oder Fehlversorgung durch die informellen Unterstützungssysteme und die Angebote der Regelversorgung erkennbar sind. Die Erfahrungen und Erkenntnisse (z. B. Versorgungslücken) aus den Einzelfällen (Mikroebene) fließen, diesem Ansatz folgend, im Sinne des Care Managements in die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen auf der institutionellen Meso- sowie auf der regionalen Makroebene ein, um eine systematische Entwicklung und Stärkung der kommunalen Netzwerk- und Versorgungsstrukturen zu erreichen.

Die ReKo-CM-O wurde in den Modellregionen des ReKo-Projektes dezentral umgesetzt, d. h. die Case Manager*innen waren über relevante Institutionen in den Regionen verteilt, um die Sichtbarkeit und Erreichbarkeit zu erhöhen, einen niedrigschwelligen Zugang für Betroffene

zu gewährleisten, eine Einbindung in die regionalen Netzwerke vor Ort zu unterstützen und möglichst „kurze Wege“ zwischen ReKo-CM und den Klient*innen sowie den regionalen Stakeholdern sicherzustellen (vgl. Abbildung 1).

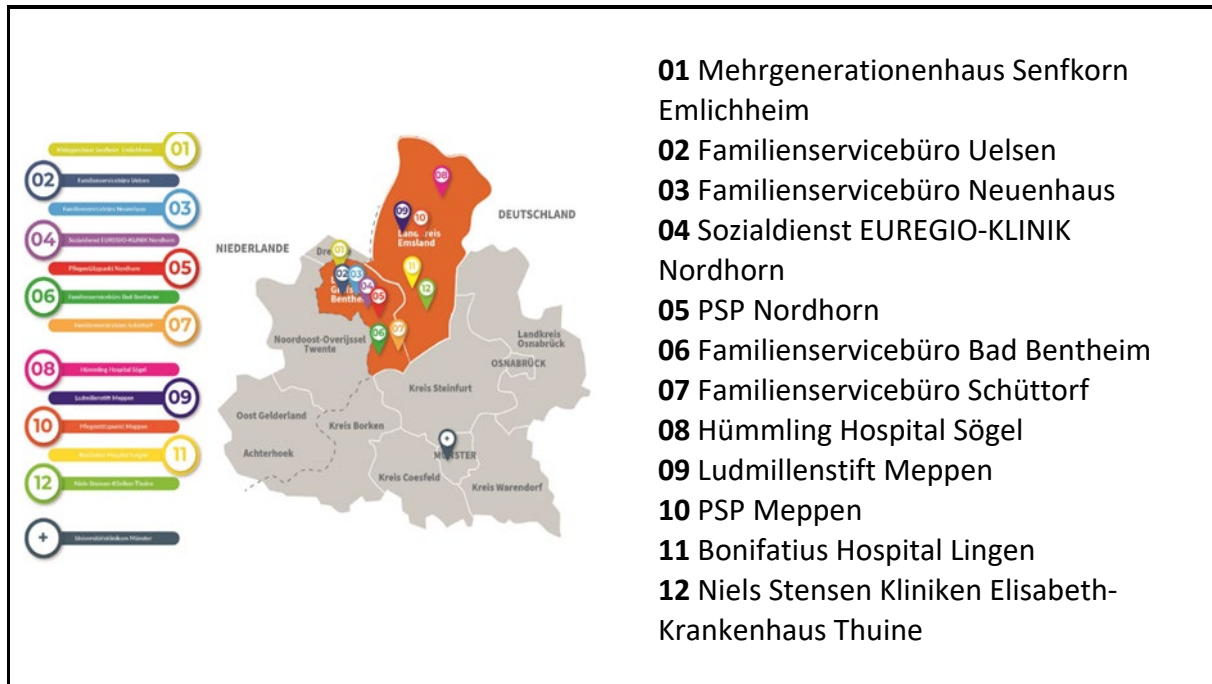


Abbildung 1: ReKo-Standorte in den Modellregionen

Der ReKo-Projektpartner „Gesundheitsregion EUREGIO e. V.“ (GEU), ein unabhängiges und regional etabliertes Gesundheitsnetzwerk mit 173 Mitgliedern aus der Gesundheitswirtschaft der Region (<https://www.gesundheitsregion-euregio.eu/>), hat den Aufbau und die Umsetzung von ReKo-CM und ReKo-CM-O im Rahmen der Projektarbeiten verantwortet.

Für die Intervention wurden von der GEU eine Gesamtleitung, zwei Projektkoordinator*innen bzw. Teamleitungen und insgesamt 16 Case Manager*innen (in Vollzeit/Teilzeit) eingesetzt. Außerdem wurden weitere Mitarbeitende unterstützend (z. B. für die IT) hinzugezogen.

Die in der ReKo-CM-O eingesetzten Case Manager*innen verfügten über einen Qualifikationsmix. Dieser setzte sich zum einen durch den Abschluss einer pflegerischen Ausbildung und zum anderen durch das Absolvieren der CM-Qualifikation nach DGCC (210 Stunden Fortbildung) zusammen. Im Projekt bildete eine Person eine Ausnahme, da diese eine Ausbildung in der sozialen Arbeit abgeschlossen hat aber dennoch über pflegerische Vorerfahrungen verfügte.

Die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der ReKo-Case Manager*innen umfassten ein breites Spektrum:

- Zugehende Identifikation von potenziellen CM-Klient*innen
- Kriteriengeleitete Fallauswahl
- Strukturierte Bedarfserhebung
- Einbeziehung der Klient*innen und ihrer An- und Zugehörigen in die Hilfeplanung
- Individuelle Prozesssteuerung im Versorgungssystem
- Entwicklung von standardisierten Behandlungspfaden

- Organisation und Koordination der internen Prozesse im Versorgungssystem (Aufnahme, Abschluss, Überleitung)
- 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.

Im Folgenden werden die Tätigkeitsfelder auf die verschiedenen Ebenen der Versorgung (Mikro-, Meso- und Makroebene) bezogen dargestellt.

ReKo-Intervention auf der Fallebene (Mikroebene)

Das ReKo-CM auf der Mikroebene der konkreten Fallbearbeitung zielte, ganz im Sinne etablierter CM-Ansätze, primär auf eine Stabilisierung von fallspezifischen Versorgungskonstellationen durch Aktivitäten des Netzwerkaufbaus und der Netzwerkkoordination. Im Mittelpunkt standen die fallspezifischen Herausforderungen, instabile Fallkonstellationen im Umfeld von Pflegerisiko und konkretem Pflegebedarf in stabile Versorgungskonstellationen zu überführen. Das ReKo-CM übernahm damit im Projektverlauf keine Aufgaben der direkten (pflegerischen) Versorgung, es initiierte und unterstützte vielmehr den Aufbau von und eine koordinierte Zusammenarbeit in Versorgungsnetzwerken aus informellen Helfer:innen (z. B. An- und Zugehörige, Nachbarschaften, Ehrenamtliche u. a. m.), professionellen Leistungsanbietern im Gesundheits- und Pflegewesen (z. B. Pflegedienste, Lieferdienste, Haus- und Fachärzt*innen u. a. m.) und Akteuren aus Administration und Verwaltung (z. B. Kranken- und Pflegekassen, kommunalen Behörden u. a. m.). Das ReKo-CM erfolgte im Projektverlauf entlang der etablierten Prozessschritte von CM nach DGCC: Klärungsphase, Assessment, Serviceplan, Linking, Monitoring, Evaluation (Monzer 2018) (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Prozessschritte ReKo-CM

PROZESSSCHRITTE CM (Monzer 2018)	PROZESSSCHRITTE der ReKo-INTERVENTION
1. Klärungsphase	
Outreach CM-Angebot in der Versorgungsregion bekannt machen.	Kein Personenbezug – Versorgungsgebiet im Fokus Der Prozessschritt „Outreach“ findet vor, nach und parallel zu den CM-Schritten statt. „Outreach“, d. h. die Bekanntmachung des CM-Angebots, ist eine regelmäßige Aufgabe, welche die Bekanntheit des Versorgungsangebots und nicht die konkrete personenbezogene Dienstleistung im Fallgeschehen adressiert. Beschreibung: • Gespräche, Veranstaltungen, Informationsmaterialien und Werbung in den IG • Projekthomepage • Artikel in Tages- sowie Fachzeitschriften • Beteiligung gesamtes Konsortium • regelmäßige Gremiensitzungen mit den beteiligten Projektpartnern

Case Finding Auswahl der CM-Fälle anhand von Kriterien.	Kein Personenbezug – Versorgungsgebiet und Überleitungsprozesse im Fokus In der Prozessphase „Case Finding“ findet der Übergang vom regionalen Versorgungssystem zum CM statt. Beschreibung: • <i>Pflegestützpunkt (PSP)</i>: Hauptrekrutierungsweg, zentrale Rufnummer in beiden Landkreisen, gemeinsame IT-gestützte Plattform • <i>Krankenhäuser (KH)</i>: Enge Abstimmung mit Entlassmanagement • <i>Zuweisung der Krankenkasse (KK)</i>: im Projekt v. a. über DAK, digitale Vermittlung geeigneter Fälle über gemeinsame Plattform • <i>Kontaktformular im Internet</i>: Projektleitung erhält Kontaktanfrage, Vermittlung an CM durch Koordinator*innen • <i>Zentrale ReKo-Telefonnummer</i>: Zuordnung der Telefonnummern je Landkreis • <i>Sonstiges</i>: Persönliche Empfehlungen
Intaking Interne Verständigung mit dem*der Klient*in über die weiteren Schritte im CM und die grundsätzliche Aufnahme in das Versorgungsangebot.	Personenbezug – Einschreibung ins ReKo-CM Im Rahmen des „Intakings“ entsteht der ReKo-CM-Fall. Die Kontaktdaten werden aufgenommen und eine kurze Vorabprüfung der Eignung erfolgt. Beschreibung: • Aufnahme in das Versorgungsangebot • teilweise relevante Erkenntnisse für die darauffolgende Phase • Entscheidung, ob CM-Fall mit hohen oder niedrigen Koordinierungsanforderungen • Identifikation von Problemen • in akuten Situationen: erste CM-Aktivitäten
2. Assessment Problem- und Ressourceneinschätzung, Klärung Bedarf, Einschätzung der Selbstständigkeit und des Versorgungsnetzes, Erfassung bereits genutzter Angebote/ Wünsche/ Bedürfnisse der Klient*innen.	Personenbezug – Falleinschätzung Im Rahmen der „Assessment-Phase“ wird die komplexe Situation, die der Anlass für ein CM ist, erfasst und Bedarfe identifiziert. Beschreibung: • Problemen werden Informationsquellen zugeordnet • Erfassung unterstützender Ressourcen für Lösung/Maßnahmen • Klärung Ziele • Klient*innen-Gespräch
3. Serviceplan Aufgreifen von Problemen und Ressourcen, gemeinsame Vereinbarung von Zielen und Maßnahmen sowie Erfolgskriterien.	Personenbezug – Vereinbarung von Zielen und Maßnahmen In dieser Phase werden die Arbeitsvoraussetzungen für die darauffolgenden CM-Aktivitäten vereinbart. Beschreibung: • gemeinsame Erarbeitung von Problemen, Zielen und Maßnahmen Dabei werden folgende Absprachen im Serviceplan festgehalten (Monzer 2018): • „Was?“ Welches Problem soll gelöst werden? Was ist Lösung/ Zielzustand? • Bis wann? Festlegung von Zeitspannen/Zeitpunkten/Fristen für Zielerreichung. • Wer? Benennung von Personen und Organisationen, die Erreichung der Ziele durchführen. • Verantwortungen? Verantwortliche für Zielerreichung. • Mit welchen Mitteln? Maßnahmen und Angebote zur Zielerreichung. • Notwendige Verhältnisse: Festlegung von Bedingungen, die angestrebten Zustand beschreiben.“

	Zielvereinbarungen: Ziele werden entsprechend der S (pezifisch) M (essbar) A (kzeptabel) R (ealistisch) T (erminiert)-Regel vereinbart. Unterscheidung zwischen Grundsatz-, Rahmen- und Ergebniszielen, die jeweils aufeinander aufbauen (Monzer 2018).
4. Linking Übertragung und Vermittlung der im Serviceplan festgelegten Maßnahmen an die richtigen (formellen, informellen) Maßnahmenträger.	Personen- und Systembezug – Vermittlung und Umsetzung von Maßnahmen Organisation und Begleitung des Übergangs vom individuellen Serviceplan in die Umsetzung in dem (regionalen) Versorgungsgebiet. Beschreibung: • Vorbereitung der Umsetzung der Maßnahmen durch das CM • Vermittlung von Angeboten, welche die Zielerreichung ermöglichen • ggf. Vereinbarung von Anpassungen von Versorgungsangeboten • Entwicklung neuer Angebote mit den Stakeholdern in der Versorgungsregion • Förderung der fallbezogenen Vernetzung der beteiligten Stellen, durch sichtbare Abstimmung und Förderung von Kooperationsbeziehungen • hier auch fallübergreifende Kooperation der formellen und informellen Anbieter*innen durch CM • ggf. Synergien zur „Outreach-Phase“.
5. Monitoring Quantitative und qualitative Absicherung der organisierten und vereinbarten Leistungen durch Beobachtung, Prüfung und Evaluation der im Serviceplan festgelegten Ziele.	Personen- und Systembezug – qualitative und quantitative Absicherung der vereinbarten Aktivitäten Innerhalb des „Monitoring“ werden die vereinbarten Probleme, Ressourcen, Ziele und Maßnahmen sowie deren Umsetzung im Verlauf fallspezifisch geprüft. Beschreibung: • qualitative und quantitative Überprüfung der im „Serviceplan“ und „Linking“ übertragenen Verantwortung an Dritte • Maßstab: Verfolgung und Erreichung der im „Serviceplan“ vereinbarten Ziele • Zielanpassung bei Unwägbarkeiten • durch „Monitoring“ sollen Abbrüche vermieden werden, indem Krisen und im Prozess entstandene Unsicherheiten frühzeitig erkannt und durch CM begleitet werden
6. Evaluation Rückblickende Feststellung und Beurteilung der Qualität.	Personenbezug – Zielerreichung und Beurteilung In der „Evaluation“ bewerten die Case Manager*in und der*die Klient*in unabhängig voneinander den CM-Prozess. Beschreibung: • Abschlussgespräch • Finalisierung Versorgungsplan • Resümee CM-Begleitung • in ReKo „Entpflichtung“ aufgrund der Projektbedingungen

ReKo-Intervention auf der Strukturebene (regionale Meso- und Makroebene)

Die ReKo-CM-O adressierte im Projektverlauf nicht nur die Fallebene der konkreten Unterstützung von Hilfe- und Pflegebedürftigen sowie von (pflegenden) An- und Zugehörigen. Das Ziel bestand darüber hinaus auch darin, auf der Basis der Erkenntnisse und Erfahrungen aus Versorgungsprozessen auf der Mikroebene die regionale Versorgungsstruktur auf der Meso- und Makroebene im Sinne eines Care Managements weiterzuentwickeln. Zu den

zentralen Aufgaben des ReKo-CM auf der institutionellen Ebene der regionalen Einrichtungen in Gesundheit und Pflege (Mesoebene) zählte es, regionale Schnittstellen auf- und auszubauen, Hilfe- und Dienstleistungsangebote regionaler Leistungsanbieter (z. B. Lieferdienste, Pflegedienste, Selbsthilfegruppen, Beratungsangebote, ehrenamtliche Unterstützungsangebote etc.) zu identifizieren und bedarfsgerecht zu vermitteln und Versorgungslücken zu identifizieren und zu dokumentieren. Zur Vernetzung auf der Fallebene waren enge Absprachen mit den entsprechenden Leistungsanbieter*innen erforderlich, bei denen das ReKo-CM als Initiator, als Treiber aber auch als begleitende und beratende Instanz hinzugezogen werden konnte. Außerdem hatte die ReKo-CM-O es zum Ziel, Institutionen innerhalb der Region zu vernetzen, Netzwerke zu stabilisieren, institutionelle Versorgungslücken zu identifizieren und bei der Weiterentwicklung der institutionellen Infrastruktur zu unterstützen sowie aktuelle Themen aus den Bereichen Pflege, Gesundheit und Soziales mit den Akteur*innen zu diskutieren.

Die ReKo-CM-O versteht sich somit einerseits selbst als lernende Organisation, indem sie neu aufgebaute Netzwerke aus Einzelfällen aufrecht erhält und für zukünftige, ähnlich strukturierte Fälle nutzbar macht. Andererseits leistet sie einen Beitrag zu einem regionalen lernenden System, indem sie Impulse aus Einzelfällen hervorhebt, die in bisherigen Strukturen keine Berücksichtigung gefunden haben und somit zur regionalen Weiterentwicklung beiträgt (Jalaß et al. 2024; Klie und Monzer 2018).

Zur Unterstützung einer effizienten konkreten Fallarbeit durch ReKo-CM und die fallorientierten Versorgungsnetzwerke wurde in der Interventionsregion ein digitales Ökosystem implementiert (Software-Lösung Quovero / Unterauftrag synectic software & services GmbH) (vgl. Tabelle 2), das eine transparente Dokumentation und Kommunikation von Gesundheitsdaten und Fallverläufen ermöglicht. Neben einem kontinuierlichen Einblick in medizinische und pflegerische Daten sollte damit der fallspezifische Informationsaustausch zwischen den fallbeteiligten Akteuren (z. B. ReKo-CM, Krankenhäuser, Apotheken) ermöglicht bzw. verbessert werden. Zunächst vorzugsweise zur Prozessdokumentation im CM-Prozess bereitgestellt, wurde das digitale Ökosystem im Projektverlauf in der Weise iterativ weiterentwickelt und erweitert, dass das digitale Unterstützungssystem einerseits auch systematisch von den konkreten ReKo-Zielgruppen (Personen mit Unterstützungsbedarf sowie pflegende An- und Zugehörige) genutzt und andererseits an die Telematikinfrastruktur angebunden werden konnte.

Die Zielstellung zum digitalen Ökosystem bestand darin, ein praktisch handhabbares Informations- und Kommunikationssystem zur gezielten Unterstützung von CM-Prozessen bereitzustellen, dass es ReKo-Case Manager*innen und Leistungserbringer*innen erlaubt, versorgungsrelevante Daten einfach und digital gestützt zu dokumentieren, sektorenübergreifend zu kommunizieren und einen digital gestützten Austausch von prozessrelevanten Daten und Verläufen auch mit Klient*innen und ggf. auch für (pflegende) An- und Zugehörigen zu ermöglichen. Die Case Manager*innen wurden im Projektverlauf kontinuierlich sowie durch gezielte IT-Schulungen in die Nutzung von Quovero eingeführt.

Tabelle 2 stellt eine Übersicht über die einzelnen Bestandteile des digitalen Ökosystems, deren Funktionen und Freischaltung dar.

Tabelle 2: Übersicht Entwicklung digitales Ökosystem

	Funktionen	Freischaltung
Patient*innen-Portal - ermöglicht Klient*innen Zugriff auf verschiedene Daten innerhalb der Dokumentationssoftware sowie einen Text-, Sprach- und Videochat mit den Case-Manager*innen - Case-Manager*innen haben Möglichkeit auch Leistungserbringern einen Zugriff auf die Plattform zu gewähren und ihnen einen Einblick in versorgungsrelevante Unterlagen zu geben sowie sie zu den Chatkanälen hinzuzufügen - Austausch zwischen mehreren Parteien möglich <i>Ziel:</i> Bestmögliche Versorgung der Klient*innen	Kernfunktionen: Einladung zum Portal, Login, Chat, Videochat	30.06.2022
	- Anlage von Zugängen über Quovero - Bearbeitung der Daten bei "Stammdaten" und "Diagnosen" - Integrierter Text-, Audio- und Video-Chat - Persönlicher Terminkalender im Portal - Zugänge für Angehörige und Leistungserbringer - Gemeinsame Dateiablage - Zwei-Faktor-Authentifizierung	Juli 2022
	Hochladen von Dateien möglich	August 2022
	- Implementierung der Zwei-Faktor-Authentifizierung mittels SMS - Löschen und Bearbeiten von Chat-Nachrichten - Entfernen des Portal-Zugriffs für Datensätze und Benutzer in Quovero	Oktober 2022
	- Anbindung von Dritt-Software direkt an Quovero - Login für Dritte	September 2023
Info-Portal - Bereitstellung von Informationen für Personen mit Unterstützungsbedarf und An-/Zugehörige - Suchfunktion für Hilfsangebote	- erste Version der neuen Webseite präsentiert - erste Version der neuen Webseite fertiggestellt	Mai 2021
	Webseite öffentlich erreichbar (www.rekopflege.de)	Juni 2021
	- Formular zum Ausdruck wurde hinterlegt (Einverständniserklärung Chat) - Neue/weitere Diagnosen können erfasst/angegeben werden	August 2022
CM-Portal - Unterstützt die gesamte Fallarbeit der Case Manager*innen - Dokumentationstool, z. B. für Versorgungslücken - Abbildung der CM-Phasen - Erstellung von Betreuungs-/Maßnahmen-/Serviceplan	- Kontinuierliche Anpassung/Ergänzung und Korrektur - Berücksichtigung der Bedürfnisse der Case Manager*innen - Ausrichtung an Prozessen/Abläufen und Optimierung dieser	Dezember 2020- Juni 2023
Evaluations-Portal - Bereitstellung von Informationen und Berichten für die Evaluation - Schnittstelle zur Datentreuhandstelle - Proband*innen-Management	- Evaluationsportal verfügbar - Zugänge versendet	Januar 2021
	Pseudonym (SIC)-Anbindung	September 2021

2.2 Evaluation einer komplexen Versorgungsform

Die ReKo-Evaluationsstudien fokussierten auf Fragen der Wirksamkeit der im Projektverlauf durchgeführten ReKo-Intervention, die, wie beschrieben (siehe Kap. 2.1), auf drei zentralen Ebenen erfolgten:

- Aufbau und Etablierung eines pflegebezogenen *ReKo-CM-Systems* (Weiterentwicklung der Versorgungsqualität auf der individuellen *Fallebene*)
- Aufbau und Etablierung einer *regionalen CM-O* (Weiterentwicklung der Versorgungsqualität auf der regionale *Strukturebene*)
- Aufbau und Etablierung einer *digitalen Infrastruktur* zur Unterstützung der Arbeiten auf der Fallebene (Software *Quovero* für Beratung, Dokumentation und Patient*innenportal in Kontexten von CM, Anschluss an Telematikinfrastruktur) und der regionalen Strukturebene (Leistungserbringerportal).

Die skizzierten ReKo-Interventionen stellen komplexe Intervention dar (Abraham und Möhler 2023), da a) sie verschiedene Interventionskomponenten mit Auswirkungen auf der Mikro-, Meso- und Makroebene der regionalen Versorgung umfassen (siehe Kap. 2.1) b) die Interventionseffekte aufgrund des neu entwickelten *pflegebezogenen* CMs nicht abzuschätzen sind und c) durch eine Schwerpunktsetzung auf regionale Strukturentwicklung eine hohe Kontextsensitivität vorliegt (Robert Koch-Institut, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und 2012; Abraham und Möhler 2023)

Zur Evaluation dieser komplexen neuartigen Intervention wurde antragsgerecht ein *integrativer Ansatz* zum *Methodenmix* verwendet (Höhmnn und Bartholomeyczik 2013). Die ReKo-Interventionen wurden entsprechend über ein *multimethodisches Evaluationsverfahren* untersucht, das eine Kombination aus quantitativen und qualitativen Methoden, objektiven und partizipativen Verfahren sowie Selbst- und Fremdbewertungen umfasst (Kliche et al. 2006). Die Evaluierung nach dem integrierten Ansatz umfasste *formative* und *summative Datenauswertungen*, wobei die formativen Evaluationen auf Basis von Zwischenergebnissen erfolgten und die summativen Evaluationen Datenanalysen zum Ende der Projektlaufzeit umfassten.

Die Datenerhebungen im Rahmen des ReKo-Projekts wurden entsprechend der Vorgaben des GB-A Innovationsfonds unterteilt in: Effektmessungen, Prozessevaluationen und gesundheitsökonomische Analysen (siehe 2.4.), wobei einzelne verwendete Evaluationsverfahren mehrfach zuzuordnen sind (z. B. (Experten-)Interviews im Rahmen von Prozess- und Effektevaluationen).

In der Prozessevaluation (formative Evaluation) wird während der Maßnahmen kritisch bewertet, inwiefern die Intervention zum erwünschten Erfolg führt (Haack und Haß 2020). Entsprechend nimmt in diesem Fall die Evaluation eine gestaltende Rolle im Rahmen der Intervention ein, da die Intervention je nach Evaluationsergebnissen sukzessiv und iterativ noch angepasst werden kann. Im Rahmen der Prozessevaluationen wurden Daten in Bezug auf die *regionale Versorgungsinfrastruktur*, die *IT-Infrastruktur* sowie zur Analyse des *digitalen Ökosystems* erhoben. Entsprechende Datenanalysen wurden begleitend über die gesamte Projektlaufzeit vorgenommen und dokumentiert. Aus diesen formativen Evaluationsarbeiten

wurden Teilergebnisse abgeleitet und an das Interventionsteam zurückgespielt, um ausgesuchte Anpassung der Interventionen vorzunehmen (Haack und Haß 2020).

Die Zwischenergebnisse der Infrastrukturanalysen (t0) wurden in diesem Sinne z. B. in strukturierter Berichtsform bereitgestellt (Jalaß et al. 2022), Zwischenergebnisse aus den Evaluationen zum digitalen Ökosystem über monatliche Feedbackschleifen mit dem ReKo-Interventionsteam und dem Unterauftragnehmer Firma synectic ausgetauscht.

Die ReKo-Effektmessungen erfolgen in einem *quasi-experimentellen Design* (Zwei-Gruppen-Prä-Post-Design), um die Wirkungen der ReKo-Interventionen *summativ* zu untersuchen (Panfil und Mayer 2013). Dazu wurde eine *Interventionsgruppe (IG)* in den Modellregionen und eine *Kontrollgruppe (KG)* in vergleichbaren Regionen rekrutiert (siehe Kap. 2.2.3). Die ReKo-Evaluationen fokussierten – im Anschluss an die einschlägige Studienlage zur Untersuchung der Wirksamkeit von CM auf die Versorgungsqualität – auf die Ebenen "Effekte", "Impact" und "Outcome" (Löcherbach et al. 2013a; Löcherbach et al. 2013b; Löcherbach et al. 2009; Hermsen und Löcherbach 2018). Effekte bezeichnen unmittelbar sichtbare und objektiv messbare Wirkungen der Intervention, die subjektive Wirkung auf die Leistungsempfänger wird als Impact beschrieben und Outcome lässt sich als indirekte Auswirkung auf Gesellschaft und Umwelt auffassen (Löcherbach et al. 2013b). Effekte, Impact und Outcome wurden über verschiedene Messzeitpunkte summativ überprüft, lediglich die Outcomes zur regionalen Infrastrukturentwicklung (Infrastrukturanalysen) wurden neben Effektmessungen auch einer formativen Evaluation unterzogen.

Bei *gesundheitsökonomischen Evaluationen* werden gesundheitsbezogene Daten hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit der Versorgungsprozesse untersucht und mit Blick auf Kosten-Nutzen-Relationen analysiert. Dazu wurden im Rahmen der ReKo-Evaluationen Angaben aus Fragebögen und Routinedaten zu Ausgaben für Leistungen der gesundheitlichen Versorgung sowie für die Krankenhausaufenthalte mit Blick auf Korrelationen mit den benannten ReKo-Interventionen untersucht. Darüber kann festgestellt werden, ob es zu finanziellen Einsparungen durch die Intervention gekommen ist (Schöffski 2011). Die gesundheitsökonomischen ReKo-Evaluationen waren als summativ Evaluationen angelegt.

2.2.1 Endpunkte entsprechend dem ReKo-Evaluationskonzept

Antragsgerecht wurden mit den ReKo-Evaluationsarbeiten mehrere primäre und sekundäre Endpunkte verfolgt.

Primäre Endpunkte der ReKo-Evaluationen

- Hospitalisierungsrate (Aufenthalte im Krankenhaus und in Langzeiteinrichtungen)
- Veränderungen der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad SGB XI, Barthel Index (BI), interRAI Home Care (interRAI HC))

Sekundäre Endpunkte der ReKo-Evaluationen

- Allgemeine Lebenszufriedenheit (Fragebogen zur Lebenszufriedenheit FLZ, t0/t1/t2) und individuumsbezogene und populationsbezogene Längsschnitterhebung zu gesundheitsbezogener Lebensqualität (SF 12 oder SF 36, t0/t1/t2).

- Anzahl der Arztkontakte (KK-Routinedaten, t0/t1), Anzahl der Krankenhausaufenthalte und -tage (Rehospitalisierungsrate) (KK-Routinedaten, t0/t1) sowie Entwicklung Medikamenten-verschreibung (KK-Routinedaten, t0/t1))
- Art und Dauer von Pflegeleistungen nach SGB V / SGB XI (KK-Routinedaten, t0/t1), Art und Dauer von privat finanzierten Pflegeleistungen (standardisierte Erhebung bei Leistungsempfängern, t0/t1) sowie Entwicklung von Pflegebedürftigkeit (Resident Assessment Instrument, RAI, t0/t1/t2)
- Externe Unterstützung in der Alltagsgestaltung und Haushaltsführung (standardisierte Erhebung bei Leistungsempfängern, t0/t1)
- Belastungserleben von professionellen Helfern (t0/t1/t2) sowie Belastung von pflegenden Angehörigen (Burden Scale for Family Caregivers, t0/t1/t2)
- Infrastrukturanalyse (Community-Health Assessment, Routinedaten) (t0, t1) (Landkreise Emsland, Grafschaft Bentheim, Cloppenburg, Oldenburg und Vechta)
- Zusammenarbeit im Versorgungsmix
- Sozioökonomische Ressourcen in Privataushalten (Ausgabenbereitschaft und materielle Situation der Adressaten)
- Kriterien zur Bewertung der IT-Infrastruktur (digitales Ökosystem) nach DIN ISO/IEC 25000 wie bspw. Funktionalität, Angemessenheit, Interoperabilität, Sicherheit, Zuverlässigkeit, Benutzbarkeit, Effizienz (Landkreise Emsland, Grafschaft Bentheim, Cloppenburg, Oldenburg und Vechta)

Weiterhin wurden antragsgerecht die nachfolgenden Gesichtspunkte untersucht:

- Leistungsempfänger*innen: Zufriedenheit, Erfahrungen, Subjektiv erlebte Versorgungsqualität, Servicequalität
- Pflegende Angehörige sowie informelle Helfer*innen: Zufriedenheit, Erfahrungen, subjektiv erlebte Versorgungsqualität, Servicequalität
- Professionelle Versorgungspraxis: Innovationen in der Versorgung, Zufriedenheit, Erfahrungen, interdisziplinäre Zusammenarbeit. Im Case-Management zusätzlich: Weiterentwicklung von Versorgungs-Mix-Strukturen/Prozessinnovation (trägerübergreifende Zusammenarbeit, Aufgabenverteilung, Verantwortlichkeiten, Delegation, Konkurrenz: Bedarfe, Entwicklungen, Erfahrungen, Herausforderungen etc.). Erfahrungen und Herausforderungen der Refinanzierung, rechtliche Herausforderungen, Hybriditäts-Management
- Management/Leitungen: Innovationen in der Versorgung, Erfahrungen und Herausforderungen der Refinanzierung, rechtliche Herausforderungen, Weiterentwicklung von Versorgungs-Mix-Strukturen/Prozessinnovation, Hybriditäts-Management
- Netzwerkakteure aus der Region (Vertreter*innen aus Kommunen, Vereinen etc.): regionale Koordinierungs-, Abstimmungs- und Planungsstrukturen und -verfahren: Bedarfe, Entwicklungen, Erfahrungen, Herausforderungen

Gesamtübersicht >ReKo-Evaluations-Endpunkte< in der vorgelegten Berichtsstruktur

- Subjektiv erlebte Versorgungsqualität
- Komplexität des CM-Falls
- Veränderung der allgemeinen Lebenszufriedenheit
- Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
- Stabilisierung der Sorgenetzwerke
- Subjektiv erlebte Servicequalität und Kompetenzanforderungen
- Veränderungen der Pflegebedürftigkeit (primärer Endpunkt)
- Art und Dauer von Pflegeleistungen SGB V/SGB XI
- Art und Dauer von privat finanzierten Pflegeleistungen
- Privatfinanzierte Alltagsgestaltung und Haushaltsführung
- Hospitalisierungsrate (primärer Endpunkt)
- Institutionalisierungsrisiko
- Anzahl der Krankenhausaufenthalte und -tage
- Rehospitalisierungsrate
- Anzahl der Arztkontakte
- Entwicklung Medikamentenverschreibung
- Belastungen professioneller Helfer*innen
- Belastungen pflegender Angehöriger
- Zusammenarbeit im Versorgungsmix
- Regionale Versorgungsinfrastruktur
- Regionale IT-Infrastruktur
- Kosten der Intervention auf Seiten der Leistungsträger
- Individuelle Kosten auf Seiten der Klient*innen
- Kosten-Nutzen-Analyse
- Kriterien zur Bewertung der IT-Infrastruktur
- Nutzungsstatistiken CM-Portal und Patient*innenportal
- Vertrauen in technologische Strukturen

Die benannten Endpunkte wurden jeweils mit konkreten Forschungsfragen und Hypothesen versehen (zur Gesamtübersicht siehe Anlage 1) Die Präsentation der Evaluationsergebnisse orientiert sich an diesen Forschungsfragen und Hypothesen, die den entsprechenden Teilkapiteln jeweils vorangestellt sind (vgl. Kap. 2.5). Die Evaluationsendpunkte werden damit nicht chronologisch adressiert, sondern entlang der festgestellten Effekte auf der Mikro-Ebene, der Meso-Ebene sowie der Makro-Ebene.

Der sekundäre Endpunkt zu sozioökonomischen Ressourcen in Privataushalten (Ausgabenbereitschaft und materielle Situation der Adressaten) wird im weiteren Verlauf der Evaluationsberichtes in den Kapiteln 3.9 ›Privat finanzierte Pflegeleistung‹ und 3.10 ›Privat finanzierte Alltagsgestaltung und Haushaltsführung‹ untersucht. In den letzten Jahren hat sich die Studienlage zu Fragen nach dem sozioökonomischen Status und der häuslichen Pflege, unter anderem unter dem Mitwirken des Evaluators, weiterentwickelt. Verwiesen wird hier im Zusammenhang mit Fragen nach den Inanspruchnahme-Effekten von Unterstützungsleistungen im Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status auf Englert et al. (2023b) und in Bezug auf häusliche Pflege und soziale Ungleichheit auf Englert et al. (2023a).

2.2.2 Zielgruppen mit Ein- und Ausschlusskriterien für Proband*innen

In die ReKo-Evaluationsarbeiten wurden insgesamt sieben Zielgruppen (ZG) einbezogen, die im Folgenden skizziert und über Ein- und Ausschlusskriterien definiert werden.

Zielgruppe 1 (ZG 1)

Die ZG 1 umfasst Menschen mit somatischen und/oder kognitiven Beeinträchtigungen, die einem Pflegerisiko unterliegen, aber noch keine Einstufung nach Pflegegraden (gemäß SGB XI) erhalten haben. Personen wurden der ZG 1 zugeordnet, wenn sie wohnhaft in der Modellregion (erster Wohnsitz) waren und in medizinisch-pflegerischer Versorgung (Zugang über Hausärzte, Krankenkassen, CM, PSP, Pflegedienste, stationäre Einrichtungen) aufgrund von zwei oder mehr gesicherten Diagnosen oder einem gesicherten stationären Aufenthalt entlang der in Tabelle 3 gelisteten Krankheitsfelder waren und damit nach ZQP (2016) als somatisch und/oder kognitiv beeinträchtigt galten.

Tabelle 3: ReKo-Einschlusskriterium ICD-10-Codes

Krankheitsfelder	ICD-Code
Neubildungen	C00. - C97.
Arteriosklerose	I70.23, I70.24, I70.25
Osteoporose mit pathologischer Fraktur	M80.
Arthritis	M05., M06.
Fraktur des Femurs oder des Beckens und der Lendenwirbelsäule	S32., S72.
Demenz	F00., F01., F02., F03., F05.
Diabetes mit peripheren Gefäßkomplikationen	E10.5, E11.5
Schlaganfall	I63., I64.
Ischämische Herzkrankheiten	I20. – I25.

Weiterhin wurden Personen in die ZG1 einbezogen, die Verordnungen zu den in Tabelle 4 angeführten Produktgruppen gemäß SGB V erhalten haben:

Tabelle 4: ReKo-Einschlusskriterium Hilfsmittel-Codes SGB V

Produktgruppe	Code Hilfsmittelverzeichnis SGB V
Gehhilfen	10
Hilfsmittel gegen Dekubitus	11
Inkontinenzhilfen	15

Kranken/-Behindertenfahrzeuge	18
Mobilitätshilfen	22
Pflegehilfsmittel	50, 51, 52, 54

Zielgruppe 2 (ZG 2)

Die ZG 2 umfasst Personen mit sozialrechtlich anerkanntem Pflegebedarf (Pflegegrad nach SGB XI) und wohnhaft in der Modellregion (erster Wohnsitz).

Zielgruppe 3 (ZG 3)

Die ZG 3 umfasst (pflegende) Angehörige von ReKo-Proband*innen der ZG 1 und 2. Weiterhin wurden Personen, wohnhaft in der Modellregion (erster Wohnsitz) in ZG 3 eingeschlossen, „die einen pflegebedürftigen Menschen aus dem familiären oder erweiterten Umfeld unentgeltlich (ausgenommen Pflegegeld gemäß §37 SGB XI) und längerfristig körperlich pflegen und/oder hauswirtschaftlich versorgen und/oder psychosozial betreuen“ (Lichte et al. 2019, S.10), der keine ReKo-Leistungen in Anspruch nimmt.

Die ZG 1-3 der IG erhält die Leistungen der Intervention im Rahmen eines Vertrages nach § 140a SGB V (Besondere Versorgung). Für die Durchführung wurde vom Konsortialführer (DAK) mit der GEU ein Selektivvertrag abgeschlossen.

Ausschlusskriterien ZG 1-3:

1. Personen in präfinalen und finalen Lebensphasen,
2. Personen mit fortgeschrittenen demenziellen Erkrankungen,
3. Personen unter 18 Jahren.

Zielgruppen 4-7 (ZG 4-7)

Die ReKo-Evaluationen richteten sich weiterhin antragsgerecht auf folgende Leistungserbringer und Unterstützungspersonen im Umfeld der ReKo-Interventionen:

- ZG 4: Professionelle Leistungserbringer in Versorgungskontexten der ReKo-Proband*innen (z. B. Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen usw.),
- ZG 5: Informelle Unterstützungspersonen in Versorgungskontexten der ReKo-Proband*innen (z. B. Ehrenamtliche, Selbsthilfegruppen usw.)
- ZG 6: Vertreterinnen von Krankenkassen sowie
- ZG 7: Akteure aus dem Bereich der regionalen Vernetzung (Kommunen, Vereine, Kultur usw.).

Die Selektion von Proband*innen ZG 4-7 wurde über unmittelbare oder mittelbare Teilnahme an den ReKo-Interventionen vorgenommen.

2.2.3 Datenerhebung in der IG und KG

Das quasi-experimentelle Design (Zwei-Gruppen-Prä-Post-Design) der summativen Evaluation setzt eine IG und eine KG voraus (Pissarek und Wild 2018). Eingeschriebene Personen aus der IG erhielten im Projektverlauf die skizzierten ReKo-Interventionen (siehe Kap. 2.1). Personen

aus der KG erhielten keine ReKo-Interventionen, sie konnten die jeweils verfügbaren regionalen informellen Unterstützungs- und professionellen Dienstleistungsangebote in Anspruch nehmen.

Um für die IG und KG vergleichbare Bedingungen zum Projektstart vorauszusetzen (Panfil und Mayer 2013), wurden die Proband*innen der KG in Regionen rekrutiert, die der IG in den Merkmalen ›Ländlichkeit‹, ›Sozioökonomische Lage‹ und ›Altersverteilung‹ weitestgehend gleichen (Thünen Institut 2018).

Interventionsregion

Die ReKo-IG umfasst die Landkreise Emsland und Grafschaft Bentheim.

Der Landkreis Emsland erstreckt sich über 2.881 km² auf denen 331.397 Menschen leben (Stand 2021, vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Regionaldatenbank Deutschland 2023). 13,7 % der Bevölkerung sind zwischen 65 und 79 Jahren alt, 9,24 % der Altersgruppe 75+ Jahre, 5,8 % der Altersgruppe 80+ Jahre zugeordnet (Stand 2020/2021, vgl. Bertelsmann Stiftung 2023; Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Regionaldatenbank Deutschland 2023). Der Landkreis Grafschaft Bentheim hat auf seinen 980,86 km² 138.722 Einwohner*innen (Stand 2021, vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Regionaldatenbank Deutschland 2023). Sowohl der Anteil der 65- bis 79-Jährigen (14,5 %) als auch der Anteil der über 80-Jährigen (6,6 %) und der Anteil der über 75-Jährigen (10,27 %) ist etwas höher als im Emsland (Stand 2020/2021, vgl. Bertelsmann Stiftung 2023).

Die Interventionsregion kann mit Blick auf das Verhältnis von Einwohnerzahl und Fläche sowie durch die regionale Struktur mit vielen Dörfern und Kleinstädten als ländlich geprägte Region eingestuft werden.

Auswahl der Kontrollregionen

Basierend auf den vom *Thünen-Institut für ländliche Räume* (Thünen Institut 2018) ermittelten Statistiken wurden die Landkreise Cloppenburg, Oldenburg, Vechta, Ammerland, Delmenhorst, Diepholz, Gifhorn, Rotenburg (Wümme), Aurich, Celle, Emden, Nienburg (Weser) und Northeim als vergleichbare Landkreise zur Rekrutierung der KG ausgewählt. Die benannten Landkreise ähneln den Modellregionen insbesondere hinsichtlich der Merkmale ›Ländlichkeit‹ und ›Altersverteilung‹. Diese Indizes wurden im Auswahlprozess priorisiert, um das für das ReKo-Konzept konstitutive Merkmal „ländliche Region“ sicherzustellen. Möglichst genaue Übereinstimmungen in Bezug auf den Faktor ›Sozioökonomischen Lage‹ wurden im Projektverlauf dagegen weniger stark berücksichtigt, da die Anzahl der KG von zunächst drei auf neun erhöht werden musste, um die Erreichung der erforderlichen Fallzahl sicherzustellen. Die Auswahl der KG im Bundesland Niedersachsen wurde priorisiert, um vergleichbare Voraussetzungen in Bezug auf landesspezifische Versorgungsstrukturen in Gesundheit und Pflege zu gewährleisten.

Erhebungszeitpunkte Zielgruppen 1-3

Die Initialerhebungen (t0) wurden jeweils zum Zeitpunkt der Einschreibung der Proband*innen ZG 1-3 aus IG und KG vorgenommen. Die t0-Erhebung in ZG 1-3 bestand aus einem umfangreichen Fragebogen zur Lebens- und Pflegesituation sowie zur Techniknutzung

und -bereitschaft, der verschiedene Skalen und Instrumente umfasste. Leicht modifizierte Fragebögen wurden den Proband*innen nach 12 Monaten (t1, zum Abschluss der Interventions-/Kontrollzeit) sowie nach 18 Monaten (t2, 6 Monate nach Abschluss der Interventions-/Kontrollzeit) erneut zugesendet. Die Fragebögen umfassen je nach ZG unterschiedliche Skalen (siehe Kap. 2.4.3). Grundsätzlich orientierten sich die Fragestellungen an den Endpunkten der Evaluation, insbesondere mit dem Ziel summativer Effektevaluationen.

Parallel zum Fragebogenversand wurden in ZG 1 und ZG 2 in IG und KG Erhebungen zur klinischen Einschätzung von Pflegebedarf und Alltagsfunktionen (interRAI HC und Bartel-Index) zu t0, t1 und t2 durchgeführt. Die klinischen Assessments wurden von gesondert geschulten Study Nurses erhoben und dokumentiert, um eine strukturierte sowie wissenschaftlich etablierte Einschätzung von Pflegebedarf und Alltagsfunktionen zu erhalten (Garms-Homolová 2002).

Die abschließenden t2-Erhebungen fungierten als Follow-Up-Erhebungen, um (im Rahmen der ReKo-Laufzeit feststellbare) Langzeiteffekte zu identifizieren.

Neben den standardisierten Fragebogenerhebungen wurden in der IG in ZG 1-3 halbstrukturierte Interviews (zu t0 und t1) durchgeführt und eine Fokusgruppe (zu t0) der ZG 3 in der KG durchgeführt (siehe Kap. 2.5.1)

Weiterhin wurden im Projektverlauf Abrechnungsdaten (Sekundärdaten) der Kranken- und Pflegekassen zu den eingeschriebenen Proband*innen aus den ZG 1 und 2 in IG und KG zu den Erhebungszeitpunkten t0 und t1 eingeholt und analysiert.

Die Erhebungszeitpunkte zu den benannten Evaluationsansätzen sind Abbildung 2 zu entnehmen.

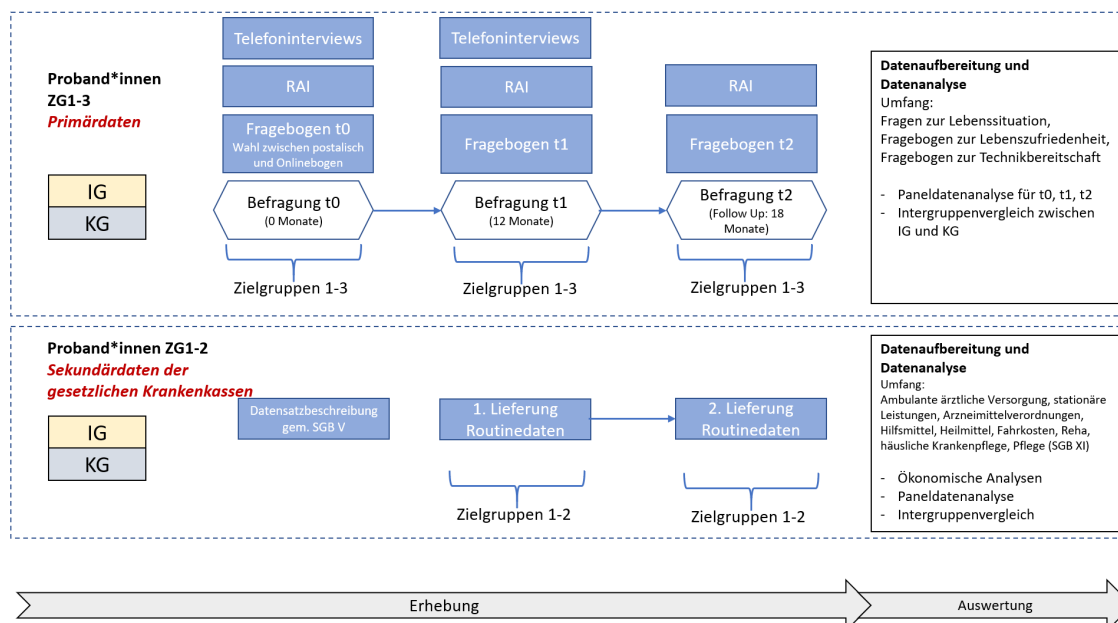


Abbildung 2: Darstellung des ReKo-Evaluationsdesigns in den zentralen Zielgruppen 1-3

Die Erhebungen bei den zentralen ZG 1-3 fokussierten vornehmlich auf die Auswirkungen der CM-Intervention (Fallebene) und des digitalen Ökosystems. Die Datenerhebungen bei ZG 4-7 adressierten die Auswirkungen der CM-Interventionen auf der Fallebene und darüber hinaus erkennbare Auswirkungen der ReKo-CM-O-Interventionen auf der regionalen Versorgungsebene.

Erhebungszeitpunkte Zielgruppen 4-7

Bei den ZG 4-7 wurden antragsgerecht qualitative Einzelinterviews (t0, t1) zu Beginn und zum Ende der Gesamtinterventionszeit des ReKo-Projektes in der IG und KG durchgeführt, um t0-/t1-Vergleiche über die Projektdauer zu ermöglichen. Im Rahmen dieser Interviews standen neben den übergeordneten Auswirkungen des ReKo-CMs und des digitalen Ökosystems auch die regionale CM-O im Fokus der Datenerhebung (siehe Kap. 2.5.1).

Ergänzend zu den Einzelinterviews wurden antragsgemäß Fokusgruppen zum Erhebungszeitpunkt t0 mit der ZG 4 durchgeführt. Zu t1 erfolgten keine Fokusgruppen, dafür wurden alle Case Manager*innen in qualitativen Einzelinterviews interviewt, um ein umfangreicheres Bild über die Effekte der Intervention aus Sicht des CM zu erlangen. Bei ZG 4 wurden zudem verschiedene standardisierte Fragebogenerhebungen (Online-Befragung) durchgeführt (siehe Kap. 2.4.3).

Um die regionale Versorgungsinfrastruktur und die digitale Infrastruktur in der IG vor Interventionsbeginn und zum Ende der Projektzeit zu vergleichen, wurden eine IT-Infrastrukturanalyse (IT-ISA) und ein Community Health Assessments (Cassells 2015) jeweils zu t0 (Projektstart) und t1 (Projektende) durchgeführt. Im Rahmen der Analysen wurden Sekundärdaten ausgewertet sowie Primärdaten über Interviews und Fokusgruppen erhoben. Die Ergebnisse der Infrastrukturanalysen wurden jeweils veröffentlicht (Jalaß et al. 2022) und bspw. im Rahmen von regionalen Projektgruppentreffen und Fokusgruppen an die regionalen Akteure zur Verarbeitung in den Regionen zurückgemeldet. Nähere Erläuterungen finden sich in Kap. 2.4.2.

2.3 Fallzahlberechnung und -erreichung

Fallzahlberechnung

Mit Hilfe einer Poweranalyse durch Anwendung der G*Power Software (HHU 2023) konnten die zum Nachweis der Effekte in den Endpunkten benötigten Proband*innenzahlen ermittelt werden:

Primäre Endpunkte (Hospitalisierungsrate und Veränderungen der Pflegebedürftigkeit): Ähnlich der üblichen Konventionen basieren die Berechnungen auf einer Teststärke von 0,8 und einem Alpha-Niveau von 5 % (Bortz und Schuster 2010). Dabei musste die Fallzahl so gewählt werden, dass sowohl bei abhängigen Gruppentests zu verschiedenen Zeitpunkten (wie t0 und t1) innerhalb der IG als auch bei unabhängigen Gruppentests zwischen IG und KG Effekte messbar waren.

- *Abhängiger t-Test (IG in t0 vs. t1):* Es wurde konservativ prognostiziert, dass der Interventionseffekt sich durch geringe Effekte auf die Zielgrößen auswirkt, weshalb eine Effektgröße von 0,1 gewählt wurde. Somit wird eine Mittelwertsabweichung

zwischen den Zeitpunkten t_0 und t_1 in der IG um das 0,1-fache der Standardabweichung erwartet. Daraus folgt, dass es zu 80 % wahrscheinlich ist, die erwarteten geringen Effekte zu detektieren. Die Berechnung der Fallzahl wurde so gewählt, dass Effekte in den beiden primären Endpunkten (Hospitalisierungsrate und Veränderungen der Pflegebedürftigkeit) nachgewiesen werden können. Durch Anwendungen der Poweranalyse konnte eine notwendige Proband*innenzahl von 620 für die IG, die Einschlusskriterium 1 oder 2 erfüllen, ermittelt werden. Die nötige Fallzahl von 620 galt analog für die ZG 1 und 2 der KG.

- *Unabhängiger t-Test (IG vs. KG jeweils zu t_0 und t_1):* Die Effektgröße zwischen den beiden Regionen wurde zu den jeweiligen Zeitpunkten als höher eingeschätzt, sodass eine Effektgröße von 0,2 für die Poweranalyse verwendet wurde (van den Noortgate et al. 2013). Es ergab sich eine notwendige Proband*innenzahl von 620 (310 in der IG, 310 in der KG), die das Einschlusskriterium 1 oder 2 erfüllen. Zudem wird für die ZG mit Einschlusskriterium 3 mit Effektstärken von über 0,2 gerechnet, sodass 300 Proband*innen pro Region notwendig sind.

Sekundäre Endpunkte: Da von einer geringeren Effektgröße als in den primären Endpunkten ausgegangen wurde, wurde die oben berechnete Proband*innenzahl als ausreichend für Effektnachweise in den sekundären Endpunkten eingestuft.

Somit ergibt sich $n = 620$ als notwendige Proband*innenzahl pro Region für die ZG 1 und 2. Da mit einer Drop-Out-Rate von 25 % zu rechnen ist (Röhrig et al. 2010), erhöht sich die Proband*innenzahl auf $n = 827$ pro Region. Analog ist bei der ZG 3 pro Region bei einem Dropout von 25 % mit $n = 400$ zu kalkulieren, um die erwarteten Effekte nachzuweisen. Abbildung 3 stellt die Fallzahlenberechnung mit Bezug zur IG dar. Selbige Zahlen gelten dementsprechend auch für die Rekrutierung in der KG.

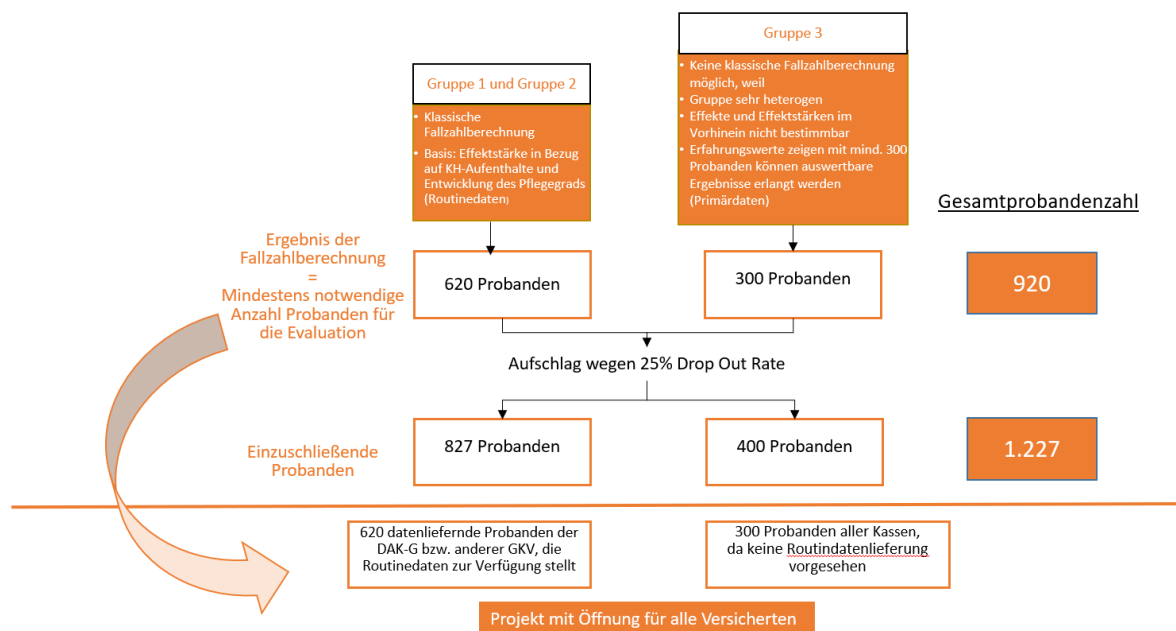


Abbildung 3: Berechnung der Fallzahlen mit Dropout-Rate in Höhe von 25 %

Trotz erschwelter Rekrutierungsbedingungen durch die COVID-19-Pandemie konnten die geplanten Fallzahlen annähernd erreicht werden (vgl. Tabelle 5). Die Drop-Out-Zahlen beinhalten alle Proband*innen, die ihre Teilnahme widerrufen haben oder aus anderen Gründen (Versterben, Erkrankung) aus dem Projekt ausgeschieden sind. In den Drop-Out-Zahlen nicht enthalten sind unvollständig abgeschlossene Erhebungen einzelner Proband*innen, wie etwa ein nicht zu allen drei Zeitpunkten (t0, t1 und t2) eingegangener Fragebogen. Die Drop-Out-Quote auf Basis der Ist-Fallzahlen ist durchgängig geringer als die vorab definierte Drop-Out-Rate in Höhe von 25 %. Sie beläuft sich in den ZG 1 und 2 auf 23,9 % in der IG und 24 % in der KG und in ZG 3 auf 9,8 % in der IG und 18,6 % in der KG.

Tabelle 5: Soll- und Ist-Fallzahlen im Vergleich

	Interventionsgruppe			Kontrollgruppe		
	erreichte Fallzahl (inkl. Dropout)	davon Dropout	erreichte Fallzahl nach Dropout	erreichte Fallzahl (inkl. Dropout)	davon Dropout	erreichte Fallzahl nach Dropout
Zielgruppe 1 + 2	740 (Soll: 827)	177 (23,9 %)	563 (Soll: 620)	745 (Soll: 827)	179 (24 %)	566 (Soll: 620)
Zielgruppe 3	397 (Soll: 400)	39 (9,8 %)	358 (Soll: 300)	290 (Soll: 400)	54 (18,6 %)	236 (Soll: 400)
Gesamt	1137 (Soll: 1227)	216 (19 %)	921 (Soll: 920)	1035 (Soll: 1227)	233 (22,5 %)	802 (Soll: 920)

Durch die Projektöffnung für Versicherte aller gesetzlichen Kassen in der IG wurden Versicherte von verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen eingeschrieben. In der KG wurde nahezu ausschließlich im Kreis von DAK-Versicherten rekrutiert und eingeschrieben.

2.4 Methodik und statistische Analysen

2.4.1 Methodische Vorbemerkungen

Studienzeiträume und -zeitpunkte

Die vorliegende Evaluation basiert aufgrund der vielfältigen methodischen Zugänge auf zwei parallel bestehenden inhaltlichen Begriffen von Studienzeitpunkten. So ist die Bedeutung der Studienzeitpunkte t0 und t1 je nach Auswertungsgegenstand unterschiedlich. Grundsätzlich bezeichnet *t0* all jene Erhebungen bzw. Daten, die einzelfallbezogen vor der Intervention entstanden, während *t1* für alle Zeugnisse direkt nach der (einzelfallbezogenen) Intervention steht. Ausschlaggebendes Kriterium ist dabei das Datum der einzelfallbezogenen Einschreibung in die Studie, welches in der IG den Beginn der Intervention markiert. Fragebögen, die zu Beginn der Einschreibung durchgeführt wurden, sind bspw. Erhebungen der t0-Phase. Fragebögen werden an einem Tag erhoben und bilden daher die Ergebnisse zu einem Zeitpunkt ab (bspw. *Lebenszufriedenheit* zu t0). Dem gegenüber stehen solche Ergebnisse, die sich auf einen Zeitraum beziehen. Bei den in Kapitel 3.13 analysierten Krankenhaustagen zum Beispiel stellt die t0-Erhebung die Anzahl der Krankenhaustage im Jahr vor der Intervention dar. Der Bezug ist hier also ein Zeitraum. Wir bezeichnen im Folgenden

beides, sowohl Studienzeiträume als auch Studienzeitpunkte als t0 bzw. t1, da das einende Kriterium der zeitliche Bezug vor bzw. nach dem Interventionsbeginn ist.

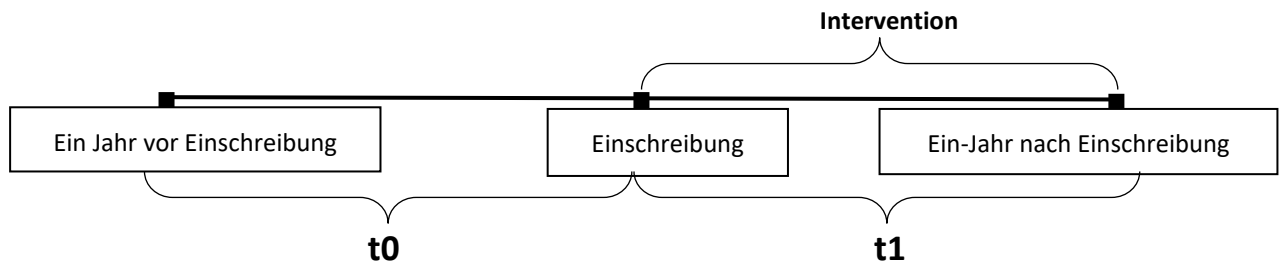


Abbildung 4: Studienzeiträume

Differenzberechnungen

Um etwaige Gruppenunterschiede, deren Ursprung unbekannt bzw. unbeobachtet ist, möglichst in der Einschätzung der Effekte des CMs kontrollieren zu können, wurde auf die Logik von Difference-in-Differences-Modellen (DID) zurückgegriffen, die innerhalb von Gruppenunterschiedstests durch die Implementierung einer Veränderungsvariable umgesetzt wurde.

Um die Veränderungen von t0 zu t1 präzise zu erfassen, wurden Veränderungsvariablen (Delta-Variablen) erstellt, die die Differenz der Werte einer abhängigen Variable zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 repräsentiert. Das Ziel dieses Ansatzes war es, Veränderungen über die Zeit innerhalb der untersuchten Variablen zu quantifizieren. Das Vorgehen orientierte sich an den Prinzipien von DID-Modellen. DID-Ansätze sind in der empirischen Forschung weit verbreitet, insbesondere im Feld der Evaluationen von sozial- und gesundheitspolitischen Effekten (Dimick und Ryan 2014). Sie bieten eine robuste Methode, um den kausalen Effekt einer Intervention oder eines Ereignisses zu schätzen, indem sie die Veränderungen in einer experimentellen Gruppe mit den Veränderungen in einer KG vergleichen (Angrist und Pischke 2009, S. 227ff). Durch das Verfahren können Gruppen verglichen werden, die unterschiedliche Ausgangssituationen aufweisen, da die Veränderung zwischen den Erhebungswellen ins Zentrum der Analyse rückt, nicht die unterschiedlichen Level zum Zeitpunkt der einzelnen Erhebungen. Grundsätzliche Annahme ist dabei, dass sich beide Gruppen ohne Intervention gleich, aber auf potentiell anderen Niveaus entwickeln und in vergleichbarer Weise auf die Intervention reagieren bzw. reagieren würden.

Die Delta-Variablen wurden durch Subtraktion der Werte von t0 von den entsprechenden Werten von t1 für jede individuelle Beobachtung (i) berechnet. Mathematisch ausgedrückt:

$$\Delta Y_i = Y_{i,t1} - Y_{i,t0}$$

Komplexitätsvariable

Die ReKo-CM-Intervention erfolgt im Umfeld von Pflegebedürftigkeit und unter den in 2.2.2 beschriebenen Einschlusskriterien. Daraus ergibt sich ein eher offener Zugang in die Intervention, mit der Folge, dass möglicherweise nicht alle im ReKo-CM eingeschriebenen Klient*innen in gleichem Maße komplexe Fallkonstellationen aufweisen und sich in ihrer

Komplexität unterscheiden. Um die in den folgenden Analysen zu untersuchenden Wirkungen differenzierter betrachten zu können, ist die Einführung einer systematischen Adjustierung und Kontrolle für die Komplexität eines CM-Falles hilfreich. So kann die Wirkung des ReKo-CMs entlang verschiedener Komplexitätsintensitäten untersucht und verglichen werden. Zur Frage, wann ein CM-Fall im Umfeld von Pflegebedürftigkeit komplex ist, liegen derzeit keine systematisch begründeten Erkenntnisse vor. Im Anschluss an die in Kapitel 3.2 vorgestellten Erkenntnisse zur Komplexität eines pflegebezogenen CM-Falles, wurden daher weitere Mixed-Method-Analysen angestellt, um die Komplexität eines ReKo-CM-Falles zum Studienzeitpunkt t_0 systematisch begründet einzuschätzen zu können. Dazu wurde insbesondere auf die interRAI HC-Erhebungen zurückgegriffen. Die genutzte Variable kann derzeit lediglich als *Heuristik* gelten, um ein vertieftes Verständnis der quantitativen Daten zu erlangen. Nähere Ausführungen zu den Überlegungen zur Komplexität eines ReKo-Einzelfalles finden sich in Kapitel 3.2 und über im Zuge des Projektes zum Thema entstandene Veröffentlichungen (Bläser et al. 2024; Bläser et al. 2013).

Operationalisierung von Komplexität im Rahmen der Evaluationsstudien

Grundlage der Komplexitätsvariable sind die interRAI HC-Daten und Daten zur Besiedlungsdichte des Gemeindeverzeichnisses des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2013). Die generierte Variable dient als Gruppierungsvariable für die Komplexität der Proband*innen und ist als Dummy-Variable dichotom codiert, wobei 1 = *eher komplex* und 0 = *eher nicht komplex* bedeutet. Wie beschrieben, ist diese starre Einteilung als Heuristik zu betrachten. Es kann auf Grundlage der vorliegenden Daten keine absolute Aussage zur Komplexität getroffen werden, die Berechnung der Variable ersetzt kein Assessment des CM-Prozesses. Zur Operationalisierung wurden aus dem Datenpool der interRAI HC-Erhebungen der *MAPLe-Score* und der *Social Relationship-Score (SOFUNC)* verwendet. Ersterer wird genutzt, um die in Kapitel 3.2 vorgestellte Dimension ›Individuelle Faktoren‹ im „ReKo-Komplexitätsdreieck“ zu repräsentieren.

Der MAPLe-Index (Methods for Assessing Priority Levels) dient der umfassenden Bewertung und Priorisierung des Pflegebedarfs. Er klassifiziert Individuen in 15 Bedarfskategorien, von niedrigstem bis höchstem Bedarf, basierend auf Kriterien wie kognitiven Beeinträchtigungen, ADL-Beeinträchtigungen, Verhaltensauffälligkeiten und Umweltfaktoren, die in fünf Levels zusammengefasst werden. Die Berechnung des MAPLe-Levels berücksichtigt eine Vielzahl von Faktoren, darunter Veränderungen der Entscheidungsfähigkeit, Essenszubereitungsfähigkeiten, Sturzrisiko und häusliche Umwelt. Diese differenzierte Bewertung ermöglicht eine präzise Einschätzung des Pflegebedarfs, um fundierte Entscheidungen über die Pflege und Unterstützung von Einzelpersonen zu treffen (Hirdes et al. 2008). Komplexität im Sinne des ReKo-Projektes umfasst weitere individuelle Faktoren, die über den MAPLe-Score nicht abgebildet werden können (siehe Kap. 3.2). Der MAPLe-Index bildet jedoch bereits hoch relevante Faktoren von Pflegebedürftigkeit über quantifizierbare Daten ab. Eine wissenschaftlich etablierte Berechnung von individuellen Komplexitätsfaktoren für die Pflege unter Zuhilfenahme weiterer Indikatoren stellt ein Forschungsdesiderat dar. Proband*innen, bei denen durch den MAPLe-Score ein hoher oder höchster Bedarf festgestellt wurde, wurden daher auf der Komplexitätsvariable ›*eher komplex*‹ codiert.

Der Social Relationship-Score (SOFUNC) des interRAI HC-Assessments diene zur Darstellung der sozialen Sorgeressourcen im ReKo-Komplexitätsdreieck (siehe Kap. 3.2). Der SOFUNC-Score ermöglicht eine Einschätzung der sozialen Beziehungen und der Fähigkeit zur sozialen Teilhabe. Der Score ist dichotom codiert, wobei ein Wert von 1 auf potenzielle Probleme oder Alarmzeichen in Bezug auf soziale Beziehungen hinweist, während ein Score von 0 darauf hinweist, dass keine offensichtlichen Probleme vorliegen. Dieser Score kann hilfreich sein, um den Unterstützungsbedarf und die soziale Integration einer Person genauer zu verstehen und geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der sozialen Teilhabe zu ergreifen. Die Items des SOFUNC beziehen sich auf Einsamkeit, Alleinsein, Fähigkeiten der Verständigung, die kognitive Leistungsfähigkeit und die sozialen Aktivitäten. Proband*innen, die einen SOFUNC-Score von 1 aufweisen, wurden auf der Komplexitätsvariable mit *eher komplex* codiert.

Um die Komplexitätsdimension der ›Regionalen Versorgungsstruktur‹ aus dem ReKo-Komplexitätsdreieck (siehe Kap. 3.2) abzubilden, wurden die Daten zur Besiedlungsdichte des Gemeindeverzeichnisses des Statistischen Bundesamtes hinzugezogen. Diese wurden mit den Daten der Proband*innen auf Grundlage der Postleitzahl kombiniert. Das Gemeindeverzeichnis weist den Verdichtungsgrad der Gemeinden auf einer Skala von *gering besiedelt*, über *mittlere Besiedlungsdichte* bis hin zu *dicht besiedelt* aus. Es wurde auf Grundlage der Ergebnisse der ISA (siehe Kap. 3.20) die Annahme unterlegt, dass eine geringe Besiedlungsdichte auf eine eher schwächer ausgeprägte Versorgungsinfrastruktur hinweist. Die Besiedlungsdichte ist hier als Proxyvariable für sich dahinter verbergende Effekte zu werten, die eine Approximation zur Berechnung der Komplexität zulässt. Da jedoch das Wohnen in einem gering besiedelten Gebiet nicht allein einen komplexen Versorgungsfall begründen kann, wurde die Ausprägung *gering besiedelt* mit einem MAPLe-Score eines *mittleren Bedarfs* kombiniert. Es wurden also auch solche Proband*innen als *eher komplex* codiert, die in einem gering besiedelten Gebiet wohnen und einen mittleren Versorgungsbedarf nach MAPLe aufweisen. So wird der Annahme Rechnung getragen, dass ein mittlerer Versorgungsbedarf in einer schwächeren Versorgungsinfrastruktur aufgrund begrenzter Versorgungsangebote oder weiter Wege und erschwerter Erreichbarkeit komplex werden kann. Die folgenden Formeln zeigen die verschiedenen Kombinationen der Indikatoren zur Einstufung als *eher komplexer CM-Fall*.

$$Komplexität = \begin{cases} 1, & MAPLe > 3 \\ 0, & \text{sonst} \end{cases}$$

∨

$$Komplexität = \begin{cases} 1, & SOFUNC = 1 \\ 0, & \text{sonst} \end{cases}$$

∨

$$Komplexität = \begin{cases} 1, & \text{Besiedlungsdichte} = \text{gering besiedelt} \wedge MAPLe = 3 \\ 0, & \text{sonst} \end{cases}$$

Abbildung 5: Kriterien zur Einstufung in der Komplexitätsvariable

Sample

Tabelle 6: Überblick Sample Komplexität

Sample Komplexität	N
Gesamt	1194
Interventionsgruppe	608
<i>Eher komplexer Fall</i>	258 (42 %)
<i>Eher weniger komplexer Fall</i>	350 (58 %)
Kontrollgruppe	586
<i>Eher komplexer Fall</i>	187 (32 %)
<i>Eher weniger komplexer Fall</i>	399 (68 %)

Tabelle 7: Komplexität nach Zielgruppen

Komplexität und Zielgruppen			
Interventionsgruppe	ZG1	ZG2	Total
<i>Eher komplexer Fall</i>	38% (98)	62% (160)	100% (258)
<i>Eher weniger komplexer Fall</i>	47% (165)	53% (185)	100% (350)
<i>Total</i>	43% (263)	57% (345)	100% (608)
Kontrollgruppe	ZG1	ZG2	Total
<i>Eher komplexer Fall</i>	15% (28)	85% (159)	100% (187)
<i>Eher weniger komplexer Fall</i>	43% (172)	57% (227)	100% (399)
<i>Total</i>	34% (200)	66% (386)	100% (586)

Aus der dargestellten Operationalisierung ergibt sich für die Variable der »Komplexität« das in den Tabellen 6 und 7 abgebildete Sample. Da nicht bei allen Proband*innen eine interRAI HC-Erhebung zu t0 durchgeführt werden konnte (Erläuterung siehe Kap. 2.5.4), liegt zu einem geringen Teil der Proband*innen keine Komplexitätseinstufung vor.

Deskriptive Statistiken

In den deskriptiven Statistiken werden zentrale Tendenzmaße wie Mittelwerte und Medianwerte verwendet, um die Höhe der Werte zu repräsentieren. Zusätzlich werden Streuungsmaße wie Standardabweichung und Interquartilsabstand genutzt, um die Variabilität der Daten zu quantifizieren. Grafische Darstellungen werden verwendet, um die Verteilung der Daten zu visualisieren.

1. Violin-Plots basierend auf Kernel-Density-Verfahren

Violin-Plots sind datenvisualisierende Grafiken, die die Verteilung von Daten darstellen. Diese Plots basieren auf dem Kernel-Density-Schätzer, der es ermöglicht, die Form der Verteilung zu visualisieren (Hintze und Nelson 1998). Durch die Verwendung von Violin-Plots konnten komplexe Zusammenhänge in den Daten aufgezeigt werden und die Verteilungen der Studiengruppen zu den Studienzeitpunkten verglichen werden. Die Violin-Plots wurden unter Nutzung des R-Paketes ggplot2 (Wickham 2016) angefertigt.

2. Boxplots

Boxplots bieten eine übersichtliche Darstellung von Datenverteilungen, indem sie Quartile und Ausreißer visualisieren. In unserer Analyse wurden Boxplots verwendet, um eine schnelle

und informative Darstellung der Streuung und zentralen Tendenz der Daten zu gewährleisten. Die Boxplots wurden häufig innerhalb einer Grafik mit den Violin-Plots kombiniert (Hintze und Nelson 1998) und um eine ebenfalls grafische Darstellung des arithmetischen Mittels (schwarze Raute) ergänzt. So konnten in einer Grafik sowohl die Verteilung als auch die zentralen Verteilungsmaße sowie die Extrema und die Streuung visualisiert werden, um eine größtmögliche Datentransparenz zu gewährleisten.

Inferenzstatistik

Zur Überprüfung der Effekte der ReKo-CM-Intervention wurden Gruppenunterschiedstests durchgeführt. Durch die Anwendung eines quasi-experimentellen Prä-Post-Designs motiviert, wurden sowohl gepaarte als auch ungepaarte Gruppenunterschiedstest angewendet. Die gepaarten Tests wurden verwendet, um signifikante Unterschiede innerhalb derselben Gruppe vor und nach der Intervention zu identifizieren. Die ungepaarten Tests ermöglichten den Vergleich von Mittelwerten zwischen den Studiengruppen zu den verschiedenen Studienzeitpunkten. Durch diese kombinierte Anwendung der Gruppenunterschiedstests wurden sowohl Veränderungen innerhalb der Gruppen als auch zwischen den Studiengruppen effektiv erfasst, was zu einer umfassenderen Einsicht in die Auswirkungen der untersuchten Intervention führte (Bortz und Schuster 2010). Die Gruppenunterschiedstests wurden auf einem Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ bei beidseitiger Testung durchgeführt. Im Einzelnen verwendet wurden:

1. T-Tests

T-Tests sind parametrische statistische Tests, die verwendet werden, um festzustellen, ob es einen signifikanten Unterschied zwischen den Mittelwerten zweier Gruppen gibt. Voraussetzung für einen T-Test sind unter anderem (mindestens) intervallskalierte abhängige Variablen und eine vorliegende Normalverteilung. Aufgrund der Stichprobengröße wurde die Annahme der (asymptotischen) Normalverteilung der Mittelwerte getroffen. Diese Annahme stützt sich auf den zentralen Grenzwertsatz, der besagt, dass die Verteilung der Mittelwerte von Stichproben, unabhängig von der ursprünglichen Verteilung, normal verteilt ist, wenn die Stichprobengröße ausreichend groß ist. Dies ermöglicht die Anwendung parametrischer Tests, die auf der Annahme einer normalen Verteilung basieren.

2. Wilcoxon-Tests und Mann-Whitney-U-Test

Der Wilcoxon-Test, auch bekannt als Wilcoxon-Mann-Whitney-Test, und das Pendant für ungepaarte Stichproben, der Mann-Whitney-U-Test, sind nicht-parametrische Testverfahren, die verwendet werden, um festzustellen, ob es einen signifikanten Unterschied zwischen den Rängen zweier Stichproben gibt. In Fällen, in denen die Daten ordinal skaliert sind, wurden diese Testverfahren angewendet, um robuste Vergleiche durchführen zu können.

Messung der Effektstärke

Zur Effektmessung und Bestimmung der statistischen Power wurde die Effektstärkemessung nach Cohen durchgeführt (Cohen 2013). Cohen's d misst die Größe des Effekts, indem es den Unterschied zwischen den Gruppenmittelwerten in Standardabweichungseinheiten ausdrückt. Die Effektstärkemessung wurde angewendet, um neben der Prüfung der

Signifikanz eines Effektes weiterführend auch die praktische Relevanz des Effektes zu überprüfen. Durch die Integration der Effektstärkemessung wurde eine zusätzliche Dimension in die Interpretation der Ergebnisse eingeführt, die über die reine Fragestellung nach signifikanten Gruppenunterschieden hinausgeht und die Bewertung der Relevanz der beobachteten Effekte ermöglichte. Die Analysen der Effektstärke wurden mit dem R-Paket *lsr* (v0.6; (Navarro 2015)) durchgeführt. Die Interpretation der Effektstärke folgt den von Cohen festgelegten Konventionen, wonach $|d| = 0,2$ einem kleinen Effekt, $|d| = 0,5$ einem mittleren Effekt und $|d| = 0,8$ einem großen Effekt entspricht (Cohen 2013). Diese Werte werden als Orientierungshilfen in der Interpretation genutzt, jedoch nicht als absolute Vorgaben zur Einschätzung der Effekte betrachtet.

2.4.2 Prozessevaluation

Digitales Ökosystem

Eine charakteristische Prozessevaluation fand im Rahmen der Entwicklung des digitalen Ökosystems statt. Im Rahmen dieser Entwicklung, insbesondere für die zentrale CM-Softwarelösung *Quovero* wurde auf die agile Projektmanagementmethode *Scrum* zurückgegriffen, die eine flexible, iterative und inkrementelle Vorgehensweise darstellt (Aichele und Schönberger 2014). Entsprechend gab es regelmäßige, zumeist wöchentliche Treffen mit Feedbackmöglichkeiten, in denen die Case Manager*innen bzw. Softwarenutzer*innen positive Aspekte, aber auch Verbesserungsmöglichkeiten von Quovero direkt mit den Entwickler*innen besprechen konnten.

Im Zusammenhang mit dem digitalen Ökosystem sind neben der CM-Software Quovero und der Anbindung der CM-Organisation an die Telematikinfrastruktur, zudem weitere Komponenten wie das zur Verfügung gestellte Patient*innenportal und die Website mit dem zugehörigen Informationsportal (inklusive Leistungserbringersuche) als relevante Tools zu nennen, die ebenfalls im Rahmen einer Prozessevaluation begleitet worden sind (siehe Kap. 2.2). Für Quovero sowie das Patient*innenportal wurde zudem auf (anonymisierte) Nutzungsstatistiken zurückgegriffen, um prozessbegleitend Erkenntnisse zu der Nutzungshäufigkeit einzelner Funktionalitäten und Unterseiten, der jeweiligen Verweildauer, aber auch der verwendeten Endgeräte zu erhalten.

Regionale Versorgungs- und IT-Infrastrukturanalyse (ISA)

Ein Bestandteil der Evaluation war die Analyse der regionalen Infrastruktur, die sowohl die regionale Versorgungsinfrastruktur als auch die regionale IT-Infrastruktur umfasste. Die ISA wurde zu zwei Zeitpunkten im Projektverlauf durchgeführt, zu Interventionsbeginn (t0, 2020) und zu Projektende (t1, 2023).

Regionale Versorgungsinfrastrukturanalyse

Für die Analyse der Versorgungsinfrastruktur wurde das Modell des Community Health Assessments (Cassells 2015), welches für die spezifischen Projektbelange an einigen Stellen angepasst und erweitert wurde, zugrunde gelegt.

In die Analyse wurden die folgenden Parameter mit ihren jeweiligen Subkategorien einbezogen:

- Community (Gesellschaft)
- Gesundheit und Soziales
- Wirtschaft
- Bildung
- Umwelt
- Sicherheit und Verkehr
- Politik und Regierung
- Kommunikation.

Die Datenerhebung basierte auf einer Recherche mit Schlagworten entlang der aufgeführten Parameter in Datenbanken des Landes Niedersachsen und des Bundes sowie einer umfassenden Online-Recherche. Des Weiteren wurden Informationen bei den einbezogenen Landkreisen angefragt und recherchiert. Ergänzt wurde die Analyse durch qualitative Befragung (Fokusgruppen/Gruppeninterviews) von regionalen Stakeholdern. In diesem Zusammenhang wurden die identifizierten Sekundärdaten zur ISA durch die regionalen Stakeholder auf Plausibilität geprüft.

Regionale IT-Infrastrukturanalyse

Für die Analyse der regionalen IT-Infrastruktur wurden verschiedene Parameter der digitalen Vernetzung von Kommunen, Privathaushalten, Stakeholdern des Gesundheitswesens sowie Förderinitiativen erhoben:

- Digitale Initiativen
- Gesetze zur Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen
- Netzausbau
- Verwendete Hardware
- Verwendete Software
- Anbindung an die Telematik-Infrastruktur (TI), ePA und eRezept
- Quantitative Erhebungen in Krankenhäusern.

Die Daten hierzu konnten öffentlichen Datenbanken sowie Gesetzestexten und -entwürfen entnommen werden. Zudem konnte auf Teilergebnisse für die IG- und KG aus dem IT-Report Gesundheitswesen der Hochschule Osnabrück zurückgegriffen werden, um den Stand der Digitalisierung in den regionalen Krankenhäusern abzubilden. Ergänzend wurden Expert*innen-Interviews mit regionalen Akteuren geführt.

Evaluation der IT-Schulungen

Die Schulung wurde virtuell über Microsoft Teams durchgeführt und dauerte 3,5 Stunden. Zwei Beobachter begleiteten die Schulung und bewerteten sie qualitativ anhand von Kriterien wie Begrüßung, Orientierung, Didaktik, Interaktion, Fokus, Verständlichkeit, Reaktion, Struktur, Hintergrundwissen und Verfügbarkeit. Nach der Schulung erfolgte eine quantitative Befragung der Case Managerinnen, die mit Hilfe der Open-Source-Software LimeSurvey durchgeführt wurde. Die Befragung umfasste eine 4-Likert-Skala zur Bewertung der Faktoren Zufriedenheitserfolg, Lernerfolg und Transfererfolg (Kauffeld 2016; Kauffeld et al. 2010), ergänzt um den CM-Erfolg bei der zweiten Befragung. Die Teilnehmer*innen wurden unmittelbar nach der Schulung (t=0) und vier Monate später (t=1) befragt. Anhand der durchgeführten Umfragen wurde überprüft, ob die Schulungsmaßnahmen ausreichend waren

und in welchen Bereichen Verbesserungspotenziale bestehen. Die quantitative Analyse basierte auf der Darstellung in Form von Häufigkeitsdiagrammen für die Zeitpunkte $t=0$ und $t=1$, die es ermöglichten, Tendenzen in den Bereichen Zufriedenheit, Lernen und Transfer zu identifizieren. Trotz kleinem Stichprobenumfang konnten Veränderungen im Zeitverlauf anschaulich visualisiert werden.

Gleichzeitig wurden qualitative Daten aus offenen Feedbackfragen und Beobachtungsprotokollen thematisch kodiert und analysiert, um tiefere Einblicke in die Erfahrungen und Bedürfnisse der Teilnehmer*innen zu gewinnen.

Beide Methoden wurden in einem Triangulationsansatz integriert, wobei quantitative und qualitative Daten in einem wechselseitigen Analyseprozess abgeglichen wurden. Ziel war es, durch die Verbindung numerischer Trends und kontextualisierter Erfahrungen ein umfassendes Verständnis der Schulungseffizienz zu erlangen und spezifische Ansatzpunkte für zukünftige Verbesserungen der Schulungsinhalte und -methoden zu identifizieren.

2.4.3 Effektmessung

GKV-Routinedaten

Die vorliegende Studie nutzte verschiedene statistische Methoden, um eine umfassende Evaluierung der Sekundärdaten aus der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durchzuführen. Durchgeführt wurden die Analysen der GKV-Routinedaten mithilfe des frei zugänglichen Statistikprogramms R (R. Core Team 2022). Das Vorgehen orientiert sich an den Leitlinien der *Gute Praxis Sekundärdatenanalyse* der Forschungsgruppe AGENS (Swart et al. 2015). Im Folgenden werden die angewandten Methoden im Detail erläutert.

Datenbereinigung und Aufbereitung

Vor dem Einsatz statistischer Analysen wurden umfangreiche Schritte der Datenbereinigung durchgeführt, um sicherzustellen, dass die vorliegenden GKV-Routinedaten zuverlässig und valide sind (Swart et al. 2015; Swart et al. 2014). Die Datenbereinigung umfasste die Überprüfung auf Ausreißer, die Identifikation und Behandlung von fehlenden Werten und die Zuordnung der Daten zu den individuellen Studienzeiträumen (vgl. Kapitel Methodische Vorbemerkungen). Die von den beteiligten Krankenkassen zur Verfügung gestellten Routinedaten wurden zunächst von der Datentreuhandstelle (DTHS) pseudonymisiert und zusammengefügt sowie dem Evaluationsteam übermittelt. Dabei wurde mit den zentralen Problemen der Vereinbarkeit von Routinedaten verschiedener Krankenkassen umgegangen (March et al. 2020). Im Rahmen dessen wurden die vorliegenden Formate vereinheitlicht und anschließend auf doppelte, fehlende und unplausible Werte überprüft. Auffälligkeiten, die im Zuge der Datenbereinigung innerhalb der Daten oder der gelieferten Formate identifiziert wurden, wurden über die DTHS an die Krankenkassen zurückgemeldet und aufgeklärt (Graf von der Schulenburg et al. 2017; Swart et al. 2015; Swart et al. 2014). Daraus folgende Korrekturen wurden durch die Datenhalter vorgenommen und erneute Datenlieferungen über den DTHS-Prozess an das Evaluationsteam durchgeführt. Zusätzlich erfolgte vor der Datenlieferung durch die DTHS an das Evaluationsteam eine gezielte Entfernung der Daten von Proband*innen, die ihre Teilnahme an der Studie widerrufen hatten. Nicht alle Krankenkassen der eingeschriebenen Proband*innen konnten digitale Routinedaten zur

Verfügung stellen. In diesen Fällen wurde eine alternative Vorgehensweise zur Akquise von Routinedaten angewandt. Die Daten dieser Proband*innen wurden mittels *Patient*innenauskünften* durch die Proband*innen bei den Krankenkassen erfragt, um eine vollständige Datengrundlage zu gewährleisten. Die erhaltenen Informationen wurden digitalisiert und mit den bereits vorhandenen digitalen Routinedaten kombiniert, um eine einheitliche und umfassende Analyse zu ermöglichen (siehe hierzu auch Kapitel 2.5.3).

Für einen erheblichen Anteil der zu untersuchenden Endpunkte, die durch Routinedaten beantwortet werden sollten, wurde ein durchgängiges Vorgehen zur Datenvorbereitung und -bereinigung festgelegt. Der erste Schritt bestand in der Bereinigung der Stammdatenliste, die Informationen wie Pseudonyme, das Datum der Einschreibung, das Geburtsjahr sowie den Versicherungsstatus umfasste. Hierbei wurde ausschließlich der aktuellste Versicherungsstatus jeder/jedes Proband*in berücksichtigt, um für folgende Analysen nur einen Datenpunkt pro Proband*in zu gewährleisten.

Um die Aussagekraft der Ergebnisse und die Vollständigkeit der Daten zu gewährleisten, wurden Personen, die während der Teilnahme an der Studie verstarben, in der nachfolgenden Analyse nicht berücksichtigt. Die Stammdatenliste wurde im Anschluss über das Pseudonym mit den Informationen zur Zugehörigkeit zur Studienpopulation verknüpft. Daraufhin wurde die Stammdatenliste mit der für den jeweiligen Endpunkt relevanten Datentabelle verknüpft.

Diese Verknüpfung ermöglichte es, die relevanten Datenpunkte im Rahmen des Prä-Post-Designs den zeitlichen Phasen der Studie zuzuordnen. Datenpunkte, die im Jahr vor dem Datum der Einschreibung in die Studie erfolgten, wurden dem Zeitraum t0 zugeordnet, während Datenpunkte innerhalb des Folgejahres des Einschreibungszeitpunktes in den Zeitraum t1 eingeordnet wurden (siehe Kap. 2.4.1). Da bei Routinedaten davon ausgegangen werden kann, dass diese vollständig geliefert werden, konnte für Proband*innen ohne Datenpunkt davon ausgegangen werden, dass diese keine relevanten Daten vorzuweisen hatten. Diese wurden anschließend mit einem Wert von 0 eingefügt.

Die vorliegenden Arzneimitteldaten wurden mithilfe der Stammdatei des GKV-Arzneimittelindex beim Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) 2023b) ergänzt. Genutzt wurde dabei die Version der Stammdatei von November 2023. Die Datei ermöglicht eine Kombination der auf der Pharmazentralnummer (PZN) basierenden GKV-Daten mit den amtlichen Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen Klassifikationen (ATC-Codierung). Dadurch können Analysen der Medikamente auf Grundlage der Wirkstoffgruppen durchgeführt werden (siehe Kap. 3.16).

Anhand von Routinedaten wurden die Endpunkte "Veränderungen von Pflegebedürftigkeit", "Art und Dauer von Pflegeleistungen SGB V/SGB XI", "Institutionalisierungsrisiko", "Anzahl der Krankenhausaufenthalte und -tage", "Hospitalisierungsrate", "Entwicklung der Arzneimittelverschreibungen" und "Individuelle Kosten: Gesamtkosten" analysiert. Nähere Ausführungen zu spezifischen Vorgehensweisen der Datenaufbereitung sind den einzelnen thematischen Kapiteln auf Grundlage der GKV-Routinedaten zu entnehmen.

Standardisierte Fragebogen-Erhebungen

Fragebogen zur Technikbereitschaft

Um die Technikbereitschaft (innerhalb des Endpunkts "ReKo und IT") hinsichtlich des Umgangs mit neuen technischen Systemen speziell für ältere Menschen zu den verschiedenen Zeitpunkten (t0, t1, t2) zu erfassen, wurde die ›Kurzskala Technikbereitschaft‹ nach (Neyer et al. 2012) integriert. Diese beinhaltet zwölf Items, von denen jeweils vier zu den insgesamt drei Konstrukten ›Technikakzeptanz‹, ›Technikkompetenzüberzeugung‹ und ›Technikkontrollüberzeugung‹ zuzuordnen sind (Neyer et al. 2012). Die Antworten zum Selbsteinschätzungsinstrument geben die persönliche Einstellung der Befragten und den Umgang mit modernen Technologien wieder, wobei auf einer 5-Punkt-Likert-Skala Antwortoptionen zwischen „stimmt gar nicht“ und „stimmt völlig“ möglich sind.

Fragebogen zum Vertrauen in technologische Strukturen

Die Erhebungen im ReKo-Fragebogen beinhalten einen separaten Fragebogen zum Vertrauen in technologische Strukturen bzw. digitale Anwendungen. Dadurch können in einem Intragruppenvergleich sowie einer Longitudinalstudie etwaige Effekte der Intervention identifiziert werden, die die Einstellung der Proband*innen zu digitalen Lösungen in der gesundheitlichen Versorgung (Endpunkt "ReKo und IT") betreffen. Verwendet wurden 15 ausgewählte Items aus dem „Trust in Technology“-Fragebogen nach (McKnight et al. 2009) sowie aus dem Fragebogen nach (McKnight et al. 2002), welcher Vertrauensaspekte hinsichtlich der Internetnutzung abfragt. Da die ursprünglichen Fragebögen in englischer Sprache vorliegen und sich zudem nicht ausschließlich auf die Nutzung digitaler Anwendungen im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Versorgung beziehen, sondern u.a. Vertrauensaspekte bei der allgemeinen Internetnutzung abfragen, waren die Items für den Fragebogen in ReKo diesbezüglich anzupassen. Es wurde eine 7-Punkt-Likert-Skala mit Antworten von „Stimme überhaupt nicht zu“ bis „Stimme voll zu“ verwendet.

Fragebogen zum Belastungserleben pflegender Angehöriger

Zur Erfassung des Belastungserlebens pflegender und Unterstützung leistender An- und Zugehöriger (ZG 3) wurde in der Evaluation des ReKo-Projektes der Fragebogen zum Belastungserleben (Burden Scale for Family Caregivers/Häusliche Pflege Skala) (Gräbel und Leutbecher 1993) eingesetzt. Dieser besteht aus 28 Items mit den jeweils vier Antwortmöglichkeiten auf der Likert-Skala „stimmt genau“, „stimmt überwiegend“, „stimmt wenig“ und „stimmt nicht“. Die Antworten werden mit Punkten von 0 bis 3 bewertet, wobei die Polung der Antwort von der Richtung der Frage abhängig ist, d. h. bei einer negativ formulierten Frage ist „stimmt genau“ mit 0 codiert, während bei einer positiv formulierten Frage „stimmt genau“ mit 3 bewertet wird. Insgesamt ist dadurch ein höherer Gesamtscore mit einem höheren Belastungsausmaß assoziiert. Für die Interpretation liegt je eine Klassifizierung für An- und Zugehörige Demenzerkrankter und für An- und Zugehörige aller anderen Erkrankungen vor (vgl. Tabelle 8 und Tabelle 9) (Gräbel und Leutbecher 1993). Für die vorliegende Auswertung der Wirksamkeit des ReKo-CM sind beide Skalen von Relevanz. Da Personen mit einer Demenzerkrankung aufgrund der festgelegten Einschlusskriterien nicht selbst in den ZG 1 und 2 an der Studie teilnehmen konnten, wurden in diesen Fällen häufig ihre An- und Zugehörigen in der ZG 3 eingeschrieben, insbesondere in der IG. Somit sind An-

und Zugehörige von Personen mit Unterstützungsbedarf mit verschiedenen Erkrankungen Teilnehmende der Studie.

Tabelle 8: Interpretation bei An- und Zugehörigen Demenzerkrankter

HPS-Summenwert	Belastungsmaß	Risiko für psychosomatische Beschwerden	Häufigkeit in der Referenzstichprobe (n=1236)
0-35	nicht bis gering	nicht erhöht	33,8 %
36-45	mittelgradig	erhöht	25,3 %
46-84	stark bis sehr stark	stark erhöht	40,9 %

Tabelle 9: Interpretation bei An- und Zugehörigen von Personen mit allen anderen Erkrankungen

HPS-Summenwert	Belastungsmaß	Risiko für psychosomatische Beschwerden	Häufigkeit in der Referenzstichprobe (n=591)
0-41	nicht bis gering	nicht erhöht	61,4 %
42-55	mittelgradig	erhöht	24,4 %
56-84	stark bis sehr stark	stark erhöht	14,2 %

Fragebogen zur Lebenszufriedenheit

Der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) (Fahrenberg et al. 2000) wird bei den ZG 1 und 2 sowie 3 eingesetzt und besteht aus zehn Skalen mit jeweils sieben Items. Beim FLZ handelt es sich um ein validiertes und etabliertes Instrument. Die Skalen fragen die Zufriedenheit mit den folgenden Themenfeldern ab:

1. Gesundheit
2. Arbeit und Beruf
3. Freizeit
4. Finanzielle Lage
5. Ehe und Partnerschaft
6. Beziehung zu den eigenen Kindern
7. Sexualität
8. Eigene Person
9. Freunde und Bekannte
10. Wohnung.

Die Antwortmöglichkeiten der einzelnen Items sind „sehr unzufrieden“, „unzufrieden“, „eher unzufrieden“, „weder/noch“, „eher zufrieden“, „zufrieden“, „sehr zufrieden“ und werden jeweils mit Punktwerten von 1 für „sehr unzufrieden“ bis 7 für „sehr zufrieden“ bewertet. Je

Skala und für den gesamten Fragebogen werden die Punktwerte summiert und ergeben einen Gesamtscore. Einzelne fehlende Werte können auf Basis der vorhandenen Werte je Skala geschätzt werden. Bei mehreren fehlenden Werten wird die Skala aus der Gesamtberechnung ausgeschlossen. Der Gesamtscore kann bei maximal einer fehlenden Skala berechnet werden. Ein höherer Score steht jeweils für eine höhere Zufriedenheit. Insgesamt ist maximal ein Score von 343 Punkten möglich. Da besonders viele Personen die Skalen oder mehrere Items der Skalen „Arbeit und Beruf“, „Ehe und Partnerschaft“ sowie „Beziehung zu den eigenen Kindern“ auslassen, werden diese Skalen für den Gesamtscore nicht berücksichtigt. Diese Skalen sind daher auch nicht Bestandteil der Evaluation des ReKo-CM. Auch die Skala zur Zufriedenheit mit der Sexualität wird aufgrund vieler fehlender Antworten und ihrer geringen Relevanz für die Endpunkte nicht in die Auswertung einbezogen.

Fragebogen zum Gesundheitszustand

Zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität fand der Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36) (Morfeld et al. 2011) bei den ZG 1 und 2 sowie 3 Anwendung. Der SF-36 setzt sich aus zwei Summenskalen, der körperlichen und psychischen Summenskala, zusammen, welche wiederum aus jeweils 4 Subskalen bestehen und für die Evaluation des ReKo-CM im Vordergrund stehen. Die körperliche Summenskala umfasst die Subskalen „Körperliche Funktionsfähigkeit“, „Körperliche Rollenfunktion“, „Schmerz“ und „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“. Bestandteil der psychischen Summenskala sind die Subskalen „Vitalität“, „Soziale Funktionsfähigkeit“, „Emotionale Rollenfunktion“ und „Psychisches Wohlbefinden“. Der Fragebogen fragt außerdem die Gesundheitsveränderung durch den Vergleich mit dem vergangenen Jahr ab. Die Antwortmöglichkeiten sind abhängig von der Frage unterschiedlich gestaltet und werden mit einem Minimalwert von 1 und Maximalwert von 6 bewertet. Einzelne Items des Fragebogens müssen umcodiert oder rekaliert werden. Fehlende Daten können durch Mittelwertschätzungen ersetzt werden, wenn mindestens die Hälfte der Items der jeweiligen Skala beantwortet wurden. Die Rohwerte der Subskalen werden abschließend für eine bessere Vergleichbarkeit in Werte von 0 bis 100 transformiert. Ein hoher Skalenwert gibt dabei einen besseren Gesundheitszustand wieder.

*Fragebogen zum Belastungserleben professioneller Helfer*innen*

Um die Belastung der professionellen Akteure im Versorgungssystem (ZG 4 bis 7) abzubilden, wird der Fragebogen zur Arbeitsbelastung in der Krankenpflege (Bartholomeyczik 2014) genutzt. Dieser besteht aus zwölf Items, welche den zwei Subskalen „Koordinations- und Informationsprobleme“ und „Psychophysische Überforderung“ zugeordnet werden. Die Antwortmöglichkeiten sind auf einer fünfstufigen Likert-Skala mit den Optionen „nie“, „selten“, „manchmal“, „häufig“ und „immer“ abgebildet und werden mit Werten von 1 bis 5 bepunktet.

Sorgenetzwerke

Zur Erfassung des persönlichen Netzwerks wurde der in der Abteilung Pflegewissenschaft der Universität Osnabrück im BMBF-Projekt „MORPHIA“ (2019-2023) eigens entwickelte Sorgenetzwerke-Fragebogen verwendet (Publikation in Vorbereitung). Der Fragebogen ist noch nicht validiert. Je nach ZG unterscheiden sich die Abfragen. Bei den ZG 1 und 2 wird das Netzwerk aus Personen abgefragt, die unterstützende Tätigkeiten übernehmen. Es können

maximal fünf Personen benannt werden. Im ersten Teil werden Daten zur Beziehung zur sorgenden Person und im weiteren Verlauf die Art der Aufgaben bzw. des Kontakts und deren Häufigkeit mittels Likert-Skala (von „nie“ bis „täglich“) erfasst. Im dritten Teil wird mittels Likert-Skala („trifft nicht zu“ bis „trifft genau zu“) unter anderem erfragt, wie die Probanden ihre soziale und emotionale Unterstützung durch andere einschätzen. Der Sorgenetzwerke-Fragebogen der ZG 1 und 2 wurde im Rahmen der interRAI HC-Befragung erhoben. Bei der ZG der An- und Zugehörigen (ZG 3) fokussiert der Fragebogen im ersten Teil das Netzwerk von jenen Personen, für die Unterstützung geleistet wird. Auch hier werden sowohl die Art der Aufgaben und des Kontakts als auch deren Häufigkeit abgefragt. Hier ist die Angabe von maximal 3 Personen möglich. Im zweiten Teil können die befragten An- und Zugehörigen Personen auflisten, von denen sie selbst Unterstützung erhalten und wie häufig dies erfolgt.

CM-Fragebogen

Zur Auswertung der Erfahrungen der CM-Intervention wurde in Zusammenarbeit der Abteilung Pflegewissenschaft der Universität Osnabrück und Prof. Monzer (DGCC) ein Fragebogen entwickelt. Auch dieser Fragebogen ist noch nicht validiert. Die Fragen zielen vor allem auf die Organisation der Versorgungssituation sowie deren Rechtzeitigkeit und Transparenz ab. Außerdem werden das Mitspracherecht und die Möglichkeit eigene Entscheidungen zu treffen abgefragt. Der Fragebogen besteht aus 16 Items, deren Antwortmöglichkeiten größtenteils über vier- oder fünfstufige Likert-Skalen abgebildet werden. Für manche Fragen sind auch andere Antwortoptionen mit Mehrfachauswahl enthalten. Der Fragebogen ist nicht endpunktrelevant und wurde daher auch nicht systematisch in die Evaluation eingebunden. Ausgesuchte Erkenntnisse aus diesen Erhebungen werden aber im Sinne des Mixed-Methods-Ansatzes zur Plausibilisierung z. B. qualitativer Ergebnisse herangezogen.

Qualitative Interviews und Fokusgruppe

Im Rahmen der qualitativen Erhebungen wurden durch wissenschaftliche Mitarbeiter*innen in der IG- und KG leitfadengestützte Interviews im Prä-/Postdesign zur Analyse der subjektiven Wirkung der ReKo-Intervention und zur Bewertung des IT-Ökosystems durchgeführt. Die qualitativen Interviews zur t0-Erhebung wurden im Zeitraum von März bis August 2021 und zur t1-Erhebung im Zeitraum von November 2022 bis Mai 2023 geführt. Die Interviews in den ZG 1 bis 3 wurden zu Beginn der ReKo-CM-Begleitung und 12 Monate nach der CM-Intervention durchgeführt. Diese fanden (bis auf eine Fokusgruppe mit den pflegenden Angehörigen) ausschließlich in der IG statt. Die qualitativen Erhebungen ZG 1 bis 3 unterschieden sich bei den t0 und den t1-Erhebungen. In t0 wurden Fragestellungen zur Lebens- und Pflegesituation sowie zu IT-relevanten Aspekten im Rahmen eines Interviews erhoben. Zu t1 wurden diese Aspekte jeweils über separate Interviews erhoben. Dies begründet sich darin, dass zum Zeitpunkt t1 das Patient*innenportal für die Proband*innen zur Verfügung stand, sodass differenziertere und umfangreichere Fragestellungen zu IT-Aspekten erhoben wurden, die separate Interviews erforderlich machten. Die Interviews in den ZG 4 bis 7 fanden zu Beginn und gegen Ende des Interventionszeitraums sowohl mit Proband*innen aus der IG als auch mit Proband*innen aus der KG statt. Aufgrund der Kontaktrestriktionen der COVID-19-Pandemie wurden die t0-Interviews telefonisch oder per Videokonferenz durchgeführt. Die t1-Erhebungen konnten aufgrund von Lockerungen der

Kontaktrestriktionen zum Teil persönlich durchgeführt werden. Darüber hinaus wurden zwei Fokusgruppen mit den Case-Manager*innen (11/20) und den pflegenden Angehörigen der KG (07/21) zum Messzeitpunkt t0 sowie Einzelinterviews mit allen ReKo-Case Manager*innen zum Zeitpunkt t1 (12/22-01/23) durchgeführt.

Zur Analyse von subjektiv erlebten Wirkungen der CM-O wurden leitfadengestützte problemzentrierte Interviews nach Witzel (2000) eingesetzt. Dadurch konnte bei der Leitfadenerstellung auf deduktives Vorwissen zurückgegriffen werden, die Analysen ermöglichen darüber hinaus eine induktive Ergänzung durch die Aussagen der Interviewteilnehmenden, wodurch bestehendes Wissen mit neuen Erkenntnissen angereichert werden konnte. Für die Methodik der Interviews wurde darüber hinaus auch auf Ansätze der semistrukturierten Interviews nach Gläser und Laudel (2010) zurückgegriffen, um neben vorbereiteten Fragestellungen weitere situative, vom Gesprächsverlauf abhängige, Fragen stellen zu können. Alle Interviews wurden mit einem Tonaufnahmegerät aufgezeichnet, zum Teil von Mitarbeiter*innen der Fachgebiete sowie einem externen Dienstleistungsunternehmen transkribiert und mittels Qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2015b) ausgewertet. Zur Analyse wurden vom Evaluationsteam die Software QDA-Miner bzw. MAXQDA genutzt. Dabei konnten die jeweiligen Gesprächsabschnitte den deduktiven Kategorien zugeordnet werden und induktiv neue Kategorien ergänzt werden. Die qualitativen Hauptkategorien strukturieren neben den primären Endpunkten der ReKo-Evaluation die Gliederung dieses Evaluationsberichtes.

Die Fragestellungen zur **Bewertung des IT-Ökosystems** beinhalteten dabei je nach ZG insbesondere die folgenden Themenbereiche:

*Leistungsempfänger*innen des ReKo-CM (ZG 1-2):*

- IT-Ausstattung und -Nutzung im Haushalt und Alltag
- Nutzungsabsichten und Anforderungen an das IT-Ökosystem im ReKo-Projekt
- Bedarfe an Schulungen im Bereich IT
- IT-Akzeptanz
- Zu T1: Bisherige Nutzung und Nutzungsabsicht für das Patient*innenportal

Pflegende An- und Zugehörige (ZG 3):

- IT-Ausstattung und -Nutzung im Haushalt und Alltag
- Nutzungsabsichten und Anforderungen an das IT-Ökosystem im ReKo-Projekt
- IT-Akzeptanz
- Zu T1: Bisherige Nutzung und Nutzungsabsicht für das Patient*innenportal

*Vertreter*innen von Professionen aus dem Versorgungsumfeld (ZG 4):*

- IT-Ausstattung und -Nutzung im Arbeitsalltag
- Nutzungsabsichten und Anforderungen an das IT-Ökosystem im ReKo-Projekt
- Anforderungen an das ReKo-Portal
- IT-Akzeptanz und Zufriedenheit mit der IST-Situation
- Stellenwert von IT-Themen in der Netzwerkarbeit
- Relevanz von IT in den Netzwerken

*Vertreter*innen der regionalen Entwicklung und Daseinsvorsorge (ZG 5-7):*

- IT-Ausstattung und -Nutzung im Alltag
- Nutzungsabsichten und Anforderungen an das IT-Ökosystem im ReKo-Projekt
- Anforderungen an ein Vernetzungsportal
- IT-Akzeptanz und Zufriedenheit mit der IST-Situation
- Stellenwert von IT-Themen in der Netzwerkarbeit
- Relevanz von IT in den Netzwerken

Die Fragestellungen zur **subjektiven Wirkung der CM-O** beinhalteten dabei je nach ZG insbesondere die folgenden Themenbereiche:

*Leistungsempfänger*innen des ReKo-CM (ZG 1-2):*

- Erfahrungen mit Angeboten der Regelversorgung
- Einschätzungen zur subjektiv erlebten Versorgungsqualität
- Einschätzungen zur subjektiv erlebten Servicequalität
- Zufriedenheit mit der Begleitung durch das ReKo-CM

Pflegende An- und Zugehörige (ZG 3):

- Erfahrungen mit Angeboten der Regelversorgung
- Einschätzungen zur subjektiv erlebten Versorgungsqualität
- Einschätzungen zur subjektiv erlebten Servicequalität
- Zufriedenheit mit der Begleitung durch das ReKo-CM
- Be- und Entlastungserleben

*Vertreter*innen von Professionen aus dem Versorgungsumfeld (ZG 4):*

- Erfahrungen
- Be- und Entlastungserleben
- Zusammenarbeit im Versorgungsmix
- Fallbezogene Netzwerkarbeit

*ReKo-Case-Manager*innen (ZG 4):*

- Pflegebezogenheit im ReKo-CM
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- CM-Schulungen
- Fallbezogene und regionale Netzwerkarbeit
- Anbindung und Übertragbarkeit CM/CM-O

*Vertreter*innen der regionalen Entwicklung und Daseinsvorsorge (ZG 5-7):*

- Regionale Entwicklung
- Regionale Netzwerkarbeit

Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Interviewteilnehmenden ergaben sich in Bezug auf Vertretungen der regionalen Ärzteschaft und der regionalen Pflegeinfrastrukturentwicklung

und Daseinsvorsorge (z. B. kommunale Verwaltungen). Durch erhöhten Rekrutierungsaufwand konnten die im Evaluationskonzept anvisierten Zielgrößen jedoch insgesamt erreicht werden (s. Kapitel Qualitative Interviews, Fokusgruppen und Beobachtungen).

Qualitative Beobachtungsstudien

Teilnehmende Beobachtungen der Case Manager*innen (CM) wurden zu t0 und t1 durchgeführt. Dazu wurden die Case Manager*innen während eines normalen Arbeitstages begleitet. Zur Abbildung des Tätigkeitsspektrums der ReKo-CM wurde ein Beobachtungsprotokoll entwickelt (siehe Anlage 2), in dem Art und Dauer der Kontakte, Kontaktpersonen sowie konkrete Inhalte, Interaktionen und Arbeitsprozesse minutengenau festgehalten wurden. Aufgrund der Erfahrungen aus der Anwendung des Protokolls sowie den Ergebnissen der ersten Erhebungen wurde das Protokoll zur besseren Handhabung zu t1 leicht modifiziert. Die Daten der Protokolle wurden in SPSS 28 übertragen und deskriptiv (z. B. Häufigkeiten) ausgewertet. Ein direkter prä-post-Vergleich zwischen den Erhebungszeitpunkten erfolgt nicht, da keine der CM*innen zweimal begleitet wurde und die Gruppen von ihren Merkmalen zu unterschiedlich sind (s. Kapitel 2.5.1). Zusätzlich wurden Feld- und Gesprächsnotizen erstellt, die in MAXQDA 20 entsprechend der Qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2015a) (primär nach deduktivem Kategorienschema) analysiert wurden.

Klinische Assessments

Die Erfassung von Pflegebedürftigkeit bei den ZG 1 und 2 erfolgte mittels der klinischen Assessments interRAI HC (Garms-Homolová 2020, 2002) und Barthel Index (Lübke et al. 2004; Mahoney und Barthel 1965), die im Folgenden beschrieben werden.

interRAI HC

Das interRAI HC wird (international) primär in der Pflegepraxis zur Beurteilung von Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarfen sowie der Planung und Evaluation von Maßnahmen eingesetzt. Grundlage hierfür bildet ein umfassender, systematischer Fragebogen, in dem Selbstauskünfte der Betroffenen, ggf. unterstützt durch An- und Zugehörige, in Form von Gesprächen erfasst werden. Die Reliabilität und Validität des Assessments wurde durch diverse Studien belegt.

Das interRAI HC besteht aus ca. 320 Items, die 14 Bereichen zugeordnet werden (*Persönliche Angaben, Pflegebeginn und Vorgeschichte, Kognitiver Zustand, Kommunikation und Sehfähigkeit, Stimmungslage und Verhalten, Psychosoziales Wohlbefinden, Körperliche Fähigkeiten, Kontinenz und Ausscheidungskontrolle, Krankheitsdiagnosen, Gesundheitszustand und Gesundheitsprobleme, Ernährungsstatus und Zustand des Mundes, Zustand der Haut, Medikation, Behandlung, Pflege und Programme, Betreuung und Rechtsvertretung, Soziale Unterstützung und informelle Hilfe, Häusliche Umwelt, Gesamtzustand*).

Mittels 17 Skalen, 25 Clinical Assessment Protocols (CAPs) (= Hinweis auf Bereiche, die risikobehaftet sind und Maßnahmen erfordern; deutsche Bezeichnung: Alarmzeichen) sowie

den Ressource Utilization Groups III for Home Care (RUG-III/HC-23) (Canadian Institute for Health Information 2018; Poss et al. 2008) und dem Case-Mix Index (CMI), werden Bedürfnisse, Bedarfe, Stärken, Präferenzen und Prioritäten für die Maßnahmenplanung sowie das Institutionalisierungsrisiko (RISK) abgebildet. Bisher haben die RUG-III/HC-23 und CMI für die Beurteilung der Situation in der Langzeitpflege in Deutschland noch keine Validierung (Grebe und Brandenburg 2015, S. 109) und werden daher nicht weiter berücksichtigt. Der Fokus des interRAI HC liegt auf der Abbildung der aktuell vorhandenen Fähigkeiten und der subjektiv empfundenen Lebensqualität. Betrachtet wird jeweils der Zeitraum der letzten sieben bzw. 90 Tage vor Erhebungsdatum, je nach Item. Ein Gesamt-Summenscore wird für das interRAI HC nicht berechnet.

Da für die Bestimmung von Pflegebedürftigkeit aufgrund der Komplexität der Einsatz lediglich einer Skala aus dem interRAI HC nicht ausreichend wäre, wurden insgesamt fünf Skalen in die Analysen einbezogen. Mit diesen Skalen können Aussagen zu Entwicklungen im Bereich der körperlichen und geistigen Fähigkeiten, zur Bewältigung von Alltagsaufgaben, zum Gesundheitszustand sowie zur Dringlichkeit zur Veranlassung von unterstützenden Maßnahmen getroffen werden. Detaillierte Angaben zu Inhalten und Bewertungen der Skalen finden sich in Tabelle 10.

*Tabelle 10: Überblick der verwendeten Skalen und *Clinical Assessment Protocols (CAPs) des inter Rai HC*

Skalen/CAPs*	Genaue Bezeichnung	Inhalt	Scoring
ADLH	Aktivitäten des täglichen Lebens, hierarchisch	Fähigkeiten in Bereichen der körperbezogenen Selbstpflege, wie bspw. waschen, anziehen, ausscheiden	0-6 Punkte: von 0 - vollständig unabhängig bis 6 - vollständig abhängig
IADLCH	Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (potentielle Leistungen) aufgrund der hierarchisch	Fähigkeiten in Bereich der Alltagsbewältigung, wie bspw. einkaufen, telefonieren, Treppen steigen	0-6 Punkte: 0 - vollständig unabhängig bis 6 - vollständig abhängig
CHESS	Gesundheitsveränderungen, Symptome, Krankheitszeichen und Lebensende	Stabilität des Gesundheitszustandes auf Grundlage von körperlichen und geistigen Fähigkeiten, Krankheitssymptomen und Ernährungsproblemen	0-5 Punkte: 0 - stabiler Gesundheitszustand bis 5 - sehr hohe Instabilität des Gesundheitszustandes
CPS	Cognitive Performance Scale (Skala der kognitiven Leistungsfähigkeit)	Kognitive Leistungsfähigkeit in den Bereichen Alltagsentscheidungen, Kurzzeitgedächtnis, Ausdrucksfähigkeit und Ernährung	0-6 Punkte: 0 - keine Beeinträchtigung bis 6 - sehr schwere Beeinträchtigung
MAPLe	Methods for Assessing Priority Levels	Priorisierung des Unterstützungsbedarf unter Einbezug von Aspekten, wie	Level 1-5: 1 - niedriger Bedarf bis 5 - höchster Bedarf

		bspw. körperliche und kognitive Fähigkeiten, Verhalten, häusliche Umwelt. Im Kontext ReKo bildet er außerdem eine Komponente der ReKo-Komplexitätsvariable (siehe Kap. 2.4.1)	

Zur Dokumentation der erhobenen Daten wurde eine von interRAI lizenzierte Software der Firma Raisoft Oy Ltd. eingesetzt, die ursprünglich für den Einsatz in der Praxis entwickelt wurde. Dies ermöglichte eine einfache und ressourcensparende Erfassung der Daten und erleichterte die Folgerhebungen sowie deren Dokumentation, da lediglich Veränderungen im Erhebungsverlauf (t0 bis t2) eingepflegt werden mussten und sich die Datenerheber*innen dadurch im Rahmen der Datenerhebung auf die Herstellung einer offenen und vertrauensvollen Gesprächssituation konzentrieren konnten. Darüber hinaus berechnet die Software alle relevanten Skalenwerte und Alarmzeichen (CAPs), die teils auf umfangreichen Algorithmen basieren, und bietet die Möglichkeit des Exports von Tabellen, Diagrammen sowie der vollständigen, anonymisierten Daten zur Verwendung von weiteren differenzierten und spezifischen statistischen Analyse in SPSS 28.

Pflegeassessment Barthel-Index

Zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit aufgrund körperlicher Einschränkungen wurde zusätzlich zum interRAI HC der Barthel-Index (BI) (Lübke et al. 2004; Mahoney und Barthel 1965) eingesetzt. Er umfasst zehn Items, die sich auf körperliche Fähigkeiten im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens beziehen (*Essen, Aufsetzen und Umsetzen, sich waschen, Toilettenbenutzung, Baden/Duschen, Aufstehen und Gehen, Treppensteigen, An- und Auskleiden, Stuhlkontrolle, Harnkontrolle*). Den Items sind jeweils in zwei bis vier Stufen Punktwerte in Fünferschritten von Null (nicht Ausführung der Aktivität) bis maximal 15 (selbständige Durchführung) zugeordnet. Dementsprechend kann der Gesamtscore 0 bis 100 Punkte betragen, denen folgende Bewertungsgrundlage gemäß Ziffer U50.- der ICD-10-GM ab Version 2005 und gemäß der Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation des MDS und des GKV-Spitzenverbandes (zuletzt geändert 2016) zugrunde liegt:

- 0-30 Punkte = weitgehend pflegeabhängig
- 35-80 Punkte hilfsbedürftig
- 85-95 Punkte = punktuell hilfsbedürftig
- 100 Punkte = Zustand kompletter Selbständigkeit in den zugrunde liegenden Itembereichen und bezogen auf den jeweiligen Untersuchungskontext

2.4.4 Ökonomische Analysen

Grundsätzlich orientieren sich die durchgeführten ökonomischen Analysen an den Methoden des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2022), in denen Standards zur Erfassung und Analyse der Kosten- und Nutzenbestandteile beschrieben sind. Die wesentlichen Datengrundlagen für die ökonomischen Analysen stellten die Routinedaten sowie die Patient*innenauskünfte dar. Über diese Datensätze wurde die Einsicht in die

Inanspruchnahme von mit der Krankenkasse abgerechneten Leistungen über einen längeren Zeitverlauf möglich. Die von den teilnehmenden Kassen zur Verfügung gestellten Routinedaten bzw. abgerechneten Daten stellen Sekundärdaten dar und können in folgende Teilbereiche der Gesundheitsleitungen aufgeteilt werden:

- Ambulante ärztliche Leistungen
- Stationäre Leistungen
- Arzneimittelverordnungen/Medikamente
- Hilfsmittel
- Heilmittel
- Fahrkosten
- Reha
- Häusliche Krankenpflege
- Pflege (SGBXI)

Die beschriebenen Abrechnungsdaten wurden für alle Proband*innen der ZG 1-2 für den Leistungszeitraum ab dem 01.01.2019 angefordert. Ende des analytisch inkludierten Zeitraumes der gelieferten Abrechnungsdaten ist der proband*innenindividuelle Zeitpunkt t1 exakt zwölf Monate nach Einschreibedatum. Im Projekt galt es zu untersuchen, ob Versicherte in der IG im Zeitverlauf signifikante Unterschiede in den Abrechnungsdaten der Krankenkassen im Vergleich zu Versicherten der KG aufweisen. Besondere Bedeutung kommt dem einschreibungsabhängigen Zeitraum t0, der die 12 Monate vor Einschreibungszeitpunkt abdeckt, sowie dem Zeitraum t1, der die 12 Monate nach Einschreibung abdeckt, zu, da diese Zeiträume als maßgebliche Vergleichszeiträume für Intra- sowie Intergruppentests genutzt werden konnten.

Informationen zu privat getätigten Ausgaben für Gesundheitsleistungen (private Ausgaben für Pflegeleistungen und private Ausgaben für Leistungen der Alltagsgestaltung und Haushaltsführung), die nicht in den Routinedaten enthalten sind, konnten zusätzlich durch Abfragen in den Fragebögen erlangt werden (s. Anlage 3). Diese dort erhaltenen Informationen konnten jedoch nicht in die ökonomischen Analysen einfließen, da die Datenqualität (große Anzahl fehlender Werte) keine validen ökonomischen Aussagen zuließ. Unabhängig der ökonomischen Analysen erfolgte eine inhaltliche Analyse im Zuge der Effektmessung.

Neben den Routinedaten der Krankenkassen sind in der IG die ökonomischen Aufwände zum Betrieb einer CM-O relevant, welche die Interventionskosten darstellen. Entsprechend wurden die Kosten der neuen Versorgungsform im CM, die insbesondere die Personalkosten der betreuenden Case Manager*innen, aber auch weitere Bestandteile wie Fahrkosten der Case Manager*innen und Softwarelizenzen, umfassen, inkludiert, um eine ganzheitlichere Analyse zu ermöglichen. Zusammenfassend ist ein wesentlicher Bestandteil der ökonomischen Analysen die Erfassung des Ressourcenverbrauchs bzw. die je Proband*in entstandenen Kosten, welche für gewöhnlich in monetären Einheiten erfasst werden können.

Ganzheitliche Betrachtungen schließen neben den entstandenen Kosten auch positive Effekte, also etwaige entstandene Nutzenwerte ein. Diese wurden bei den Proband*innen durch die Fragebögen zur Lebenszufriedenheit, die Erhebung des BI sowie die RAI-Erhebungen erfasst und umfassen letztlich verschiedene Einheiten für die Erfassung von gesundheitsbezogenen

Effekten. Hinsichtlich der Nutzeneffekte wird die Fragestellung untersucht, ob Proband*innen der IG (a) im Zeitverlauf und (b) im Vergleich zu Proband*innen der KG positive Gesundheitseffekte aufweisen. Die verwendeten Nutzenwerte resultieren aus Primärdatenerhebungen.

Kosten- und Nutzenbestandteile wurden im Anschluss an ihre Erfassung in Relation zueinander gesetzt, was mit der Ermittlung des inkrementellen Kosten-Effektivitäts-Verhältnisses (incremental cost-effectiveness ratio (ICER) erreicht werden konnte. Dabei wurde die Kosteneffektivität mit folgendem Ansatz in den einzelnen Gruppen berechnet:

$$ICER_{KG} = \frac{\emptyset \text{ Gesamtkosten}_{t1} - \emptyset \text{ Gesamtkosten}_{t0}}{\emptyset \text{ Effektscore}_{t1} - \emptyset \text{ Effektscore}_{t0}}$$

$$ICER_{IG} = \frac{\emptyset \text{ Gesamtkosten}_{t1} - \emptyset \text{ Gesamtkosten}_{t0}}{\emptyset \text{ Effektscore}_{t1} - \emptyset \text{ Effektscore}_{t0}}$$

Anschließend wurde ein direkter Vergleich zwischen der IG und KG vorgenommen. Das projektrelevante ICER resultiert aus der Differenz der Kosten von Intervention und Regelversorgung, welche durch die Differenz der Effekte von Intervention und Regelversorgung dividiert wird (Glick et al. 2014).

$$ICER_{Reko} = \frac{\Delta \emptyset \text{ Gesamtkosten}_{IG} - \Delta \emptyset \text{ Gesamtkosten}_{KG}}{\Delta \emptyset \text{ Effektscore}_{IG} - \Delta \emptyset \text{ Effektscore}_{KG}}$$

2.5 Studienpopulation

2.5.1 Qualitative Interviews, Fokusgruppen und Beobachtungen

Im Rahmen der qualitativen Erhebungen wurden die im Folgenden beschriebenen Personengruppen einbezogen. Es erfolgten leitfadengestützte Interviews und Fokusgruppen mit Personen aus IG und KG vor der Intervention (t0) sowie im Anschluss an die Intervention (t1). Die Darstellung der einbezogenen Personengruppen erfolgt differenziert nach ZG (vgl. Kapitel Zielgruppen mit Ein- und Ausschlusskriterien für Proband*innen).

Zielgruppe 1 und 2

Bzgl. der ZG 1 und 2 wurden insgesamt 40 Interviews mit Proband*innen der IG durchgeführt. Es nahmen 18 Personen aus der ZG 1 und 22 Personen aus ZG 2 teil.

Insgesamt erfolgten 20 Interviews vor der Intervention und 31 Interviews nach der Intervention. Von den 20 Interviews, die vor der Intervention stattfanden, stammten 8 Interviewte aus ZG 1, während 12 Interviewte ZG 2 zugeordnet waren. Wie in der Methodik der qualitativen Erhebung (vgl. Kapitel Effektmessung) beschrieben, wurden die Interviews zum Befragungszeitpunkt t1 nach Themenschwerpunkten aufgeteilt. In die Interviews, die von den Mitarbeiter*innen des Fachgebiets IGB durchgeführt wurden, wurden jeweils zehn Personen aus der ZG 1 und 2 einbezogen. Insgesamt 11 Interviews der ZG 1 und 2 wurden von

den Mitarbeiter*innen des Fachgebiets UWI durchgeführt. Tabelle 11 gibt einen Überblick über die detaillierte Zusammensetzung der befragten Personen.

Tabelle 11: Übersicht der qualitativen Erhebungen (ZG 1-2)

Zielgruppe 1 – Menschen mit somatischen und/oder kognitiven Beeinträchtigungen, die noch keine Einstufung nach Pflegegraden (gemäß SGB XI) haben, aber in medizinisch-pflegerischer Versorgung sind (n=21)						
Zeitpunkt	Anzahl Interviews, n	Interventions-/ Kontrollgruppe, n	Landkreis, n	Durchschnittliches Alter zum Interviewtermin	Geschlecht, n	Interviewdauer
t0	8	IG: 8	Emsland: 2 Grafschaft Bentheim: 6	67,4 Jahre (50 bis 81 Jahre)	Weiblich: 4 Männlich: 4	Ca. 40 min
t1	10	IG: 10	Emsland: 6 Grafschaft Bentheim: 4	74,0 Jahre (60 bis 92 Jahre)	Weiblich: 8 Männlich: 2	Ca. 30 min
t1 (IT)	3	IG: 3	Emsland: 1 Grafschaft Bentheim: 2	62,33 Jahre (59 bis 65 Jahre)	Weiblich: 2 Männlich: 1	Ca. 20 min
Zielgruppe 2 - Menschen mit sozialrechtlich anerkanntem Pflegebedarf (Pflegegrad nach SGB XI) (n=30)						
Zeitpunkt	Anzahl Interviews	Interventions-/ Kontrollgruppe: n	Landkreis: n	Durchschnittliches Alter zum Interviewtermin	Geschlecht: Anzahl (Prozent)	Interviewdauer
t0	12	IG: 12	Emsland: 3 Grafschaft Bentheim: 9	61,5 Jahre (44 bis 84 Jahre)	Weiblich: 11 Männlich: 1	Ca. 40 min
t1	10	IG: 10	Emsland: 6 Grafschaft Bentheim: 4	71,7 Jahre (52 bis 90 Jahre)	Weiblich: 6 Männlich: 4	Ca. 30 min
t1 (IT)	8	IG: 8	Emsland: 5 Grafschaft Bentheim: 3	70,38 Jahre (59 bis 83 Jahre)	Weiblich: 4 Männlich: 4	Ca. 20 min

Zielgruppe 3

Zudem wurden insgesamt 47 Interviews mit (pflegenden) Angehörigen pflegebedürftiger Personen aus den IG durchgeführt (vgl. Tabelle 12). Davon wurden 20 Interviews vor und 27 nach der Intervention durchgeführt. Die Interviewten wiesen eine hohe Altersspanne auf: Die vor der Intervention befragten Proband*innen waren von 37 bis 86 Jahre alt (im Durchschnitt 56 Jahre). Die nach der Intervention befragten Personen waren von 37 bis 79 Jahren alt (im Durchschnitt 54 Jahre). In die Interviews, die von den Mitarbeiter*innen des Fachgebiets IGB durchgeführt wurden, wurden jeweils 20 Personen aus der ZG 3 einbezogen. 7 Interviews wurden von den Mitarbeiter*innen des Fachgebiets UWI durchgeführt. Zusätzlich durchgeführt wurde eine Fokusgruppe mit Teilnehmenden aus den KG. Trotz erheblicher

Akquisebemühungen konnten hierfür nur 3 (von 71 angefragten) Studienteilnehmende rekrutiert werden.

Tabelle 12: Übersicht der qualitativen Erhebungen (ZG 3)

Zielgruppe 3 – (Pfleger*innen) Angehörige pflegebedürftiger Personen (n=47)						
Zeitpunkt	Anzahl Interviews	Interventions-/ Kontroll-gruppe, n	Landkreis, n	Durchschnittliches Alter zum Interviewtermin	Geschlecht, n	Interviewdauer
t0	20	IG: 20	Emsland: 11 Grafschaft Bentheim: 9	56,02 Jahre (37 bis 86 Jahre)	Weiblich: 18 Männlich: 2	Ca. 30 min
	1 Fokusgruppe (3 Teilnehmende)	KG: 3	Cloppenburg: 1 Vechta: 2	53 Jahre (44 bis 60 Jahre)	Weiblich: 1 Männlich: 2	
t1	20	IG: 20	Emsland: 11 Grafschaft Bentheim: 9	54,85 Jahre (41 bis 79 Jahre)	Weiblich: 11 Männlich: 9	Ca. 20 min
t1 (IT)	7	IG: 7	Emsland: 3 Nordhorn: 4	53,57 Jahre (37 bis 68 Jahre)	Weiblich: 5 Männlich: 2	Ca. 20 min

Zielgruppe 4

Insgesamt 40 Interviews wurden mit Proband*innen aus der ZG 4 durchgeführt (vgl. Tabelle 13). Es wurden 28 Proband*innen aus den IG und 12 Proband*innen aus den KG befragt.

20 Personen wurden vor dem Interventionszeitraum und 20 Personen nach der Intervention befragt. Es wurde eine große Bandbreite von Institutionen und Berufsgruppen eingebunden. Es nahmen sowohl Vertreter*innen aus Pflegestützpunkten (PSP) sowie sozialpsychiatrischen Diensten und Sozialdiensten sowie Familien- und Pflegeservicebüros, als auch Mitarbeiter*innen aus der Eingliederungshilfe, ehrenamtliche Seniorenbegleiter*innen und ReKo-Case-Manager*innen an den Interviews teil. Zudem wurden Pflegefachpersonen und Pflegedienstleitungen aus ambulanten Pflegediensten und der Tagespflege sowie (Haus-) Ärzt*innen befragt.

Von den 20 Interviews vor der Intervention wurden 14 Interviews mit Proband*innen aus der Interventionsregion durchgeführt und 6 Interview mit Personen aus den Kontrollregionen. An den 20 Interviews zum Zeitpunkt nach der Intervention nahmen 14 Proband*innen aus der Interventionsregion und 6 Proband*innen aus den Kontrollregionen teil.

Zudem wurden 2 Fokusgruppen zu Beginn der Intervention jeweils mit den ReKo-Case Manager*innen der Grafschaft Bentheim und dem Landkreis Emsland durchgeführt. An der Fokusgruppe der Grafschaft Bentheim nahmen 7 ReKo-Case Manager*innen und 9 Case Manager*innen des Landkreises Emsland inklusive jeweils der ReKo-CM-Koordinatorinnen teil. Ergänzend zu t1 wurden Einzelinterviews mit allen 17 Case Manager*innen durchgeführt.

Tabelle 13: Übersicht der qualitativen Erhebungen (ZG 4)

Zielgruppe 4: Professionelle Dienstleister (n=73)						
Anzahl Interviews	Intervention-/Kontrollgruppe, n	Landkreis, n	Geschlecht, n	Institution, n		Interviewdauer
40	IG: 28	Emsland: 9 Grafschaft Bentheim: 19	Weiblich: 24 Männlich: 6	(Haus-) Ärzte	3	Ca. 40 min
				Krankenhaus:	3	
				Ambulante Pflegedienste:	5	
				Tagespflege	2	
				PSP	3	
				Familienservicebüro	1	
				Sozialpsychiatrischer Dienst	2	
				Ehrenamt	1	
				Teilhabeberatung	1	
				Case Manager*innen	4	
				Eingliederungshilfe/-stelle	2	
				Pflegeheim	2	
	KG: 12	Vechta: 5 Oldenburg: 2 Cloppenburg: 1 Nordheim: 1 Gifhorn: 1 Nienburg: 1 Amerland: 1	Weiblich: 10 Männlich: 2	Sozialdienst	1	
				ambulanter Pflegedienst	4	
				Pflege-Servicebüro	1	
				Sozialpsychiatrischer Dienst	1	
				(Senioren- und) PSP	5	
17	IG: 17	Emsland: 7 Grafschaft Bentheim: 10	Weiblich: 16 Männlich: 1	Case Manager*innen		
Anzahl Fokusgruppen	Intervention-/Kontrollgruppe, n	Landkreis, n	Geschlecht, n	Institution, n		Interviewdauer
2	IG: 16	Emsland: 9 Grafschaft Bentheim: 7	Weiblich: 15 Männlich: 1	Case Manager*innen		Ca. 80 min

Zusätzlich zu den Interviews und Fokusgruppen wurden teilnehmende Beobachtungen des ReKo-CMs zu t0 und t1 durchgeführt. Zu t0 wurden je Landkreis zwei Case Managerinnen jeweils zwei Arbeitstage lang begleitet. Zu t1 fanden drei Beobachtungen in der Grafschaft Bentheim und eine im Landkreis Emsland, diesmal jeweils einen Arbeitstag, statt. Die Länge

der Arbeitstage richtete sich dabei nach dem jeweiligen Stellenumfang und dem Arbeitsaufkommen an dem jeweiligen Tag der entsprechenden Case Manager*in.

Tabelle 14: Übersicht der Beobachtungen der CM (ZG 4)

Zielgruppe 4 – Case Manager*innen						
Zeitpunkt	Anzahl Beobachtungstage	Landkreis, n	Verortung, n	Stellenumfang, n	Geschlecht, n	Beobachtungsdauer
t0	4 x 2	Grafschaft Bentheim: 2 Emsland: 2	PSP: 2 Krankenhaus: 2	100 %: 3 75 %: 1	Weiblich: 1 Männlich: 2	Ø 8,1 Std. (min. 6,3 Std.; max. 10,0 Std.)
t1	4 x 1	Grafschaft Bentheim: 3 Emsland: 1	Familien-Service-Büro: 3 Krankenhaus: 1	50 %: 4	Weiblich: 11 Männlich: 9	Ø 7,4 Std. (min. 6,0 Std., max. 8,5 Std.)

Zielgruppen 5

Es wurden 21 Interviews mit Proband*innen aus der ZG 5 bis 7 (Netzwerkakteure) geführt (vgl. Tabelle 15). Es nahmen insgesamt 13 Proband*innen aus der Interventionsregion und sieben Personen aus den Kontrollregionen teil. Im Rahmen der Interviews wurden Vertreter*innen der Landkreise und Gesundheitsregionen, Kreis- und Landesverbände von Wohlfahrtsverbänden, medizinischer Dienste und Krankenkassen sowie Akteure aus Krankenhäusern und ambulanten Pflegediensten eingebunden.

Vor der Intervention (t0) wurden 11 Interviews mit sechs Personen aus der Interventionsregion und 4 Personen aus den Kontrollregionen durchgeführt. Nach der Intervention (t1) erfolgten 10 Interviews mit 7 Personen aus der Interventionsregion und drei Interviews mit Personen aus den Kontrollregionen.

Tabelle 15: Übersicht der qualitativen Erhebungen (ZG 5-7)

Zielgruppe 5-7: Informelle Akteure, Vertreter*innen von Krankenkassen, Akteure im Umfeld der regionalen Vernetzung (Kommunen, Vereine, Kultur etc.) (n=21)						
Anzahl Interviews	Intervention-/Kontrollgruppe: Anzahl	Landkreis: Anzahl (Prozent)	Geschlecht: Anzahl (Prozent)	Institution		Interviewdauer
21	IG: 13	Emsland: 6 Grafschaft Bentheim: 6 beide: 1	Weiblich: 11 Männlich: 2	Landkreis	4	Ca. 40 min
				Pflegedirektion Krankenhaus	1	
				Geschäftsbereichsleitung Krankenkasse	1	

				Kreisverband Wohlfahrtsverband	2	
				Medizinischer Dienst	1	
				Seniorenstützpunkt/ Ehrenamtsagentur/ Freiwilligenagentur	3	
				Pflegedienstleitung ambulanter Pflegedienst	1	
	KG: 7	Oldenburg: 2 Vechta: 2 Vechta/Cloppenburg: 1 Nordheim: 1 Nienburg: 1	Weiblich: 5 Männlich: 2	Landkreis/Gesundheitsregion	5	
				Pflegeberatung Krankenkasse	1	
				Landesverband Wohlfahrtsverband	1	

2.5.2 Standardisierte Fragebögen

Zielgruppe 1+2

Für die ZG 1 und 2 liegen insgesamt 2813 Fragebögen über alle Zeitpunkte hinweg vor. Davon stammen 1365 aus der IG und 1408 aus der KG (vgl. Tabelle 16).

In der IG liegen aufgeteilt nach Zeitpunkt 554 t0-Fragebögen, 455 t1-Fragebögen und 356 t2-Fragebögen vor. Im Sample sind 211 Personen bzw. 35,17 % männlich. Der Anteil der weiblichen Personen überwiegt mit n=384 bzw. 64 % (5 Personen machen keine Angabe zum Geschlecht). Der Altersdurchschnitt der IG liegt bei 71,75 Jahren (SD=13,84). Es sind mit 54 % mehr Personen der ZG 2 zuzuordnen, 45,33 % haben noch keinen Pflegegrad bei Einschreibung und gehören daher zur ZG 1. 40,83 % der Fälle sind nach den in Kapitel 2.3.1 beschriebenen Kriterien eher komplex, 57 % sind weniger komplex und bei 2,17 % kann keine Zuteilung vorgenommen werden (vgl. Tabelle 17)

Für die KG wurden, aufgeteilt nach Befragungszeitpunkt, 560 t0-Fragebögen, 460 t1-Fragebögen und 388 t2-Fragebögen eingeholt. Im Sample der KG ist mit 382 Personen bzw. 64,75 % ebenfalls der überwiegende Anteil weiblich. 204 Personen bzw. 34,58 % sind männlich. Auch in der KG gehören mit 63,39 % mehr Personen zur ZG 2 gegenüber 36,44 %, die der ZG 1 zugeordnet sind. In der KG sind 28,89 % der Fälle nach den in Kapitel 2.3.1 beschriebenen Kriterien eher komplex, 62,64 % sind weniger komplex und bei 8,47 % kann keine Zuteilung erfolgen (z. B. weil hier keine Daten aus dem interRAI HC vorlagen).

Tabelle 16: Gesamtsample Fragebögen ZG 1+2

Gesamtsample Fragebögen ZG 1+2	N
Gesamt	2813 FB über alle 3 Zeitpunkte
Studiengruppe	
Interventionsgruppe	1365 (48,52 %)
Kontrollgruppe	1408 (50,05 %)

Zu den Zeitpunkten	
t0	1139
t1	930
t2	744
Komplexität	
Variable vorhanden	1270
Missing	159

Tabelle 17: Gesamtsample Fragebögen IG ZG 1+2

Sample Fragebögen IG ZG 1+2	N
Gesamt	1365 FB über alle 3 Zeitpunkte
Zu den Zeitpunkten	
t0	554
t1	455
t2	356
Zielgruppe	
Zielgruppe 1	272 (45,33)
Zielgruppe 2	324 (54 %)
Geschlecht	
Männlich	211 (35,17 %)
Weiblich	384 (64 %)
Komplexität	
Eher komplexer Fälle	245 (40,83 %)
Eher weniger komplexe Fälle	342 (57 %)
Missing	13 (2,17 %)
Alter	Ø 71,75 Jahre (SD=13,84); Median = 75,5 Jahre

Tabelle 18: Gesamtsample Fragebögen KG ZG 1+2

Sample Fragebögen KG ZG 1+2	N
Gesamt	1408 FB über alle 3 Zeitpunkte
Zu den Zeitpunkten	
t0	560
t1	460
t2	388
Zielgruppe	
Zielgruppe 1	215 (36,44 %)
Zielgruppe 2	374 (63,39 %)
Geschlecht	
Männlich	204 (34,58 %)

Weiblich	382 (64,75 %)
Komplexität	
Eher komplexe Fälle	171 (28,89 %)
Eher weniger komplexe Fälle	369 (62,54 %)
Missing	50 (8,47 %)
Alter	Ø 73,79 Jahre (SD=12,33); Median = 77 Jahre

Wie viele Fragebögen jeweils so vollständig bearbeitet wurden, dass sie in die Auswertung einbezogen werden konnten, wird in den jeweiligen Kapiteln zu den einzelnen standardisierten Erhebungsinstrumenten beschrieben.

Zielgruppe 3

Für die ZG 3 liegen insgesamt 1246 Fragebögen über alle Zeitpunkte hinweg vor. Davon stammen 788 aus der IG und 438 aus der KG (vgl. Tabelle 19).

In der IG liegen, aufgeteilt nach Zeitpunkt, 315 t0-Fragebögen, 276 t1-Fragebögen und 197 t2-Fragebögen vor. Im Sample sind 104 Personen bzw. 30,69 % männlich und 234 Personen bzw. 69,03 % weiblich (1 NA). Der Altersdurchschnitt der An- und Zugehörigen der IG liegt bei 55,87 Jahren (SD=13,43) (vgl. Tabelle 20).

In der KG liegen, aufgeteilt nach Zeitpunkt der Erhebung, 175 t0-Fragebögen, 134 t1-Fragebögen und 129 t2-Fragebögen vor. Die Fallzahl und die Studienbeteiligung waren hier geringer. Auch in diesem Sample überwiegt der Anteil der weiblichen Teilnehmenden mit 148 bzw. 77,89 % zu 42 bzw. 22,11 % männlichen Personen. Das Durchschnittsalter ist in der KG mit 59,28 Jahren (SD=12,06) etwas höher als in der IG (vgl. Tabelle 21).

Tabelle 19: Gesamtsample Fragebögen ZG 3

Gesamtsample Fragebögen ZG3	N
Gesamt	1246 FB über alle 3 Zeitpunkte
Studiengruppe	
Interventionsgruppe	788 (63,24 %)
Kontrollgruppe	438 (35,15 %)
Zu den Zeitpunkten	
t0	507
t1	413
t2	326

Tabelle 20: Sample Fragebögen IG ZG 3

Sample Fragebögen IG ZG 3	N
Gesamt	788 FB über alle 3 Zeitpunkte
Zu den Zeitpunkten	

t0	315
t1	276
t2	197
Geschlecht	
Männlich	104 (30,69 %)
Weiblich	234 (69,03 %)
Alter	Ø 55,87 Jahre (SD=13,43); Median = 54 Jahre

Tabelle 21: Sample Fragebögen KG ZG 3

Sample Fragebögen KG ZG 3	N
Gesamt	438 FB über alle 3 Zeitpunkte
Zu den Zeitpunkten	
t0	175
t1	134
t2	129
Geschlecht	
Männlich	42 (22,11 %)
Weiblich	148 (77,89 %)
Alter	Ø 59,28 Jahre (SD=12,06); Median = 59 Jahre

Evaluation der IT-Schulungen

Die Case Manager*innen haben an einer IT-Schulung teilgenommen, die zu zwei Zeitpunkten evaluiert wurde. Der erste Befragungszeitraum zur IT-Schulung fand unmittelbar nach der IT-Schulung statt, an dem insgesamt 13 Case-Manager*innen und 2 neutrale Beobachter teilgenommen haben. Der zweite Befragungszeitraum zur IT-Schulung fand vier Monate nach der IT-Schulung statt, an dem insgesamt 14 Case-Manager*innen befragt wurden.

Tabelle 22: Sample Evaluation der IT-Schulungen

Zeitpunkt	Anzahl	Institution
t=0	13	Case Manager*innen
t=1	14	Case Manager*innen

2.5.3 GKV-Routinedaten

Das Sample der GKV-Routinedaten umfasst nahezu alle in die Studie eingeschriebenen Proband*innen der ZG 1 und ZG 2. Es ergibt sich für das Gesamtsample N=1192, wovon N=554 auf die IG und N=638 auf die KG entfallen (vgl. Tabelle 23). 1166 Proband*innen konnten über direkte Datenlieferungen der Kranken- und Pflegekassen in die Auswertungen einbezogen werden. Die durch Selektivverträge eingebundenen Krankenkassen waren die DAK, TK,

Barmer, Pronova BKK und die AOK Niedersachsen. 26 Proband*innen wurden über die individuelle Bereitstellung der Abrechnungsdaten der Kranken- und Pflegekassen nach §305 SGB V, §108 SGB XI bzw. Art. 15 DSGVO einbezogen. Dieser Weg der Datenbereitstellung über die Proband*innen direkt wurde dann gewählt, wenn die entsprechende Krankenkasse nicht durch einen Selektivvertrag am Projekt beteiligt war. Die individuellen GKV-Daten wurden postalisch an das Evaluationsteam übermittelt und dort digitalisiert und in die gleiche Datenstruktur wie die der von den Krankenkassen digital gelieferten Routinedaten überführt. Die Daten wurden durch eine DTHS gemäß BAS-Antrag pseudonymisiert und gemeinsam mit den digital gelieferten Daten der beteiligten Krankenkassen an das Evaluationsteam übermittelt. Auf diese Weise konnten Proband*innen krankenkassenunabhängig in das Projekt eingeschrieben werden. Die durch die Krankenkassen gelieferten Daten umfassten folgende, für die Evaluation relevante Leistungsbereiche:

- Stammdaten
- Ambulante ärztliche Versorgung
- Stationäre Krankenhausleistungen
- Arzneimittelversorgung
- Heil- und Hilfsmittelversorgung
- Stationäre und/oder ambulante Rehabilitation
- Fahrtkosten
- Häusliche Krankenpflege
- Pflegeleistungen SGB XI

Tabelle 23: Studienpopulation Routinedaten

Gesamtsample Routinedaten	N
Gesamt	1192
Studiengruppe	
Interventionsgruppe	554 (46 %)
Kontrollgruppe	638 (54 %)
Zielgruppe	
Zielgruppe 1	503 (42 %)
Zielgruppe 2	689 (58 %)
Komplexität	
Variable vorhanden	1108
Missing	84

Tabelle 24: Studienpopulation Routinedaten IG

Sample Routinedaten IG	N
Gesamt	554
Zielgruppe	
Zielgruppe 1	248 (45 %)
Zielgruppe 2	306 (55 %)
Geschlecht	
Männlich	191 (34 %)

Weiblich	363 (66 %)
Komplexität	
Eher komplexe Fälle	226 (42 %)
Eher weniger komplexe Fälle	315 (58 %)
Alter	Ø 72,44 Jahre (SD=13,86); Median = 76 Jahre

Tabelle 25: Studienpopulation Routinedaten KG

Sample Routinedaten KG	N
Gesamt	638
Zielgruppe	
Zielgruppe 1	255 (40 %)
Zielgruppe 2	383 (60 %)
Geschlecht	
Männlich	220 (34 %)
Weiblich	418 (66 %)
Komplexität	
Eher komplexe Fälle	177 (31 %)
Eher weniger komplexe Fälle	390 (69 %)
Alter	Ø 73,99 Jahre (SD=12,54); Median = 77 Jahre

2.5.4 Klinische Assessments

Zu den klinischen Assessments zählen das interRAI HC, der BI und der Fragebogen zu den Sorgenetzwerken. Letzterer wird hier aufgeführt, da dieser im Rahmen der telefonischen Befragungen der ZG 1 und 2 erhoben und nicht als Fragebogen ausgegeben wurde.

Insgesamt liegen über alle Zeitpunkte hinweg 3290 Datensätze der Klinischen Assessments vor (t0=1273, t1=1046, t2=971).

Von den vorliegenden Assessments entfallen 1760 (53,5 %) auf die IG und 1530 (46,5 %) auf die KG sowie 1347 (40,9 %) auf ZG 1 und 1943 (59,1 %) auf ZG 2 (vgl. Tabelle 26). Gut zwei Drittel der Proband*innen sind weiblich (n=2097; 63,7 %) und 36,3 % (n=1193) männlich. Das Durchschnittsalter des Gesamtsamples beträgt 72,48 Jahre (SD=13,104; Median=76 Jahre).

Tabelle 26: Studienpopulation interRAI HC, BI und Sorgenetzwerke Gesamtstichprobe IG- und KG

Gesamtsample	Klinische Assessments
Gesamt	3290
Zu den Zeitpunkten	
t0	1273
t1	1046
t2	971
Studiengruppe	
Interventionsgruppe	1760 (53,5 %)

Kontrollgruppe	1530 (46,5 %)
Zielgruppe	
Zielgruppe 1	1347 (40,9 %)
Zielgruppe 2	1943 (59,1 %)
Geschlecht	
Männlich	1193 (36,3 %)
Weiblich	2097 (63,7 %)
Komplexität	
Eher nicht komplex	2096 (63,7 %)
Eher komplex	1175 (35,7 %)
Alter	Ø 72,48 Jahre (SD=13,104); Median = 76 Jahre

Die Geschlechterverteilung zwischen IG (männlich: n=655, 37,2 %; weiblich: n=1105, 62,8 %) und KG (männlich: n=538, 35,2 %; weiblich: n= 992, 64,8 %) ist ähnlich (vgl. Tabelle 27 und 28). Die KG ist im Durchschnitt etwas älter als die IG (IG: Ø 71,88 Jahre; KG: Ø 73,18 Jahre). Bezüglich der Zuordnung zu den ZG sowie der Anzahl komplexer Fälle unterscheiden sich die Gruppen zu jeweils ca. 10 Prozentpunkten. In der IG ist die Anzahl der Proband*innen der ZG 2 niedriger (n=969, 55,1 %), die Anzahl der eher komplexen Fälle gemäß Komplexitätsvariable (n=716, 40,7 %) hingegen höher als in der KG (ZG 2: n=974, 63,7 %; eher komplex: n=459, 30,0 %).

Tabelle 27: Studienpopulation interRAI HC, BI und Sorgenetzwerke Interventionsgruppe

Sample IG	Klinische Assessments
Gesamt	1760
Zu den Zeitpunkten	
t0	683
t1	562
t2	515
Zielgruppe	
Zielgruppe 1	791 (44,9 %)
Zielgruppe 2	969 (55,1 %)
Geschlecht	
Männlich	655 (37,2 %)
Weiblich	1105 (62,8 %)
Komplexität	
Eher nicht komplex	1037 (58,9 %)
Eher komplex	716 (40,7 %)
Alter	Ø 71,88 Jahre (SD=13,885); Median = 75 Jahre

Tabelle 28: Studienpopulation interRAI HC, BI und Sorgenetzwerke Kontrollgruppe

Sample KG	Klinische Assessments
Gesamt	1530
Zu den Zeitpunkten	
t0	590
t1	484
t2	456
Zielgruppe	
Zielgruppe 1	556 (36,3 %)
Zielgruppe 2	974 (63,7 %)
Geschlecht	
Männlich	538 (35,2 %)
Weiblich	992 (64,8 %)
Komplexität	
Eher nicht komplex	1059 (69,2 %)
Eher komplex	459 (30,0 %)
fehlend	12 (0,8 %)
Alter	Ø 73,18 Jahre (SD=12,112); Median = 76 Jahre

Weitere Ausdifferenzierungen nach Subgruppen werden in den betreffenden Kapiteln beschrieben, da diese je nach Endpunkt unterschiedlich aufbereitet wurden.

Telefonische Datenerhebung

Ausgesuchte Datenerhebungen (RAI HC, BI, Netzwerkfragebogen) wurden in der ersten Projektphase antragsgerecht unmittelbar bei den Proband*innen in der eigenen Häuslichkeit vorgenommen (IG n=32, KG n=3). Aufgrund der durch die COVID-19-Pandemie bedingten Kontaktbeschränkungen bzw. -verbote (Lockdown, Hausbesuchsverbote von nichtmedizinischen Personen, Ängste der Proband*innen sowie Infektionsschutz von Proband*innen und Assessoren/Datenerheber*innen) wurden die Erhebungen ab dem 26.10.2020 auf telefonische Datenerhebung umgestellt. Dieses Vorgehen ist unter methodischen Gesichtspunkten von Seiten der interRAI (Hirdes 2020; Meehan 2020; Painter 2020) sowie anderen internationalen staatlichen Stellen (Indiana Family & Social Services Administration 2020; Centers for Disease Control and Prevention 2020) legitimiert und wird in anderen Kontexten (z. B. Erhebungen in Flächenstaaten) regelhaft umgesetzt (Bateman 2016). Um eine Vergleichbarkeit der erhobenen Daten zu gewährleisten, wurde nach Aufhebung sämtlicher pandemiebedingten Beschränkungen auf die Wiederaufnahme von Hausbesuchen zur Datenerhebung verzichtet. Im Verlauf konnten einige Proband*innen telefonisch nicht (mehr) erreicht werden (z. B. da Telefonnummern nicht mehr vergeben waren oder regionale Umstände (z. B. polizeiliche Warnung vor Telefonbetrügern die Erreichbarkeit erschwerten). Fünf Proband*innen der KG wollten keine Auskünfte am Telefon

geben. Es ist aber davon auszugehen, dass es keine weiteren Dropouts durch die telefonischen Erhebungen gegeben hat, da die Planung der Hausbesuche ebenfalls eine vorherige telefonische Terminabsprache/Kontaktaufnahme erfordert hätte. Viele der Proband*innen äußerten darüber hinaus, dass es ihnen leichter fiel, am Telefon offen zu sprechen als im persönlichen Gespräch.

2.5.5 Regionale Versorgungs- und IT-Infrastrukturanalysen

Versorgungsinfrastrukturanalyse

Im Rahmen der ISA der ReKo-IG wurden zum Zeitpunkt t0 zwei Fokusgruppen durchgeführt. An der ersten Fokusgruppen haben insgesamt sechs Personen teilgenommen. Darunter Vertreter*innen (je n=1) der PSPs im Emsland und in der Grafschaft Bentheim, des Sozialpsychiatrischen Dienstes und des Sozialdienstes eines Krankenhauses in der Grafschaft Bentheim (je n=1) sowie eine Leitung der Abteilung „Hilfe zur Pflege“ des Landkreises Emsland (n=1). An der zweiten Fokusgruppe haben insgesamt vier Personen, je zwei Case Manager*innen aus dem Emsland und aus der Grafschaft Bentheim teilgenommen.

Zum **Zeitpunkt t1** wurden ergänzend zur Datenrecherche und analog zur t0-Erhebung ebenfalls zwei Gruppenbefragungen durchgeführt. An einer Befragung haben Mitarbeitende des Sozialdienstes, des PSPs (zuleitende Stellen in ReKo) und Case Manager*innen (n=31) und an der anderen ausschließlich die ReKo-Case Manager*innen (n=18) teilgenommen.

IT-ISA

Die Erhebungen der IT-ISA erfolgten zu zwei Zeitpunkten und umfassten sowohl qualitative als auch quantitative Methoden. Zum Zeitpunkt t0 wurden insgesamt 11 Interviews in der IG durchgeführt. Die Stichprobe setzte sich aus verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen zusammen, darunter Medizinerinnen (n=2), Vertreterinnen von Pflegediensten (n=5), sowie jeweils Vertretungen eines Pflegeheims, eines PSPs, eines Sozialdienstes und eines sozialpsychiatrischen Dienstes. In der KG fanden weitere 5 Interviews mit Vertreter*innen von Pflegediensten (n=4) und eines PSPs (n=1) statt.

Zum Zeitpunkt t1 wurden 11 Interviews im Rahmen der IT-ISA durchgeführt und ausgewertet. Dabei wurden Mediziner*innen, Vertreter*innen eines Pflegedienstes, eines Sozialdienstes, eines PSPs, eines sozialpsychiatrischen Dienstes sowie eines Pflegeheims (jeweils n=1) in der IG befragt. In der KG wurden zusätzliche Interviews mit Vertreterinnen eines Pflegedienstes und einer Apotheke (je n=1) durchgeführt. Darüber hinaus wurden Vertreter*innen von zwei Projekten befragt, die sich für die Digitalisierung im Gesundheitswesen in der Region engagieren.

3 Ergebnisse der Evaluation

3.1 Subjektiv erlebte Versorgungsqualität

Qualitative Studien ZG 1-3 und ZG 4-7, t0 und t1

Zentrale Ergebnisse
Die Ergebnisse der qualitativen Befragungen zeigen zum Erhebungszeitpunkt t0 erhebliche Defizite in der regionalen Pflegeberatung und Versorgung, insbesondere beim Zugang zu Informationen und der Qualität der Angebote aus Sicht ZG 1-3 und ZG 4-7 auf. Zum Zeitpunkt t1 zeigen die Ergebnisse, dass die ReKo-Case Manager*innen als koordinierende Instanz diese benannten Lücken schließen konnten, indem sie Betroffene umfassend begleiteten und unterstützten, was zu einer wahrgenommenen Verbesserung der Versorgungsqualität führte. Auch Leistungserbringende bewerteten das ReKo-CM positiv, da es Versorgungslücken adressierte, komplexe Fälle besser bearbeitete und die regionale Versorgungsstruktur weiterentwickelte.

Einschätzungen und Erfahrungen der Leistungsempfängenden zur Qualität von Angeboten der Regelversorgung (Ergebnisse qualitative Erhebungen ZG 1-3, t0)

Forschungsfragen (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
F1: Wie schätzen die Proband*innen die Qualität von Angeboten der Regelversorgung zum Zeitpunkt t0 ein? Welche Erfahrungen haben die Hilfe- und Pflegebedürftigen sowie die pflegenden An- und Zugehörigen vor der ReKo-CM-Intervention mit bestehenden Leistungen der Regelversorgung gemacht?	T0: - ZG 1-2: 20 Interviews, IG - ZG 3: 20 Interviews, IG - ZG 3: Fokusgruppeninterview KG (n=3)	Qualitative Einzelinterviews; Fokusgruppeninterviews

Um den Bedarf an CM in der Versorgung von Menschen mit (angehender) Pflegebedürftigkeit (ZG 1 und 2) sowie in der Begleitung von pflegenden An- und Zugehörigen (ZG 3) zu ermitteln, wurde gefragt, welche Erfahrungen die benannten ZG mit bestehenden Leistungsangeboten der Regelversorgung vor der CM-Intervention (t0) gemacht haben und wie sie die (erhaltenen) Angebote qualitativ einschätzen. Gefragt wurde zunächst nach Erfahrungen im Zusammenhang mit **Beratungsleistungen**. Die Ergebnisse verweisen auf **Informationsdefizite zu verfügbaren Beratungsleistungen, auf Zugangsprobleme zu den Beratungsangeboten, auf heterogene Beratungsqualität, auf hohe Beratungskomplexität** und in der Folge auf **Informationsdefizite bei ZG 1, 2 und 3**.

Den interviewten Personen der ZG 1 und 2 fehlten häufig Informationen, an wen sie sich mit ihren Fragen und Bedarfen grundsätzlich wenden können. Eine pflegebedürftige Person beschrieb ihre Situation wie folgt:

„Ich hatte ja keine Ahnung, ich stand da irgendwo, mit meinen beiden, gebrochenen Hüften, musste ich ja“ (I-12-18).

Die Befragten der ZG 3 (pflegende An- und Zugehörige) beklagten nur in Einzelfällen Informationsdefizite zum Leistungsangebot. Eine Person äußerte sich zum Beispiel wie folgt:

„Also ich habe vorher gar keine Unterstützung gekriegt. Im Endeffekt, ich habe mir alles selber angeeignet“ (I-3-4).

Die Mehrheit der befragten pflegenden An- und Zugehörigen äußerte dagegen, dass ihnen die Adressaten ihrer Fragen und Bedarfe bekannt seien und nannten hier vor allem die Krankenkasse oder das „Durchfragen“ bei Pflegeanbieter*innen. Rückfragen verdeutlichten jedoch, dass auch diesen Befragten häufig die Breite der sozialrechtlich legitimierten Beratungsangebote nicht bekannt war. Lediglich in einem einzigen Fall bestand ein Kontakt zum PSP.

Die interviewten (angehenden-) hilfe- und pflegebedürftigen Personen sowie die pflegenden An- und Zugehörigen beschrieben darüber hinaus einen enormen **Aufwand zur Informationsbeschaffung**, um konkrete Leistungsansprüche zu klären. Eine interviewte Person der ZG 3 führte diesen Aufwand folgendermaßen aus:

„Es ist ja so, dass man bei der Pflegekasse-, man wird ja ganz oft immer wieder durchgestellt. ›Ja, weiß ich nicht. Ich muss Sie einmal durchstellen.‹ Da gehe ich ja von Pontius bis Pilatus gehe ich da ja durch. Da verliert man ja auch ganz schnell die Lust, weil das ja auch wieder einfach zeitaufreibend ja ist. Und manchmal ist es ja so, dann habe ich auch manchmal nicht die halbe Stunde Zeit, nur für ein Telefonat“ (I-3-11)

Mit Beratungsleistungen durch die Krankenkassen waren auch die interviewten Personen aus der ZG 1 und 2 eher unzufrieden. Genannt wurden in diesem Zusammenhang Enttäuschung und Unzufriedenheit mit der Beratung zu Kassenleistungen sowie mit der Bewilligung von Leistungen, z. B. für Hilfsmittel, für die Kostenübernahme von Notrufknöpfen oder Fahrtkosten oder der Vermittlung von Haushaltshilfen. Dies bestätigen auch die Teilnehmenden der Fokusgruppe aus der KG. Ein/e pflegende/r Angehörige/r berichtete hier von der Komplexität des Beantragungsprozesses pflegerischer Hilfsmittel bei Krankenkassen. Es fehle ein klarer und direkt kommunizierter Prozess. Je nachdem an wen man geriet, sei ein solcher Prozess unterschiedlich und die Vorgehensweise für die Entscheidungsfindung zur Refinanzierung von Unterstützungsleistungen von Seiten der Kassen kaum nachvollziehbar.

Bestand ein Kontakt zu weiteren Beratungsleistungen, wurden diese von den interviewten Personen der ZG 1 bis 2 häufig positiv bewertet. Zufrieden waren die Menschen mit der Beratung durch das Gesundheitsamt bzw. durch PSPs bei der Beantragung eines Pflegegrades oder der Beantragung von Umbaumaßnahmen. Die Unfallversicherung unterstützte bei der Bereitstellung von Haushaltshilfen, Ärzt*innen sowie der Sozialverband (SoVD) bei der Beantragung von Schwerbehindertenausweisen, Pflegedienste bei der Beratung zu Leistungen

des SGB XI, Sozialdienste der Krankenhäuser bei der Anschlussversorgung und die Pflegeversicherung beriet zu Pflegeleistungen. Die Erfahrungen mit Mitarbeiter*innen von PSPs beschrieb eine Interviewteilnehmende mit den Worten:

*„Da hatten wir, also die erste Hilfe, sage ich jetzt mal, vom Gesundheitsamt beziehungsweise von der [Name Pflegestützpunktmitarbeiter*in], die das, also das in Bezug auf Badezimmer umbauen und so weiter, also diese ersten Maßnahmen, das ist alles erfolgt, sage ich mal, soweit wohl, das haben wir alles wohl, ich meine, richtig gemacht“ (I-12-15).*

Berichtet wurde aber auch von Erfahrungen mit stationären Pflegeeinrichtungen, bei denen Hilfe und Beratung eingefordert, aber entweder abgewiesen wurde oder nur widerwillig und unfreundlich erfolgte.

Eine subjektive **Bewertung der Versorgungspraxis** auf der Basis ihrer Erfahrungen vor der CM-Intervention nahmen 17 der 20 befragten Personen aus ZG 1, 2 und 3 vor. Drei Personen aus ZG 1 verzichteten auf eine Bewertung, da sie zum Zeitpunkt der Interviews keine Leistungen nach SGB XI bezogen. Diese gaben an, ausschließlich Kontakt zum/zur Hausarzt*in zu haben und keine weitere professionelle Unterstützung zu benötigen.

Neun Personen äußerten sich zu ihren Erfahrungen im Kontext der **pflegerischen, alltagsunterstützenden oder medizinischen Versorgung**. Unter diese Kategorie wurden Äußerungen zu den Dienstleistungen von ambulanten Pflegediensten, Tagespflegeeinrichtungen, Ärzt*innen oder Haushaltsdiensten codiert. Die Interviewten berichteten sowohl von negativen (n=6) als auch von positiven (n=5) Erlebnissen. Bemängelt wurden beispielsweise die Leistungen von Pflege- oder Haushaltsdiensten hinsichtlich der Ausführung von Leistungen, berichtet wurde auch von Unzufriedenheit mit fachärztlicher Versorgung. Zwei interviewte Personen gaben an, erst nach einem Wechsel des Pflegedienstes eine zufriedenstellende Versorgung erfahren zu haben. Gut in Erinnerung geblieben sind dagegen Gespräche und Unterstützung durch psychotherapeutische Anbieter*innen oder einzelne Pflegedienste.

Die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD) wurde als unzureichend bewertet. Geklagt wurde über Unfreundlichkeit von Mitarbeiter*innen, überdies wurden **Versorgungslücken im sozialrechtlich gesicherten Angebot** beklagt, wenn subjektiv Unterstützungsbedarf bestand, aber die Kriterien für einen pflegebezogenen Leistungsbezug (noch) nicht erfüllt waren. Dies führte auf Seiten der Betroffenen zu erheblichen Frustrationen. So berichtete ein*e Interviewteilnehmer*in davon, dass er/sie keine Leistungen nach § 14 SGB XI erhalte, da der Krankheitsverlauf immer wieder für „gute Phasen“ sorgte und daher das Kriterium der Pflegebedürftigkeit über mind. sechs Monate nicht erfüllt werden könne. Eine weitere Person erzählte davon, dass sie „nicht in den Bogen reinpasse“ – gemeint sind die Kriterien des Begutachtungsinstrumentes des MDs – und daher keine entsprechenden Leistungen erhalte.

Die Proband*innen wurden schließlich nach ihren **Erwartungen an das ReKo-CM** befragt. Im Ergebnis steht bei allen Befragten der konkrete **Wunsch nach einer regionalen Ansprechperson** und die Erwartung, dass das ReKo-CM diese Rolle im Versorgungsnetzwerk

übernehmen kann, an erster Stelle. Folgendes Zitat einer Person der ZG 2 verdeutlichte diesen Wunsch:

„Ja, ich würde sagen, mir ist wichtig, dass mir geholfen wird, also mit das Schriftliche und so was alles. Weil, ich das wirklich nicht kann. Ich kann nicht richtig lesen. Das was ich zusammen lese, tue ich nicht richtig zusammen, wie soll ich sagen. Wenn es nicht geht, aber lesen und schreiben geht ganz schlecht. So und sonst, wenn man Fragen hat, wo ich mich dran wenden kann.“ (I-12-9)

Alle drei ZG fühlten sich mit der Herausforderung, ein stabiles Versorgungsarrangement sicherzustellen überfordert und erwarteten die Etablierung einer steuernden, beratenden und vertrauensvollen Instanz, die eine **konkrete Unterstützung in den Bereichen ›Haushalt‹, ›Pflege‹, ›Soziale Teilhabe‹ und ›Wohnraumanpassung‹** ermöglicht und damit Entlastung für die Lebenssituationen der Befragten schafft (vgl. Abbildung 6).

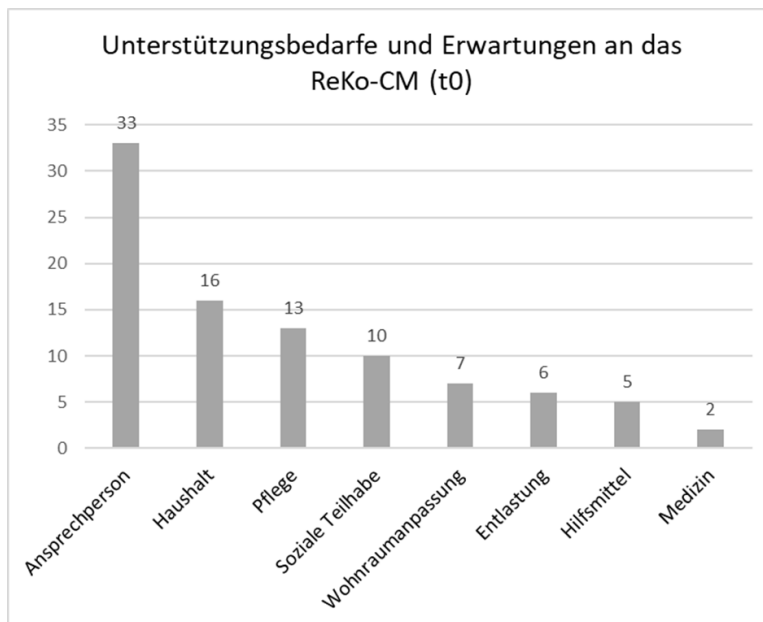


Abbildung 6: ZG 1-3 (n=40): Unterstützungsbedarfe und Erwartungen an das ReKo-CM (t0)

Die benannten Themenfelder wurden von den Befragten nicht immer konkret expliziert, die Aussagen verweisen aber deutlich auf Instabilität in den Versorgungssituationen, Überforderungen und Unterstützungsbedarfe in allen Bereichen:

„Muss ich Ihnen ganz ehrlich sagen, momentan eigentlich in allen. Denn im Moment schwebe ich so richtig in der Luft und-, ja.“ (I-12-14)

Von Seiten pflegender An- und Zugehöriger wurde über entsprechende Unterstützungen eine Entlastung für sie selbst, aber auch eine Stärkung der Selbstständigkeit und Selbstfürsorge der Hilfeempfänger erwartet:

„Und das ist in dem Sinne auch wieder eine Entlastung, dass ich jetzt ein bisschen raus bin aus dem Geschehen und dass Sie eigenständiger werden

in den Sachen. [...] Und dass mein Vater auch vielleicht selbstständig wieder einige Sachen hinkriegt mit der Case Managerin zusammen“ (I-3-4).

Die benannten Befunde zum Erhebungszeitpunkt t0 (vor der CM-Intervention) bestätigten sich über die Ergebnisse der qualitativen Befragungen zum Erhebungszeitpunkt t1, zu der sich einige Befragte auch zu ihren Erfahrungen vor der CM-Intervention verhalten. Mit diesen Äußerungen wurden die Beratungsleistungen vor der CM-Intervention noch deutlich negativer bewertet. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass durch die CM-Intervention erst ein Bewusstsein für die vorab erlebte Beratungs- und Versorgungsqualität sowie für die eigenen konkreten Bedarfe geschaffen wurde.

Einschätzungen zur Qualität der Versorgung und Erfahrungen der Leistungsanbietenden vor der ReKo-Intervention (Ergebnisse qualitative Erhebungen ZG 1-5, t0)

Forschungsfrage (Gesamtübersicht s. Anhang)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
F2: Welche Erfahrungen haben die professionellen Helfenden bei der Versorgung von komplexen Versorgungsbedarfen vor der ReKo-Intervention gemacht? Welchen Einfluss haben die benannten beruflichen Grenzen auf die Qualität und Stabilität der Versorgung? Welchen Einfluss haben finanzielle und rechtliche Aspekte?	T0: • ZG 4: 18 Interviews aus IG und KG • ZG 5+:10 Interviews aus IG und KG	Qualitative Einzelinterviews

Mit diesem Teilkapitel werden die Ergebnisse der qualitativen Befragungen zur regionalen Versorgungsqualität aus Perspektive von professionellen Leistungsanbietern und von Vertreter*innen der regionalen Entwicklung und Daseinsvorsorge in den Modell- und Kontrollregionen vorgestellt. Eine detaillierte Auflistung der Interviewteilnehmenden ist in Kapitel 2.5 ersichtlich.

Die Interviews mit den Leistungsanbietern der Versorgungspraxis bestätigen die t0-Erfahrungen aus ZG 1-3 zum Angebot der Regelversorgung vor der CM-Intervention. Die qualitative Erhebung adressierte vorzugsweise Fragen nach Versorgungsbedarfen, Versorgungslücken und spezifischen Herausforderungen in den Versorgungsketten bei komplexen Unterstützungsbedarfen aus Sicht der professionellen Leistungsanbieter*innen. Die Befragten berichteten, aufgrund der Komplexität der Versorgungsbedarfe der Klient*innen (s. dazu Kapitel 3.2) regelmäßig an **zeitliche, organisatorische, infrastrukturelle, kompetenzbasierte, rechtlich-regulatorische und finanzielle Grenzen** ihrer Arbeit zu stoßen.

Von den interviewten Personen der ZG 4 und 5+, die im Erhebungszeitraum in den regionalen Versorgungsnetzwerken der IG und der KG tätig waren, schilderten nahezu alle Personen, in ihrem Berufsalltag der Beratung und Versorgung von Menschen mit komplexen Versorgungsbedarfen regelmäßig vor Herausforderungen zu stehen und an Grenzen zu stoßen. Am häufigsten wurden in diesem Zusammenhang **fehlende zeitliche und personelle**

Kapazitäten genannt. Ein*e ambulante Pflegedienstmitarbeiter*in fasste diese Problematik wie folgt zusammen:

„Und wir können nicht überall eineinhalb Stunden Beratungseinsätze machen. Das passt nicht. Dafür haben wir die Zeit leider nicht.“ (IG-4-14)

Auch ein*e Pflegestützpunktmitarbeiter*in beschrieb, dass sie sich mit komplexen Fällen nicht eingehend beschäftigen könne, weil die Zeit dazu fehle:

„Sicherlich ist das nicht immer so einfach, das Vertrauen zu erlangen. Man muss, denke ich, auch viele Wege gehen, um sich dort ein, um diesen Kontakt aufzubauen. Und die Zeit, die hatten wir einfach nicht. Um immer wieder hinzugehen und zu gucken wie geht es? Wie geht's? Was können wir noch tun? Ich denke, das ist einfach die Zeit war definitiv nicht da, um das zu schaffen.“ (I-4-12)

Hinzu käme, dass telefonische Beratung in komplexen Fällen häufig nicht ausreiche, diese benötigten häufig eine aufsuchende Beratung, die allerdings im Leistungsumfang der PSPs nicht vorgesehen sei (I-4-12). Das Problem der aufsuchenden Beratung scheint nur in einem Landkreis der IG Herausforderungen darzustellen, in allen weiteren Landkreisen der IG und KG wurden auch Hausbesuche bei den Klient*innen und je nach Bedarf mit weiteren Akteuren im Versorgungsarrangement durchgeführt. Auch Sozialdienste im Krankenhaus, stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste benannten Grenzen in Bezug auf langfristige und umfassendere Beratungen. Im Sozialdienst der Krankenhäuser Ende der Versorgungsauftrag mit Entlassung des/der Patient*innen, auf die langfristige Sicherstellung der häuslichen Versorgung habe man demnach keinen Einfluss (IG-4-6). Ein*e Mitarbeiter*in eines ambulanten Pflegedienstes bemängelte, dass der Beratungsanspruch nach § 37 SGB XI keine intensive Begleitung im Sinne eines CM ermögliche (IG-4-14.)

Neben den fehlenden zeitlichen Kapazitäten stießen die interviewten Personen aus der Versorgungspraxis auch bei der bedarfsgerechten Vermittlung von regionalen Leistungsanbietern auf Herausforderungen und zum Teil auf erhebliche **Versorgungslücken**, die enorme Aufwendungen zur Bereitstellung passgenauer Angebote erzeugen und die Sicherstellung stabiler Versorgungsketten insgesamt gefährden können (KG-4-4) (vgl. Kapitel 3.20). Beklagt werden weiterhin **begrenzte pflegespezifische Kompetenzen und Kenntnisse bei assoziierten, jedoch nicht-pflegespezifischen Beratungsangeboten** (z. B. sozialpsychiatrischer Dienst, Eingliederungshilfe ehrenamtliche Helfer*innen), die umfassende Beratungsleistungen begrenzen (IG-4-2; IG-4-3; IG-4-5).

Die Arbeit der professionellen Beratung wird nach Auskunft der Befragten durch **instabile oder fehlende Sorgenetzwerke** auf Seiten der Klient*innen erheblich erschwert. Wenn es keine Zu- oder Angehörigen im Umfeld der hilfe- bzw. pflegebedürftigen Person gäbe, seien nicht selten prekäre Versorgungssituationen vorzufinden. Professionelle Beratungsstellen wurden häufig sehr spät in die Versorgung einbezogen. Über den Zeitverlauf und durch fehlende (professionelle) Beratung und Unterstützung erhöhte sich in der Regel die Komplexität der Bedarfslage. Vermehrte Krankenhauseinweisungen, Verwahrlosungszustände oder vermehrte Stürze in der Häuslichkeit seien dann häufige

Anlässe für eine erste Kontaktaufnahme mit professionellen Akteuren. Ein/e Mitarbeiter*in des PSPs aus der KG formulierte diesen Umstand wie folgt:

„Ich denke die Unterversorgung ist einfach bei Menschen, die auch selbst kein oder nur ein ganz kleines Netzwerk haben und selbst körperlich oder kognitiv nicht in der Lage sind noch irgendwas zu organisieren. Wenn es tatsächlich wachsame Nachbarn gibt, die dann tatsächlich hier eine Meldung geben und wir dann in Kooperation vielleicht mit dem Sozialdienst ausfahren, dann stellt man da eine Unterversorgung fest, weil einfach das eigene Knowhow fehlte, sich Hilfe zu beschaffen.“ (KG-4-5 PSP)

Von Seiten der Pflegedienste wurde berichtet, dass bei Unterversorgung durch Versorgungslücken die Rolle der professionellen Pflege nicht selten verlassen werde, um akute Notsituationen durch unvergütete Mehrarbeit zu bewältigen (I-4-02). Wenn für Rat- und Hilfesuchende keine angemessene Unterstützungsleistung bereitgestellt werden kann, führe dies auch auf Seiten der Beratenden zu einem psychischen und emotionalen Druck. Ein/e ambulante/r Pflegedienstmitarbeiter*in drückte die Hilflosigkeit in solchen Situationen aus und sagte:

„Ja uns sind die Hände gebunden, oder waren die Hände gebunden, mehr können wir auch nicht tun. Und das ist sehr ernüchternd, also war echt eine sehr ernüchternde Situation“ (I-4-01).

Auch ehrenamtliche Helfer*innen gerieten in Konflikte, wenn keine angemessenen Sorgenetzwerke bereitstehen oder organisiert werden können:

"Ich hatte das Gefühl, ich war für ihn komplett verantwortlich. Er hatte keine Familie, die sich gekümmert hat. Er hat mich teilweise jeden Tag angerufen, manchmal sogar nachts, weil er dann Sachen brauchte und nicht genug zu essen hatte. Ich sollte sogar für ihn nähen oder seine Sachen waschen und solche Dinge erledigen. Das konnte ich gar nicht leisten, weil ich eigentlich nur eine oder zwei Stunden pro Woche eingeplant hatte, aber er brauchte viel mehr Unterstützung." (IG-4-13)

Aus Sicht einzelner Interviewteilnehmenden bestanden zudem Herausforderungen durch **finanzielle und rechtliche Rahmenbedingungen**. Bei Klient*innen ohne bewilligten Pflegegrad müsste ein ambulanter Pflegedienst nach Auskunft der Befragten Beratungsleistungen erbringen, auch wenn nicht sichergestellt sei, dass eine Vergütung durch Leistungsansprüche nach SGB XI erfolge (IG-5-4). Durch die rechtlichen Rahmenbedingungen sei eine umfassende Beratung bei komplexen Versorgungsbedarfen mit hohem Beratungs- und Koordinierungsaufwand oft nicht angemessen abrechenbar (K-4-03).

Grenzen der professionellen Unterstützung ergeben sich nach Angaben der Befragten schließlich durch **eingeschränkte Inanspruchnahme von Beratungs- und Unterstützungsleistungen durch die hilfe- oder pflegebedürftigen Personen**. Die professionellen Leistungsanbieter können demnach nicht helfen, wenn die Hilfe nicht erwünscht ist. Es bestehe keine Handhabe, auch wenn eindeutig sei, dass eine häusliche

Lebenslage mit pflegerelevanten Herausforderungen nicht stabil sei. Eine Interviewpartner*in benannte dies als ›Recht auf Verwahrlosung‹:

*„[...] weil wir wissen es geht zuhause schief, chronisch schief, der Patient, da wird gesagt, jeder hat das Recht auf seine eigene Verwahrlosung, dann müssen die die Patienten abziehen lassen, das ist ein ganz großes Problem“
(I-4-08)*

Es gebe in einem solchen Fall keine Strukturen, die ein systematisches Vorgehen ermöglichen (I-4-03).

Abbildung 7 fasst die Einschätzungen zur subjektiv erlebten Versorgungsqualität vor der ReKo-Intervention aus Sicht der Interviewteilnehmenden (ZG 1 bis 7) zusammen. Die subjektiv erlebte Versorgungsqualität hängt, so lassen sich die Ergebnisse der Erhebungen zusammenfassen, von individuellen, und strukturellen Faktoren sowie von der Stabilität von Sorgeressourcen im Versorgungsarrangement ab.

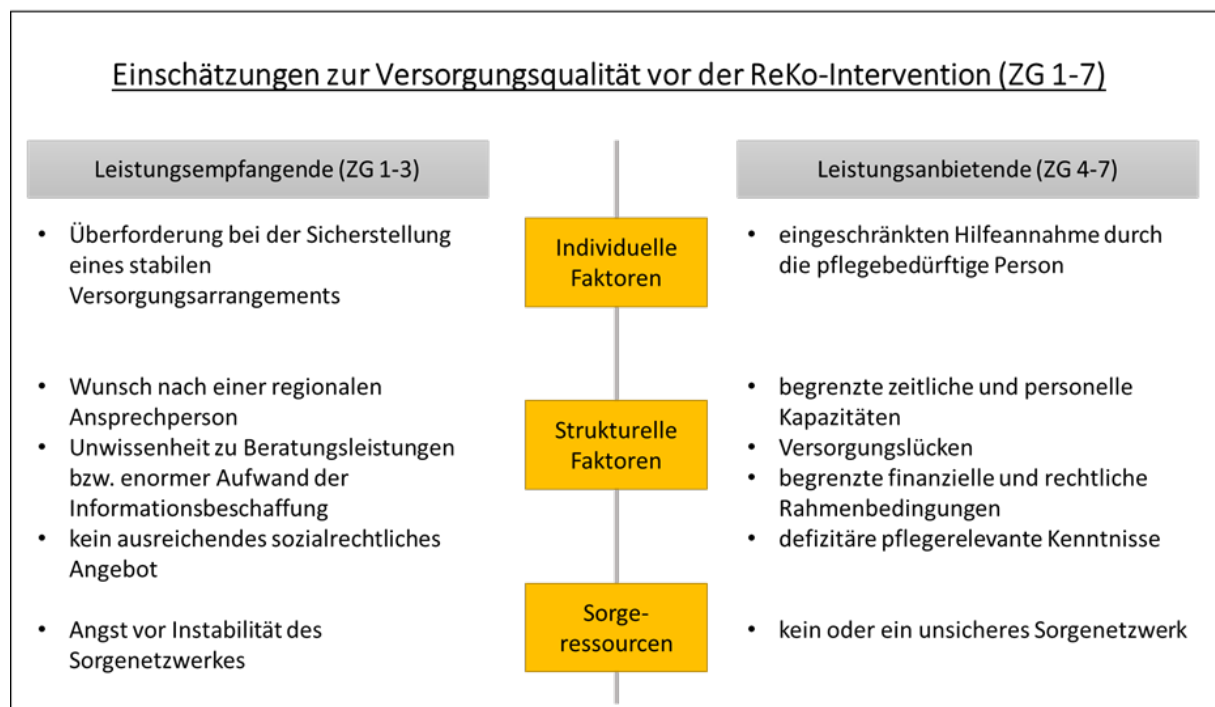


Abbildung 7: Subjektiv erlebte Versorgungsqualität vor der ReKo-Intervention aus Sicht ZG 1-7

Zufriedenheit mit dem CM aus Sicht der Leistungsempfängenden (Ergebnisse qualitative Erhebungen ZG 1-3, t1)

Forschungsfragen (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
F3a: Wie erlebten Menschen mit (angehender) Pflegebedürftigkeit und pflegende An- und Zugehörige die Unterstützung durch das ReKo-CM? Welche Veränderungen zeigen sich nach Abschluss der ReKo-Intervention in Bezug auf die Versorgungsqualität F3b: Bei welchen Problemlagen konnte das ReKo-CM unterstützen?	T1: - ZG 1-2: 19 Interviews - ZG 3: 20 Interviews	Qualitative Einzelinterviews

In den Interviews nach Abschluss der einjährigen CM Intervention gaben die befragten Personen aus ZG 1, 2 und 3 zunächst ihre Überraschung an, dass mit dem CM-Angebot ihre spezifischen Herausforderungen und Problemlagen erkannt und konkrete Hilfestellungen bereitgestellt wurden. Ein/e pflegebedürftige/r Interviewteilnehmer*in drückte dies wie folgt aus:

„Ich war sehr überrascht, dass es sowas gibt und dass es überhaupt für die Alten eine Wertschätzung gibt auch. Denn das ist ja nicht so üblich in unserer Gesellschaft. Also es hat mir sehr gutgetan“ (I-12-40)

Eine ratsuchende Person ohne Pflegegrad war erstaunt darüber, dass dieses Angebot sogar kostenfrei zur Verfügung stand:

„Und mit sowas rechnet man ja gar nicht. [...] Dass es Menschen gibt, die einem helfen. Kostenlos helfen. Das gibt es ja gar nicht. Und so selbstverständlich helfen, ne? Ja. Das ist so“ (I-12-28)

Die Ergebnisse der qualitativen Befragungen nach der einjährigen CM-Intervention bringen deutlich zum Ausdruck, dass nahezu alle interviewten Personen der ZG 1-3 mit den **Leistungen des CMs sehr zufrieden** waren. Dabei hoben die Befragten zunächst keine konkreten Schwerpunkte hervor, die besonderes zur Entlastung beigetragen haben. Vielmehr beschrieben die Befragten allgemein ihre Dankbarkeit, in der sie je nach akuter Situation Hilfe und Unterstützung erhalten haben. Die Aussagen in

Tabelle 29: Exemplarische Aussagen der ZG 1-2 und 3 aus der Kategorie „Zufriedenheit mit der ReKo-Intervention stehen exemplarisch für Aussagen von Menschen mit (angehender) Pflegebedürftigkeit (ZG 1-2) und pflegenden An- und Zugehörigen (ZG 3).

Tabelle 29: Exemplarische Aussagen der ZG 1-2 und 3 aus der Kategorie „Zufriedenheit mit der ReKo-Intervention“

Personen mit (angehender) Pflegebedürftigkeit	Pflegende An- und Zugehörige
„Ja, also sehr gut. Also sie hat alle- also ohne sie hätte ich jetzt hier die Wohnung nicht und dann, ja, wir haben uns kennengelernt im Krankenhaus, da ist sie auf mich zugekommen und ja, seitdem läuft das wunderbar. Also sie engagiert sich sehr, wenn ich Hilfe brauche. [...] Nein, also da gibt es nichts zu beanstanden. [...] Sehr zufrieden, ja“ (I-12-21)	"Als sehr wichtig. Ich finde die sehr wichtig. Und die macht das wirklich, wirklich toll. Also ich fand, also für mich war es toll. Und ich würde es immer wieder, wenn ich es nehmen dürfte, nehmen." (I-3-33)
„Zehn, ja, ich bin sehr, sehr, sehr zufrieden mit sie, sehr, sehr zufrieden, weil egal, welche Frage ich habe gehabt, egal welche Gelegenheit habe ich gehabt, sie war immer da“ (I-12-35)	"Ja, war alles super gelaufen. Und, war natürlich schwierig und, ohne [Name CM] - ohne ReKo haben wir keine Chance, also auf normales Leben." "Ja. Und wir haben natürlich Blumen gekauft, weil wir sind so dankbar." (I-3-35)
„Ja, ja. Wirklich. Also ich bin ihn sehr dankbar und bedauere es, dass das Projekt beendet ist“ (I-12-30)	"Ja, also sie war im Allgemeinen eine sehr große Hilfe für uns, als sie hier eingestiegen ist. Mein Mann hat ein Hirntumor, das ist seit 2015 bekannt und jetzt ist im letzten Jahr ein Rezidiv entdeckt worden. Und wo man doch vor einer- vor einem großen Berg von Sorgen und Nöten steht und einfach jemanden braucht an seiner Seite, der einen da so ein bisschen durchführt. Ich arbeite zwar selber im medizinischen Bereich und weiß auch ganz viel, aber nichtsdestotrotz ist man dann völlig überfordert mit der Situation." (I-3-38)
„Und dann hat das auch geklappt. Ich sage ja, wenn ich Frau [Name CM] und meine Freundin nicht gehabt hätte, wäre ich im Wasser untergegangen.“ (IG-12-24)	„Ja. Die Erwartung ist eigentlich auch übertroffen worden, weil, wie gesagt, also, meistens, ich kannte das nur so, dass da mal was angeraten wird oder irgendwie was, aber das wurde dann auch bis zuletzt dann praktisch durchverfolgt oder- Ja.“ (I-3-26)

Die Emotionalität, mit der die Erfahrungen der befragten ZG gelegentlich zum Ausdruck gebracht wurde, verweist auf eine insgesamt hohe Zufriedenheit, die nicht primär ausgesuchte Dienstleistungen hervorhebt, sondern insgesamt die verlässliche und kompetente Begleitung in schwierigen Lebenslagen adressiert:

„Ja, [Name CM] ist die beste Frau der Welt“ (I-12-24); „Alles. Die ist ein Mensch vor dem Herrn“ (I-12-24); „Ich bin so dankbar, dass ich diese Frau habe“ (I-12-39)

Über einen ausgesuchten Interviewausschnitt kann verdeutlicht werden, dass diese subjektiv erlebte Zufriedenheit die Lebensqualität von Leistungsempfängenden erheblich verbessern kann:

„Sehr zufrieden. Und ich möchte sagen, auch wirklich glücklich [...] Ich habe keine Aufregung mehr. Ich kann wieder nachts schlafen, was ich früher nicht konnte, da bin ich gewandert wie was wo [...] Aber durch die [Name X], bin ich wirklich wiederaufgelebt, ne?“ (I-12-39)

Eine andere Interviewperson formulierte:

„Aber wie gesagt, das war ein Glücksfall, dass sie, die [Name CM] da war. Ich halte die für ganz, ganz super“ (I-12-40).

Die Befragten betonen, dass sie besonders die **gute Erreichbarkeit der Case Manager*innen** zu schätzen wussten. Die kurzfristige Erreichbarkeit über Telefon, E-Mail oder in persönlichen Treffen war demnach besonders hilfreich für eine situationsgerechte fachliche und emotionale Unterstützung rund um die Versorgungssituation der zu Pflegenden.

Aus allen drei ZG äußerten Befragte, dass sie das **CM-Angebot weiterempfehlen**, wenn Menschen in ihrem Umfeld auf entsprechende Herausforderungen stoßen:

"Also im Endeffekt muss ich sagen, man kann- wenn ich es nochmal hätte so eine Situation würde ich es nochmal wieder in Anspruch nehmen und ich finde man kann es auch wirklich gut weiterempfehlen. Die haben doch schon echt auch ein bisschen mehr Ahnung, wo wie was. Man weiß ja dann auch gar nicht, was für eine Anlaufstelle muss man- was muss man als erstes haben und- ja. Und die wissen das halt einfach." (I-3-37)

Lediglich eine pflegende Person der ZG 3 (I-3-31) äußerte sich eher kritisch zum CM-Angebot. Hier wurden die Erwartungen nicht erfüllt. Die Unterstützung erfolgte in diesem Fall ausschließlich in Bezug auf administrative Aspekte im Umfeld der Pflegesituation. Nach Auskunft der befragten Person war die entsprechende CM-Leistung in diesem Fall nicht ausreichend, da Fragen zu Leistungen der Renten- und Pflegeversicherung offengeblieben seien. Auch seien Absprachen mit stationären Pflegeeinrichtungen zur Aufnahme des/der pflegebedürftigen Ehepartners/Ehepartnerin ohne Kenntnis der interviewten Person getroffen worden. Der/die Case Manager*in sei ohne Vertretung im Urlaub gewesen, danach habe es nur noch wenig Kontakt gegeben.

Die Stabilisierung von CM-relevanten Versorgungssituationen setzt **sehr gute Kenntnisse in Bezug auf die Leistungsansprüche** der Klient*innen und die **regional verfügbaren Leistungsangebote** voraus. Die Ergebnisse der qualitativen Befragungen von ZG 1-3 verdeutlichen, dass in diesen Bereichen die größten Herausforderungen und Bedarfe liegen. Alle interviewten Personen hatten in diesen Bereichen Problemlagen und konkrete Fragestellungen und beschrieben, wie das CM sie konkret in diesen Herausforderungen unterstützen konnte. Die CM-Unterstützung variierte dabei in Intensität und Umfang.

Ein Teil der Befragten aus ZG 1-3 äußerte, dass sie durch das CM zum ersten Mal über ihre Möglichkeiten informiert und beraten wurden. Diese Personen beschrieben Wissenslücken und Zugangsbarrieren zu Leistungsansprüchen und zu formellen und ehrenamtlichen Versorgungsanbieter*innen. Das CM habe dazu geführt, dass Ansprüche überhaupt erst wahrgenommen wurden:

"Und da ist es wirklich Gold wert, wenn man jemanden hat, wie in unserem Fall [Name CM], die wirklich sagt, hier, guck mal, da kannst du was machen, wir können da mal was versuchen. Was hältst du eigentlich davon, wenn wir mal den Weg einschlagen? Und das ist, die kommt teilweise auch auf Sachen, auf die man selber nie kommen würde." (I-3-39)

Auf die Frage hin, zu welchen Aspekten beraten wurde, äußerte eine befragte Person:

„Eigentlich so alles, worauf ich Anspruch habe.“ (I-12-31)

Die Aussagen der Befragten aus ZG 1-3 zu konkreten Beratungs- und Unterstützungsleistungen des CMs lassen sich den **Kategorien ›Information‹, ›Administration‹ und ›Koordination‹** zuordnen (vgl. Abbildung 8).

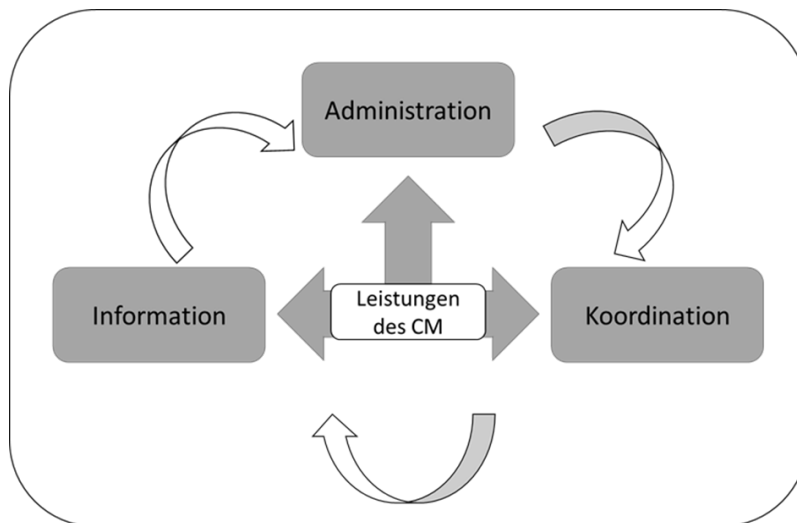


Abbildung 8: Kategoriensystem der ZG 1-3: Beratungs- und Unterstützungsleistungen des CM

Konkrete **Informationen** erhielten die Interviewten zu

- Angeboten der pflegerischen Versorgung (Informationen und Kontaktadressen zu Anbietern von pflegerischen und haushaltsnahen Dienstleistungen),
- Angeboten der medizinischen Versorgung (Informationen zu Themen der Rehabilitation, Physiotherapie, Medikamentenbefreiung etc.),
- sozialrechtlichen Leistungen (Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Leistungen nach §§ 36-45b SGB XI, Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter, Feststellung über den Grad der Behinderung, Aufnahme in die Werkstätten für behinderte Menschen, Rentenbeantragung, Hilfsmittelbeschaffung etc.)
- psychosozialen Angeboten (Selbsthilfegruppen),
- Angeboten der Mobilitätssteigerung,
- ehrenamtlichen Unterstützungsleistungen (Alltagsunterstützung, Fahrdienste) und
- rechtlichen Themen (Vollmachten, Betreuungen, Rundfunkbeitragsbefreiung).

Durch die CM-Intervention fühlten sich die Interviewten über ihre Rechte und Ansprüche aufgeklärt:

„Da hat es sehr geholfen und hat mir gesagt, das ist ihr Recht, das können sie und das dürfen sie.“ (I-12-30)

Hilfestellung benötigten die Interviewten dann ebenfalls bei der **Administration** der Versorgungssituation. Die Befragten wiesen auch in den t1-Interviews noch einmal darauf hin, dass der Zugang zu fallgerechten Anträgen und Dokumenten sowie die entsprechende Bearbeitung ohne Unterstützung durch Fachexpertise große Probleme bereite. Die Befragten berichteten, dass ihnen durch die Case Manager*innen fallgerechte Anträge zunächst zur Verfügung gestellt wurden. Die konkrete Form der Unterstützung ergab sich dann je nach Bedarf und reichte von der Bereitstellung und Prüfung der Unterlagen bis hin zur (gemeinsamen) Bearbeitung der Dokumente.

Eine Aussage aus ZG 1-2 illustrierte die Hilflosigkeit im Bereich der administrativen Herausforderungen:

„Die Verantwortung mit dem Ganzen da, mit den Papieren und so war das. Ich konnte ja nicht zwei Sachen auf einmal machen so. Und dadurch war ich froh, dass sie da war. Ich habe mich zwar mit ihr da hingestellt, aber sie hat mir das Meiste dabei geholfen.“ (I-12-29)

Eine weitere Person berichtete:

„Die saß da, die hat dann immer, je nachdem wen wir dann da anrufen wollten und so, das hat sie alles für mich gemacht.“ (I-12-31)

In den ZG 1 und 2 waren die Menschen häufig neben akuten Bedarfen auch langfristig körperlich eingeschränkt. Im Falle einer erblindeten Person war die administrative Unterstützung von zentraler Bedeutung:

„Ja, ich bin ja zu drei Viertel erblindet. Ich kann nicht lesen. Ich kann nicht schreiben. Bei der Bank muss ich dann immer mit dem Zeigefinger zeigen die mir, wo ich unterschreiben muss. Das ist das Einzige, was ich unterschreibe. Und dann hat man mich zu der Firma geschickt, zu [Name CM] und die hat sich angeboten also die ganzen Unterlagen durchzusehen und dann hat sie die mit mir besprochen. Und dann hat sie telefoniert mit den Ämtern. Und dann habe ich das/ Dann legte sie mir was vor, dann musste ich unterschreiben.“ (I-12-39)

Auch die pflegenden An- und Zugehörigen (ZG 3) nahmen diese Unterstützung besonders häufig in Anspruch und erhielten konkret Unterstützung bei der Bearbeitung von Anträgen:

„Genau. Also dann habe ich, ja, wenn ich nicht weiterkam, mit den Sachen habe ich halt Probleme so mit Anträge ausfüllen, ne? Und dann habe ich angerufen. Sie kam sofort oder ich konnte dahin zu ihr.“ (I-3-27)

An anderer Stelle hieß es:

„Das war einmal bei der neuen Pflegegradeinstufung, hat sie direkt mit mir nochmal einen Bogen durchgegangen und hat gesagt, so schätzt sie das ab, ob das klappen könnte oder nicht.“ (I-3-24)

Einige Befragten führten aus, dass eine Anleitung zur Bearbeitung von Dokumenten im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe besonders hilfreich war, um entsprechende Arbeiten nachhaltig eigenständig erbringen zu können (I-3-34). Administrative Unterstützung wurde nach Aussage der Befragten auch bei der Vereinbarung von behördlichen Terminen und im Bedarfsfall auch bei der Begleitung zu entsprechenden Terminen geleistet:

„Wir haben mit dem Integrationsfachdienst Gespräche geführt, teilweise Online Meetings gehabt mit denen oder auch persönlich. Und da war die [Name CM] halt immer mit dabei.“ (I-3-39)

Schließlich berichteten die Befragten der ZG 1-3 von Unterstützungsleistungen des CMs im Bereich der **Koordination** des Versorgungsprozesses. Dem Interventionskonzept des ReKo CMs folgend übernahmen die Case Manager*innen hier eine vermittelnde und advokatische Rolle. Die Interviewten beschreiben exakt diese Rolle. Sie berichteten von der Bereitstellung von Listen mit Kontaktdaten zu Pflegeanbieter*innen, der Übernahme der Erstkontaktaufnahme zu den Versorgungspartner*innen, dem gemeinsamen Anschreiben von Pflegeeinrichtungen, der Vermittlung von Betreuungsagenturen und der telefonischen Koordination von zahlreichen Akteur*innen des Versorgungsprozesses (u.a. Krankenkassen, Pflege- und Haushaltsanbietern, Krankenhäuser, Arztpraxen, Behörden, Taxiunternehmen, Jobcenter, Behindertenwerk, Selbsthilfegruppen). Auch in diesem Bereich reichte die Unterstützung von der Bereitstellung von Informationen, um ein eigenständiges Agieren der Klient*innen zu ermöglichen, bis hin zur Übernahme der Aufgaben und persönlichen Begleitung zu Terminen, wenn ein eigenständiges Agieren der Klient*innen nicht möglich war.

Zufriedenheit mit dem CM aus Sicht der Leistungsanbietenden (Ergebnisse qualitative Erhebungen ZG 4-5, t1)

Forschungsfragen (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
F4a: Wie erlebten professionelle Leistungsanbieter das CM-Angebot und die Zusammenarbeit mit dem ReKo-CM? F4b: Wie schätzen die ReKo-Case Manager*innen die Qualität (regional und fallbezogen) der Versorgung zum Ende der ReKo-Interventionslaufzeit ein?	T1: • ZG 4: 14 Interviews, IG • ZG 5+: 6 Interviews, IG • CM: 17 Interviews, IG	Qualitative Einzelinterviews

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der qualitativen Befragungen zur allgemeinen Zufriedenheit mit der ReKo-Intervention aus Perspektive von professionellen Leistungsanbietenden im Versorgungsumfeld und von Vertreter*innen der regionalen Entwicklung und Daseinsvorsorge in den Modellregionen sowie der ReKo-Case Manager*innen selbst vorgestellt. Detailliertere Erkenntnisse zur professionellen Zusammenarbeit und zur Rolle des CM im regionalen Versorgungsnetzwerk werden in Kap. 3.19 thematisiert.

Die Ergebnisse verweisen auf eine **große Zufriedenheit der befragten professionellen Akteursgruppen mit dem ReKo-Angebot** und auf gelungene Zusammenarbeit im regionalen Versorgungsnetzwerk. Von den 14 interviewten Personen aus der Versorgungspraxis der IG waren 13 Personen sehr zufrieden mit der CM-Intervention. Ein*e Ärzt*in konnte keine Einschätzungen zur Intervention geben, da keine Berührungspunkte mit den CM und keine Kenntnis über das ReKo-Projekt bestanden. Zufriedenheit mit der Intervention äußerten alle weiteren Interviewten insbesondere in Bezug auf **gelungene Prozesse der fallbezogenen Zusammenarbeit in komplexeren Versorgungsbezügen**. Diese wurde als eine **Bereicherung und Entlastung des regional etablierten Beratungs- und Versorgungssystems** beschrieben, die **keine Doppelstrukturen** erzeuge, sondern eine **Kompensation bisheriger Schwachstellen im System** ermögliche. Die Befragten beschrieben einen guten fachlichen Austausch und eine **sehr gute Vernetzung zwischen den professionellen Akteurs-(gruppen)**. Durch die Schnittstelle zum CM waren demnach **neue Kontakte/Netzwerke** sowohl zu den Klient*innen als auch zu anderen Versorgungsanbieter*innen entstanden.

Die ReKo-Intervention wurde als **Mehrwert für die Region und die Sicherstellung einer guten Versorgungsqualität** erlebt. Die Kommunikation mit den CM sei schnell und unkompliziert erfolgt. Die Befragten führten aus, dass sie häufig positive Rückmeldungen von den Klient*innen erfahren haben und die Projektinitiative häufig an geeignete Klient*innen weiterempfohlen haben. Folgende exemplarische Aussagen aus den ZG 4-Interviews verdeutlichen die Zufriedenheit mit dem Angebot:

*„Das hat sich aber über die Zeit hinweg hat sich das zu einer super Zusammenarbeit rauskristallisiert und die Kontakte, die wir gehabt haben da war das richtig gut und sehr gut ergänzend halt auch.“
(Pflegeeinrichtungsleitung IG-4-1)*

*„Also die Zusammenarbeit mit ReKo war immer sehr hilfreich. Wir beraten ja Menschen mit Behinderungen und deren Angehörige und da sind natürlich auch immer viele Fragen rund um das Thema Pflege, Pflegeleistungen und wie sieht das aus mit dem, was ich kann beantragen? Und da hatten wir immer sehr, sehr guten Kontakt zu ReKo [...]“
(Eingliederungshilfe IG-4-2)*

Mitarbeitende des Sozialpsychiatrischen Dienstes und des Jobcenters berichteten von sehr positiven Erfahrungen bei gemeinsamen Hausbesuchen mit dem CM:

"Ja sehr gut. Gute Erreichbarkeit, also die [Name CM] war da sehr engagiert, wir haben auch gemeinsam Gespräche mit dem Kunden geführt, teilweise Hausbesuche gemacht und also die Kunden haben mir auch rückgemeldet, deswegen hatte ich das Projekt weiterempfohlen immer an andere Kunden, die den Bedarf hatten, dass sie gesagt haben: ›Mensch da ist jemand, der hört mir wirklich zu und wir gehen meine Unterlagen durch und schauen: Mensch was brauche ich gerade wirklich.‹ Und auch gerade bei dieser Antragstellung, die Unterstützung für die Behördenangelegenheiten." (Jobcenter IG-4-10)

Eine Mitarbeitende eines regionalen Familienservicebüros nannte das ReKo-Projekt ein „Gewinn“ auch für die Öffentlichkeitsarbeit und die Gemeinde insgesamt. Demnach konnten über das CM eine Reihe an Fachvorträgen für die Bürger*innen angeboten werden (IG-4-5). Ein*e Sozialdienstmitarbeiter*in sah den Mehrwert des ReKo-CM „in der Koordination der Versorgung aus einer Hand“ (IG-4-6).

Ein*e Pflegedienstmitarbeiter*in beschrieb ihre/seine Zufriedenheit anhand eines Fallbeispiels zu einem sehr komplexen Einzelfall, bei dem das Ziel des Verbleibs in der Häuslichkeit durch die CM-Interventionen erreicht werden konnte:

„Ich arbeite in [Ortsname] in einem kleinen familiären Pflegedienst. Und wir arbeiten sehr ländlich. Und ich muss sagen, dass wir speziell durch [Name CM] an eine super Fachkraft geraten sind, durch die ReKo. [Name CM] hat uns schon sehr oft in sehr vielen kniffligen Situationen geholfen, wenn wir zum Beispiel nicht mehr weiterwussten in den Beratungseinsätzen, haben wir [Name CM] dazu geholt, die immer noch Ideen und Vorschläge hatte, was man vielleicht noch machen kann, damit die Patienten nicht direkt stationär müssen, sondern vielleicht auch noch zu Hause weiterbehandelt werden können.“ (IG-4-14)

Die befragten ReKo-Case Manager*innen stellten ihre Arbeit mit den konkreten Fällen als „abwechslungsreich, total nützlich und einfach effektiv“ dar (IG-S-003_Q). Immer wieder beschrieben die befragten Case Manager*innen, dass „die (Klient*innen) einfach dankbar sind, dass die Unterstützung erhalten, weil die häufig mit den ganzen Behördenangelegenheiten zum Beispiel überhaupt nicht zurechtkommen. Sehen das eigentlich, dass hier auch vor Ort jemand ist und die einfach Face-to-Face da, ja, einen Ansprechpartner haben also, [...]“ (IG-S-011_Q). Genannt wird eine **hohe Sinnhaftigkeit** der CM-Interventionen. Der ReKo-Ansatz könne eine Versorgungslücke schließen und die Klient*innen darin unterstützen (Empowerment) ihre Leistungsansprüche wahrzunehmen (IG-S-004_Q, IG-S-007_Q, IG-S-011_Q).

„Man selber, als Case Manager, kennt jetzt auch mehrere Leistungserbringer, nimmt sie ganz anders wahr und weiß, wo man sich wirklich Unterstützung holen kann. Und auch für die, klar, für die Klienten, einfach eine Struktur herzustellen, die ihnen dann auch weiterhilft, wenn wir irgendwann nicht mehr da sind und nicht mehr an deren Seite sind als Begleiter.“ (IG-S-004_Q)

Dazu beigetragen habe auch die **aufsuchende Beratung**:

„Ich habe auch sehr viele Hausbesuche..., da versucht wirklich so eine aufsuchende Beratung zu machen, ich glaube das ist auch der Schlüssel gewesen, oder unterscheidet uns von anderen Beratungsstellen, die der Klient da auch ganz angenehm und wertvoll empfindet.“ (IG-4-11)

Die Befragten gaben weiter an, dass sie als Case Manager*innen über den Gesamtinterventionszeitraum des ReKo-Modellprojektes von ca. 3 Jahren viel gelernt und sich ein hohes Maß an Handlungssicherheit in Bezug auf ihre CM-Rolle sowie in Bezug auf

angemessene Interventionen bei komplexen Fallkonstellationen erarbeitet haben (IG-S-004_Q, IG-S-013_Q, IG-S-012_Q). Kritisch wurde von einer interviewten Person angemerkt, dass es im Projektzeitraum jedoch kaum gelungen sei, interprofessionelle Abstimmungen und Aushandlungsprozesse gemeinsam mit den Klient*innen vor Ort zu ermöglichen:

„Und dieser Dialog mehrerer Beteiligten im Sinne Stichwort Fallbesprechung, dass da ein Hausarzt, dass da vielleicht ein Facharzt dabei ist, dass man da nochmal die Physiotherapie oder den Pflegedienst findet, dass man die Nachbarin dazu holt, dass man von der Behörde vielleicht noch mal jemand hat, wie man da die Kuh vom Eis bringt. Das war dann eher auf Einzelgespräche hinausgelaufen und nicht auf ein gemeinsames Sitzen um den runden Tisch herum und jetzt mal zu überlegen, wie man diese zwei, drei Themen angehen kann.“ (IG-S-015_Q)

Diskussion der Teilergebnisse ›Subjektiv erlebte Versorgungsqualität‹

Die qualitativen Befragungen zur *subjektiv erlebten Zufriedenheit* der Leistungsempfänger mit den Beratungs- und Versorgungsangeboten der Regelversorgung *vor der ReKo-CM-Intervention (t0)* verweisen auf *Defizite im Bereich der regionalen pflegebezogenen Beratungs- und Versorgungsangebote*. Die Befragten aus ZG 1 und 2 berichten insbesondere über **fehlende Kenntnisse und erschwerte Zugänge zu Beratungsleistungen**, bei pflegenden An- und Zugehörigen (ZG 3) verweisen die Ergebnisse der Befragungen auf **unzureichende und unvollständige Informationslagen**. Alle drei befragten ZG berichten von **hohen Aufwänden zur Informationsbeschaffung und von komplexen und komplizierten Beratungsprozessen mit heterogener Qualität**. In der Folge ist für alle drei befragten ZG ein **Informationsdefizit in Bezug auf pflegerelevante Fragestellungen** zu konstatieren. Die Befragten berichten weiterhin von äußerst **heterogenen Erfahrungen mit Versorgungsqualität im Bereich der pflegerischen, alltagsunterstützenden und medizinischen Versorgung sowie von regionalen Versorgungslücken im sozialrechtlich gesicherten Leistungsangebot**. Die Erwartungen an ein ReKo-CM lassen sich mit einem deutlich erkennbaren **Wunsch nach regional verfügbaren, steuernden, beratenden und vertrauensvollen Instanzen** zusammenfassen, die konkrete Unterstützung in den Bereichen ›Haushalt‹, ›Pflege‹, ›Soziale Teilhabe‹ und ›Wohnraumanpassung‹ ermöglicht und damit Entlastung für die Lebenssituationen der Befragten aus den ZG 1-3 schafft.

Die benannten Befunde aus den qualitativen Erhebungen bei Menschen mit Pflegerisiko oder Pflegebedarf sowie bei pflegenden An- und Zugehörigen zum Erhebungszeitpunkt t0 decken sich weitgehend mit der vorliegenden Studienlage in Deutschland. Mit Blick auf Pflegeberatungsleistungen in Deutschland sind entsprechende Defizite bekannt (Hielscher et al. 2017; Dehl et al. 2020; Bruker & Klie 2018). In der Erhebung von Hielscher et al. (2017: 90) gaben knapp ein Drittel der befragten Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen an, dass ihnen keine Informationen zu Pflegeberatungsleistungen vorlagen. Bei Dehl et al. (2020: 131) war das Angebot knapp 38 % der erstantragstellenden Versicherten nicht bekannt. Informationsdefizite auf Seiten von Menschen mit Pflegerisiko oder Pflegebedarf sowie bei pflegenden An- und Zugehörigen können zu Unterversorgung führen und die Problemlagen bei den Betroffenen insgesamt verschärfen – dies wird auch aus Perspektive der Leistungsempfänger kritisch betrachtet (Bruker & Klie 2018). Empfohlen werden vor

diesem Hintergrund weitere Maßnahmen, um die Bekanntheit von Leistungen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in den Regionen zu steigern (ebd.).

Auch die benannten Erfahrungen der Befragten im Hinblick auf die heterogene Qualität im Bereich der pflegerischen, alltagsunterstützenden und medizinischen Versorgung sowie in Bezug auf die Erfahrung von regionalen Versorgungslücken lassen sich in die aktuelle Studienlage zum Pflegesystem in Deutschland einordnen. Wie Qualität der ambulanten Versorgung in Deutschland bestimmt werden kann, ist demnach ebenso weitgehend ungeklärt, wie das Verhältnis von familialer und öffentlicher Verantwortung für die Versorgungslage, von lokaler und regionaler Verantwortung, von formeller und informeller Pflege sowie von Selbstbestimmungsansprüchen der Klient*innen und professioneller Expertise (Büscher 2018).

Die Ergebnisse der Interviews mit *Leistungsanbietenden vor der ReKo-Intervention (t0)* zeigen auf, dass das Versorgungsumfeld **zeitliche, organisatorische, infrastrukturelle, kompetenzbasierte, rechtlich-regulatorische und finanzielle Grenzen** benennt, die regelmäßig zu einer Herausforderung bei der Begleitung und Versorgung von instabilen Sorgenetzwerken führt. Ein Blick in die Literatur zeigt, dass dieses Ergebnis ebenfalls wenig überraschend ist. In den Ergebnissen der Evaluation der PSPs nach Braeseke et. al (2018) stellte sich beispielsweise heraus, dass knappe personelle Ressourcen in den PSPs dazu führen, dass „*ein Anspruch an vielfältige Kooperations- und Vernetzungstätigkeiten angesichts dieser Situation nicht erfüllbar ist.*“ (ebd.: 189). Weiterhin wird das CM beispielsweise in Form der Pflegeberatung nach §7a SGB XI meist nicht konzeptionell durchgeführt (Wolff et al. 2023). Laut Braeseke et al. (2018a) führen neben der personellen Struktur auch nicht ausreichende Refinanzierungen des Versorgungsauftrages zu nicht gedeckten Versorgungsbedarfen, die nicht zuletzt auch eine sektorenübergreifende Kooperation erfordere.

Der Sachverständigenrat (SVR) stellt in seinem Gutachten aus dem Jahr 2009 bereits fest, dass für die zugeschriebenen hausärztlichen Tätigkeiten in Koordination und Fallsteuerung keine Kapazitäten vorhanden seien (SVR 2009). Unter dieser Maßgabe werden Forderungen im siebten Altenbericht laut, dass zukünftige koordinierende und fallsteuernde Tätigkeiten an „*hierfür zusätzlich qualifizierte Professionen (z. B. Fachkräfte aus der Pflege und der sozialen Arbeit als Case-Manager und -Managerinnen) zu übertragen*“ seien (BMFSFJ 2016: 151). Durch die zunehmende Differenzierung der verschiedenen Leistungen des Sozial-, Gesundheits- und Pflegewesens ist nicht nur eine Person gefordert, die die Begleitung der (angehenden) pflegebedürftigen Menschen sowie ihrer An- und Zugehörigen durch eine transparente Darstellung des Leistungsgeschehens und die Unterstützung zur Sicherstellung eines stabilen Sorgenetzwerkes übernimmt, sondern es ist außerdem eine **fallverantwortliche steuernde Instanz im gesamten Versorgungsumfeld** erforderlich, die u.a. die Schnittstelle zwischen sozialrechtlich agierenden Akteur*innen darstellt.

Aus Sicht der (angehenden) pflegebedürftigen Menschen sowie ihrer An- und Zugehörigen haben die ReKo-Case Manager*innen diese Rolle der fallsteuernden Instanz übernommen. Die Ergebnisse der Interviews mit den *ZG 1, 2 und 3 nach der ReKo-Intervention (t1)* zeigen auf, die ReKo-Case Manager*innen stellten Informationen bereit und unterstützten bei der Koordination und Administration von sozialrechtlichen Leistungen, pflegerischen, medizinischen und psychosozialen Leistungsanbieter*innen, Angeboten zur

Mobilitätssteigerung sowie rechtlichen Themen wie der Einrichtung einer Betreuung. Insbesondere die intensive Begleitung durch das ReKo-CM war den befragten Personen bis dahin aus Angeboten der Regelversorgung nicht bekannt. Diese **Unterstützung bei der Sicherstellung des Sorgenetzwerkes** und die erlebte hohe Zufriedenheit mit dem ReKo-CM führte bei den Menschen zu einer **erlebten Verbesserung der Versorgungsqualität**.

Die Leistungsanbieter*innen des Versorgungsumfeldes äußerten nach der ReKo-Intervention (t1) ebenfalls ihre Zufriedenheit mit dem CM-Angebot. Sie betonten neben der gelungenen fallbezogenen Zusammenarbeit, dass keine durch das ReKo-CM keine Doppelstrukturen im System entstünden, sondern vielmehr Versorgungslücken identifiziert und bearbeitet und somit komplexe Fälle angemessen bearbeitet und die regionale Versorgungsstruktur weiterentwickelt werden könnten und darüber insgesamt ein Mehrwert für die Region und die Sicherstellung einer guten Versorgungsqualität entstehe. Herausforderungen für die weitere Entwicklung ergäben sich insbesondere mit Blick auf eine systematische Einbindung und Zusammenarbeit mit kommunalen Behörden und Haus- und Fachärztlichen Akteuren. Die Neuverteilung von Aufgaben- und Verantwortungsbereichen in einem zunehmend ausdifferenziertem Gesundheits- und Pflegesystem stellen hier ein grundsätzlicheres Desiderat dar (Büscher 2013).

3.2 Komplexität von pflegebezogenen CM-Fällen

Forschungsfragen (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
F3a: Welche Anlässe/Krisen führen zu einer Inanspruchnahme des ReKo-CM?	T0: - ZG 1-2: 20 Interviews - ZG 3: 20 Interviews T1: - ZG 1-2: 19 Interviews - ZG 3: 20 Interviews	Qualitative Einzelinterviews
F3b: Was macht einen komplexen CM Fall aus? (CM-Interviews, Kategorie)	T0: - ZG 4: 20 Interviews, IG und KG - ZG 5+:10 Interviews, IG und KG - CM: 17 Interviews T1: - ZG 4: 20 Interviews, IG und KG - ZG 5+: 10 Interviews, IG und KG - CM: 17 Interviews	Qualitative Einzelinterviews
Zentrale Ergebnisse		
Die Analyse zeigt, dass komplexe pflegebezogene CM-Fälle im ländlichen Raum insbesondere durch Wechselwirkungen zwischen individuellen Faktoren, verfügbaren Sorgeressourcen und regionalen Versorgungsstrukturen geprägt sind. Besondere Herausforderungen im einem oder mehreren dieser		

Bereiche führen zur Inanspruchnahme von ReKo-CM. Die ReKo-CM-Intervention konnte entsprechende Herausforderungen angemessen bearbeiten, identifizierte Ressourcen sinnvoll erschließen und koordinieren und darüber spezifischen Bedarfen der begleiteten Klientel gerecht werden.

Die Frage nach der *Definition eines CM-Falls* wurde anhand der Aussagen aller interviewten Personen der ZG 1-7 und den Interviews mit den Case Manager*innen in einem explorativen, summativen Ansatz analysiert. Wie skizziert, berichteten alle befragten ZG zu den Erhebungszeitpunkten t0 und t1 der qualitativen Studien von erheblichen Beratungs- und Unterstützungsbedarfen auf Seiten der ZG 1-3 (s. Kap. 3.1): Die Hilfe- und Pflegebedürftigen (ZG 1 und 2) sowie ihre An- und Zugehörigen (ZG 3) legten in den Interviews *vor* der ReKo-Intervention (t0) eingehend dar, bei welchen Krisen und Anlässen Beratung und Unterstützung erforderlich ist und in den Erhebungen *nach* der ReKo-Intervention (t1), welche Formen der Beratung und Unterstützung hilfreich waren. Die professionellen Leistungsanbieter*innen für Beratungs- und Unterstützungsleistungen in Kontexten der Pflege betonten zu t0, dass sie in ihrer Arbeit nicht selten an Grenzen stoßen, wenn etwa zusätzliche soziale Problemlagen bei Klient*innen bestehen oder regionale Voraussetzungen zur Sicherstellung einer angemessenen Versorgung nicht gegeben sind (t0). Schließlich berichteten auch die Case Manager*innen des ReKo-Projektes in den Interviews nach den Interventionsphasen (t1) von erheblichen Beratungs- und Unterstützungsbedarfen bei zahlreichen Klient*innen.

Der Bedarf an CM wurde von den Befragten vor allem in komplexen Bedarfslagen gesehen, die den Rahmen der Angebote der (regional verfügbaren) Regelversorgung überschritten (IG-S-003). Die Befragten skizzierten in diesem Zusammenhang zunächst **individuelle Faktoren**, die eine komplexe Bedarfslage erzeugten: Benannt wurden akute gesundheitliche Beeinträchtigungen, (beginnende) Pflegebedürftigkeit, Multimorbidität, Hochaltrigkeit, psychische Erkrankungen, Suchtproblematiken und schwere Behinderungen. Begleitet wurden diese Faktoren demnach häufig von Risiken der Verwahrlosung, finanziellen Problemlagen und sozialen Problemlagen wie von Einsamkeit und sozialer Isolation oder auch von häuslicher Gewalt. Die benannten Faktoren erzeugten auch bei An- und Zugehörigen häufig Überforderung und Überlastung bei der Organisation und Steuerung des Versorgungsarrangements.

Innerhalb der benannten individuellen Faktoren zeigte sich, dass eine Fallsituation mehrere verschiedene individuelle Komplexitätsfaktoren aufweisen kann. So wurden in den Interviews etwa Beispiele genannt, bei denen Herzerkrankungen zusammen mit Hochaltrigkeit und Fragen des Verbleibs in der Häuslichkeit (I-12-20) oder Krebserkrankungen mit finanziellen Sorgen und Nöten einhergingen (I-12-15). Immer wieder spielten dabei auch Vereinbarkeitsprobleme bei pflegenden An- und Zugehörigen eine Rolle, die sowohl Beruf und Pflege, als auch die eigene gesundheitliche Situation und Pflege umfassen (I-3-08), die auch die professionell helfenden Personen wahrnahmen (IG-4-7). Besonders bei der Betreuung von demenziell erkrankten Menschen oder Menschen, die jede Hilfe ablehnen oder suchterkrank sind, waren demnach pflegende An- und Zugehörigen zunehmend überfordert, die häusliche Versorgungssituation sicherzustellen (I-4-04; I-4-08; I-4-03).

Neben physischen Ursachen, stellten psychische Erkrankungen oder Suchterkrankungen eine sehr häufig berichtete Ursache aus dem Umfeld der individuellen Faktoren für Komplexität

dar (IG-5-4, K-4-01). Besonders prägnant ist diesbzgl. die Einschätzung einer Mitarbeitenden aus dem Jobcenter, die aussagte:

„Und ich glaube, dass das [gemeint ist das ReKo-Angebot] auch Kunden erreicht, die vielleicht nicht mit dem regulären Beratungsangebot erreicht werden können, weil sie vielleicht nicht mobil sind, weil, sag ich mal, die gesundheitlichen Einschränkungen so gravierend ist, dass der Kunde vielleicht auch gar keine Kraft mehr hat, sich irgendwo zu melden. Also ich würde schon sagen, dass es eher die komplexen Kunden sind, also mit der komplexeren Gesundheitsgeschichte und ich glaube aber, dass die Dunkelziffer sehr hoch ist in diesem Bereich.“ (IG-4-10)

Hier wird deutlich, dass mithilfe des ReKo-CMs Personen erreicht wurden, die auf Grund ihrer individuellen Problemlagen als komplexe Fälle gelten müssten und durch reguläre Angebote nicht versorgt werden konnten. Dabei spielte auch das „Hand-in-Hand-Arbeiten“ (IG-4-14) zwischen dem ReKo-CM und anderen Versorgungsanbietenden eine tragende Rolle.

Die Auswertung der Interviews verdeutlicht weiterhin, dass **begrenzte oder fehlende Sorgeressourcen** im Umfeld einer konkreten hilfe- oder pflegebedürftigen Person die Komplexität eines Falles begründen oder steigern können. Die typischen Ursachen für begrenzte oder ausbleibende Sorgearbeit auf Seiten potenzieller informeller Sorgenetzwerkmitglieder (z. B. Familie, Nachbarschaft, Freunde) bestanden in Erwerbstätigkeit, Übernahme von anderen Betreuungsaufgaben innerhalb der Familie, Hochaltrigkeit und eigenen Erkrankungen oder Gebrechen. Häufig wohnten An- und Zugehörige nicht im Umfeld der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen, in einigen Fällen waren An- und Zugehörige oder weitere potenzielle informelle Helfer*innen nicht bekannt oder existent. Übernahmen an- und zugehörige Personen Aufgaben im Sorgenetzwerk, benötigten auch diese, den Interviewaussagen folgend, häufig Unterstützung und Entlastung, um die entsprechenden Aufgaben dauerhaft zu bewältigen. Stand in komplexen Fällen keine Unterstützung durch An- und Zugehörige bereit, führte dies häufig dazu, dass die Notwendigkeit einer externen Unterstützung erst spät erkannt und hinzugezogen wurde und die Problemlagen dann bereits weit fortgeschritten waren. Ein*e Mitarbeiter*in des sozialpsychiatrischen Dienstes beschrieb Fälle, bei denen kein Sorgenetzwerk bestand und eine Zusammenarbeit mit dem ReKo-CM erfolgte:

„Also, ich hatte jetzt insbesondere mit ReKo zu tun in Fällen, wo es sich um ältere Leute handelte, die halt überhaupt gar keine sozialen Kontakte mehr hatten, in Folge der Pandemie, wo die Wohnungen zugemüllt waren bis unters Dach, wo Wohnungskündigungen drohten, wo sich keiner mehr um Papiere und Finanzen und sonst was gekümmert hat, und dann konnte ich all diesen, in Anführungszeichen, Kram abgeben, Pflegeantrag und sonst was, und ich konnte mich um den Rest kümmern. Sicherung der Wohnung, Betreuung, Finanzen, Wohngeldanträge, diesen ganzen anderen Behördenkram habe ich dann übernommen. Das war dann irgendwie eine gute Aufteilung, das hat sehr gut funktioniert.“ (IG-4-3)

Schließlich verweisen die Auswertungen darauf, dass die bisher benannten Komplexitätsfaktoren häufig auf **begrenzte regionale Versorgungsstrukturen** treffen. Die Komplexitätsdimension ›Regionale Versorgungsstruktur‹ wurden von den Interviewten am häufigsten in Bezug auf fehlende umfassende regionale Beratungs- und Versorgungsangebote beschrieben. Dabei wurde vor allem von den Case Manager*innen betont, dass fehlende oder unzureichende Angebote die Sicherstellung des Versorgungsarrangements für die Hilfe- und Pflegebedürftigen sowie deren An- und Zugehörige gefährden können:

„Versorgungsengpässe ist ein großes Problem, dass wir das was wir brauchen nicht vor Ort haben, dass wir das nicht bekommen.“ (IG-S-17)

„Naja, dort, wo ich eine (.) gute Infrastruktur habe, muss Komplexität nicht so komplex sein. [...] Aber wenn diese (.) Infrastruktur gar nicht da ist, dann (.) kann ich es auch wollen, dann wird es- Dann habe ich eine Barriere, die nicht bei mir liegt, sondern in der Umgebung.“ (IG-S-015)

Die professionellen Akteure beschrieben in diesem Kontext, häufig an ihre Grenzen zu stoßen (s. Kapitel 3.1). Besteht bspw. ein Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen, die regional nicht zur Verfügung stehen, standen die Berater*innen vor enormen Herausforderungen. Lösungen wurden dann oft durch ein Ausweichen auf umliegende Landkreise gesucht. Auch diese Lösungswege seien aber, den Interviews folgend, nicht immer erfolgreich und gingen überdies, aufgrund größerer Entfernungen vom Heimatort, mit erhöhten Aufwendungen für alle Betroffenen einher (KG-4-5).

Bei der Arbeit an sehr aufwendigen Fällen mit vielen beteiligten Institutionen seien die Ressourcen der eigenen Arbeit begrenzt, berichtete ein*e Mitarbeiter*in eines Sozialdienstes (K-4-02). Wenn die Versorgung in der Häuslichkeit nicht mehr zu leisten sei, aber die Kapazitäten in den Pflegeheimen eine Aufnahme unmöglich machten, sei die Weiterversorgung nicht gesichert. Die Komplexität eines Falles führe oftmals zu einer Verkettung verschiedener Probleme, nicht zuletzt auch finanzieller Art, wenn umfassende Beratungs- und Versorgungsleistungen in der Sozialgesetzgebung nicht vorgesehen und damit nicht refinanzierbar seien (K-4-01).

Häufig bestanden nach Aussage der Befragten sehr komplexe Bedarfe bei Klient*innen, die aus dem Krankenhaus entlassen werden, und bei denen sich herausstellt, dass in der Häuslichkeit prekäre Zustände vorherrschen:

„Dann wird man zu einem Hausbesuch gebeten und dann ist so ein Patient schon auf dem Boden auf einer Matratze und da ist kein Pflegebett, da ist gar nichts. Desolate Haushalte und eher eine mangelhafte Infrastruktur zu Hause wie ein kaputtes Badezimmer, wie auch immer, das kommt durchaus mal vor“ (K-4-04)

Einzelne Interviewte der ZG 4 (KG) bezweifelten, ob ein CM bei komplexen Problematiken dieser Art unterstützen kann. Interviewteilnehmer*innen der IG zum Erhebungszeitpunkt t1 (also nach der Interventionsphase), die über Erfahrungen mit dem ReKo-CM verfügten, bestätigten jedoch, dass ein ReKo-CM durch gute Vernetzung in der Region und entsprechende zeitliche und personelle Kapazitäten auch bei Versorgungslücken dieser Art

helfen könne, indem bspw. Angebote von ehrenamtlichen und beruflichen Akteuren kombiniert oder zusätzliche Angebote von Einrichtungen/Vereinen angeboten werden (vgl. hierzu auch 3.20):

„Man selber, als Case Manager, kennt jetzt auch mehrere Leistungserbringer, nimmt sie ganz anders wahr und weiß, wo man sich wirklich Unterstützung holen kann. Und auch für die, klar, für die Klienten, einfach eine Struktur herzustellen, die ihnen dann auch weiterhilft, wenn wir irgendwann nicht mehr da sind und nicht mehr an deren Seite sind als Begleiter.“ (IG-S-004)

Die Ergebnisse der qualitativen Analysen aller befragten ZG in Bezug auf Komplexitätsdimensionen des ReKo-CM verweisen darauf, dass sich die Komplexität eines CM-Falles anhand der Dimensionen ›Individuelle Faktoren‹, ›Sorgetressourcen‹ und ›Regionale Versorgungsstrukturen‹ beschreiben und analysieren lässt (Abbildung 9: Komplexitätsdimensionen des ReKo-CM im Kontext von Pflegebedarf). Die benannten Dimensionen stehen dabei in der Regel in einem interdependenten Verhältnis, beeinflussen sich also wechselseitig, wie das folgende Zitat verdeutlicht:

„Also das haben wir ja auch so festgelegt und das hat sich aber auch dann bestätigt, dass sie einfach mehrere Problemlagen haben, die übereinander liegen, die vielleicht noch im Verborgenen liegen, dass halt einfach/ Es ist dann auch tatsächlich in der Regel bei den komplexen Fällen nicht nur pflegerelevante Sache. Dann kommt meistens noch irgendwas anderes dazu. Also, wie gesagt, ganz oft Einsamkeit, alleine, keine sozialen Kontakte, kein soziales Netzwerk, finanzielle Probleme, psychische Probleme. Das sind eigentlich so die Punkte, die oft zusammenkommen. Und passender Wohnraum. Auch manchmal vielleicht, ja, nicht so die Mitarbeit, die man sich dann selber vorstellt.“ (IG-S-013)

Wenn mehr als eine der benannten Dimensionen im Einzelfall von Relevanz ist, muss, so die Ergebnisse der Analysen, von Fallkomplexität und damit von erhöhten Unterstützungsbedarfen ausgegangen werden. In Abhängigkeit vom konkreten *dynamischen Zusammenspiel der Dimensionen* verschärft sich die Komplexität eines Einzelfalls sowie auch die entsprechende Bedarfslage an Beratungs- und Unterstützungsleistungen sowohl bei Menschen mit (angehender) Pflegebedürftigkeit als auch bei An- und Zugehörigen.

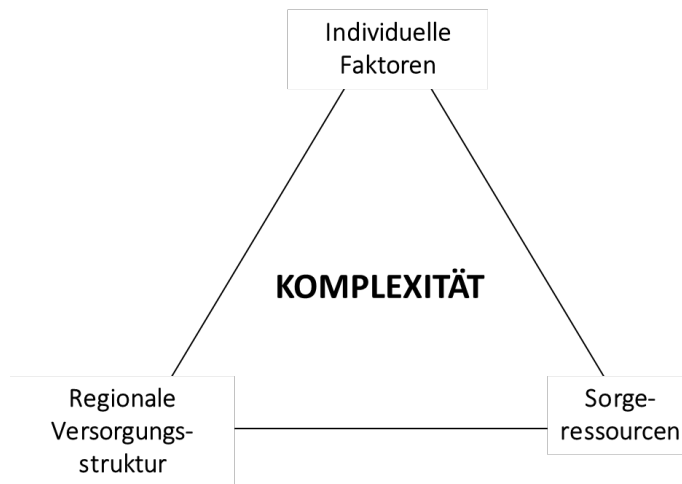


Abbildung 9: Komplexitätsdimensionen des ReKo-CM im Kontext von Pflegebedarf

Nachfolgende Tabelle 30: Typische Anlässe von Komplexität im ReKo-CM zeigt typische Anlässe für ein ReKo-CM entlang der identifizierten Komplexitätsdimension auf:

Tabelle 30: Typische Anlässe von Komplexität im ReKo-CM

Komplexitätsdimension	Anlässe und Krisensituationen
Individuelle Faktoren	Akute gesundheitliche Beeinträchtigungen; (beginnende) Pflegebedürftigkeit; Multimorbidität; Hochaltrigkeit; psychische Erkrankungen; Suchtproblematiken auf Seiten hilfe- und pflegebedürftige Menschen; Suchtproblematiken auf Seiten An- und Zugehörige; (schwere) Behinderungen; finanziellen Problemlagen; Vereinbarkeitsprobleme von Beruf und Pflege; prekäre Wohnverhältnisse; Compliance der Klient*innen, Überforderung und Überlastung bei der Sicherstellung des Sorgenetzwerkes von An- und Zugehörigen
Sorgeressourcen	Kleines, instabiles oder nicht vorhandenes Sorgenetzwerk, Sorgenetzwerk lokal nicht verfügbar (Distance Caregiving), Konflikte im Sorgenetzwerk
Regionale Versorgungsstruktur	Fehlende oder mangelnde Beratungs- und/oder Versorgungsangebote, Mobilitätsanforderungen auf Grund der ländlichen Region

Die Ausdifferenzierung der Komplexitätsdimensionen des ReKo-CM im Kontext von Pflegebedarf (Abbildung 9) bildet eine analytische Trennung hochintegrierter Problemlagen ab. Aus Sicht der Praxis des CM ließen sich die begleiteten komplexen Einzelfälle zunächst kaum in eine erkennbare Ordnung bringen, da sich die verschiedenen Problemlagen oft hochgradig beeinflussten, gegenseitig beschleunigten und/oder überlagerten und verdeckten. Ein*e befragte Case Manager*in beschrieb dies wie folgt:

„[...] dann häufen sich Probleme an und verschlimmern sich über die Zeit. Und wenn das mal- eine gewisse Zeit lang solche Probleme kumulieren, dann ist dann der Fall insoweit komplex, als dass man sehr viele Knoten entwirren muss, was einfach zeitaufwändig ist“ (IG-S-15)

Diskussion der Teilergebnisse ›Komplexität von pflegebezogenen CM-Fällen‹

Mit den Ergebnissen der Analysen zur Komplexität von Fallsituationen können folgende Fragen beantwortet werden: Welche Anlässe/Krisen führen zu einer Inanspruchnahme des ReKo-CM? Was macht die Komplexität von pflegebezogenen CM-Fällen aus? Zur Bearbeitung dieser Fragestellungen wurden halbstrukturierte Interviews mit den ReKo-ZG 1-7 inhaltsanalytisch ausgewertet und analysiert.

Die Analyse der qualitativen Interviews der ZG 1-3 über die zwei Erhebungszeitpunkte (t0/t1) hinweg, verweist auf eine analytische Ausdifferenzierung von **typischen Komplexitätsdimensionen im Kontext pflegespezifischer Bedarfslagen**, die als ›**Individuelle Faktoren**‹, ›**Sorgeressourcen**‹ und ›**Regionale Versorgungsstrukturen**‹ bezeichnet wurden. Die benannten Komplexitätsdimensionen werden dabei in der Regel durch typische Anlässen adressiert, die ggf. auch in einzelfallspezifischen Konstellationen auftreten, sich überlagern und/oder in sich eine gewisse Komplexität aufweisen und damit eine Kumulation und Beschleunigung der Problemlagen im Einzelfall erzeugen. Die konkreten Anlässe und Krisensituationen aus den drei benannten Komplexitätsdimensionen verdichten sich bei komplexen CM-Fällen im Umfeld von Pflegerisiko und -bedarf in der Regel zu Komplexitätsnetzen (oder „Komplexitätsknäulen“), die die Klient*innen selbst nicht mehr entflechten können und auch die Akteure der Gesundheitsversorgung regelmäßige an ihre Grenzen bringt (Abbildung 10).

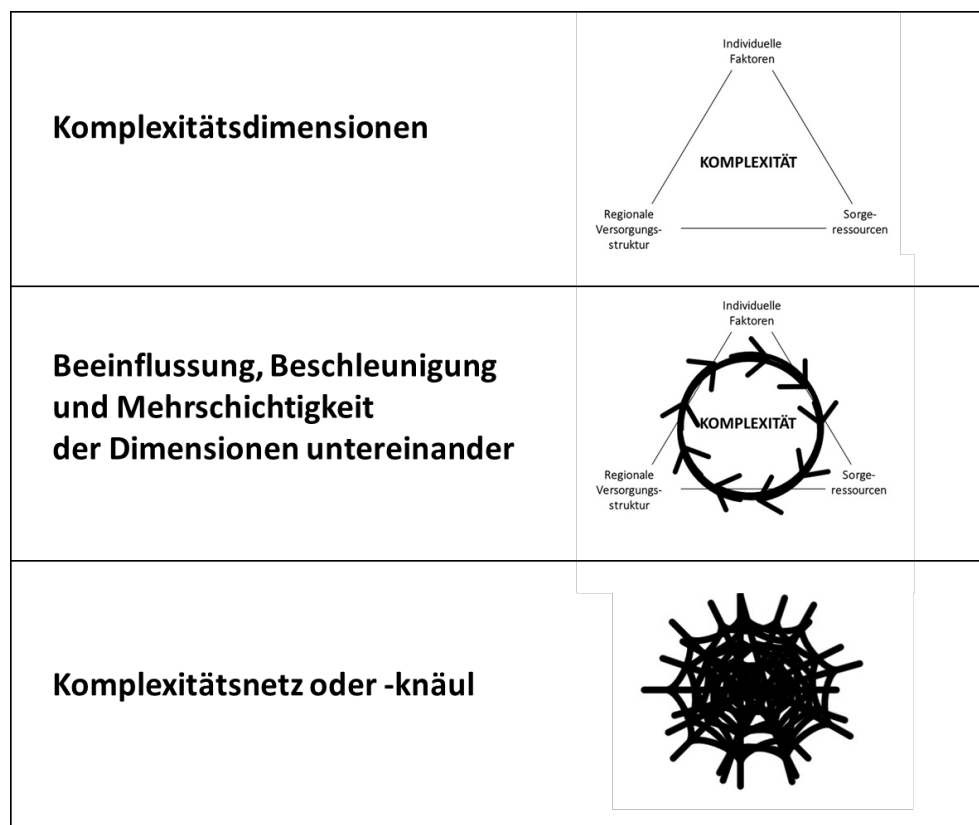


Abbildung 10: Komplexitätsnetze des ReKo-CM im Kontext von Pflegebedarf

Diese Befunde verdeutlichen insbesondere, dass sich die Komplexität von Einzelfällen im Umfeld von Pflegerisiko und Pflegebedarf nicht allein im Gesundheitszustand und

Pflegebedarf von Klient*innen begründen, sondern vielmehr in der Verbindung einer Vielzahl von möglichen Anlässen und Krisenereignissen, die neben gesundheits- und pflegespezifischen Aspekten eben auch weitere lebensweltliche Aspekte sozialer, finanzieller oder auch kultureller Art umfasst. Dieses erfordert auf Seiten des CMs neben pflege- und gesundheitsspezifischen Kompetenzen erweiterte, z. B. sozialrechtliche und lebensweltbezogene Kompetenzen und Qualifikationen, um entsprechende Maßnahmen einzelfallgerecht einleiten und umsetzen zu können.

Komplexität ist konstitutiv für CM-Prozesse, da sie konzeptionell eine Voraussetzung für CM-Interventionen darstellt (Bläser et al. 2023; Monzer 2018; Kleve 2016; Wendt 2015). Auch für das ReKo-CM wurde dieser Prämisse grundsätzlich gefolgt, klärungsbedürftig war jedoch die Frage, wie die Komplexität von Einzelfällen in pflegeassoziierten Bezügen im ländlichen Raum zu charakterisieren und zu konkretisieren ist und wie ein pflegebezogenes CM darauf angemessen und zielgruppengerecht reagieren kann. Die übergreifende Fachliteratur (vorzugsweise aus dem Bereich des Sozial- und Gesundheitswesens) bestimmt Komplexität insbesondere über das Vorliegen von mehreren Problemlagen: *„Phänomene können dann als komplex bewertet werden, wenn sie eine Vielzahl von Einzelaspekten, also zahlreiche Variablen, die miteinander in Verbindung stehen und voneinander abhängig sind, in den Blick bringen, und zwar ohne dass ein Punkt wahrnehmbar ist, von dem aus ein Gesamtüberblick möglich wäre oder der es erlauben würde, zielgerichtet und steuernd einzugreifen.“* (Kleve 2016, S. 8).

Für pflegeassoziierte CM-Interventionen lässt sich vor dem Hintergrund der hier angestellten Analysen konstatieren, dass **Komplexität im Kontext pflegespezifischer Bedarfslagen im ländlichen Raum durch interdependente Wechselwirkungen zwischen Anlässen aus den Dimensionen ›Individuelle Faktoren‹, ›Sorgetressourcen‹ und ›Regionale Versorgungsstrukturen‹ zu charakterisieren ist** und mit erhöhten Unterstützungsbedarfen einhergeht, die aus Perspektive von Leistungsempfänger*innen und Leistungserbringer*innen sinnvoll durch ein ReKo-CM koordiniert und unterstützt werden können. Diese qualitativen Befunde konnten im Rahmen der ReKo-Evaluationen über Befunde aus standardisierten Analysen bestätigt und unter methodischen Gesichtspunkten konkretisiert werden (s. Kap. 2.4.1, Ableitung einer Komplexitätsvariabel über RAI-HC). Auf Basis dieser Befunde konnte die Komplexität von pflegebezogenen CM-Fällen heuristisch bestimmt werden, das Forschungsfeld zur Analyse und klinischen Diagnose von Komplexität im Umfeld von Pflegebedürftigkeit bedarf jedoch dringlich weiterer Forschung. Limitationen zu den hier gewonnenen Befunden ergeben sich durch die begrenzte Anzahl an Interviews. Eine gute Datensättigung konnte bzgl. der Anlässe und Faktoren von Komplexität erreicht werden, für weitere Differenzierungen sind vertiefend Analysen erforderlich.

3.3 Veränderung allgemeiner Lebenszufriedenheit

Hypothesen (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
H1: Kein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG zum Zeitpunkt t0	Standardisierte ReKo-Fragebögen	Fragebogenerhebung, Instrument: Fragebogen zur

auf der Summenskala und den einzelnen Subskalen. H2-8: Positivere Veränderung zwischen t0 und t1 bei der IG als bei der KG auf der Summenskala und den einzelnen Subskalen (Gesundheit, finanzielle Lage, Freizeit, eigene Person, Freundes-/Bekanntenzirkel, Wohnung).	ZG 3: 486 Fragebögen (t0-t2, IG + KG) ZG 1+2: 972 Fragebögen (t0-t2, IG + KG)	Lebenszufriedenheit (FLZ) (Fahrenberg et al. 2000)
Zentrale Ergebnisse		
Das ReKo-CM führt zu einer signifikant höheren Lebenszufriedenheit sowie einer verbesserten Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit bei den An- und Zugehörigen. Bei den pflegebedürftigen Personen zeigt sich kein eindeutiger Effekt, jedoch eine Tendenz zur Angleichung von Interventions- und Kontrollgruppe bei initial unterschiedlicher Ausgangslage. Die Interventionsgruppe verbessert sich leicht, während die Kontrollgruppe kaum Veränderungen aufweist.		

Für die Auswertung des Fragebogens zur Lebenszufriedenheit von Fahrenberg et al. (2000) sind die folgenden Hypothesen leitend:

H1: Die durchschnittliche allgemeine Lebenszufriedenheit sowie die Zufriedenheit mit den einzelnen Lebensbereichen der Proband*innen der IG zum Zeitpunkt t0 unterscheidet sich nicht signifikant von der Lebenszufriedenheit der KG.

H2: Die Veränderung der allgemeinen Lebenszufriedenheit von t0 zu t1 der Proband*innen in der IG ist positiver als die Veränderung der allgemeinen Lebenszufriedenheit der Proband*innen in der KG.

H2a: Die Veränderung der allgemeinen Lebenszufriedenheit von t1 zu t2 der Proband*innen in der IG ist positiver als die Veränderung der allgemeinen Lebenszufriedenheit der Proband*innen in der KG.

H2b: Die Veränderung der allgemeinen Lebenszufriedenheit von t0 zu t2 der Proband*innen in der IG ist positiver als die Veränderung der allgemeinen Lebenszufriedenheit der Proband*innen in der KG.

H3: Die Veränderung der Zufriedenheit mit ihrer Gesundheit der Proband*innen in der IG vom Zeitpunkt t0 zu t1 ist positiver als die Veränderung der Zufriedenheit mit ihrer Gesundheit der Proband*innen in der KG.

H3a: Die Veränderung der Zufriedenheit mit ihrer Gesundheit von t1 zu t2 der Proband*innen in der IG ist positiver als die Veränderung der allgemeinen Lebenszufriedenheit der Proband*innen in der KG.

H3b: Die Veränderung der Zufriedenheit mit ihrer Gesundheit von t0 zu t2 der Proband*innen in der IG ist positiver als die Veränderung der allgemeinen Lebenszufriedenheit der Proband*innen in der KG.

H4: Die Veränderung der Zufriedenheit mit ihrer finanziellen Lage der Proband*innen in der IG vom Zeitpunkt t0 zu t1 ist positiver als die Veränderung der Zufriedenheit mit ihrer finanziellen Lage der Proband*innen in der KG.

H5: Die Veränderung der Zufriedenheit mit ihrer Freizeit der Proband*innen in der IG vom Zeitpunkt t0 zu t1 ist positiver als die Veränderung der Zufriedenheit mit ihrer Freizeit der Proband*innen in der KG.

H6: Die Veränderung der Zufriedenheit mit ihrer eigenen Person der Proband*innen in der IG vom Zeitpunkt t0 zu t1 ist positiver als die Veränderung der Zufriedenheit mit ihrer eigenen Person der Proband*innen in der KG.

H7: Die Veränderung der Zufriedenheit mit ihrem Freundes- und Bekanntenkreis der Proband*innen in der IG vom Zeitpunkt t0 zu t1 ist positiver als die Veränderung der Zufriedenheit mit ihrem Freundes- und Bekanntenkreis der Proband*innen in der KG.

H8: Die Veränderung der Zufriedenheit mit ihrer Wohnung der Proband*innen in der IG vom Zeitpunkt t0 zu t1 ist positiver als die Veränderung der Zufriedenheit mit ihrer Wohnung der Proband*innen in der KG.

Die Hypothese 1 prüft dabei den Unterschied zwischen den Studiengruppen in der Ausgangssituation zum Zeitpunkt t0 für die Summenskala und die einzelnen Subskalen. Die Hypothesen 2 bis 8 beziehen sich jeweils auf die Veränderung zwischen t0 und t1 im Vergleich der Studiengruppen für die einzelnen Subskalen. Für die Summenskala und die Subskala zur Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit, welche für die ReKo-Evaluation von besonderer Relevanz sind, wurden jeweils weitere Hypothesen (2a-2b und 3a-3b) zu der Entwicklung zwischen den Erhebungszeitpunkten t1 und t2 sowie t0 und t2 aufgestellt.

Die Analyseergebnisse werden im Folgenden zunächst für die ZG 1 und 2 und anschließend für die ZG 3 vorgestellt und erläutert. Die benannten Mittelwerte beziehen sich immer auf das jeweils beschriebene Subsample (z. B. Proband*innen mit t0- und t1-Fragebogen).

Zielgruppe 1+2

FLZ-Summenskala

Zur Auswertung des Summenscores des FLZ, der sich aus sieben Subskalen (Gesundheit, finanzielle Lage, Freizeit, eigene Person, Freundes-/Bekanntenkreis, Wohnung) zusammensetzt, wird die Stichprobe im ersten Schritt auf Personen reduziert, für die der Summenscore zum Zeitpunkt t0 berechnet werden kann, um die erste Hypothese zur Ausgangssituation zu prüfen.

Für die ZG der Personen mit Unterstützungs-/Pflegebedarf liegen danach für die Summenskala des FLZ insgesamt 472 Datensätze vor, die in die Auswertung eingeschlossen werden können. Davon sind 169 Personen der IG und 303 Personen der KG zuzuordnen. Das Durchschnittsalter in der IG ist mit 67,6 Jahren etwas geringer als in der KG, wo es im Mittel bei 72,12 Jahren liegt. In beiden Studiengruppen überwiegt im Sample der Anteil der weiblichen Personen. In der IG mit 56,21 % weiblichen zu 43,79 % männlichen und in der KG mit 61,26 % weiblichen zu 38,74 % männlichen Teilnehmer*innen (vgl. Tabelle 31).

Tabelle 31: Sample FLZ-Summenskala (ZG 1+2)

	n=472	Durchschnittsalter	Geschlechterverteilung
IG	169	67,6	männlich: 43,79 % weiblich: 56,21 %
KG	303	72,12	männlich: 38,74 % weiblich: 61,26 %

Der Mittelwert der IG zur allgemeinen Lebenszufriedenheit liegt bei 207,59 (SD: 47,35) und ist damit geringer als der Mittelwert zur Lebenszufriedenheit der KG von durchschnittlich 239,98 (SD: 35,49) (vgl. Abbildung 11). Unterteilt nach Geschlecht ergibt sich für die männlichen Teilnehmenden in der IG ein Mittelwert von 202,27 (SD: 52,36) und für die weiblichen Teilnehmenden ein Durchschnitt von 211,73 (SD: 42,87). In der KG liegt der durchschnittliche Wert der männlichen Personen bei 246,85 (SD: 36,88) und der der weiblichen Teilnehmenden bei 235,72 (SD: 34,07). Somit ist in der IG die Lebenszufriedenheit bei den Frauen durchschnittlich höher und in der KG bei den Männern.

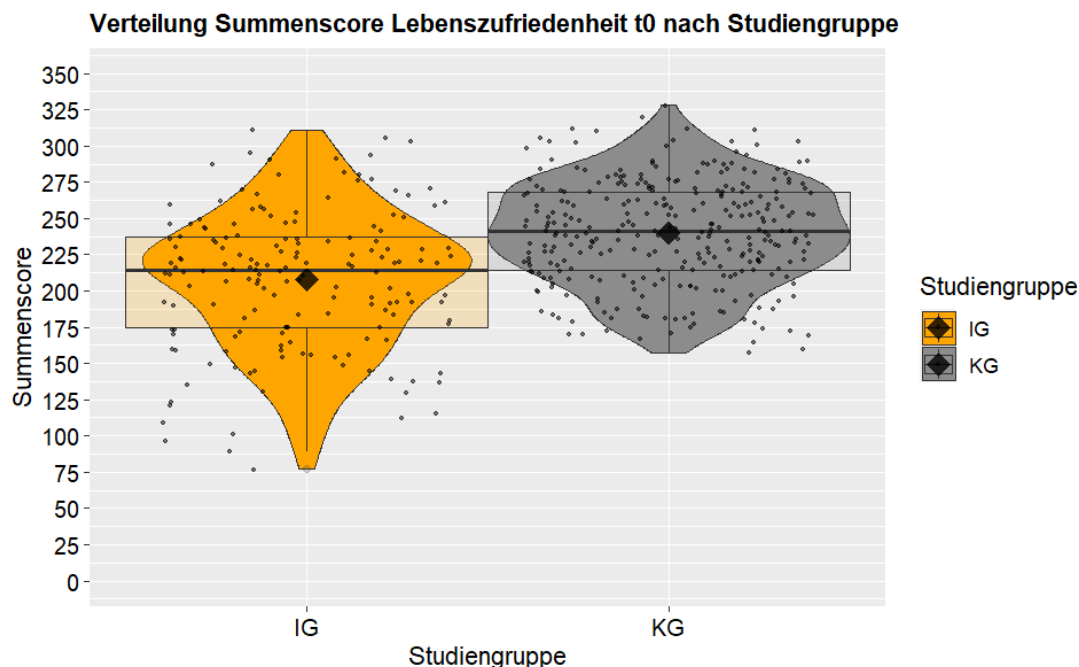


Abbildung 11: Verteilung Summenscore Lebenszufriedenheit t0 nach Studiengruppe (ZG 1+2)

Insgesamt ist auf der Summenskala des FLZ ein Score von 343 möglich. Werden die Werte der Studiengruppen mit der Normierungsstichprobe (Fahrenberg et al. 2000) verglichen, so liegen sowohl die IG als auch die KG darunter. Die KG ist jedoch, insbesondere mit Blick auf die männlichen Befragten, näher an den Mittelwerten der Normierungsstichprobe. Die Standardabweichungen und damit die Streuungen um den Mittelwert sind in den Studiengruppen höher. Besonders stark von der Normierungsstichprobe weichen die Werte der männlichen Personen in der IG ab (vgl. Tabelle 32).

Tabelle 32: Werte Summenskala (FLZ), Normierungsstichprobe

	n	M	SD
Männer 66-75 Jahre	160	252,31	30,94

Frauen 66-75 Jahre	169	250,91	29,78

Der Unterschied zwischen den Mittelwerten der IG und KG ist zum Zeitpunkt t0 signifikant ($t(274,8) = -7,7602$; $p = 1,674e-13$; $d = 0,81$). Nach Cohen ist der Effekt als stark einzustufen (Cohen 1988). Somit muss die Hypothese 1 für die Summenskala zur allgemeinen Lebenszufriedenheit für die ZG 1 und 2 verworfen werden: **Die durchschnittliche allgemeine Lebenszufriedenheit der IG ist zum Zeitpunkt t0 signifikant schlechter als die Lebenszufriedenheit der KG.**

Wird die Stichprobe auf Befragte, für die ein t0- und ein t1-Datensatz vorliegt, reduziert, ergibt sich ein Sample von 247 Personen. 78 sind der IG und 169 der KG zuzuordnen. Für die IG hat sich der Mittelwert der allgemeinen Lebenszufriedenheit erhöht und liegt zum Zeitpunkt t1 bei 215,71 (SD: 43,31). Der Wert der KG hat sich zwischen t0 und t1 leicht erhöht und liegt zu t1 bei 242,5 (SD: 36,89). Diese Entwicklung zeigt sich auch im Delta der Veränderung zwischen t0 und t1, welches für die IG im Durchschnitt bei 3,62 (SD: 23,74) und für die KG bei -0,43 (22,51) liegt. Ein negatives Delta steht für eine Verringerung des Mittelwertes zwischen t0 und t1, ein positives Delta für die Erhöhung des Wertes und damit für die Verbesserung der Zufriedenheit. Der Unterschied im Delta ist jedoch nicht signifikant, genauso wie die Veränderung innerhalb der Studiengruppen zwischen den Zeitpunkten.

Ebenso wie der Unterschied zu t0, ist auch der Unterschied zum Zeitpunkt t1 zwischen den Studiengruppen signifikant ($t(130,51) = -4,7299$; $p = 5,745e-06$; $d = 0,69$). Nach Cohen ist dieser Effekt als mittel einzustufen (Cohen 1988). Die Hypothese 2 muss damit verworfen werden: Die Veränderung der allgemeinen Lebenszufriedenheit von t0 zu t1 ist in der IG nicht signifikant positiver als in der KG. Rein deskriptiv ist der Unterschied dennoch erkennbar.

Für die Überprüfung der Hypothesen 2a und 2b wird der Datensatz jeweils reduziert auf Teilnehmende, die den t1- und t2-Fragebogen bzw. den t0- und t2-Fragebogen beantwortet haben. Die Gruppen unterscheiden sich zu allen Zeitpunkten signifikant. Dabei zeigt sich bei der KG durchgehend ein höherer Score und somit eine höhere allgemeine Lebenszufriedenheit. Während der Wert der KG jedoch tendenziell abnimmt und das Delta der Entwicklung zwischen den Zeitpunkten immer negativ ist, nimmt der Wert in der IG tendenziell zu und das Delta ist dementsprechend immer im positiven Bereich. **Die Entwicklung der allgemeinen Lebenszufriedenheit zwischen den Zeitpunkten ist jedoch weder für eine Gruppe noch zwischen den Gruppen signifikant** und die Hypothesen 2a und 2b müssen somit abgelehnt werden (vgl. Tabelle 33).

Tabelle 33: Übersicht Analyseergebnisse FLZ-Summenskala (ZG 1+2)

Test	t	df	p	d	M (SD)/ Mittelwert- unterschied	Interpretation
t0, IG vs. KG	-7,7602	274,8	1,674e-13***	0,81	M IG: 207,59 (47,35) M KG: 239,98 (35,49)	Unterschied signifikant.
t1, IG vs. KG	-4,7299	130,51	5,745e-06***	0,69	M IG: 215,71 (43,32) M KG: 242,5 (36,89)	Unterschied signifikant.
t2, IG vs. KG	-4,3486	133,11	2,702e-05***	0,64	M IG: 214,66 (45,2) M KG: 240,04 (36,91)	Unterschied signifikant.

Delta t0-t1, IG vs. KG	1,2638	142,88	0,2084	0,18	M IG: 3,62 (23,74) M KG: -0,43 (22,51)	Unterschied nicht signifikant.
Delta t1-t2, IG vs. KG	0,25977	157,57	0,7954	0,04	M IG: 0,64 (23,05) M KG: -0,18 (22,96)	Unterschied nicht signifikant.
Delta t0-t2, IG vs. KG	1,5524	106,07	0,1236	0,23	M IG: 4,74 (26,81) M KG: -1,83 (28,56)	Unterschied nicht signifikant.
t0-t1, IG	-1,3448	77	0,1826	0,15	Mittelwertunterschied: -3,62	Unterschied nicht signifikant.
t0-t1, KG	0,24602	168	0,806	0,02	Mittelwertunterschied: 0,43	Unterschied nicht signifikant.
t1-t2, IG	-0,2474	79	0,8052	0,03	Mittelwertunterschied: -0,64	Unterschied nicht signifikant.
t1-t2, KG	0,099859	159	0,9206	0,01	Mittelwertunterschied: 0,18	Unterschied nicht signifikant.
t0-t2, IG	-1,3341	56	0,1876	0,18	Mittelwertunterschied: -4,74	Unterschied nicht signifikant.
t0-t2, KG	0,79579	153	0,4274	0,06	Mittelwertunterschied: 1,83	Unterschied nicht signifikant.

Subskala „Gesundheit“, FLZ

Das t0-Sample für die Subskala zur Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit besteht aus insgesamt 718 Personen, 292 sind der IG und 426 der KG zuzuordnen. Die Studienpopulation der IG ist mit 68,6 Jahren etwas jünger als die der KG mit 72,83 Jahren. In beiden Studiengruppen überwiegt der Anteil der Frauen mit 61,3 % (IG) bzw. 61,41 % (KG).

Tabelle 34: Sample FLZ-Subskala „Gesundheit“ (ZG 1+2)

	n=718	Durchschnittsalter	Geschlechterverteilung
IG	292	68,6	männlich: 38,7 % weiblich: 61,3 %
KG	426	72,83	männlich: 38,59 % weiblich: 61,41 %

Die durchschnittliche Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit liegt in der IG bei einem Score von 23,32 (SD: 8,93). In der KG ist der Mittelwert mit 26,16 (SD: 9,21) etwas höher (vgl. Abbildung 12). Auf allen Subskalen des FLZ liegt der Maximalwert bei 49.

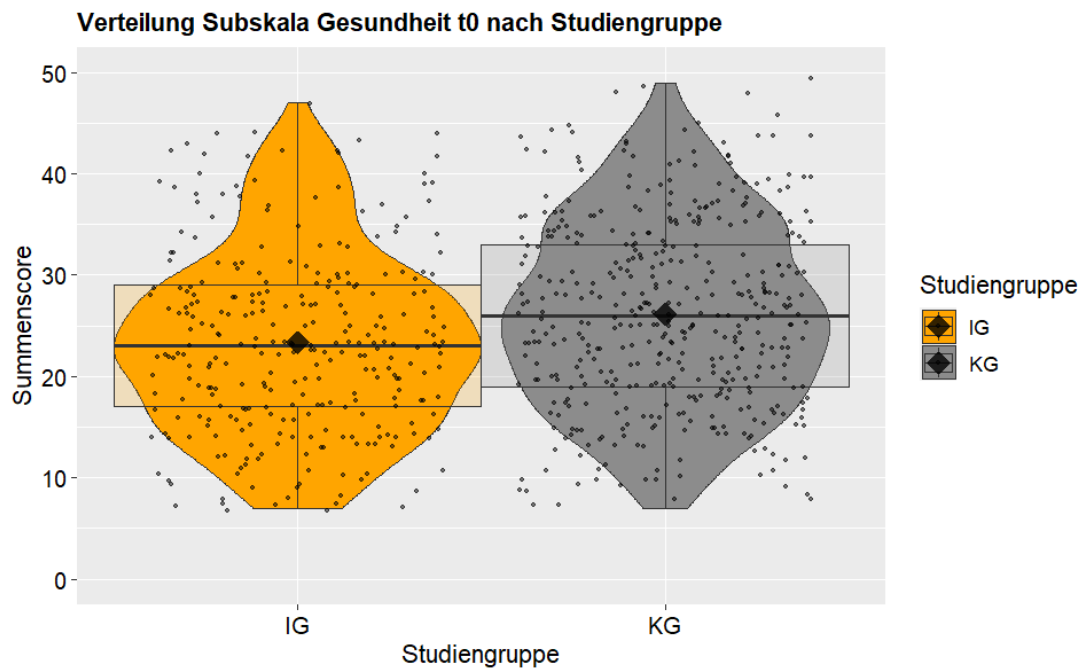


Abbildung 12: Verteilung Subskala „Gesundheit“ (FLZ) t0 nach Studiengruppe (ZG 1+2)

Beide Mittelwerte (IG und KG) liegen deutlich unter den durchschnittlichen Scores der Normierungsstichprobe (Fahrenberg et al. 2000). Die Standardabweichungen liegen jeweils darüber, was für eine stärkere Streuung um den Mittelwert in den Studiengruppen steht. Der Unterschied zwischen dem Mittelwert der IG und dem der KG ist signifikant ($t(637,8) = -4,1348$; $p = 4,028e-05$; $d = 0,31$). Nach Cohen ist der Effekt als gering einzustufen (Cohen 1988). Die Hypothese 1 zur gleichen Ausgangslage zwischen den Gruppen zum Zeitpunkt t0 muss damit verworfen werden, da sich **die Gruppen zum Zeitpunkt t0 signifikant unterscheiden**.

Tabelle 35: Werte Subskala „Gesundheit“ (FLZ), Normierungsstichprobe

	n	M	SD
Männer 66-75 Jahre	160	34,89	7,60
Frauen 66-75 Jahre	169	34,72	7,56

Werden nur Personen eingeschlossen, für die ein t0- und ein t1-Datensatz vorliegt, ergibt sich ein Sample aus 455 Proband*innen, 171 aus der IG und 284 aus der KG.

Wie zu t0 unterscheiden sich die Mittelwerte zur Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit zwischen der IG und der KG zum Zeitpunkt t1 ebenfalls signifikant ($t(354,56) = -2,357$; $p = 0,01897$; $d = 0,23$). Nach Cohen ist der Effekt als gering zu bewerten (Cohen 1988). Beide Mittelwerte haben sich leicht erhöht. Das Delta der Veränderung im Gruppenvergleich ist somit für die IG (1,21) und die KG (0,52) positiv, unterscheidet sich jedoch nicht signifikant. Innerhalb der IG unterscheiden sich die Mittelwerte zwischen t0 und t1 signifikant ($t(170) = -2,1124$; $p = 0,03611$; $d = 0,16$). Nach Cohen ist die Stärke des Effekts als gering einzuordnen (Cohen 1988). Innerhalb der KG ist der Unterschied zwischen t0 und t1 nicht signifikant. Die Hypothese 3 muss abgelehnt werden, die Veränderung zwischen t0 und t1 ist in der IG nicht

positiver als in der KG. Rein deskriptiv zeigt sich die positivere Veränderung dennoch über das Delta.

Auch die Hypothesen 3a und 3b, dass sich die IG zwischen t1 und t2 bzw. zwischen t0 und t2 positiver entwickelt als die KG, müssen für die ZG 1 und 2 verworfen werden. Nach weiterer Eingrenzung des Samples entsprechend der Erhebungszeitpunkte ergeben sich keine signifikanten Unterschiede, weder zwischen den Gruppen noch zwischen den Zeitpunkten oder im Delta der Veränderung (vgl. Tabelle 36). **Die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit entwickelt sich in der IG signifikant positiv zwischen t0 und t1. Die IG entwickelt sich jedoch nicht signifikant positiver als die KG.**

Tabelle 36: Übersicht Analyseergebnisse FLZ-Subskala „Gesundheit“ (ZG 1+2)

Test	t	df	p	d	M (SD)/ Mittelwert- unterschied	Interpretation
t0, IG vs. KG	-4,1348	637,8	4,028e-05***	0,31	M IG: 23,32 (8,93) M KG: 26,16 (9,21)	Unterschied signifikant.
t1, IG vs. KG	-2,3069	361,67	0,02162*	0,23	M IG: 25,06 (8,94) M KG: 27,07 (9,05)	Unterschied signifikant.
t2, IG vs. KG	-1,6875	345,56	0,09242	0,17	M IG: 25,19 (9,97) M KG: 26,81 (9,2)	Unterschied nicht signifikant.
Delta t0-t1, IG vs. KG	1,0037	310,52	0,3163	0,1	M IG: 1,21 (7,49) M KG: 0,52 (6,27)	Unterschied nicht signifikant.
Delta t1-t2, IG vs. KG	0,78354	300,97	0,4339	0,08	M IG: 0,36 (6,72) M KG: -0,12 (5,15)	Unterschied nicht signifikant.
Delta t0-t2, IG vs. KG	1,4436	219,15	0,1503	0,17	M IG: 1,23 (7,76) M KG: 0,07 (6,52)	Unterschied nicht signifikant.
t0-t1, IG	-2,1124	170	0,03611*	0,16	Mittelwertunterschied: -1,21	Unterschied signifikant.
t0-t1, KG	-1,4094	283	0,1598	0,08	Mittelwertunterschied: -0,52	Unterschied nicht signifikant.
t1-t2, IG	-0,69424	170	0,4885	0,053	Mittelwertunterschied: -0,36	Unterschied nicht signifikant.
t1-t2, KG	0,3683	249	0,713	0,02	Mittelwertunterschied: 0,12	Unterschied nicht signifikant.
t0-t2, IG	-1,7845	126	0,07676	0,16	Mittelwertunterschied: -1,22	Unterschied nicht signifikant.
t0-t2, KG	-0,16546	247	0,8687	0,01	Mittelwertunterschied: -0,07	Unterschied nicht signifikant.

Subskala „Finanzielle Lage“, FLZ

Zur Prüfung der Hypothese 1, ob sich der durchschnittliche Score auf der FLZ-Subskala zur Zufriedenheit mit der finanziellen Lage der IG vom Score der KG zum Zeitpunkt t0 signifikant unterscheidet, wurde ein Sample Personen der ZG 1 und 2 gebildet, für die ein t0-Datensatz vorliegt. Dieses besteht aus insgesamt 712 Proband*innen, 291 davon aus der IG und 421 aus der KG. Tabelle 37 zeigt die Alters- und Geschlechtsverteilung des Samples.

Tabelle 37: Sample FLZ-Subskala „Finanzielle Lage“ (ZG 1+2)

	n=712	Durchschnittsalter	Geschlechterverteilung
IG	291	68,71	männlich: 39,52 % weiblich: 60,48 %
KG	421	72,77	männlich: 38,1 % weiblich: 61,9 %

Der Mittelwert zur Zufriedenheit mit der finanziellen Lage der IG liegt bei 29,93 (SD: 10,88). Der Wert der KG ist mit 36,18 (SD: 8,12) höher und liegt sogar etwas über dem Wert der Normierungsstichprobe, während der Score der IG darunter bleibt (vgl. Tabelle 38).

Tabelle 38: Werte Subskala „Finanzielle Lage“ (FLZ), Normierungsstichprobe

	n	M	SD
Männer 66-75 Jahre	160	35,58	7,15
Frauen 66-75 Jahre	169	34,91	7,94

Die folgende verdeutlicht darüber hinaus eine breitere Streuung der geringen Zufriedenheitswerte der IG im Vergleich zur KG (vgl. Abbildung 13).

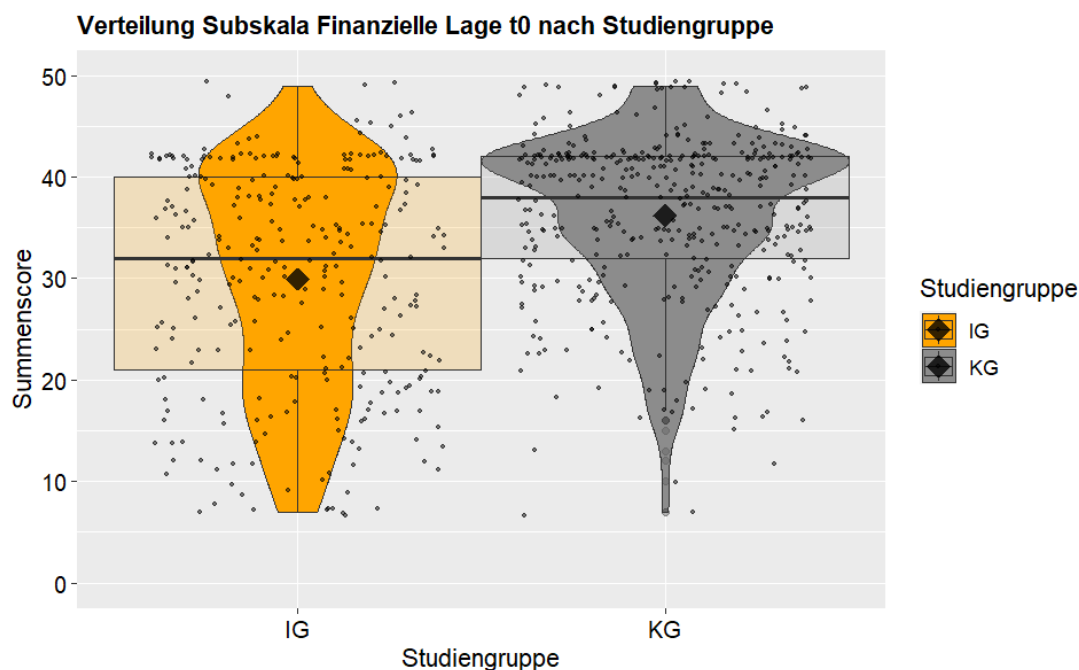


Abbildung 13: Verteilung Subskala „Finanzielle Lage“ (FLZ) t0 nach Studiengruppe (ZG 1+2)

Der Unterschied zwischen den beiden Studiengruppen ist zum Zeitpunkt t0 signifikant ($t(504,57) = -8,3187$; $p = 8,35e-16$; $d = 0,67$). Nach Cohen ist der Effekt als mittel zu bewerten (Cohen 1988). Die Hypothese 1 muss damit für die Subskala zur Zufriedenheit mit der finanziellen Lage abgelehnt werden: **Die Zufriedenheit mit der finanziellen Lage ist zu t0 in der KG höher als in der IG.**

Auch zum Zeitpunkt t1 unterscheiden sich die Gruppen signifikant ($t(311,89) = -4,3234$; $p = 2,07e-05$; $d = 0,44$). Nach Cohen ist die Stärke des Effekts als gering einzustufen (Cohen 1988). Das Delta der Veränderung zwischen t0 und t1 zeigt für die IG mit 0,95 eher eine Zunahme der Zufriedenheit und für die KG mit -0,42 eher eine Verringerung. Dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant, ebenso wie die Entwicklung innerhalb der Gruppen (vgl. Tabelle 39). Die Hypothese 4 muss daher verworfen werden: **Die Zufriedenheit mit der finanziellen Lage entwickelt sich in der IG zwischen t0 und t1 nicht positiver als in der KG.**

Tabelle 39: Übersicht Analyseergebnisse FLZ-Subskala „Finanzielle Lage“ (ZG 1+2)

Test	t	df	p	d	M (SD)/ Mittelwert- unterschied	Interpretation
t0, IG vs. KG	-8,3187	504,57	8,35e-16***	0,67	M IG: 29,93 (10,88) M KG: 36,18 (8,12)	Unterschied signifikant.
t1, IG vs. KG	-4,3234	311,89	2,07e-05***	0,44	M IG: 31,78 (10,2) M KG: 35,81 (8,59)	Unterschied signifikant.
Delta t0-t1, IG vs. KG	1,9542	348,46	0,05148	0,19	M IG: 0,95 (7,33) M KG: -0,42 (7,08)	Unterschied nicht signifikant.
t0-t1, IG	-1,7006	170	0,09085	0,13	Mittelwertunterschied: -0,95	Unterschied nicht signifikant.
t0-t1, KG	0,98936	283	0,3233	0,06	Mittelwertunterschied: 0,42	Unterschied nicht signifikant.

Subskala „Freizeit“, FLZ

Für die FLZ-Subskala „Zufriedenheit mit der Freizeit“ liegen 665 auswertbare t0-Datensätze vor. 274 von Proband*innen der IG und 391 von Proband*innen der KG. Tabelle 40 gibt eine Übersicht über die Alters- und Geschlechterverteilung des Samples.

Tabelle 40: Sample FLZ-Subskala „Freizeit“ (ZG 1+2)

	n=665	Durchschnittsalter	Geschlechterverteilung
IG	274	68,70	männlich: 38,69 % weiblich: 61,31 %
KG	391	72,55	männlich: 37,44 % weiblich: 62,56 %

Auch in diesem Lebensbereich liegt die Zufriedenheit der IG mit 32,08 (SD: 9,26) unter dem Durchschnittsscore der KG von 36,04 (SD: 7,39) (vgl. Abbildung 14). **Der Unterschied zwischen den Gruppen zum Zeitpunkt t0 ist signifikant** ($t(501,21) = -5,8923$; $p = 6,994e-09$; $d = 0,48$). Nach Cohen ist der Effekt als mittel einzustufen (Cohen 1988). Die Hypothese 1 muss somit auch für diese Subskala verworfen werden.

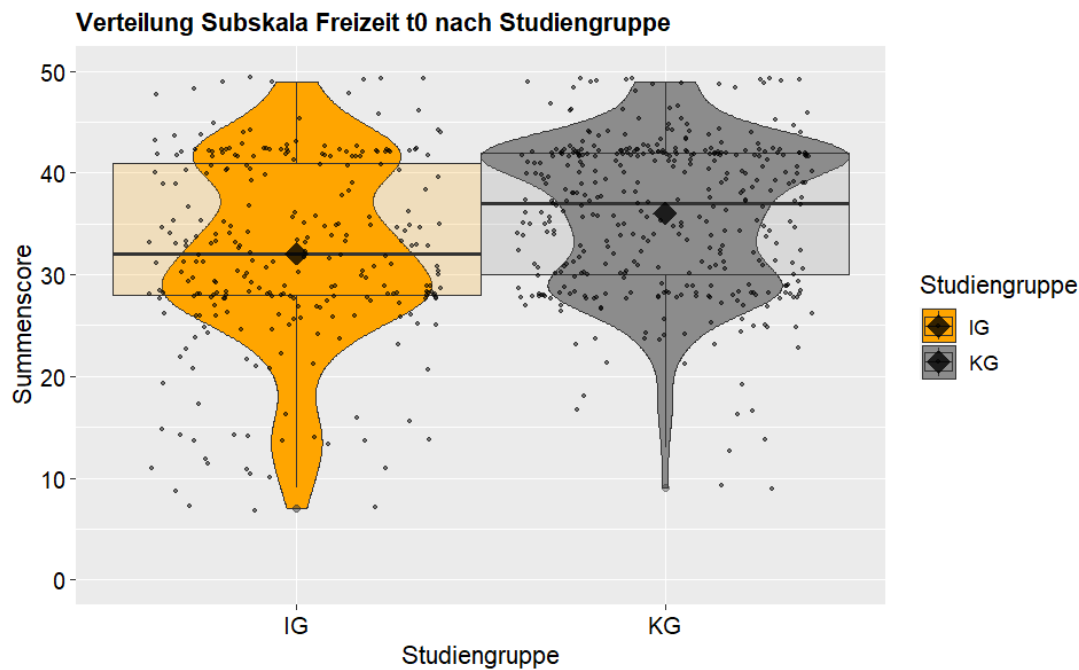


Abbildung 14: Verteilung Subskala „Freizeit“ (FLZ) t0 nach Studiengruppe (ZG 1+2)

Beide Mittelwerte liegen unter den Werten der Normierungsstichprobe. Die Standardabweichung liegt für die IG darüber und für die KG darunter (vgl. Tabelle 41).

Tabelle 41: Werte Subskala „Freizeit“ (FLZ), Normierungsstichprobe

	n	M	SD
Männer 66-75 Jahre	160	36,79	8,32
Frauen 66-75 Jahre	169	37,71	8,01

Zum Zeitpunkt t1 haben sich beide Mittelwerte etwas erhöht. Dies zeigt sich auch in leicht positiven Delta-Werten von 0,24 in der IG und 0,32 in der KG. Der Gruppenunterschied bleibt jedoch auch zum Zeitpunkt t1 signifikant ($t(281,8) = -4,1758$; $p = 3,963e-05$; $d = 0,45$). Nach Cohen ist der Effekt als gering einzuordnen (Cohen 1988). Nicht signifikant sind die Unterschiede im Delta der Veränderung und innerhalb der Gruppen zwischen den Zeitpunkten. **Die Hypothese 5, dass die Veränderung in der Zufriedenheit mit der Freizeit für die IG zwischen t0 und t1 positiver ist als für die KG, muss abgelehnt werden.**

Tabelle 42: Übersicht Analyseergebnisse FLZ-Subskala „Freizeit“ (ZG 1+2)

Test	t	df	p	d	M (SD)/ Mittelwert- unterschied	Interpretation
t0, IG vs. KG	-5,8923	501,21	6,994e-09***	0,48	M IG: 32,08 (9,26) M KG: 36,04 (7,39)	Unterschied signifikant.
t1, IG vs. KG	-4,1758	281,8	3,963e-05***	0,45	M IG: 33,37 (8,66) M KG: 36,83 (7,07)	Unterschied signifikant.

Delta t0-t1, IG vs. KG	-0,10655	305,41	0,9152	0,01	M IG: 0,24 (7,38) M KG: 0,32 (6,67)	Unterschied nicht signifikant.
t0-t1, IG	-0,41238	155	0,6806	0,03	Mittelwertunterschied: -0,24	Unterschied nicht signifikant.
t0-t1, KG	-0,75516	245	0,4509	0,05	Mittelwertunterschied: -0,32	Unterschied nicht signifikant.

Subskala „Eigene Person“, FLZ

Für die FLZ-Subskala „Zufriedenheit mit der eigenen Person“ liegen für den Zeitpunkt t0 insgesamt 721 Datensätze vor. 293 sind Proband*innen aus der IG und 428 Proband*innen aus der KG zuzuordnen. Tabelle 43 zeigt die Alters- und Geschlechterverteilung des Samples.

Tabelle 43: Sample FLZ-Subskala „Eigene Person“ (ZG 1+2)

	n=721	Durchschnittsalter	Geschlechterverteilung
IG	293	68,55	männlich: 39,25 % weiblich: 60,75 %
KG	428	72,78	männlich: 37,94 % weiblich: 62,06 %

Der Mittelwert der Zufriedenheit ist für die IG mit 33,6 (SD: 8,68) geringer als für die KG, wo er bei 36,23 (SD: 7,27) liegt (vgl. Abbildung 15).

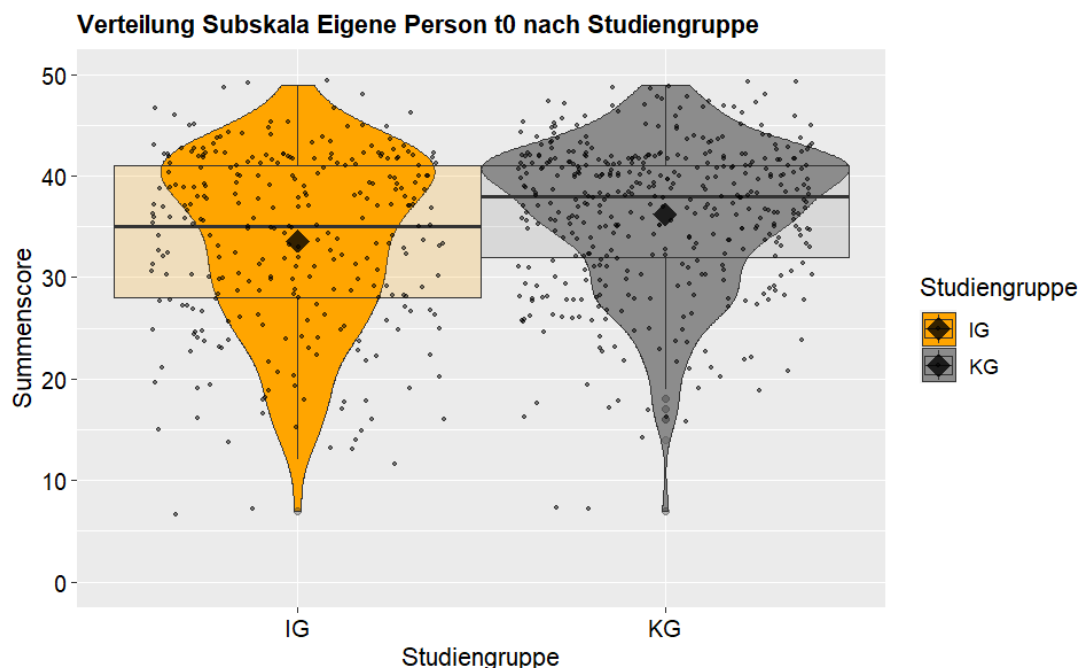


Abbildung 15: Verteilung Subskala „Eigene Person“ (FLZ) t0 nach Studiengruppe (ZG 1+2)

Beide Werte sind niedriger als die Zufriedenheits-Scores der Normierungsstichprobe (vgl. Tabelle 44). **Der Unterschied zwischen IG und KG zum Zeitpunkt t0 ist signifikant** ($t(552,54) = -4,2636$; $p = 2,366e-05$; $d = 0,33$). Nach Cohen ist die Effektstärke als gering einzuordnen (Cohen 1988). Die Hypothese 1 muss somit für diese Subskala abgelehnt werden.

Tabelle 44: Werte Subskala „Eigene Person“ (FLZ), Normierungsstichprobe

	n	M	SD
Männer 66-75 Jahre	160	38,48	5,31
Frauen 66-75 Jahre	169	37,85	5,98

Zum Zeitpunkt t1 sind die Mittelwerte in beiden Studiengruppen etwas gestiegen, die Veränderung ist jedoch gering. Dies ist auch in leicht positiven Delta-Werten von 0,27 in der IG und 0,51 in der KG erkennbar. Der Gruppenunterschied bleibt auch zum Zeitpunkt t1 signifikant ($t(332,32) = -2,8581$; $p = 0,004531$; $d = 0,28$). Nach Cohen ist der Effekt als gering einzuordnen (Cohen 1988). Die Unterschiede im Delta der Veränderung und innerhalb der Gruppen zwischen den Zeitpunkten sind jeweils nicht signifikant. **Die Hypothese 6, dass die Veränderung in der Zufriedenheit mit der eigenen Person zwischen t0 und t1 für die IG positiver ist als für die KG, muss somit abgelehnt werden.**

Subskala „Freunde und Bekannte“, FLZ

Für die FLZ-Subskala zur Zufriedenheit mit dem Lebensbereich „Freunde und Bekannte“ liegen für den Zeitpunkt t0 insgesamt 718 Datensätze vor, davon sind 291 Proband*innen der IG und 427 Proband*innen der KG zuzuordnen. In Tabelle 45 ist die Alters- und Geschlechtsverteilung des Samples abgebildet.

Tabelle 45: Sample FLZ-Subskala „Freunde und Bekannte“ (ZG 1+2)

	n=718	Durchschnittsalter	Geschlechterverteilung
IG	291	68,56	männlich: 39,17 % weiblich: 60,82 %
KG	427	72,81	männlich: 38,26 % weiblich: 61,74 %

Zum Zeitpunkt t0 ist der Mittelwert in der KG mit 35,81 (SD: 7,07) höher als in der IG, wo er bei 32,86 (SD: 8,42) liegt (vgl. Abbildung 16). **Der Unterschied zwischen den Gruppen zum Zeitpunkt t0 ist signifikant** ($t(549,58) = -4,909$; $p = 1,208e-06$; $d = 0,39$) (vgl. Abbildung 16). Nach Cohen ist die Stärke des Effekts als gering einzuordnen (Cohen 1988). Die Hypothese 1, dass sich die Gruppen zum Zeitpunkt t0 nicht unterscheiden, muss für diese Subskala abgelehnt werden.

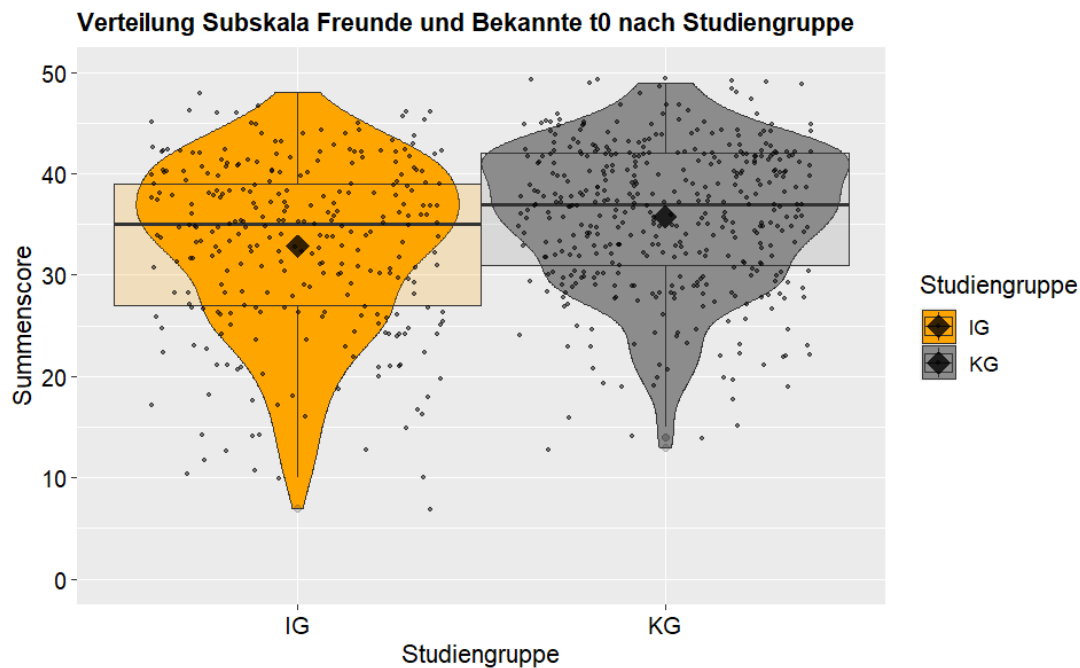


Abbildung 16: Verteilung Subskala „Freunde und Bekannte“ (FLZ) t0 nach Studiengruppe (ZG 1+2)

Beide Mittelwerte liegen unter den durchschnittlichen Scores der Normierungsstichprobe, die Standardabweichungen liegen jeweils darüber (vgl. Tabelle 46).

Tabelle 46: Werte Subskala „Freunde und Bekannte“ (FLZ), Normierungsstichprobe

	n	M	SD
Männer 66-75 Jahre	160	36,79	5,98
Frauen 66-75 Jahre	169	37,73	6,13

Im Vergleich der Zeitpunkte t0 und t1 zeigt sich für beide Gruppen ein Anstieg des durchschnittlichen Scores und damit auch der Zufriedenheit mit dem Freundes- und Bekanntenkreis. Werden die Delta-Werte der Veränderung betrachtet, ist der Anstieg in der KG mit durchschnittlich 0,28 (SD: 5,89) etwas höher als in der IG wo er bei 0,05 (SD: 6,13) liegt. Der Unterschied im Delta ist jedoch nicht signifikant, ebenso wie die Unterschiede zwischen den Zeitpunkten innerhalb einer Gruppe (vgl. Tabelle 51). Der Unterschied in den Mittelwerten ist auch zu t1, wie schon zu t0, signifikant ($t(337,87) = -3,1989$; $p = 0,00151$; $d = 0,32$). Nach Cohen ist der Effekt als gering einzuordnen (Cohen 1988). Die Hypothese 7 muss daher verworfen werden. **Die Veränderung in der Zufriedenheit mit dem Freundes- und Bekanntenkreis ist in der IG zwischen t0 und t1 nicht positiver als in der KG.**

Subskala „Wohnung“, FLZ

Für die FLZ-Subskala „Zufriedenheit mit der eigenen Wohnung“ können für die Auswertung zu t0 insgesamt 721 Datensätze einbezogen werden. Davon sind 294 Proband*innen der IG und 427 Proband*innen der KG zuzuordnen. Tabelle 47 stellt die Alters- und Geschlechtsverteilung des Samples dar.

Tabelle 47: Sample FLZ-Subskala „Wohnung“ (ZG 1+2)

	n=721	Durchschnittsalter	Geschlechterverteilung
IG	294	68,58	männlich: 39,12 % weiblich: 60,88 %
KG	427	72,72	männlich: 37,79 % weiblich: 62,21 %

Der Mittelwert der Proband*innen KG liegt bei 41,38 (SD: 5,79) und ist damit höher als der Wert der IG von 37,23 (SD: 7,99) (vgl. Abbildung 17).

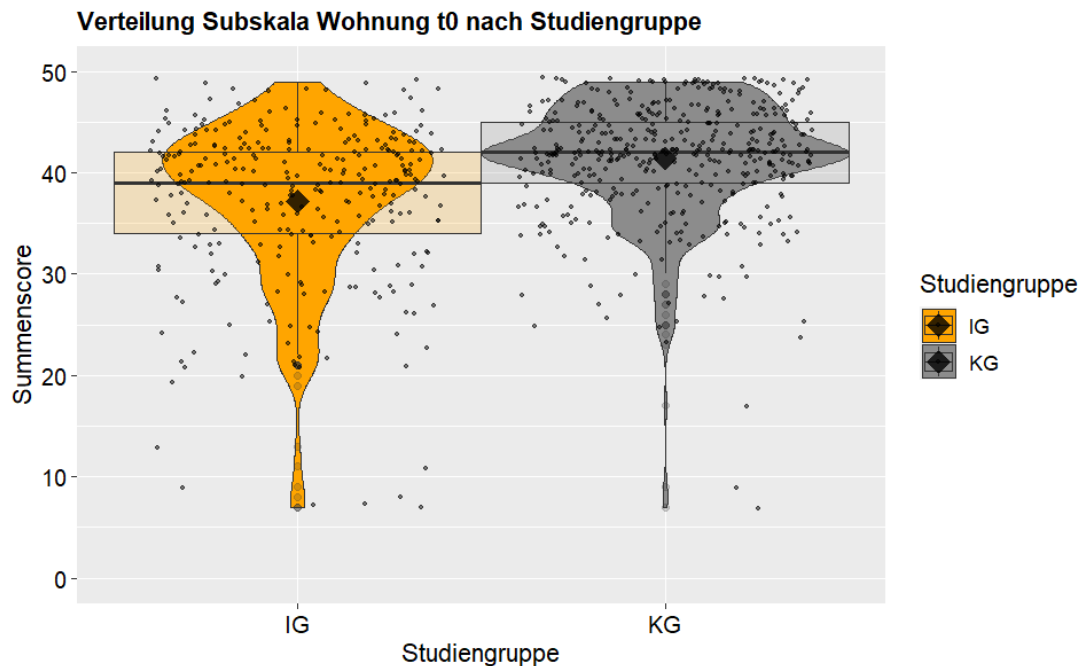


Abbildung 17: Verteilung Subskala „Wohnung“ (FLZ) t0 nach Studiengruppe (ZG 1+2)

Abbildung 17 zeigt, dass viele Proband*innen in beiden Gruppen eher zufrieden oder sehr zufrieden mit ihrer Wohnsituation sind. Daher sind beide Violin-Plots besonders im oberen Bereich breiter geformt. **Der Unterschied zwischen den Gruppen zum Zeitpunkt t0 ist signifikant** ($t(498,26) = -7,6267$; $p = 1,23e-13$; $d = 0,61$). Dieser Effekt ist nach Cohen als mittel einzuordnen (Cohen 1988). Somit muss die Hypothese 1 für die Subskala zur Zufriedenheit mit der Wohnsituation abgelehnt werden.

Tabelle 48: Werte Subskala „Wohnung“ (FLZ), Normierungsstichprobe

	n	M	SD
Männer 66-75 Jahre	160	39,13	5,82
Frauen 66-75 Jahre	169	39,13	6,37

Der Wert der KG liegt über dem Durchschnittscore der Normierungsstichprobe. Der Mittelwert der IG liegt etwas darunter (vgl. Tabelle 48).

Zum Zeitpunkt t1 hat sich der Mittelwert der Zufriedenheit mit der Wohnsituation in der IG etwas erhöht. Dies zeigt sich auch im durchschnittlichen Delta von 0,53. In der KG hat der Wert eher leicht abgenommen, daher ist das Delta mit -0,23 auch leicht im negativen Bereich.

Der Unterschied im Delta der Gruppen ist nicht signifikant und auch in den Unterschieden zwischen den Zeitpunkten innerhalb einer Gruppe ergeben sich keine Signifikanzen. Der Unterschied in den Mittelwerten bleibt auch zu t1 signifikant ($t(288,18) = -4,4745$; $p = 1,104e-05$; $d = 0,46$). Nach Cohen ist der Effekt als gering einzustufen (Cohen 1988). **Die Hypothese 8 muss abgelehnt werden: Die Veränderung in der Zufriedenheit mit der eigenen Wohnsituation stellt sich in der IG zwischen t0 und t1 auf inferenzstatistischer Ebene nicht positiver dar als in der KG.**

Ergänzung Faktor „Komplexität“ für ZG 1+2:

Wird die in Kapitel 2.4.1 beschriebene Unterscheidung nach Komplexitätsgrad für die Summenskala und das Sample mit vollständigen t0- und t1-Datensätzen hinzugenommen, können aus der IG 28 Fälle und aus der KG 47 Fälle berücksichtigt werden, die das Merkmal »eher komplex« aufweisen. **Bei Berücksichtigung des Faktors »Komplexität« ergeben sich in Bezug auf die FLZ-Summenskala keine signifikanten Unterschiede.**

Auch für die FLZ-Summenskala zur Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit ergeben sich **keine signifikanten Unterschiede durch Hinzufügen des Faktors »Komplexität«.**

Zielgruppe 3

FLZ-Summenskala

Zur Auswertung des Summenscores des FLZ wird die Stichprobe auch für die ZG 3 im ersten Schritt auf Personen reduziert, für die der Summenscore zum Zeitpunkt t0 berechnet werden kann, um die erste Hypothese zur Ausgangssituation zu prüfen. Es ergibt sich ein Sample aus 319 (pflegenden) An- und Zugehörigen, 189 in der IG und 130 in der KG.

Die Proband*innen im Sample aus der IG sind mit durchschnittlich 53,40 Jahren etwas jünger als die der KG, die im Mittel 58,34 Jahre alt sind. In beiden Gruppen überwiegt der Anteil der weiblichen Teilnehmenden, in der IG mit 68,25 % zu 31,75 % männlichen Personen und in der KG mit 79,23 % weiblichen und 20 % männlichen Teilnehmenden (0,77 % keine Angabe) sogar noch stärker (vgl. Tabelle 49).

Tabelle 49: Sample FLZ-Summenskala (ZG 3)

	n=319	Durchschnittsalter	Geschlechterverteilung
IG	189	53,40	männlich: 31,75 % weiblich: 68,25 %
KG	130	58,34	männlich: 20,00 % weiblich: 79,23 % k. Ang.: 00,77 %

Der Mittelwert des FLZ-Summenscores zur allgemeinen Lebenszufriedenheit liegt in der IG bei 241,64 (SD: 42,25). Unterteilt nach Geschlecht liegt der Durchschnittswert bei den männlichen Teilnehmenden bei 240,75 (SD: 47,77) und bei den weiblichen bei 242,05 (SD: 39,62). In der KG ist der durchschnittliche Score und damit auch die Lebenszufriedenheit etwas höher und

liegt bei 243,43 (SD: 42,3). Die männlichen Befragten weisen hier einen Durchschnittsscore von 242,23 (SD: 50,12) und die weiblichen einen Wert von 244,15 (SD: 40,36) auf (vgl. Abbildung 18). Insgesamt ist auf der Summenskala ein Score von 343 möglich.

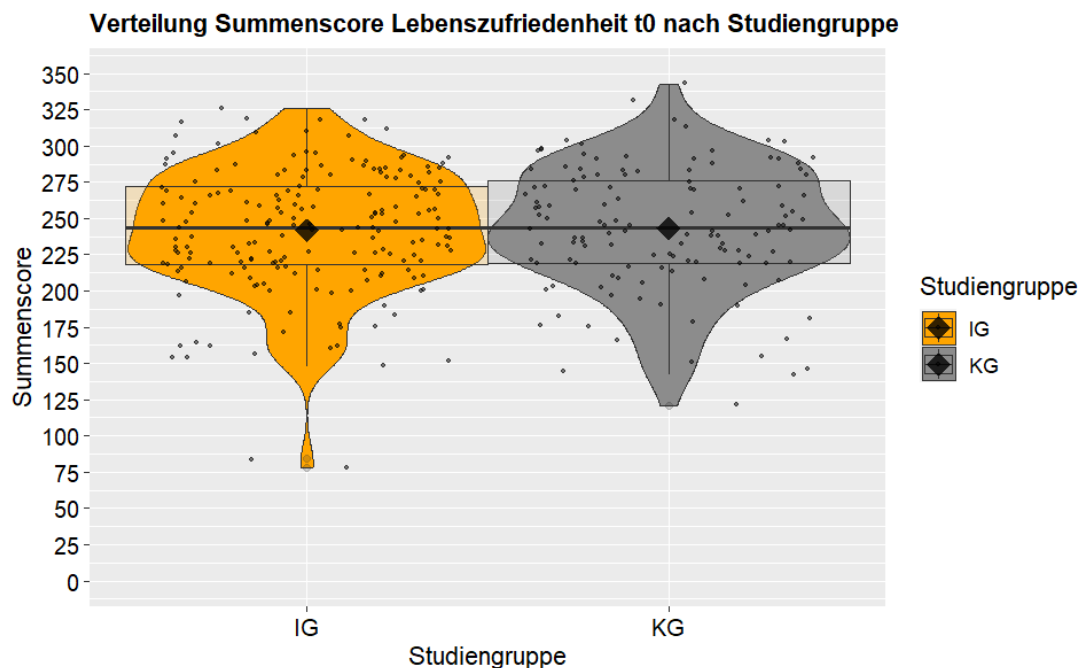


Abbildung 18: Verteilung Summenscore Lebenszufriedenheit t0 nach Studiengruppe (ZG 3)

Der Unterschied zwischen den **Summenwerten der allgemeinen Lebenszufriedenheit ist nicht signifikant**. Die **H1, dass die Gruppen eine ähnliche Ausgangslage haben, kann für die Summenskala somit nicht verworfen werden**. Werden die Werte der Studiengruppen mit denen der Normierungsstichprobe (Fahrenberg et al. 2000) verglichen, so liegen sowohl die durchschnittlichen Scores der Männer als auch die der Frauen deutlich unter den dort erreichten Durchschnittswerten (vgl. Tabelle 50). Die Standardabweichungen der ReKo-Studiengruppen sind jeweils höher als die der Normierungsstichprobe (vgl. Tabelle 50).

Tabelle 50: Werte Summenskala (FLZ), Normierungsstichprobe

Männer	n	M	SD
46-55 Jahre	186	255,40	37,29
56-65 Jahre	224	259,54	34,26
Frauen	n	M	SD
46-55 Jahre	222	256,63	35,93
56-65 Jahre	255	254,85	34,33

Für die weitere Auswertung wird die Stichprobe auf Personen reduziert, für die je zwei Datensätze zu zwei vergleichbaren Zeitpunkten ausgewertet werden können (t0 und t1, t1 und t2, t0 und t2). Dadurch verringert sich die Anzahl der eingeschlossenen Personen jeweils. Bei der Summenskala zur allgemeinen Lebenszufriedenheit ist die Verringerung des Samples besonders stark, da für die Berechnung dieser mindestens sechs der sieben einbezogenen Subskalen (Gesundheit, eigene Person, Freizeit, finanzielle Lage, Sexualität, Freund*innen/Bekannte, Wohnung) vollständig auswertbar sein müssen. Daher werden im

Folgenden auch die einzelnen Subskalen (außer Sexualität) betrachtet, die teils höhere Fallzahlen aufweisen.

Bei der Betrachtung von t0 und t1 sowie t1 und t2 zeigen sich für die Summenskala keine signifikanten Unterschiede, weder zwischen den Gruppen noch innerhalb einer Gruppe zwischen den Zeitpunkten oder im Delta der Veränderung zwischen den Zeitpunkten. Erkennbar ist jedoch, dass der Summenscore der allgemeinen Lebenszufriedenheit in der IG eher zunimmt, während er sich in der KG eher verringert (vgl. Tabelle 51). Die Hypothese 2 und 2a müssen verworfen werden. **Die Veränderung der allgemeinen Lebenszufriedenheit von t0 zu t1 sowie t1 zu t2 ist bei Proband*innen der IG nicht positiver als die Veränderung bei Proband*innen in der KG.**

Das Sample der Proband*innen, für die ein t0- und t2-Fragebogen vorliegt, besteht aus insgesamt 174 Personen, 93 davon sind der IG und 81 der KG zuzuordnen. Hier zeigt sich ein signifikanter Unterschied im Delta der Veränderung zwischen den Zeitpunkten zwischen den beiden Gruppen ($t(170,85) = 2,2425$; $p = 0,02622$; $d = 0,34$) (vgl. Tabelle 51). Der Mittelwert des Delta der IG liegt bei 0,74 (SD: 27,36), was bedeutet, dass der Mittelwert des Summenscores im Zeitverlauf eher zunimmt und zu t0 geringer war als zu t2. In der KG liegt der Mittelwert des Delta bei -7,64 (SD: 21,91). Hier hat sich der durchschnittliche Summenscore und damit die allgemeine Lebenszufriedenheit zwischen t0 und t2 deutlich verringert (vgl. Abbildung 19). Außerdem besteht bei der KG ein signifikanter Unterschied zwischen t0 und t2 ($t(80) = 3,1386$; $p = 0,002378$; $d = 0,35$) (vgl. Tabelle 51). Der Effekt ist nach Cohen als gering einzuschätzen (Cohen 1988). Somit kann die Hypothese 2b bestätigt werden: **In der IG ist die Entwicklung der allgemeinen Lebenszufriedenheit von t0 zu t2 positiver als in der KG.**

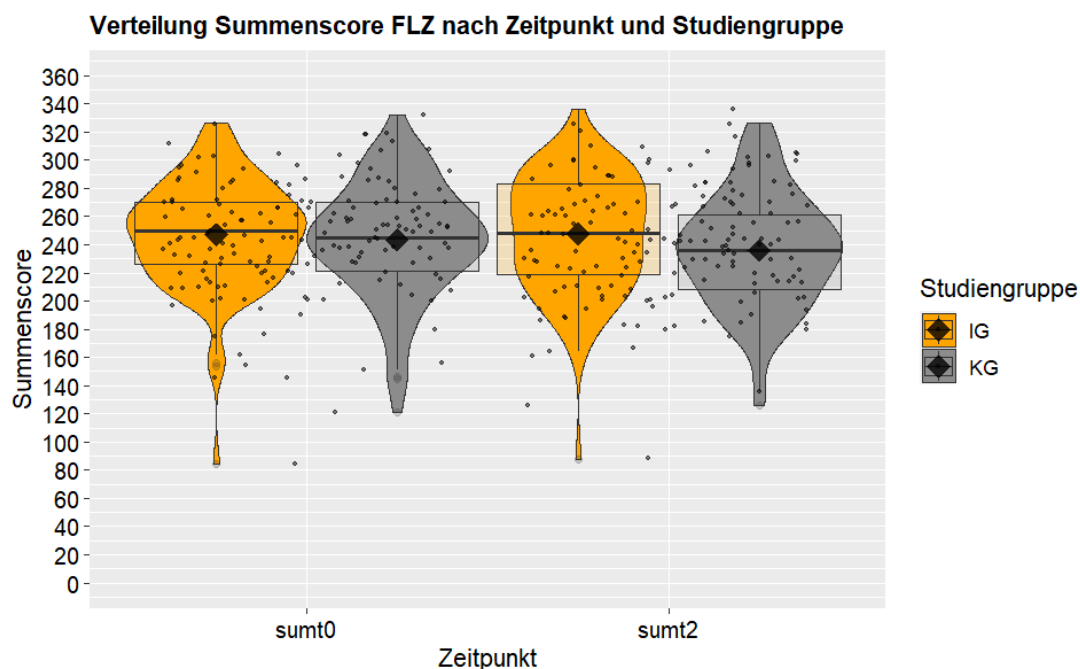


Abbildung 19: Verteilung Summenscore Lebenszufriedenheit nach Zeitpunkt und Studiengruppe (ZG 3)

Tabelle 51: Übersicht Analyseergebnisse FLZ-Summenskala (ZG 3)

Test	t	df	p	d	M (SD)/ Mittelwert- unterschied	Interpretation
t0, IG vs. KG	-0,37166	277,21	0,7104	0,04	M IG: 241,64 (42,25) M KG: 243,43 (42,30)	Unterschied nicht signifikant.
t1, IG vs. KG	0,55512	170,87	0,5795	0,08	M IG: 242,60 (44,98) M KG: 239,05 (44,26)	Unterschied nicht signifikant.
t2, IG vs. KG	1,7012	172,05	0,09072	0,25	M IG: 245,59 (42,93) M KG: 234,91 (42,11)	Unterschied nicht signifikant.
Delta t0-t1, IG vs. KG	1,1937	179,82	0,2342	0,17	M IG: -0,38 (24,36) M KG: -4,34 (22,19)	Unterschied nicht signifikant.
Delta t1-t2, IG vs. KG	-0,31714	172,2	0,7515	0,05	M IG: -2,29 (24,60) M KG: -1,15 (24,09)	Unterschied nicht signifikant.
Delta t0-t2, IG vs. KG	2,2425	170,85	0,02622 *	0,34	M IG: 0,74 (27,36) M KG: -7,64 (21,91)	Unterschied signifikant.
t0-t1, IG	0,17398	122	0,8622	0,02	Mittelwertunterschied: 0,38	Unterschied nicht signifikant.
t0-t1, KG	1,7482	79	0,08432	0,20	Mittelwertunterschied: 4,34	Unterschied nicht signifikant.
t1-t2, IG	0,96262	106	0,3379	0,09	Mittelwertunterschied: 2,29	Unterschied nicht signifikant.
t1-t2, KG	0,42689	79	0,6706	0,05	Mittelwertunterschied: 1,15	Unterschied nicht signifikant.
t0-t2, IG	-0,26151	92	0,7943	0,03	Mittelwertunterschied: -0,74	Unterschied nicht signifikant.
t0-t2, KG	3,1386	80	0,00237 8**	0,35	Mittelwertunterschied: 7,64	Unterschied signifikant.

Subskala „Gesundheit“, FLZ

Zur Überprüfung der Hypothese 1, ob sich der Score auf der FLZ-Subskala zur Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit der IG von dem der KG signifikant unterscheidet, wird die Stichprobe der (pflegenden) An- und Zugehörigen auf Personen eingegrenzt, für die ein t0-Datensatz vorliegt. Das entsprechende Sample beläuft sich auf insgesamt 417 Proband*innen. Davon sind 252 der IG und 165 der KG zuzuordnen.

In beiden Gruppen überwiegt der Anteil der weiblichen Teilnehmenden in der Stichprobe. In der IG mit 68,65 % gegenüber 31,35 % männlichen Personen und in der KG mit 78,79 % weiblichen und 20,61 % männlichen Teilnehmenden (0,61 % keine Angabe). Die Proband*innen der IG sind im Durchschnitt 54,12 Jahre alt. Die Teilnehmenden der KG sind mit durchschnittlich 59,45 Jahren etwas älter (vgl. Tabelle 52).

Tabelle 52: Sample FLZ-Subskala "Gesundheit" (ZG 3)

	n=417	Durchschnittsalter	Geschlechterverteilung
IG	252	54,12	männlich: 31,35 % weiblich: 68,65 %
KG	165	59,45	männlich: 20,61 % weiblich: 78,79 % k. Ang.: 0,61 %

Der Mittelwert der Subskala für die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit zum Zeitpunkt t0 liegt in der IG bei 31,42 (SD: 9,34) und in der KG bei 32,33 (SD: 8,83) (vgl. Abbildung 20). Ein höherer Wert steht für eine höhere Zufriedenheit, maximal ist ein Score von 49 auf jeder Subskala des FLZ erreichbar. Somit sind die Proband*innen der KG zum Zeitpunkt t0 etwas zufriedener mit der eigenen Gesundheit als die der IG. Dieser Gruppenunterschied ist jedoch nicht signifikant (vgl. Tabelle 54). Für die Summenskala „Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit“ kann die Hypothese 1 somit nicht verworfen werden: **Die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit in der IG unterscheidet sich zum Zeitpunkt t0 nicht signifikant von der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit in der KG.**

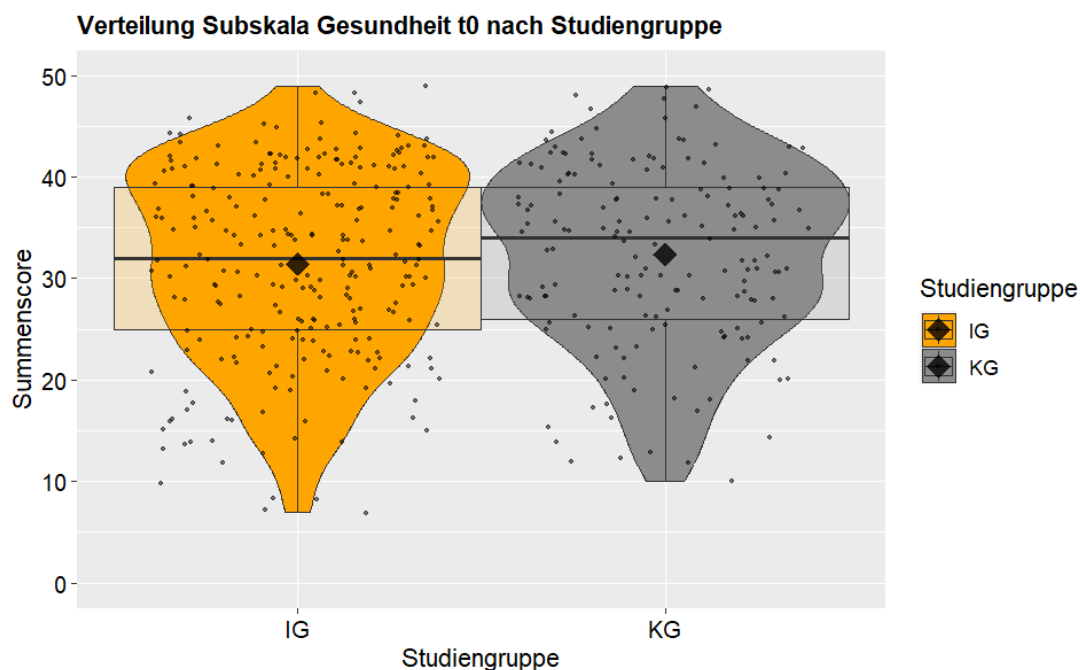


Abbildung 20: Verteilung Subskala "Gesundheit" (FLZ) t0 nach Studiengruppe (ZG 3)

Beide Mittelwerte liegen unter den durchschnittlichen Scores des Normierungsstichprobe (Fahrenberg et al. 2000). Die Standardabweichungen liegen darüber, die Streuung um den Mittelwert ist also in den Studiengruppen jeweils breiter (vgl. Tabelle 53).

Tabelle 53: Werte Subskala "Gesundheit" (FLZ), Normierungsstichprobe

Männer	n	M	SD
46-55 Jahre	186	37,85	7,44
56-65 Jahre	224	36,30	7,28

Frauen	n	M	SD
46-55 Jahre	222	37,68	7,16
56-65 Jahre	255	36,10	7,64

Zur Untersuchung des Unterschieds und der Entwicklung zwischen t0 und t1 sowie zur Überprüfung der Hypothese 3 wird die Stichprobe auf Proband*innen eingegrenzt, für die Datensätze zu beiden Zeitpunkten vorliegen. Das entsprechende Sample besteht aus 302 (pflegenden) An- und Zugehörigen, 185 in der IG und 117 in der KG.

Der Unterschied zwischen t0 und t1 ist in beiden Gruppen jeweils nicht signifikant, ebenso wie der Unterschied der Mittelwerte zwischen IG und KG zu t1. Wird jedoch das Delta betrachtet, das den Mittelwert der Veränderung zwischen t0 und t1 angibt, ist die Entwicklung signifikant unterschiedlich zwischen der IG und der KG ($t(270,53) = 2,1088$; $p = 0,03588$; $d = 0,24$). Nach Cohen's Effektsschätzung (Cohen 1988) ist dieser Effekt als gering einzustufen. Für die IG liegt der Mittelwert des Delta bei 0,68 und für die KG bei -0,89. In der IG war die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit zu t0 somit geringer und hat sich zu t1 verbessert. In der KG ist es genau umgekehrt und die Zufriedenheit ist zu t1 im Vergleich zu t0 eher zurück gegangen, daher ist das Delta im negativen Bereich (vgl. Abbildung 21). Die Hypothese 3 kann somit nicht verworfen werden: **Die Veränderung der Zufriedenheit der Proband*innen der ZG 3 mit ihrer eigenen Gesundheit ist zwischen t0 und t1 in der IG positiver als in der KG.**

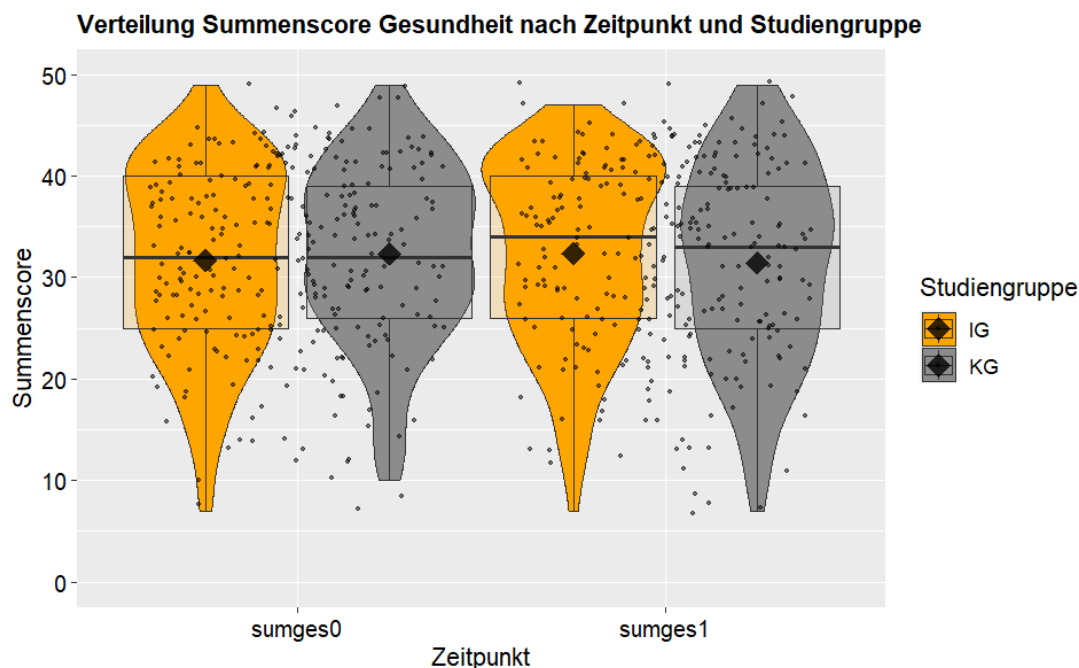


Abbildung 21: Verteilung Subskala "Gesundheit" (FLZ) nach Zeitpunkt und Studiengruppe (ZG 3)

Für die Entwicklung von t1 zu t2 zeigen sich keine stark aussagekräftigen Ergebnisse (vgl. Tabelle 54). Die Hypothese 3a muss somit verworfen werden.

In einem weiteren Schritt zur Prüfung der Hypothese 3b wird die Stichprobe auf Proband*innen reduziert, für die ein t0- und t2-Datensatz vorliegt. Das entsprechende Sample besteht aus 244 An- und Zugehörigen, 139 aus der IG und 105 aus der KG.

Die Mittelwerte der IG unterscheiden sich zum Zeitpunkt t2 für die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit signifikant von denen der KG ($t(215,66) = 2,96$; $p = 0,00342$; $d = 0,39$). Nach Cohen's Effektsschätzung (Cohen 1988) ist dieser Effekt als gering zu klassifizieren. Die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit in der IG liegt zum Zeitpunkt t2 bei einem Score von 33,58 (SD: 8,76). Im Vergleich zum Zeitpunkt t0, stellt dies eine Verbesserung dar, welche sich bereits zu t1 zeigte. Der Unterschied zwischen t0 und t2 ist in der IG jedoch nicht signifikant. Auch innerhalb der KG ist zwischen t0 und t2 eine Veränderung erkennbar, allerdings verschlechtert sich hier die Zufriedenheit mit der Gesundheit eher und der Mittelwert des Scores sinkt somit (auf 30,1; SD: 9,37). Dieser Unterschied ist als signifikant einzuordnen ($t(104) = 3,7176$; $p = 0,000326$; $d = 0,36$). Der Effekt ist nach Cohen gering (Cohen 1988).

Auch der Unterschied im durchschnittlichen Delta der Veränderung in der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit ist zwischen t0 und t2 im Vergleich der IG und KG signifikant ($t(241,98) = 3,8514$; $p = 0,0001504$; $d = 0,48$). Dieser Effekt ist nach Cohen (1988) als gering einzuordnen. Begründet ist die Signifikanz dadurch, dass sich der Mittelwert der IG wie beschrieben mit einem Delta von 1,32 eher positiv entwickelt, während sich der mittlere Score der KG mit einem Delta von -2,25 negativ entwickelt bzw. verringert.

Hypothese 3b kann somit nicht verworfen werden. **Die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit entwickelt sich in der IG zwischen t0 und t2 signifikant positiver als in der KG.**

Tabelle 54: Übersicht Analyseergebnisse FLZ-Subskala "Gesundheit" (ZG 3)

Test	t	df	p	d	M (SD)/ Mittelwert- unterschied	Interpretation
t0, IG vs. KG	-1,0019	364,57	0,3171	0,1	M IG: 31,42 (9,34) M KG: 32,33 (8,83)	Unterschied nicht signifikant.
t1, IG vs. KG	0,79441	235,19	0,4278	0,1	M IG: 32,32 (9,10) M KG: 31,44 (9,69)	Unterschied nicht signifikant.
t2, IG vs. KG	2,96	215,66	0,00342**	0,39	M IG: 33,58 (8,76) M KG: 30,1 (9,37)	Unterschied signifikant.
Delta t0-t1, IG vs. KG	2,1088	270,53	0,03588*	0,24	M IG: 0,68 (6,79) M KG: -0,89 (5,94)	Unterschied signifikant.
Delta t1-t2, IG vs. KG	-0,45892	237,62	0,6467	0,06	M IG: -0,69 (6,56) M KG: -0,34 (5,54)	Unterschied nicht signifikant.
Delta t0-t2, IG vs. KG	3,8514	241,98	0,0001504** *	0,48	M IG: 1,32 (8,29) M KG: -2,25 (6,20)	Unterschied signifikant.
t0-t1, IG	-1,3537	184	0,1775	0,1	Mittelwertunterschied: -0,68	Unterschied nicht signifikant.
t0-t1, KG	1,6193	116	0,1081	0,15	Mittelwertunterschied: 0,89	Unterschied nicht signifikant.
t1-t2, IG	1,3066	155	0,1933	0,1	Mittelwertunterschied: 0,69	Unterschied nicht signifikant.
t1-t2, KG	0,61093	100	0,5426	0,06	Mittelwertunterschied: 0,34	Unterschied nicht signifikant.

t0-t2, IG	-1,8827	138	0,06184	0,16	Mittelwertunterschied: -1,31	Unterschied nicht signifikant.
t0-t2, KG	3,7176	104	0,000326***	0,36	Mittelwertunterschied: 2,25	Unterschied signifikant.

Subskala „Finanzielle Lage“, FLZ

Für die Untersuchung der ersten Hypothese, ob sich der Score auf der Subskala zur „Zufriedenheit mit der finanziellen Lage“ der IG von dem der KG signifikant unterscheidet, wird ein Sample aus (pflegenden) An- und Zugehörigen gebildet, für die der t0-Datensatz ausgewertet werden kann. Dieses besteht aus insgesamt 416 Proband*innen, 251 davon aus der IG und 165 aus der KG. Tabelle 55 zeigt die Alters- und Geschlechterverteilung des Samples.

Tabelle 55: Sample FLZ-Subskala "Finanzielle Lage" (ZG 3)

	n=416	Durchschnittsalter	Geschlechterverteilung
IG	251	53,89	männlich: 31,87 % weiblich: 68,13 %
KG	165	59,41	männlich: 20,00 % weiblich: 79,39 % k. Ang.: 00,61 %

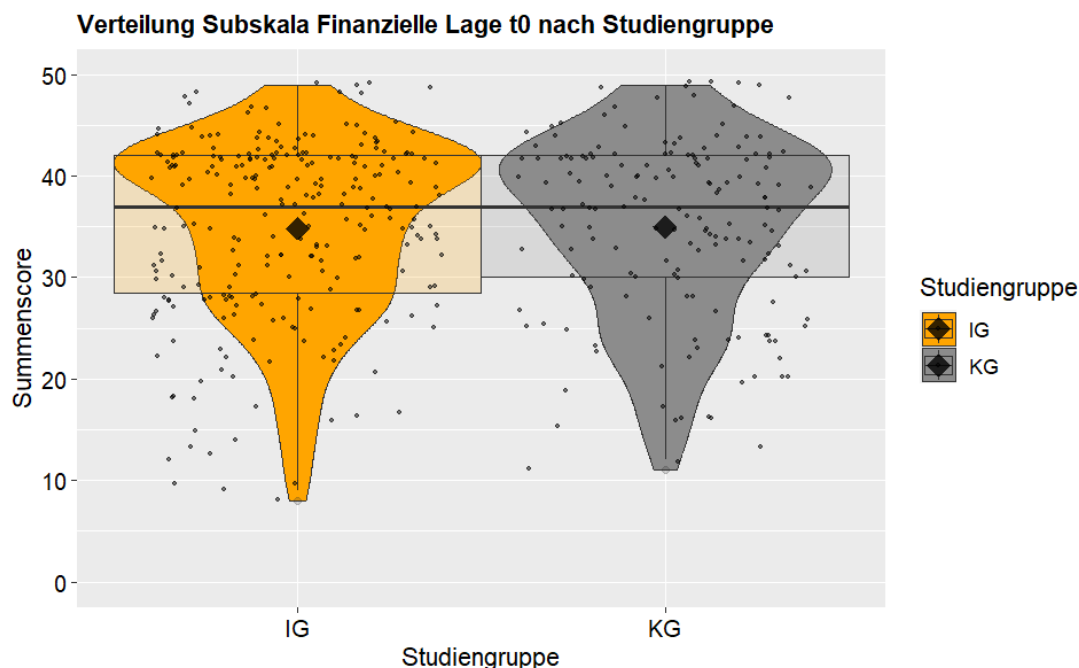


Abbildung 22: Verteilung Subskala "Finanzielle Lage" (FLZ) t0 nach Studiengruppe (ZG 3)

Der Mittelwert zur Zufriedenheit mit der finanziellen Lage der IG liegt zum Zeitpunkt t0 bei 34,83 (SD: 8,83). Die KG weist mit 34,99 (SD: 8,9) einen ähnlichen Durchschnittsscore auf (vgl. Abbildung 22). Die beiden Werte unterscheiden sich nicht signifikant und sind ähnlich zu denen der Normierungsstichprobe (Fahrenberg et al. 2000) (vgl. Tabelle 56). **Die Hypothese 1**

kann damit nicht verworfen werden, die Zufriedenheit mit der finanziellen Lage der IG unterscheidet sich zum Zeitpunkt t0 nicht signifikant von der der KG.

Tabelle 56: Werte Subskala "Finanzielle Lage" (FLZ), Normierungsstichprobe

Männer	n	M	SD
46-55 Jahre	186	31,78	9,89
56-65 Jahre	224	34,64	8,61
Frauen	n	M	SD
46-55 Jahre	222	34,56	8,76
56-65 Jahre	255	34,55	8,13

Für die Betrachtung des Unterschieds und der Entwicklung zwischen t0 und t1 sowie zur Prüfung der Hypothese 4 wird die Stichprobe auf Teilnehmende reduziert, für die Datensätze zu diesen beiden Zeitpunkten vorliegen. Das entsprechende Sample besteht aus 299 Personen, 183 sind der IG und 116 der KG zuzuordnen.

In der statistischen Analyse zeigen sich **keinerlei signifikante Unterschiede**, weder zwischen der IG und der KG noch zwischen den Zeitpunkten bzw. im Delta der Veränderung. Die Hypothese 4 muss somit abgelehnt werden: **Die Entwicklung der Zufriedenheit mit der finanziellen Lage zwischen t0 und t1 ist in der IG nicht positiver als in der KG.**

Subskala „Freizeit“, FLZ

Für die Subskala der „Zufriedenheit mit der Freizeit“ liegen 402 auswertbare t0-Datensätze vor. 245 von Proband*innen der IG und 157 von Proband*innen der KG. Tabelle 57 zeigt die Alters- und Geschlechterverteilung des Samples.

Tabelle 57: Werte Subskala "Finanzielle Lage" (FLZ), Normierungsstichprobe

	n=402	Durchschnittsalter	Geschlechterverteilung
IG	245	53,7	männlich: 31,43 % weiblich: 68,57 %
KG	157	58,89	männlich: 17,20 % weiblich: 82,17 % k. Ang.: 00,64 %

Der durchschnittliche Score der Proband*innen der IG für die Zufriedenheit mit ihrer Freizeit liegt bei 31,49 (SD: 9,08). Der Mittelwert der Proband*innen der KG ist mit 32,04 (SD: 9,2) nahezu gleich (vgl. Abbildung 23).

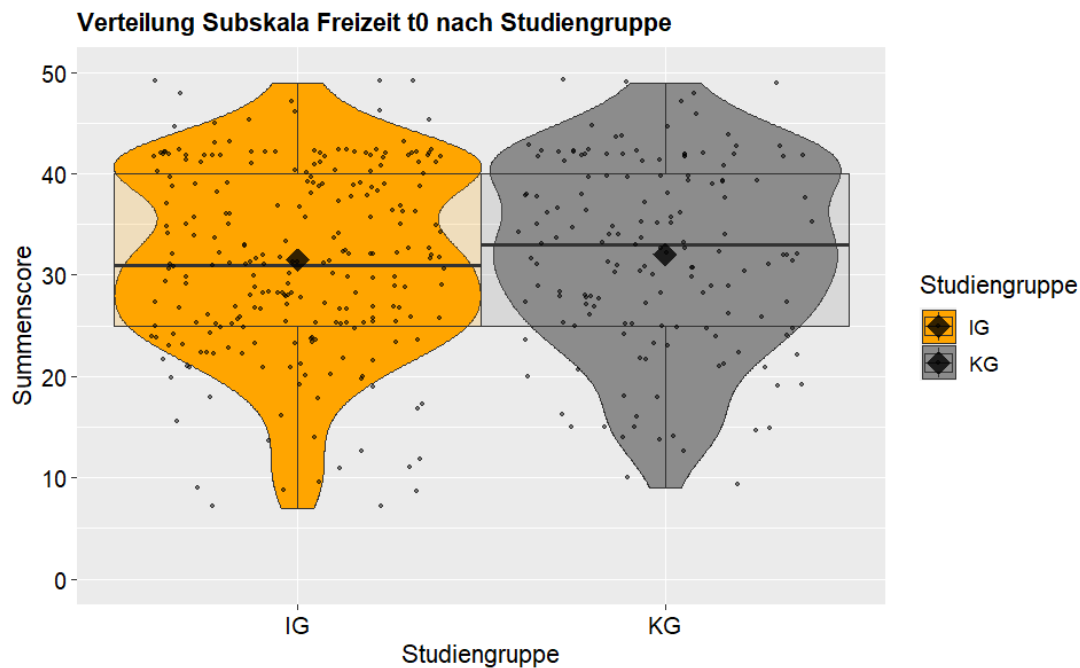


Abbildung 23: Verteilung Subskala "Freizeit" (FLZ) t0 nach Studiengruppe (ZG 3)

Der Unterschied zwischen den Mittelwerten zum Zeitpunkt t0 ist somit auch nicht signifikant und die Hypothese 1 kann nicht verworfen werden. Beide Durchschnittsscores liegen deutlich unter den Mittelwerten der Normierungsstichprobe (Fahrenberg et al. 2000) (vgl. Tabelle 58). Die Standardabweichungen liegen jeweils darüber. Die Mittelwerte sind in den Studiengruppen somit heterogener als in der Normierungsstichprobe.

Tabelle 58: Werte Subskala "Freizeit" (FLZ), Normierungsstichprobe

Männer	n	M	SD
46-55 Jahre	186	35,70	7,56
56-65 Jahre	224	37,45	8,41
Frauen	n	M	SD
46-55 Jahre	222	35,79	7,65
56-65 Jahre	255	37,18	7,56

Bei Verringerung der Gesamt-Stichprobe auf Proband*innen, für die ein t0- und ein t1-Datensatz vorliegt, ergibt sich ein Sample aus 285 Proband*innen, 181 sind der IG und 104 der KG zuzuordnen. Bei Betrachtung des Delta der Veränderung von t0 zu t1 im Gruppenvergleich zeigt sich ein signifikanter Unterschied ($t(212,97) = 1,931$; $p = 0,05481$; $d = 0,24$) (vgl. Tabelle 59). Nach Cohen ist der Effekt als gering einzustufen (Cohen 1988). Das Delta der IG liegt bei 0,94 (SD: 7,42), was bedeutet, dass sich der Durchschnittscore von t0 zu t1 eher erhöht hat und die Zufriedenheit mit der Freizeit im Mittel gestiegen ist. In der KG ist der Mittelwert des Delta bei -0,84 (SD: 7,5), somit haben sich der Durchschnittscore und damit die Zufriedenheit mit der Freizeit von t0 zu t1 eher verringert (vgl. Abbildung 24).

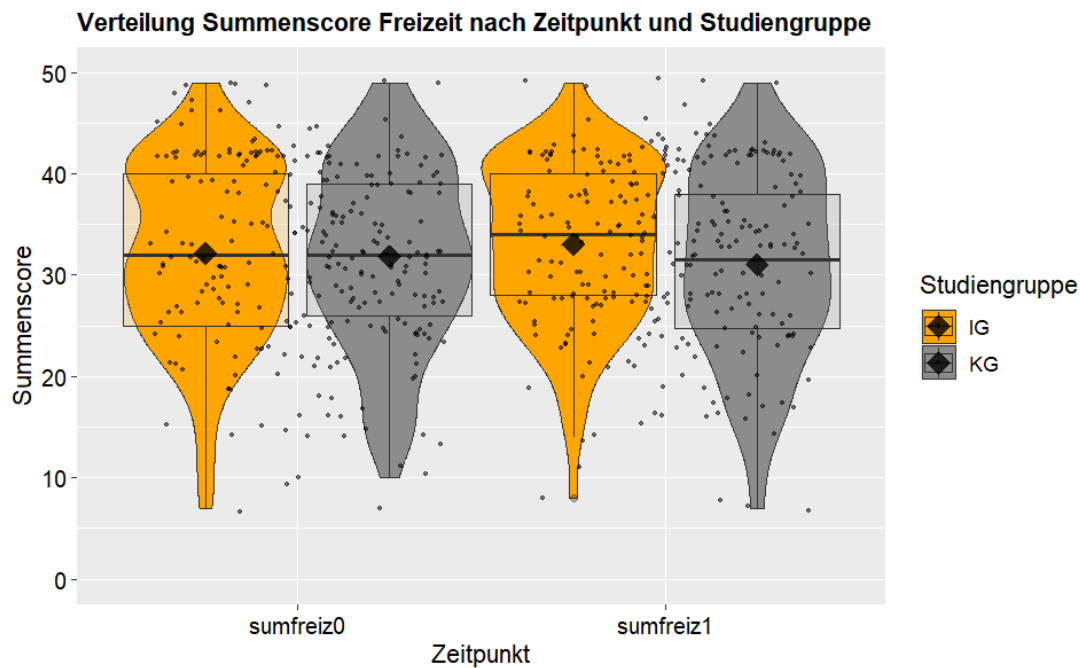


Abbildung 24: Verteilung Subskala "Freizeit" (FLZ) nach Zeitpunkt und Studiengruppe (ZG 3)

Die Hypothese 5 kann damit nicht verworfen werden, **die Veränderung der Zufriedenheit mit ihrer Freizeit der Proband*innen in der IG vom Zeitpunkt t0 zu t1 ist positiver als die Veränderung der Zufriedenheit mit ihrer Freizeit der Proband*innen in der KG.** Für die einzelnen Gruppen ist der Unterschied zwischen t0 und t1 sowie im Vergleich je Zeitpunkt nicht signifikant (vgl. Tabelle 59).

Tabelle 59: Übersicht Analyseergebnisse FLZ-Subskala "Freizeit" (ZG 3)

Test	t	df	p	d	M (SD)/ Mittelwert- unterschied	Interpretation
t0, IG vs. KG	-0,58601	329,34	0,5583	0,06	M IG: 31,49 (9,08) M KG: 32,04 (9,20)	Unterschied nicht signifikant.
t1, IG vs. KG	1,8165	188,92	0,07089	0,23	M IG: 33,03 (8,08) M KG: 31,03 (9,44)	Unterschied nicht signifikant.
Delta t0-t1, IG vs. KG	1,931	212,97	0,05481 *	0,24	M IG: 0,94 (7,42) M KG: -0,84 (7,50)	Unterschied signifikant.
t0-t1, IG	-1,7019	180	0,0905	0,13	Mittelwertunterschied: -0,94	Unterschied nicht signifikant.
t0-t1, KG	1,1372	103	0,2581	0,11	Mittelwertunterschied: 0,84	Unterschied nicht signifikant.

Subskala „Eigene Person“, FLZ

Für die Subskala „Zufriedenheit mit der eigenen Person“ liegen für den Zeitpunkt t0 insgesamt 420 Datensätze vor. 255 sind Proband*innen der IG und 165 Proband*innen der KG zuzuordnen. Tabelle 60 zeigt die Alters- und Geschlechtsverteilung des Samples.

Tabelle 60: Sample FLZ-Subskala "Eigene Person" (ZG 3)

	n=420	Durchschnittsalter	Geschlechterverteilung
IG	255	54,01	männlich: 31,76 % weiblich: 68,24 %
KG	165	59,46	männlich: 20,61 % weiblich: 78,79 % k. Ang.: 00,61 %

Zum Zeitpunkt t0 ist der Mittelwert der IG und damit die Zufriedenheit mit der eigenen Person mit 36,9 (SD: 6,95) etwas geringer als der Wert der KG von 37,48 (SD: 6,49) (vgl. Abbildung 25).

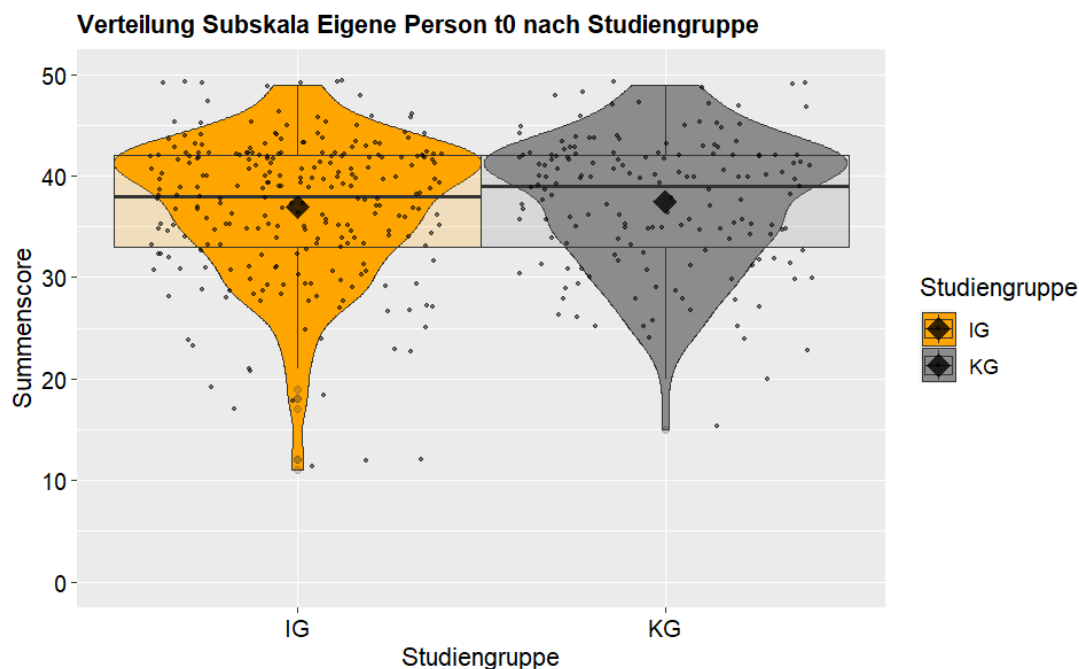


Abbildung 25: Verteilung Subskala "Eigene Person" (FLZ) t0 nach Studiengruppe (ZG 3)

Die Durchschnittswerte beider Gruppen liegen unter denen der Normierungsstichprobe (Fahrenberg et al. 2000), welche für die Altersgruppe 46-55 Jahre und 56-65 Jahre für beide Geschlechter bei über 38 bzw. über 39 liegen. Die Standardabweichungen sind in den Studiengruppen jeweils höher als in der Normierungsstichprobe, wo sie für beide Altersgruppen und für beide Geschlechter bei max. 6,04 liegen (vgl. Tabelle 61). Der Gruppenunterschied zwischen IG und KG ist nicht signifikant. Somit kann die erste Hypothese für die Subskala „Zufriedenheit mit der eigenen Person“ nicht verworfen werden.

Tabelle 61: Werte Subskala "Eigene Person" (FLZ), Normierungsstichprobe

Männer	n	M	SD
46-55 Jahre	186	38,31	5,85
56-65 Jahre	224	39,16	5,28
Frauen	n	M	SD
46-55 Jahre	222	38,37	6,04

56-65 Jahre	255	39,38	5,60

Es ergeben sich **keine signifikanten Unterschiede** nach der weiteren Eingrenzung der Stichprobe auf Proband*innen mit t0- und t1-Datensatz, weder zwischen den Gruppen noch zwischen den Zeitpunkten oder im Delta der Veränderung. Die Hypothese 6 muss somit abgelehnt werden. **Die Veränderung der Zufriedenheit mit der eigenen Person ist in der IG zwischen den Zeitpunkten nicht positiver als in der KG.**

Subskala „Freunde und Bekannte“, FLZ

Für die FLZ-Subskala „Freunde und Bekannte“ liegen für den Zeitpunkt t0 insgesamt 416 Datensätze vor, davon 252 von Proband*innen aus der IG und 164 von Proband*innen aus der KG. Tabelle 62 zeigt die Alters- und Geschlechterverteilung des Samples.

Tabelle 62: Sample FLZ-Subskala "Freunde und Bekannte" (ZG 3)

	n=416	Durchschnittsalter	Geschlechterverteilung
IG	252	53,99	männlich: 32,14 % weiblich: 67,86 %
KG	164	59,34	männlich: 20,73 % weiblich: 78,66 % k. Ang.: 0,61 %

Die Mittelwerte der IG und KG sind sich mit 35,66 (SD: 7,09) (IG) und 35,46 (SD: 7,01) (KG) sehr ähnlich (vgl. Abbildung 26).

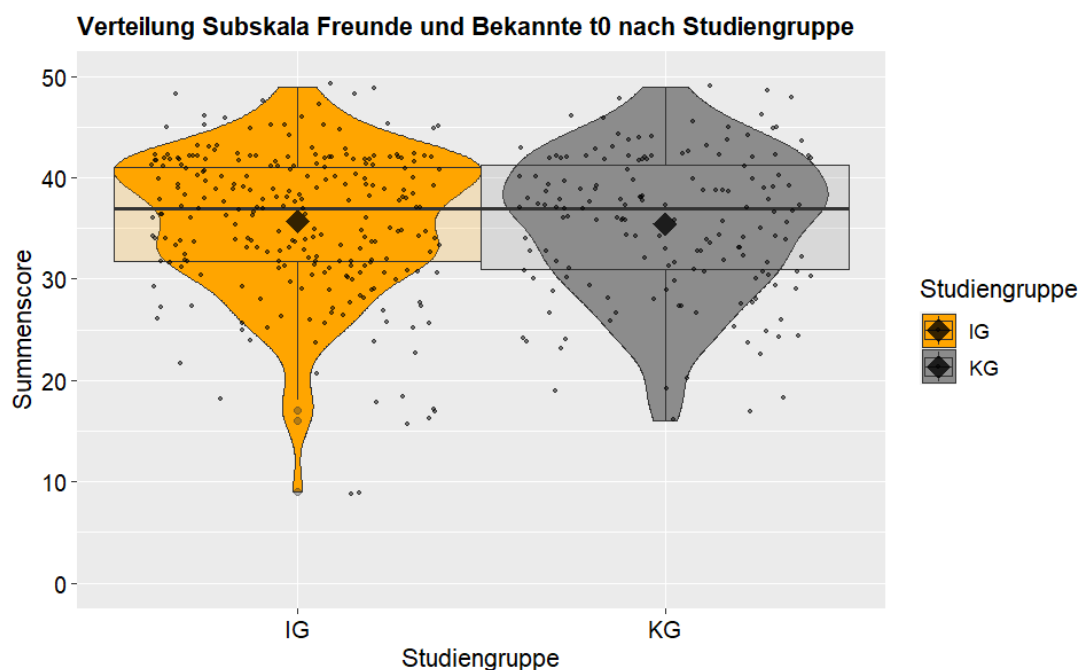


Abbildung 26: Verteilung Subskala "Freunde und Bekannte" (FLZ) t0 nach Studiengruppe (ZG 3)

Daher besteht auch kein signifikanter Unterschied in der Zufriedenheit mit dem Freundes- und Bekanntenkreis zum Zeitpunkt t0 und die Hypothese 1 kann für die Subskala nicht abgelehnt werden.

Die Mittelwerte der Studiengruppen sind etwas geringer als in der Normierungsstichprobe. Die Standardabweichungen sind jeweils höher (Fahrenberg et al. 2000) (vgl. Tabelle 63).

Tabelle 63: Werte Subskala "Freunde und Bekannte" (FLZ), Normierungsstichprobe

Männer	n	M	SD
46-55 Jahre	186	36,70	5,56
56-65 Jahre	224	37,54	5,88
Frauen	n	M	SD
46-55 Jahre	222	36,98	5,89
56-65 Jahre	255	37,56	6,33

Es ergeben sich **keine signifikanten Unterschiede** nach der weiteren Eingrenzung der Stichprobe auf Proband*innen mit t0- und t1-Datensatz, weder zwischen den Gruppen noch zwischen den Zeitpunkten oder im Delta der Veränderung. Die Hypothese 7 muss somit abgelehnt werden. **Die Veränderung der Zufriedenheit mit dem Freundes- und Bekanntenkreis ist bei der IG nicht positiver als bei der KG.**

Subskala „Wohnung“, FLZ

Zur Überprüfung der Hypothese 1 wird der Datensatz auf Personen eingegrenzt, für die ein t0-Datensatz zur Subskala „Freunde und Bekannte“ vorliegt. Das Sample besteht aus insgesamt 419 Teilnehmenden, davon 253 aus der IG und 166 aus der KG. Tabelle 64 zeigt die Alters- und Geschlechtsverteilung des Samples.

Tabelle 64: Sample FLZ-Subskala "Wohnung" (ZG 3)

	n=419	Durchschnittsalter	Geschlechterverteilung
IG	253	54,04	männlich: 31,62 % weiblich: 68,38 %
KG	166	59,43	männlich: 20,48 % weiblich: 78,92 % k. Ang.: 00,60 %

Der Mittelwert der Zufriedenheit mit der Wohnsituation der IG liegt bei 40,06 (SD: 6,41) und in der KG mit 41,1 (SD: 6,69) ähnlich hoch (vgl. Abbildung 27).

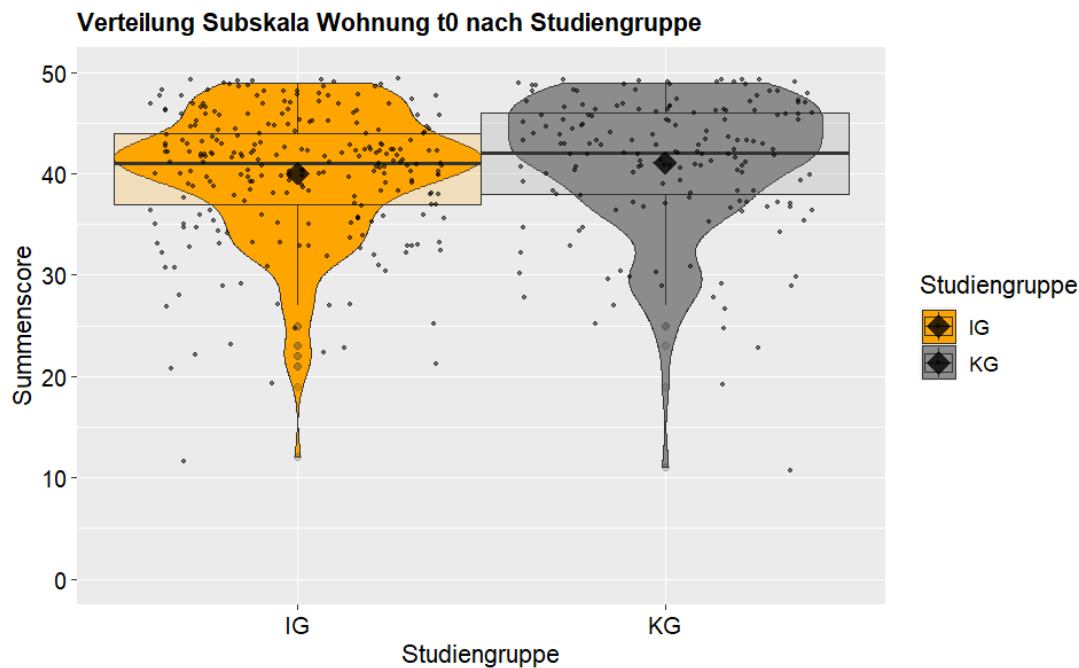


Abbildung 27: Verteilung Subskala "Wohnung" (FLZ) t0 nach Studiengruppe (ZG 3)

Diese Durchschnittswerte liegen etwas über denen der Normierungsstichprobe. Die Standardabweichungen sind ähnlich (Fahrenberg et al. 2000) (vgl. Tabelle 65). Zwischen den Gruppen besteht zum Zeitpunkt t0 kein signifikanter Unterschied in der Zufriedenheit mit der Wohnung. Die Hypothese 1 kann damit für diese Subskala nicht verworfen werden.

Tabelle 65: Werte Subskala "Wohnung" (FLZ), Normierungsstichprobe

Männer	n	M	SD
46-55 Jahre	186	37,80	6,89
56-65 Jahre	224	39,30	6,38
Frauen	n	M	SD
46-55 Jahre	222	38,84	6,70
56-65 Jahre	255	39,20	6,89

Nach der weiteren Eingrenzung der Stichprobe auf Proband*innen mit t0- und t1-Datensatz ergeben sich **keine signifikanten Unterschiede**, weder zwischen den Gruppen noch zwischen den Zeitpunkten oder im Delta der Veränderung. Die Hypothese 8 muss somit abgelehnt werden. **Die Veränderung der Zufriedenheit mit der Wohnsituation ist bei der IG nicht positiver als bei der KG.**

Teildiskussion

Im Hinblick auf die leitende Hypothese kann für die ZG 1 und 2 keine positivere Veränderung zwischen t0 und t1 bei der IG als bei der KG hinsichtlich der Summenskala sowie einzelner Subskalen des FLZ nachgewiesen werden. Die leitende Hypothese muss somit verworfen werden.

IG und die KG unterscheiden sich schon zu t0 auf den Skalen des FLZ signifikant und haben somit eine **unterschiedliche Ausgangslage**. Dieser Unterschied bleibt auch zu t1 bestehen. Die

KG ist dabei signifikant zufriedener mit den über den FLZ erfragten Lebensbereichen. Es ist jedoch die Tendenz erkennbar, dass sich die Werte beider Gruppen durch einen Anstieg in der IG und eine Verminderung bzw. Konstanz in der KG **angleichen**.

Die Entwicklung der Subskala ›**Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit**‹ zeigt für die IG eine signifikante Verbesserung des Mittelwertes zwischen den Zeitpunkten t0 und t1.

Die leitende Hypothese zu den FLZ-Befragungen kann für die ZG 3 bestätigt werden: Es zeigt sich eine positivere Entwicklung der Lebenszufriedenheit zwischen t0 und t1 bei der IG als bei der KG bezüglich der Summenskala sowie einzelner Subskalen des FLZ.

Für die **Summenskala der allgemeinen Lebenszufriedenheit** zeigt sich im Vergleich der IG mit der KG ein signifikanter Unterschied im Delta der Veränderung zwischen t0 und t2. Die Entwicklung in der IG ist dabei mit einem durchschnittlichen Delta von 0,74 positiver als die Entwicklung in der KG mit einem negativen Delta von -7,64 und damit einer Verschlechterung der Lebenszufriedenheit. Auch innerhalb der KG ist im Vergleich der Zeitpunkte t0 und t2 eine signifikante Verschlechterung der allgemeinen Lebenszufriedenheit erkennbar.

Hinsichtlich der **Subskala Gesundheit** zeigt sich bei den (pflegenden) An- und Zugehörigen der IG ein signifikanter Unterschied im Delta der Veränderung zwischen t0 und t1 sowie zwischen t0 und t2. **Die Zufriedenheit der IG verbessert sich dabei, während sich die Zufriedenheit der KG im Durchschnitt eher verschlechtert.** Zum Zeitpunkt t2 unterscheiden sich die Mittelwerte der IG und KG dann auch signifikant mit einem höheren Score für die IG. Die Verbesserung der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit scheint für die IG somit auch nach dem CM erhalten zu bleiben und damit nachhaltig zu sein.

Auch hinsichtlich der **Zufriedenheit mit der Freizeit** ist für die IG eine positive Entwicklung über das Delta zwischen t0 und t1 erkennbar, während sich die Zufriedenheit in der KG eher verschlechtert.

Auch wenn der Grund für die Verbesserung der Zufriedenheit der An- und Zugehörigen der IG nicht Teil des Fragebogens war, kann ein direkter Zusammenhang mit dem CM abgeleitet werden. In den qualitativen Interviews beschrieben die Befragten eine verbessert erlebte Versorgungssicherheit und eine Steigerung ihrer Handlungskompetenz (siehe Kap. 3.5), dies kann zu einer erhöhten Zufriedenheit mit der Gesundheit, insbesondere hinsichtlich der psychischen Verfassung, führen und bestätigt sich auch in weiteren quantitativen Erhebungen (siehe Kap. 3.4).

Eine verbesserte Zufriedenheit mit der Freizeit kann auf die Vermittlung von Unterstützungsangeboten (z. B. Haushaltshilfen) durch das ReKo-CM zurückgeführt werden, durch die sich für die Befragten neue Freiräume in der Alltagsgestaltung ergeben haben (siehe Kap. 3.1).

Insgesamt zeigen sich jedoch nur wenig signifikante Effekte für alle ZG. Es fällt aber auf, dass die Mittelwerte der Studiengruppen für den überwiegenden Teil der Subskalen unter den Referenzwerten der Normierungsstichprobe liegen. Die Standardabweichungen liegen hingegen meist darüber, was für eine sehr heterogene Studienpopulation mit sowohl geringen als auch hohen Werten spricht.

Es ist zu prüfen, ob der FLZ für die ZG der älteren und/oder erkrankten Personen (ZG 1+2) ein geeignetes Instrumentarium bereitstellt. Es gibt Hinweise, dass die Fragen nicht immer verstanden wurden und somit weniger verlässliche Rückschlüsse auf die Zufriedenheit bzw. die Gesamtsituation der Teilnehmenden erlauben. Nach Fahrenberg et al. ist die Bearbeitung des FLZ zumutbar, wenn der psychische und körperliche Allgemeinzustand und die Lesefähigkeit ein Ausfüllen gestatten (Fahrenberg et al. 2000). Dies war bei Proband*innen der ZG 1 und 2 in einigen Fällen eingeschränkt und die Bearbeitung war somit nur mit Unterstützung möglich.

3.4 Veränderung gesundheitsbezogener Lebensqualität

Hypothesen (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
H1: Kein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG zum Zeitpunkt t0 auf den beiden Subskalen (PSK und KSK). H2-H3: Positivere Veränderung zwischen t0 und t1 bei der IG als bei der KG auf den beiden Subskalen (PSK und KSK).	ZG 1+2: 1214 Fragebögen (t0, t1 und t2, beide Studiengruppen) ZG 3: 538 Fragebögen (t0, t1 und t2, beide Studiengruppen)	Fragebogenerhebung, Instrument: Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36) (Morfeld et al. 2011)
Zentrale Ergebnisse		
Die ReKo-Interventionen führen bei der Zielgruppen 1 und 2 zu einer signifikanten Verbesserung der psychischen Lebensqualität, insbesondere bei komplexen Fällen, mit positiven Entwicklungen in den Subskalen ›Wohlbefinden‹, ›Sozialer Funktionsfähigkeit‹ und ›Vitalität‹. Die körperliche Lebensqualität zeigte keine signifikanten Veränderungen. Bei den An- und Zugehörigen verbesserte sich die psychische Lebensqualität ebenfalls signifikant, während sich die körperliche Lebensqualität der Interventionsgruppe zwischen t0 und t1 verschlechtert.		

Für die Auswertung des SF-36-Fragebogens zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Morfeld et al. 2011) sind die folgenden Hypothesen leitend:

H1: Die gesundheitsbezogene Lebensqualität, gemessen anhand der PSK und der KSK, der Proband*innen der IG unterscheidet sich zum Zeitpunkt t0 nicht signifikant von der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Proband*innen der KG.

H2: Die Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, gemessen anhand der PSK, der Proband*innen in der IG vom Zeitpunkt t0 zu t1 ist positiver als die Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Proband*innen in der KG.

H3: Die Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, gemessen anhand der KSK, der Proband*innen in der IG vom Zeitpunkt t0 zu t1 ist positiver als die Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Proband*innen in der KG.

Für die Auswertung des SF-36 wurde das etablierte Standard-Scoring auf Basis von Parametern der US-Normstichprobe verwendet. Die Analyse der gesundheitsbezogenen

Lebensqualität erfolgt entlang der beiden Summenskalen des SF-36, der psychischen Summenskala (PSK) und der körperlichen Summenskala (KSK). Auf beiden Skalen steht ein höherer Wert für einen besseren Gesundheitszustand. An relevanter Stelle wird in diesem Kapitel auch auf signifikante Werte auf den Subskalen des SF-36, die im Ergebnis die jeweilige Summenskala ergeben, eingegangen.

Die Hypothese 1 prüft den Unterschied zwischen den Studiengruppen in der Ausgangssituation zum Zeitpunkt t0 für die beiden Summenskalen. Die Hypothesen 2 und 3 beziehen sich jeweils auf die Veränderung zwischen t0 und t1 im Vergleich der Studiengruppen für die beiden Subskalen (PSK und KSK).

Die Analyseergebnisse werden im Folgenden zunächst für die ZG 1 und 2 und anschließend für die ZG 3 erläutert. In den entsprechenden Übersichtstabellen beziehen sich die Mittelwerte immer auf das beschriebene Subsample (z. B. Proband*innen mit t0- und t1-Fragebogen). Die Werte der Studienpopulation werden jeweils mit den Werten der vergleichbaren Altersgruppe aus der deutschen Normstichprobe von 1994 (Morfeld et al. 2011) verglichen.

Zielgruppe 1+2

Die Stichprobe der Leistungsempfänger*innen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf wird im ersten Schritt eingegrenzt auf Personen, für die ein Summenscore zu t0 vorliegt, um zu überprüfen, ob sich die Werte der IG signifikant von denen der KG unterscheiden (H1). Dadurch ergibt sich ein Sample von insgesamt 932 Proband*innen, 440 sind der IG und 492 der KG zuzuordnen.

In beiden Gruppen überwiegt der Anteil von weiblichen Proband*innen. In der IG sind 64,09 % weiblich und 35,91 % männlich. In der KG sind die Anteile nahezu gleich verteilt, 65,45 % sind weiblich und 34,55 % sind männlich. Die Proband*innen in der IG sind im Durchschnitt 71,34 Jahre alt. In der KG sind die Proband*innen mit durchschnittlich 73,76 Jahren etwas älter (vgl. Tabelle 66).

Tabelle 66: Sample SF-36 (ZG 1+2)

	n=932	Durchschnittsalter	Geschlechterverteilung
IG	440	71,34	männlich: 35,91 % weiblich: 64,09 %
KG	492	73,76	männlich: 34,55 % weiblich: 65,45 %

In Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand ergeben sich zum Zeitpunkt t0 PSK-Mittelwerte von 38,94 bei der IG (SD: 12,51) und von 44,42 in der KG (SD: 12,88). Dieser Gruppenunterschied zum Zeitpunkt t0 ist signifikant ($t(923,74) = -6,5763$; $p = 8,061e-11$; $d = 0,43$) (vgl. Tabelle 69). Nach Cohen's Effektschätzung (Cohen 1988) ist der Effekt als gering einzustufen. Die Hypothese 1 muss somit für die PSK verworfen werden: **Die Lebensqualität in Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand (PSK) ist zum Zeitpunkt t0 in der IG signifikant schlechter als in der KG.**

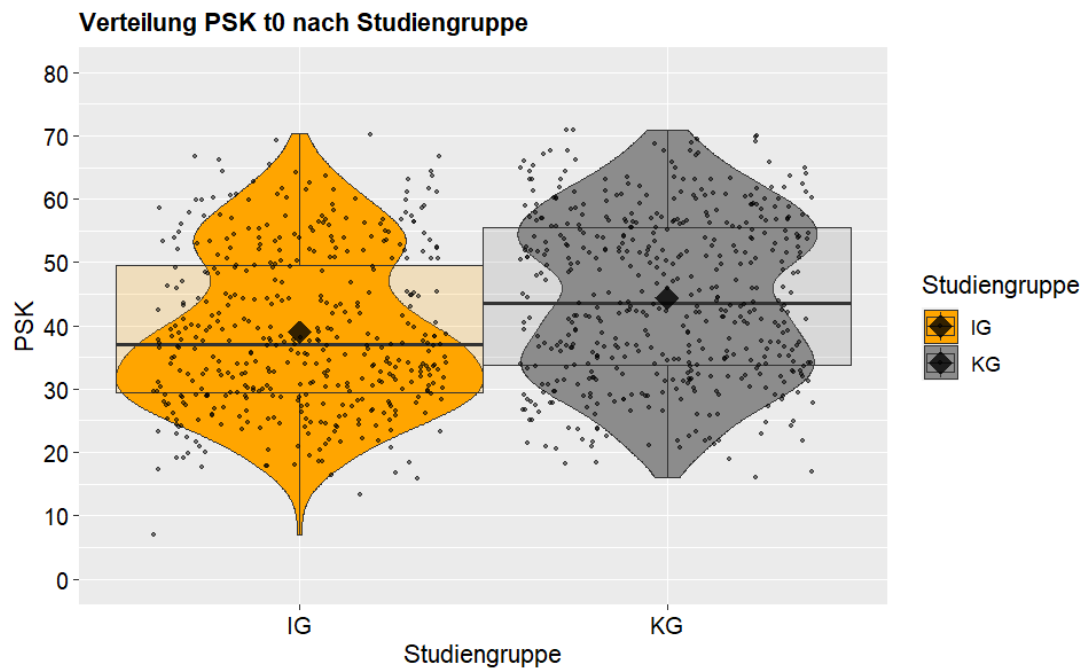


Abbildung 28: SF-36 PSK nach Studiengruppe (ZG 1+2)

Im Vergleich mit den Werten der deutschen Normstichprobe für die Altersgruppe ab 70 Jahren liegen beide Mittelwerte unter dem Durchschnittswert von 52,54 (Morfeld et al. 2011) (vgl. Tabelle 67). Die hohen Standardabweichungen vom Mittel (IG: 12,51; KG: 12,88) liegen über dem Durchschnittswert der Vergleichsstichprobe und weisen auf eine hohe Streuung der Werte und damit auf eine sehr heterogene Gruppe hin, die sowohl Personen mit einem eher besseren als auch Personen mit einem eher schlechteren psychischen Gesundheitszustand umfasst.

Tabelle 67: SF-36 PSK Vergleichsstichprobe (ZG 1 +2)

	M		SD	
	Norm	52,54	Norm	9,18
	IG	38,94	IG	12,51
	KG	44,42	KG	12,88

In Bezug auf den körperlichen Gesundheitszustand ergeben sich zum Zeitpunkt t0 KSK-Mittelwerte von 25,8 bei der IG (SD: 8,26) und von 28,84 in der KG (SD: 10,83).

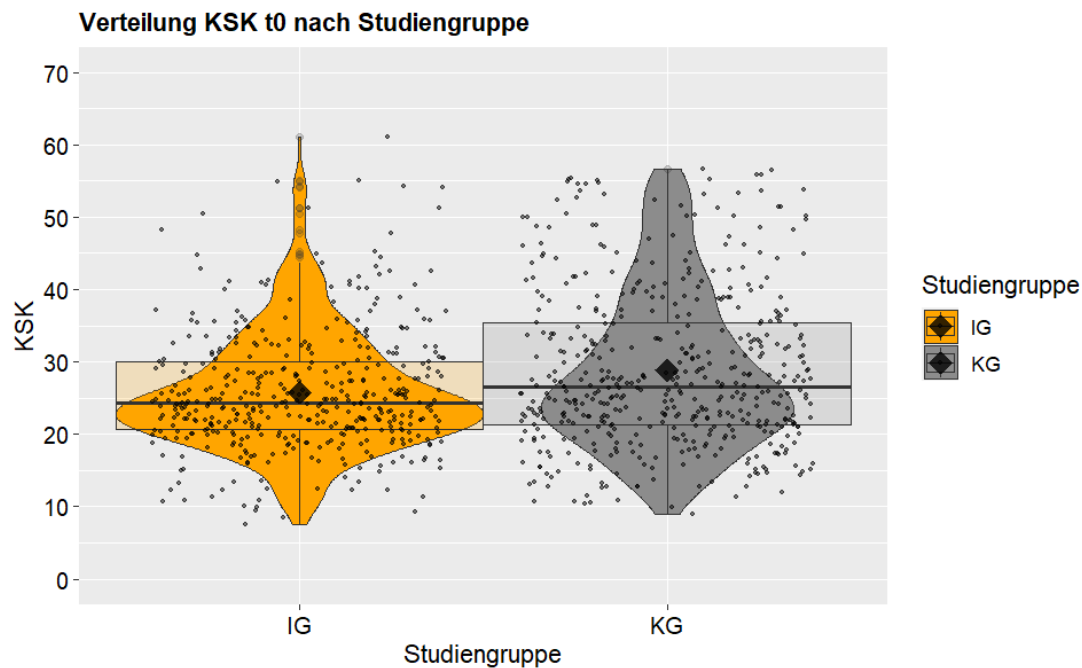


Abbildung 29: SF-36 KSK nach Studiengruppe (ZG 1+2)

Der **Gruppenunterschied zwischen IG und KG für die KSK zum Zeitpunkt t0 ist signifikant** ($t(907,96) = -4,8477$; $p = 1,469e-06$; $d = 0,31$) (vgl. Tabelle 70). Nach Cohen's Effektschätzung (Cohen 1988) ist der Effekt als gering einzustufen. Die Hypothese 1 muss somit auch für die KSK verworfen werden: **Die Lebensqualität in Bezug auf den körperlichen Gesundheitszustand (KSK) ist zum Zeitpunkt t0 in der IG signifikant schlechter als in der KG.**

Im Vergleich mit den Werten der deutschen Normstichprobe für die Altersgruppe ab 70 Jahren liegen beide Mittelwerte deutlich unter dem Durchschnittswert von 39,84 (Morfeld et al. 2011) (vgl. Tabelle 68). Wie schon bei der PSK bestehen auch bei der KSK hohe Standardabweichungen vom Mittel (IG: 8,26; KG: 10,83), die für eine sehr heterogene Gruppe stehen, jedoch unter den durchschnittlichen Standardabweichungen der Vergleichsstichprobe liegen.

Tabelle 68: SF-36 KSK Vergleichsstichprobe (ZG 1 +2)

	M		SD	
	Norm	39,84	Norm	11,78
	IG	25,8	IG	8,26
	KG	28,84	KG	10,83

Für die weitere statistische Analyse und den Vergleich zwischen den Zeitpunkten wird der Datensatz so reduziert, dass lediglich Proband*innen eingeschlossen werden, für die der Score der Summenskalen zum Zeitpunkt t0 und zum Zeitpunkt t1 berechnet werden kann. Dadurch ergibt sich ein Sample von insgesamt 630 Proband*innen. Davon sind 285 Proband*innen der IG und 345 Proband*innen der KG zuzuordnen.

Zum Zeitpunkt t1 hat sich der mittlere Score der PSK im Vergleich zum Score zum Zeitpunkt t0 in der IG (M: 41,24; SD: 12,64) erhöht. In der KG ist der Wert nahezu unverändert (M: 45,2;

SD: 12,71). Beide Werte liegen weiterhin unter dem Durchschnittswert der Deutschen Normstichprobe (Morfeld et al. 2011).

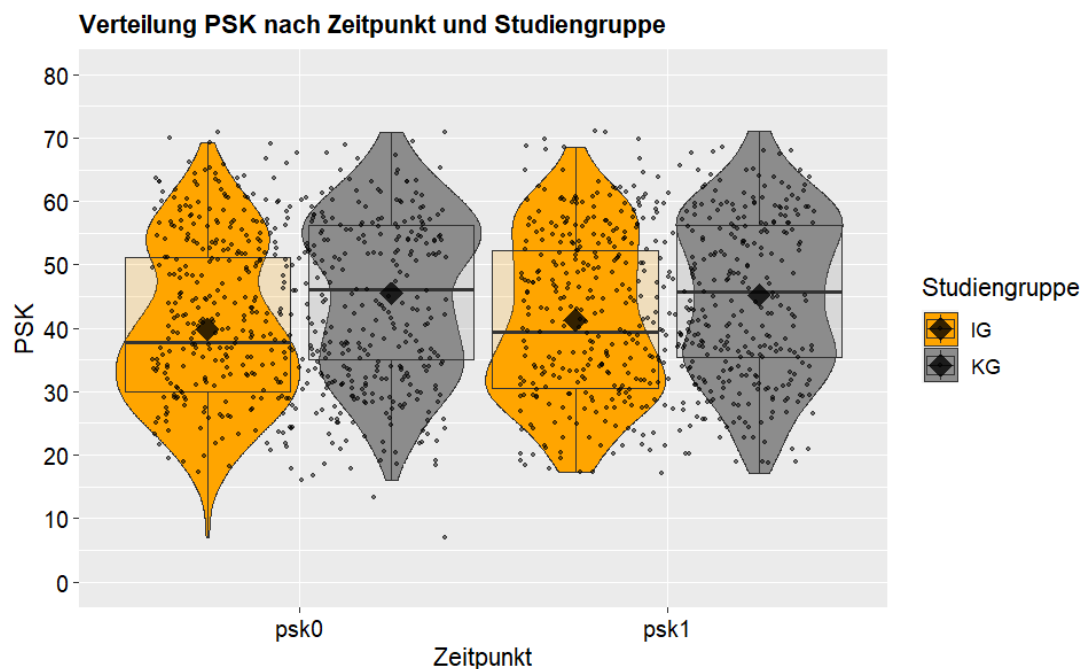


Abbildung 30: SF-36 PSK nach Messzeitpunkt und Studiengruppe (ZG 1+2)

Der **Unterschied im psychischen Summenscore zwischen den beiden Gruppen zum Zeitpunkt t1 ist signifikant** ($t(607,02) = -3,9034$; $p = 0,0001055$; $d = 0,31$) (vgl. Tabelle 69). Nach Cohen (1988) ist dieser Effekt als gering einzustufen. Die Entwicklung zeigt sich auch in den durchschnittlichen Delta-Werten. Bei einem positiven Delta ist auch die Veränderung positiv, d. h. der Wert war zu t0 geringer als zu t1 und hat sich somit erhöht. Der Mittelwert des Delta der IG liegt bei 1,46 und der der KG bei -0,29. Somit ist auch entsprechend der Mittelwerte des Delta die **Veränderung in der IG für die PSK positiver**. Der Mittelwertunterschied der Delta-Werte ist jedoch nicht signifikant. Die Hypothese 2 ist grundsätzlich und auf rein deskriptiver Ebene bestätigt. Die Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (im Sinne der PSK) der Proband*innen der ZG 1 und 2 in der IG vom Zeitpunkt t0 zu t1 ist positiver als die Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Proband*innen in der KG. Jedoch ist der Unterschied in der Veränderung nicht signifikant. Auffällig ist auch bei den durchschnittlichen Delta-Werten die jeweils hohe Standardabweichung (IG: 11,92; KG: 10,45). Bei einigen Proband*innen hat sich der psychische Gesundheitszustand demnach sehr stark verändert.

Wird die Veränderung je Gruppe betrachtet, zeigt sich für die IG ein signifikanter Mittelwertunterschied zwischen t0 und t1 bei der PSK ($t(284) = -2,071$; $p = 0,03926$; $d = 0,12$). Nach Cohen (1988) ist dieser Effekt als gering einzustufen. Für die KG ist der Unterschied nicht signifikant (vgl. Tabelle 69).

Hinsichtlich der Subskalen der PSK zeigt sich ein signifikanter Unterschied im Delta zwischen t0 und t1 zwischen der IG und KG für die Subskala „**Psychisches Wohlbefinden**“ ($t(692,1) = 2,9783$; $p = 0,003044$; $d = 0,22$), die Subskala „**Soziale Funktionsfähigkeit**“ ($t(748,88) = 2,0755$; $p = 0,03828$; $d = 0,15$) sowie die Subskala „**Vitalität**“ ($t(749,89) = 3,5012$; $p = 0,0004906$; $d =$

0,25). Bei den Skalen entwickelt sich die IG jeweils positiver als die KG. Die Effektstärke ist nach Cohen für alle drei Skalen als gering einzustufen (Cohen 1988). Kein signifikanter Unterschied im Delta zeigt sich für die Subskala „Emotionale Rollenfunktion“.

Zum Zeitpunkt t1 ist der Mittelwert des Summenscores der KSK für die IG höher als zum Zeitpunkt t0, für die KG ist nahezu keine Veränderung erkennbar (IG: 26,83; KG: 28,97) (vgl. Abbildung 31). Beide Werte liegen weiterhin unter dem Mittelwert der Deutschen Normstichprobe (Morfeld et al. 2011). Der Gruppenunterschied zwischen den t1-Werten der beiden Gruppen ist signifikant ($t(627,91) = -2,6685$; $p = 0,007816$; $d = 0,21$) (vgl. Tabelle 70). Nach Cohen (1988) ist der Effekt als gering einzuordnen.

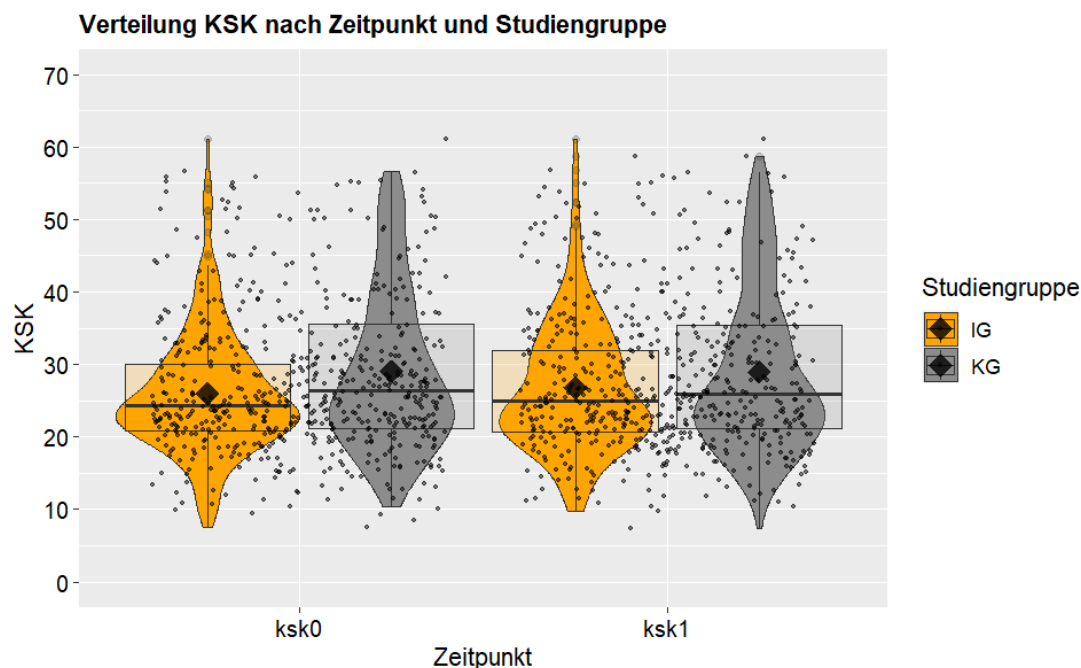


Abbildung 31: SF-36 KSK nach Messzeitpunkt und Studiengruppe (ZG 1+2)

Auch die durchschnittlichen Delta-Werte spiegeln die Entwicklung wider. Der Delta-Wert der IG liegt bei 0,86 (SD: 8,19) und damit im positiven Bereich. Das Delta der KG zeigt mit -0,1 (SD: 7,95) kaum eine Veränderung an. **Der Gruppenunterschied zwischen den Delta-Werten ist nicht signifikant** (vgl. Tabelle 70). Die Hypothese 2 ist grundsätzlich und auf rein deskriptiver Ebene nicht abzulehnen. Die Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (im Sinne der KSK) der Proband*innen der ZG 1 und 2 in der IG vom Zeitpunkt t0 zu t1 ist positiver als die Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Proband*innen in der KG. Auf inferenzstatistischer Ebene muss sie jedoch abgelehnt werden, da der Unterschied in der Veränderung nicht signifikant ist. Auch bei den Delta-Werten der KSK zeigt sich wieder eine hohe Standardabweichung. Es gibt somit auch Personen, bei denen sich der Score zwischen t0 und t1 stark verändert hat.

Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede innerhalb einer Gruppe (IG/KG) zwischen t0 und t1 für die KSK (vgl. Tabelle 70). Auch bei Betrachtung der Subskalen der KSK zeigen sich keine Signifikanzen im Delta-Unterschied.

Tabelle 69: Analyseergebnisse SF-36 PSK (ZG 1+2)

Test	t	df	p	d	M (SD)/ Mittelwert- unterschied	Interpretation
t0, IG vs. KG	-6,5763	923,74	8,061e-11***	0,43	M IG: 38,94 (12,51) M KG: 44,42 (12,88)	Unterschied signifikant.
t1, IG vs. KG	-3,9034	607,02	0,0001055** *	0,31	M IG: 41,24 (12,64) M KG: 45,2 (12,71)	Unterschied signifikant.
Delta t0-t1, IG vs. KG	1,9408	569,42	0,05278	0,15	M IG: 1,46 (11,92) M KG: -0,29 (10,45)	Unterschied nicht signifikant.
t0-t1, IG	-2,071	284	0,03926*	0,12	Mittelwertunterschied: -1,46	Unterschied signifikant.
t0-t1, KG	0,51491	344	0,6069	0,03	Mittelwertunterschied: 0,29	Unterschied nicht signifikant.

Tabelle 70: Analyseergebnisse SF-36 KSK (ZG 1+2)

Test	t	df	p	d	M (SD)/ Mittelwert- unterschied	Interpretation
t0, IG vs. KG	-4,8477	907,96	1,469e-06***	0,31	M IG: 25,8 (8,26) M KG: 28,84 (10,83)	Unterschied signifikant.
t1, IG vs. KG	-2,6685	627,91	0,007816**	0,21	M IG: 26,83 (9,04) M KG: 28,97 (11,08)	Unterschied signifikant.
Delta t0-t1, IG vs. KG	1,4825	598,91	0,1387	0,12	M IG: 0,86 (8,19) M KG: -0,1 (7,95)	Unterschied nicht signifikant.
t0-t1, IG	-1,7754	284	0,07691	0,11	Mittelwertunterschied: -0,86	Unterschied nicht signifikant.
t0-t1, KG	0,22919	344	0,8189	0,01	Mittelwertunterschied: 0,1	Unterschied nicht signifikant.

Ergänzung Faktor „Komplexität“ für ZG 1 und 2

Wird zusätzlich die beschriebene Unterscheidung nach Komplexitätsgrad hinzugenommen, weisen in der IG 105 Fälle die Komplexitätsmerkmale auf (180 eher nicht-komplex) und in der KG 98 (229 eher nicht-komplex). **Für die PSK ergibt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 für die Gruppe der komplexen Fälle** ($t(104) = -2,5089$; $p = 0,01366$; $d = 0,24$) (vgl. Tabelle 71). Nach Cohen (1988) ist der Effekt als gering einzustufen. **Die Entwicklung des psychischen Gesundheitszustands für die komplexen Fälle in der IG ist somit signifikant positiv.**

Für die KSK zeigen sich keinerlei signifikante Unterschiede zwischen den Zeitpunkten t0 und t1, weder innerhalb einer Gruppe noch zwischen der IG und der KG oder im Delta der Veränderung.

Tabelle 71: Analyseergebnisse SF-36 PSK mit Faktor Komplexität (ZG 1+2)

Test	t	df	p	d	M (SD)/ Mittelwert- unterschied	Interpretation
t0-t1, IG komplexe Fälle	-2,5089	104	0,01366	0,24	Mittelwertunterschied: -2,86	Unterschied signifikant.
t0-t1, IG nicht- komplexe Fälle	-0,71855	179	0,4734	0,05	Mittelwertunterschied: -0,64	Unterschied nicht signifikant.
t0-t1, KG komplexe Fälle	-0,017416	97	0,9861	0,00	Mittelwertunterschied: -0,02	Unterschied nicht signifikant.
t0-t1, KG nicht- komplexe Fälle	0,96235	228	0,3369	0,06	Mittelwertunterschied: 0,63	Unterschied nicht signifikant.
Delta t0-t1, komplexe Fälle IG vs. KG	1,7946	201	0,07422	0,25	M IG: 2,87 (11,71) M KG: 0,02 (10,9)	Unterschied nicht signifikant.
Delta t0-t1, IG komplexe Fälle vs. nicht- komplexe Fälle	1,5334	221,92	0,1266	0,19	M komplex: 2,87 (11,71) M nicht-komplex: 0,64 (12)	Unterschied nicht signifikant.
Delta t0-t1, KG komplexe Fälle vs. nicht- komplexe Fälle	0,50782	169,14	0,6122	0,06	M komplex: 0,02 (10,9) M nicht-komplex: -0,63 (9,94)	Unterschied nicht signifikant.

Zielgruppe 3

Die Auswertung erfolgt analog zu der beschriebenen Auswertung für die ZG 1 und 2 entlang der beiden Summenskalen des SF-36, der PSK und KSK. Die Stichprobe der (pflegenden) An- und Zugehörigen wird im ersten Schritt eingegrenzt auf Personen, für die ein Summenscore zu t0 vorliegt, um zu überprüfen, ob sich die Werte der IG signifikant von denen der KG unterscheiden (H1). Dadurch ergibt sich ein Sample von 448 Proband*innen, 279 sind der IG und 169 der KG zuzuordnen.

In beiden Gruppen überwiegt der Anteil der weiblichen Proband*innen. In der IG sind 67,75 % weiblich und 29,71 % männlich, 2,54 % machen keine Angabe. In der KG ist der Anteil der männlichen Teilnehmenden mit 20,71 % noch geringer. 75,74 % sind weiblich und 3,54 %

machen keine Angabe. Die Proband*innen in der IG sind im Durchschnitt 55,21 Jahre alt. Die Teilnehmenden der KG sind mit durchschnittlich 59,76 Jahren etwas älter (vgl. Tabelle 72).

Tabelle 72: Sample SF-36 (ZG 3)

	n=448	Durchschnittsalter	Geschlechterverteilung
IG	279	55,29	männlich: 30,82 % weiblich: 69,18 %
KG	169	59,76	männlich: 21,30 % weiblich: 78,11 % k. Ang.: 00,59 %

Die Betrachtung der Mittelwerte zeigt zum Zeitpunkt t0 für die PSK einen Score von 40,21 (SD: 12,58) bei der IG und von 43,94 (SD: 12,02) in der KG. Dieser **Gruppenunterschied zum Zeitpunkt t0 ist signifikant** ($t(367,29) = -3,1301$; $p = 0,001887$; $d = 0,30$). Nach Cohen's Effektschätzung (Cohen 1988) ist der Effekt als gering einzustufen. (vgl. Tabelle 75). Die Hypothese 1 muss somit für die PSK verworfen werden.

Der Wert der KG ist etwas höher als der von der IG und deutet damit auf einen **besseren psychischen Gesundheitszustand der KG** hin. Beim Violin-Plot der KG liegt auch die breiteste Stelle höher als in der IG, wo die Verteilung im Violin-Plot generell sehr gleichmäßig und breit ist (vgl. Abbildung 32).

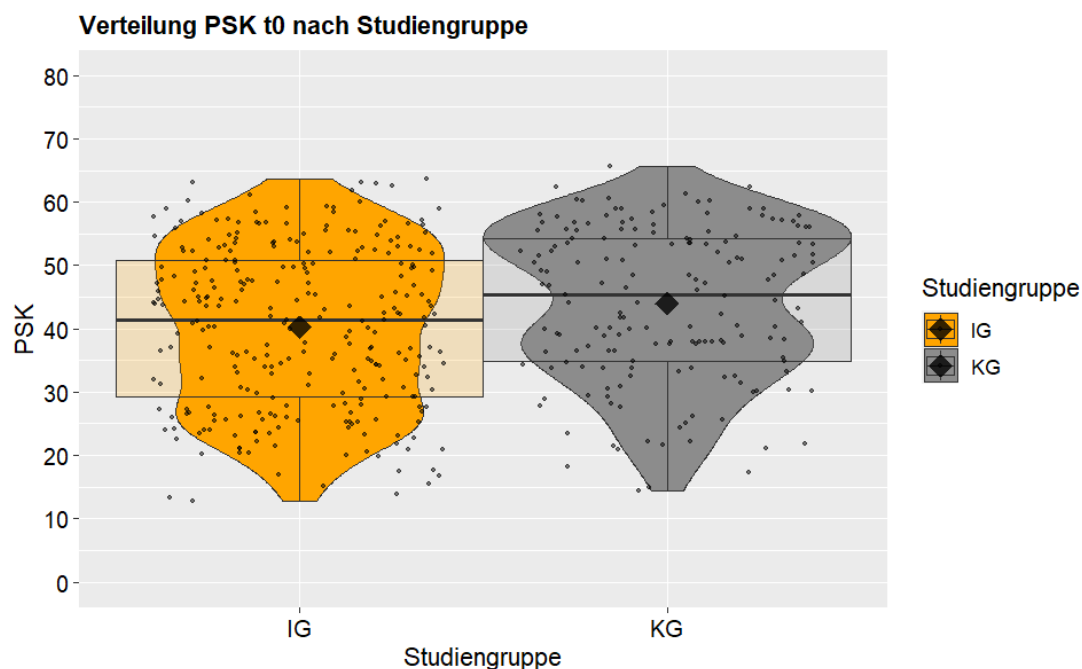


Abbildung 32: SF-36 PSK nach Studiengruppe (ZG 3)

Im Vergleich mit den Werten der deutschen Normstichprobe für die Altersgruppe 51 bis 60 Jahre liegen beide Mittelwerte unter dem Durchschnittswert von 50,96 (Morfeld et al. 2011) (vgl. Tabelle 73). Die hohen Standardabweichungen vom Mittel (IG: 12,57; KG: 12,02) sind überdurchschnittlich und weisen auf eine hohe Streuung der Werte und damit eine sehr

heterogene Gruppe hin, die sowohl Personen mit einem eher besseren als auch Personen mit einem eher schlechteren psychischen Gesundheitszustand enthält.

Tabelle 73: SF-36 PSK Vergleichsstichprobe (ZG 3)

	M		SD	
	Norm	50,96	Norm	8,71
	IG	40,21	IG	12,57
	KG	43,94	KG	12,02

Die Betrachtung der Mittelwerte zum Zeitpunkt t0 zeigt für die KSK einen Score von 47,49 (SD: 11,07) bei der IG und von 45,79 (SD: 10,88) in der KG. Der Wert der IG ist etwas höher als der von den Proband*innen der KG und deutet damit auf einen **durchschnittlich besseren körperlichen Gesundheitszustand in der IG** hin (vgl. Abbildung 33).

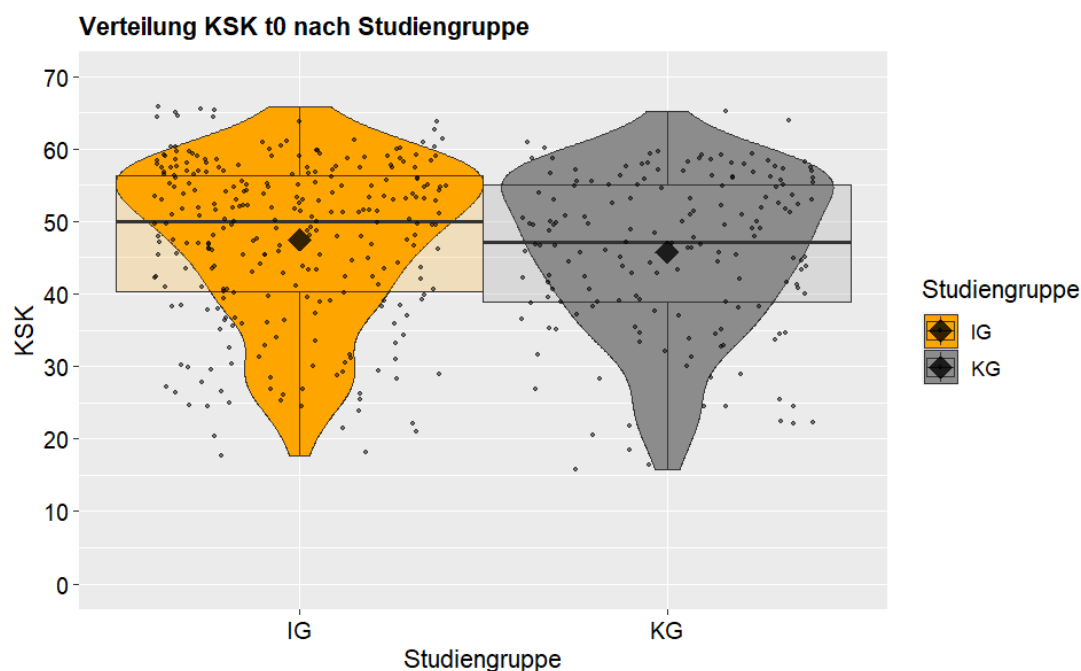


Abbildung 33: SF-36 KSK nach Studiengruppe (ZG 3)

Der Gruppenunterschied zum Zeitpunkt t0 ist jedoch für die KSK nicht signifikant. Die Hypothese 1, dass sich die Proband*innen der IG hinsichtlich ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität zum Zeitpunkt t0 nicht signifikant von denen der KG unterscheiden, kann für die KSK somit bestätigt werden.

Im Vergleich mit den Werten der deutschen Normstichprobe für die Altersgruppe 51 bis 60 Jahre liegen beide Mittelwerte unter dem Durchschnittswert von 47,75 (Morfeld et al. 2011). Der Wert der IG liegt jedoch sehr nahe daran. Die Standardabweichungen vom Mittel (IG: 11; KG: 10,88) liegen etwa im Bereich des Durchschnitts der deutschen Normstichprobe bzw. etwas darüber (vgl. Tabelle 74).

Tabelle 74: SF-36 KSK Vergleichsstichprobe (ZG 3)

	M		SD	
	Norm	47,75	Norm	10,40
	IG	47,49	IG	11,07
	KG	45,79	KG	10,88

Für die weitere statistische Analyse wird der Datensatz so reduziert, dass lediglich Proband*innen eingeschlossen werden, für die der Score der Summenskalen zum Zeitpunkt t0 und zum Zeitpunkt t1 berechnet und verglichen werden kann. Dadurch ergibt sich ein Sample von n=320. 205 Proband*innen sind der IG und 115 Proband*innen der KG zuzuordnen.

Zum Zeitpunkt t1 hat sich der mittlere Score der PSK der IG im Vergleich zum Score zum Zeitpunkt t0 auf 43,19 (SD: 12,83) und in der KG auf 44,02 (SD: 11,58) erhöht (vgl. Abbildung 34). Beide Werte liegen weiterhin unter dem Durchschnittswert der Deutschen Normstichprobe (Morfeld et al. 2011).

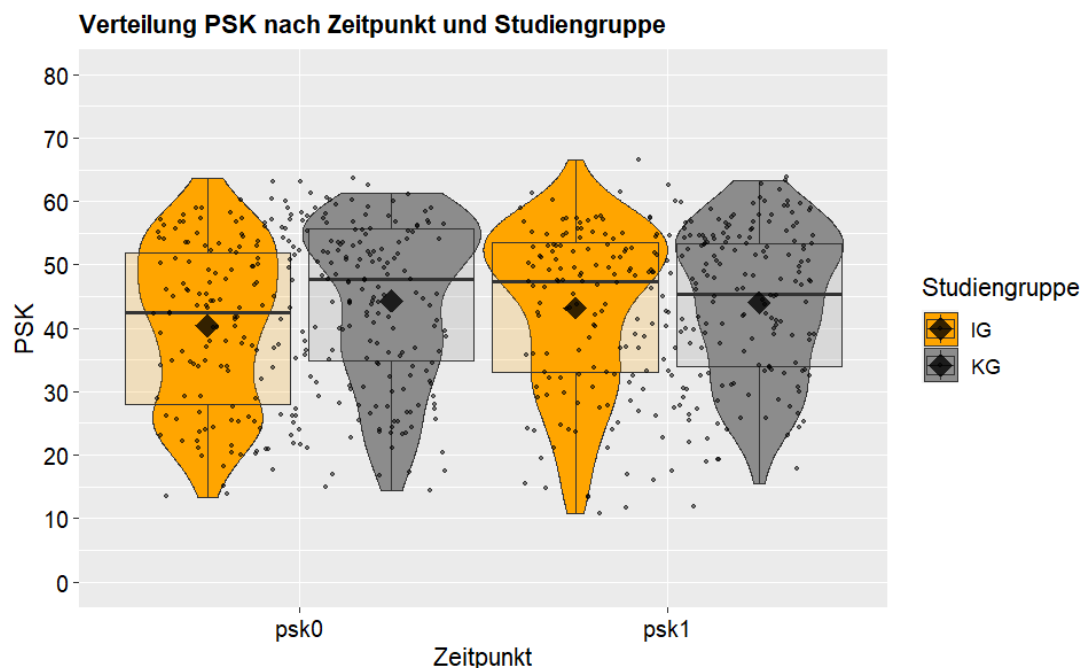


Abbildung 34: SF-36 PSK nach Messzeitpunkt und Studiengruppe (ZG 3)

Diese Entwicklung spiegelt sich auch in den durchschnittlichen Delta-Werten wider. Bei einem negativen Delta ist auch die Veränderung negativ, d. h. der Wert der psychischen Summenskala war zu t0 höher als zu t1 und hat sich somit im Durchschnitt verringert. Der Mittelwert des Delta der IG liegt bei 2,75 (SD: 11,59) und der der KG bei -0,28 (SD: 9,9). Somit ist auch entsprechend der Mittelwerte des Delta die Veränderung in der IG für die Psychische Summenskala positiver. Dieser Mittelwertunterschied ist signifikant ($t(268,19) = 2,4665$; $p = 0,01427$; $d = 0,27$) (vgl. Tabelle 76). Nach Cohen ist der Effekt als gering einzustufen (Cohen 1988). Die Hypothese 2 ist somit nicht abzulehnen, die **Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (im Sinne der PSK) der Proband*innen in der IG vom Zeitpunkt t0 zu t1 ist positiver als die Veränderung der gesundheitsbezogenen**

Lebensqualität der Proband*innen in der KG. Auffällig ist auch bei den durchschnittlichen Delta-Werten die jeweils hohe Standardabweichung (IG: 11,59; KG: 9,9). Bei einigen Proband*innen hat sich der psychische Gesundheitszustand demnach sehr stark verändert. Wird die Veränderung je Gruppe betrachtet, zeigt sich, dass der **Unterschied zwischen t0 und t1 in der IG auch signifikant** ist ($t(204) = -3,3988$; $p = 0,0008139$; $d = 0,24$) (vgl. Tabelle 76). Nach Cohen ist der Effekt als gering zu klassifizieren (Cohen 1988). Der Unterschied zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 in der KG ist nicht signifikant.

Im Hinblick auf die Subskalen der PSK ist ein signifikanter Unterschied im Delta zwischen t0 und t1 zwischen der IG und KG für die Subskala „**Psychisches Wohlbefinden**“ ($t(281,33) = 3,709$; $p = 0,0002507$; $d = 0,40$) und die Subskala „**Soziale Funktionsfähigkeit**“ ($t(269,3) = 2,0914$; $p = 0,03743$; $d = 0,22$). Bei beiden Skalen entwickelt sich die IG jeweils positiver als die KG. Die Effektstärke ist für beide Skalen nach Cohen als gering einzustufen (Cohen 1988). Keine signifikanten Unterschiede im Delta zeigen sich jedoch für die Subskalen „Emotionale Rollenfunktion“ und „Vitalität“.

Zum Zeitpunkt t1 ist der Mittelwert des Summenscores der KSK für beide Gruppen geringer als zum Zeitpunkt t0 (IG: 46,64; KG: 45,19). Das bedeutet, der **körperliche Gesundheitszustand der pflegenden An- und Zugehörigen hat sich sowohl in der IG als auch in der KG tendenziell eher verschlechtert** (vgl. Abbildung 35).

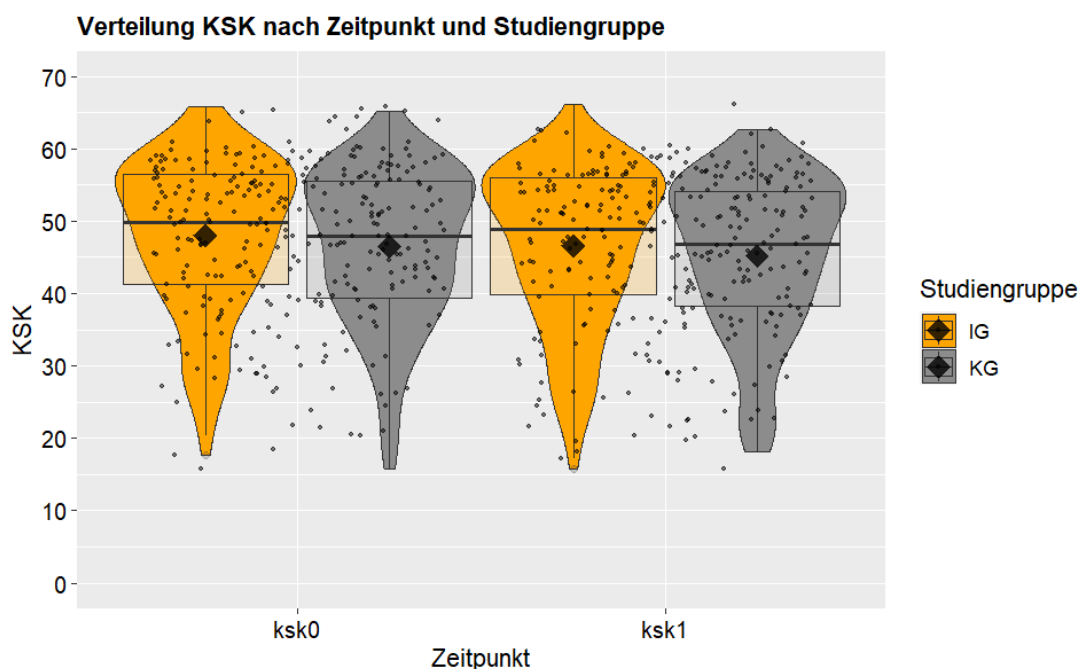


Abbildung 35: SF-36 KSK nach Messzeitpunkt und Studiengruppe (ZG 3)

Beide Werte liegen weiterhin unter dem Mittelwert der Deutschen Normstichprobe (Morfeld et al. 2011). Auch die durchschnittlichen Delta-Werte, die beide im negativen Bereich liegen, spiegeln die Verschlechterung wider. Der Wert der IG ist dabei mit -1,41 (SD: 8,28) etwas stärker im negativen Bereich als der von der KG mit -1,3 (SD: 7,7). Weder der Gruppenunterschied zwischen den Delta-Werten noch zwischen den Werten der Gruppen zum Zeitpunkt t1 sind signifikant. Die Hypothese 3 muss demnach verworfen werden. Die Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, gemessen anhand der KSK, der

Proband*innen in der IG vom Zeitpunkt t0 zu t1 ist nicht positiver als die Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Proband*innen in der KG.

Auch bei den Delta-Werten der KSK zeigt sich wieder eine hohe Standardabweichung. Es gibt somit Schwankungen in der Stärke der Veränderung des Scores zwischen t0 und t1.

Wird die Veränderung je Gruppe betrachtet, zeigt sich, dass der **Unterschied zwischen t0 und t1 in der IG für die KSK signifikant** ist ($t(204) = 2,4376$; $p = 0,01564$; $d = 0,17$) (vgl. Tabelle 76). Nach Cohen ist der Effekt als sehr gering bzw. nicht vorhanden einzuordnen (Cohen 1988). Der Unterschied zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 in der KG ist nicht signifikant. Auf den Subskalen der KSK zeigen sich für die ZG 3 keine Signifikanzen in den Delta-Unterschieden.

Tabelle 75: Analyseergebnisse SF-36 PSK (ZG 3)

Test	t	df	p	d	M (SD)/ Mittelwert- unterschied	Interpretation
t0, IG vs. KG	-3,1301	367,29	0,001887**	0,30	M IG: 40,21 (12,58) M KG: 43,94 (12,02)	Unterschied signifikant.
t1, IG vs. KG	-0,55052	257,45	0,5824	0,06	M IG: 43,19 (12,83) M KG: 44,02 (11,58)	Unterschied nicht signifikant.
Delta t0-t1, IG vs. KG	2,4665	268,19	0,01427*	0,27	M IG: 2,75 (11,59) M KG: -0,28 (9,9)	Unterschied signifikant.
t0-t1, IG	-3,3988	204	0,0008139* *	0,24	Mittelwertunterschied: -2,75	Unterschied signifikant.
t0-t1, KG	0,2997	114	0,765	0,03	Mittelwertunterschied: 0,28	Unterschied nicht signifikant.

Tabelle 76: Analyseergebnisse SF-36 KSK (ZG 3)

Test	t	df	p	d	M (SD)/ Mittelwert- unterschied	Interpretation
t0, IG vs. KG	1,5915	359,14	0,1124	0,15	M IG: 47,49 (11,07) M KG: 45,79 (10,88)	Unterschied nicht signifikant.
t1, IG vs. KG	1,1514	240,98	0,2507	0,13	M IG: 46,64 (10,95) M KG: 45,19 (10,69)	Unterschied nicht signifikant.
Delta t0-t1, IG vs. KG	-0,11762	250,93	0,9065	0,01	M IG: -1,41 (8,28) M KG: -1,30 (7,7)	Unterschied nicht signifikant.
t0-t1, IG	2,4376	204	0,01564 *	0,17	Mittelwertunterschied: 1,41	Unterschied signifikant.
t0-t1, KG	1,8128	114	0,0725	0,17	Mittelwertunterschied: 1,30	Unterschied nicht signifikant.

Teildiskussion

Die Hypothese, dass sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität, gemessen an der PSK und KSK, bei der IG zwischen t0 und t1 positiver verändert als bei der KG kann auf Basis der Auswertungen nicht pauschal angenommen oder abgelehnt werden.

Für die ZG 1+2 unterscheiden sich die Werte auf der PSK und auf der KSK zu beiden Erhebungszeitpunkten signifikant zwischen den Gruppen. Es besteht somit eine unterschiedliche Ausgangslage, die fortlaufend ist. Die KG erzielt dabei jeweils einen höheren Wert und verfügt daher über einen besseren Gesundheitszustand. In der IG steigt der Wert auf der PSK zwischen t0 und t1 signifikant an, was für eine Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Rahmen der ReKo-Intervention spricht und sich auch in einem positiven Delta-Wert widerspiegelt. Besonders positive Entwicklungen sind in den Bereichen des psychischen Wohlbefindens, der sozialen Funktionsfähigkeit und der Vitalität erkennbar. Die Verbesserung zeigt sich insbesondere, wenn der Faktor Komplexität hinzugefügt wird. Für die komplexen Fälle der IG bleibt die positive Veränderung zwischen den Erhebungszeitpunkten signifikant, für die nicht-komplexen Fälle ist die Entwicklung nicht so stark und damit auch nicht signifikant. **Somit ist besonders bei komplexen Fällen eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes nach der ReKo-Intervention erkennbar.** Mögliche Gründe hierfür sind der Aufbau (neuer) Netzwerke durch die ReKo-Case Manager*innen und damit eine stärkere soziale Einbindung sowie die Stärkung der Handlungskompetenz und Selbstwirksamkeit.

Für die KSK steigt der Wert der IG zwischen t0 und t1 ebenfalls an. Die Veränderung ist jedoch nicht signifikant. Auch nach Hinzufügen des Faktors Komplexität zeigen sich für die KSK für die ZG 1+2 keine Signifikanzen mehr.

Bei der ZG 3 besteht auf der PSK ebenfalls ein signifikanter Gruppenunterschied zum Zeitpunkt t0. Der Wert der KG ist dabei höher als der der IG. Für die IG verbessert sich der Wert jedoch zwischen den Erhebungszeitpunkten signifikant. Die Verbesserung zeigt sich auch im Delta, welches sich signifikant unterscheidet und für die IG positiver ist. Zum Zeitpunkt t1 unterscheiden sich die IG und die KG dann nicht mehr signifikant, da **der Wert der IG sich nach der Intervention dem der KG angenähert hat.** Besonders positive Entwicklungen sind in den Bereichen des psychischen Wohlbefindens und der sozialen Funktionsfähigkeit sichtbar. Mögliche Gründe hierfür sind die Schaffung zeitlicher Ressourcen durch das ReKo-CM und damit verbunden die Entstehung neuer Möglichkeiten der Erholung und der Freizeitgestaltung. Außerdem können durch das ReKo-CM neue Netzwerke entstanden sein, die für eine verbesserte soziale Teilhabe sorgen.

Für die KSK zeigt sich ein anderes Bild. Hier ist der Unterschied zwischen den Studiengruppen zum Zeitpunkt t0 nicht signifikant. Für die IG ergibt sich zwischen t0 und t1 eine Verschlechterung des körperlichen Gesundheitszustandes bzw. der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, gemessen an der KSK. Zurückzuführen sein könnte dies auf natürliche Alterungsprozesse und damit fortschreitende Erkrankungen oder eine geringere körperliche Leistungsfähigkeit.

Auffällig für alle ZG sind hohe Standardabweichungen vom Mittelwert. Die Gruppen umfassen somit sowohl Personen mit geringer als auch mit hoher gesundheitsbezogener Lebensqualität. Die Prüfung der Effektstärke zeigt, dass nach den von Cohen festgelegten Konventionen (Cohen 2013) alle festgestellten Effekte im Bereich einer geringen Stärke liegen.

Der SF-36 erweist sich als gut geeignet für alle Altersgruppen (Morfeld et al. 2011; Hayes et al. 1995). Somit sind keine Limitationen oder Einschränkungen hinsichtlich der Praktikabilität für die älteren Personen in der ZG 1 und 2 zu erwarten.

3.5 Stabilisierung von Sorgenetzwerken

Quantitative Studie ZG 1-2 und qualitative Studie ZG 1-3, t0 und t1

Zentrale Ergebnisse
Die Ergebnisse zeigen, dass die Anzahl der Personen in den Sorgenetzwerken der ReKo-Teilnehmenden signifikant gestiegen ist. Eine feste Ansprechperson im ReKo-CM stärkt die subjektiv erlebte Versorgungssicherheit und koordiniert Sorgeressourcen. Da die Intervention zeitlich begrenzt war, wird die Etablierung eines dauerhaften Case Managements als sinnvoll erachtet.

Ergebnisse aus dem Sorgenetzwerkfragebogen (Quantitative Erhebungen ZG 1-2, IG, t0-t1)

Hypothesen (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
H1: Die Stabilität der Sorgenetzwerke steigt zwischen den Erhebungszeitpunkten t0 und t1 signifikant an.	n = 560 (IG, längsschnittliche Analyse, ausschließlich Personen, von denen Daten zu den Erhebungszeitpunkten t0 und t1 vorhanden sind)	Telefonische Erhebung eines selbst entwickelten Sorgenetzwerk-Fragebogens (nicht-validiert)

Die Proband*innen der IG aus der ZG 1 und 2 wurden vor dem Interventionszeitraum (t0), nach dem Interventionszeitraum (t1) und sechs Monate nach dem Interventionszeitraum (t2) zu ihren Sorgenetzwerken befragt. In die Analyse wurden diejenigen Fälle einbezogen, von denen sowohl zu t0 als auch zu t1 Daten vorlagen. Es wurde ein nicht-validiertes, im Forschungsprojekt MORPHIA (Publikation in Vorbereitung) entwickeltes Instrument eingesetzt (vgl. Kapitel Methodik und statistische Analysen).

In die Analyse wurden Items einbezogen, die Hinweise auf die Stabilität des Sorgenetzwerks geben. Dabei wurden die folgenden Bereiche einbezogen:

- (1) Anzahl der am Sorgenetzwerk beteiligten Personen
- (2) Wahrgenommene Unterstützung durch das Sorgenetzwerk
- (3) Ausmaß der Inanspruchnahme von Angeboten des gesellschaftlichen Lebens.

Es erfolgten Gruppenunterschiedstests zwischen den Zeitpunkten t0 und t1. Aufgrund des ordinalen Skalenniveaus wurden bzgl. der Items zur Bewertung der Unterstützung durch das Sorgenetzwerk Wilcoxon-Tests bzw. Mann-Whitney-U-Tests durchgeführt. Zur Überprüfung des Mittelwertunterschieds der am Sorgenetzwerk beteiligten Personen zwischen t0 und t1 wurden T-Tests durchgeführt.

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt entlang der oben genannten Bereiche, die in Hinblick auf die Auswertung der Stabilität des Sorgenetzwerks relevant erscheinen.

Anzahl der am Sorgenetzwerk beteiligten Personen

Bezüglich der am Sorgenetzwerk beteiligten Personen in der IG wird deskriptiv (vgl. Abbildung 36) deutlich, dass zu t0 über die Hälfte (52,9 %) der Proband*innen angaben, dass zwei Personen zu ihrem Sorgenetzwerk gehören. Im Vergleich dazu war der Anteil der Proband*innen mit drei beteiligten Personen mit 16,4 % deutlich niedriger. Zu t1 stieg der Anteil der Proband*innen, die drei am Sorgenetzwerk beteiligte Personen angaben, deutlich an (von 16,4 % auf 31,6 %).

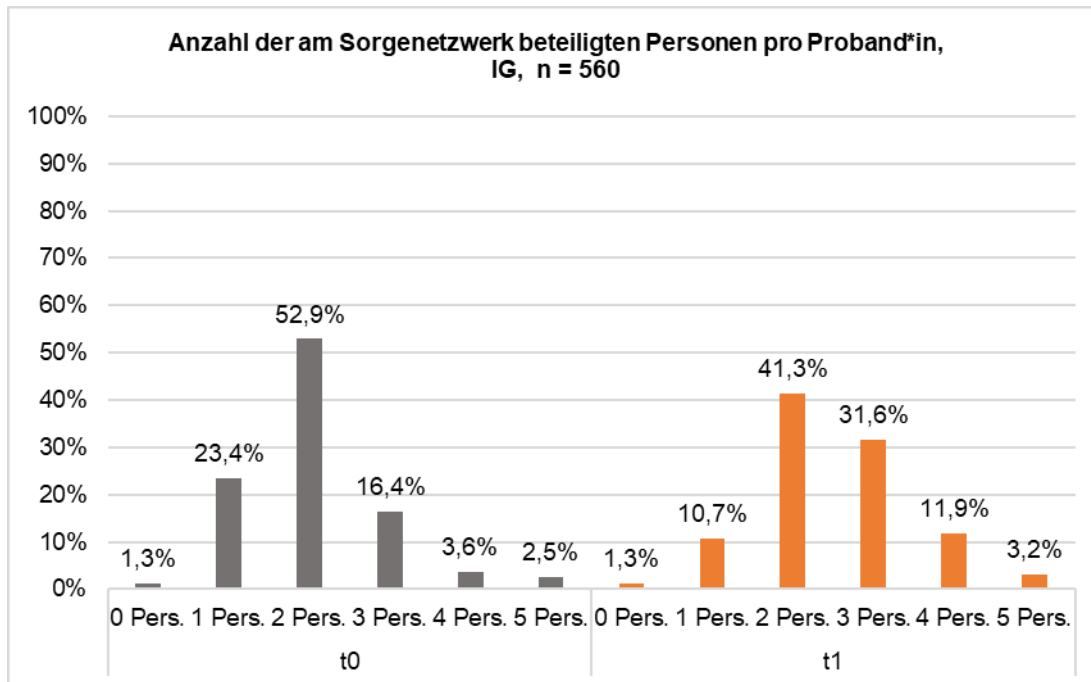


Abbildung 36: Anzahl der am Sorgenetzwerk beteiligten Personen (in t0 und in t1) pro Proband*in, IG

Die Ergebnisse des T-Tests weisen darauf hin, dass ein signifikanter Anstieg der am Sorgenetzwerk beteiligten Personen in der IG zwischen t0 ($M = 2,05$) und t1 ($M = 2,51$) vorliegt ($t(559) = 9,941$, $p < 0,001$, $d = 1,11376$). Bezogen auf die Anzahl der am Sorgenetzwerk beteiligten Personen ist die Hypothese 1 nicht abzulehnen.

Bzgl. der am Sorgenetzwerk beteiligten Personengruppen zeigt sich deskriptiv, dass der Anteil der Personen, die eine*n Partner*in zu ihrem Sorgenetzwerk zählen, in der IG von t0 (33,4 %) zu t1 (31,3 %) sinkt (vgl. Abbildung 37: Am Sorgenetzwerk beteiligte Personengruppen, IG). Der Anteil der Personen, die mindestens ein Kind oder Schwiegerkind zu ihrem Sorgenetzwerk zählen, steigt hingegen von 58,0 % auf 63,6 % an. Mindestens eine sonstige Person zählen zu t0 2,3 % der Proband*innen zu ihrem Sorgenetzwerk. Dieser Anteil steigt zu t1 auf 9,5 % der Proband*innen an. Zu dieser Personengruppe können auch die Case Manager*innen gezählt werden. Der Anteil der Personen, die Pflegepersonal in Anspruch nehmen, steigt von 10,2 % auf 15,4 % an.

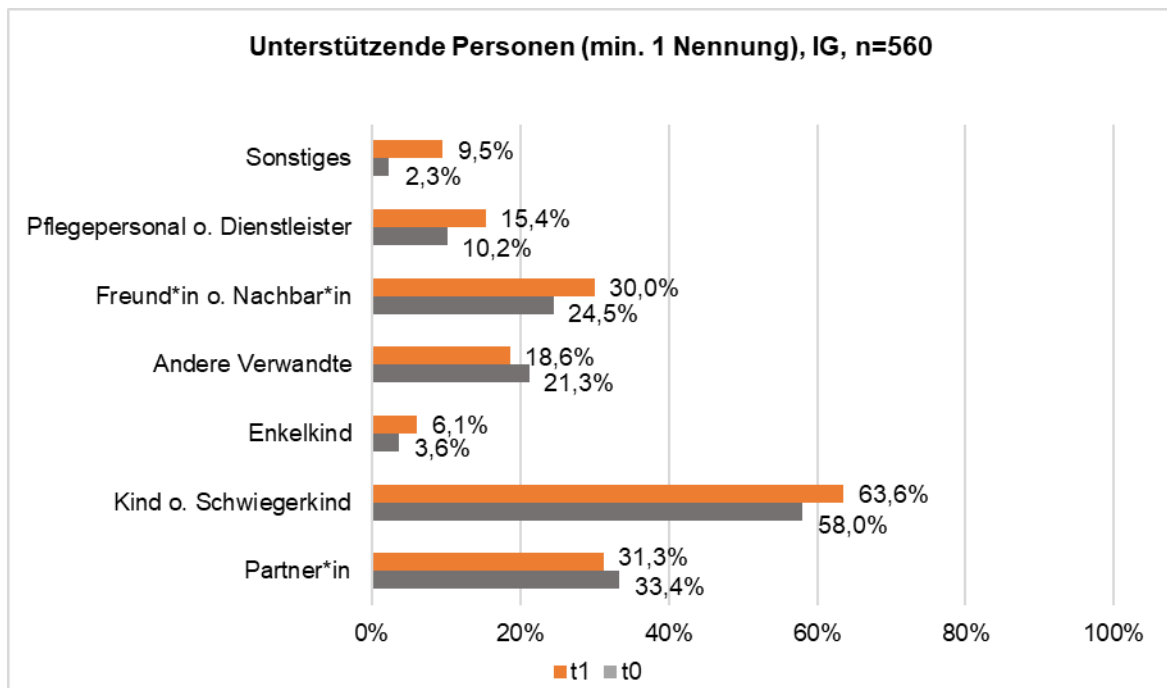


Abbildung 37: Am Sorgenetzwerk beteiligte Personengruppen, IG

Wahrgenommene Unterstützung durch das Sorgenetzwerk

In dem verwendeten Instrument sind eine Reihe Items zur Einschätzung der wahrgenommenen Unterstützung durch die Personen im Sorgenetzwerk vorhanden, die auf einer 5-stufigen Skala von ‚trifft nicht zu‘ bis ‚trifft genau zu‘ bewertet werden.

Der Aussage „*Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit*“ stimmen zu t0 71,3 % der Befragten zu (vgl. Abbildung 38). Zu t1 wählten 77,5 % der Proband*innen die Antwortmöglichkeit „trifft zu“. Hier ist demnach ein leichter Anstieg zu verzeichnen, allerdings liegt bzgl. dieses Items kein signifikanter Unterschied zwischen t0 und t1 vor ($p = 0,994$).

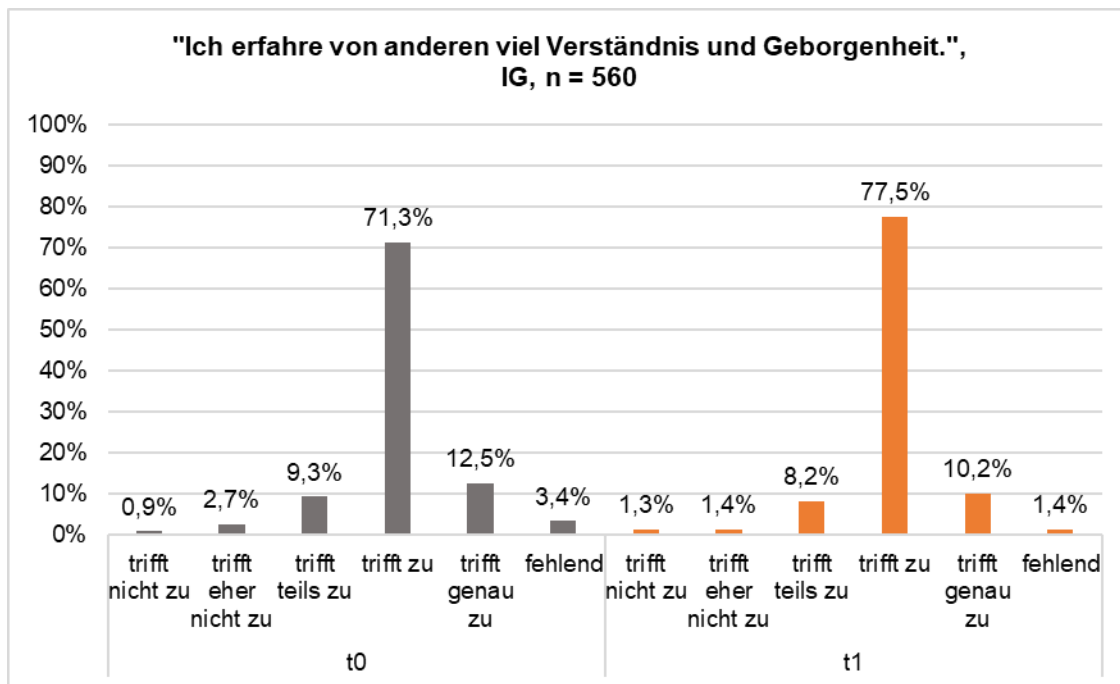


Abbildung 38: Ergebnisse Item "Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit.", IG

In Bezug auf das Item „Ich habe einen sehr vertrauten Menschen mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann“ (vgl. Abbildung 40: Ergebnisse Item "Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freund*innen oder Angehörige bitten wichtige Dinge für mich zu erledigen", IG

) zeigt sich deskriptiv ein Anstieg des Anteils der Personen, die „trifft zu“ auswählten zu t1 (75,0 %) im Vergleich zu t0 (70,7 %). Der Unterschied zwischen t0 und t1 ist jedoch nicht signifikant ($p = 0,222$).

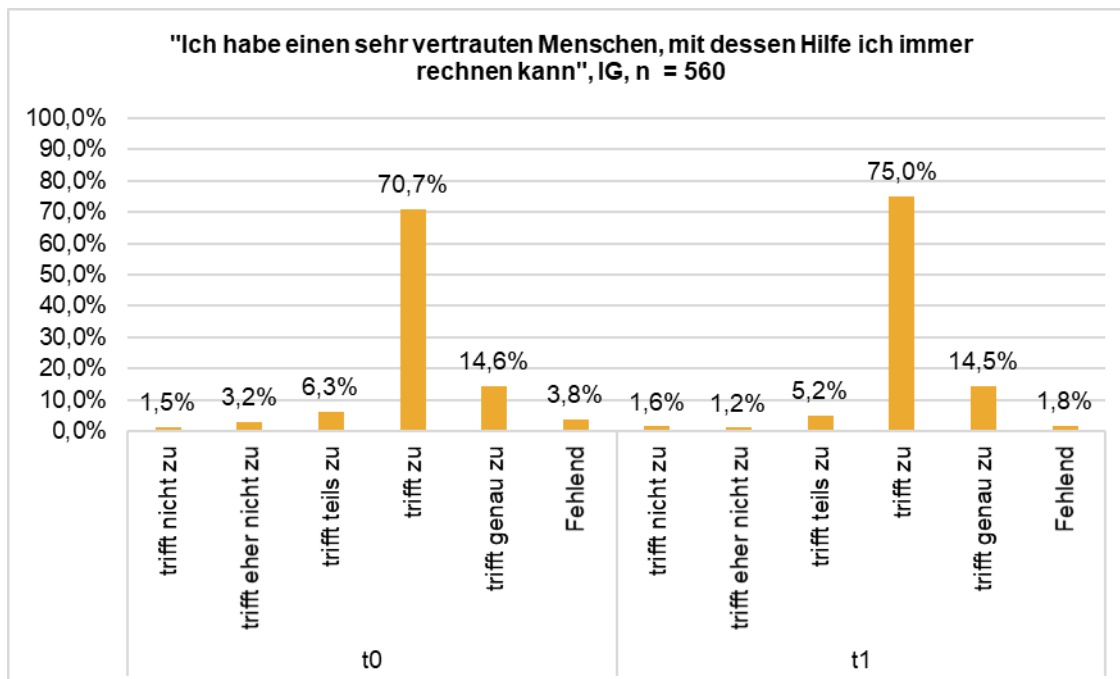


Abbildung 39: Ergebnisse Item "Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann", IG

Die deskriptiven Ergebnisse in Bezug auf das Item „Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freund*innen oder Angehörige bitten, wichtige Dinge für mich zu erledigen“ (vgl. Abbildung 40) zeigen, dass der Grad der Zustimmung zwischen t0 und t1 in der IG ansteigt: Während zu t0 63,2 % der Befragten angeben, dass die Aussage zutrifft, gaben zu t1 69,3 % der Proband*innen „trifft zu“ an. Hier liegt ein signifikanter Anstieg zwischen t0 und t1 vor ($Z = -2,700$, $p = 0,007$).

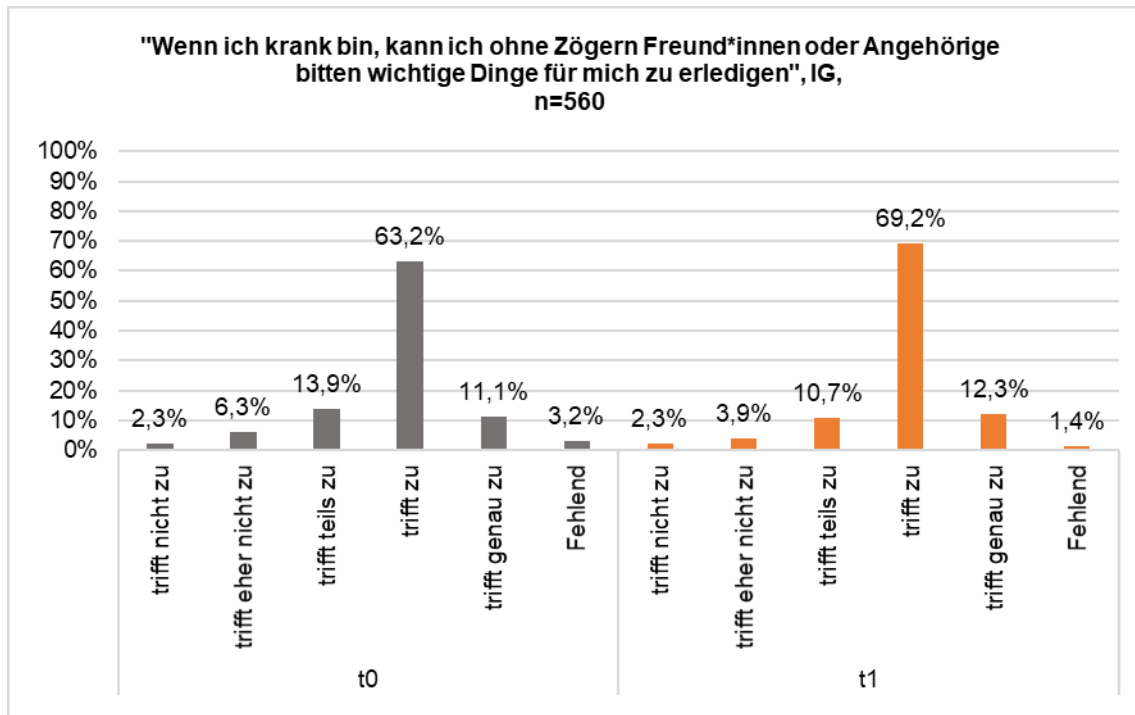


Abbildung 40: Ergebnisse Item "Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freund*innen oder Angehörige bitten wichtige Dinge für mich zu erledigen", IG

Ausmaß der Inanspruchnahme von Angeboten des gesellschaftlichen Lebens

Die deskriptiven Ergebnisse der Befragungen zeigen, dass die Teilnahme an Freizeit- und Kulturangeboten zwischen t0 und t1 leicht ansteigt: Während zu t0 41,6 % der Befragten gelegentlich derartige Angebote in Anspruch nahmen, waren es zu t1 47,0 % der Proband*innen in der IG (vgl. Abbildung 41). Der Anstieg ist jedoch nicht statistisch signifikant ($p = 0,119$).

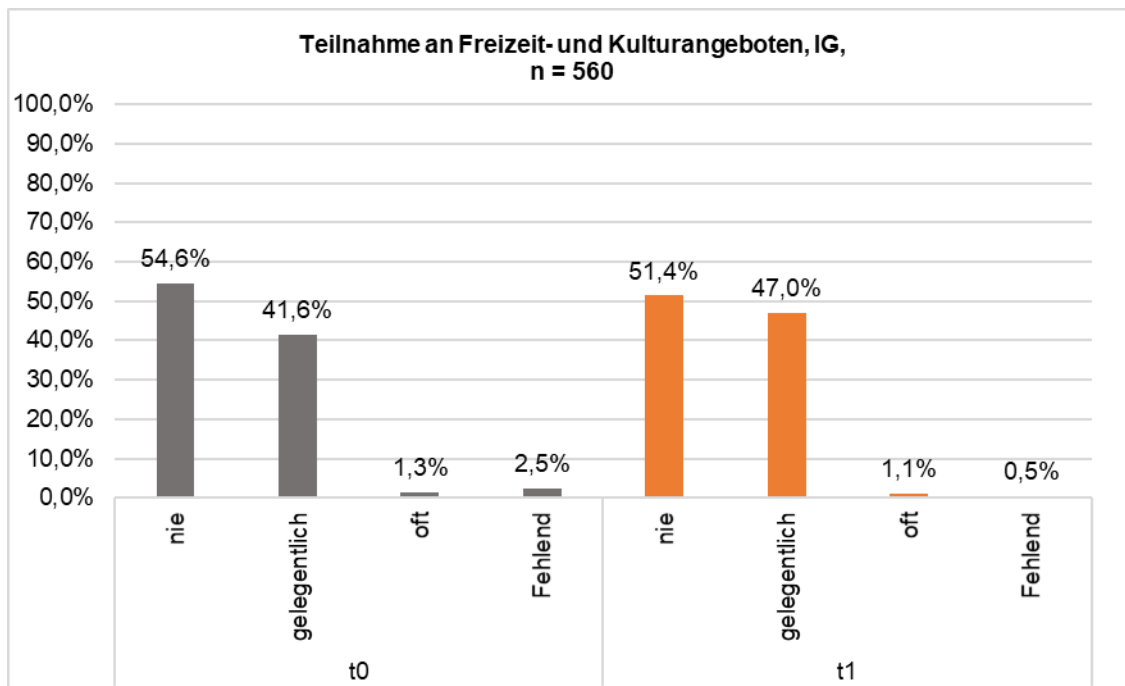


Abbildung 41: Teilnahme an Freizeit- und Kulturangeboten

Die Inanspruchnahme von Beratungsangeboten steigt von t0 zu t1 deutlich an (vgl. Abbildung 42). Während zu t0 66,4 % der Proband*innen nie Beratungsstellen in Anspruch nahmen, waren es nach der Intervention nur noch 45,5 %. Der Anstieg ist statistisch signifikant ($Z = -8,123$, $p < 0,001$).

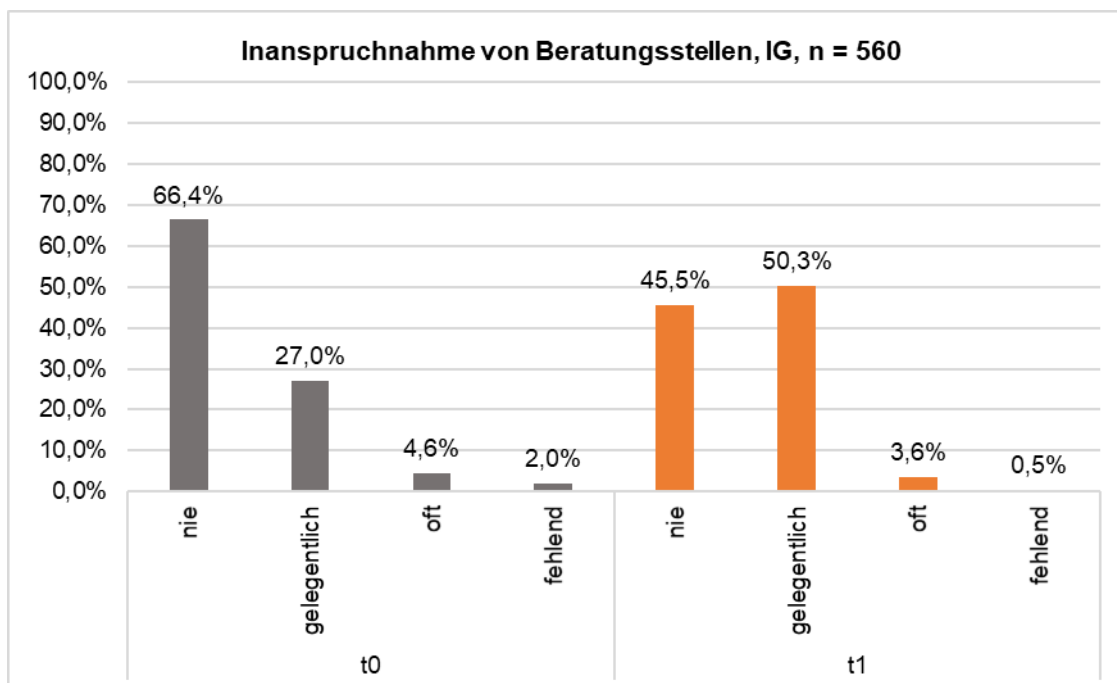


Abbildung 42: Inanspruchnahme von Beratungsstellen (in t0 und in t1)

Stabilisierung der Sorgenetzwerke (Qualitative Erhebungen ZG1-3, CM)

Forschungsfrage (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
F1: Welchen Einfluss bzw. welche Rolle (über)nimmt das ReKo-CM bei unsicheren bzw. instabilen Sorgenetzwerken?	T0: - ZG 1-2: 20 Interviews, IG - ZG 3: 20 Interviews, IG; Fokusgruppe: 3, KG; CM-Fragebogen: n= 89, IG T1: - ZG 1-2: 19 Interviews, IG - ZG 3: 20 Interviews, IG; CM-Fragebogen; n= 89, IG - Case Manager*innen: 17 Interviews, IG	Qualitative Einzelinterviews; Fragebogenerhebung, Instrument: Selbst entwickelter CM-Fragebogen (nicht-validiert)

Welchen Einfluss die ReKo-Case Manager*innen auf den Aufbau bzw. die Aufrechterhaltung des Sorgenetzwerkes haben zeigen die Ergebnisse der qualitativen Erhebungen mit den (angehenden) pflegebedürftigen Menschen sowie den An- und Zugehörigen und den Interviews mit den ReKo-Case Manager*innen.

Die **Sorge vor einer Instabilität des Sorgenetzwerkes** bestand vor allem bei den hilfe- und pflegebedürftigen Menschen (ZG 1-2). Diese teilten *zu Beginn der Intervention (t0)* ihre Sorgen und Ängste, dass ihre pflegenden An- und Zugehörigen den Belastungen der Pflegesituation nicht lange standhalten können. So haben sechs Personen befürchtet, dass die Unterstützung durch das Umfeld nicht auf Dauer geleistet werden könne. Gründe für die Sorgen waren der (potenzielle) Wegfall durch Hochaltrigkeit und bzw. oder Krankheit der Bezugspersonen, Trennung des*der Lebenspartners*in, Verlust des*der Lebenspartners*in oder der Wegzug von Familienangehörigen. So berichtete eine interviewte Person der ZG 2:

„Natürlich jetzt zur Zeit ist meine Tochter immer noch in Therapie und das wird auch noch eine Weile dauern. Jetzt habe ich natürlich schon so ein bisschen meine Probleme, weil ich auch viele Arzttermine und so erledigen muss“ (I-12-10)

Eine weitere Person machte sich dagegen Sorgen, wie die Versorgung sichergestellt werde, wenn seine Ehepartnerin die Unterstützung nicht mehr leisten könne:

„Also, wenn meine Frau dann mal nicht kann und dann brauche ich hier jemanden. Ich kriege das nicht hin. Und habe das dann immer selber versucht. Und das geht einfach nicht. Ich kriege nur einfache Sachen hin. Manchmal ein bisschen mehr und manchmal weniger“ (I-12-17).

Die aus den Interviews mit den pflegebedürftigen Personen vermittelte Rolle der An- und Zugehörigen im Sorgenetzwerk lässt sich in drei Gruppen definieren:

- An- und Zugehörige, die in die Sorgearbeit im Sorgenetzwerk eingebunden sind und unterstützen,

- anwesende An- und Zugehörige, die nicht ins Sorgenetzwerk eingebunden sind und keine Unterstützung leisten und
- abwesende An- und Zugehörige, die aufgrund räumlicher oder zeitlicher Begrenzungen keine Sorgearbeit leisten (können).

Außerdem haben sich in den Interviews Sorgenetzwerke gezeigt, die ohne An- und Zugehörige auskommen (müssen), weil die pflegebedürftigen Personen keine An- und Zugehörigen hatten, niemanden als an- und zugehörig definieren konnten oder sich niemand als an- und zugehörig zu ihnen definiert hat.

Diese Sorgen teilten auch die pflegenden An- und Zugehörigen aus der KG in einem Fokusgruppeninterview zu t0. Eine an- und zugehörige Person hat als größte Herausforderung die Ungewissheit, ob die Versorgung der pflegebedürftigen Person auch im Falle einer eigenen Erkrankung gesichert ist, benannt. Die Verantwortung für die Sorge und Pflege führte durch die Vulnerabilität des Sorgenetzwerkes zu seelischen Belastungen. Auch wenn die Familie kurzzeitig die Pflegeaufgaben übernehmen könnte, sei das Sorgenetzwerk durch einen gesundheitlichen Ausfall der zentralen Person geschwächt und die Zukunft unklar (K-3-3).

Die Rolle, die die CM bei unsicheren und instabilen Sorgenetzwerken übernommen haben, wurde von den Interviewten der ZG 1 bis 3 *nach der ReKo-Intervention (t1)* in der Vermittlung von formellen und informellen Sorgeressourcen, der Stärkung der erlebten Versorgungssicherheit sowie der eigenen Handlungskompetenz gesehen. Eine besondere Bedeutung wurde hier der Rolle der **regionalen Ansprechperson** zuteil, welche sowohl in den Erhebungen vor der Intervention (t0) als Wunsch und als Erwartung an das ReKo-CM benannt (Vgl. Kapitel Subjektiv erlebte Versorgungsqualität) als auch nach der Intervention (t1) als erlebte Entlastung und besonderer Mehrwert beschrieben wurde (Vgl. Kapitel 3.18).

Als kleiner Exkurs folgt hier eine kurze, deskriptive Ergebnisdarstellung einer quantitativen CM-Fragebogenerhebung der pflegenden An- und Zugehörigen (n=86), die die qualitativen Ergebnisse bestätigt und darstellt, dass die Case Manager*innen nach der ReKo-Intervention als wichtigste Ansprechperson im Sorgenetzwerk wahrgenommen wird. Zum Zeitpunkt t1 benannten mehr als 20 Personen die Case Manager*innen als verantwortliche Ansprechperson in ihrem Sorgenetzwerk (vgl. Abbildung 43).

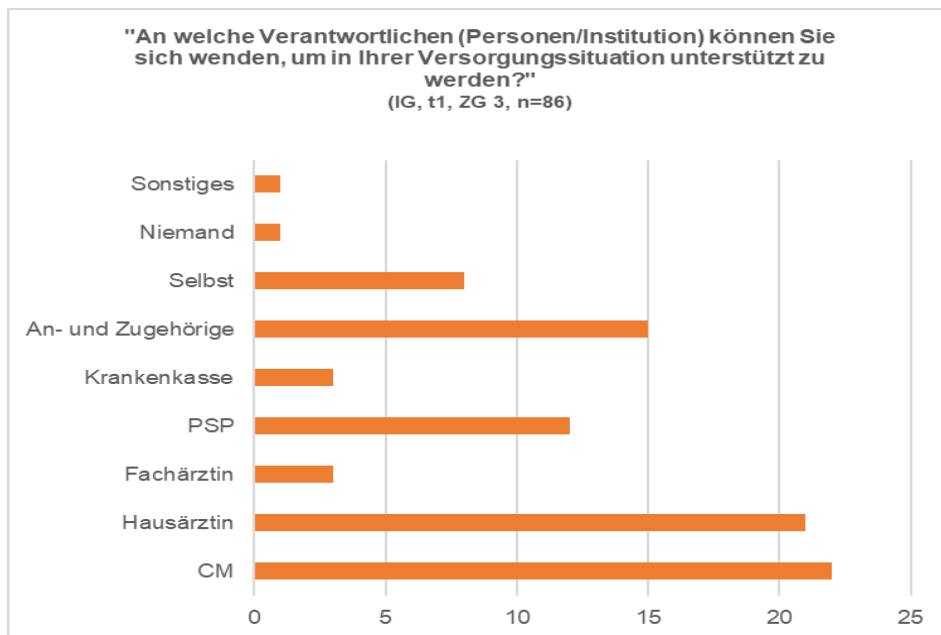


Abbildung 43: Verantwortliche Unterstützungspersonen im Sorgenetzwerk nach der ReKo-Intervention

Die Ergebnisse der qualitativen Erhebungen zeigen weiterhin, den interviewten Personen der ZG 1 bis 3 ging es dabei nicht allein darum, Informationen und administrative, koordinierende Hilfestellung zu erhalten, sondern auch in ihrer sensiblen Situation eine emotionale, zuverlässige und vertrauensvolle Person an ihrer Seite zu wissen. Insbesondere weil diese Menschen im Vorfeld nicht immer eine Unterstützung erhalten haben.

Eine pflegende Angehörige beschrieb es beispielsweise als sehr frustrierend und belastend, wenn sie ihre Situation an verschiedenen Stellen immer wieder erzählen musste. Durch die ReKo-CM habe sie auch eine emotionale Stütze erhalten:

"Ja. Nein. Aber das ist- also ich bin wirklich- ich war total geschockt. Ich glaube erst habe ich nur noch funktioniert, weil ich in einer Schockstarre war, bin da wohl überhaupt gar nicht rausgekommen. Dann kamen wirklich diese ganzen Emotionen dazu und auch diese ganzen [...] Anträge, Papiere und überall, egal wo man angerufen hat, man erzählt die ganzen Sachen und dann >Ja da sind sie bei mir falsch< (nachgeöffter Tonfall) Dann wird man wieder weiterverbunden, dann kannst du die ganzen Sachen nochmal erzählen und man hat auch gar keine Kraft dann mehr dazu, irgendwie das nochmal zu erzählen und nochmal. Man will einfach nur, dass einem geholfen wird. Ja. Und sie hat dann versucht und gemacht und, ja. Hat schon geholfen. Wirklich." (IG-3-37)

Eine verfügbare Ansprechperson führte auch zu einer erlebten Versorgungssicherheit. Die Verfügbarkeit einer solchen regionalen Ansprechperson und das damit einhergehende empfundene Sicherheitsgefühl geht als eines der zentralen Ergebnisse der qualitativen Interviews mit den hilfe- und pflegebedürftigen Menschen und den pflegenden Angehörigen hervor. Folglich scheint es ein bedeutsames Kriterium für das **Gelingen des CMs** zu sein. Dieses Sicherheitsgefühl bedeutete für die Menschen bereits eine Form der Stabilisierung und führte bei vielen der Befragten zu einer erlebten Entlastung, Hilfestellung bei der

Entscheidungsfindung und bei den pflegenden An- und Zugehörigen zu einem geteilten Verantwortungsgefühl. Folgende ausgewählte Aussagen der Interviewten verdeutlichen dieses erlebte Sicherheitsgefühl durch die Begleitung der ReKo-Case Manager*innen (vgl. Tabelle 77).

Tabelle 77: Exemplarische Aussagen der ZG 1-2 und 3 aus der Kategorie „Subjektiv erlebte Versorgungssicherheit“

Personen mit (angehender) Pflegebedürftigkeit	Pflegende An- und Zugehörige
„Das baut mich auf, wenn sie hier war“ (I-12-24).	„Aber ich habe mich sicherer gefühlt. Also dadurch, dass sie mir erklärt hat, wie das laufen müsste oder wie man das machen kann, fühlte ich mich viel sicherer und auch so wahrgenommen. Also von meinen Geschwistern fühle ich mich nicht wahrgenommen. Die gucken so an mir vorbei und sagen, "das muss anders gemacht werden", obwohl die diesen ganzen Kram nicht kennen. Und sie gab mir so eine Sicherheit. Und das fand ich gut.“ (I-3-33)
„Ja, man hat sich danach [nach dem CM-Termin] irgendwie sicherer gefühlt“ (I-12-23). „Man fühlt sich dann irgendwann sicherer, wenn man so eine Nummer im Hinterhalt hat, wo man notfalls anrufen kann“ (I-12-23).	„Also, das hat mir so ein Stückchen Sicherheit im Hinterkopf gegeben, dass ich gesagt habe, wenn da jetzt irgendwas Dramatisches ist, dann rufe ich erst Frau X an. Also, ich habe jemanden, den ich einfach sofort anrufen kann, und der ist unabhängig, dass der irgendwas von mir will oder so. Neutral. Der ist neutral, und der ist erstmal um mich bemüht, dass mir geholfen wird.“ (I-3-24)
„Dass ich eine Absicherung habe“ (I-12-33) „[...] sich da keinen großen Kopf mehr drum machen muss. Man hat einen Ansprechpartner der ReKo und die Frau X, die kümmert sich dann“ (I-12-33).	„Das bringt so viel mehr Sicherheit, weil man einen Ansprechpartner hat, der in der Regel genau weiß, wovon er spricht“ (I-3-39)
„Ja, nein. Es ist ja eine andere Situation, ja? Als man noch, wie gesagt, alles machen konnte, Haushalt und Garten und Sport und Radfahren, dann kam der Einschnitt, dieses Krankenhaus und dann ging es erst mal ganz runter, ja? Das war eine ganz andere Situation danach. Und dann, wie gesagt, diese Hilfe von REKO von der Frau X, das hat dann den Auftrieb gegeben und aus der Situation, da muss ich sagen, da bin ich jetzt absolut sicher und so und auch zufrieden“ (I-12-40).	„Es ist wirklich schön, wenn man einen Case-Manager hat und dann auch aktuell noch mal besprechen kann, gut, was ist jetzt der nächste Schritt, was können wir jetzt noch machen, um die Situation der zu pflegenden Person weiter zu verbessern und man hat ja sonst keine allgemeine Stelle, sage ich mal, wo man so verschiedene Möglichkeiten besprechen kann. Also es gibt verschiedene Kontakte oder Kontaktstellen, aber das ist ja nie so umfassend, wie das jetzt in dem ReKo-Projekt war.“ (I-3-30)
„So, da kümmert sich jetzt einer. Es tut sich was, ne? Und es läuft“ (I-12-26).	„Ja, einfach dieses Wissen, dass da jemand ist, das, das hat mir schon ganz viel Sicherheit gegeben. Das Gefühl zu haben, nicht alleine davor zu stehen. Gerade wenn man dann in so einer Situation ist. Man ist selber in einem totalen Ausnahmezustand

	und wo man eigentlich auch gar nicht mehr so klar Gedanken fassen kann. Und dann ist da jemand, den kann man anrufen und der kommt und der bringt die ganzen Papiere, der bringt sie auch noch zur Post. Ja, das war einfach so vertrauensvoll, mich da so ein bisschen in die Hände zu begeben und zu sagen, ja, okay, ich weiß, es wird auch für mich geregelt. Und das war eigentlich total wichtig. Ja.“ (I-3-38)

Die CM bilden damit nicht nur selbst eine Erweiterung des Sorgenetzwerkes, sondern fördern durch die **Vermittlung von weiteren formellen und informellen Sorgeressourcen** die Stabilisierung des Sorgearrangements. Wie das Sorgenetzwerk durch den Einbezug des informellen Netzwerkes durch die CM koordiniert, weiterentwickelt und stabilisiert werden kann, zeigt das Beispiel eines/r Interviewteilnehmenden der ZG 1-2.

Auf die Frage, ob die/der CM auch Kontakt zu den Nachbarn hatte, antwortete die befragte Person:

„Ja, hat die auch, ja, ja, ne? Ja, die wusste so Bescheid oder so, ne? [...] Koordiniert haben die, ne? Ja. Ja. Die hat ja auch keine Ahnung, was die machen und so, ne? Da so und die wollte ja auch, dass Tagesablauf, dass ich Essen bekomme und so Dinge. Die haben für mich eingekauft. So ein bisschen vom Rollstuhl konnte ich auch noch machen, aber Nachbarin kam rüber, hat mal abgewaschen und hat so mal eben mit auch noch ein bisschen nach der Wohnung geguckt, also nicht gleich eine Putzfrau gehabt, ne? Aber das hat die so ein bisschen mitgemacht.“ (I-12-26)

In einem anderen Beispiel konnte eine angehörige Person aktiver in das Versorgungsarrangement einbezogen werden:

„Dann, ne, genau das Verhältnis hat sich jetzt so ein bisschen so dahingehend/ Wenn was ist, dann bin ich jetzt dem ganz/ kann ich immer auf einen zurückgreifen, ne? (...) Kommt auch so mal vorbei. Heute Abend wollte er auch eben vorbeikommen und gucken. Also bei Kleinigkeiten da zum Schneiden oder macht er dann und fertig“ (I-12-6)

Die Person berichtete an anderen Stellen des Interviews, dass der Sohn vor der Intervention nicht in die Versorgung eingebunden gewesen sei.

Wie sich an diesen Beispielen zeigt, kann das ReKo-CM eine gute Ergänzung des Sorgearrangements darstellen. Die Hilfe durch informelle Akteure anzunehmen, bedeutet für einige Menschen jedoch auch eine Hemmschwelle zu übertreten, wenn beispielsweise vorher kein Kontakt zu den Nachbar*innen bestand. Das ist nicht immer von den Interviewten gewünscht. Einzelne Interviewteilnehmende äußerten, dass die CM ihnen zwar die Möglichkeiten für weitere informelle Sorgeressourcen wie Nachbarschaftshilfen, Lots*innenprogramme oder ähnliches aufgezeigt haben, sie dieses Angebot jedoch ablehnten. In anderen Fällen war das eigene informelle Netzwerk dagegen bereits gut organisiert. Die CM stellte hier lediglich ein weiteres wichtiges Bindeglied im Sorgearrangement dar, welches beispielsweise bei der Administration von Leistungsansprüchen und/ oder bei der Vermittlung

von formellen Leistungsanbieter*innen unterstützte, die dann z. B. das professionelle Pflegearrangement ergänzten.

Durch die Unterstützung der CM, das Sorgenetzwerk aufzubauen, weiterzuentwickeln und zu stabilisieren, erlangten die Interviewten auch eine Sicherheit für die eigene Handlungskompetenz.

Eine interviewte Person (ZG 3) hat zum Beispiel die Unterstützung durch das ReKo-CM bei ihrer pflegebedürftigen Mutter erhalten und sah sich nun eher in der Lage, das Sorgearrangement für ihren Vater zu organisieren:

„Genau. Mein Papa hat jetzt eine Pflegestufe auch, ach, den Schwerbehinderten-Ausweis. Der soll jetzt in eine Pflegestufe auch noch rein, dass er Pflegestufe eins hat, dass wir zuhause für ihn dann eine Hilfe kriegen. Aber da weiß ich jetzt, wie ich damit an muss, weil ich das mit ihr jetzt alles mal durchgearbeitet habe. Dann ist das viel leichter. Also wenn man dann die zweite Person hat. Und ich versuche meinen Papa natürlich auch so lange wie es geht zuhause zu lassen. Ich finde es besser als ein Pflegeheim. Aber meine Mama ist glücklich da“. (I-3-33)

Eine andere pflegende Angehörige berichtete dagegen davon, dass sie sich mit Hilfe der ReKo-CM selbst weitergebildet habe und dadurch den Verbleib in der Häuslichkeit der zu pflegenden Person sicherstellen konnte:

„Und es muss halt fast ständig jemand bei ihm sein und hat also den ganz hohen Mehrbedarf. Das hatte ich vor einem Jahr noch gar nicht. Und hätte ich da nicht mich konsequent und kontinuierlich weiter im Prinzip ja selber fortgebildet, auch mit der Hilfe von ReKo, dann wäre das sicherlich so, dass mein Vater jetzt mit den Bedarfen, die er hat, dann wäre er jetzt nicht mehr- deshalb jetzt wieder nach wie vor zu Hause, dass wäre natürlich- das würde gar nicht gehen, dann wäre er ja nicht mehr zu Hause, aber dann wäre er ja in einer Einrichtung.“ (I-3-22)

Festzuhalten ist, die ReKo-Case Manager*innen übernahmen aus Sicht der Leistungsempfangenden (ZG 1-3) insbesondere die Rolle der verantwortlichen Ansprechperson und übernahmen verschiedene Aufgaben zur Stabilisierung des Sorgenetzwerkes (vgl. Abbildung 44).

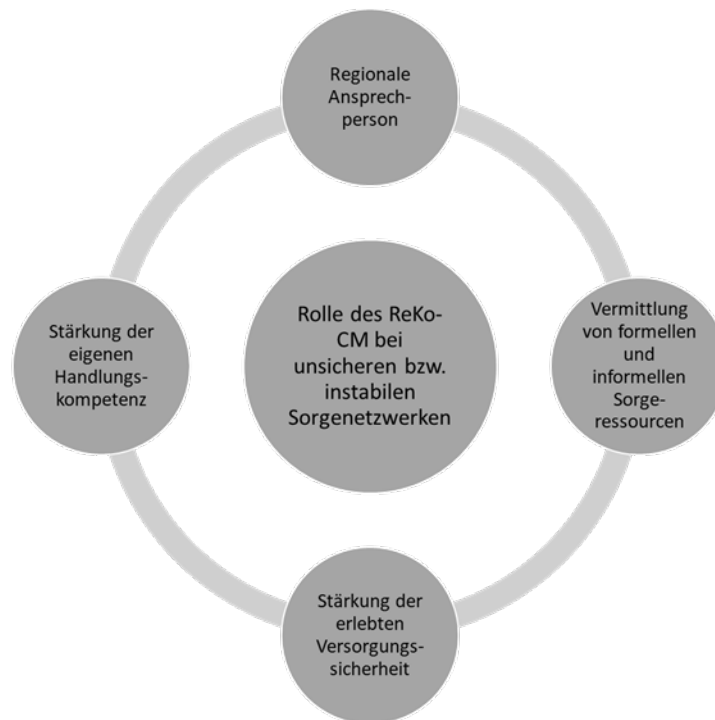


Abbildung 44: Rolle des ReKo-CM bei unsicheren bzw. instabilen Sorgenetzwerken

Die Interviews mit den Case Manager*innen aus der IG bestätigten die Beschreibungen der ZG 1 bis 3. In Bezug auf die zentrale Ansprechperson wurde herausgestellt, dass die jeweiligen Verantwortlichen aus den unterschiedlichen Bereichen wie bspw. Sozialdienst der Krankenhäuser, Pflegekassen, Jugendamt, Sozialamt, etc. jeweils einen „guten Job machen“, jedoch keiner für das Zusammenspiel der jeweiligen Dienste im Sinne der Person zuständig ist (IG-S-002_Q, IG-S-003_Q, IG-S-012_Q). Folgendes Zitat verdeutlicht dieses:

„Jeder macht irgendwo was, aber nur seines.[...]“ (IG-S-003_Q)

Vor allem bzgl. der Schnittstelle zum Thema Pflege ist die Erfahrung der Case Manager*innen z. B.:

„[...], was Pflege angeht, Schwerstpflegefälle kann ich nicht, bin ich nicht dafür zuständig. Ja, wer denn dann? Das ist so/ Jeder macht seinen Part, aber keiner macht dieses Komplette irgendwo. Und das war wirklich ein Fall, wo ich dachte, ja, da, ja.“ (IG-S-003_Q)

Der/die Case Manager*in nahm dabei als zentrale Ansprechperson sowohl bei wenigen als auch bei vielen Sorgeressourcen eine wichtige, stabilisierende Funktion ein, wie in der folgenden Tabelle deutlich wird.

Tabelle 78: Funktion der ReKo-Case Manager*innen in Abhängigkeit von vorhandenen Sorgeressourcen

		Externe, formelle Sorgeressourcen (bspw. ehrenamtliche, soziale Dienstleistungen und Gesundheitsdienste)	
		Wenig Sorgeressourcen	Viele Sorgeressourcen
Interne, informelle Sorge-ressourcen	Viele Sorgeressourcen	Stabilisierung durch: Koordination und Kooperation von internen und externen Sorgeressourcen	Stabilisierung durch: Aus- und Aufbau sowie Koordination und Kooperation von externen Sorgeressourcen
	Wenig Sorgeressourcen	Stabilisierung durch: Aus- und Aufbau von internen Sorgeressourcen sowie Koordination und Kooperation der Beteiligten im Sorgenetzwerk	Stabilisierung durch: Aus- und Aufbau eines Sorgenetzwerks mit internen und externen Sorgeressourcen sowie deren Koordination und Kooperation untereinander

Diskussion der Teilergebnisse ›Stabilisierung von Sorgenetzwerke‹

Die Ergebnisse der quantitativen Befragung der ZG 1+2 weisen darauf hin, dass die Anzahl der Personen, die zum Sorgenetzwerk gehörten, von t0 zu t1 in der IG signifikant angestiegen ist. Im Hinblick auf die deskriptive Auswertung der beteiligten Personengruppen zeigt sich ein Anstieg der Einbeziehung mindestens einer „sonstigen Person“ in das Sorgenetzwerk von t0 zu t1, zu denen u. a. Nachbar*innen oder Haushaltshilfen zählen. Auch die Case Manager*innen können dieser Personengruppe zugeordnet werden. Die Inanspruchnahme von Beratungsstellen ist, mit Blick auf das CM erwartungsgemäß, signifikant angestiegen.

Ähnliches zeigt sich in der Auswertung des CM-Fragebogens, wo zu t1 ein großer Anteil der An- und Zugehörigen die/den Case Manager*in als zentrale verantwortliche Ansprechperson benennen, und in den qualitativen Erhebungen aller ZG. Die Verfügbarkeit einer **festen Ansprechperson** ist ein zentraler Faktor der ReKo-Intervention und **erhöht die subjektiv erlebte Versorgungssicherheit** der Befragten, sowohl aufgrund der sozialen Unterstützung als auch aufgrund der **Übernahme oder Organisation administrativer Aufgaben** durch das ReKo-CM.

Die Case Manager*innen konnten häufig als Schnittstelle zwischen verschiedenen Leistungserbringern und Akteuren im Versorgungsumfeld agieren, Sorgeressourcen auf formeller und informeller Ebene vermitteln oder auch vorhandene Ressourcen koordinieren. Diese Aufgabe übernimmt in der Regelversorgung keine Stelle, jeder eingebundene Leistungserbringer funktioniert vornehmlich für sich und seine Aufgaben bzw. Zuständigkeiten. Dadurch bestehen insbesondere im ambulanten Sektor wenig kontinuierliche und aufeinander abgestimmte Versorgungsarrangements (Schaeffer und Kuhlmei 2012).

Darüber hinaus konnten die ReKo-Case Manager*innen insbesondere den **An- und Zugehörigen Sicherheit für die eigene Handlungskompetenz** geben, indem sie Wissen und

Weiterbildungsangebote vermittelt, Prozesse erläutert und auf zukünftige Situationen vorbereitet haben. Dadurch kann sich auch das Selbstvertrauen der An- und Zugehörigen in ihre eigenen Fähigkeiten und ihre Rolle erhöhen. Die positive Wirkung von Schulungen bei pflegenden Angehörigen auf deren Kompetenzen und das Vertrauen in diese hat sich bereits in anderen Studien gezeigt (Löffler et al. 2023; Lopez-Hartmann et al. 2012; Pinquart und Sörensen 2003).

Aufgrund des Projektstatus handelt es sich bei der ReKo-Intervention um ein zeitlich begrenztes Angebot. Da die Ergebnisse auf die besondere Relevanz einer festen und zuverlässig verfügbaren Ansprechperson hinweisen und gleichzeitig eine durchgehende Sorge vor der Instabilität des informellen Sorgenetzwerkes besteht, insbesondere wenn die An- und Zugehörigen selbst älter oder schon krank sind, kann es eine wichtige und sinnvolle Option sein, ein (ReKo-)CM als regelhafte und langfristige Versorgungsform, sowohl für Personen mit Unterstützungsbedarf als auch für An- und Zugehörige, umzusetzen.

Eine Einschränkung der Aussagekraft der Ergebnisse der quantitativen Erhebung zu den Sorgenetzwerken in der IG ergibt sich daraus, dass ein noch nicht-validiertes und für das Forschungsprojekt MORPHIA selbst-entwickeltes Instrument verwendet wurde. Zudem wurden die Befragungen häufig zu Zeitpunkten durchgeführt, bei denen ggf. Maßnahmen bzgl. der COVID19-Pandemie die Anzahl der Kontakte beschränkten. Zu Beginn der Befragung wurden die Teilnehmenden darauf hingewiesen, dass sie bei der Beantwortung der Fragen an die Situation vor den Einschränkungen denken sollen. Allerdings ist eine mögliche Verzerrung durch mangelnde Erinnerung an diese Zeit im Sinne eines Erinnerungsbias denkbar.

3.6 Subjektiv erlebte Servicequalität und Kompetenzanforderungen

Qualitative Studien ZG 1-7, t1

Zentrale Ergebnisse
Die Analyse der Servicequalität des ReKo-CM zeigt, dass die Case Managerinnen als kompetent und einfühlsam wahrgenommen wurden, insbesondere aufgrund ihrer Sach-, Sozial- und Methodenkompetenz. Die pflegebezogene Handlungskompetenz erwies sich als zentral für die Servicequalität, wobei Empathie, Zeit für Klient*innen und eine vertrauensvolle Beziehungsgestaltung besonders hervorgehoben wurden.

Wahrgenommene Servicequalität und Kompetenzanforderungen der ReKo-Zielgruppen (Qualitative Erhebungen, ZG 1-7, t1)

Forschungsfragen (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
F1: Wie erleben Hilfe-Pflegebedürftigen, die pflegenden An- und Zugehörigen und die informellen und professionellen Akteur*innen im Versorgungsmix die Servicequalität des ReKo-CMs? F2: Welche Kompetenzen sind für den Aufbau, die Steuerung und die Koordination eines stabilen Sorgenetzwerkes erforderlich? F3: Inwiefern ist nach Einschätzung der pflegebedürftigen Personen, der An- und Zugehörigen, der informellen und professionellen Helfenden sowie der Case Manager:innen ein fachspezifischer Zugang im pflegebezogenen CM notwendig?	T1: • ZG 1-2: 19 Interviews, IG • ZG 3: 20 Interviews, IG • ZG 4: 14 Interviews, IG • CM: 17 Interviews, IG • ZG 5: 7 Interviews, IG	Qualitative Einzelinterviews

In diesem Kapitel steht die Servicequalität der ReKo-Intervention im Vordergrund, die innerhalb des Projekts über eine fachgerechte Durchführung des CMs im Umfeld von Pflegebedürftigkeit operationalisiert wurde. Im Folgenden werden daher die Kompetenzen der Case Manager*innen und ihre Ausbildung fokussiert. Um eine multiperspektivische Bewertung sicherzustellen wurden Einschätzungen aus allen ZG einbezogen.

Für die Auswertung der Interviews mit den obengenannten ZG wurden in Anlehnung an die CM-Qualifizierungsdimensionen nach Löcherbach (2003) die deduktiven Kategorien Sach- und Systemkompetenz, Selbstkompetenz, Methodenkompetenz und Sozialkompetenz herangezogen, die zusammengeführt die individuelle Handlungskompetenz ergeben (Löcherbach et al. 2003, S. 204). Diese Kategorien wurden um die induktive Kategorie der Pflegekompetenz ergänzt. Die Bedeutsamkeit der pflegerischen Expertise im ReKo-CM wurde durch alle ZG hervorgehoben.

Sozial-Kompetenz

Die Sozial-Kompetenz umfasst sämtliche Fähig- und Fertigkeiten, die zur Interaktion mit Menschen benötigt werden und die Aushandlung eigener und fremder Bedürfnisse ermöglichen (Löcherbach et al. 2003). Weiterhin stellt innerhalb dieser Kategorie ein erfolgreicher Beziehungsaufbau ein wichtiges Kriterium für das Gelingen des CMs dar (Wendt 2012).

Die Aussagen der Interviewten belegen, dass durch die emphatische Haltung, den vertrauensvollen und professionellen Umgang der CM eine Beratungsbeziehung aufgebaut werden konnte. In der Subkategorie „Beziehungsgestaltung“ wurden alle Aussagen codiert, die Hinweise für eine professionellen Beratungsbeziehung belegten. Die hilfe- und pflegebedürftigen Menschen, sowie die pflegenden An- und Zugehörigen beschrieben in diesem Kontext beispielsweise, dass die CM ihnen vorurteils- und wertefrei begegnet seien. Diese neutrale Herangehensweise habe dazu geführt, dass die Interviewten auch über sensible Themen sprechen konnten. Bei Telefongesprächen, Hausbesuchen, persönlichen Terminen oder auch mediengestützten Kontakten durch E-Mail sei es den CM gelungen sowohl eine kompetente als auch vertrauensvolle Beratungsatmosphäre zu erschaffen. Durch die Fähigkeit der CM sich in die Perspektiven des zu Beratenden hineinzuversetzen und dennoch eine professionelle Distanz zu wahren konnten i.d.R. gemeinsame Lösungen gefunden werden:

„Frau X ist eine sehr sachliche und kompetente Person, die durchaus auf Wünsche und auf Dinge eingeht, die ich also habe und bin nicht enttäuscht worden. Also sie hat alle meine, ja, Empfehlungen oder meine Wünsche umgesetzt und wir haben eine ganz sachlich bezogene Kontaktmöglichkeit, also sowohl, sie war auch ein paar Mal hier, also von Angesicht zu Angesicht, aber auch wir korrespondieren sehr viel mit WhatsApp und mit, na sagen Sie schon, per E-Mail.“ (I-12-40)

Ein offener und vertrauensvoller Beziehungsaufbau war auch für die CM ein wichtiger Bestandteil der Versorgungsbeziehung und wurde positiv unterstützt durch die Hausbesuche, die im Rahmen des CM-Prozesses immer wieder durchgeführt wurden, wie das folgende Zitat verdeutlicht:

„Ich bin halt auch jemand, ich gehe sehr offen und ehrlich auf Leute zu. Und ja, wenn man, wenn man selber halt schon sehr positiv eingestimmt da ran geht, dann nimmt man den Leuten natürlich auch ganz viel Ängste. Und schafft auch irgendwie ein ganz anderes Vertrauensverhältnis. Weil man geht ja auch ein Jahr immer mal wieder in die Häuslichkeit. Und mir persönlich hat das sehr geholfen.“ (IG-S_006_Q)

„Ich glaube auf jeden Fall, was wichtig ist, ist diese persönliche Beratung und die Möglichkeit, die Leute auch mal zu Hause aufzusuchen. Genau. Also ich meine, das, was wir jetzt hatten, dass wir uns auch mal, vielleicht auch mal eine halbe Stunde mehr Zeit nehmen konnten als vielleicht die normale Beratung, [...].“ (IG-S-012_Q).

Ebenfalls gilt **Empathie** als Teil der Sozial-Kompetenz (Löcherbach et al. 2003). Innerhalb der Interviews zeigte sich immer wieder, dass es durch eine hohe Empathie der CM den Ratsuchenden leichter gefallen sei, sich zu öffnen. Eine pflegebedürftige Person berichtete sehr emotional von der Beziehung zur Case Managerin:

„Sie war nur so ein- da konnte man sich fallen lassen. Erzählen, was einen bedrückt und auch mal in Tränen ausbrechen und solche Sachen. Also

*eigentlich habe ich mich bei ihr ganz gut gefühlt, ja.“ [...]Und dann hat sie immer gesagt >Was ist los, [Name Klient*in]<, und dann ist man so in Tränen ausgebrochen, sagt sie >Alles gut<, sagt sie, >lassen Sie einfach los<, sagt sie >einfach sagen, was Sache ist<.“ (I-12-23)*

Dies bestätigten auch die Aussagen der pflegenden An- und Zugehörigen. Eine Interviewte der ZG 3 bekräftigte diese vertrauensvolle, einfühlsame Beziehung zu ihrer CM:

„Also man fühlt sich gut aufgehoben. Auch nicht so- man hat auch das Gefühl, sie ist wirklich interessiert an einem, nicht so- man ist eine Nummer, man kommt da hin, man ist eine Nummer, ja erzähl mal, wenn man so zu den ganzen Sozialämtern und so ahhhhh, wenn man da irgendwas regeln muss, da war schon immer- ja. Oder, allgemein, die haben gehört Holländer, dann war schon direkt abgestempelt. Ja. Und das war bei ihr nicht so. Man hat sich wirklich wohlgefühlt.“ (I-3-37)

Darüber hinaus hob eine Interviewperson die Gesprächsführung der CM hervor, die auf Augenhöhe durchgeführt wurde:

„Vor allen Dingen, sie hat mit einem auf Deutsch geredet und nicht so dieses Beamtendeutsch, so wo man alles nachhaken muss, was heißt das jetzt oder so. Sondern sie hat wirklich mit einem geredet, dass man das auch sofort verstanden hat.“ (I-12-23).

Bei den pflegenden An- und Zugehörigen stand in einigen Fällen auch die **konfliktlösende Kommunikation** im Fokus, wenn die Beziehung zur umsorgenden Person beispielsweise besonders herausfordernd war, wurden gemeinsame oder auch mit der pflegebedürftigen Person alleine Gespräche geführt, um Konflikte aufzulösen und sensible Lösungen im Sinne der Stabilisierung des Sorgenetzwerkes zu finden:

„Genau, ich bin mit der Belastung ja über geblieben. Ich habe immer das von meiner Mutter draufgekriegt, ich will zu Hause bleiben. Und so hat ja meine Mutter auch mal eine andere Stimme bekommen, ein anderes Gespräch, dass es halt nicht mehr geht.“(I-3-21)

Unvorhersehbare Ereignisse und die Koordination vieler Akteure machen einen Fall meist erst komplex. Den CM wird hierbei ein hohes Maß an **Problemlösungsorientiertheit** und **Kommunikationsfähigkeit zur prozessverantwortlichen Steuerung des Sorgenetzwerkes** abverlangt. In einem Fall beschrieb ein*e pflegende*r Angehörige*r beispielsweise, dass neben zahlreichen Problemlagen im Bereich der Finanzierung, Wohnungskündigung und Betreuungsfragen auch noch eine unplanbare Operation der schwerstpflegebedürftigen Tochter im Raum stand, zu der sich keine Klinik bereit erklärte. Die/der CM habe hier das gesamte Versorgungsnetzwerk aufgebaut, koordiniert und zudem durch viele Gespräche mit unterschiedlichen Akteuren des Gesundheitswesens eine Klinik organisiert, die die Operation durchgeführt habe (IG-3-35).

In den CM-Interviews finden sich ebenfalls immer wieder Fundstellen, in denen von der ausgeprägten Interaktions- und Beziehungsarbeit berichtet wird. (IG-S-003_Q, IG-S-014_Q, IG-S-013_Q, IG-S-016_Q, IG-S-009_Q, IG-S-006_Q, IG-S-007_Q, IG-S-011_Q, IG-S-005_Q, IG-S-

012_Q, IG-S-004_Q). Dabei wurden vor allem Kompetenzen wie bspw. Gesprächsführung und Empathie aufgezählt. Das folgende Zitat zeigt, dass diese Interaktions- und Beziehungsarbeit in der Regelversorgung komplexer Bedarfe häufig zu kurz kam und die Intervention hier eine bestehende Lücke innerhalb der Versorgung komplexer Fallkonstellationen kompensierte:

„Also die Haltung ist auf jeden Fall, ja, ich würde mal sagen, empathisch gegenüber Hilfe und Unterstützungsbedarf, die Menschen einfach mitbringen, ja, dass man die vielleicht da abholen kann. [...] Also ganz viele, habe ich so die Erfahrung gemacht, wollen auch also einfach ernst genommen werden, gehört werden und wenn die schon, ich sage mal, einen Pflegegrad abgelehnt gekriegt haben, dann ist es/ Das ist natürlich jetzt erstmal ein Instrument, aber das sehen sie ja nicht so. Also für den MD ist das ein Instrument, die vergeben die Punkte und so ist es halt. Aber für den Menschen oder für den Klienten, glaube ich, hat das vielmehr mit, die nehmen mich nicht ernst, die sehen meine Situation nicht, die sehen nicht, dass es mir schlechtgeht. Und das finde ich so wichtig, dass das man das erstmal so mitnimmt. Und die Hausärzte haben wenig Zeit, die machen bestimmt gute Arbeit, aber die haben einfach/ Die können sich da keine Dreiviertelstunde hinsetzen und sich erstmal die Lebensgeschichte anhören. Und die Pflegedienste sind auch voll und wenn man da abgelehnt wird, also ganz viele sehen das ja nicht aus der professionellen Perspektive: Okay, die haben keine Kapazitäten, die haben keine Fachkräfte, die wissen das vielleicht, aber die nehmen das persönlich. Die sehen das oft so: >Mir hilft keiner, weil mir glaubt keiner, dass es mir nicht gutgeht.< Oder es wird einfach nicht so gesehen und ich glaube, da habe ich oder haben wir viel gemacht, also da wirklich hinzuschauen und zu sagen: >Okay, auch mit den Möglichkeiten der Hausbesuche, nee, Sie können nicht kommen, so. Das fällt Ihnen schwer, dann komme ich.< Das ist schon der erste Punkt zu: >Okay. Ich nehme das wahr und zitiere Sie nicht hierhin, weil dann müssten Sie jetzt einfach mal gucken, wie Sie hierhinkommen.< Ich meine, viele Akteure können in Behörden oder wie auch immer, da ist es einfach so, die können nicht anders agieren. Oder es ist in den Strukturen nicht so vorgesehen. Aber wir konnten das ja machen.“(IG-S-013_Q).

Innerhalb der CM-Interviews wurde besonders herausgestellt, dass die Pflegeausbildung (i.d.R. Gesundheits- und Krankenpflege oder Altenpflege) sowohl für den Beziehungsaufbau als auch den empathischen Zugang eine besondere Rolle gespielt hat:

„Ja, man hat einfach, ja, dadurch/ gerade als Altenpflegerin hat man ja noch mal viel mehr den Schwerpunkt auf Sachen Gesprächsführung, na. Dass man auch einfach da die Leute da abholen kann wo sie geradestehen. Und auch emotional. Das lernt man ja wirklich auch validierendes Arbeiten und so solche Sachen. Und ich glaube, das ist auch ein Pluspunkt für mich, weil ich komme ganz schnell nahe an die Leute ran. Dass sie mir wirklich vertrauen und dass sie sich auch wirklich öffnen und dass die einfach auch merken, ich weiß, wovon ich rede. Ich erzähle denen nicht irgendwie was,

sondern ich weiß wirklich, was da gerade bei denen losgeht, oder kann mich da reinversetzen halt einfach. Und das ist halt schon, nach 20 Jahren Berufserfahrung, ist das schon gut.“(IG-S-003_Q).

„Und im Gespräch kann man auch sehr, wie soll ich sagen, Vertrauen aufbauen. Und man fragt dann auch Themen nach, die vielleicht/ die man auch nicht beim ersten Besuch nachfragt, aber wie ist es mit der Inkontinenz vom Stuhl und Harn? Wie ist es so mit der pflegerischen Sache? Und ich glaube, das hat mich da schon viel weitergebracht, weil man, ja, ich glaube das gewisse Feingefühl einfach hat. Und ich glaube, das hätte ich sonst nicht unbedingt/ Oder ich würde die Themen gar nicht erkennen, weil ich nun mal so mein Blickfeld habe. Und ja, ich glaube da wären noch mal viele Themen/ Oder auch zum Beispiel Hilfsmittel. Kenne ich in der Praxis natürlich auch, die ich tagtäglich dann auch benutze. Und da kann ich sagen, ach, kennen Sie das? Oder, dann denke ich dann eher daran, als wenn ich nicht aus der Pflege kommen würde. Ja, so. (lacht).“ (IG-S-004_Q).

Die CM berichteten hier neben den eigenen Kompetenzen auch von einem berufsbedingten „Vertrauensvorschuss“:

„Vielleicht einfach weil man mehr Erfahrung mit einbringen konnte. Also vielleicht war man ein bisschen empathischer, wenn man das überhaupt sagen kann, aber man konnte anders auf die eingehen oder mit anderen Argumenten denen gegenüber treten, weil man halt wusste, wovon die reden oder was die da gerade machen.“ (IG-S-014_Q)

„[...], auch wenn ich es in meinem Umfeld erzähle, dass ich Krankenschwester bin, dass die Leute sofort so eine kleine, wie so eine kleine Schutzatmosphäre um einen rum bilden.“(IG-S-016_Q).

Methodenkompetenz

Methodenkompetenz im Bereich des CM umfasst im Allgemeinen verschiedene Fähigkeiten wie eine (Re-)Konstruktion von Unterstützungsnetzwerken, kommunikative Aushandlung, Unterstützungstechnik, Wissensmanagement und Evaluation des CM-Prozesses (Löcherbach et al. 2003).

Methodenkompetenz im Bereich des ReKo-CM erfordert, so die Ergebnisse der qualitativen Befragungen, insbesondere methodische Aspekte des **Wissensmanagements**. Die CM*innen heben hervor, dass der Austausch von umfassenden Informationen im Rahmen der Teamsitzungen und Fallbesprechungen eine zentrale Voraussetzung für ein gelungenes ReKo-CM ist:

„Wir haben ja regelmäßig unsere Fallbesprechungen in der Woche und halt mit den Kollegen [...] und da haben wir dann sehr viel, ja, Erfahrung und Wissen auch teilen können.“(IG-S-007_Q)

Alle CM bestätigten innerhalb der Interviews, dass Problemlösungen im Rahmen der CM-Prozesse drei Prozessschritte des Wissensmanagements umfasst: (1) Problemlösung auf Basis

der eigenen Expertise und Erfahrung (2), Problemlösung auf Basis des Austauschs im Team und (3) Problemlösung über Einbezug von Partner*innen im Netzwerk. Die geteilte Dokumentation der Prozessschritte und Problemlösungen (z. B. über die Software Quovero) ist dabei Teil eines gelungenen Wissensmanagements.

Erfahrungen in der pflegebezogenen Fallarbeit bilden eine gute Voraussetzung für ein gelungenes Wissensmanagement auch im pflegebezogenen Case Management:

„Weil also in der Ausbildung läuft es ja so, dass Du an Hand von Fällen ja die Ausbildung bewältigst, oder das Wissen erlernst. Und Du analysierst, also Du bekommst ein Fallbeispiel, und musst das analysieren. Und daraus ergeben sich ja die Probleme desjenigen, und daraus entwickelst Du ja Ziele. Also es ähnelt dem Case-Management sehr. Und dann kommt natürlich die Erkrankung, die dann halt von der Schule, die Du da halt mit lernst, da hast Du halt Deine eigene Fragestellung. Aber man lernt schon ganz krass, sich die Bedürfnisse und die Ängste und Nöte der Leute mit anzunehmen. Das ist ein ganz großer Faktor.“ (IG-S-005_Q). Weiterhin gaben die CM an, dass sie auch für die kommunikative Aushandlung und die Unterstützungstechnik stark auf das Fallverstehen aus der Pflegeausbildung und beruflichen Vorerfahrungen zurückgreifen konnten (unter anderem IG-S-003_Q, IG-S-008_Q).

Grundsätzlich zeigt sich bei dieser Kategorie, dass die methodischen Kompetenzen stark mit der pflegerischen Ausbildung oder Vorerfahrung verbunden waren. Im Rahmen der Fragen zur DGCC-Schulung wurde zudem deutlich, dass sich die CM eine stärkere praktische Ausbildung im Bereich der Methodenkompetenzen entlang des CM-Regelkreises (bspw. Differenzierung der Ziele, Erstellung des Serviceplans) gewünscht hätten (IG-S-002_Q, IG-S-004_Q, IG-S-008_Q, IG-S-0013_Q, IG-S-015_Q).

Selbst-Kompetenz

Zur Selbst-Kompetenz im Rahmen des CM im Allgemeinen gehören Fähigkeiten des **Selbstmanagements**, welche eine Reflexion der eigenen Arbeitsweise, Kompetenzen und Grenzen ermöglichen (Löcherbach et al. 2003). Dabei steht nach wie vor der Fall mit seinen komplexen Anforderungen im Vordergrund. Eine pflegende Angehörige nennt in diesem Zusammenhang, dass sie sich immer fachlich kompetent beraten gefühlt habe, wenn jedoch nicht alle Fragen in einem Termin geklärt werden konnten, wurden die erforderlichen Informationen zum nächsten Termin eingeholt:

„Also ich gehe davon aus, dass Frau [Name CM] sich bei manchen Fragen, wir hatten ja so ein paar spezielle Fälle, mit Sicherheit vorbereiten musste. Es gab immer so Sachen, wo sie sagte, ja, kann ich jetzt aus den Stehgreif nicht beantworten, werde ich mich aber schlau machen. Und, also da muss ich ja, da bin ich auch sehr beeindruckt von der Frau [Name CM], die hat sich da einfach, ja, sehr stark mit befasst und dann dauert es meistens auch nicht lange, dann kamen da irgendwelche Rück-Infos oder nochmal Gespräche, die wir geführt haben. Sie hören, ich lobe die Frau [Name CM] in höchsten Tönen.“ (I-3-39).

Die Interviews legen nahe, dass die CM ihre Grenzen wahrgenommen haben. Dabei reflektierten die CM auch wiederholt die Abwägung zur Hilfe zur Selbsthilfe:

„Also, dreiviertel der Arbeit ist ja Koordinieren. Dass man guckt, wie schafft man eine Versorgung die passt, die einfach konstant ist und die machbar ist in der Gegend. Es ist viel Telefoniererei, doch. So, den Erstkontakt herstellen zu Pflegediensten, zu Leistungserbringern, die sich dann meist beim Klienten noch mal wieder melden. Weil wenn man sagt, dass der Klient sich da melden soll, dann läuft das meistens nicht so, oder. Und wenn man dann dreimal nachfragt, haben Sie sich da schon gemeldet/ Manchmal schätzt man ja auch den Klienten falsch ein. Und die die es dann wieder verneinen, dann kann man das natürlich dann besser selber übernehmen, damit es dann auch läuft. Nur ich nehme ungern, das ist ja die Hilfe zur Selbsthilfe, den Leuten die Sachen aus den Händen. Die müssen ja auch nach uns weiter machen. Und sie dann ermutigen.“ (IG-S-004_Q)

Diese heterogene Bandbreite an Übernahme beschrieben auch die Leistungsempfangenden. In einzelnen Fällen wurden administrativen Aufgaben beispielsweise nicht übernommen, sondern eine Hilfestellung beispielsweise durch die Weitergabe möglicher Kontakte und Ansprechpartner*innen gegeben, um den Personen, die Möglichkeit zu geben, sich selbst um ihre Angelegenheiten zu kümmern:

„Ja, sie hat mir die Adresse dann gegeben und da habe ich mich an den gewendet und der ist dann gekommen auch gleich. Hatte auch Leute zur Verfügung und somit hat das alles recht gut und schnell gestimmt. Ja.“ (I-12-36)

Hier wurde nach dem Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe die Eigenständigkeit der Klient*innen gewahrt und lediglich eine Hilfestellung informativer Art gegeben.

Weiterhin wurde deutlich, dass sie sich einen professionellen Umgang mit bestehenden Wissenslücken angeeignet haben. Dabei griffen sie sowohl auf die anderen CM-Kolleg*innen als auch das regionale Netzwerk zurück (vgl. hierzu auch die Ausführungen zur Methodenkompetenz), wie das folgende Zitat einer CM verdeutlicht:

„Ja, in erster Linie habe ich selber immer versucht, kann ich das irgendwo finden? Google gibt ja auch vieles her oder wir haben ja auch im Wissensmanagement viele Dinge abgelegt. Und dann habe ich erstmal vereinzelt mit Kollegen gesprochen und dann nochmal im Team haben wir ja auch immer einmal in der Woche die Besprechung, das fand ich für mich auch immer ganz gut. Da hatte man auch immer so eine gewisse Sicherheit, wenn man nochmal wieder Dinge erfahren konnte, das mit den Kollegen zu besprechen.“ (IG-S-002_Q).

Parallel zu dem team- und fallbasierten Austausch wurden auch gezielte, häufig regional organisierte Fortbildungen von den CM besucht, wie das folgende Zitat u. a. aufzeigt:

„Ich habe viele Sachen nachgelesen, nachgearbeitet, Fortbildungen besucht und natürlich immer die Experten gefragt, entweder an der Pflegekasse, also ich frage dann auch wirklich so

lange nach, bis es mir reicht und bis ich dann auch denke, okay, das habe ich jetzt verstanden, so kann ich beraten. [...]. Und wie gesagt, wenn ich das in dem Moment nicht kann, dann sage ich, ich kümmere mich, ich finde es heraus, ich gebe ihnen eine Antwort. Und das funktioniert sehr, sehr gut.“ (IG-S-008_Q).

Insgesamt wird deutlich, dass die CM sich in einem fortwährenden eigenverantwortlichen Lernprozess befunden haben, um die vielfältigen Anforderungen zu bewältigen.

Auch die professionellen Dienstleister*innen beschrieben mehrfach mit den ReKo-CM gemeinsam an einem Fall gearbeitet zu haben. Diese seien entweder auf sie zugekommen oder die CM haben aktiv den Kontakt zu weiteren Akteuren im Versorgungsnetzwerk gesucht. Jeder habe demnach für seinen Fachbereich Lösungen gesucht. Den ReKo-CM wurden zumeist pflegerische Themengebiete zugeordnet.

Darüber hinaus gehöre zum Selbstmanagement auch die eigenen beruflichen (Belastungs-) Grenzen wahrzunehmen und zu wahren. Eine Mitarbeiter*in des Familienservicebüros, in dem ebenfalls eine ReKo-CM ansässig war, sieht hier eine Gefahr der Überlastung der CM und empfahl diesem neuen Berufszweig auf eigene Grenzen zu achten und professionelle Maßnahmen der Gesundheitsförderung wie Supervisionen durchzuführen:

„Ich kann mir vorstellen, dass es den Menschen vor allem, die ReKo Beraterinnen, die so aus der pflegenden Arbeit kommen, oder z. B. Altenpflegerin, Krankenschwester waren... Das ist ja ein sehr helfender Bereich und auch ein Bereich, wo es nicht leicht ist, immer eine Grenze zu setzen, oder vielleicht auch sprachlich etwas so zu lenken, dass es eben befriedigt wird und erst am nächsten Tag gelöst werden kann. Das würde ich den Kollegen tatsächlich wünschen, dass die vielleicht begleitend eine Supervision bekommen, oder Coachings oder Fortbildungen einfach um da noch so für sich was zu entwickeln. Um da selbst auch gesunde Grenzen ziehen zu können.“ (IG-4-5)

Die Wahrnehmung der Grenzen ist vor allem im Rahmen der Beantwortung zur Fallanzahl und Stellenumfang der CM thematisiert worden. Hier beschrieben die CM, dass eine Vollzeitstelle eine gute Work-Life-Balance erfordert, damit die vielfältigen Themen und komplexen Versorgungssituationen der Klient*innen nicht als „mentale Beanspruchung“ (Wendsche et al. 2023) mit in die Freizeit genommen werden.

„Also ich habe es ja jetzt gemacht die letzten Jahre [Ein Vollzeitstelle ausgeübt]. Wenn man eine gute Work Life Balance hat und auch wirklich schafft, abzuschalten, das hat auch wirklich/ Ja, es war zu Beginn schwer und die Supervisionen haben uns da auch gutgetan, dann kann man das schon schaffen. Es ist aber wirklich wichtig, dass man, auch wenn man frei hat, Feierabend, Wochenende, dass man dann auch wirklich nichts von dem Ganzen hört, sein Handy ausmachen kann und dann wirklich auch Freizeit hat, das ist schon wichtig, ansonsten ist das machbar.“ (IG-S-010_Q).

Weiterhin wurde thematisiert, dass die Erfahrungen aus der Pflege auch bei der Bewältigung belastender Situationen hilfreich war:

„Ja. Aber ich glaube, wenn man grade aus der Pflege kommt, kennt man ein hohes Belastungs-Niveau. Klar hatte man mal das Gefühl, okay, jetzt wird es schwierig. Aber da auch wieder das Rollen-Verständnis. Man ist ja nicht mehr die Feuerwehr. Also man muss ganz viel lernen, das mussten wir auch lernen, Prozesse zu akzeptieren, und die Situation ist nicht erst seit heute so. Dass man da langsam mit rein geht, und versucht da Besserung zu bringen. Und jede Besserung ist ein Fortschritt. Und ja, deswegen glaube ich, sind Pflegekräfte grade einem sehr hohen Stress-Level ausgesetzt gewesen. Und halt deswegen konnte ich mich da nie beschweren. Also es war immer alles gut.“(IG-S-005_Q).

Sach- und Systemkompetenz

Die Sach- und Systemkompetenz umfasst das Spezialwissen, welches sich sowohl auf die jeweilige Profession bezieht in deren Umfeld das CM ausgeübt wird, als auch das systemische Wissen, welches übergeordnetes Organisationswissen und Wissen zur Infra- und Versorgungsstruktur beinhaltet (Löcherbach et al. 2003).

Die Interviews mit den hilfe- und pflegebedürftigen Menschen und den pflegenden An- und Zugehörigen vermitteln alle den Eindruck, dass die CM über ein breites **Sachwissen** verfügen. Dieses wurde auch schon mehrfach in dem vorherigen Kapitel 3.1 ausgewiesen, indem die Interviewteilnehmenden davon berichteten, zu welchen Themenbereichen, die CM beraten und unterstützt haben und ihre hohe Zufriedenheit benannten. Eine Interviewperson erzählte, dass durch den vor der ReKo-Intervention eingebundenen Pflegedienst keine Pflegeberatung durchgeführt werden konnte, im Gegensatz dazu habe die Case Managerin aber „in allen Dingen irgendwo beraten“. Begründet wurde dies mit der beruflichen Ausbildung:

„Weil sie selber Krankenschwester ist, sehr versiert und muss ich sagen, also hat auch für jedes Problem irgendwo einen Lösungsansatz.“ (I-12-33)

An einer anderen Stelle des Interviews bezog sich die Person auf ihre eigenen Fähigkeiten sich zu informieren und die Grenzen, die dem gegeben sind:

„Ich kann mich auch mit meiner Krankenkasse auseinandersetzen über die App oder E-Mails oder sonst irgendwo. Aber es gibt auch manche Bereiche, da hat unsereins als normaler Mensch kaum Ahnung von und wenn man dann die Leute von der ReKo hat, die eigentlich in dieser Gesundheitsgeschichte geschult sind und sich mit den Gesetzen und Vorgaben auskennen, das ist genau richtig.“ (I-12-33)

Ähnlich erlebte es eine pflegende angehörige Person, die es als besonders gelungen empfand, dass die Krankheitsgeschichte nicht lang erklärt werden musste: „Die kannte sich ja auch mit den Krankheiten natürlich aus. Das ist auch total toll.“ (IG-3-33)

Hier scheint wieder vor allem die pflegerische Ausbildung eine Basis für die Durchführung von CM im Umfeld von Pflegebedürftigkeit darzustellen. Dies betonte ebenfalls ein/e Mitarbeiter*in des PSPs in der Zusammenarbeit mit den CM:

„Ja die sind natürlich noch jeder mit ihrer eigenen Sichtweise dazu gekommen und jeder hat noch eigene Ideen eingebracht. Gerade auch die Pflegefachkräfte haben natürlich auch ihr pflegerisches Wissen mitgebracht. Ich muss dazu sagen ich bin nur Sozialarbeiterin, ich bin keine Pflegekraft und das ist natürlich auch ganz häufig ein Mehrwert gewesen, dass die auch eben, gerade wenn es um Behandlungssachen geht, da sicherlich auch noch Entscheidendes mitbringen konnten.“ (I-5-27)

Auch bei der Begleitung der Proband*innen bei der Begutachtung des Medizinischen Dienstes zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit stellten die Mitarbeiter*innen des MD fest, dass ein pflegerisches Fachwissen von Vorteil ist:

„Die Pflegemanager oder die Case-Manager waren natürlich fachlich unterschiedlich aufgestellt, das haben die Gutachter auch zum Teil gemerkt. Dass war, wenn die nicht direkt aus der Basis kam, sondern nur aus der Theorie, das haben die auch ganz schnell auf dem Schirm gehabt die Gutachter. Und die, die von der Basis kamen, die waren noch (...) also da war es dann eins zu eins, das war super.“ (I-5-21).

Die ReKo-CM gaben ebenfalls alle innerhalb der t1-Interviews an, dass sie häufig auf ihr pflegerisches Fachwissen und Fallverstehen zurückgreifen konnten, wie das folgende Zitat exemplarisch verdeutlicht:

„Ja, man konnte Folgeprobleme vielleicht besser schildern. Also, man wusste in gewissen Situationen, wenn wir den- wenn er das mit seinem Blutzucker oder mit seinem Insulinspritzen nicht hinkriegt, dann haben wir bald ein Riesenproblem. Weil dann bald- dann wird wahrscheinlich wieder eine Krankenhausaufnahme stattfinden oder ein Sturz wird stattfinden, der bricht sich seine Hüfte und liegt wieder ein paar Wochen im Krankenhaus, ist danach eventuell noch pflegebedürftiger, wie er jetzt schon ist. Also, man versucht, diese Verstrickungen- auch Nahrung, also Nahrungsaufnahme, Trinken bei Epileptikern zum Beispiel. Also, man denkt quasi immer mal noch wieder einen Schritt weiter, weil dieses medizinische Verständnis dahinter ist, und das hilft einem enorm zu wissen, was könnten Probleme sein, die auch auf ihn zukommen, und kann da eventuell schon von vornherein aktiv agieren mit Ärzten vielleicht auch zusammen oder mit anderen Professionen zusammen, Ergotherapie, Physiotherapie, was auch immer, um eben genau solche Folgeprobleme eben, ja, entgegenzuwirken. Das hilft als Krankenschwester, weil man noch mal wieder paar Schritte weiterdenken kann.“ (IG-S-016_Q).

Fachübergreifendes Organisationswissen im Sinne des Systemwissens bspw. zum allgemeinen Aufbau von Leistungsangeboten sei laut zwei Akteuren des Versorgungswesens anfänglich teilweise eingeschränkt gewesen, dieses Defizit konnte jedoch im Verlauf behoben werden:

„Und am Anfang des Projektes da habe ich noch gedacht, naja, die Damen, die dort tätig sind die müssen noch ein bisschen was dazu lernen. Auch beim Einrichten von Betreuung und so. Da war man ziemlich zurückhaltend. Das hat sich aber über die Zeit hinweg hat sich das zu einer super Zusammenarbeit rauskristallisiert.“ (Pflegeeinrichtungsleitung IG-4-1).

Im späteren Verlauf des Interviews betonte diese interviewte Person außerdem wie bedeutsam auch die **Berufserfahrung** sei, um bestimmte Sachverhalte und Verwaltungsprozesse zu verstehen und bspw. die Erfolgsaussichten bei bestimmten Lösungsansätzen einzuordnen. Ein/e Mitarbeiter*in der Eingliederungshilfe erlebte dagegen ein ausreichendes fachübergreifendes Wissen der CM:

*„Also ich weiß jetzt nicht was sie mit sozialarbeiterischem Bereich meinen, aber alles Sachen was kam aus Reha-Recht und dann die ganzen Anträge, also eigentlich habe ich die in allen Bereichen als sehr kompetent erlebt.“
(Eingliederungshilfe IG-4-12)*

Die CM berichteten auch selbst von ihrer vielfältigen Netzwerkarbeit (vgl. hierzu auch Kap. 3.20):

„Also sie waren sehr positiv und dann ging das Ganze natürlich weiter in das Netzwerk der Region die Seniorenbeiräte, die Mitarbeiter der Stadt, der Bürgermeister, aber auch hier die Anbieter, Tagespflege, ambulante Pflege, Haushaltspraxen, Apotheken, also mittlerweile habe ich eigentlich mit den allermeisten zusammengearbeitet, zu tun, mit einigen mehr, mit anderen weniger. Aber ja, also ich habe das so wahrgenommen, dass ich viel Netzwerkarbeit gemacht habe und das kam dann ja auch tatsächlich über die Pflögetische noch, die dann ja gegründet wurden und die dann ja auch im Bentheim gestartet sind und dann irgendwann auch in Schüttorf, wo sich halt einfach auch so alle möglichen Akteure aus der professionellen Pflege, aber eben auch Ehrenamt, auch nochmal ganz wichtiger Bereich, wo ich finde, wo wir viele Anknüpfungspunkte gekriegt haben von Anfang an, wo ich viel mitarbeite, gerade wenn Klienten keinen Pflegegrad haben und nicht auf Leistungen der Pflegekasse zugreifen können, ist das total wichtig, dass man die so immer als Zwischenlösung, als Überbrückung hat. Und da habe ich auch mittlerweile hier schon einige Leute kennengelernt, die ich dann einfach unkompliziert anrufen kann und für die ein oder andere Fahrt oder wirklich, ja, für den Besuchsdienst, weil einfach sehr viele Menschen sehr einsam sind.“ (IG-S-013_Q).

Auch die CM rekapitulierten in ihren Interviews, dass Wissen zu allgemeinen Verwaltungsthemen über den Projektzeitraum erarbeitet werden mussten:

„Ja, also ich fand es natürlich am Anfang ein bisschen schwierig, weil man natürlich die Region noch gar nicht so kannte und, ja, also natürlich auch irgendwie ein neues Metier gestartet ist, was ja auch wirklich sehr komplex ist, dadurch, dass man ja auch Personen eingeschrieben hat, die jetzt gar nicht unbedingt nur pflegerische Probleme hatten, sondern auch, ja, ganz viele verschiedene sozialrechtliche Bereiche. Schulden, vielleicht irgendwelche prekären familiären Situationen. Und damit, finde ich, musste man erst mal so ein bisschen, ich sage jetzt mal, warm werden und lernen, damit umzugehen, Prioritäten zu setzen etc.. Weil ich finde, das hat eigentlich dann doch relativ schnell geklappt, dadurch, dass ich auch eine ganze Stelle habe, hatte ich ja dann doch auch relativ viel Klientenkontakt und relativ viele Fälle dann auch und habe mich da, glaube ich, eigentlich ganz gut eingegroovt, weil man ja auch dann doch relativ schnell wusste, welche Stellen hier wofür zuständig sind. (IG-S-012_Q).

Von Vorteil war es, wenn die CM bereits **Erfahrungen mit der regionalen Versorgungsinfrastruktur** hatten. Wie bereits in Kapitel 3.5 beschrieben, nahmen die CM die soziale Lebenswelt der Klient*innen sowie die personellen Sorgeressourcen in den Blick und je nach Bedarf wurden diese Ressourcen erweitert oder angepasst. Dabei griffen die CM häufig auf Kenntnisse der Region und der in ihr handelnden Akteure zurück:

„Es erleichtert unglaublich viel und man sich noch nicht auskennt, muss man unglaublich viel Energie reinstecken, um diese Landschaft zu begreifen.“ (Teilhabeberatung IG-4-2)

Eine CM war bereits durch ihre vorherige berufliche Position in der Region bekannt und verfügte über ein breites Netzwerkwissen:

„Ich glaube, dadurch, dass Frau [Name CM] schon eigentlich sehr präsent war durch den Pflegedienst, in dem sie damals schon gearbeitet hat. Sie ist eigentlich bekannt und sie ist eine ganz, ganz liebe und sehr bemüht. Ich denke, dadurch, wenn man Frau [Name CM] sagt in dieser Gegend, dann kennen die Leute sie.“ (IG-4-14- Pflegefachperson amb. Pflegedienst)

Ein niedrigschwelliger Zugang in der Region wurde bei den Leistungsempfängenden, wie in diesem Fall ein/e pflegende/r An- und Zugehörige/r ebenfalls als positiv erlebt:

„Wo wir dann auch irgendwelche Anträge ausgefüllt haben. Sie hat immer wieder telefonisch nachgefragt oder ich konnte, wenn ich Fragen hatte, mich melden. Sie hat ja jetzt, na, das ist ja auch schon bestimmt ein halbes Jahr, dass sie auch Sprechstunden anbietet hier im Nachbarort. Also da bin ich dann auch mal hingefahren, als ich dann akut irgendwas hatte und wo sie einen Blick drauf werfen sollte auf irgendwelche Anträge. Also so konnte man auch ganz kurzfristig, dass man sich dann persönlich noch eben trifft. Das war überhaupt kein Problem.“ (I-3-38)

Ein anfängliches Grundvertrauen bestand auch, wenn die CM einen heimatlichen Bezug zur Region hatten, dies sei oft als ein Einstieg in Gespräche und dem Beziehungsaufbau sehr

förderlich gewesen. In einem Fall war die Case Managerin der Interviewperson noch aus Jugendjahren bekannt:

„Also wir sind, ich wohne hier auf dem Dorf. Wir kennen uns früher aus der Disco. Also wir sind hier im Dorf alle miteinander groß geworden. Und so war natürlich auch sofort ein Grundvertrauen war da, ne? Und von daher gesehen war es ja auch, dass was die ReKo gemacht hat, dass sie vor Ort immer ortsansässige Berater haben, das ist ja hier der goldene Schuss.“ (I-12-33)

„Ja. Einstieg ne. Wenn ich gesagt hab, was für eine Geborene ich bin, dann wird immer gefragt wie, wo, was und hab nicht gesehen. Fakt: Das Eis ist damit gebrochen. Das kommt bestimmt mehr auch bei den Klienten als bei den Akteuren aber bei den Klienten ist es einfach, wenn sie irgendwie ne Verbindung dazu aufbauen können ist das Vertrauen einfach gleich schon da.“ (ReKo-CM IG-4-9)

Individuelle Handlungskompetenz

Die individuelle Handlungskompetenz ist innerhalb des Kompetenzmodells von Löcherbach (2003), die zentrale Schnittmenge der Sozial-Kompetenz, Methodenkompetenz, Selbst-Kompetenz sowie Sach- und Systemkompetenz (Löcherbach et al. 2003, S. 204).

In dieser Kategorie wurden Aussagen der Interviewten codiert, die Hinweise darauf geben, wie **entscheidungs- und handlungsfähig** die CM wahrgenommen wurden. Die Interviewten der ZG 1 bis 3 gaben hier beispielsweise an, dass ihnen immer eine realistischer Handlungsspielraum aufgezeigt wurde:

„Dass man halt sofort mit der Wahrheit rauskommt. Nicht drum rumredet, sondern, ja, das ist so, dass wird so halt nicht mehr klappen. Man muss das und das machen, nicht halt weit drum rumreden über die Probleme, die da sind.“ (I-3-21)

Diese Person beschrieb die CM-Begleitung als sehr zielführend.

Die CM scheinen demnach auch nach **Prioritäten** im ihnen möglichen **Handlungsspielraum** zu handeln. Die CM selbst führten zudem aus, dass sie die Möglichkeit hatten nicht standardisiert vorzugehen, sondern dort zu koordinieren und zu interagieren, wo es notwendig ist:

„Also es [gemeint ist das CM] nicht standardisiert zu haben. Und das merken wir auch. Und wir können auch in der Koordinierungsfunktion immer nur schauen, wo ist eine Tür, die aufgeht und gehe ich da jetzt durch. Und ich muss halt immer die Chancen sehen. Und das kann ich nicht standardisiert meiner Meinung nach.“ (IG-S-017_Q)

„Also man weiß ja nie am Tag, was gerade kommt. Und wenn man sich irgendwas vornimmt dann kommt wieder ein Anruf und es kommt ganz anders. Also ich glaube man muss sehr, sehr flexibel sein,...]. (IG-S-014_Q)

Die Selbstbestimmtheit der Case Manager*innen korrespondierte auch mit den Hausbesuchen, die sie zeitlich flexibel einteilen konnten. Das führte dazu, dass Hausbesuche auch spontan durchgeführt werden konnten. Eine Interviewperson der ZG 1 bis 2 merkte das als besonders gelungen an:

„Einmal ist sie sogar gekommen, weil sie sagte >Ich bin gerade hier vorbeigekommen, gucke mal eben rein<, das fand ich auch sehr gut.“ (I-12-22)

Häufig vermerkte Textstellen betonen den Umfang der Zeit, den die Case Manager*innen für die Gespräche aufgebracht hätten:

„Die hat sich Zeit genommen. Die hat nicht einmal auf die Uhr gesehen. Sie hat sich die Zeit genommen, die wir eigentlich brauchten.“ (I-12-33)

Im Zusammenhang des Projektes war, anders als beispielsweise in den regulierten Leistungskomplexen ambulanter Pflegedienste, Zeit keine systematisch begrenzte Ressource. Die Case Manager*innen konnten den Klient*innen auf Grundlage ihres eigenen Handlungsspielraumes und im Rahmen der durch andere Fälle gebundenen Ressourcen die **Zeit einräumen**, die sie für notwendig erachteten. Daraus entstand bei den Klient*innen das Gefühl, ausführlich Inhalte besprechen zu können:

„Und vor allen Dingen ruhig und sachlich, nicht hampelig oder hektisch. Sehr ruhig und sehr, ja, hat mir gut gefallen. Also das war eine gute Idee.“ (I-12-38)

Diese Flexibilität spiegelt sich auch in folgender Aussage einer pflegenden an- und zugehörigen Person wider:

„Okay. Ja, die Erreichbarkeit war sehr gut. Jetzt ich habe es vorgezogen, erst mal den E-Mail-Kontakt zu suchen. Am Anfang gab es ein persönliches Treffen. Das fand ich auch sehr gut. Aber danach war es für mich eben einfacher über E-Mail Kontakt aufzunehmen und telefoniert haben wir zwischendurch auch mal. Aber die Erreichbarkeit war sehr gut.“ (I-3-30)

Eine **Handlungsfähigkeit in Ungewissheit** scheint maßgeblich bei komplexen Versorgungsfällen aufzutreten. Hierbei spielten die Unvorhersehbarkeit und die Dynamik der Problemlagen ebenfalls eine Rolle. Die Pflegearbeit ist ähnlich geprägt. 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. Diese Unwägbarkeiten wurden auch in den Interviews benannt:

„Ja, es ist einfach immer individuell. Also, das ist so was/ man geht rein und denkt, ach, heute bespreche ich das, das und das und dann, beim ersten Punkt merkt man, oh, es nimmt eine ganz, ganz andere Richtung/ Da werden Sachen noch mal preisgegeben, die hat man vorher gar nicht erahnt. Und ja, es ist total ungewiss. Also, es gibt kein Schema F und es ist auch immer so/ Manche sind auch schnell überfordert, wenn man zu viele

Informationen gibt. Da muss man ja auch immer aufpassen, dass man so das richtige Maß findet.“ (IG-S-004_Q).

Auch durch vor allem gesundheitliche Veränderungen im zeitlichen Verlauf entstand Ungewissheit:

„[...] es waren schon einige Fälle dabei, bei denen ich so das, was ich mir vorgestellt habe, gar nicht so umsetzen konnte. Weil dann doch noch mal irgendwie die Krankheit sich verschlechtert hat, weil es dann irgendwie finanzielle Probleme gab, weil es dann jetzt auch oft in der Coronazeit das Problem war, dass gar nicht unbedingt die Einrichtungen, die man sich dann überlegt hatte, Kapazitäten hatten. Rehas konnten nicht durchgeführt werden. Genau, Klienten hatten dann auch Corona. Solche Geschichten waren dann halt schwierig, ne? Also man musste manchmal schon dann ein bisschen kreativ werden und auch kurzfristig irgendwie so die Pläne ändern.“ (IG-S-012_Q)

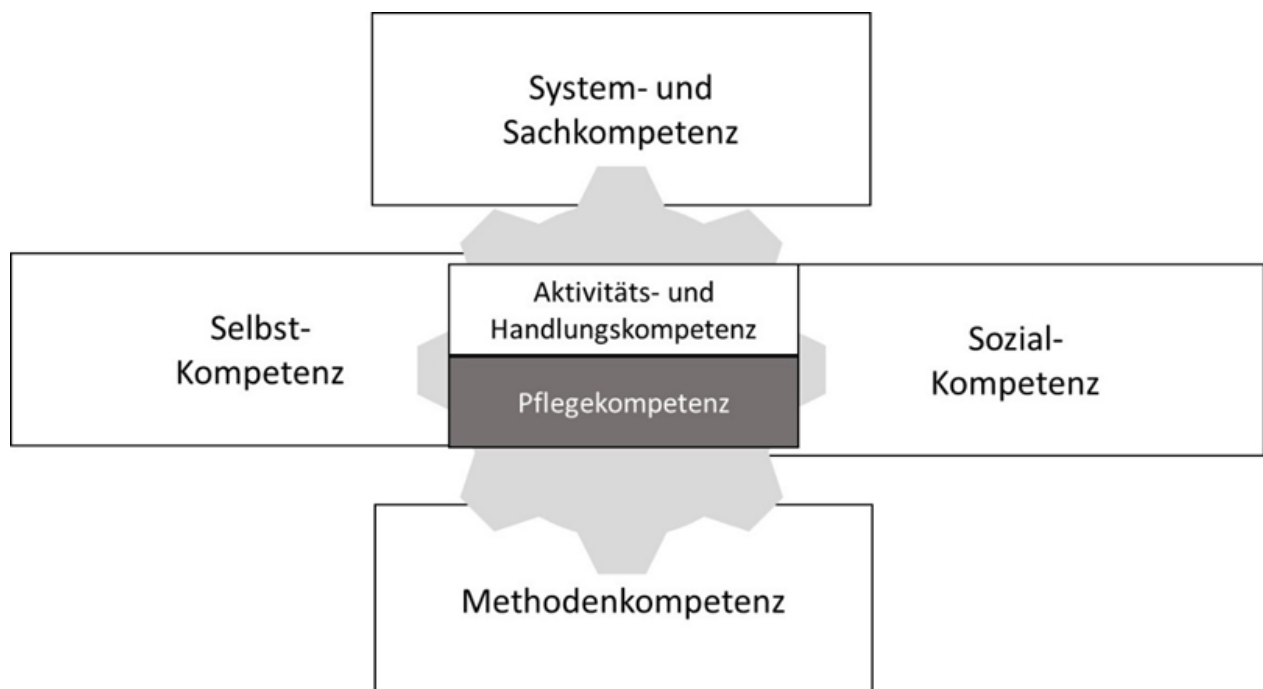


Abbildung 45: Subjektiv erlebte Servicequalität anhand der Qualifikationsdimensionen, in Anlehnung an Löcherbach (2002)

Pflegekompetenz

Die pflegerische Kompetenz ist mit den einzelnen bisher genannten Kompetenzen verzahnt (vgl. Abbildung 45: Subjektiv erlebte Servicequalität anhand der Qualifikationsdimensionen, in Anlehnung an Löcherbach (2002)). Wie in den obigen Kategorien daher bereits angeklungen, ist die wahrgenommene Qualität der Versorgung sehr eng mit der pflegerischen Kompetenz verbunden. Um Pflegekompetenz innerhalb des Datenmaterials zu erkennen, wurden die Charakteristika guter Pflege entsprechend (Hülksen-Giesler und Daxberger 2018) genutzt, die Pflegearbeit definieren als:

- Interaktions- und Beziehungsarbeit, die neben funktionalen Verrichtungen u. a. auch Emotionsarbeit, Gefühlsarbeit, Kooperationsarbeit (Böhle und Wehrich 2020) umfasst.
- Wissensbasierte Arbeit, die interne und externe Evidenz verbindet (Behrens 2019; Behrens und Langer 2016).
- Körperorientierte Arbeit, die den ganzen Körper-Leib des Menschen betrifft (Hülken-Giesler 2008; Remmers 1997).

Arbeit in komplexen Zusammenhängen, die an den Grundbedürfnissen hilfebedürftiger Menschen ansetzt (Remmers 2010) und „*die Wiederherstellung oder Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit unter den Bedingungen der Selbstbestimmtheit*“ (Bartholomeyczik 2014, S. 82) sowie die Ermöglichung einer selbstbestimmten sozialen Teilhabe verfolgt.

Arbeit in Ungewissheit, die nur bedingt standardisiert werden kann, da sie von Unwägbarkeiten und stetigen Aushandlungsprozessen geprägt ist (Rabe-Kleberg et al. 1991).

In der nachfolgenden Tabelle werden den jeweiligen Charakteristika exemplarische Zitate zugeordnet, um die Relevanz der Kategorien im Material zu verdeutlichen. In den Interviews zeigte sich, dass alle CM, die eine pflegerische Ausbildung hatten, diese auch als wertvoll für das CM im Umfeld von Pflegebedürftigkeit empfunden haben (n=16).

„Also das [gemeint ist die Pflegeausbildung]) hatte eigentlich für mich fast immer eine sehr hohe Relevanz, zumindest wenn es wirklich um Gesundheit, Krankheit und Pflege ging und weniger um soziale Arbeit. Kann ich als Beispiel nennen, dass es ja auch der Fall war, dass zum Beispiel rechtliche Betreuer, die Sozialarbeiter sind, auf uns zugekommen sind und gebeten haben, einen Fall mit zu übernehmen und zu begleiten, weil einfach das pflegerische Fachwissen fehlt und man da dann in die Häuslichkeit kommt und doch nochmal anders sieht und anders beraten kann. Und das ist einfach schon ein ganz klares Beispiel dafür, dass Pflege CM und soziale Arbeit CM einfach nicht komplett dasselbe ist.“ (IG-S-010_Q).

Da nur ein/e ReKo-CM keine Pflegeausbildung hatte, sind leider keine Vergleiche möglich.

Charakteristika	Beschreibung Pflegearbeit umfasst...	Exemplarische Fundstelle im in den Interviews der CM
Interaktions- und Beziehungsarbeit	Interaktions- und Beziehungsarbeit, die neben funktionalen Verrichtungen u. a. auch Emotionsarbeit, Gefühlsarbeit, Kooperationsarbeit (Böhle und Wehrich 2020) umfasst.	„Ja, ich gla-, also ich glaube auch, dass die Leute-, man sagt-, also wenn man sagt, man hat in der Pflege gearbeitet einige Zeit, dann sind die-, ist immer, ah, okay, Krankenschwester. Damit verbinden die irgendwie immer was (3) schönes, liebevolles, was Gutes. Also das hebt die Beziehung immer noch mal auf ein anderes Level, und auf ein anderes Verständnis. Weil die auch glaube ich das Gefühl haben, dem kann man sich auch mehr öffnen. Mir muss nichts unangenehm unbedingt sein. Also das versuche ich auch immer zu vermitteln. Ne? Und (1) ja, dahingehend die Beziehungsgestaltung einfach.“ (IG-S-005_Q). „Und im Gespräch kann man auch sehr, wie soll ich sagen, Vertrauen aufbauen. Und man fragt dann auch Themen nach, die vielleicht/ die man auch nicht beim ersten Besuch nachfragt, aber wie ist es mit der Inkontinenz vom Stuhl und Harn? Wie ist es so mit der pflegerischen Sache? Und ich glaube, das hat mich da schon viel weiter gebracht, weil man, ja, ich glaube das gewisse Feingefühl einfach hat. Und ich glaube, das hätte ich sonst nicht unbedingt/ Oder ich würde die Themen gar nicht erkennen, weil ich nun mal so mein Blickfeld habe. Und ja, ich glaube da wären noch mal viele Themen/ Oder auch zum Beispiel Hilfsmittel. Kenne ich in der Praxis natürlich auch, die ich tagtäglich dann auch benutze. Und da kann ich sagen, ach, kennen Sie das? Oder, dann denke ich dann eher daran, als wenn ich nicht aus der Pflege kommen würde. Ja, so. (lacht).“ (IG-S-004_Q).
Wissensbasierte Arbeit	Wissensbasierte Arbeit, die interne und externe Evidenz verbindet (Behrens 2019; Behrens und Langer 2016).	„[...] mit einem Pflegehintergrund deutlich besser aufgestellt sind. Weil die Krankheitsbilder kennen, und weiß dann auch wovon die Leute sprechen, wenn die Dir jetzt sagen, ich hab einen Apoplex, oder was weiß ich gehabt.“ (IG-S-006_Q).
Körperorientierte Arbeit	Körperorientierte Arbeit, die den ganzen Körper-Leib des Menschen betrifft (Hülsken-Giesler 2008; Remmers 1997).	„Heute Morgen kam jemand zu mir zum Gespräch, der hat überhaupt keine Luft mehr gekriegt. Also, der war kurzatmig ohne Ende. Ja gut, dann rattert das bei mir im Kopf, geht sofort los. Okay, der wird irgendwo voll sitzen mit Wasser, deswegen kriegt er jetzt keine Luft und so solche Sachen. Dann geht dieses ganze Krankheitsbild/ geht dann einfach nur los. Die Therapien habe ich auch schon im Kopf. Aber das ist ja meine Wahrnehmung. Das ist ja das was bei mir dann abgeht. Aber das ist ja in dem Moment nicht sein Problem. Weil sein Problem war gerade ein ganz anderes. Natürlich gucke ich dann im Gespräch mir die Füße an, sind die geschwollen, ja oder nein? Wie lange Sätze kann er sprechen,

		ohne dass er wieder Luft holen muss? Also, diese Krankenbeobachtung läuft, wenn man da einmal drinnen ist, immer ab.“(IG-S-003_Q).
Arbeit in komplexen Zusammenhängen	Arbeit in komplexen Zusammenhängen, die an den Grundbedürfnissen hilfebedürftiger Menschen ansetzt (Remmers 2010) und „die Wiederherstellung oder Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit unter den Bedingungen der Selbstbestimmtheit“ (Bartholomeyczik 2014, S. 82) sowie die Ermöglichung einer selbstbestimmten sozialen Teilhabe verfolgt.	„Beispiel Pflegedienst, braucht jetzt doch einen Pflegedienst. Also habe ich geschaut, okay, wo ist einer in der Nähe? Passt der zu demjenigen? Haben die die Kapazitäten? Können die das durchführen? Und hab dann gesagt, okay, wir brauchen den, bitte melden Sie sich bei dem Klienten entweder, wenn das der Klient wollte. Oder ich habe schon alles so weit geklärt. Auch gesagt-, oder Hilfsmittel, dass man dann beim Arzt das Rezept bestellt hat. Dann die Hilfsmittel-Versorgung, den Leistungserbringer angerufen hat, das Hilfsmittel ist vor Ort, das holt der Klient am nächsten Donnerstag-, hat der sowieso einen Termin. Das holt der ab. Könnt Ihr die Toilettensitzerhöhung schon vorher bringen? Ja, können wir. Den Klienten wieder anrufen, und sagen, das kommt jetzt. Bitte seien Sie zu Hause. Also ja, viel auch Vermittlung. Also ich war auch mit bei Krankenkassen, hab da Gespräche mitgeführt. Weil den Leuten das schwergefallen ist. Ja, zum Beispiel.“(IG-S-005_Q).
Arbeit in Ungewissheit	Arbeit in Ungewissheit, die nur bedingt standardisiert werden kann, da sie von Unwägbarkeiten und stetigen Aushandlungsprozessen geprägt ist (Rabe-Kleberg et al. 1991).	„Die Klientel, was das Alter der Klientel bestimmt, dass dann halt eben was dazu kam. Sturz-Ereignis oder sowas oder, ne? Oder ich hatte das auch, da ist dann von heute auf morgen musste die Dame dann aus der Wohnung raus, dass man da auf einmal steht, und muss dann im Prinzip quasi das ganze Case-Management, was man vorher geplant hatte, noch mal einmal wieder aufrollen, weil, ne, also das war ganz unterschiedlich. Also weil, ja, ich meine, der Mensch ist halt eben, ne? Also es kann/ 20 Jahre lang kann alles ganz normal laufen und dann auf einmal hast du innerhalb von einem Jahr fünf Katastrophen. Und das ist halt oft unvorhersehbar gewesen. Bei manchen war es, ja, wo du dann am Anfang gedacht hast, ach ja, das läuft ganz gut. Und wo dann irgendwann das Chaos kam.“ (IG-S-007_Q). „Ja, also ich denke schon, dass Ungewissheit auch mit reinspielt. Wenn man jetzt zum Beispiel, ja, sich überlegt, was der Klient bräuchte oder man überlegt, mit ihm zusammen Ziele oder Maßnahmen und letztendlich ist ein Plan super, aber wenn es dann an der Durchführung hakt, aus welchen Gründen auch immer, ist es natürlich schwierig. Also einige Klienten, die dann auch wirklich sagen, also sobald es zu einer Durchführung kommt, eigentlich so ein bisschen so einen Rückzieher machen und dann: "Ach nee,

		ach doch nicht Tagespflege. Ach nee, doch nicht" und so. Das erlebe ich oft. [...]. Oder, weil halt einfach keine Kapazitäten bei den Anbietern da sind."(IG-S-013_Q)

Ergänzend zu den Charakteristika wurde induktiv aus dem Material identifiziert, dass vor allem die CM, aber auch andere ZG, immer wieder von einem pflegerischen Blick berichteten. Dabei ging es um das geschulte Wahrnehmen der pflegebedürftigen Person mit Blick auf pflegerische Auffälligkeiten, aber auch der Wohnumgebung und den dort implizierten pflegerischen Anforderungen:

Ergänzend zu den Charakteristika wurde induktiv aus dem Material identifiziert, dass vor allem die CM, aber auch andere ZG, immer wieder von einem pflegerischen Blick berichteten. Dabei ging es um das geschulte Wahrnehmen der pflegebedürftigen Person mit Blick auf pflegerische Auffälligkeiten, aber auch der Wohnumgebung und den dort implizierten pflegerischen Anforderungen:

„Und daraufhin sagte sie aber, sie hat dann ja auch gesehen, wie schlecht ich gehe und so und auch das Zittern. Dann hat sie gesagt, ich brauche da gar nicht lange Zeit abwarten. Ich soll die Drei beantragen und das war dann auch gut.“ (I-12-11)

In diesem Abschnitt berichtete die Person von der Beantragung eines Pflegegrades und dem dazu vorher mit der Case Managerin geführten Gespräch. Die Person führte aus, dass die Case Managerin durch ihre pflegerische Wahrnehmung die Beantragung des Pflegegrades vorher einschätzen konnte. Um diese Wahrnehmung ermöglichen zu können, ist der Besuch in der Häuslichkeit von zentraler Bedeutung. Insbesondere dann, wenn die in der folgenden Aussage angesprochene Vergegenwärtigung der Wohnumstände ebenfalls bedeutsam ist:

„Die ist dann auch gleich/ Am anderen Tag war die da, wie ich zu Hause war und dann haben wir das alles so besprochen, dass es da in meiner Wohnung, das war im ersten Stock, dass es auf Dauer sowieso nichts ist.“ (I-12-6).

„Ja, dass man, wie gesagt/ Dass man erkennt wo die pflegerischen Defizite sind und dann Lösungen sucht. Dass man vielleicht erkennt, ah, das Gangbild ist unsicher, der Rollator ist vielleicht nicht gut eingestellt, oder der läuft/ oder die Person läuft sonst mit dem Stock. Wären andere Hilfsmittel vielleicht besser? Die Selbstversorgung, wenn jemand einen Pflegegrad beantragt und ich den sehe, dann kann ich ja schon grob einschätzen, ah, der braucht da und da und da auch Hilfe. Dieses Weitsichtige. Also, ich/ ja, was weiß ich. Wie ich es schon am Anfang gesagt habe, trockene Haut, da ist vielleicht auch ein Problem. Liegt das Problem daran, dass die Haut nicht vernünftig gepflegt wurde? Liegt das Problem daran, dass/ liegt es daran, dass zu wenig getrunken wird? Und wenn dann zu wenig getrunken wird, wie kriege ich hin, dass dieser Person besser, oder vernünftig trinkt, regelmäßiger trinkt? Und dann ist es einfach so, in der Pflege hat man dann einfach so ein paar Hilfsmittel, total einfach, aber man muss daran denken. Man stellt sich ein Gefäß hin. Das muss über Tag zweimal leer getrunken werden. Man visualisiert es.“ (IG-S-004_Q).

Insgesamt finden sich 32 Codes zum pflegerischen Blick, die sich über alle Einschätzungen der CM mit Pflegeerfahrung erstrecken (n=16).

Rückschlüsse für die Ausbildung zur/zum CM (Qualitative Erhebungen ZG 4 CM, t1)

Forschungsfragen (Gesamtübersicht s. Anhang)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
F4: Wie bewerten die ReKo-CM die DGCC-Schulung als Vorbereitung für die Tätigkeiten im Rahmen des pflegebezogenen CM?	T1: ZG 4: CM: 17 Interviews	Qualitative Einzelinterviews

Die Ausbildung zum CM wurde innerhalb der CM-Interviews thematisiert. Über die Auswertung der Befragung konnten Einschätzungen bzgl. der absolvierten DGCC-Schulung sowie etwaige Verbesserungspotenziale identifiziert werden.

Von den 17 CM, die interviewt wurden, hatte eine Person keine CM-Schulung erhalten, da sie erst gegen Ende der Projektlaufzeit in das Projektteam aufgenommen wurde. Innerhalb des Interviews berichtete die Person von dem fehlenden Wissen und dass eine Ausbildung auf jeden Fall sinnvoll ist, um sich die Arbeitsweise und Dokumentation zu erarbeiten. Eine weitere Person hat die DGCC-Schulung nachgeholt und zwei Personen hatten bereits eine Ausbildung und haben die Schulung im Rahmen von ReKo dennoch erneut als Auffrischung mitgemacht. Die 16 interviewten Teilnehmer*innen der **DGCC-Schulung haben diese grundsätzlich als gute Voraussetzung und Vorbereitung** für die Arbeit als ReKo-CM bewertet.

„Ja. Auf jeden- auf jeden Fall. Also methodisch, also durch [DGCC-Dozent] ja auch einfach und ich finde da hat man auch nochmal diesen anderen Blick kennengelernt und auch was CM und so überhaupt bedeutet. Ich glaube ohne das würde man das jetzt auch nicht so ausführen können, weil es auch einfach bei der Digitalisierung, also in unserem CM Programm in Quovero ist es ja auch einfach Bestandteil. Ich glaube ohne das wüsste man gar nicht was man da genau machen sollte oder würde es nicht so verstehen. Und andererseits hatten wir auch die Leute die von hier aus der Umgebung kamen und uns geschult haben quasi, die waren ja auch Bestandteil der DGCC Fortbildung und das waren super viele Themen, die man halt im Alltag nutzen kann. Deswegen war es super gut das vorher gehabt zu haben.“(IG-S-014_Q). Oder: „Du machst ja diese Case-Management-, Entschuldigung, Case-Management-Ausbildung machst du ja, um im Prinzip den Grundstock zu legen. Und also ich fand, wir hatten einen sehr, sehr guten Grundstock.“(IG-S-007_Q)

Wie das erste Zitat zeigt und in weiteren Interviews sichtbar wurde, wurden die regionalen Dozent*innen als besonders wertvoll bewertet. Die regionalen Dozent*innen ermöglichten ihnen parallel zur Schulung das Netzwerk zu stärken und regionsspezifische Regelungen zu erlernen (bspw. IG-S-012_Q). Eine Person brachte die Motivation regionale Personen mit einzubeziehen innerhalb des Interviews wie folgt auf den Punkt:

„Aber wenn ich diese Fortbildung mache, muss ich persönlich die Kritik äußern, dass ich sage, gut, wenn ich den Ablauf kenne, weiß ich ja noch nicht, an welche Leistungserbringer ich herantreten muss, wie das in

meiner Region funktioniert. [...], wir brauchen die CM Ausbildung, aber wir brauchen auch den Bezug zur Region. Also mir nützt es nichts, wenn ich weiß, ich muss Kontakt aufnehmen zur Eingliederungshilfe, weiß aber gar nicht, wer sind hier die Akteure.“ (IG-S-017_Q).

Innerhalb der Interviews wurden die folgenden **Verbesserungspotenziale** für die Schulungen angegeben:

Stärkere inhaltliche Vorbereitung auf die Beratungsinhalte, sozialrechtliche Grundlagen und Leistungsansprüche durch die CM-Ausbildung:

„[...] dass man im Grunde eigentlich nur die- ja, man lernt das Verfahren des CMs, aber man lernt auch nicht unbedingt die Inhalte der Beratung. Also wenn ich jetzt zum Beispiel einen Pflegegrad beantrage, dabei unterstütze, dass ich im Grunde vielleicht noch gar nicht weiß, was sind denn die Leistungsansprüche. Das heißt, ich muss auch ein Vorwissen haben, ich muss insbesondere in der Leistungsver- in der Pflegeversicherung muss ich ein gewisses Wissen haben, sonst brauche ich gar keine CM Ausbildung machen. Weil das lerne ich eigentlich in der Ausbildung nicht, in der CM Ausbildung.“ (IG-S-017_Q).

Die **Möglichkeit einer aufbauenden Spezialisierung** im CM nach der Ausbildung:

„Was ich einfach schön fände, wenn man auf diesen Grundstock aufbauen könnte und dass man sagt, so, wir wollen jetzt mal gucken, ob wir das vielleicht noch mal spezialisieren, dass man dann einfach sagt, wo sind im Gros der Kollegen, wo sind Themen, wo man vielleicht noch mal speziell drauf eingehen könnte, dass man dann einfach im Prinzip wie so eine Auffrischung plus halt.“ (IG-S_007_Q).

Stärkere **Kopplung mit der praktischen Arbeit**:

„Vielleicht tatsächlich die Case-Management-Ausbildung nochmal so ein bisschen mehr koppeln mit der praktischen Arbeit.“ (IG-S-013_Q).

„In der Schulung, ja, welche Strategien es gibt, eben diese komplexe Fallbearbeitung abzuschließen, wenn man diese Hürden hat, der, wie kann man sagen, der problematischen Vernetzung, also, wie kann man sich vernetzen, was sind da gute Ansätze? Wie sehr ist da eine feste Zuordnung erforderlich? Ja, Stichwort Quartiersbezug. Bin ich für eine Gemeinde, für eine Stadt zuständig? Mit wie vielen Akteuren muss ich mich vernetzen? So dieses Thema, dieses Praktische nochmal, ja, im Sinne eines Austauschs zu erörtern, wie man das konstruktiv und gut angehen kann unter den Limitierungen, die eben so dieses sektorenübergreifende System hier mit sich bringt.“ (IG-S-015_Q).

Parallele Begleitung bzw. Follow-Up-Lehreinheiten während der praktischen Arbeit.

„Und ich hätte und am Anfang war das, war das sehr eng begleitet sage ich mal und dann irgendwann so gar nicht mehr. Und ich hätte mir in unserer Fallarbeit gewünscht, dass immer nochmal sukzessive Treffen stattfinden, wo er [CM-Dozent] dann auch die Fälle vielleicht nochmal auseinandernimmt, und in dem System schaut, ist es jetzt wirklich auch CM? Bearbeitet man so Fälle? Also das hätte ich gerne so nochmal gespiegelt bekommen, ob wir da wirklich auf dem ganz richtigen Weg sind.“ (IG-S-008_Q)

„Ich weiß nicht, ob es besser gewesen wäre, hätte man die DGCC-Schulung nicht komplett voran/ also nicht so vorgeschoben, sondern, dass es wirklich Hand in Hand mit der praktischen Arbeit gelaufen wäre. Das wäre wahrscheinlich organisatorisch schwieriger gewesen und nicht sinnvoll, aber vielleicht inhaltlich. Und von der Wissensdurchlässigkeit, sage ich mal, kann ich mir vorstellen, wäre es ein bisschen besser gewesen.“ (IG-S-013_Q).

Neben den Impulsen für eine Verbesserung wurde auch deutlich, dass jedwede Vorbereitung ihre Grenzen hat, da komplexe Fallbearbeitung und Netzwerkarbeit stets neue, komplexe Anforderungen mit sich bringt, wie dieses Zitat verdeutlicht:

„Also mir hat es auf jeden Fall sehr viel weiter geholfen, um das ganze Case-Management vernünftig zu verstehen. Aber auf manche Hausbesuche kann es einen nicht vorbereiten. Weil wenn man in, in verschiedene Wohnungen kommt, und dann in Fäkalien steht, darauf kann einen auch keine Case-Management-Ausbildung (lacht) vorbereiten. (lachen).“ (IG-S-006_Q)

Diskussion der Teilergebnisse ›Subjektiv erlebte Servicequalität und Kompetenzanforderungen‹

In diesem Ergebniskapitel steht die Servicequalität des ReKo-CM im Mittelpunkt der Betrachtung. Innerhalb der Interviews mit allen verschiedenen ZG wurden die Erfahrungen mit dem ReKo-CM bzgl. der Servicequalität, die Kompetenzen der CM, die Pflegebezogenheit im CM und die Ausbildung der CM untersucht. Die Interviews wurden inhaltsanalytisch anhand deduktiver und induktiver Kategorien ausgewertet.

Die zentrale Erkenntnis ist, dass die ZG die ReKo-Mitarbeitenden als kompetente Fallmanager*innen wahrgenommen haben. Dies wird deutlich, da den ReKo-CM in Anlehnung an das CM-Kompetenzmodell von Löcherbach (2003) die notwendigen **Sach- und Systemkompetenz, Selbstkompetenz, Methodenkompetenz und Sozialkompetenz** zugesprochen wurden, die zusammengeführt die individuelle Handlungskompetenz darstellten. Außerdem berichteten die Leistungsempfänger von einer **gelingenen Beziehungsarbeit**, die durch einen empathischen und vertrauensvollen Umgang geprägt gewesen ist. Diese vertrauensvolle, zugewandte Beziehung wird auch in der Literatur als bedeutsamer Prädiktor für den Erfolg eines Beratungsprozesses gesehen (Großmann 2009). Ergänzt wurden diese Kompetenzen um **spezifische Pflegekompetenzen**, die hier entlang der ›Charakteristika guter Pflege‹ (Hülsken-Giesler und Daxberger 2018) systematisiert wurden.

Pflegebezogene fallspezifische Handlungskompetenz konnte in diesem Zusammenhang als zentrale Querschnittskompetenz für eine gelungene Servicequalität im Kontext des ReKo-CM identifiziert werden, welche sich in allen anderen Kompetenzbereichen wiederfindet und die CM-Leistungserbringung maßgeblich beeinflusst. Insbesondere wird die Beziehungsgestaltung, Empathie und Zeit für die Klient*innen im CM-Prozess als maßgeblich für eine erfolgreiche Wahrnehmung der Kompetenz bzw. Servicequalität beschrieben. Diese Erkenntnis deckt sich mit ähnlichen Studienergebnissen zur CM-Beratung im Alter (Wendt 2012; Ehlers und Huchthausen 2012).

Induktiv wurde besonders ein »**pflegerischer Blick**« beschrieben, der die Wahrnehmung der ReKo-CM für die komplexen Problemlagen im Umfeld von Pflegebedürftigkeit geschärft hat. Der »pflegerische Blick« wird in der Fachliteratur bereits thematisiert (Wettreck 2020; Schroeter 2013) , u. a. in Bezug zu CM (Schroeter 2013). Dabei stellt Schroeter das Zusammenspiel zwischen biografischen und lebensweltlichen sowie medizinischen Aspekten innerhalb der Pflegearbeit heraus (Schroeter 2013, S. 24 ff.).

Hier gilt es im Anschluss an die ReKo-Evaluation weiter anzusetzen und das gewonnene Material sowie ggf. neues Datenmaterial auf eine Pflegebezogenheit und ggf. spezifische Sinneswahrnehmungen zu untersuchen.

Für die **DGCC-Schulung** kann resümiert werden, dass die **Schulungen als eine gute Vorbereitung** auf die ReKo-Arbeiten bewertet wurden. Etwaige Verbesserungen könnten nach der Einschätzung der CM: eine stärkere inhaltliche Vorbereitung, Möglichkeit einer aufbauenden Spezialisierung, Kopplung mit der praktischen Arbeit und parallele Begleitung bzw. Follow-Up-Lehreinheiten sein.

Limitationen bestehen vor allem aufgrund fehlender vergleichbarer Ausbildungsmodelle der ReKo-CM, da alle außer eine/r teilnehmenden Person eine DGCC-Ausbildung absolviert haben. Diese Einschränkung gilt auch für die Pflegebezogenheit der CM. Da nur eine Person keine Pflegeausbildung absolviert hat, sind keine vergleichenden Aussagen möglich. Zukünftige Forschung sollte sich vor allem den Fragen der Besonderheiten von CM im Umfeld von Pflegebedürftigkeit widmen, da in den Daten hierzu vielfältige Impulse, jedoch ebenfalls ernstzunehmende Limitationen vorliegen.

3.7 Veränderungen von Pflegebedürftigkeit

Routinedaten, Barthel Index; interRAI-HC-Assessment, t0 und t1

Zentrale Ergebnisse
Die Analysen zeigen, dass das ReKo-CM zwar den Anstieg von Pflegebedürftigkeit nicht verhindern kann, aber signifikant dazu beiträgt, bislang nicht erfasste Pflegebedarfe sichtbar zu machen und den Zugang zum Pflegesystem zu erleichtern. Besonders männliche Probanden, die oft erst spät in einen Pflegegrad SGB XI eingestuft werden, profitierten von der Intervention. Die Stabilisierung des Gesundheitszustandes in der IG, belegt durch das interRAI HC-Assessment, deutet darauf hin, dass das CM präventiv wirken und das Fortschreiten der Pflegebedürftigkeit verlangsamen kann.

Der Evaluationsendpunkt ›Veränderung der Pflegebedürftigkeit‹ wird aus drei unterschiedlichen Erhebungsperspektiven untersucht. Zuerst werden die Ergebnisse hinsichtlich der *Veränderung der sozialrechtlich anerkannten Pflegegrade nach SGB XI* vorgestellt. Anschließend werden die Untersuchungen der *Erhebungen des BI* zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit vorgestellt. Aus einer dritten Perspektive beantworten die Ergebnisse aus den Erhebungen des *Pflegeassessments interRAI HC* die Forschungsfrage nach der Veränderung der Pflegebedürftigkeit und potentiellen Einfluss des CMs. Im Anschluss an die Ergebnisse wird eine Zusammenführung der verschiedenen Erhebungsperspektiven und anschließend eine gemeinsame Teildiskussion vorgenommen.

Entwicklung der Pflegegrade nach SGB XI

Hypothesen (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
H1: Die durchschnittliche Einstufung in Pflegegrade unterscheidet sich zum Zeitpunkt t0 zwischen IG und KG nicht signifikant. H2a: Die durchschnittliche Einstufung in Pflegegrade erhöht sich zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 in der IG signifikant. H2b: Die durchschnittliche Einstufung in Pflegegrade erhöht sich zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 in der KG signifikant. H3: Die durchschnittliche Veränderung der Pflegegrade zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 erhöht sich in der IG stärker als in der KG. H4: Die durchschnittliche Veränderung der Pflegegrade von Proband*innen mit komplexem Pflegebedarf zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 verhält sich in der IG überproportional zu den Veränderungen der Pflegegrade von Proband*innen mit weniger komplexem Pflegebedarf.	N = 1192 IG = 554 KG = 638 Berechnungen mit Komplexität: N = 1108 IG = 541 KG = 567	Routinedaten-Auswertung

Gegenstand

Grundlage der Untersuchungen der Veränderung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI sind die GKV-Routinedaten bzw. die Daten der Pflegeversicherung. Betrachtet werden die Pflegegrade

der Proband*innen zum Zeitpunkt vor der Intervention (t0) und zum Zeitpunkt nach der Intervention (t1). Außerdem wird die Veränderung der Pflegegrade in Form des Umfangs der Veränderung untersucht. Um die Veränderung der Pflegegrade festzustellen, wird eine Delta-Variable generiert, die die Differenz zwischen t0 und t1 ausdrückt ($\text{deltapg} = \text{t1pg} - \text{t0pg}$). Neben der zeitlichen Unterscheidung zwischen den Erhebungszeiträumen wird ein Vergleich zwischen der IG und der KG unternommen. Darüber hinaus werden die Effekte in Bezug auf die Komplexität der ReKo-Fälle untersucht (siehe Kapitel 3.2, 2.4.1).

Hypothesen

Die grundlegende Annahme ist, dass progrediente Pflegeverläufe und/oder der Alterungsprozess bei den ReKo-Proband*innen der IG und der KG über den Projektverlauf höhere Pflegegrade notwendig werden lassen, die Pflegegrade im Projektverlauf also insgesamt ansteigen. Ein Unterschied in den Pflegegraden in IG und KG zum Zeitpunkt vor der Intervention wird nicht angenommen. Neben dem Anstieg der Pflegegrade in beiden Gruppen erwarten wir einen stärkeren Anstieg in der IG, da durch das CM eine engere Begleitung vor allem besonders komplexer Fälle möglich ist, die bislang keinen Weg in das Pflegesystem nach SGB XI gefunden haben. Die folgenden Hypothesen leiten die Untersuchung:

H1: Die durchschnittliche Einstufung in Pflegegrade unterscheidet sich zum Zeitpunkt t0 zwischen IG und KG nicht signifikant.

H2a: Die durchschnittliche Einstufung in Pflegegrade erhöht sich zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 in der IG signifikant.

H2b: Die durchschnittliche Einstufung in Pflegegrade erhöht sich zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 in der KG signifikant.

H3: Die durchschnittliche Veränderung der Pflegegrade zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 erhöht sich in der IG stärker als in der KG.

H4: Die durchschnittliche Veränderung der Pflegegrade von Proband*innen mit komplexem Pflegebedarf zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 verhält sich in der IG überproportional zu den Veränderungen der Pflegegrade von Proband*innen mit weniger komplexem Pflegebedarf.

Vorgehen Datenbereinigung und Umformung

Die Pflegegrade der Proband*innen sind innerhalb der Erhebungszeiträume veränderbar, das heißt es gibt im Jahr vor der Intervention potentiell mehr als einen vergebenen Pflegegrad. Um für die Analyse dennoch einen Pflegegrad pro Person festzustellen, wurde in jedem Erhebungszeitraum der zuletzt vergebene Pflegegrad als für den Erhebungszeitraum geltend festgelegt. Personen, die keinen Pflegegrad haben, sind nicht im Datensatz der GKV-Routinedaten enthalten. Diese Personen wurden dem Datensatz hinzugefügt und mit einem Pflegegrad = 0 codiert. Die Pflegegrade variieren im Datensatz somit zwischen 0 und 5.

Neben deskriptiven Statistiken zu den Verteilungen der Pflegegrade in den Studiengruppen werden Gruppenunterschiedstests durchgeführt. Aufgrund der ordinalen Skalierung der Pflegegrade wird hier ein Wilcoxon- bzw. Mann-Whitney-U-Test durchgeführt, je nachdem, ob ein Intra- oder Intergruppenvergleich der Studiengruppen über die Erhebungszeiträume durchgeführt wird.

Ergebnisse

Abbildung 46 zeigt die Verteilung der Pflegegrade nach Studiengruppe und Erhebungszeitraum. Die prozentualen Angaben beziehen sich auf den Anteil des jeweiligen Pflegegrades an der Studiengruppe, also haben bspw. 31,9 % der Proband*innen der IG zum Zeitpunkt vor der Intervention keinen Pflegegrad. In der KG weist ein Anteil von 30,1 % keinen Pflegegrad auf. Auch die übrigen Pflegegrade unterscheiden sich zwischen den Studiengruppen relativ nur marginal. Lediglich bei einem Pflegegrad 3 ist der Anteil in der KG bedeutsam größer als in der IG. Der Gruppenunterschiedstest weist den Unterschied zwischen IG und KG zu t0 als nicht signifikant aus, womit H1 nicht abzulehnen ist (vgl. Tabelle 79): Die durchschnittliche Einstufung in Pflegegrade unterscheidet sich zum Zeitpunkt t0 zwischen IG und KG nicht signifikant. Beschränkt man den Blick zu t0 auf jene Proband*innen, die einen anerkannten Pflegegrad aufweisen, wird neben dem Unterschied bei Pflegegrad 3 auch Pflegegrad 2 bedeutsamer. Der Anteil an Proband*innen mit Pflegegrad 2 ist in der IG größer als in der KG, während es bei Pflegegrad 3 umgekehrt ist (siehe Tabelle A.1, Anlage 8). Die Verteilungen der Pflegegrade sind in beiden Gruppen abweichend von der Verteilung der Pflegegrade aller Menschen in Deutschland mit anerkannter Pflegebedürftigkeit. Die Pflegegrade 1 und 2 sind in den Studiengruppen überrepräsentiert, während die Grade 3, 4 und 5 unterrepräsentiert sind (Matzk et al. 2023, S. 239).

Tabelle 79: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests (Wilcoxon- bzw. Mann-Whitney-U-Test)

Gruppen	W/V	p-Wert	r
Intervention t0 – t1	28772	<2,2e-16***	0,84
Kontrolle t0 – t1	17443	<2,2e-16***	0,90
t0 – Intervention vs. Kontrolle	184329	0,1811	0,04
t1 – Intervention vs. Kontrolle	164955	0,0399*	0,06
Delta Intervention vs. Kontrolle	151091	3,937e-07***	0,15
Delta komplexe Fälle (Intervention vs. Kontrolle)	16100	0,000117***	0,19
Delta weniger komplexe Fälle (Intervention vs. Kontrolle)	54822	0,003878**	0,11

Auffällig ist, dass in beiden Studiengruppen in der Gruppe der Proband*innen ohne Pflegegrad Männer einen größeren Anteil ausmachen. Zu t0 haben in der KG 40 % der männlichen Probanden keinen Pflegegrad, während dieser Anteil bei den Frauen 26 % beträgt. In der IG ist die Verteilung ähnlich: hier haben 34 % der Männer und 24 % der Frauen keinen Pflegegrad. In der KG überwiegen in den übrigen Pflegegraden 1, 2, 4 und 5 jeweils die Anteile der Frauen denen der Männer, lediglich der Anteil der Männer mit Pflegegrad 3 ist leicht höher als bei den Frauen. In der IG ist das Bild etwas anders: hier überwiegen die Anteile der Frauen bei den Pflegegraden 1 und 2, bei den Graden 3, 4 und 5 hingegen ist der Anteil der Männer größer (vgl. Tabelle A.1 und Tabelle A.3, Anlage 8).

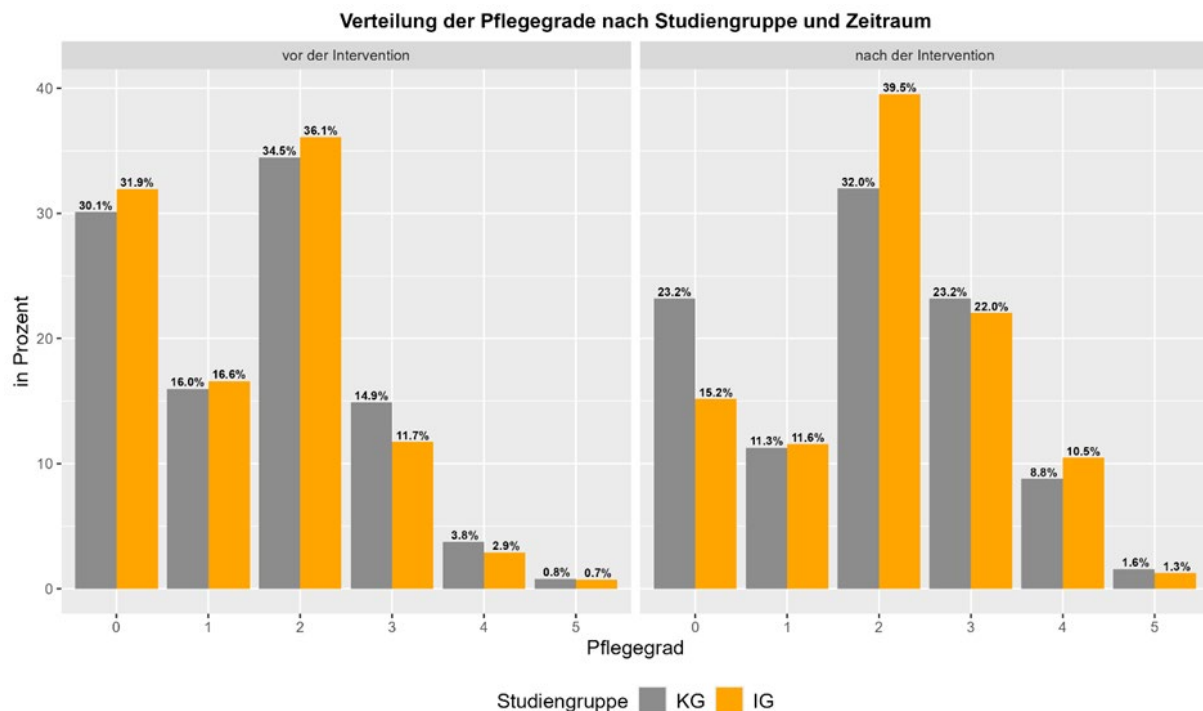


Abbildung 46: Verteilung der Pflegegrade nach Studiengruppe und Zeitraum

Ebenfalls in Abbildung 46 ersichtlich ist die Verteilung der Pflegegrade ein Jahr nach der Intervention. Hier sind nun die Anteile der Proband*innen mit keinem Pflegegrad verändert. Einerseits sind diese in beiden Studiengruppen stark rückläufig, das heißt, dass diese Proband*innen nun einen Pflegegrad erhalten haben, andererseits hat sich die Verteilung zwischen den Studiengruppen verändert: in der IG sind nun mit einem Anteil von 15,2 % relativ weniger Menschen ohne einen Pflegegrad als in der KG mit einem Anteil von 23,2 %. Ähnliches ist auch bei den Proband*innen mit Pflegegrad 2 zu beobachten. Deren Anteil stieg in der IG an (36,1 % zu 39,5 %) und nahm in der KG ab (34,5 % zu 32,0 %). Vergleicht man die Verteilungen der Studiengruppen ein Jahr nach Interventionsbeginn im Mann-Whitney-U-Test, so ergibt sich ein signifikanter Unterschied ($p=0,0399$) (vgl. Tabelle 79). Die Verteilungen der Proband*innen mit einem anerkannten Pflegegrad zu t1 sind, ähnlich wie zu t0, in den Pflegegraden 2 und 3 unterschiedlich. Die IG weist einen größeren Anteil in Pflegegrad 2 auf, die KG in Pflegegrad 3 (siehe Tabelle A.1, Anlage 8). Die Verteilungen der Pflegegrade zu t1 sind in beiden Gruppen der Verteilung der Pflegegrade aller Menschen mit anerkannter Pflegebedürftigkeit in Deutschland ähnlicher als zu t0. Einzig auffälliger Unterschied ist, dass die KG einen größeren Anteil an Menschen mit Pflegegrad 3 aufweist (30 %) als die Population in Deutschland (28,2 %), während die IG gleichzeitig einen geringeren Anteil aufweist (26 %). Bei einem Pflegegrad 2 liegt die KG (42 %) sehr nah an der deutschen Population (41 %), während die IG hier mit 47 % einen größeren Anteil aufweist. Der Pflegegrad 5 ist weiterhin im Studiensample in beiden Gruppen unterrepräsentiert, während nun im Vergleich zu t0 der Anteil der Proband*innen mit Pflegegrad 4 der deutschen Population in beiden Gruppen ähnelt (Matzk et al. 2023, S. 239). Der Unterschied in den Verteilungen der Pflegegrade zwischen Frauen und Männern zeigt zu t1 in der KG kaum Veränderungen gegenüber t0. Lediglich der Anteil der Männer mit Pflegegrad 5 ist nun zu t1 größer als der Anteil der Frauen (vgl. Tabelle A.3, Anlage 8). In der IG zeigt sich ein stark verändertes Bild. War der Anteil der

Proband*innen ohne Pflegegrad bei den Männern zu t0 noch gegenüber dem der Frauen deutlich erhöht, so sind die Anteile zu t1 ausgeglichen (Frauen 9,9 %; Männer 10 %). Auch in den Pflegegraden 1 und 2 sind die Anteile jetzt ausgeglichener, wenngleich der Anteil der Frauen mit Pflegegrad 2 (46 %) den der Männer noch übersteigt (40 %). Bei den Anteilen der Geschlechter an Pflegegrad 3 haben sich die Verhältnisse zu t1 umgekehrt, hier ist nun der Anteil der Frauen (22 %) größer als der der Männer (19 %). In Pflegegrad 4 ist ein starker Anstieg im Anteil bei den Männern zu verzeichnen: hier war der männliche Anteil auch zu t0 schon größer als der der Frauen, der Unterschied wurde aber zu t1 noch größer (Frauen: 7,8 %; Männer: 17 %). In den Anteilen von Pflegegrad 5 sind die Anteile ausgeglichen.

Betrachtet man die Verteilungen sowohl der IG als auch der KG einzeln, zeigt sich eine grundsätzliche Verschiebung nach rechts, das heißt die Pflegegrade steigen über den Erhebungszeitraum. Intra-Gruppenunterschiedstests für beide Studiengruppen schätzen diese Entwicklung als signifikant auf einem Niveau von $\alpha=0,001$ (IG: $p < 2.2e-16$; KG: $p < 2.2e-16$), auch die Effektstärke zeigt den deskriptiv sichtbaren Effekt mit einem Wert von $r=0,84$ für die IG bzw. $r=0,90$ für die KG als stark an. Die Hypothesen 2a und 2b sind also nicht abzulehnen: **Die durchschnittliche Einstufung in Pflegegrade erhöht sich zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 in der IG und in der KG signifikant.**

In Abbildung 47 ist die Verteilung der Pflegegrade für komplexere Fälle unterteilt nach Studiengruppe und Zeitraum zu sehen. Erkennbar ist, dass die KG zu t0 annähernd normalverteilte Pflegegrade aufweist: der mit knapp 42,4 % häufigste festgestellte Pflegegrad ist Pflegegrad 2. In der IG hingegen ist die Verteilung der komplexeren Fälle weniger regelmäßig verteilt. Hier liegt der größte Anteil mit 33,6 % ebenfalls bei Proband*innen mit Pflegegrad 2, jedoch knapp gefolgt von dem Anteil an Proband*innen ohne Pflegegrad (29,6 %). Zum Zeitpunkt nach der Intervention gleicht sich die Verteilung der IG der der KG an. Im Anteil der Proband*innen mit Pflegegrad 2 sind beide Gruppen nun annähernd identisch.

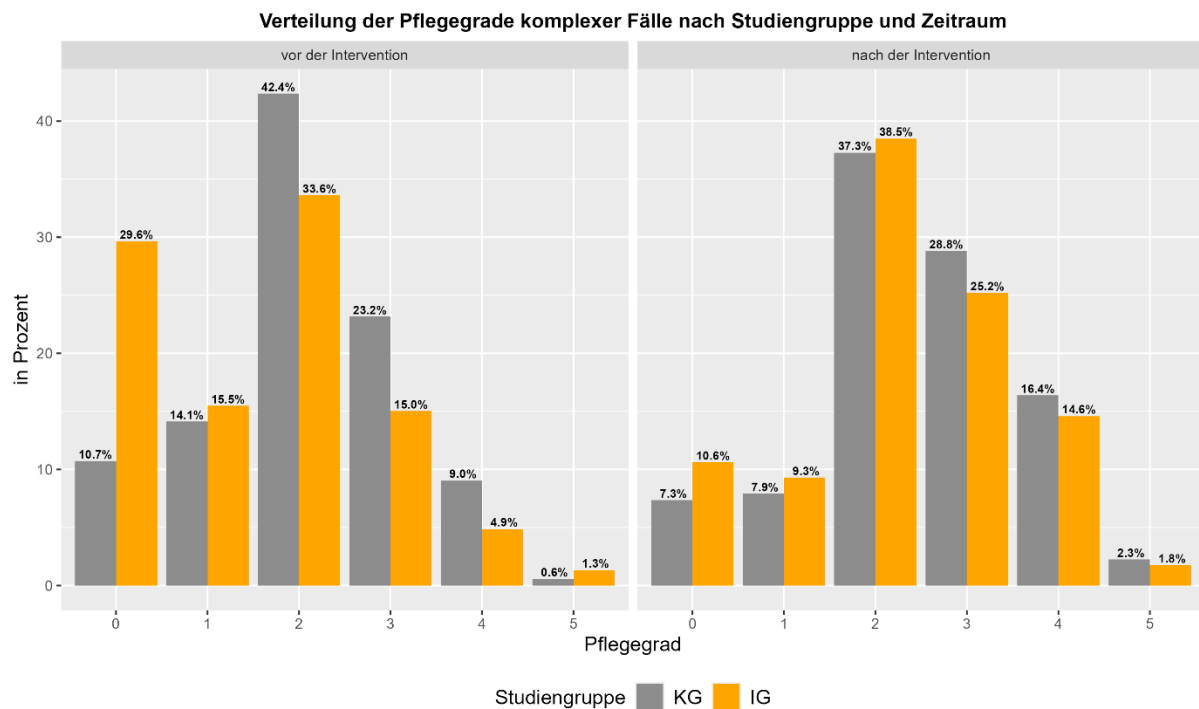


Abbildung 47: Verteilung der Pflegegrade komplexer Fälle nach Studiengruppe und Zeitraum

Differenz der Pflegegrade

Abbildung 48 zeigt die Verteilung der Veränderungsvariable der Pflegegrade (deltapg) zwischen t0 und t1, also der Umfang der Veränderung im Zeitraum der Intervention. Der größte Teil der Proband*innen hat sich in seinem Pflegegrad nicht verändert. Mehr Veränderungen gab es in der IG. Eine Veränderung um einen Pflegegrad haben jedoch in der KG mehr Proband*innen vollzogen als in der IG. Größere Veränderungen gab es in der IG häufiger, sowohl in die zunehmende als auch abnehmende Richtung. In der IG wurden häufiger Proband*innen in niedrigere Pflegegrade eingestuft als in der KG, auch wenn diese Veränderungen absolut nicht ins Gewicht fallen. Betrachtet man die Unterschiede im Umfang der Veränderungen zwischen den Studiengruppen mit einem Gruppenunterschiedstest, so erweist sich die größere Veränderung in der IG als signifikant ($p = 3,937e-07$). Der Effekt wird mit $r = 0,15$ als geringer Effekt eingeschätzt. Hypothese drei kann daher nicht abgelehnt werden: **Die durchschnittliche Veränderung der Pflegegrade zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 erhöht sich in der IG stärker als in der KG.**

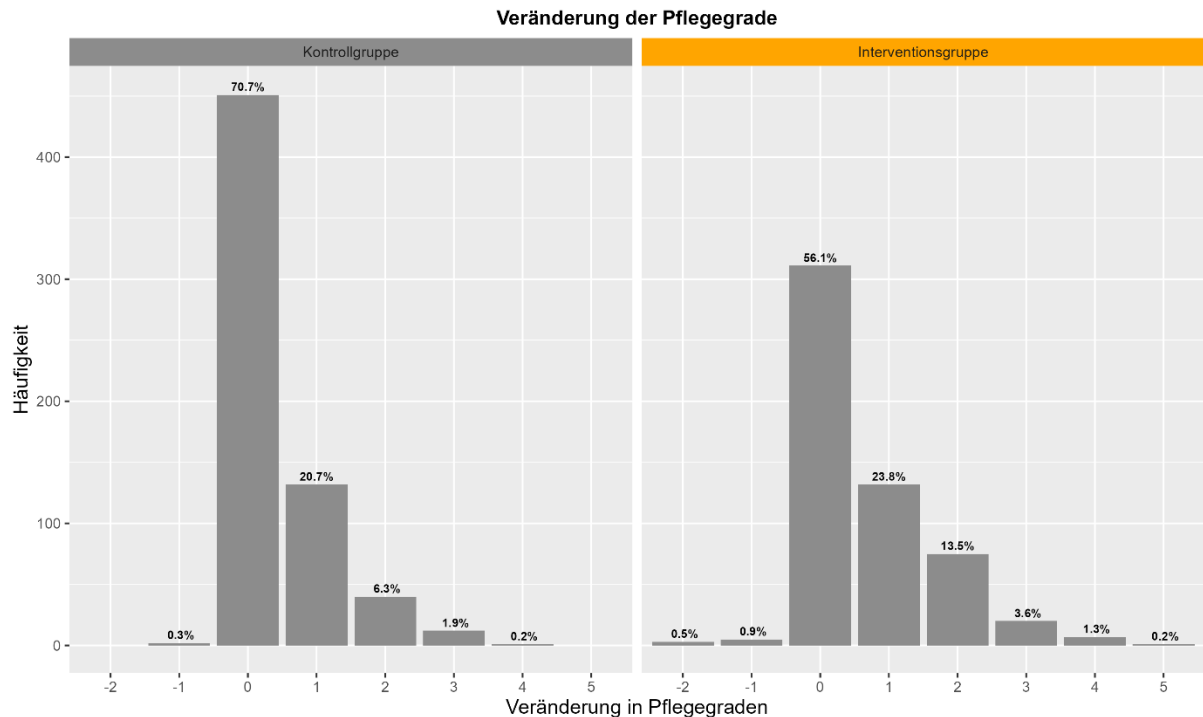


Abbildung 48: Veränderung der Pflegegrade

Kontrolliert für die eingeführte Unterscheidung in eher komplexe und eher weniger komplexe Fälle zeigen sich leichte Unterschiede zwischen den Gruppen. Für die weniger komplexen Fälle ist im Umfang der Veränderung ein signifikanter Unterschied zwischen den Studiengruppen festzustellen ($p=0,003878$), der eine sehr geringe Effektstärke aufweist ($r=0,11$). Betrachtet man die eher komplexen Fälle, zeigt sich ein auf einem Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ ($p=0,000117$) signifikanter Effekt. Mit einer Effektstärke von $r=0,19$ ist dieser Effekt als gering, jedoch stärker als der der weniger komplexen Einzelfälle zu bewerten. Somit kann auch Hypothese vier nicht zweifelsfrei abgelehnt werden, erweist sich der Effekt bei weniger komplexen Fällen doch als deutlich geringer als der bei eher komplexen Fällen: **Die durchschnittliche Veränderung der Pflegegrade von Proband*innen mit komplexem Pflegebedarf zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 verhält sich in der IG überproportional zu den Veränderungen der Pflegegrade von Proband*innen mit weniger komplexem Pflegebedarf.**

Barthel-Index

Hypothesen (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
H5a: Die Pflegebedürftigkeit gemäß BI erhöht sich zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 in der IG. H5b: Die Pflegebedürftigkeit gemäß BI erhöht sich zwischen	n = 1040 (längsschnittliche Analyse, ausschließlich Proband*innen, von denen Daten zu den Erhebungszeitpunkten t0 und t1 vorhanden sind)	Assessment Barthel-Index (Lübke et al. 2004; Mahoney und Barthel 1965)

den Zeitpunkten t0 und t1 in der KG. H6: Die Veränderung der Pflegebedürftigkeit gemäß BI erhöht sich in der IG geringer als in der KG zwischen den Zeitpunkten t0 und t1. H7: Die Veränderung der Pflegebedürftigkeit gemäß BI zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 von Proband*innen mit initial niedriger Pflegebedürftigkeit gemäß BI verhält sich in der IG überproportional zu der Veränderung der Pflegebedürftigkeit gemäß BI von Proband*innen mit initial hoher Pflegebedürftigkeit gemäß BI.	IG: n = 559 (53,8 %) KG: n = 481 (46,3 %)	

Gegenstand

Nachdem die Veränderungen der Pflegebedürftigkeit anhand der Pflegegrade nach SGB XI analysiert wurden, wird die Veränderung der Pflegebedürftigkeit nun gemäß des BI dargestellt. Der BI „gilt sowohl als Instrument zur Messung der Selbstversorgungsfähigkeiten in grundlegenden Alltagsaktivitäten als auch zur Abschätzung des Unterstützungsbedarfs“ (Lübke et al. 2004, S. 324). Das Assessmentinstrument dient zur Einschätzung der Selbstversorgungsfähigkeiten bzgl. der Aktivitäten des täglichen Lebens „Essen“, „Aufsetzen und Umsetzen“, „Sich Waschen“, „Toilettenbenutzung“, „Baden/Duschen“, „Aufstehen und Gehen“, „Treppensteigen“, „An- und Auskleiden“, „Stuhlkontrolle“ und „Harnkontrolle“. Je nach Grad der Unabhängigkeit des/der jeweiligen Proband*in werden Punktwerte vergeben. Zudem kann ein Summenscore errechnet werden (BI-Score). Die Ergebnisse des BI-Scores können wie folgt interpretiert werden:

- 0-30 Punkte: weitgehend pflegeabhängig
- 35-80 Punkte: hilfsbedürftig
- 85-95 Punkte: punktuell hilfsbedürftig
- 100 Punkte: Zustand kompletter Selbstständigkeit (bezogen auf den jeweiligen Untersuchungskontext)
-

Ein höherer Punktwert verweist somit auf höhere Selbstversorgungsfähigkeiten im Sinne einer größeren Unabhängigkeit sowie einem hohen funktionellen Status. Eine Person mit einem hohen Punktwert ist somit in der Lage die überprüften grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens selbstständig durchzuführen. Dies schließt allerdings nicht aus, dass gar kein Unterstützungsbedarf vorhanden ist (Lübke et al. 2004).

Der BI wird u. a. in der Geriatrie und Rehabilitation verwendet und eignet sich ebenfalls dazu, Behandlungsverläufe zu untersuchen (Lübke et al 2004; Mahoney & Barthel 1995). Einschränkungen ergeben sich durch die Ordinalskalierung des Instruments. Zudem beschränkt sich die Aussagekraft auf die oben benannten basalen Aktivitäten des täglichen Lebens. Aktivitäten, die darüber hinaus gehen, werden nicht beleuchtet.

Die Daten wurden im Rahmen telefongestützter Befragungen erhoben und basieren somit auf Selbstauskünften. Es liegen Daten der Erhebungspunkte t0 (vor dem Interventionszeitraum) und t1 (nach dem Interventionszeitraum) sowie t2 (sechs Monate nach dem Interventionszeitraum) vor. Die Daten wurden längsschnittlich ausgewertet, d. h. es wurden ausschließlich die Daten von Personen einbezogen zu denen zu t0 und t1 Daten vorliegen. Analog zu der Auswertung zur Veränderung der Pflegebedürftigkeit gemäß der nach SGB XI vergebenen Pflegegraden, erfolgen Gruppenunterschiedstests innerhalb bzw. zwischen der Studiengruppen über die Erhebungszeitpunkte. Zudem wird eine Differenzierung zwischen eher komplexen und weniger komplexen Fällen vorgenommen. Es wurden Wilcoxon-Tests bzw. Mann-Whitney-U-Tests durchgeführt, da der BI ein ordinales Skalenniveau aufweist.

Hypothesen

Analog zu den Hypothesen, die in Hinblick auf die Pflegegrade nach SGB XI und der Pflegebedürftigkeit gemäß des Pflegeassessments RAI formuliert wurden, steht im Folgenden die Überprüfung folgender Hypothesen im Vordergrund:

H5a: Die Pflegebedürftigkeit gemäß BI erhöht sich zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 in der IG.

H5b: Die Pflegebedürftigkeit gemäß BI erhöht sich zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 in der KG.

H6: Die Veränderung der Pflegebedürftigkeit gemäß BI erhöht sich in der IG geringer als in der KG zwischen den Zeitpunkten t0 und t1.

H7: Die Veränderung der Pflegebedürftigkeit gemäß BI zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 von Proband*innen mit initial niedriger Pflegebedürftigkeit gemäß BI verhält sich in der IG überproportional zu der Veränderung der Pflegebedürftigkeit gemäß BI von Proband*innen mit initial hoher Pflegebedürftigkeit gemäß BI.

Beschreibung der Stichprobe

In der folgenden Analyse wurden ausschließlich diejenigen Fälle einbezogen, zu denen sowohl Daten der Befragung zum Erhebungszeitpunkt t0 (vor der Intervention) als auch t1 (nach der Intervention) vorliegen. Es erfolgte eine Verknüpfung der Daten der beiden Erhebungszeitpunkte pro Proband*in durch die Zuordnung des jeweiligen individuellen Codes, sodass eine längsschnittliche Analyse ermöglicht wurde. Es wurden die Daten von 1040 Personen eingeschlossen. Davon ließen sich 559 Personen (53,8 %) der IG und 481 Personen (46,3 %) der KG zuordnen.

Ergebnisse

In Abbildung 49 werden die Selbstversorgungsfähigkeiten nach Erhebungszeitpunkt und Studiengruppe dargestellt. Zur Veranschaulichung wird zur Interpretation der

Pflegebedürftigkeit die oben benannte Einteilung der BI-Scores verwendet. In der IG können zum Zeitpunkt t0 8,6 % der Proband*innen als komplett selbstständig eingestuft werden. 49,9 % der Befragten aus der IG wurden zu t0 der Kategorie „hilfsbedürftig“ zugeordnet. Zum Zeitpunkt t1 stieg der Anteil der als „hilfsbedürftig“ eingeordneten Personen in der IG auf 53,7 % an. Dementgegen sank der Anteil der Personen, die den Kategorien „punktuell hilfsbedürftig“ (40,1 % zu 37,4 %) und „komplett selbstständig“ (8,6 % zu 7,5 %) zugeordnet wurden zwischen t0 und t1. Die Selbstversorgungsfähigkeiten gemäß BI sind zu t0 signifikant niedriger als zu t1, die Pflegebedürftigkeit also zwischen den Zeitpunkten angestiegen ($z = -2,278$, $p = 0,023$, $r = -0,096$)¹. Die Hypothese 5a ist demnach nicht abzulehnen: **Die Pflegebedürftigkeit in der IG gemäß BI erhöht sich zwischen den Zeitpunkten t0 und t1.**

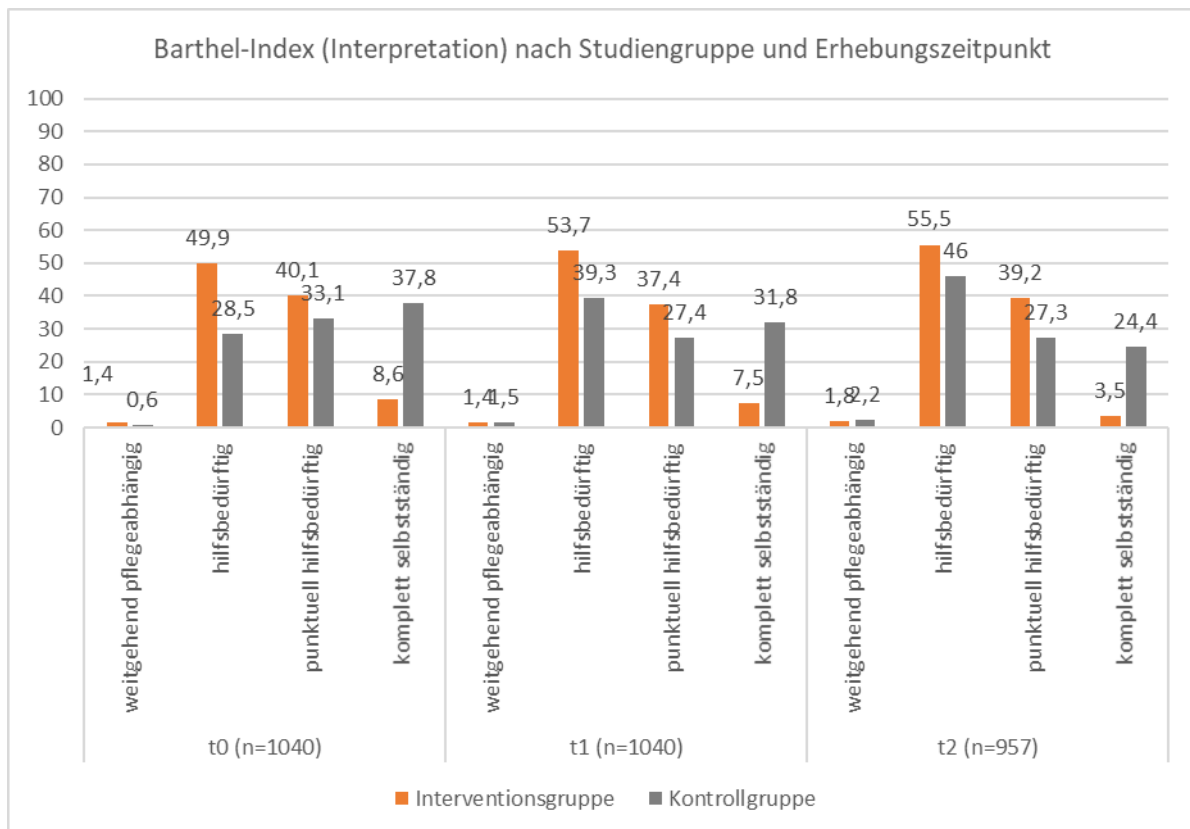


Abbildung 49: BI nach Studiengruppe und Erhebungszeitpunkt, Angaben in Prozent

Für die KG wird eine ähnliche Tendenz deutlich: Die Gruppe der als „hilfsbedürftig“ eingeordneten Personen steigt zu t1 im Vergleich zu t0 deutlich an (28,5 % zu 39,3 %). Der Anteil der Personen, die als „punktuell hilfsbedürftig“ und „komplett selbstständig“ eingestuft werden, sinkt hingegen. Auch in der KG sind die Selbstversorgungsfähigkeiten gemäß BI zu t0 signifikant niedriger als zu t1, die Pflegebedürftigkeit also zwischen den Zeitpunkten angestiegen ($z = -6,754$, $p < 0,001$, $r = 0,308$)¹. Somit ist die Hypothese 5b ebenfalls nicht abzulehnen: **Die Pflegebedürftigkeit in der KG erhöht sich gemäß BI zwischen den Zeitpunkten t0 und t1.**

¹ Wilcoxon-Test

Zudem sind in Abbildung 49 die Ergebnisse der Erhebung sechs Monate nach der Intervention abgebildet. Hier wurden diejenigen Personen eingeschlossen, die zusätzlich zu den Befragungen zu t0 und t1 auch an der dritten Befragung teilgenommen haben (n=957). Es zeigt sich, dass der Anteil der Personen, die als hilfsbedürftig eingestuft werden, sowohl in der Kontroll- als auch in der IG im Vergleich zu den vorherigen Erhebungen weiter ansteigt.

Hinsichtlich der Veränderung des BI-Scores nach Studiengruppe (vgl. Abbildung 50) wird deutlich, dass sich bei 34,1 % der Proband*innen aus der KG und bei 22,0 % der Proband*innen aus der IG der erzielte BI-Score zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten nicht verändert hat. In der IG gibt es sowohl in die zunehmende als auch in die abnehmende Richtung mehr Veränderungen als in der KG. Der Rückgang der Selbstversorgungsfähigkeiten zwischen t0 und t1 ist in der IG signifikant geringer als in der KG ($U = 119259,5$, $z = -3,191$, $p = 0,001$)². Mit einer Effektstärke von $r = 0,099$ liegt ein geringer Effekt vor. Die Hypothese 6 ist daher nicht abzulehnen: **Die Veränderung der Pflegebedürftigkeit gemäß BI erhöht sich in der IG geringer als in der KG zwischen den Zeitpunkten t0 und t1.**

Für die weniger komplexen Fälle liegt ein signifikanter Unterschied bzgl. der Veränderung des BI-Scores zwischen der Kontroll- und IG vor ($U = 108391,5$, $z = -2,163$, $p = 0,031$)². Die Effektstärke ist gering ($r = 0,083$). Für die eher komplexen Fälle liegt ebenfalls ein signifikanter Unterschied in der Veränderung zwischen der KG und IG vor ($U = 13579,5$, $z = -2,280$, $p = 0,023$)². Die Effektstärke liegt bei $r = 0,119$: **Die Veränderung der Pflegebedürftigkeit gemäß BI erhöht sich bei eher komplexen Fällen in der IG geringer als bei eher komplexen Fällen in der KG zwischen den Zeitpunkten t0 und t1.**

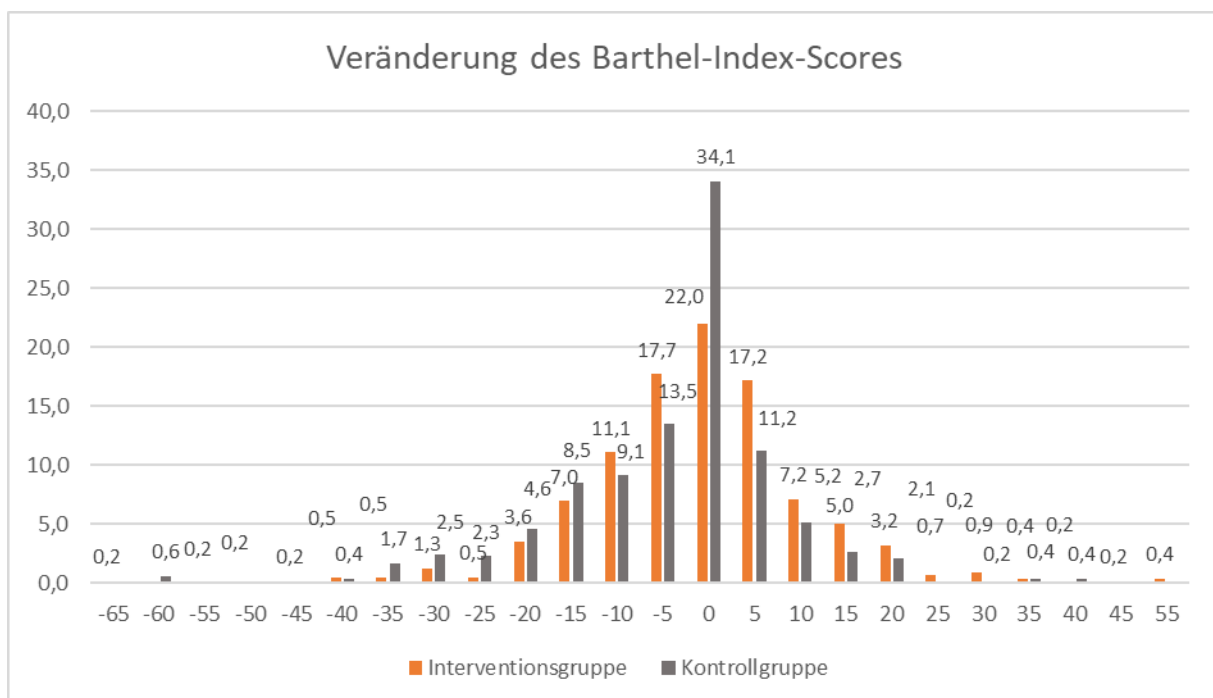


Abbildung 50: Veränderung des Barthel Index Scores nach Studiengruppe, n = 1040, Angaben in Prozent

² Mann-Whitney-U-Test

Eine weitere Möglichkeit besteht darin, zwischen Fällen mit initial eher hoher Pflegebedürftigkeit (hilfsbedürftig oder weitgehend pflegeabhängig) und eher niedriger Pflegebedürftigkeit (punktuell hilfsbedürftig oder komplett selbstständig) laut BI-Score zu unterscheiden. Die Veränderung der Pflegebedürftigkeit unterscheidet sich in der IG signifikant zwischen Proband*innen mit initial niedriger und initial hoher Pflegebedürftigkeit gemäß dieser Einteilung ($U = 22209$, $z = -8,920$, $p < 0,001$)². Der Grad der Pflegebedürftigkeit steigt in der Gruppe der Personen mit initial hoher Pflegebedürftigkeit weniger stark an als in der Gruppe der Proband*innen mit initial niedriger Pflegebedürftigkeit. Die Hypothese 7 kann somit nicht abgelehnt werden. **Zwischen der Veränderung der Pflegebedürftigkeit gemäß BI bei initial komplexen Fällen und initial weniger komplexen Fällen innerhalb der IG liegt kein signifikanter Unterschied vor.**

interRAI HC

Hypothesen (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
H8a-b, H9: Die Pflegebedürftigkeit im Sinne des interRAI HC erhöht sich zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 in der IG und der KG. In der IG jedoch geringer.	n=1039 (IG: n=558; KG: n=481) Auswertungen nach Komplexität: n=1037 (IG: n=558; KG: n=479)	Assessment interRAI HC (Garms-Homolová 2002, 2020)

Gegenstand

Die Untersuchungen der Veränderung der Pflegebedürftigkeit nach interRAI HC fanden zu drei Zeitpunkten, vor der Intervention (t0), nach der Intervention (t1) und als Follow-Up (t2) sowohl in der IG als auch der KG statt.

Pflegebedürftigkeit ist sehr komplex und kann sowohl unterschiedliche Ursachen als auch Auswirkungen haben. Aus diesem Grund werden verschiedene Skalen des interRAI HC zur Auswertung herangezogen, die sich sowohl auf körperliche und geistige Fähigkeiten, Alltagsbewältigung, gesundheitlicher Status und Unterstützungsbedarf beziehen, um somit ein möglichst umfassendes Bild von der Art und Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in den jeweiligen Bereichen zu erhalten. Konkret werden die Ergebnisse der hierarchischen Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLH) und hierarchischen instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADLCH), die Cognitive Performance Scale (CPS), der Skala der Gesundheitsveränderungen, Symptome, Krankheitszeichen und Lebensende (CHESS) sowie der Skala der Methods for Assessing Priority Levels (MAPLe) betrachtet. Letztere wurde zwar auch zur Ermittlung der Komplexitätsvariable eingesetzt (siehe Methodische Vorbemerkungen), wird in diesem Zusammenhang aber noch einmal betrachtet, da die Darstellung des Pflegebedarfs gute Hinweise auf die Ausprägung der Pflegebedürftigkeit gibt und im Rahmen des Komplexitätsdreiecks (vgl. Kapitel 4.2) nicht für alle eher komplexen Fällen den Ursprung der Komplexität darstellt.

In diesem Teil der Untersuchung wird zunächst sowohl der Vergleich der Veränderungen der Pflegebedürftigkeit innerhalb der Gruppen zum Zeitpunkt vor der Intervention (t0) und zum

Zeitpunkt nach der Intervention (t1) vorgenommen und ebenso als Gruppenvergleich zwischen IG- und KG. Die Signifikanzen wurden mittels Wilcoxon- bzw. Mann Whitney-U-Tests berechnet, da alle Daten ordinal skaliert sind. Dieselbe Vorgehensweise wird für die Untersuchung der Subgruppen entsprechend der definierten Komplexitätsvariable vorgenommen.

Hypothesen

Grundlegend für die Bildung der Hypothesen nach interRAI HC ist die Annahme, dass über den Studienzeitraum ein Anstieg der Pflegebedürftigkeit bei den Proband*innen zu erwarten ist. Diese stützt sich zum einen auf erwartbare fortschreitende Alterungsprozesse, die mit einer Abnahme der körperlichen und geistigen Fähigkeiten einhergehen. Zum anderen werden, insbesondere bei Menschen, die im Sinne der Studie komplex, chronisch erkrankt und/oder multimorbid sind, sich verschlechternde Krankheitsverläufe und akute Krisen vermutet, die ebenso eine Erhöhung der Pflegebedürftigkeit provozieren können. Es wird jedoch erwartet, dass die Ausprägung der Pflegebedürftigkeit in der IG weniger stark ansteigt als in der KG, da aufgrund der Betreuung durch die Case Manager*innen zeitnah und gezielt präventive und therapeutische Maßnahmen sowie eine adäquate Versorgung veranlasst werden, die eine Verschlechterung des Pflegezustandes und der -situation verhindern sowie im besten Fall eine Verbesserung des Allgemeinzustandes herbeiführen kann. Zur Überprüfung wurden folgende Hypothesen aufgestellt:

H8a: Die Pflegebedürftigkeit gemäß interRAI HC erhöht sich zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 in der IG.

H8b: Die Pflegebedürftigkeit gemäß interRAI HC erhöht sich zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 in der KG.

H9: Die Veränderung der Pflegebedürftigkeit gemäß interRAI HC erhöht sich in der IG geringer als in der KG zwischen den Zeitpunkten t0 und t1.

Vorgehen Datenbereinigung und Umformung

Um nur die Fälle betrachten zu können, für die sowohl ein t0- als auch ein t1-Datensatz vorliegt, wurde eine Datei erstellt, die nur Daten von entsprechenden Proband*innen enthält. Weitere Datenbereinigungen waren nicht notwendig, da aufgrund der Verwendung der Software Raisoft Oy Ltd. nur vollständig ausgefüllte Assessments gespeichert werden konnten und es somit keine fehlenden Werte der hier zugrunde gelegten Analysen gibt.

Zur übersichtlicheren Darstellung werden die Ergebnisse der ADLH-Skala von sieben in drei Stufen umkodiert (Giovanni et al. 2018), ebenso wie die Skalenwerte der IADLCH (Jamieson et al 2020), die in der freien Übersetzung sprachlich an die ADLH-Stufen angepasst wurden. Des Weiteren wurde die CPS-Skala in Analogie zu den Vorgaben von Onder et al. (2012) und von Hogeveen et al. (2017) umkodiert (s. Tabelle 80).

Zur Überprüfung der Veränderungen zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 wurden zunächst Delta-Variablen berechnet. In einem weiteren Schritt, auch zur übersichtlicheren Darstellung der Ergebnisse, wurden die Werte in folgende Variablen umkodiert: Erhöhung der Pflegebedürftigkeit bei Werten größer Null, Gleichbleiben der Pflegebedürftigkeit bei Wert gleich Null und Abnahme der Pflegebedürftigkeit bei Wert kleiner Null. Die

Hypothesentestung fand mittels Mann-Whitney-U-Test mit einem Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ statt.

Tabelle 80: Umcodierungsschlüssel zur Bewertung der Skalen ADLH, IADLCH, CHESS, CPS und MAPLe

Skala	Alte Skalierung	Neue Skalierung
ADLH	0-1 Punkte	- Unabhängig (keine Pflegebedürftigkeit)
	2-4 Punkte	- hilfebedürftig (niedrige Pflegebedürftigkeit)
	5-6 Punkte	- abhängig (hohe Pflegebedürftigkeit)
IADLCH	0-1 Punkte	- angemessen (keine Pflegebedürftigkeit)
	2-3 Punkte	- hilfebedürftig (niedrige Pflegebedürftigkeit)
	4-6 Punkte	- abhängig (hohe Pflegebedürftigkeit)
CHESS	0 Punkte	- stabiler Gesundheitszustand (keine Pflegebedürftigkeit)
	1-3 Punkte	- leichte bis mittlere Instabilität des Gesundheitszustands (niedrige Pflegebedürftigkeit)
	4-5 Punkte	- hohe bis sehr hohe Instabilität des Gesundheitszustands (hohe Pflegebedürftigkeit)
CPS	0-1 Punkte	- keine/grenzwertige Beeinträchtigung (keine Pflegebedürftigkeit)
	2-4 Punkte	- leichte bis mittlere Beeinträchtigung (niedrige Pflegebedürftigkeit)
	5-6 Punkte	- hohe bis sehr hohe Beeinträchtigung (hohe Pflegebedürftigkeit)
MAPLe	Level 1	- geringer Handlungsbedarf (kein Pflegebedarf)
	Level 2-3	- leichter bis mittlerer Handlungsbedarf (niedriger Pflegebedarf)
	Level 4-5	- hoher bis sehr hoher Handlungsbedarf (hoher Pflegebedarf)

Ergebnisse

Die Überprüfung der Hypothesen findet auf Grundlage der Daten von Proband*innen statt, für die sowohl eine t0 als auch eine t1-Erhebung vorliegen (n=1039). Davon entfallen 558 Personen (53,7 %) auf die IG und 481 (46,3 %) auf die KG. Die Geschlechterverteilungen in beiden Gruppen sind ähnlich (IG: 36,4 % männlich, 63,6 % weiblich; KG: 34,7 % männlich, 65,3 % weiblich), wie auch der Altersdurchschnitt (IG: $\bar{x}=72,07$; KG: $\bar{x}=73,1$).

Die Betrachtung der Verteilungen aller fünf Skalen von IG und KG unterscheiden sich sowohl zu t0 als auch zu t1 voneinander (Kolmogorov-Smirnov $p<0,05$). Die Unterschiede bezogen auf die ADLH sind zwischen den Gruppen zu t0 weder deskriptiv stark ausgeprägt noch statistisch signifikant ($Z=-0,183$; $p=0,855$). Bezogen auf die Alltagskompetenz (IADLCH) hingegen zeigt sich die IG zu t0 signifikant pflegebedürftiger als die KG ($Z=-3,744$; $p<0,001$; $r=0,116$). Auch CHESS ($Z=-12,857$; $p<0,001$; $r=0,116$), CPS ($Z=-5,07$; $p<0,001$; $r=0,158$) und MAPLe ($Z=-4,812$; $p<0,001$; $r=0,149$) weisen die IG als signifikant pflegebedürftiger aus.

Auch zu t1 ist die IG auf der ADLH-Skala nicht signifikant pflegebedürftiger als die KG ($Z=-1,105$; $p=0,269$). Anders als zu t0 sind die Studiengruppen zu t1 im Bereich der IADLCH nicht mehr signifikant unterschiedlich ($Z=-0,183$; $p=0,855$). Die signifikanten Unterschiede im Bereich des CHESS, der CPS und des MAPLe-Scores bleiben auch zu t1 erhalten. Die Effektstärken der Unterschiede nehmen aber bei allen Skalen ab (vgl. Tabelle 81).

Bei der deskriptiven Betrachtung der Unterschiede der Pflegebedürftigkeit in der IG **von t0 zu t1** ist eine **Zunahme der Stabilität des Gesundheitszustandes (CHESS)** zu verzeichnen ($t_0=16,7\%$; $t_1=21,0\%$) (vgl. Tabelle 81). Dieser Unterschied ist **signifikant**, mit einer mittleren Effektstärke ($Z=-5,425$; $p=0,078$; $r=0,230$) (vgl. Tabelle 85). Auf der CPS-Skala konnte eine signifikante ($Z=-3,366$; $p<0,001$; $r=0,142$), geringe Verschlechterung festgestellt werden. Auf den Skalen ADLH, IADLCH und MAPLe verändert sich die IG nicht signifikant. Da sich in der IG die Stabilität des Gesundheitszustandes (CHESS) verbessert und lediglich auf der CPS-Skala eine geringe Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten zu verzeichnen ist, kann nicht von einem allgemeinen Anstieg der Pflegebedürftigkeit in der IG gesprochen werden. Somit muss Hypothese 8a abgelehnt werden: **Die Pflegebedürftigkeit in der IG erhöht sich gemäß interRAI nicht zwischen den Zeitpunkten t0 und t1.**

Tabelle 81: Deskription der Pflegebedürftigkeit nach ADLH, IADLCH, CHESS, CPS und MAPLe zu t0 und t1 in Interventions- und Kontrollgruppe

		IG (n = 558)		KG (n = 481)	
		t0 n (%)	t1 n (%)	t0 n (%)	t1 n (%)
ADLH	unabhängig	442 (79,2)	432 (77,4)	376 (78,2)	375 (78,0)
	hilfebedürftig	102 (18,3)	112 (20,1)	95 (19,8)	101 (21,0)
	abhängig	14 (2,5)	14 (2,5)	10 (2,1)	5 (1,0)
IADLCH	angemessen	229 (41,0)	220 (39,4)	239 (49,7)	196 (40,7)
	hilfebedürftig	282 (50,5)	245 (43,9)	212 (44,1)	221 (45,9)
	abhängig	47 (8,4)	93 (16,7)	30 (6,2)	64 (13,3)
CHESS	stabil	93 (16,7)	117 (21,0)	201 (41,8)	161 (33,5)
	leichte bis mittlere Instabilität	453 (81,2)	428 (76,7)	278 (57,8)	318 (66,1)
	hohe bis sehr hohe Instabilität	12 (2,2)	13 (2,3)	2 (0,4)	2 (0,4)
CPS	Keine bis grenzwertige Beeinträchtigung	469 (84,1)	460 (82,4)	447 (92,9)	417 (86,7)
	Leichte bis mittlere Beeinträchtigung	89 (15,9)	95 (17,0)	32 (6,7)	61 (12,7)
	Hohe bis sehr hohe Beeinträchtigung	0 (0,0)	3 (0,5)	02 (0,4)	3 (0,6)
MAPLe	Geringer Handlungsbedarf	258 (46,2)	247 (44,3)	293 (60,9)	266 (55,3)
	Leichter bis mittlerer Handlungsbedarf	199 (35,7)	209 (37,5)	150 (31,2)	143 (29,7)
	Hoher bis sehr hoher Handlungsbedarf	101 (18,1)	102 (18,3)	38 (7,9)	72 (15,0)

Die Pflegebedürftigkeit entwickelt sich in der KG anders als in der IG. Auf den Skalen IADLCH ($Z=-6,615$, $p<0,001$, $r=0,302$), CHESS ($Z=-4,468$; $p<0,001$; $r=0,204$), MAPLe ($Z=-3,671$; $p<0,001$; $r=0,167$) und CPS ($Z=-6,073$; $p<0,001$; $r=0,277$) zeigen sich **signifikante Veränderungen, die Proband*innen der KG werden pflegebedürftiger**. Die größte Effektstärke wird für den Unterschied zwischen den Zeitpunkten der IADLCH ausgewiesen. Hier nimmt der Anteil der Personen, die ihren Alltag angemessen bewältigen, um 9 % ab ($t_0=49,7\%$; $t_1=40,7\%$), während die Abhängigkeit von 6,2 % auf 13,3 % ansteigt. Auch bezogen auf den MAPLe verdoppelt sich nahezu die Anzahl der Personen, die einen hohen bis sehr hohen Handlungsbedarf aufweisen ($t_0=7,9\%$, $t_1=15,0\%$), wodurch sich u. a. der geringe

Handlungsbedarf um 5,6 % reduziert. Die steigende Pflegebedürftigkeit nach CHESS und CPS erfolgt durch einen Anstieg der leichten bis mittleren Instabilität des Gesundheitszustandes um 8,3 % bzw. der kognitiven Beeinträchtigungen um 6,0 %. Die Anzahl der hoch Pflegebedürftigen in diesen Bereichen bleibt auf einem sehr niedrigen Niveau (CHESS: t0 und t1=0,4 %; CPS: t0=0,2 %, t1=0,4 %). Lediglich auf der Skala ADLH zeigen sich keine signifikanten Veränderungen in der KG. Insgesamt muss für die KG dennoch festgehalten werden, dass die Pflegebedürftigkeit in den überwiegenden Bereichen signifikant zunimmt. Somit kann Hypothese 8b nicht abgelehnt werden kann: **Die Pflegebedürftigkeit in der KG erhöht sich gemäß interRAI zwischen den Zeitpunkten t0 und t1.**

Bei der Betrachtung der Pflegebedürftigkeit zu t0 und zu t1 getrennt nach der **Komplexität** der Proband*innen, zeigen sich in der IG ähnliche Entwicklungen wie für die Gesamtgruppe. Die Deskriptionen in Tabelle 82 zeigen jedoch, dass die **eher komplexen Fälle in der IG** systematisch pflegebedürftiger sind als jene in der KG. Die Veränderungen der ADLH und der IADLCH von t0 zu t1 sind auch unter Betrachtung der Komplexität weiterhin nicht signifikant. Die kognitive Leistungsfähigkeit nach CPS zeigt für die eher komplexen Fälle keinen signifikanten Unterschied zwischen t0 und t1 in der IG. Für die CHESS-Skala zeigt sich wiederum ein anderes Bild. Während der **Gesundheitszustand (CHESS) der komplexen IG-Fälle** sich zu t0 noch instabiler (mittlere bis hohe Instabilität insgesamt 87,1 %) zeigt als in der Gesamtgruppe (83,4 %), **verbessert sich dieser im Verlauf signifikant stärker** ($Z=-2,306$, $p=0,021$, $r=0,362$). Da der MAPLe-Score zur Operationalisierung der Komplexitätsvariable genutzt wurde (siehe Kapitel Methodische Vorbemerkungen), können keine gesonderten Analysen des MAPLe-Scores auf Grundlage der Komplexität durchgeführt werden. Da die Unterschiede zwischen t0 und t1 unter Komplexitätsaspekten auf **keine Verschlechterung der Pflegebedürftigkeit in der IG** hindeuten, muss auch für die eher komplexen Fälle der IG die Hypothese 8a verworfen werden: **Die Pflegebedürftigkeit bei eher komplexen Fällen in der IG erhöht sich gemäß interRAI nicht zwischen den Zeitpunkten t0 und t1.**

Tabelle 82: Pflegebedürftigkeit nach ADLH, IADLCH, CHESS und CPS zu t0 und t1 der komplexen Fälle in der Interventionsgruppe und der Kontrgruppe

IG (n=588)		IG eher komplex (n=224)		KG eher komplex (n=141)	
		t0 n (%)	t1 n (%)	t0 n (%)	t1 n (%)
ADLH	unabhängig	144 (64,3)	142 (63,4)	77 (54,6)	88 (62,4)
	hilfebedürftig	70 (31,3)	71 (31,7)	56 (39,7)	50 (35,5)
	abhängig	10 (4,5)	11 (4,9)	8 (5,7)	3 (2,1)
IADLCH	angemessen	65 (29,0)	67 (29,9)	37 (26,2)	32 (22,7)
	hilfebedürftig	124 (55,4)	94 (42,0)	84 (59,6)	78 (55,3)
	abhängig	35 (15,6)	63 (28,1)	20 (14,2)	31 (22,0)
CHESS	stabil	29 (12,9)	47 (21,0)	53 (37,6)	48 (34,0)
	leichte bis mittlere Instabilität	185 (82,6)	171 (76,3)	87 (61,7)	91 (64,5)
	hohe bis sehr hohe Instabilität	10 (4,5)	6 (2,7)	1 (0,7)	2 (1,4)
CPS	Keine bis grenzwertige	145 (64,7)	147 (65,6)	115 (81,6)	108 (76,6)
	Beeinträchtigung	79 (35,3)	74 (33,0)	24 (17,0)	30 (21,3)

	Leichte bis mittlere Beeinträchtigung Hohe bis sehr hohe Beeinträchtigung	0 (0,0)	3 (1,3)	2 (1,4)	3 (2,1)

Die **eher komplexen Fälle in der KG** zeigen eine signifikante Zunahme der Pflegebedürftigkeit bezogen auf die CPS-Skala ($Z=-3,003$, $p=0,003$, $r=0,253$), jedoch auch Verbesserungen im Bereich der ADLH ($Z=-3,005$, $p=0,003$, $r=0,253$). Die Veränderungen der anderen Skalen sind, anders als im Hinblick auf die Gesamtgruppe der KG, nicht signifikant. Werden die eher komplexen Fälle betrachtet, ist die Hypothese 8b für die Gruppe der eher komplexen Fälle abzulehnen: **Die Pflegebedürftigkeit bei eher komplexen Fällen in der KG erhöht sich gemäß interRAI nicht zwischen den Zeitpunkten t0 und t1.**

In einem nächsten Schritt wurden die Entwicklungen der Pflegebedürftigkeit in der IG und KG miteinander verglichen. Eine Übersicht dieser Entwicklungen von t0 zu t1 bezogen auf die fünf Skalen findet sich in Tabelle 83. Abgesehen von den Veränderungen der ADLH steigt die Pflegebedürftigkeit in allen anderen Bereichen, wie erwartet, in der KG statistisch signifikant höher an als in der IG (IADL: IG 19,9 %, KG 25,6 %, $Z=-3,136$, $p=0,002$, $r=0,097$; CPS: IG 15,4 %, KG 16,4 %, $Z=-2,927$, $p=0,003$, $r=0,091$; MAPLe: 17,2 %, KG 20,8 %, $Z=-2,134$; $p=0,033$, $r=0,066$). Der Unterschied der Entwicklung bezogen auf die CHESS-Skala ist sogar hoch signifikant mit einer mittleren Effektstärke (CHESS: IG 17,6 %; KG 24,5 %; $Z=-7,546$; $p<0,001$; $r=0,234$) (vgl. Abbildung 51 und Tabelle 85). Die Effektstärken der übrigen Skalenunterschiede sind gering. Die Befunde verdeutlichen, dass in der KG in den Bereichen der Alltagsbewältigung (ADLH), des Gesundheitszustandes (CHESS) sowie dem Handlungsbedarf (MAPLe) im Verlauf von t0 zu t1 größere Entwicklungen in Richtung von Abhängigkeiten bzw. Beeinträchtigungen zu verzeichnen sind als in der IG. Dies sind jene Bereiche, in denen die Proband*innen der IG durch das ReKo-CM Unterstützung erhalten haben. Angesichts dieser signifikanten Unterschiede kann Hypothese H9 nicht verworfen werden: **Die Veränderung der Pflegebedürftigkeit gemäß interRAI HC erhöht sich in der IG geringer als in der KG zwischen den Zeitpunkten t0 und t1.**

Tabelle 83: Veränderungen der Pflegebedürftigkeit gemäß Skalen ADL, IADL, CHESS, CPS und MAPLe von t0 zu t1 in IG und KG

	IG (n=558)			KG (n=481)		
Skala	Erhöhung der Pflegebedürfti- gkeit n (%)	Gleichbleiben der Pflegebedürfti- gkeit n (%)	Abnahme der Pflegebedürfti- gkeit n (%)	Erhöhung der Pflegebedürfti- gkeit n (%)	Gleichbleiben der Pflegebedürfti- gkeit n (%)	Abnahme der Pflegebedürfti- gkeit n (%)
ADLH	117 (11,8)	422 (79,1)	19 (9,1)	105 (10,6)	359 (78,2)	17 (11,2)
IADLCH	191 (19,9)	318 (65,8)	46 (14,3)	167 (25,6)	278 (65,3)	36 (11,8)
CHESS	98 (17,6)	81 (45,3)	171 (37,1)	178 (24,5)	248 (55,0)	55 (12,5)
CPS	86 (15,4)	448 (84,6)	24 (4,8)	96 (16,4)	371 (80,1)	14 (3,5)
MAPLe	175 (17,2)	336 (68,0)	47 (14,2)	145 (20,8)	317 (69,8)	19 (9,8)

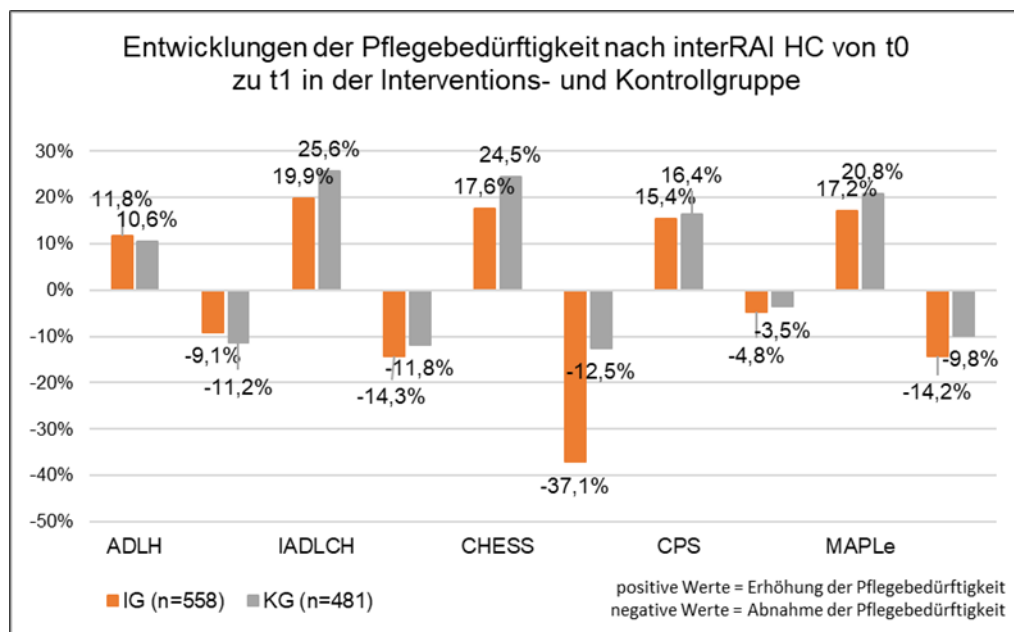


Abbildung 51: Ab- und Zunahmen der Pflegebedürftigkeit in IG- und KG von t0 zu t1 für die Skalen ADLH, IADLCH, CHESS, CPS und MAPLe (anteilig bezogen auf die Gesamtpopulation von n=1039)

Betrachtet man die Entwicklung der Studiengruppen unter Anwendung der Komplexitätsvariable, zeigt sich ein anderes Bild (vgl. Tabelle 84). Die Pflegebedürftigkeit bezogen auf die körperbezogenen Fähigkeiten (ADLH) bei den eher komplexen Fällen steigt in der IG signifikant stärker als in der KG ($Z=-2,335$; $p=0,020$; $r=0,122$). Im Bereich der kognitiven Leistungsfähigkeit (CPS) ist eine signifikant stärkere Zunahme der Pflegebedürftigkeit in der KG zu verzeichnen ($Z=-2,306$; $p=0,021$; $r=0,121$). Noch einmal besonders hervorzuheben ist auch hier aber die Abnahme der Pflegebedürftigkeit im Bereich der Stabilisierung des Gesundheitszustandes (CHESS) in der IG um 44,6 % (KG=14,9 %), die sich weiterhin als statistisch signifikant, auch für die eher komplexen Fälle, erweist ($Z=-5,285$; $p<0,001$; $r=0,277$). Anders als in der Gesamtbetrachtung der Studiengruppen, sind die Unterschiede in der Entwicklung auf den Skalen IADLCH und MAPLe nicht signifikant unterschiedlich.

Tabelle 84: Veränderungen der Pflegebedürftigkeit nach ADL, IADL, CHESS, CPS und MAPLe von t0 zu t1 der eher komplexen Fälle in IG und KG

	IG - eher komplex (n = 224)			KG - eher komplex (n = 141)		
Skala	Erhöhung der Pflegebedürftigkeit n (%)	Gleichbleiben der Pflegebedürftigkeit n (%)	Abnahme der Pflegebedürftigkeit n (%)	Erhöhung der Pflegebedürftigkeit n (%)	Gleichbleiben der Pflegebedürftigkeit n (%)	Abnahme der Pflegebedürftigkeit n (%)
ADLH	30 (13,4)	163 (72,8)	31 (13,8)	12 (8,5)	98 (69,5)	31 (22,0)
IADLCH	53 (23,7)	136 (60,7)	35 (15,6)	29 (20,6)	92 (65,2)	20 (14,2)
CHESS	33 (14,7)	91 (40,6)	100 (44,6)	33 (23,4)	87 (61,7)	21 (14,9)
CPS	23 (10,3)	182 (81,3)	19 (8,5)	26 (18,4)	107 (75,9)	8 (5,7)
MAPLe	26 (11,6)	147 (65,6)	51 (22,8)	25 (17,7)	87 (61,7)	29 (20,6)

Da die Entwicklungen der Pflegebedürftigkeit für die eher komplexen Fälle in IG und KG mal in Richtung Abnahme und mal in Richtung Zunahme der Pflegebedürftigkeit deuten, muss Hypothese 9 für die eher komplexen Fälle abgelehnt werden: **Die Veränderung der Pflegebedürftigkeit gemäß interRAI HC erhöht sich zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 bei eher komplexen Fällen in der IG nicht geringer als bei eher komplexen Fällen in der KG.**

Tabelle 85: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests zu ADLH, IADLCH, CHESS, CPS und MAPLe (Wilcoxon- bzw. Mann-Whitney-U-Test)

	ADLH			IADLCH			CHESS			CPS			MAPLe		
Gruppen	Z	p-Wert	R	Z	p-Wert	r	Z	p-Wert	r	Z	p-Wert	r	Z	p-Wert	r
IG vs. KG - t0	-0,183	0,855	0,006	-3,744	<0,001	0,116	-12,857	<0,001	0,399	-5,079	<0,001	0,158	-4,812	<0,001	0,149
IG vs. KG - t1	-1,105	0,269	0,034	-1,226	0,220	0,007	-7,756	<0,001	0,241	-2,789	0,005	0,087	-3,072	0,002	0,095
IG t0 - t1	-1,099	0,272	0,047	-1,761	0,078	0,075	-5,425	<0,001	0,230	-3,366	<0,001	0,142	-1,839	0,066	0,078
KG t0 - t1	-0,679	0,497	0,031	-6,615	<0,001	0,302	-4,468	<0,001	0,204	-6,073	<0,001	0,277	-3,671	<0,001	0,167
IG t0 - t1 – eher komplex	-0,015	0,988	0,001	-1,010	0,313	0,067	-5,423	<0,001	0,362	-0,763	0,445	0,050	-2,613	0,009	0,175
KG t0 - t1 – eher komplex	-3,005	0,003	0,253	-1,907	0,057	0,161	-1,494	0,135	0,126	-3,003	0,003	0,253	-1,567	0,117	0,132
Delta IG vs. KG	-1,176	0,239	0,036	-3,136	0,002	0,097	-7,546	<0,001	0,234	-2,927	0,003	0,091	-2,134	0,033	0,066
Delta - eher komplex – IG vs. KG	-2,335	0,020	0,122	-0,164	0,870	0,009	-5,285	<0,001	0,277	-2,306	0,021	0,121	-1,015	0,310	0,053

Zusammenführung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Analysen zur Pflegebedürftigkeit zeigen tendenziell eine Verstärkung der Pflegebedürftigkeit in beiden Studiengruppen. Angesichts progredienter Krankheits- und Pflegeverläufe ist diese Feststellung nicht verwunderlich. Die Betrachtung der angestellten Teilanalysen ermöglicht dazu differenziertere Einblicke. Die Analysen der Pflegegrade verweisen auf einen starken Anstieg der Pflegebedürftigkeit in beiden Studiengruppen. Die Ergebnisse der BI-Analysen verweisen auf einen moderaten Anstieg der Pflegebedürftigkeit in beiden Studiengruppen. Die Ergebnisse der interRAI HC-Analysen verweisen lediglich bei der KG auf eine eindeutig ansteigende Entwicklung der Pflegebedürftigkeit, während sich die IG stabil zeigt und im Bereich der ›Stabilität des Gesundheitszustandes‹ sogar eine Verbesserung von t0 zu t1 aufweist. In der IG verstärkte sich die Pflegebedürftigkeit lediglich im Bereich der kognitiven Leistungsfähigkeit, in der KG hingegen, ausgenommen im Bereich der Alltagsbewältigung, in allen übrigen gemessenen Bereichen der Pflegebedürftigkeit.

Zu t0 ist die IG in den Teilanalysen des BI und des interRAI HC-Assessments pflegebedürftiger als die KG. Die Einstufung in Pflegegrade hingegen unterscheidet sich nicht signifikant. Lediglich für die Subgruppe der eher komplexen Fälle konnte ein größerer Anteil an Proband*innen ohne Pflegegrad gezeigt werden als in der KG. Zu t1 ist die Pflegebedürftigkeit in den Analysen des BI und in den meisten Dimensionen des interRAI HC-Assessments nach wie vor in der IG größer, jedoch sind die Unterschiede, erkennbar in den deutlich verringerten Effektstärken, geringer geworden. Bei den Pflegegraden ist in den Gruppenunterschiedsanalysen zu t1 ein signifikanter Unterschied zwischen den Studiengruppen zu identifizieren, die IG ist nun auf einem Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ signifikant in höhere Pflegegrade gruppiert, jedoch bei einer sehr geringen Effektstärke von $r=0,06$.

In der **Entwicklung der ›Stabilität des Gesundheitszustandes‹** konnte im interRAI HC-Assessment gezeigt werden, dass das **CM eine verbessernde Wirkung** hatte, während die KG sich hier verschlechtert hat. In den übrigen Analysen zeigte sich **in der IG durch das CM eine prolongierende Wirkung, eine schnelle und starke Verschlechterung konnte im Durchschnitt verhindert werden, während die KG stärker pflegebedürftig wurde**. Bei angesichts progredienter Krankheits- und Pflegeverläufen üblichen tendenziellen Erhöhungen der Pflegebedürftigkeit ist diese stagnierende Wirkung des CMs als positiver Effekt zu werten. Es zeigt sich dabei, dass insbesondere in der Gruppe der eher komplexen Fälle eine erstmalige Einstufung in einen Pflegegrad und die damit möglichen Leistungen des SGB XI zu einer Angleichung der Studiengruppen in der Verteilung der Pflegegrade führen und dann in der Gesamtwirkung des CMs zu einer stagnierenden Entwicklung der Pflegebedürftigkeit, sichtbar in den Teilanalysen des BI und der interRAI HC-Erhebungen. Festzuhalten ist, dass **die Pflegegrade in der IG signifikant stärker steigen als in der KG**, wenn auch bei eher geringer Effektstärke. Die **Pflegebedürftigkeit hingegen**, beobachtbar in den Analysen des BI und des interRAI HC-Assessments, **steigt in der KG stärker an als in der IG**.

Limitationen

Durch die Auswertung der Pflegegrade unter Rückgriff auf Routinedaten sowie der Ergebnisse der Befragungen zum BI und des Assessment-Instruments RAI auf der Grundlage telefonischer Befragungen wurden drei verschiedene Zugänge zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit

gewählt, die vergleichend gegenübergestellt werden. Dabei sind methodische Limitationen einzubeziehen, die sich u. a. durch die unterschiedlichen Datenquellen und Erhebungsmethoden sowie Gütekriterien der Instrumente ergeben. Der BI und die interRAI HC-Erhebungen basieren auf Selbstauskünften der Befragten aus den ZG 1 und 2, während die Pflegegrade auf der Grundlage von Begutachtungen durch den medizinischen Dienst erfolgt. Weiterhin ist zu beachten, dass die Beschreibung der Pflegegrade von 0 bis 5 eine gröbere Einteilung beschreibt als der Summenscore des BI, der Werte von 0 bis 100 (in 5-er Schritten) einnehmen kann. Auch die Skalen des RAI-Instruments ermöglichen eine feingliedrigere Abstufung als dies durch die Pflegegrade möglich ist. Gleichzeitig ist die Objektivität der Einschätzung durch den medizinischen Dienst zur Feststellung der Pflegegrade als hoch einzuschätzen, während die Selbstauskünfte auf einer subjektiven Einschätzung der Proband*innen selbst basieren.

Teildiskussion

Das Kapitel ging der Frage nach, ob und inwiefern Effekte des ReKo-CMs in Bezug auf die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit beobachtbar waren. Betrachtet wurden Pflegegrade nach SGB XI, die Ergebnisse des BI sowie des interRAI HC-Assessments. Die Ergebnisse der Auswertungen stehen mit den in den Hypothesen ausgedrückten Annahmen zur Wirkung des CMs überwiegend im Einklang.

Angesichts progredienter Pflegeverläufe und der fortschreitenden Alterung ist der tendenzielle Effekt der Zunahme der Pflegebedürftigkeit in beiden Studiengruppen nicht verwunderlich. Besonders dann nicht, wenn vergleichend die Verteilung der Pflegegrade in der Gesamtbevölkerung in Deutschland hinzugezogen wird (Matzk et al. 2023). Zu t0 zeigten sich beide Studiengruppen noch systematisch in niedrigere Pflegegrade eingestuft als die Gesamtpopulation in Deutschland, während bei beiden Studiengruppen zu t1 ein Angleichungsprozess an die Population in Deutschland zu beobachten war. Ebenso überrascht es nicht, dass das ReKo-CM auf einen Anstieg der Pflegegrade nicht verhindern kann, da CM nicht auf die Umkehr progredienter Verläufe zielt, sondern auf verbesserte Umgangsweisen mit diesen Verläufen. Worauf das CM hingegen bedeutenden Einfluss nehmen kann, ist das **Erreichen der Menschen, die bislang keinen sozialrechtlich festgestellten Eingang in das Pflegesystem über einen Pflegegrad gefunden haben, obwohl ihre komplexe Pflegebedürftigkeit dies nahelegt**. Der Anteil der Proband*innen der IG, die zu t0 keinen Pflegegrad haben, kann zu t1 um 19 Prozentpunkte gesenkt werden. Hier werden Menschen erreicht, die nun durch einen Pflegegrad Hilfen in Anspruch nehmen können, welche einen **progredienten Verlauf in Zukunft verlangsamen** könnten. Dies bestätigen die Ergebnisse in Bezug auf den BI: Zu t0 weist ein hoher Anteil der Proband*innen aus der KG (37,8 %) den Zustand kompletter Selbstständigkeit auf, während dies lediglich bei 8,6 % der Personen aus der IG der Fall ist. Allerdings verfügen ähnlich viele Personen aus der KG (30,1 %) und der IG (31,9 %) über keinen Pflegegrad zu t0. Demnach ergeben sich Hinweise darauf, dass ein hoher Anteil der Personen der IG über einen Pflegebedarf verfügt, allerdings vor der Intervention keinen Pflegegrad erhalten hat. Die über die Geschlechter aufgeschlüsselten Analysen zeigen, dass in beiden Stichproben zu t0 besonders Männer keinen Pflegegrad aufweisen. Zu t1 ist dieser Geschlechterunterschied in der IG nicht mehr erkennbar. Dass Männer häufiger zunächst ohne Pflegegrad verbleiben und dann bei Ersteinstufung höher eingestuft werden, ist bekannt (Blüher et al. 2021, S. 97-98). Argumentiert wird mit der abfedernden Rolle der

Partnerinnen, die die Pflege- und Sorgeaufgaben häufig lange übernehmen und eine Hinwendung zu Hilfen durch das Pflegesystem erst vollzogen wird, sobald diese Kompensationsleistungen nicht mehr aufrecht zu erhalten sind. Daraus folgt für Männer häufig eine initiale Einstufung in einen hohen Pflegegrad (Blüher et al. 2021, S. 97-98). Zu t1 war der Anteil der Männer ohne Pflegegrad vergleichbar mit dem der Frauen, während in der KG das Ungleichgewicht verblieb. Es scheint, als könne das CM den großen Anteil der Männer ohne Pflegegrad reduzieren. Das würde dann **die Angehörigen, besonders die Partnerinnen, entlasten** und dazu führen, dass auch Männer früher einen niedrigen Pflegegrad erhalten, der **Unter- und Fehlversorgung verhindert**.

Eine Einstufung in einen Pflegegrad ist aus der Sicht des Gesundheitssystems zunächst mit mehr Kosten verbunden, allerdings könnte sich durch einen Pflegegrad eine gesundheitlich stabilere Situation ergeben, in welcher die Proband*innen länger verbleiben können, ohne in umfangreichere und für das Gesundheitssystem teurere Pflegegrade eingestuft werden zu müssen. Die Ergebnisse des interRAI HC-Assessments in Bezug auf die Stabilisierung des Gesundheitszustandes (CHESS) konnten diesen Effekt in der IG als signifikant und vergleichsweise effektstark belegen. In der KG hingegen weisen ca. 71 % der Proband*innen keine Veränderung der Pflegegrade auf: Die Stabilität des Gesundheitszustandes nimmt hier signifikant ab. Auch die meisten andere Indikatoren zeigen in der KG einen Anstieg der Pflegebedürftigkeit.

3.8 Art und Dauer von Pflegeleistungen SGB V/SGB XI

Hypothesen (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
H1: Die Nutzung staatlicher Pflegeleistungen unterscheidet sich zwischen der IG und der KG im Zeitraum t0 nicht signifikant. H2: In der IG verändert sich die Nutzung von staatlichen Pflegeleistungen im Vergleich der Zeiträume t0 und t1 stärker als in der KG.	N = 1192 IG = 554 KG = 638 Berechnungen mit Komplexität: N = 1108 IG = 541 KG = 567	Routinedaten-Auswertung
Zentrale Ergebnisse		
Zu Beginn unterscheidet sich die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen zwischen Interventions- (IG) und Kontrollgruppe (KG) nicht signifikant. Im Verlauf der Intervention stieg die Inanspruchnahme in der IG in Bezug auf SGB XI und SGB V-Leistungen signifikant an. Besonders ambulante und teilstationäre Leistungen wurden verstärkt genutzt, da das ReKo-CM durch Beratung und Koordination den Zugang zu notwendigen Leistungen erleichterte.		

Definition des Gegenstandes

Die Art und Dauer von Inanspruchnahme von Pflegeleistungen der Proband*innen unterteilt sich in zwei sozialrechtlich getrennte Bereiche der Betrachtung: zum einen in die Leistungen der Pflegeversicherung nach SGB XI und zum anderen in die Leistungen der Krankenversicherung für die häusliche Krankenpflege nach SGB V. Zu beiden sozialrechtlichen Bereichen sollen in diesem Kapitel Auswertungen vorgestellt werden. Die Studienzeiträume sind in diesem Kapitel als Zeiträume zu verstehen, t0 steht also für die in den GKV-Daten abgerechneten Leistungen im gesamten Jahr vor der Intervention, t1 für die Leistungen in dem Jahr ab dem Datum der Einschreibung in die Studie (genauer siehe Kapitel Methodische Vorbemerkungen).

Pflegeleistungen nach SGB XI werden in den GKV-Daten der Kranken- und Pflegekassen über Kontengruppen abgerechnet, welche jeweils eine oder mehrere Regelungen im Sozialgesetzbuch repräsentieren und den dort formulierten Anspruch adressieren. So werden beispielsweise in der Kontengruppe 40 Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI abgerechnet, oder in Kontengruppe 41 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen nach § 37 SGB XI. Die hier im folgenden durchgeführten Auswertungen beziehen sich auf die ersten beiden von insgesamt vier Stellen der Kontengruppen.

Die Leistungen der Häuslichen Krankenpflege nach SGB V werden durch die Krankenkassen in Abrechnungspositionsnummern (APN) abgerechnet. Die ersten beiden Stellen der APN definieren die gesetzliche Leistungsgrundlage. Die „01“ beispielsweise rechnet Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V (Regelleistung) bis zu vier Wochen ab. Die in diesem Kapitel durchgeführten Analysen beziehen sich auf diese ersten beiden von insgesamt sechs Stellen der APNs.

Die Operationalisierung der in Anspruch genommenen Leistungen nach SGB XI erfolgte über die Tage, die ein*e Proband*in in einer bestimmten Kontengruppe in Anspruch nahm und die durch die Pflegeversicherung abgerechnet wurden. Jede in Anspruch genommene Leistung ist durch einen Zeitraum definiert, in welchem diese Leistung abgerechnet wurde. Aus diesem Zeitraum ergeben sich die Tage, die eine Person diese Leistungen in Anspruch nahm. Anzumerken ist, dass es Leistungen wie das Pflegegeld gibt, die monatlich ausgezahlt werden, deren Dauer in Tagen also immer 30 bzw. 31 Tagen entspricht. Andere Leistungen hingegen sind Tagesleistungen. Es entsteht somit eine entsprechende Spannbreite an Tagen zwischen den Kontengruppen. Neben einer Zählvariable der Tage in einer Kontengruppe pro Studienzeitraum wurde auch eine Zählvariable der Gesamtstage in Anspruch genommener SGB XI-Leistungen pro Proband*in im jeweiligen Untersuchungszeitraum definiert. Untersucht werden so einerseits die Veränderungen in den ausgewählten Kontengruppen und andererseits die Gesamtveränderung der in Anspruch genommenen Leistungen.

Die Daten der Häuslichen Krankenpflege sind ähnlich strukturiert, weisen jedoch neben dem Zeitraum auch eine Faktorvariable der Menge der in Anspruch genommenen Maßnahmen auf. Diese Mengenangabe ist als Faktor hinterlegt und nicht über alle APNs gleich. Die zugrundeliegende Skalierung unterscheidet sich je APN, so wird ein Teil des APN-Sets als Minutenleistung verrechnet, ein anderer Teil als absolute Anzahl der Leistungen. Aufgrund dieser Unvereinbarkeit der Daten wurde auch bei den Daten zur Häuslichen Krankenpflege auf die Berechnung der Dauer in Tagen zurückgegriffen. Die Operationalisierung wurde analog

zu den SGB XI-Daten durchgeführt. Neben Analysen zu den spezifisch in einzelnen APNs abgerechneten Leistungen wird auch bei den Daten der Häuslichen Krankenpflege die Summe der einzelnen Leistungstage pro Studienzeitraum und dessen Veränderung über die Zeit für beide Studiengruppen untersucht.

Hypothesen

Die grundlegende Annahme ist, dass durch die Einzelfallbetreuung des CMs Proband*innen der IG im Jahr der Intervention mehr Pflegeleistungen in Anspruch nehmen, da sie durch die fachliche Expertise der Case Manager*innen umfänglicher über mögliche Leistungen informiert sind. Progrediente Krankheitsverläufe und Alterungsprozesse lassen keinen Rückgang der in Anspruch genommenen Leistungen in SGB XI und SGB V erwarten. Folgende Hypothesen leiten die Untersuchung:

H1: Die Nutzung staatlicher Pflegeleistungen unterscheidet sich zwischen der IG und der KG im Zeitraum t0 nicht signifikant.

H2: In der IG verändert sich die Nutzung von staatlichen Pflegeleistungen im Vergleich der Zeiträume t0 und t1 stärker als in der KG.

Vorgehen Datenbereinigung und Umformung

In beiden Datensätzen wurde eine relevante Auswahl an Kontengruppen bzw. APNs zur Analyse ausgewählt (vgl. Tabelle A.7 und Tabelle A.8, Anlage 8), andere in den Daten befindliche Abrechnungsoptionen wurden ausgeschlossen. Proband*innen, die keine Pflegeleistungen in Anspruch genommenen haben und somit nicht im betreffenden Datensatz der GKV-Daten enthalten waren, wurden den Datensätzen zugefügt und in den jeweiligen Studienzeiträumen mit „keine Inanspruchnahme“ codiert. Es wurde eine Variable für die Tage pro Kontengruppe pro Studienzeitraum (SGB XI) bzw. pro APN pro Studienzeitraum (SGB V) generiert. Weiterhin wurden Variablen, die die über alle Kontengruppen bzw. APNs summierten Leistungen in beiden Sozialgesetzbüchern enthalten, generiert. Außerdem wurden jeweils Veränderungsvariablen (Delta), die die Veränderung der insgesamt in Anspruch genommenen Leistungen einer Person von t0 zu t1 repräsentieren ($\text{deltaSGB XI} = \text{t1SGB XI} - \text{t0 SGB XI}$ | $\text{deltaSGB V} = \text{t1SGB V} - \text{t0 SGB V}$), erstellt.

Ergebnisse

Pflegeleistungen nach SGB XI

Abbildung 52 zeigt die Verteilung der durchschnittlich abgerechneten Tage der Studiengruppen zu den beiden Erhebungszeitpunkten in den jeweiligen Kontengruppen. Betrachtet man zunächst die Verteilungen zu t0 im Vergleich, so zeigen sich Unterschiede zwischen IG und KG. Die IG hat höhere durchschnittlich abgerechnete Tage in den Kontengruppen „Pflegegeld“, „Pflegesachleistungen“, „Leistungen für Pflegepersonen und bei Pflegezeit“ und „Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes“. Die KG wiederum weist einen größeren Durchschnitt in den Kontengruppen „zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen“, „Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson“, „Häusliche Beratungseinsätze“ und „Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur“ auf. Das Profil der Verteilungen unterscheidet sich, wobei jedoch grafisch nicht festzustellen ist, ob eine der beiden Gruppen insgesamt deutlich mehr

Leistungen in Anspruch genommenen hat als die andere. Vielmehr ist der Unterschied qualitativ statt quantitativ. Die Kontengruppen „Pflegerberatung“, „Zuschuss für vollstationäre Pflege“ und „Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen“ sind in beiden Gruppen zu beiden Zeitpunkten von keiner oder geringer Relevanz (kleine Werte können durch Abrunden als Null erscheinen).

Die Veränderungen der KG von t0 zu t1 scheinen nur gering, wie ebenfalls Abbildung 52 zeigt. Bei den „zusätzlichen ambulanten Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ ergibt sich der größte Zuwachs. Das Profil der Verteilung erscheint unverändert, einige Kontengruppen steigen leicht an. Die IG hingegen verändert sich stärker. Große Steigerungen sind in den Kontengruppen „Pflegegeld“, „zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ und „Pflegesachleistungen“ festzustellen. Auch die anderen Kontengruppen verändern sich stärker positiv als in der KG. Die Kontogruppe „Zuschuss für vollstationäre Pflege“ steigt in der IG von 0 auf 6 durchschnittliche Tage an, wohingegen sie in der KG zu beiden Zeitpunkten 0 beträgt. Gleiches gilt für die thematisch verwandte Kontogruppe „vollstationäre Pflege“. Auch in der Kontogruppe „Leistungen für Pflegepersonen und bei Pflegezeit“ hat die KG lediglich einen durchschnittlich abgerechneten Tag, während die der IG von 25 (t0) auf 45 (t1) steigen. Der größte Unterschied zwischen beiden Gruppen ist bei der Kontogruppe „Pflegegeld“ festzustellen, hier weist die IG mit 316 einen deutlich höheren Wert auf als die KG (55): Der bereits zu t0 existierende Unterschied hat sich verstärkt. Gleiches gilt für die „Pflegesachleistungen“. In den Kontengruppen „Häusliche Beratungseinsätze“ und „Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson“ verbleibt der jeweils (deutlich) höhere Durchschnitt der KG gegenüber der IG auch zu t1.

Um die deskriptive Statistik über die Operationalisierung der Leistungstage zu prüfen, wurde ebenfalls die Inanspruchnahme der einzelnen Kontengruppen durch die Proband*innen berechnet und betrachtet (siehe Abbildung A.1 und Abbildung A.2, Anlage 8). Die darin aufgezeigte Anzahl an Proband*innen, die in den jeweiligen Kontengruppen Leistungen in Anspruch genommenen hat, bestätigt die Ergebnisse aus Abbildung 52. In der Betrachtung über die Anzahl der Inanspruchnahme fällt die Kontengruppe „Kurzzeitpflege“ anders ins Gewicht als in der Betrachtung über die Leistungstage. Die Anzahl der Proband*innen, die Kurzzeitpflege in Anspruch genommenen hat, unterscheidet sich zu t0 nur gering zwischen IG (n=33) und KG (n=27). Zu t1 erhielten jedoch in der IG n=76 und in der KG lediglich n=21 Proband*innen Kurzzeitpflege. Auch die Tages- und Nachtpflege entwickelt sich in der IG stärker (t0: n=9, t1: n=29) als in der KG (t0: n=9, t1: n=14). In der IG steigen insgesamt die ambulanten und die teilstationären Inanspruchnahmen bedeutend stärker als in der KG, doch auch die vollstationären Pflegeleistungen werden mehr in Anspruch genommenen.

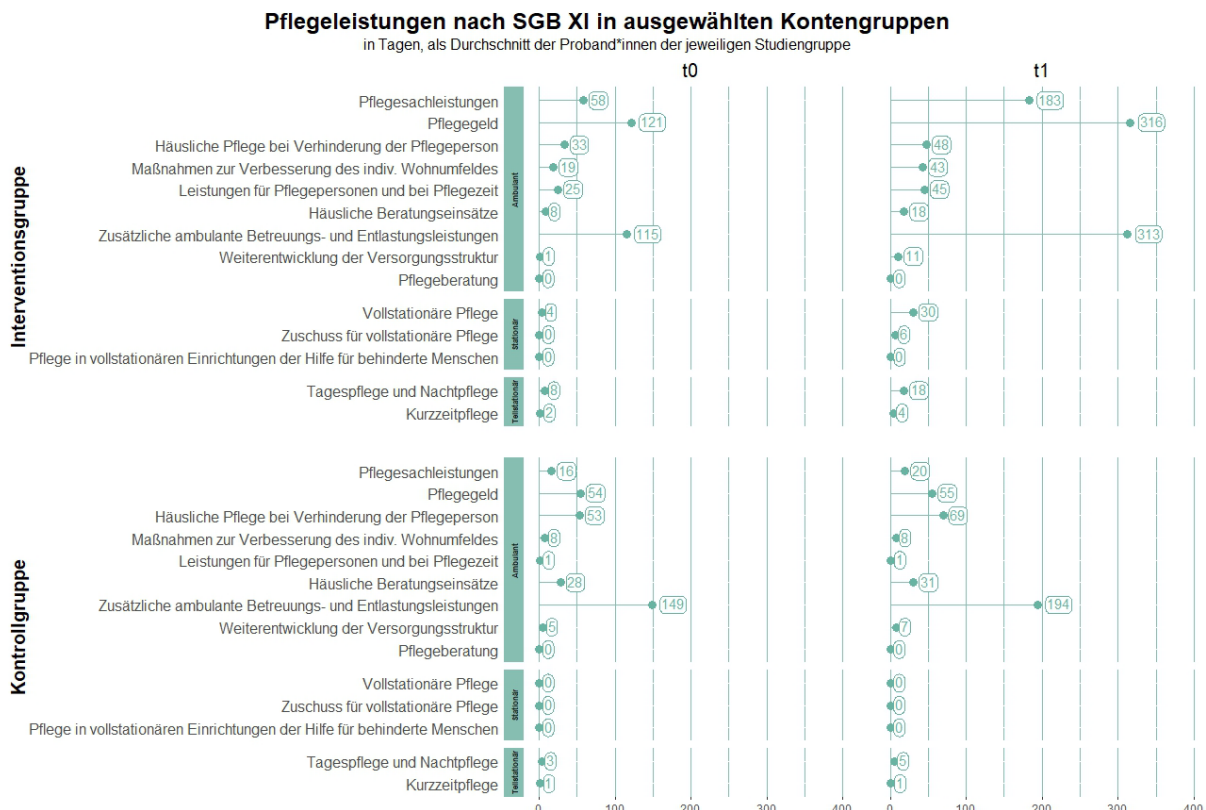


Abbildung 52: Ab- und Zunahmen der Pflegebedürftig in IG- und KG von t0 zu t1 für die Skalen ADLH, IADLCH, CHESS, CPS und MAPLe (anteilig bezogen auf die Gesamtpopulation von n=1039)

Abbildung 53 zeigt die Häufigkeit der auf der y-Achse abgetragenen insgesamt in Anspruch genommenen Leistungstage einer Person: Je stärker der Ausschlag des Diagramms, desto mehr Proband*innen haben die betreffende, an der y-Achse abgezeichnete Gesamttageszahl. Grundlage sind hier die über alle Kontengruppen zusammengefassten Leistungstage pro Person pro Studienzeitraum. Zu t0 haben die meisten Proband*innen der IG keine oder relativ nur wenige Leistungstage in Anspruch genommenen. Der Median liegt bei 97,5 Tagen, der Durchschnitt bei 437,86 Tagen (vgl. Tabelle 86). In der KG hingegen ist der größte Teil der Verteilung bei circa 400 Tagen zu verzeichnen, der Median und der Durchschnitt liegen in der KG eng beieinander. Auch die IG zeigt in ihrem Diagramm hier einen Ausschlag, jedoch ist dieser deutlich geringer. Darüber hinaus sind die Extremwerte der IG zu t0 größer als die der KG, es gibt also mehr Proband*innen der IG mit höheren Gesamtleistungstagen. Zu t1 zeigt sich, ähnlich wie in Abbildung 52 bei der graduellen Betrachtung der Kontengruppen, dass das Profil der Verteilung der KG zu t0 ähnlich bleibt. Der Anteil der Proband*innen mit keinen oder wenigen Gesamtleistungstagen nimmt ab und die Verteilung verschiebt sich leicht nach rechts, was eine leichte Zunahme der Gesamtleistungstage anzeigt. Der Durchschnitt steigt auf 459,84 Tage, während der Median unverändert bleibt.

Das Profil in der IG hingegen verändert sich, wiederum analog zu Abbildung 52, deutlicher. Nun zu t1 ist der größte Teil der Proband*innen in einem ähnlichen Gesamtleistungstageumfang zu verorten wie die KG. Gleichzeitig jedoch verstärken sich die Extremwerte der IG. Die Extremwerte der KG stiegen ebenfalls an, sind allerdings zu t1 relativ

noch deutlich geringer als die der IG. Die größere Flächigkeit der Verteilung der IG zeigt, dass sie weniger um bestimmte Werte polarisiert ist als die Verteilung der KG. Die Anteile der jeweils häufigsten Werte der Verteilung sind auch zu t1 weiterhin stark unterschiedlich. In der KG zeigt sich durch den großen vertikalen Ausschlag ein typischer Wert für die KG im Median. In der IG bildet sich um den häufigsten Wert eine flachere, glockenförmige Verteilung, die Proband*innen der IG unterscheiden sich also stärker hinsichtlich ihrer Gesamtleistungstage als die der KG. Der Boxplot der IG ist zu beiden Messzeiträumen größer als der der KG, was diesen Befund ebenfalls verdeutlicht.

Tabelle 86: Deskriptive Statistiken Leistungstage SGB XI

Studiengruppe	t	n	$\bar{x}$	Median	SD	Min.	Max.	25 %-Q.	75 %-Q.
IG	t0	554	437.86	97.50	1329.87	0	21012	0.00	365.00
IG	t1	554	1078.86	495.00	2585.39	0	26868	360.50	1017.75
KG	t0	638	396.82	365.00	348.79	0	3043	198.50	365.00
KG	t1	638	459.84	365.00	359.14	0	3649	364.00	468.25

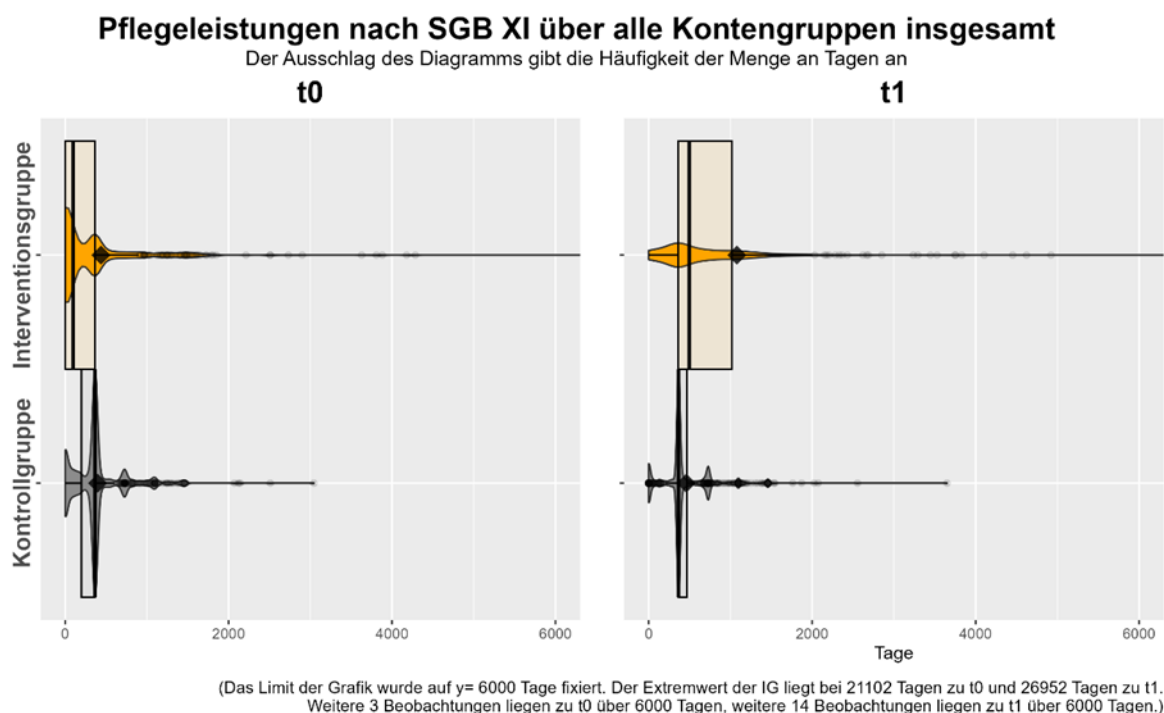


Abbildung 53: Inanspruchnahme von Pflegeleistungen nach SGB XI über alle Kontengruppen summiert

Ein ähnliches Bild zeigt sich auch in der Betrachtung der Veränderungen der Gesamtleistungstage von t0 zu t1 in Abbildung 54 und in Tabelle 87. In der KG weisen die

meisten Proband*innen eine kleine oder keine Veränderung der Gesamtleistungstage auf. Der Boxplot ist sehr eng, der Median liegt bei 0. Auch in der IG liegt hier der größte Anteil, jedoch ist dieser deutlich geringer. Die Verteilung ist ähnlich zu Abbildung 53 breiter, die Proband*innen der IG also unterschiedlicher in ihrer Veränderung der Gesamtleistungstage als die der KG. Die IG verändert sich stärker. Die IG weist einen größeren Bereich zwischen 25 %- und 75 %-Quartil auf und auch der Durchschnitt und der Median liegen höher als in der KG. Auch die Extremwerte der Veränderung sind höher in der IG, jedoch in beide Richtungen. Es gibt also auch mehr Proband*innen deren Gesamtleistungstage sich reduzieren. Die Standardabweichung in der IG ist mit 1963,56 Tagen um ein Vielfaches größer als in der KG, auch hier zeigt sich die größere Heterogenität der IG gegenüber der KG.

Tabelle 87: Deskriptive Statistiken der Veränderung der Leistungstage SGB XI

Studiengruppe	n	$\bar{x}$	Median	SD	Min.	Max.	25 %-Q.	75 %-Q.
IG	554	641.00	290	1963.56	-1708	20864	0	618
KG	638	63.01	0	202.81	-928	1257	0	118

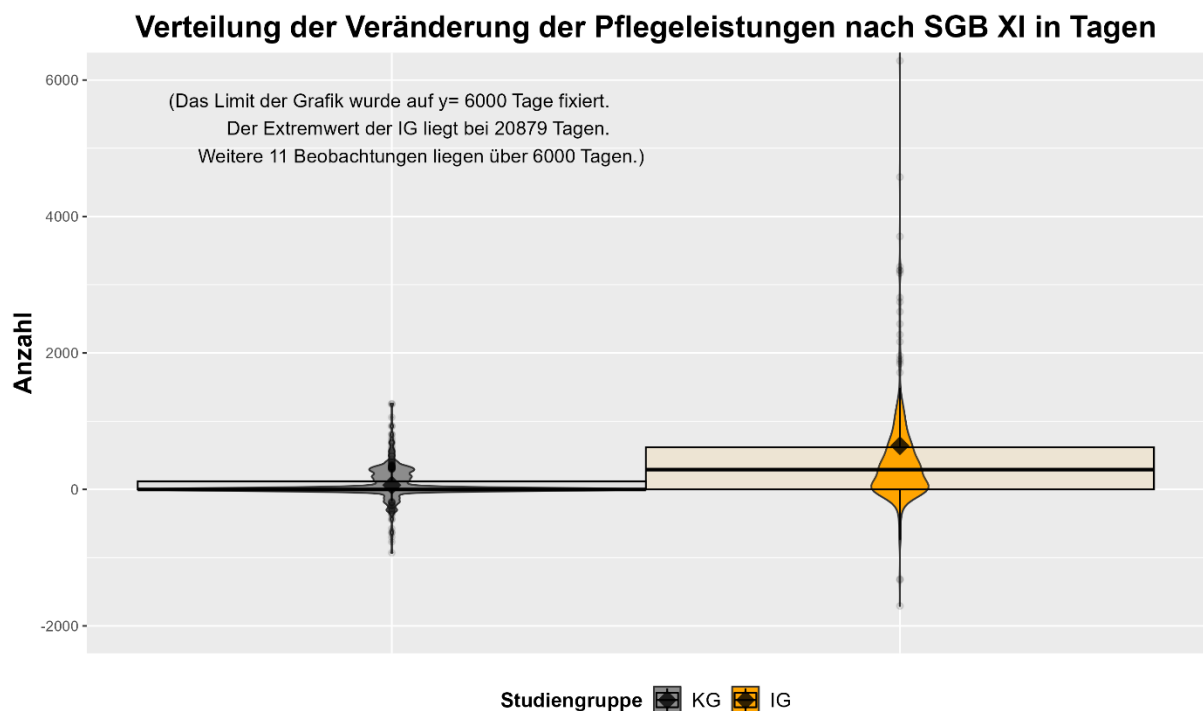


Abbildung 54: Verteilung der Veränderung der Inanspruchnahmen der Pflegeleistungen nach SGB XI in Tagen

Die in Tabelle 88 dargestellten Ergebnisse der t-Tests zu den Pflegeleistungsdaten nach SGB XI unterstreichen die vorgestellten deskriptiven Ergebnisse. Die Studiengruppen unterscheiden sich zu t0 nicht signifikant ($p=0,4807$). Alle anderen durchgeführten Gruppenunterschiedstests sind auf dem $\alpha=0,05$ -Signifikanzniveau als signifikant einzuschätzen. Die in Abbildung 52

identifizierten Veränderungen in der IG von t0 zu t1 sind mit einer Effektstärke nach Cohen (siehe Kapitel 2.4) von $d=0,33$ als gering einzuschätzen. Die der KG erlangen ebenfalls eine eher geringe Effektstärke ($d=0,31$).

Die als eher qualitativ denn quantitativ eingeschätzten Unterschiede zwischen der IG und der KG zu t0 zeigen sich als nicht signifikant. Die Zunahme der Inanspruchnahme von t0 zu t1 ist jedoch in der IG stärker. Dieser Effekt ist im Vergleich der Veränderungen in den in Anspruch genommenen Pflegeleistungstagen evident. Die IG nimmt dabei im Durchschnitt pro Proband*in 641 Pflegeleistungstage mehr in Anspruch als im Jahr vor der Intervention, die KG 63 Tage. Der Gruppenunterschiedseffekt zwischen beiden Studiengruppen zu t1 ist mit einer Effektstärke von $d=0,35$ als mittelstark einzuschätzen. Die IG weist zu t1 mit $\bar{IG}-t1=1079$ Tagen einen größeren Durchschnitt auf als die KG ($\bar{KG}-t1=460$). Bei der Betrachtung des Einflusses des CMs auf die Pflegeleistungen nach SGB XI scheint die nach RAI identifizierte Komplexität eines Einzelfalles keinen Einfluss auf die Entwicklung der Leistungstage zu haben. Beide Gruppenunterschiedstests, sowohl für eher komplexe als auch für eher weniger komplexe Einzelfälle, sind signifikant und mit $d=0,37$ bzw. $d=0,46$ als eher geringe bis mittelstarke Effekte einzuordnen. Die Steigerung ist also eher unabhängig von der Komplexität eines Einzelfalles.

Tabelle 88: Pflegeleistungen SGB XI -Ergebnisse t-Tests

Gruppen	T	df	p-Wert	$\bar{\varnothing}$	Cohen's d
IG t0 – t1	-7,68	553	7,087e-14 ***	640,99	0,33
KG t0 – t1	-7,85	637	1,792e-14 ***	63,01	0,31
t0 – IG vs. KG	-0,71	619	0,4807	438 (IG) vs. 397 (KG)	0,04
t1 – IG vs. KG	-5,56	572	3,542e-08 ***	1079 vs. 460	0,35
Delta IG vs. KG	-6,89	563	1,437e-11 ***	641 vs. 63	0,43
Delta komplexe Fälle (IG vs. KG)	-4,10	232	5,618e-05 ***	663 vs. 80	0,37
Delta weniger komplexe Fälle (IG vs. KG)	-5,53	318	6,584e-08 ***	650 vs. 61	0,46

Pflegeleistungen nach SGB V

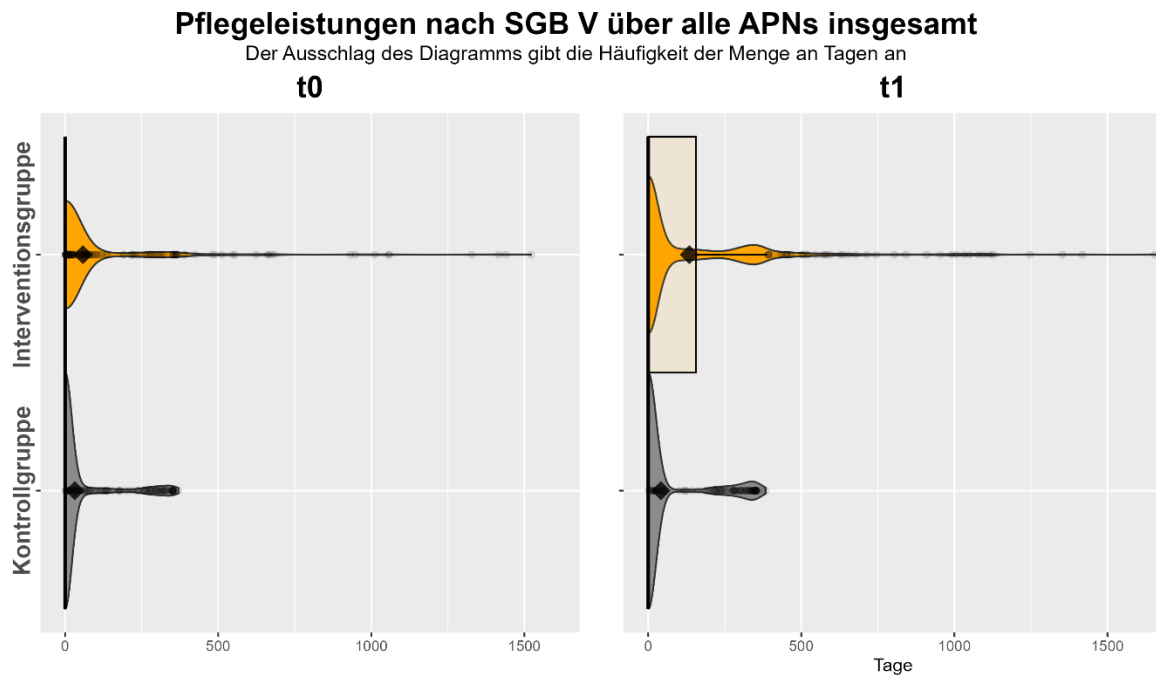
Die Analyse der durchschnittlich in Anspruch genommenen Leistungen nach SGB V in Tagen, unterteilt in die verschiedenen APNs, offenbart, anders als bei den Pflegeleistungen nach SGB XI, keine aussagekräftigen Unterschiede zwischen beiden Studiengruppen. Die durchschnittlichen Tage pro APN tendieren in fast allen APNs gegen Null, da die überwiegende Mehrheit der Proband*innen keine Leistungen der jeweiligen APN in Anspruch nahmen. Lediglich im Bereich der Behandlungspflege (Häusliche Krankenpflege nach §37 Abs. 2 Satz 1 SGB V) sind deskriptiv auf Basis der durchschnittlichen Leistungstage Unterschiede zu erkennen. Zu t0 weist die IG hier einen Durchschnitt von 48 Tagen auf, während die

Proband*innen der KG durchschnittlich 36 Tage Behandlungspflege in Anspruch nehmen. Im Jahr der Intervention steigt dieser Durchschnitt in der IG auf 134 Tage, während er in der KG nur leicht auf 48 Tage steigt (Darstellung siehe Abbildung A.3, Anlage 8). Betrachtet man neben den in Anspruch genommenen Leistungen in Tagen zum Vergleich die Anzahl an Proband*innen pro Studiengruppe, die überhaupt Leistungen einer jeweiligen APN in Anspruch genommenen haben, zeigt sich ein ähnliches Bild (siehe Abbildung A.2, Anlage 8). Die Verteilung der Behandlungspflege bestätigt sich auch hier. In der Mehrzahl der betrachteten APNs wurden zu keinem Zeitpunkt und in keiner Studiengruppe Leistungen in Anspruch genommenen, lediglich in den APNs Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V (Regelleistung) bis zu 4 Wochen, Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V (Ermessensleistung) über 4 Wochen, Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V (Regelleistung) bis zu 4 Wochen und Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 SGB V wurden Leistungen, jedoch in geringen Umfängen, in Anspruch genommenen.

Abbildung 55 zeigt die Häufigkeit der auf der y-Achse abgetragenen insgesamt in Anspruch genommenen Leistungstage einer Person: Je stärker der Ausschlag des Diagramms, desto mehr Proband*innen haben die betreffende, an der y-Achse abgezeichnete Gesamttageszahl. Grundlage sind hier die über alle APNs zusammengefassten Leistungstage pro Person pro Studienzeitraum. Zu t0 gibt es in beiden Gruppen einen großen Anteil an Proband*innen, die keine oder wenige Leistungen in Anspruch genommenen haben. In der IG sind Extremwerte mit einer großen Gesamtzahl an Leistungstagen häufiger zu verzeichnen als in der KG. Die Extremwerte sind in der IG ebenfalls bedeutend größer (vgl. Tabelle 89). Die KG hat einen Anteil an Proband*innen, die etwa 350 bis 400 Leistungstage aufweisen, jedoch darüber hinaus keine sich der Verteilung entfernenden Ausreißer. In der IG ist diese Häufung moderater höherer Leistungsumfänge zu t0 nicht zu beobachten, hier sind die Proband*innen mit höheren Leistungsumfängen diverser verteilt. Der Median der beiden Studiengruppen liegt zu beiden Testzeiträumen bei 0 Tagen, der Durchschnitt ist in der IG, besonders aufgrund der großen Extremwerte, höher als in der KG. Zu t1 verschiebt sich das 75 %-Quartil der IG auf 156, das bedeutet, dass 75 % der IG-Proband*innen im Bereich bis zu 156 Leistungstagen liegen, während die KG hier weiterhin 0 Leistungstage aufweist.

Tabelle 89: Deskriptive Statistiken Leistungstage SGB V

Studiengruppe	t	n	Ø	Median	SD	Min.	Max.	25 %-Q.	75 %-Q.
IG	t0	554	58.17	0	185.49	0	1522	0	0
IG	t1	554	134.39	0	311.03	0	3073	0	156
KG	t0	638	31.52	0	87.72	0	370	0	0
KG	t1	638	41.60	0	103.55	0	383	0	0



(Das Limit der Grafik wurde auf $y = 1600$ Tage fixiert. Der Extremwert der IG liegt bei 3073 Tagen zu t1. Weitere 3 Beobachtungen liegen zu t1 über 1600 Tagen.)

Abbildung 55: Inanspruchnahme von Pflegeleistungen nach SGB V über alle APNs summiert

Tabelle 90: Deskriptive Statistiken der Veränderung der Leistungstage SGB V

Studiengruppe	n	$\bar{x}$	Median	SD	Min.	Max.	25 %-Q.	75 %-Q.
IG	554	76.22	0	247.25	-1128	2806	0	57.75
KG	638	10.09	0	53.50	-277	345	0	0.00

Ein ähnliches Bild zeigt sich auch in der Betrachtung der Veränderungen der Gesamtleistungstage von t0 zu t1 in Abbildung 56 und Tabelle 90. In der KG weisen die meisten Proband*innen eine kleine oder keine Veränderung der Gesamtleistungstage auf ($\bar{x}$ Delta-KG = 10,09 Tage). Auch in der IG liegt hier der größte Anteil, im Durchschnitt entwickelt sich die IG mit $\bar{x}$ Delta-IG = 76,22 Tagen jedoch stärker positiv als die KG. Dies liegt in Anbetracht der gleichen Mediane beider Gruppen jedoch besonders an den Extremwerten der IG, welche stärker ausgeprägt sind. Veränderungen in großen Umfängen sind somit in der IG häufiger, relativ in Bezug auf den Anteil an Proband*innen mit geringer Veränderung jedoch selten. Auffällig ist die Symmetrie beider Verteilungen, die zeigt, dass sich die Veränderung im Bereich der häufigsten Veränderungen sowohl in die abnehmende als auch die zunehmende Richtung entwickelt.

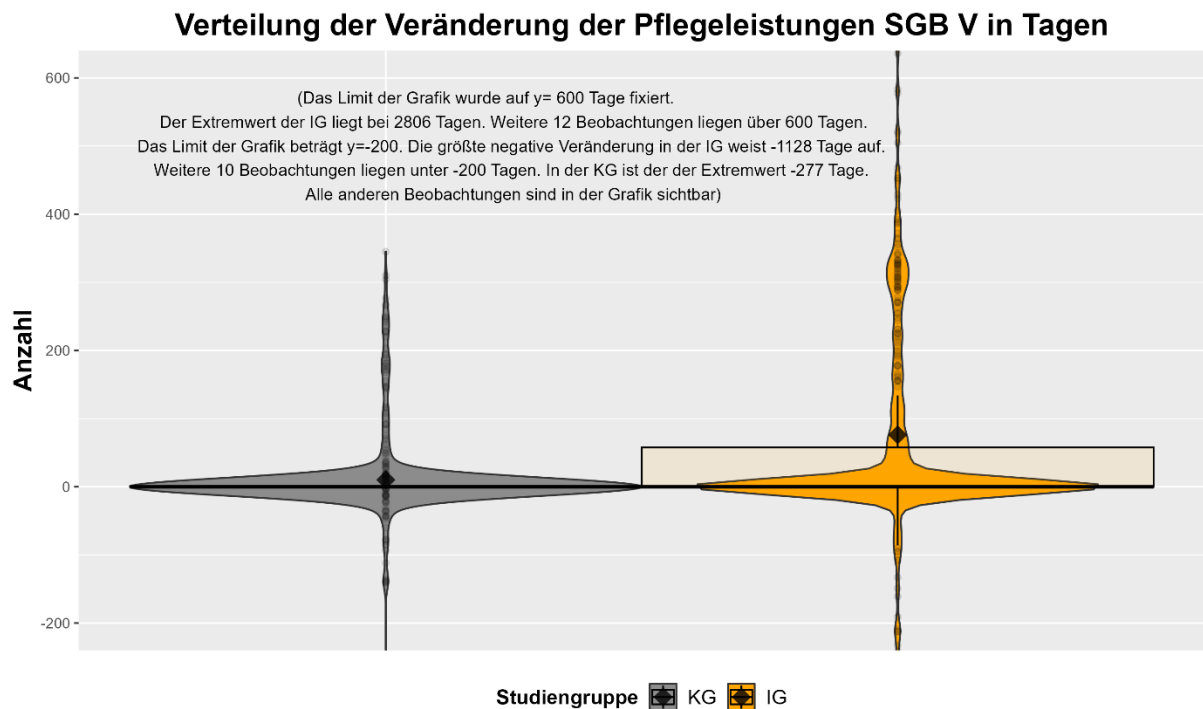


Abbildung 56: Verteilung der Veränderung der Pflegeleistungen nach SGB V

Die in Tabelle 91 dargestellten Ergebnisse der t-Tests zu den Pflegeleistungsdaten nach SGB XI unterstreichen die vorgestellten deskriptiven Ergebnisse. Die Veränderungen der insgesamt in Anspruch genommenen Leistungstage in der IG von t_0 zu t_1 sind auf dem $\alpha = 0,05$ -Signifikanzniveau als signifikant und mit einer Effektstärke nach Cohen von $d = 0,31$ als eher gering einzuschätzen. Die der KG sind mit $d = 0,19$ noch geringer. Der Unterschied zwischen den Studiengruppen zu t_0 ist auf dem $\alpha = 0,05$ -Signifikanzniveau als signifikant einzuschätzen, erweist sich mit $d = 0,18$ jedoch als ebenfalls gering. Zu t_1 sind die Studiengruppen signifikant unterschiedlich. Die IG weist einen Durchschnitt von $\bar{IG} - t_1 = 134$ auf, während die KG nur wenig mehr Leistungstage in Anspruch nahm als zu t_0 ($\bar{KG} - t_1 = 42$). Der Unterschied ist mit $d = 0,41$ als gering bis mittelstark einzuschätzen. Folglich ist auch der Unterschied der Veränderung zwischen beiden Studiengruppen signifikant und mit $d = 0,38$ ebenfalls als gering bis mittelstark einzuschätzen. Betrachtet man die Veränderung differenziert nach dem Komplexitätsgrad, so ergeben sich keine bedeutsamen Unterschiede in diesem Effekt für eher komplexe oder eher weniger komplexe Einzelfälle.

Tabelle 91: Pflegeleistungen SGB V -Ergebnisse t-Tests

Gruppen	T	df	p-Wert	$\bar{\varnothing}$	Cohen's d
IG $t_0 - t_1$	-7,26	553	1,358e-12 ***	76,22	0,31
KG $t_0 - t_1$	-4,76	637	2,371e-06 ***	10,09	0,19
$t_0 - IG$ vs. KG	-3,10	763	0,002 **	58 (IG) vs. 32 (KG)	0,18
$t_1 - IG$ vs. KG	-6,71	659	4,288e-11 ***	134 vs. 42	0,41
Delta IG vs. KG	-6,17	598	1,249e-09 ***	76,22 vs. 10,09	0,38
Delta komplexe Fälle (IG vs. KG)	-4,11	248	5,404e-05 ***	95,13 vs. 10,21	0,37

Delta weniger komplexe Fälle (IG vs. KG)	-4,78	345	2,591e-06***	64,86 vs. 9,13	0,40

Zusammenführung der Ergebnisse

Die Analyse der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen nach SGB V und SGB XI auf Basis von "Leistungstagen" zeigt nur einen geringfügigen Unterschied zwischen IG und KG im Zeitraum t0. Der Unterschied in der Inanspruchnahme nach SGB XI ist nicht signifikant, während bei den Leistungen nach SGB V zwar ein signifikanter, aber als schwach einzuschätzender Unterschied festgestellt werden konnte. Um die Wirksamkeit des CMs hinsichtlich einer Veränderung der Inanspruchnahme der Pflegeleistungen zu untersuchen, ist dieser geringe Unterschied zu t0 mutmaßlich von eher geringer Bedeutung, sodass die Hypothese H1 über einen nicht-signifikanten Unterschied eher nicht abgelehnt werden kann: **Die Nutzung staatlicher Pflegeleistungen unterscheidet sich zwischen der IG und der KG im Zeitraum t0 nicht signifikant.**

Die zweite leitende Hypothese kann nicht abgelehnt werden: **Für beide sozialrechtlichen Leistungsbereiche ist die Veränderung von t0 zu t1 der IG signifikant stärker als die der KG.** Im Falle der SGB V-Leistungen ist der Effekt gering bis mittelstark einzuschätzen und bei den Leistungen nach SGB XI als eher mittelstark. **In beiden Leistungsbereichen führt das CM dazu, dass die Proband*innen der IG im Jahr der Intervention mehr Leistungen in Anspruch nehmen als vor der Intervention.** Auch die KG nimmt in beiden Leistungsbereich zu t1 mehr Leistungen in Anspruch als zu t0, jedoch weniger als die IG.

Limitationen

Die Kontengruppen des Leistungsbereiches SGB XI sind durch die Allgemeine Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV, §25 Abs. 2, Nr. 7, Anlage 7) geregelt. Diese Kontenrahmen sind jedoch im Laufe der Zeit veränderbar, Leistungsumfänge können geändert, neu hinzugenommen oder herausgenommen werden. Die Covid-19-Pandemie, die in den Projektzeitraum fiel, hatte zur Folge, dass Leistungsbedingungen einzelner Kontenrahmen der Pflegeversicherung verändert wurden (bspw. §150 Abs. 5b, Verwendung des Entlastungsbetrages). Ob die Pflegeversicherungen diese veränderten Regelungen in den Kontenrahmen identisch umgesetzt haben, ist nicht abschließend festzustellen. Gleiches gilt für die ebenfalls durch die Allgemeine Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV, §25 Abs. 2, Nr. 1, Anlage 1) geregelten APNs der Krankenversicherung.

Weiterhin ist eine Limitation, dass die untersuchten Leistungen unterschiedliche Skalierungen aufweisen. Leistungen wie bspw. das Pflegegeld werden typischerweise als Monatsleistungen abgerechnet, während andere Leistungen wie die Kurzzeitpflege auf Basis von Tagen berechnet werden. Mit der Kontrolle der deskriptiven Ergebnisse der Leistungstage durch die Darstellung der Anzahl an Inanspruchnahme in den Kontengruppen bzw. APNs konnte dieser Limitation entgegengewirkt werden. Die Ergebnisse erwiesen sich für beide Betrachtungsweisen als stabil.

Die ausgeprägten Extremwerte insbesondere in der IG haben einen starken Einfluss auf die Durchschnittswerte der Leistungstage. Durch den Einbezug weiterer Lagemaße wie den Median, Boxplots oder die Violin-Plots, wurden die Verteilungen auch unabhängig von den Durchschnittswerten betrachtet. Die t-Tests bleiben sensitiv für Extremwerte. Vergleichende Tests mit nicht-parametrischen Verfahren führten zu vergleichbaren Ergebnissen in Bezug auf die Gruppenunterschiede.

Teildiskussion

Das Kapitel 3.8 ging der Frage nach, ob und inwiefern Effekte des ReKo-CMs in Bezug auf die Art und Dauer der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen nach SGB XI und SGB V beobachtbar waren. Betrachtet wurden die durchschnittlichen Tage der Inanspruchnahme in ausgewählten Kontengruppen und APN's und die Anzahl der Proband*innen, die eine Kontogruppe bzw. APN in Anspruch nahmen. Die Analysen zeigen, dass vor der Intervention in der durchschnittlichen Inanspruchnahme von Leistungen nach SGB XI und SGB V zwischen den Studiengruppen kein oder nur ein geringer Unterschied besteht. Im Jahr nach der Intervention hingegen konnten Unterschiede festgestellt werden. **Die ReKo-CM-Intervention hatte zur Folge, dass die Leistungsanspruchnahme in der IG in beiden Sozialgesetzbüchern anstieg.** Auch in der KG stieg die Leistungsanspruchnahme signifikant an, jedoch in geringerem Umfang als in der IG. Angesichts progredienter Krankheitsverläufe und fortschreitender Alterung, aber auch durch in der KG ebenfalls existierende Beratungsexpertisen wie bspw. die PSPs, sind diese Entwicklungen erklärbar. Im Bereich des SGB XI konnte dargelegt werden, dass **insbesondere ambulante und teilstationäre Leistungen zu t1 in der IG in großem Umfang in Anspruch genommen werden.** Diese Ergebnisse stehen in Einklang mit den qualitativen Ergebnissen (Vgl. Kapitel 3.1).

Dass durch das CM die Inanspruchnahme insbesondere solcher ambulanter und teilstationärer SGB XI-Leistungen zunimmt, ist sowohl im Sinne des Vorranges ambulanter vor stationärer Versorgung als auch im Sinne der Pflegegradlogik des SGB XI zu begrüßen. Der Umfang der beantragbaren Leistungen eines Pflegegrades ist gesetzlich festgelegt, die Einordnung in einen Pflegegrad wird durch die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst vorgenommen. Ist ein bestimmter Pflegegrad dem Begutachtungsinstrument folgend für eine pflegebedürftige Person vergeben, so ist es folgerichtig, dass diese Person die mit dem entsprechenden Pflegegrad einhergehenden Leistungen auch in Anspruch nimmt, da der Bedarf dieser Leistungen durch die Begutachtung festgestellt wurde. Personen, die zwar einen Pflegegrad erhalten haben, die entsprechenden Leistungen jedoch nicht in Anspruch nehmen, müssen folglich als von Unterversorgung bedroht angenommen werden, andernfalls wäre die Einstufung in den entsprechenden Pflegegrad irrtümlich. In einem solchen Fall wäre der Vorrang ambulanter Versorgung bedroht, da diese als nicht gewährleistet anzunehmen wäre. **Das ReKo-CM sorgt in seinem individuellen Beratungszugang und durch darauffolgende Koordinierungsleistungen dafür, dass die durch den Medizinischen Dienst als notwendig eingestuften Leistungen auch in Anspruch genommen werden (können).** Das Problem unvollständiger oder fehlender Beratung, bspw. durch die fehlende Aufklärung der Pflegeversicherung über nicht in Anspruch genommene Leistungen, ist bekannt und belegt (Büscher et al. 2023, S. 172; Hielscher et al. 2017). Der Inanspruchnahme der Pflegeleistungen nach SGB XI nach zu urteilen, **konnte das CM diese Beratungslücke schließen.** Dass dieser Effekt bei einer Unterscheidung nach der

Komplexität des Einzelfalles unverändert bleibt, eher komplexe und eher weniger komplexe Einzelfälle also gleichermaßen vom CM in Bezug auf die Wahrnehmung der Pflegeleistungen nach SGB XI und SGB V profitieren, zeigt, dass der **Bedarf unabhängig von der Komplexität** ist. In Kapitel 3.7 konnte gezeigt werden, dass es vor allem eher komplexe Einzelfälle sind, die erst durch die Intervention erstmalig einen Pflegegrad erhalten. Sie hatten vorher keinen Weg in das System der sozialen Pflegeversicherung gefunden. Einmal durch einen Pflegegrad in das Pflegesystem integriert, sind es jedoch beide Gruppen, komplexe wie weniger komplexe Fälle, die vom CM profitieren und deren SGB XI-Leistungspotentiale erst durch das CM umfänglicher ausgeschöpft (Büscher et al. 2023, S. 172) werden und damit erst ebenjener Einschätzung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst gerecht werden.

Dass die Ergebnisse im Bereich des SGB XI effektstärker sind und im Bereich der Leistungen nach SGB V weniger starke Veränderungen aufweisen, zeigt, dass die **Studiengruppen langfristig pflegebedürftig und durch das SGB XI hauptversorgt** sind. Die in Kapitel 3.13 hohe Anzahl an Krankenhausaufenthalten in der IG und die Einschreibung einer Großzahl an Proband*innen in den Krankenhäusern durch das dort angesiedelte CM, kann die erhöhte Anzahl an Behandlungspflege nach §37 Abs. 2 Satz 1 SGB V nach sich ziehen, ehe die Proband*innen dann, wie in Kapitel 3.7 dargelegt, einen Pflegegrad erhalten und fortan durch die Pflegeversicherung versorgt sind. **Daraus folgt, dass das ReKo-CM die Proband*innen vom Krankenhausaufenthalt, über die Häusliche Krankenpflege nach SGB V bis hin zu den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung begleitet und koordiniert und damit eine bedarfsgerechte Versorgung situativ fest- und sichergestellt wird, sodass die langfristige Sicherstellung der Pflege durch die dem jeweiligen Pflegegrad zugeordneten Pflegeleistungen und deren Inanspruchnahme gewährleistet ist.**

3.9 Privat finanzierte Pflegeleistungen

Zentrale Ergebnisse

Zur Frage nach Wirkungen der ReKo-CMs auf privat finanzierte Pflegeleistungen konnten keine Effekte nachgewiesen werden.

Neben Leistungen des SGB XI und SGB V in den GKV-Daten wurden im Zuge der Fragebogenerhebungen auch die privat finanzierten Pflegeleistungen erfragt. Unterteilt sind die Angaben in Leistungen der stationären Langzeitpflege, der stationären Kurzzeitpflege und in die Leistungen der ambulanten Pflege. Befragt wurden sowohl die pflegenden An- und Zugehörigen (ZG3) als auch pflegebedürftige und von Pflegebedürftigkeit bedrohte Proband*innen (ZG1/2). Erfragt wurden die durchschnittlichen monatlichen Ausgaben in €, die als Zahl im Fragebogen in ein Freitextfeld eingetragen werden konnten.

An- und Zugehörige (ZG3)

Die Proband*innen der ZG3 in der IG geben zu t0 im Durchschnitt geringere private Ausgaben für langzeitstationäre Pflegeleistungen an. In beiden Gruppen geben allerdings mindestens 75 % der Befragten einen Wert von 0 € an, was die Verteilung stark von Extremwerten abhängig macht. Die KG weist hier mit 2600 € einen deutlich größeren Maximalwert auf als die IG (733

€) (vgl. Tabelle 92). Zu t1 gleichen sich die Angaben beider Studiengruppen, der Durchschnitt, die Maximalwerte sowie die Standardabweichung liegen in einem ähnlichen Bereich. Allerdings sind mit N=89 in der KG deutlich weniger vorliegende Antworten verfügbar als in der IG (N=182). Auch hier geben mindestens 75 % der Verteilung einen Wert von 0 € an. Zu t2 sind die Maximalwerte beider Gruppen größer, im Durchschnitt ist nun die KG geringer als die IG. Wiederum geben mindestens 75 % der Verteilung einen Wert von 0 € an. Der weit überwiegende Teil beider Studiengruppen gibt damit zu allen Studienzeitpunkten an, kein privates Geld für die stationäre Langzeitpflege auszugeben.

Tabelle 92: Private Ausgaben stationäre Langzeitpflege ZG3

Welche privaten Ausgaben in € tätigen Sie <i>durchschnittlich monatlich</i> ca. für stationäre Langzeitpflege (dauerhafte Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung)?								
IG	Gültige Werte	Min	Max	Median	Durchschnitt	SD	25 %-Quartil	75 %-Quartil
t0	167 (von 315)	0	733	0	6,365	61,18	0	0
t1	182 (von 276)	0	3500	0	126,6	521,19	0	0
t2	136 (von 197)	0	4400	0	181,2	667,87	0	0
KG	Gültige Werte	Min	Max	Median	Durchschnitt	SD	25 %-Quartil	75 %-Quartil
t0	115 (von 175)	0	2600	0	97,12	449,58	0	0
t1	89 (von 134)	0	3600	0	118,6	554,03	0	0
t2	100 (von 129)	0	3828	0	87,53	477,23	0	0

Die Proband*innen der ZG3 in der IG geben zu t0 im Durchschnitt geringere private Ausgaben für stationäre Kurzzeitpflege an. In beiden Gruppen geben allerdings auch hier mindestens 75 % der Befragten einen Wert von 0 € an, was die Verteilung stark von Extremwerten abhängig macht. Die KG weist hier mit 2104 € einen deutlich größeren Maximalwert auf als die IG (1200 €) (vgl. Tabelle 93). Zu t1 liegt der Durchschnitt der IG über dem der KG. Die IG hat auch mit 1500 € einen größeren Maximalwert als die KG (928 €). Allerdings sind mit N=86 in der KG deutlich weniger vorliegende Antworten verfügbar als in der IG (N=185). Auch hier geben mindestens 75 % der Verteilung einen Wert von 0 € an. Zu t2 ist der Maximalwerte der IG wiederum größer (2000 €), im Durchschnitt ist der Wert der KG ähnlich wie zu t1 geringer als der der IG. Wiederum geben mindestens 75 % der Verteilung einen Wert von 0 € an. Der weit überwiegende Teil beider Studiengruppen gibt damit zu allen Studienzeitpunkten an, kein privates Geld für die stationäre Kurzzeitpflege auszugeben.

Tabelle 93: Private Ausgaben stationäre Kurzzeitpflege ZG3

Welche privaten Ausgaben in € tätigen Sie <i>durchschnittlich monatlich</i> ca. für stationäre Kurzzeitpflege (Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung für eine begrenzte Zeit, z. B. in Krisensituationen oder im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt)?								
IG	Gültige Werte	Min	Max	Median	Durchschnitt	SD	25 %-Quartil	75 %-Quartil
t0	169 (von 315)	0	1200	0	14,96	99,82	0	0
t1	185 (von 276)	0	1500	0	19,58	133,94	0	0
t2	129 (von 197)	0	2000	0	25,94	188,09	0	0
KG	Gültige Werte	Min	Max	Median	Durchschnitt	SD	25 %-Quartil	75 %-Quartil
t0	112 (von 175)	0	2104	0	20,57	199,54	0	0
t1	86 (von 134)	0	938	0	13	102,23	0	0
t2	97 (von 129)	0	938	0	10,7	95,67	0	0

Die Proband*innen der ZG3 in der IG geben zu t0 im Durchschnitt geringere private Ausgaben für ambulante Pflegeleistungen an. In beiden Gruppen geben allerdings auch hier mindestens 75 % der Befragten einen Wert von 0 € an, was die Verteilung stark von Extremwerten abhängig macht. Die KG weist hier mit 4500 € einen deutlich größeren Maximalwert auf als die IG (1462 €) (vgl. Tabelle 94). Zu t1 liegt der Durchschnitt der IG über dem der KG. Die IG hat auch mit 2300 € einen größeren Maximalwert als die KG (1000 €). Allerdings sind mit N=86 in der KG deutlich weniger vorliegende Antworten verfügbar als in der IG (N=183). Auch hier geben mindestens 75 % der Verteilung einen Wert von 0 € an. Zu t2 ist der Maximalwerte der IG gleichbleibend wie zu t1 (2300 €), im Durchschnitt ist der Wert der KG ähnlich wie zu t1 geringer als der der IG. Wiederum geben mindestens 75 % der Verteilung einen Wert von 0 € an. Der weit überwiegende Teil beider Studiengruppen gibt damit zu allen Studienzeitpunkten an, kein privates Geld für die ambulante Pflege auszugeben.

Tabelle 94: Private Ausgaben ambulante Pflegeleistungen ZG3

Welche privaten Ausgaben in € tätigen Sie <i>durchschnittlich monatlich</i> ca. für ambulante Pflegeleistungen (z. B. häusliche Krankenpflege, Tagespflege)?								
IG	Gültige Werte	Min	Max	Median	Durchschnitt	SD	25 %-Quartil	75 %-Quartil
t0	168 (von 315)	0	1462	0	31,86	145,98	0	0
t1	183 (von 276)	0	2300	0	41,63	240,59	0	0

t2	124 (von 197)	0	2300	0	60,77	286,81	0	0
KG	Gültige Werte	Min	Max	Median	Durchschnitt	SD	25 %- Quartil	75 %- Quartil
t0	115 (von 175)	0	4500	0	114,8	546,65	0	0
t1	86 (von 134)	0	1000	0	32,41	125,69	0	0
t2	99 (von 129)	0	1100	0	37,03	131,92	0	0

Pflegebedürftige und von Pflegebedürftigkeit bedrohte Proband*innen (ZG 1/2)

Die Proband*innen der ZG1/2 in der IG geben zu t0 im Durchschnitt geringere private Ausgaben für langzeitstationäre Pflegeleistungen an. In beiden Gruppen geben allerdings auch hier mindestens 75 % der Befragten einen Wert von 0 € an, was die Verteilung stark von Extremwerten abhängig macht. Die KG weist hier mit 2800 € einen größeren Maximalwert auf als die IG (2000 €) (vgl. Tabelle 95). Zu t1 liegt der Durchschnitt der IG im Bereich des Durchschnitts der KG. Die IG hat mit 2900 € nun einen größeren Maximalwert als die KG (2300 €). Auch zu t1 geben mindestens 75 % der Verteilung einen Wert von 0 € an. Zu t2 ist der Maximalwerte der IG ähnlich wie zu t1 (3000 €) und gleichbleibend höher als der der KG (1890 €). Der Durchschnitt der IG ist mit 104 € um ein Vielfaches höher als der Durchschnitt der KG zu t2 (8,70 €). Wiederum geben mindestens 75 % der Verteilung einen Wert von 0 € an. Der weit überwiegende Teil beider Studiengruppen gibt damit zu allen Studienzeitpunkten an, kein privates Geld für die langzeitstationäre Pflege zu zahlen.

Tabelle 95: Private Ausgaben stationäre Langzeitpflege ZG1/2

Welche privaten Ausgaben in € tätigen Sie <i>durchschnittlich monatlich</i> ca. für stationäre Langzeitpflege (dauerhafte Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung)?								
IG	Gültige Werte	Min	Max	Median	Durchschnitt	SD	25 %- Quartil	75 %- Quartil
t0	261 (von 554)	0	2000	0	20,73	190,02	0	0
t1	290 (von 455)	0	2900	0	44,67	302,95	0	0
t2	261 (von 356)	0	3000	0	104	454,62	0	0
KG	Gültige Werte	Min	Max	Median	Durchschnitt	SD	25 %- Quartil	75 %- Quartil
t0	375 (von 560)	0	2800	0	37,67	274,05	0	0
t1	350 (von 460)	0	2300	0	45,4	286,79	0	0
t2	296 (von 388)	0	1890	0	8,696	111,83	0	0

Die Proband*innen der ZG1/2 in der IG geben zu t0 im Durchschnitt höhere private Ausgaben für stationäre Leistungen der Kurzzeitpflege an. In beiden Gruppen geben allerdings auch hier mindestens 75 % der Befragten einen Wert von 0 € an, was die Verteilung stark von Extremwerten abhängig macht. Die KG weist hier mit 2000 € einen größeren Maximalwert auf als die IG (1600 €) (vgl. Tabelle 96). Zu t1 liegt der Durchschnitt der IG ebenfalls höher als der der KG. Die IG hat mit 1600 € nun einen größeren Maximalwert als die KG (1300 €). Auch zu t1 geben mindestens 75 % der Verteilung einen Wert von 0 € an. Zu t2 ist der Maximalwerte der IG geringer als zu t1 (700 €) und niedriger als der der KG (806 €). Der Durchschnitt der IG ist mit 7,23 € vergleichbar mit dem Durchschnitt der KG zu t2 (8,67 €). Wiederum geben mindestens 75 % der Verteilung einen Wert von 0 € an. Der weit überwiegende Teil beider Studiengruppen gibt damit zu allen Studienzeitpunkten an, kein privates Geld für stationäre Leistungen der Kurzzeitpflege zu zahlen.

Tabelle 96: Private Ausgaben stationäre Kurzzeitpflege ZG1/2

Welche privaten Ausgaben in € tätigen Sie <i>durchschnittlich monatlich</i> ca. für stationäre Kurzzeitpflege (Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung für eine begrenzte Zeit, z. B. in Krisensituationen oder im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt)?								
IG	Gültige Werte	Min	Max	Median	Durchschnitt	SD	25 %-Quartil	75 %-Quartil
t0	277 (von 554)	0	1600	0	25,31	152,57	0	0
t1	283 (von 455)	0	1600	0	24,31	152,89	0	0
t2	247 (von 356)	0	700	0	7,227	58,62	0	0
KG	Gültige Werte	Min	Max	Median	Durchschnitt	SD	25 %-Quartil	75 %-Quartil
t0	376 (von 560)	0	2000	0	13,99	142,02	0	0
t1	345 (von 460)	0	1300	0	9,51	92,69	0	0
t2	293 (von 388)	0	806	0	8,665	73,59	0	0

Die Proband*innen der ZG1/2 in der IG geben zu t0 im Durchschnitt geringere private Ausgaben für ambulante Pflegeleistungen an. In beiden Gruppen geben allerdings auch hier mindestens 75 % der Befragten einen Wert von 0 € an, was die Verteilung stark von Extremwerten abhängig macht. Die KG weist hier mit 2800 € einen größeren Maximalwert auf als die IG (2500 €) (vgl. Tabelle 97). Zu t1 liegt der Durchschnitt der IG ebenfalls niedriger als der der KG. Die IG hat mit 900 € weiterhin einen geringeren Maximalwert als die KG (3000 €), nun allerdings um ein Vielfaches. Auch zu t1 geben mindestens 75 % der Verteilung einen Wert von 0 € an. Zu t2 sind die Maximalwerte beider Gruppen in einem ähnlichen Bereich (IG: 3000 €; KG: 2900 €). Der Durchschnitt der IG ist mit 43,31 € erstmals über dem Durchschnitt der KG zu t2 (30,95 €). Wiederum geben mindestens 75 % der Verteilung einen Wert von 0 € an. Der

weit überwiegende Teil beider Studiengruppen gibt damit zu allen Studienzeitpunkten an, kein privates Geld für ambulante Pflegeleistungen zu zahlen.

Tabelle 97: Private Ausgaben ambulante Pflegeleistungen ZG1/2

Welche privaten Ausgaben in € tätigen Sie <i>durchschnittlich monatlich</i> ca. für ambulante Pflegeleistungen (z. B. häusliche Krankenpflege, Tagespflege)?								
IG	Gültige Werte	Min	Max	Median	Durchschnitt	SD	25 %-Quartil	75 %-Quartil
t0	269 (von 554)	0	2500	0	23,26	168,38	0	0
t1	273 (von 455)	0	900	0	26,18	104,04	0	0
t2	252 (von 356)	0	3000	0	43,31	283,6	0	0
KG	Gültige Werte	Min	Max	Median	Durchschnitt	SD	25 %-Quartil	75 %-Quartil
t0	402 (von 560)	0	2800	0	29,96	204,87	0	0
t1	371 (von 460)	0	3000	0	31,76	225,32	0	0
t2	311 (von 388)	0	2900	0	30,95	189,88	0	0

Limitationen

Die Standardabweichungen sind in allen vorgestellten Analysen um ein Vielfaches größer als die Durchschnitte. Das zeigt die starke Heterogenität in den Werten ungleich 0. Da in allen betrachteten Fragen mehr als 75 % der Befragten 0 € angeben, lassen sich die Durchschnitte kaum auswerten und interpretieren.

Teildiskussion

Dieses Kapitel ging der Frage nach, inwiefern Effekte des ReKo-CMs hinsichtlich der privat finanzierten Pflegeleistungen beobachtbar waren. Die durch die Fragebogenerhebungen generierten Daten zu den privaten Ausgaben für Pflegeleistungen zeigen, dass mindestens 75 % der Befragten der ZG 1/2 und 3 keine privaten Ausgaben für Pflegeleistungen tätigen. Die aufgezeigten Extremwerte zeigen, dass es eine geringe Zahl an Proband*innen gibt, die hohe Ausgaben im jeweiligen Pflegebereich tätigen, jedoch gegenüber der weit überwiegenden Mehrheit derer, die keine Ausgaben tätigen, eine kleine Minderheit darstellen. Aus den Entwicklungen der Maximalkosten ist kein Effekt des CMs erkennbar, da die Ausgaben zu t1 sowohl ansteigen als auch sinken, und zwischen den Gruppen ebenfalls keine Trends erkennbar sind. Die Durchschnittsausgaben sind aufgrund der genannten Limitationen nicht bzw. kaum zu interpretieren. Vor dem Hintergrund des großen Anteils an Proband*innen, die keine privaten Kosten angeben, scheint der Bereich der privaten Ausgaben kein für die Wirkungen des CMs vorwiegend relevanter Bereich zu sein.

3.10 Privat finanzierte Alltagsgestaltung und Haushaltsführung

Zentrale Ergebnisse
Zur Frage nach Wirkungen der ReKo-CMs auf privat finanzierte Leistungen der Alltagsgestaltung und Haushaltsführung konnten keine Effekte nachgewiesen werden.

Neben Leistungen des SGB XI und SGB V in den GKV-Daten wurden im Zuge der Fragebogenerhebungen auch die privat finanzierten Leistungen der Alltagsgestaltung und Haushaltsführung erfragt. Befragt wurden sowohl die pflegende An- und Zugehörige (ZG3) als auch pflegebedürftige und von Pflegebedürftigkeit bedrohte Proband*innen (ZG1/2). Erfragt wurden die durchschnittlichen monatlichen Ausgaben in €, die als Zahl im Fragebogen in ein Freitextfeld eingetragen werden konnten.

An- und Zugehörige (ZG3)

Die Proband*innen der ZG3 in der IG geben zu t0 im Durchschnitt geringere private Ausgaben für Betreuungsleistungen und Alltagsunterstützung an. In der IG geben allerdings mindestens 75 % der Befragten einen Wert von 0 € an, was die Verteilung stark von Extremwerten abhängig macht. In der KG liegt das 75 %-Perzentil bei 30 €, der Median allerdings ebenfalls bei 0 €. Die IG weist zu t0 mit 1800 € einen deutlich größeren Maximalwert auf als die KG (400 €) (vgl. Tabelle 98). Zu t1 liegen die durchschnittlichen Ausgaben der KG mit 90,51 € deutlich über denen der IG (25,48 €). Der Maximalwert der KG ist mit 2800 € ebenfalls deutlich höher als der der IG (500 €). Allerdings sind mit N=98 in der KG deutlich weniger vorliegende Antworten verfügbar als in der IG (N=193). Auch hier geben mindestens 75 % der Befragten der IG einen Wert von 0 € an, in der KG liegt das 75 %-Perzentil bei 37,5 €, der Median allerdings gleichbleibend bei 0 €. Zu t2 ist der Maximalwert der KG geringer als zu t1 und identisch mit dem der IG (500 €). Wiederum geben mindestens 75 % der Befragten in der IG einen Wert von 0 € an. In der KG liegt das 75 %-Perzentil bei 40 €, der Median unverändert bei 0 €. Der weit überwiegende Teil beider Studiengruppen gibt damit zu allen Studienzeitpunkten an, kein privates Geld für Betreuungsleistungen und Alltagsunterstützung auszugeben. In der IG sind dies mindestens 75 % der Proband*innen, in der KG 50 % der Proband*innen.

Tabelle 98: Private Ausgaben Betreuungsleistungen und Alltagsunterstützung ZG3

Welche privaten Ausgaben in € tätigen Sie <i>durchschnittlich monatlich</i> ca. für Betreuungsleistungen und Alltagsunterstützung (z. B. „Essen auf Rädern“, Besuchsdienste, Urlaubsbegleitung, Entlastungsangebote)?								
IG	Gültige Werte	Min	Max	Median	Durchschnitt	SD	25 %-Quartil	75 %-Quartil
t0	174 (von 315)	0	1800	0	30,84	147,28	0	0
t1	193 (von 276)	0	500	0	25,48	65,86	0	0
t2	138 (von 197)	0	500	0	27,43	72	0	0
KG	Gültige Werte	Min	Max	Median	Durchschnitt	SD	25 %-Quartil	75 %-Quartil

t0	120 (von 175)	0	400	0	43,98	88,98	0	30
t1	98 (von 134)	0	2800	0	90,51	381,3	0	37,5
t2	101 (von 129)	0	500	0	45	92,84	0	40

Die Proband*innen der ZG3 in der IG und KG geben zu t0 im Durchschnitt ähnlich hohe private Ausgaben für Haushaltshilfen an (vgl. Tabelle 99). In der IG geben allerdings mindestens 75 % der Befragten einen Wert von 0 € an, was die Verteilung stark von Extremwerten abhängig macht. In der KG liegt das 75 %-Perzentil bei 70 €, der Median allerdings ebenfalls bei 0 €. Die IG weist zu t0 mit 2500 € einen deutlich größeren Maximalwert auf als die KG (450 €). Zu t1 liegen die durchschnittlichen Ausgaben der KG mit 81,56 € deutlich über denen der IG (35,28 €). Der Maximalwert der KG ist mit 2750 € ebenfalls deutlich höher als der der IG (500 €). Allerdings sind mit N=98 in der KG deutlich weniger vorliegende Antworten verfügbar als in der IG (N=193). Das 75 %-Perzentil der Verteilung der IG liegt bei einem Wert von 9 €, der Median bei 0 €. In der KG liegt das 75 %-Perzentil bei 87,5 €, der Median allerdings gleichbleibend bei 0 €. Zu t2 ist der Maximalwert der KG geringer als zu t1 (450 €) und vergleichbar mit dem der IG (550 €). Das 75 % - Perzentil der Verteilung in der IG liegt bei 40 €, der Median weiterhin bei 0 €. In der KG liegt das 75 %-Perzentil bei 50 €, der Median unverändert bei 0 €. Mindestens die Hälfte der Proband*innen beider Studiengruppen gibt damit zu allen Studienzeitpunkten an, kein privates Geld für Haushaltshilfen auszugeben.

Tabelle 99: Private Ausgaben Haushaltshilfen ZG3

Welche privaten Ausgaben in € tätigen Sie <i>durchschnittlich monatlich</i> ca. für Haushaltshilfen?								
IG	Gültige Werte	Min	Max	Median	Durchschnitt	SD	25 %-Quartil	75 %-Quartil
t0	172 (von 315)	0	2500	0	53,99	220,4	0	0
t1	193 (von 276)	0	500	0	35,28	82,44	0	9
t2	135 (von 197)	0	550	0	34,86	77,05	0	40
KG	Gültige Werte	Min	Max	Median	Durchschnitt	SD	25 %-Quartil	75 %-Quartil
t0	129 (von 175)	0	450	0	47,96	83,77	0	70
t1	98 (von 134)	0	2750	0	81,56	293,23	0	87,5
t2	105 (von 129)	0	450	0	43,95	83,39	0	50

Pflegebedürftige und von Pflegebedürftigkeit bedrohte Proband*innen (ZG 1/2)

Die Proband*innen der ZG1/2 in der IG und KG geben zu t0 im Durchschnitt ähnlich hohe private Ausgaben für Betreuungsleistungen und Alltagsunterstützung an (vgl. Tabelle 100). Auch die 75 %-Perzentile sind ähnlich. Die IG weist zu t0 mit 1000 € einen geringeren Maximalwert auf als die KG (1500 €). Zu t1 liegen die durchschnittlichen Ausgaben beider Studiengruppen (IG: 59,48 €; KG: 55,53 €) wieder in einem vergleichbaren, gegenüber t0 jedoch erhöhten Bereich. Auch die Maximalwerte sind vergleichbar. Das 75 %-Perzentil der Verteilung der IG liegt bei einem Wert von 60 € und damit höher als jenes der KG (16,5 €), der Median liegt in beiden Gruppen bei 0 €. Zu t2 ist der Maximalwert beider Gruppen ähnlich und gegenüber t1 eher geringfügig verändert. Die 75 % - Perzentile beider Verteilungen (IG: 50 €; KG: 39,5 €) sind ähnlich. Der Median liegt weiterhin bei 0 €. Mindestens die Hälfte der Proband*innen beider Studiengruppen gibt damit zu allen Studienzeitpunkten an, kein privates Geld für Betreuungsleistungen und Alltagsunterstützung auszugeben. Zwischen den Studiengruppen sind keine substantiellen Unterschiede festzustellen.

Tabelle 100: Private Ausgaben Betreuungsleistungen und Alltagsunterstützung ZG1/2

Welche privaten Ausgaben in € tätigen Sie <i>durchschnittlich monatlich</i> ca. für Betreuungsleistungen und Alltagsunterstützung (z. B. „Essen auf Rädern“, Besuchsdienste, Urlaubsbegleitung, Entlastungsangebote)?								
IG	Gültige Werte	Min	Max	Median	Durchschnitt	SD	25 %-Quartil	75 %-Quartil
t0	274 (von 554)	0	1000	0	48,61	117,92	0	37,5
t1	298 (von 455)	0	2500	0	59,48	169,6	0	60
t2	262 (von 356)	0	3140	0	76,6	266,67	0	50
KG	Gültige Werte	Min	Max	Median	Durchschnitt	SD	25 %-Quartil	75 %-Quartil
t0	402 (von 560)	0	1500	0	48,9	139,25	0	30
t1	371 (von 460)	0	3000	0	55,53	231,6	0	16,5
t2	311 (von 388)	0	3000	0	75,6	295,68	0	39,5

Die Proband*innen der ZG1/2 in der IG gaben zu t0 im Durchschnitt geringere private Ausgaben für Haushaltshilfen an (vgl. Tabelle 101). Die 75 %-Perzentile sind mit 100 € (IG) bzw. 120 € (KG) ähnlich. Die IG weist zu t0 mit 1000 € einen geringeren Maximalwert auf als die KG (3000 €). Im Median liegt die IG bei 0 €, die KG bei 20 €. Zu t1 liegen die durchschnittlichen Ausgaben beider Studiengruppen (IG: 58, 80 €; KG: 62,39 €) in einem vergleichbaren Bereich. Der Maximalwert in der IG ist nun höher als der der KG. Das 75 %-Perzentil der Verteilungen ist mit 100 € identisch, der Median in beiden Gruppen liegt bei 0 €. Zu t2 ist der Maximalwert der IG mit 3000 € gegenüber t1 stark erhöht und auch deutlich höher als in der KG (750 €). Die 75 % - Perzentile beider Verteilungen sind identisch (100 €). Der Median liegt weiterhin bei 0

€. Mindestens die Hälfte der Proband*innen beider Studiengruppen gibt damit, ausgenommen der IG zu t0, zu allen Studienzeitpunkten an, kein privates Geld für Haushaltshilfen auszugeben. Zwischen den Studiengruppen sind keine substantiellen Unterschiede festzustellen.

Tabelle 101: Private Ausgaben Haushaltshilfen ZG1/2

Welche privaten Ausgaben in € tätigen Sie <i>durchschnittlich monatlich</i> ca. für Haushaltshilfen?								
IG	Gültige Werte	Min	Max	Median	Durchschnitt	SD	25 %-Quartil	75 %-Quartil
t0	289 (von 554)	0	1000	0	57,87	120,56	0	100
t1	296 (von 455)	0	950	0	58,8	114,91	0	100
t2	267 (von 356)	0	3000	0	71,11	210,31	0	100
KG	Gültige Werte	Min	Max	Median	Durchschnitt	SD	25 %-Quartil	75 %-Quartil
t0	405 (von 560)	0	3000	20	89,67	246,47	0	120
t1	378 (von 460)	0	500	0	65,39	92,47	0	100
t2	318 (von 388)	0	750	0	70,99	110,58	0	100

Limitationen

Die Standardabweichungen sind in allen vorgestellten Analysen um ein Vielfaches größer als die Durchschnitte. Das zeigt die starke Heterogenität in den Werten ungleich 0. Da in allen betrachteten Fragen mehr als 75 % der Befragten 0 € angeben, lassen sich die Durchschnitte kaum auswerten und interpretieren.

Teildiskussion

Dieses Kapitel ging der Frage nach, inwiefern Effekte des ReKo-CMs hinsichtlich der privat finanzierten Leistungen der Alltagsgestaltung und Haushaltsführung beobachtbar waren. Die durch die Fragebogenerhebungen generierten Daten zu den privaten Ausgaben für Leistungen der Alltagsgestaltung und Haushaltshilfe zeigen, dass mindestens 50 % der Befragten der ZG 1/2 und 3 keine privaten Ausgaben für solche Leistungen tätigen. In der ZG der pflegenden An- und Zugehörigen sind es häufig bis zu 75 % der Befragten. Die aufgezeigten Extremwerte zeigen, dass es eine geringe Zahl an Proband*innen gibt, die hohe Ausgaben im jeweiligen Pflegebereich tätigen, diese jedoch gegenüber der weit überwiegenden Mehrheit derer, die keine Ausgaben tätigen, eine kleine Minderheit darstellen. Aus den Entwicklungen der Maximalkosten ist kein Effekt des CMs erkennbar, da die Ausgaben zu t1 sowohl ansteigen als auch sinken, und zwischen den Gruppen ebenfalls keine Trends erkennbar sind. Die Durchschnittsausgaben sind aufgrund der genannten Limitationen nicht bzw. kaum zu interpretieren. Vor dem Hintergrund des großen Anteils an Proband*innen, die keine privaten

Kosten angeben, scheint der Bereich der privaten Ausgaben kein für die Wirkungen des CMs relevanter Faktor zu sein.

3.11 Hospitalisierungsrate

Hypothesen (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
H1: Die durchschnittliche Hospitalisierungsrate unterscheidet sich im Zeitraum t0 zwischen der IG und der KG nicht signifikant. H2: In der IG sinkt die durchschnittliche Hospitalisierungsrate vom Zeitraum t0 zum Zeitraum t1 signifikant stärker als in der KG.	N = 1192; IG = 554, KG = 638 Berechnungen mit Komplexität: N = 1108; IG = 541, KG = 567	Routinedaten-Auswertung
Zentrale Ergebnisse		
Die ReKo-IG weist zu Beginn der Studie eine signifikant höhere Hospitalisierungsrate auf als die KG. Trotz erweiterter Datenbereinigung konnte kein signifikanter Einfluss der ReKo-Interventionen auf die Hospitalisierungsrate im Verlauf festgestellt werden. Die Einschreibung zahlreicher IG-Proband*innen während oder kurz nach einem Krankenhausaufenthalt (nicht jedoch in der KG) und die fehlende Unterscheidung zwischen unterschiedlichen Arten von Hospitalisierungen, könnten die Ergebnisse beeinflusst haben.		

Definition des Gegenstandes

Der Endpunkt „Hospitalisierungsrate“ wurde auf verschiedene Arten untersucht, wobei die GKV-Routinedaten der Krankenkassen als Grundlage dienten. Um ein übersichtliches und differenziertes Bild des Endpunkts zu erhalten, wurden die Hospitalisierungsrate mittels verschiedener Ansatzpunkte untersucht. Einerseits wird die Hospitalisierungsrate als Verhältnis der Anzahl aller Hospitalisierungen pro Zeitraum und Gruppe zur Gesamtzahl der Proband*innen je Gruppe ($\frac{\text{Anzahl aller Hospitalisierungen je Zeitraum und Gruppe}}{\text{Anzahl der Proband*innen je Gruppe}}$) analysiert. Zusätzlich wird die Anzahl der Proband*innen untersucht, bei denen mindestens eine Hospitalisierung im jeweiligen Zeitraum vorlag.

Diese Analyse ermöglicht Rückschlüsse darauf, ob die Intervention zu einer Entlastung der stationären Versorgung durch eine Reduktion der Hospitalisierungsrate geführt hat. Darüber hinaus wurde untersucht, inwieweit die Versorgung pflegebedürftiger Personen verbessert werden konnte, indem stationäre Aufenthalte vollständig vermieden wurden. Die zugrunde liegende Hypothese besagt, dass der Einsatz des ReKo-CMs durch eine optimierte Versorgung der Proband*innen den Bedarf an stationären Behandlungen reduziert.

Hypothesen

H1: Die durchschnittliche Hospitalisierungsrate unterscheidet sich im Zeitraum t0 zwischen der IG und der KG nicht signifikant.

H2: In der IG sinkt die durchschnittliche Hospitalisierungsrate vom Zeitraum t0 zum Zeitraum t1 signifikant stärker als in der KG.

Datenbereinigung und Datenvorbereitung

In den bereitgestellten Routinedaten wurden stationäre Aufenthalte über verschiedene Variablen abgebildet. Der Einschlusszeitpunkt für jeden Zeitraum wurde über das Datum der Krankenhausaufnahme operationalisiert. Dadurch wurden Krankenhausaufenthalte auch bei Zeitraumüberschneidungen immer dem vorangestellten Zeitraum zugeordnet. Die Begründung liegt darin, dass die Hospitalisierungen immer dem Interventionszeitraum zugeordnet werden sollten, wenn das Case-Management Einfluss nehmen konnte. Deshalb wurden auch Aufenthalte, die über den Interventionszeitraum hinausgingen, ganzheitlich dem Interventionszeitraum zugeordnet, um eine einheitliche Betrachtung der Daten zu gewährleisten. In wenigen Einzelfällen konnte dies dazu führen, dass die Gesamtdauer der stationären Aufenthalte im Beobachtungszeitraum die Länge des Beobachtungszeitraums überstieg.

Die Daten wurden auf doppelte und inkonsistente Datensätze überprüft und bereinigt. Des Weiteren wurde der Datensatz auf typische Probleme der Operationalisierung stationärer Routinedaten untersucht. Aufgrund von Verlegungen innerhalb oder außerhalb des Krankenhauses konnte es bei Routinedaten zu Überschneidungen des Aufenthaltsdatums kommen. Dies trat im vorliegenden Datensatz nicht auf. Bei Aufenthalten innerhalb des Zeitraums eines längerfristigen Aufenthalts wurde nur der längere Aufenthalt berücksichtigt. Bei Aufenthalten, die innerhalb eines anderen Aufenthaltes begannen, diesen aber zeitlich überschritten, wurde das Aufnahmedatum an das Entlassungsdatum des vorherigen Aufenthaltes angepasst. Dadurch wurden Aufenthalte innerhalb desselben Zeitraums nicht mehrfach berücksichtigt.

Die Hospitalisierungen wurden über eine einfache Zählung der Einträge je Proband*in operationalisiert werden. Die Anzahl der Probanden mit Hospitalisierung wurden darüber analysiert, ob mindestens ein Aufenthalt während des Beobachtungszeitraums vorlag.

Während der Datenanalyse wurde festgestellt, dass die Anzahl der Krankenhausaufenthalte in der IG insbesondere um den Zeitpunkt des Einschreibedatums stark anstieg. Dieser Befund konnte in der KG nicht beobachtet werden (vgl. Abbildung 57). Dieses Phänomen konnte darauf zurückgeführt werden, dass viele Proband*innen der IG während eines stationären Aufenthalts in die Studie aufgenommen wurden, während die Proband*innenakquise in der KG über postalische Anschreiben an die häuslichen Adressen von DAK-Versicherten erfolgte. Dadurch wurden die Ergebnisse hinsichtlich der Krankenhausaufenthalte in diesem frühen Zeitraum der Einschreibung und damit des Interventionsbeginns (t0) verzerrt.

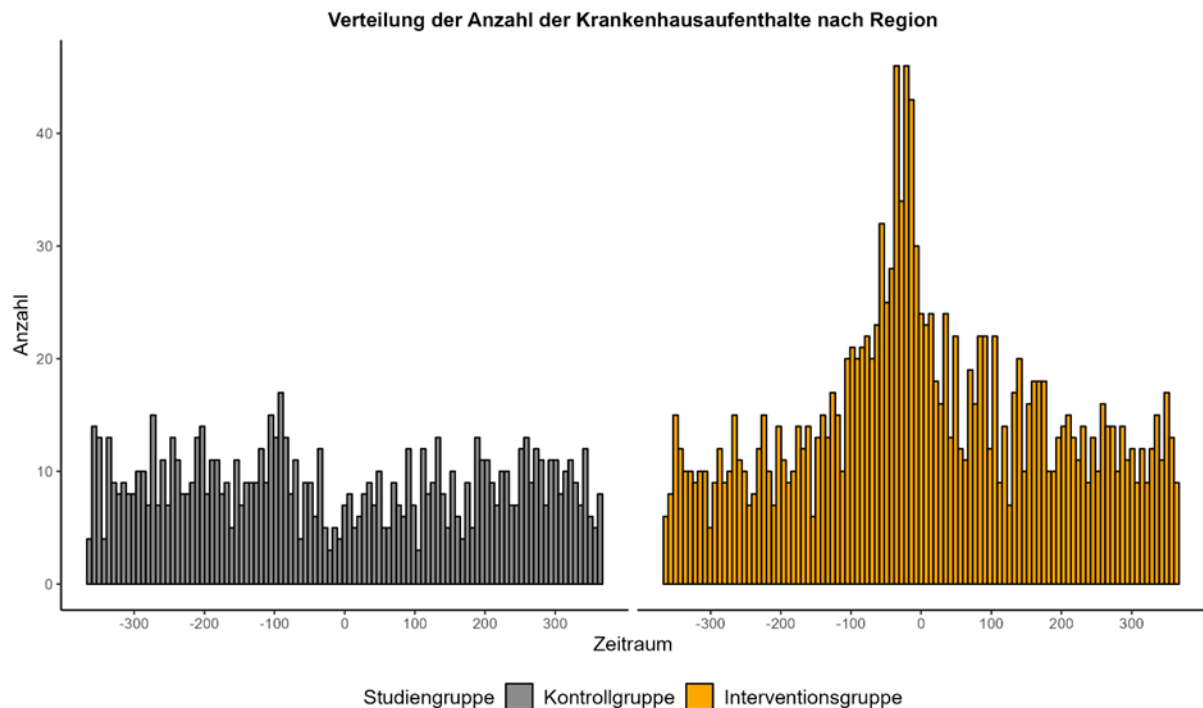


Abbildung 57: Verteilung der Anzahl der Krankenhausaufenthalte nach Gruppe im Zeitverlauf

Aus diesem Grund wurde entschieden, sowohl eine Analyse der kompletten Datengrundlage durchzuführen als auch eine weitere Analyse, in denen die Aufenthalte rund um die Einschreibung nicht berücksichtigt wurden. Um diese Verzerrung zu verringern, wurden die Daten in einer weiteren Analyse so modifiziert, dass die Daten jeweils 2 Monate vor und nach dem Einschreibedatum nicht berücksichtigt wurden. Die weitere Operationalisierung und Datenbereinigung, z. B. Einschluss von Proband*innen ohne Datenpunkt sowie die Erstellung der Veränderungsvariable, wurde in den Kapiteln 2.4.3 und 2.5.3 beschrieben.

Ergebnisse

Gesamte Daten

Zuerst erfolgte eine Analyse des gesamten Datensatzes. Dieser unterteilte sich in die Analyse der Hospitalisierungsrate sowie der Anteil an Proband*innen mit Hospitalisierung. Zusätzlich wurden diese Analyse noch mit einem bereinigten Datensatz durchgeführt.

Hospitalisierungsrate

Wie in Abbildung 58 zu sehen, konnten besonders in der IG Extremwerte im Zeitraum t1 beobachtet werden. Zusätzlich war auffällig, dass der Großteil der Proband*innen weniger als 10 stationäre Aufenthalte je beobachtetem Zeitraum hatte. Auffällig war, dass sich die Verteilungen der IG und KG bereits im Zeitraum t0 unterschieden. Während mehr als 50 % der Proband*innen der KG keinen stationären Aufenthalt aufwiesen, lag der Median in der IG bei einem Aufenthalt. Zusätzlich ließ sich beobachten, dass auch der Durchschnitt und das 75 %-Quartil in der IG über dem der KG lagen.

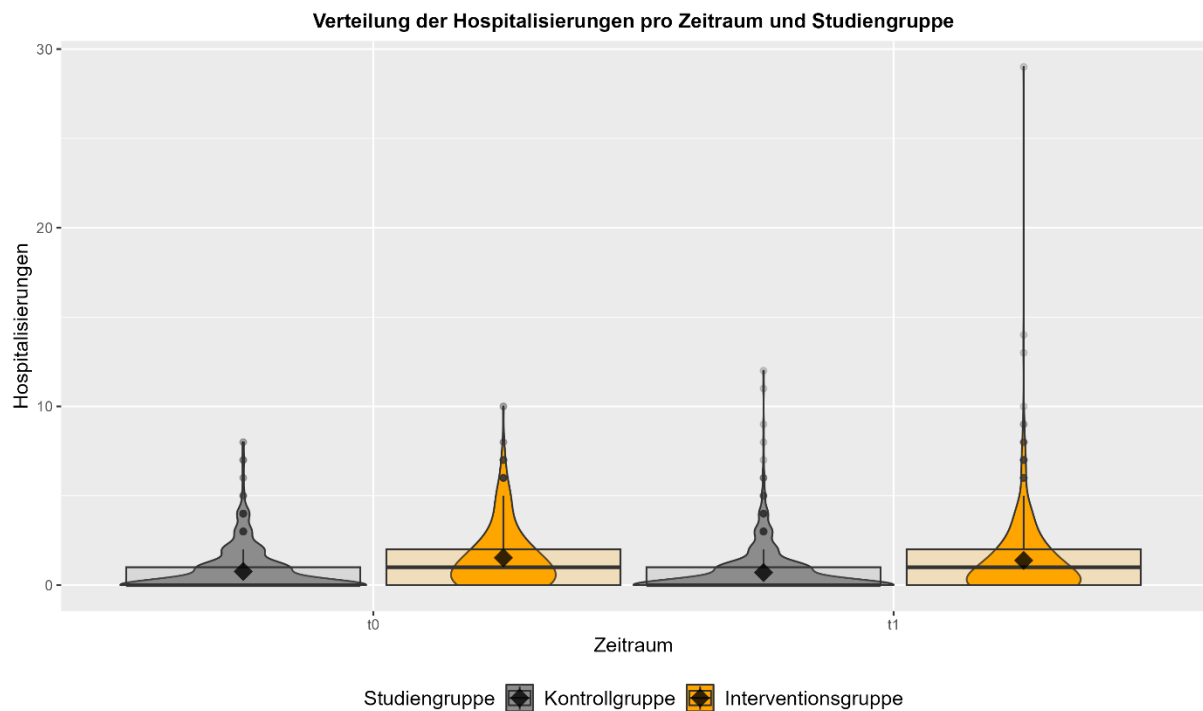


Abbildung 58: Verteilung der Hospitalisierungen pro Zeitraum und Studiengruppe

Im Zeitraum t1 blieben die Verteilungen der KG nahezu unverändert. Der Durchschnitt der KG jedoch sank leicht (Abbildung 58). Auch in der IG blieben Median, 25 %-Quartil und 75 %-Quartil unverändert, während der Durchschnitt stärker sank als in der KG.

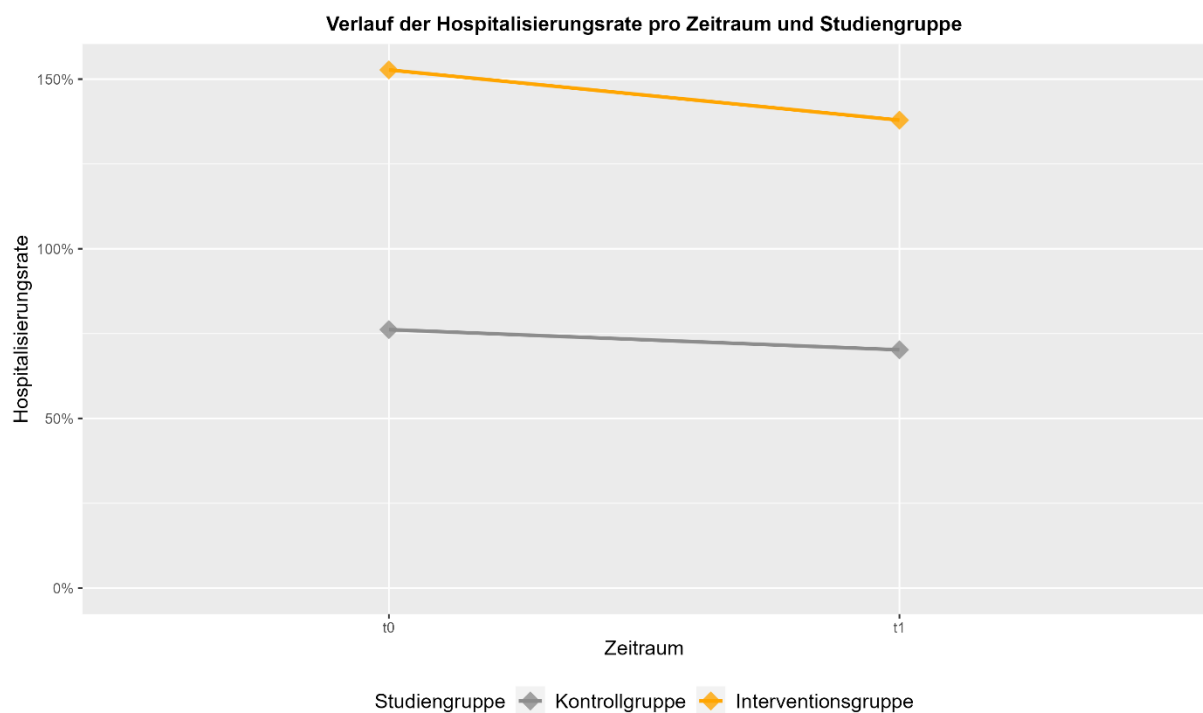


Abbildung 59: Verlauf der Hospitalisierungsrate

Tabelle 102: Deskriptive Statistiken der Hospitalisierungen

Studiengruppe	t	n	Ø	Median	SD	Min.	Max.	25 %-Q.	75 %-Q.
IG	t0	554	1,53	1	1,75	0	10	0	2
IG	t1	554	1,38	1	2,21	0	29	0	2
KG	t0	638	0,76	0	1,26	0	8	0	1
KG	t1	638	0,70	0	1,34	0	12	0	1

Die Analyse der Gruppenunterschiedstests konnte dieses Bild bestätigen. Sowohl im Zeitraum t0 als auch im Zeitraum t1 konnten statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden, mit einem mittleren bis hohen Effektmaß (Cohen 2013). Dies ist jedoch im Zeitraum t1 geringer als noch im Zeitraum t0. In beiden Gruppen konnten keine signifikanten Zeiteffekte festgestellt werden. Auch die Berücksichtigung der Deltavariablen führte zu einem ähnlichen Ergebnis. Schließlich wurden auch bei der Unterscheidung in komplexe und weniger komplexe Fälle keine signifikanten Effekte gemessen.

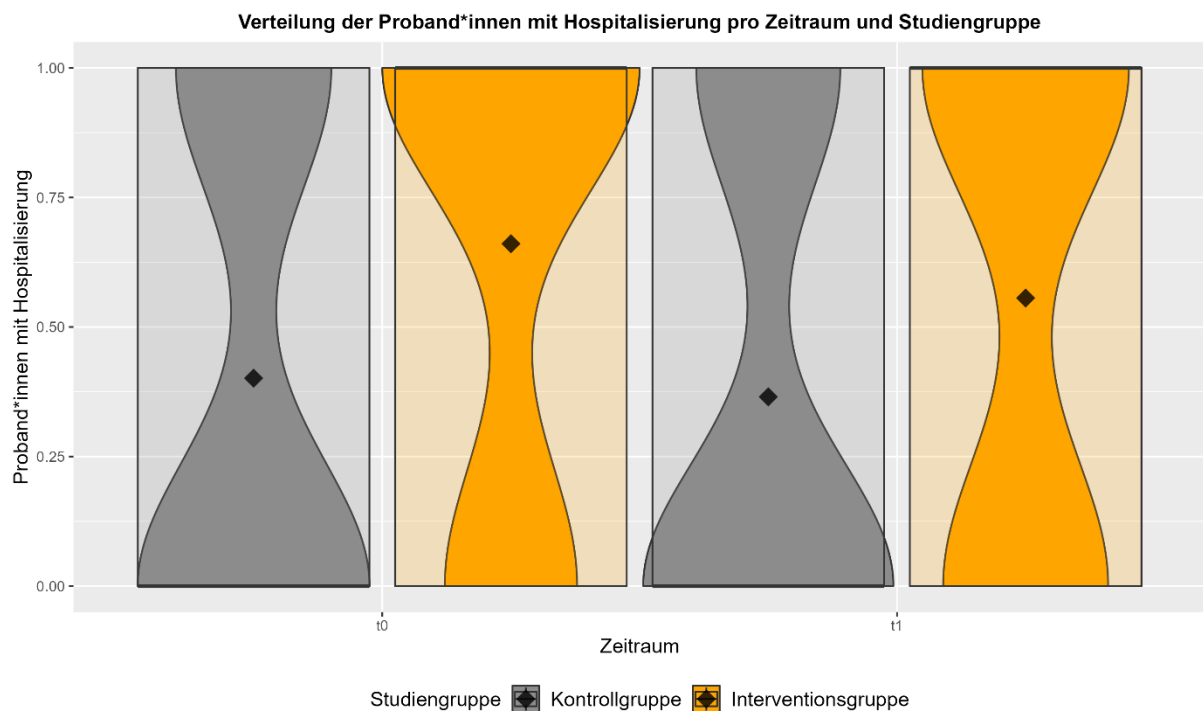
Tabelle 103: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests

Gruppen	T	df	p-Wert	Cohen's d
IG t0 – t1	1,41	553,00	0,158105	0,07
KG t0 – t1	1,13	637,00	0,257348	0,05
t0 – IG vs. KG	-8,55	985,73	0,000000	-0,51
t1 – IG vs. KG	-6,26	884,39	0,000000	-0,38
Delta IG vs. KG	0,85	981,67	0,395725	0,05
Delta komplexe Fälle (IG vs. KG)	1,47	377,12	0,142229	0,14
Delta weniger komplexe Fälle (IG vs. KG)	0,42	608,37	0,671179	0,03

Proband*innen mit Hospitalisierung*Tabelle 104: Deskriptive Statistiken der Proband*innen mit Hospitalisierung*

Studiengruppe	t	n	$\bar{x}$	Median	SD	Min.	Max.	25 %-Q.	75 %-Q.
IG	t0	554	0,66	1	0,47	0	1	0	1
IG	t1	554	0,56	1	0,50	0	1	0	1
KG	t0	638	0,40	0	0,49	0	1	0	1
KG	t1	638	0,37	0	0,48	0	1	0	1

Abbildung 60 zeigt die Anzahl der Proband*innen mit Hospitalisierung je Studiengruppe und Zeitraum. Es ist zu erkennen, dass die Verteilungen der IG in beiden Zeiträumen deutlich stärker zu 1 tendieren, während eine größere Zahl der Proband*innen der KG keine Hospitalisierung aufwies. Dies wird auch im Median reflektiert. Dieser liegt in der IG in beiden Zeiträumen bei 1 während er in der KG bei 0 liegt. Der Durchschnitt ist in der IG auch in beiden Zeiträumen höher als in der KG.

*Abbildung 60: Verteilung der Proband*innen mit Hospitalisierung pro Zeitraum und Studiengruppe*

Für eine genauere Untersuchung der Entwicklung der Proband*innen mit Hospitalisierung bietet sich Abbildung 61 an. In beiden Gruppen ist eine Reduzierung der Proband*innen mit

Hospitalisierung zu beobachten. Jedoch fällt diese in der IG um 10 Prozentpunkte, während die Reduzierung in der KG nur 3 Prozentpunkte beträgt.

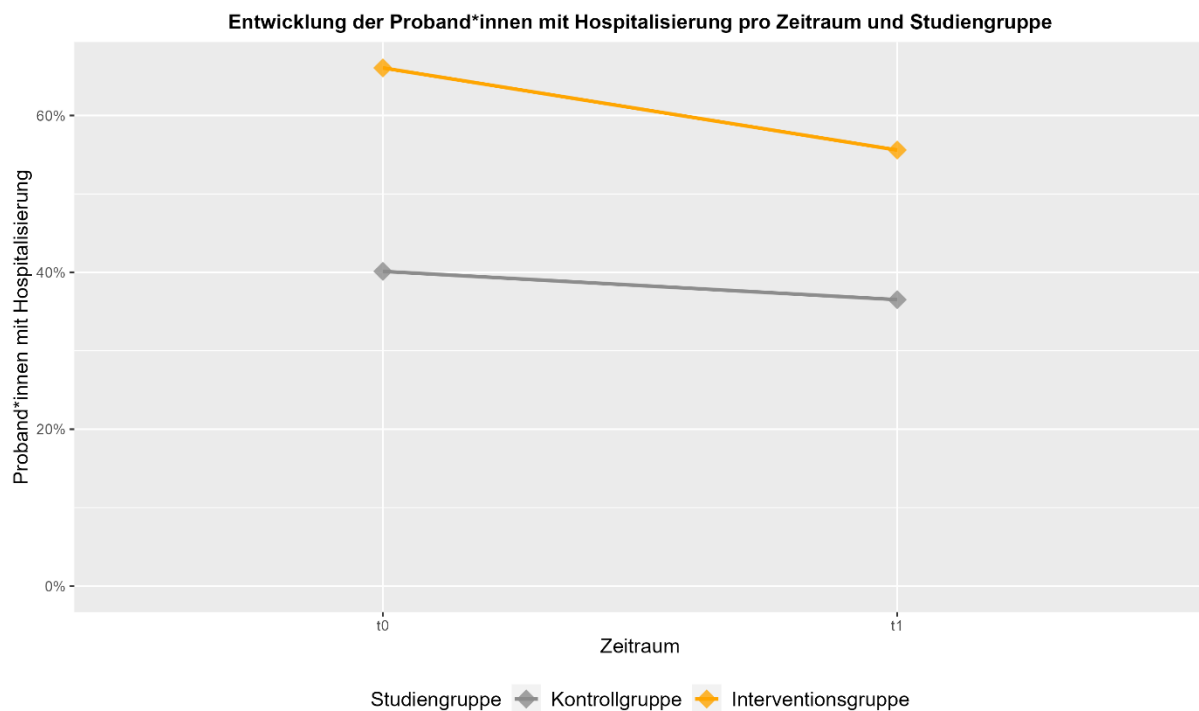


Abbildung 61: Entwicklung der Proband*innen mit Hospitalisierung pro Zeitraum und Studiengruppe

Die Analyse der Gruppenunterschiedstests konnte dieses Bild bestätigen. Sowohl im Zeitraum t0 als auch im Zeitraum t1 konnten statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden, mit einem Effektmaß von 0,22 (Cohen 2013). Dies ist jedoch im Zeitraum t1 geringer als noch im Zeitraum t0. In beiden Gruppen konnten zusätzlich signifikanten Zeiteffekte festgestellt werden. Die Berücksichtigung der Deltavariablen zeigte einen ähnlichen Effekt. Jedoch fällt hier das Effektmaß deutlich geringer aus, als noch bei den Zeiteffekten der individuellen Gruppen. Dieser Effekt konnte besonders stark bei den komplexeren Fällen beobachtet werden.

Tabelle 105: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests

Gruppen	T	df	p-Wert	Cohen's d
IG t0 – t1	8,04	553,00	0,000001	0,22
KG t0 – t1	4,88	637,00	0,000001	0,07
t0 – IG vs. KG	-9,27	1176,54	0,000001	-0,54
t1 – IG vs. KG	-6,70	1155,50	0,000001	-0,39
Delta IG vs. KG	2,00	1175,58	0,045896	0,12
Delta komplexe Fälle (IG vs. KG)	2,57	350,25	0,010612	0,27

Delta weniger komplexe Fälle (IG vs. KG)	-0,17	662,47	0,864361	-0,01

Verkürzter Zeitraum

Da eine Veränderung der Ergebnisse auf Grundlage der großen Anzahl der Einschreibungen rund um die Einschreibung zu erwarten war, wurde eine bereinigte Analyse der Daten durchgeführt. Dafür wurden 2 Monate vor und nach Einschreibung nicht berücksichtigt, da dort die höchste Anzahl der Aufenthalte zu beobachten war. Mit der Berücksichtigung beider Analysen, ohne Bereinigung dieses Zeitraums und mit Bereinigung des Zeitraums, konnte so ein ganzheitliches Bild der Krankenhausaufenthalte und -tage entstehen.

Hospitalisierungsrate

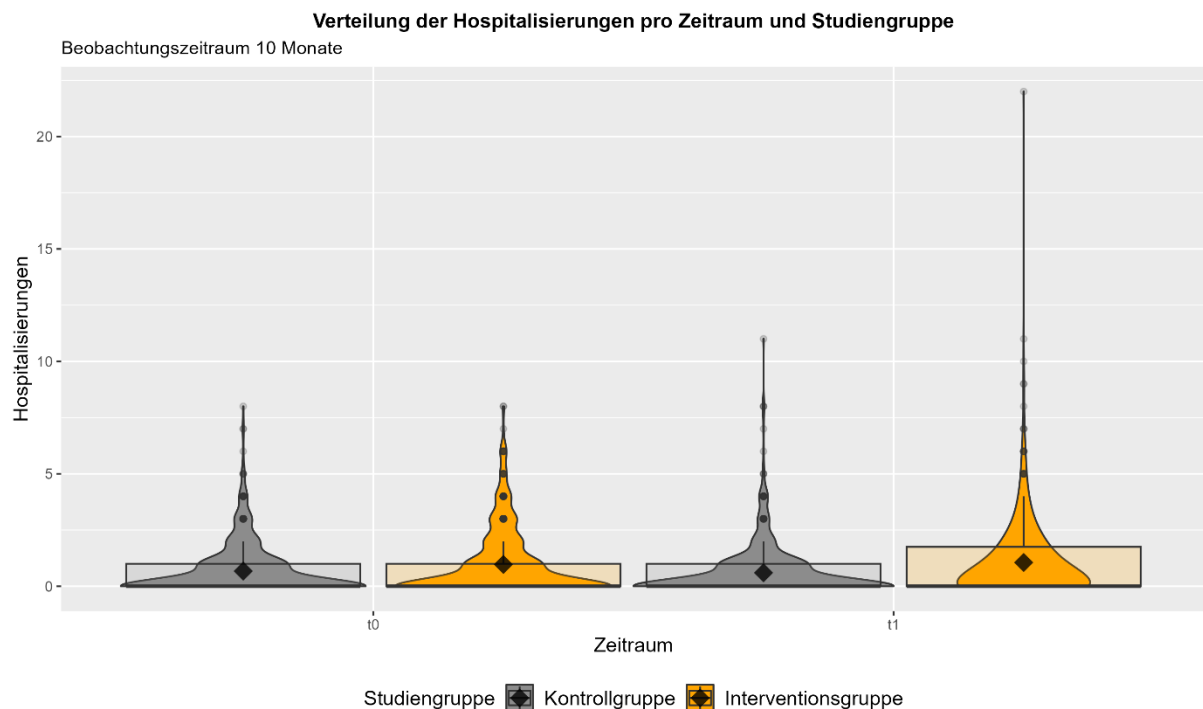


Abbildung 62: Verteilung der Hospitalisierungen nach Studiengruppe und Zeitraum

Abbildung 62 zeigt die Verteilung der Hospitalisierungen in den Studiengruppen während der Studienzeiträume. Deutlich erkennbar war, dass der Großteil der Proband*innen weniger als 3 Hospitalisierungen pro Zeitraum aufwies. Besonders auffällig waren dabei wenige Ausreißer in der IG im Zeitraum t1, bei dem ein Maximum von 22 erreicht wurde. Zu t0 waren die Verteilungen für einen Großteil der Werte sehr ähnlich: Das 25 %- und 75 %-Quartil sowie der Median der Gruppen waren identisch. Die Durchschnitte zeigten ein anderes Bild. Diese sind in der KG niedriger als in der IG.

Tabelle 106: Deskriptive Statistiken der Hospitalisierungen

Studiengruppe	t	n	$\bar{x}$	Median	SD	Min.	Max.	25 %-Q.	75 %-Q.
IG	t0	554	0,97	0	1,49	0	8	0	1,00
IG	t1	554	1,06	0	1,82	0	22	0	1,75
KG	t0	638	0,67	0	1,15	0	8	0	1,00
KG	t1	638	0,60	0	1,20	0	11	0	1,00

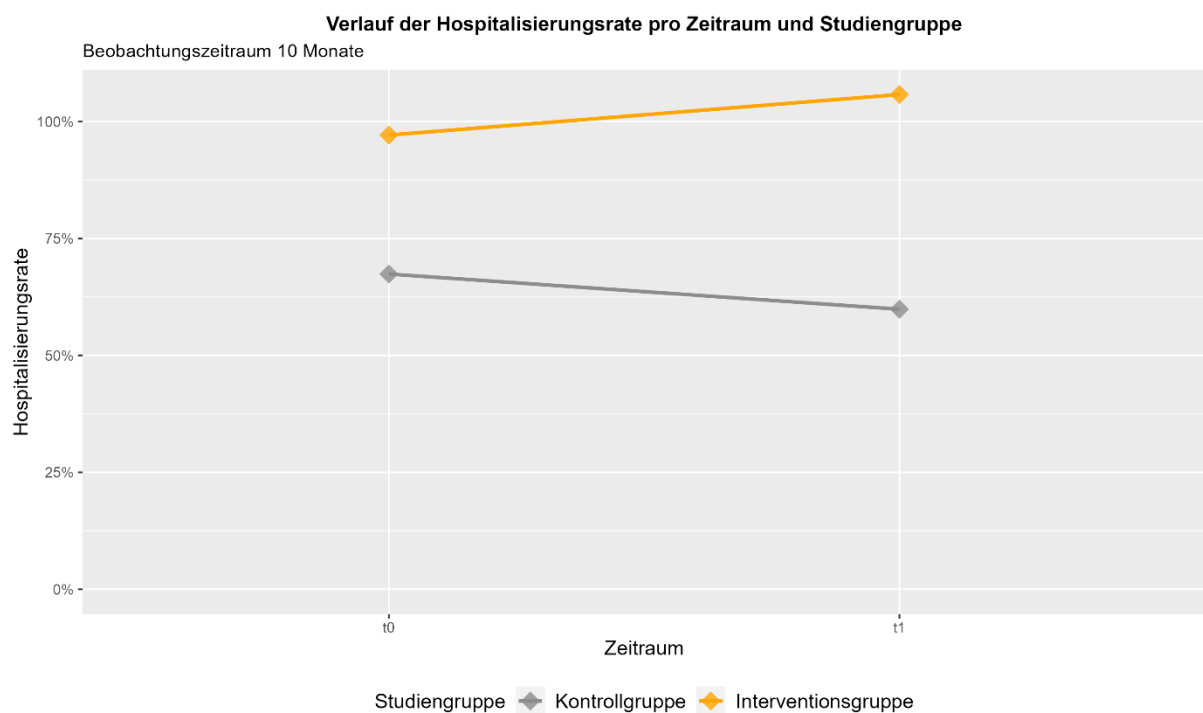


Abbildung 63: Hospitalisierungsrate nach Studiengruppe und Zeitraum

Zu t1 zeigte sich in der IG ein Anstieg der Hospitalisierungsrate, während sie in der KG fiel (Abbildung 63). In der KG gab es keine Veränderung der Quantile oder des Medians. In der IG war eine Veränderung der Verteilung zu höheren Werten zu beobachten. Die Anzahl der Werte rund um den 0 Punkt sanken, während sich das 75 %-Quartil nach oben verschob. Im Gegensatz zur KG stieg auch der Durchschnitt leicht an.

Wie in Tabelle 107 zu erkennen ist, zeigten die Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests auf einem Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ signifikante Unterschiede zwischen den Proband*innen der KG und IG zum Zeitraum t0 sowie zum Zeitraum t1. Der Unterschied wurde zwischen den Zeiträumen größer. Diese Effekte können laut Cohen's d als mittel eingeschätzt werden

(Cohen 2013). Die Gruppenunterschiedstests zeigten jedoch weder in der IG noch in der KG signifikante Zeiteffekte. Die Delta-Analyse der Krankenhausaufenthalte führte zu ähnlichen Ergebnissen. Auch hier waren keine signifikanten Effekte zu beobachten. Auch eine Analyse durch die Bildung von Subsamples in komplexe und weniger komplexe Fälle führte zu keinem statistisch signifikanten Unterschied der Delta-Variable.

Tabelle 107: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests

Gruppen	T	df	p-Wert	Cohen's d
IG t0 – t1	-1,25	553,00	0,212129	-0,05
KG t0 – t1	1,61	637,00	0,107284	0,06
t0 – IG vs. KG	-3,82	1033,60	0,000140	-0,23
t1 – IG vs. KG	-5,07	932,39	0,000000	-0,30
Delta IG vs. KG	-1,68	1005,91	0,092686	-0,10
Delta komplexe Fälle (IG vs. KG)	-0,97	377,76	0,330879	-0,10
Delta weniger komplexe Fälle (IG vs. KG)	-0,77	631,21	0,439269	-0,06

Proband*innen mit Hospitalisierung

*Tabelle 108: Deskriptive Statistiken der Proband*innen mit Hospitalisierung*

Studiengruppe	t	n	Ø	Median	SD	Min.	Max.	25 %-Q.	75 %-Q.
IG	t0	554	0,44	0	0,50	0	1	0	1
IG	t1	554	0,47	0	0,50	0	1	0	1
KG	t0	638	0,37	0	0,48	0	1	0	1
KG	t1	638	0,34	0	0,47	0	1	0	1

Abbildung 64 zeigt die Verteilung der Proband*innen mit Hospitalisierung pro Zeitraum und Gruppe mit einem kürzeren Beobachtungszeitraum. Die Verteilungen im Zeitraum t0 gleichen sich sehr stark, während in der KG zum Zeitraum t0 mehr Proband*innen ohne Hospitalisierung zu beobachten sind. Über alle Gruppen und Zeiträume liegt der Median bei 0 Hospitalisierungen. Nach wie vor ist der Durchschnitt in der IG in beiden Zeiträumen höher als in der KG.

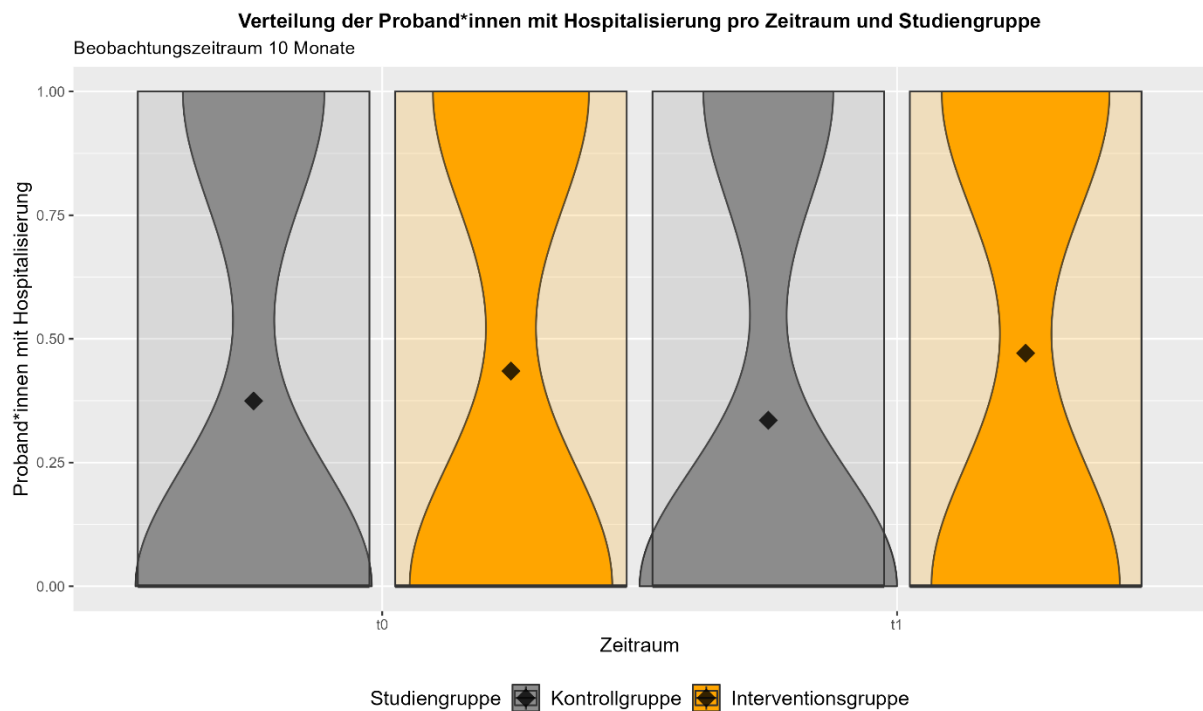


Abbildung 64: Verteilung der Proband*innen mit Hospitalisierung nach Studiengruppe und Zeitraum

Für eine detailliertere Analyse der Entwicklung der Proband*innen mit Hospitalisierung bietet sich Abbildung 65 an. Zu t1 steigt die Anzahl der Proband*innen mit Hospitalisierung um 3 Prozentpunkte an, während sie in der KG um 3 Prozentpunkte im Zeitverlauf sinkt.

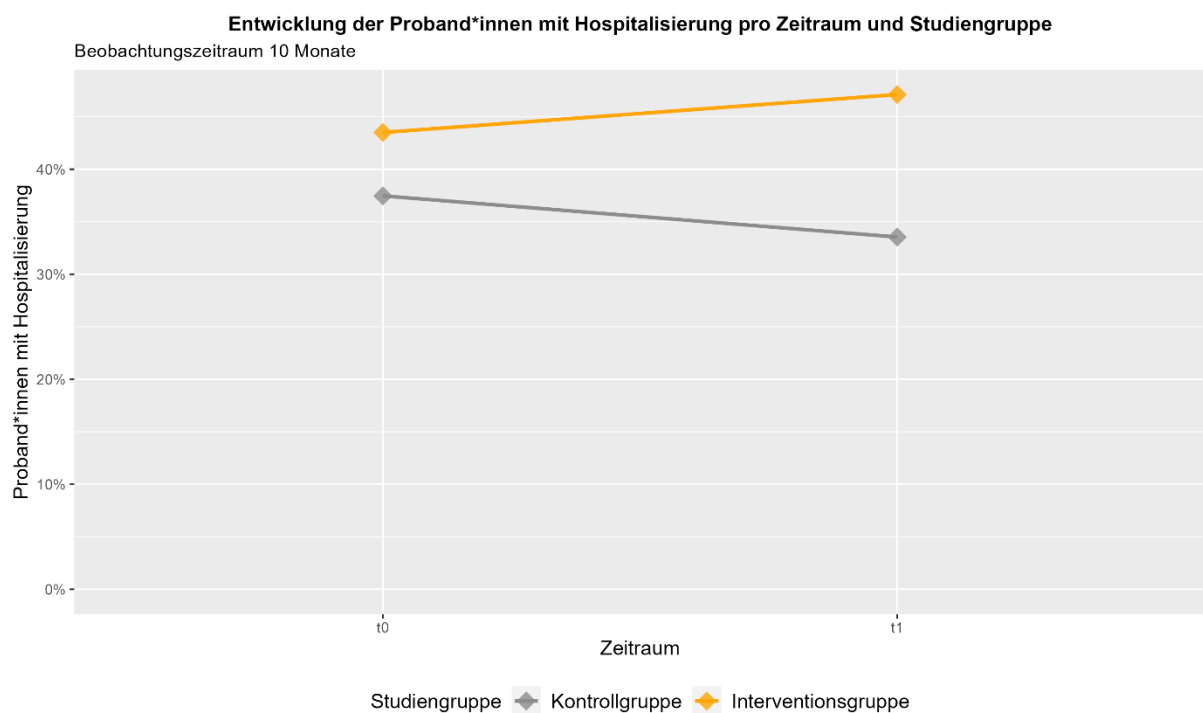


Abbildung 65: Entwicklung der Proband*innen mit Hospitalisierung nach Studiengruppe und Zeitraum

Wie in Tabelle 109 zu erkennen ist, zeigten die Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests auf einem Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ signifikante Unterschiede zwischen den Proband*innen der KG und IG zum Zeitraum t0 sowie zum Zeitraum t1. Der Unterschied wurde zwischen den Zeiträumen größer. Die Gruppenunterschiedstests zeigten sowohl in der IG als auch in der KG signifikante Zeiteffekte. Die Delta-Analyse der Krankenhausaufenthalte führte zu Ergebnissen wie auch Abbildung 65 sehen. Auch hier waren signifikanten Effekte zu beobachten, die ein stärkeres Effektmaß aufwiesen als die reinen Zeiteffekten innerhalb der Gruppen. Die Analyse durch die Bildung von Subsamples in komplexe und weniger komplexe Fälle zeigt stärkere und statistisch relevante Entwicklungen innerhalb der weniger komplexen Fälle.

Tabelle 109: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests

Gruppen	T	df	p-Wert	Cohen's d
IG t0 – t1	-4,55	553,00	0,000007	-0,07
KG t0 – t1	5,10	637,00	0,000000	0,08
t0 – IG vs. KG	-2,12	1158,32	0,034245	-0,12
t1 – IG vs. KG	-4,80	1145,64	0,000002	-0,28
Delta IG vs. KG	-2,14	1153,50	0,032331	-0,12
Delta komplexe Fälle (IG vs. KG)	-1,31	376,93	0,190969	-0,13
Delta weniger komplexe Fälle (IG vs. KG)	-2,03	663,29	0,042267	-0,16

Zusammenführung der Ergebnisse

Der Endpunkt Hospitalisierungsrate wurde mittels verschiedener Analysen und unter Berücksichtigung verschiedener Datengrundlagen untersucht. Die Berücksichtigung der gesamten Datengrundlage im Vergleich zum bereinigten Datensatz führte bei der Analyse der Hospitalisierungsrate zu ähnlichen Ergebnissen. Unterschiede konnten nur bei der Analyse der Proband*innen mit Hospitalisierung festgestellt werden. Durch die Datenbereinigung sank der Anteil der Proband*innen in der IG im Zeitraum t0 deutlich, während er im Zeitraum t1 vergleichsweise konstant blieb. Dadurch fiel die Hospitalisierungsrate in der Datenanalyse mit dem gesamten Datensatz, während sie in der Analyse mit dem kürzeren Beobachtungszeitraum stieg. In der KG blieben die Veränderungen zwischen den Zeiträumen konstant.

In Bezug auf Hypothese H1 deuten alle Ergebnisse auch trotz erweiterter Datenbereinigung auf einen **Unterschied der IG und der KG im Zeitraum t0** hin. Hypothese H1 muss aus diesem Grund abgelehnt werden: **Die Hospitalisierungsrate im Zeitraum t0 ist in der IG signifikant höher als in der KG.**

Hypothese H2 kann ebenfalls nicht bestätigt werden: **Sowohl die Analyse der Hospitalisierungsrate als auch die Ergebnisse der Proband*innen mit Hospitalisierung deuten nicht eindeutig darauf hin, dass sich die Entwicklung in der IG signifikant von der KG unterschied.** Obwohl in Bezug auf die Anzahl der Proband*innen mit Hospitalisierung in der IG ein Zeiteffekt zu erkennen ist, unterscheidet sich dieser je nach Datengrundlage in der Richtung. Eine eindeutige Bestätigung der Hypothese kann damit nicht getroffen werden.

Teildiskussion

Der Endpunkt Hospitalisierungsrate untersucht zwei Hypothesen: Die durchschnittliche Hospitalisierungsrate unterscheidet sich im Zeitraum t0 zwischen der IG und der KG nicht signifikant (H1). In der IG verändert sich die Hospitalisierungsrate im Vergleich der Zeiträume t0 und t1 stärker als in der KG (H2).

Dafür wurden 2 Variablen untersucht, die Hospitalisierungsrate sowie die Anzahl der Proband*innen mit Hospitalisierung. Im Zeitraum t0 bestanden diesbezüglich bereits signifikante Unterschiede zwischen der IG und KG: **Die Hospitalisierungsrate zum Zeitraum t0 ist in der IG signifikant höher als in der KG.** In Bezug auf die Hospitalisierungsrate konnten keine signifikante Zeiteffekte festgestellt werden. Zusätzlich kam die Analyse der Proband*innen mit Hospitalisierung, je nach Datengrundlage, zu konträren Ergebnissen. Dies kann mit der Datengrundlage und der erhöhten Anzahl der Hospitalisierungen rund um den Einschreibungszeitpunkt in Verbindung gebracht werden. **Zusammenfassend ist festzuhalten, dass durch die ReKo-Interventionen kein signifikanter Einfluss auf die Hospitalisierungsrate bei den ReKo-IG-Proband*innen nachgewiesen werden kann.**

Joo & Liu (2017) berichten über gemischte Ergebnisse hinsichtlich des Einflusses von Case Management (CM) auf Hospitalisierungsraten. Insbesondere **bei kürzeren Beobachtungszeiträumen lässt sich häufig kein signifikanter Effekt feststellen.** In längeren Interventionsstudien (> 2 Jahre) wurde hingegen häufiger eine Reduktion der Hospitalisierungen beobachtet als in kürzeren Studien. Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass die **positiven Effekte von CM Intervention gerade bei älteren, pflegebedürftigen Proband*innen nur schwer zu erkennen** sind. Aus diesem Grund **erweitert das Folgekapitel Institutionalisierungsrisiko die hier eingenommene Perspektive der Routinedaten der Inanspruchnahme von stationären und teilstationären Leistungen inhaltlich.** Zusätzliche Analysen zu den stationären Aufenthalten unter Berücksichtigung der Routinedaten sind im Kapitel „Anzahl der Krankenhausaufenthalte und -tage“ zu finden.

Im Zuge der Analyse der Hospitalisierungsrate konnten Limitationen festgestellt werden. Es gab keine Unterscheidung zwischen notwendigen und vermeidbaren Hospitalisierungen. Des Weiteren wurde nicht zwischen Krankheiten oder Krankheitsverläufen unterschieden, die einen immensen Einfluss auf die stationären Aufenthalte haben. Zusätzlich ist festzuhalten, dass viele der Proband*innen der IG während oder kurz nach einem stationären Aufenthalt in die Studie eingeschrieben wurden. Auch dies kann trotz Berücksichtigung in den Analysen zu einer Verzerrung der Ergebnisse dieses Endpunktes führen.

3.12 Institutionalisiertungsrisiko

Das Kapitel betrachtet das Institutionalisiertungsrisiko nach interRAI HC und wirft in einem zweiten Schritt einen Blick auf die Inanspruchnahme von stationären und teilstationären Leistungen im SGB XI.

Zentrale Ergebnisse
Die Ergebnisse zeigen, dass das ReKo-CM das Institutionalisiertungsrisiko stabilisieren kann. Während in der KG das Risiko signifikant zunimmt, bleibt es in der IG weitgehend konstant. Die gestiegene Inanspruchnahme stationärer und teilstationärer Leistungen in der IG deutet darauf hin, dass das ReKo-CM effektiver bei der Vermittlung passender Hilfen agiert. Dies unterstreicht die Bedeutung gezielter Beratungs- und Koordinationsmaßnahmen für eine bedarfsgerechte Versorgung.

Institutionalisiertungsrisiko

Hypothesen (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
H1: Die durchschnittliche Anzahl an Proband*innen mit Institutionalisiertungsrisiko nach interRAI HC verringert sich zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 in der IG überproportional zur Anzahl an Proband*innen mit Institutionalisiertungsrisiko in der KG.	n=959 (IG: n=510; KG: n=449) Auswertungen nach Komplexität: n=957 (IG: n=510; KG: n=447)	Assessment interRAI HC (Garms-Homolová 2002, 2020)

Definition des Gegenstandes

Ergänzend zu den Hospitalisierungsraten der Routinedaten (siehe Kapitel 3.11) wurde untersucht, ob sich das Institutionalisiertungsrisiko (RISK) einer Aufnahme in die stationäre Langzeitpflege nach interRAI HC im Intra- und Intergruppenvergleich über verschiedene Erhebungszeiträume hin verändert. Das Risiko wird auf Grundlage von 20 Items berechnet, die aus den folgenden zusammengefassten Bereichen stammen: vormaliger Aufenthalt in einer stationären Einrichtung, Beeinträchtigungen der kognitiven Leistungen, Kommunikation, Mobilität und persönliche Hygiene, Harninkontinenz, kürzliches Sturzereignis, Verschlechterung in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), herausforderndes Verhalten sowie die Häufigkeit von Aufenthalten im Freien. Ein Institutionalisiertungsrisiko besteht, wenn bei mindestens vier der 20 Items ein Hinweis auf Beeinträchtigungen, Verschlechterung oder erhöhtem Unterstützungsbedarf besteht. Das Ergebnis wird dichotom ausgegeben als Alarmzeichen vorhanden bzw. Alarmzeichen nicht vorhanden.

Hypothesen

Grundlegend für die Bildung der Hypothesen bzgl. des Institutionalisierungsrisikos war die Annahme, dass angesichts progredienter Pflege- und Krankheitsverläufe über den Studienzeitraum ein Anstieg bzw. eine Verschlechterung in den o. g. Bereichen zu erwarten ist, die eine Institutionalisierung zur Folge haben kann. Hervorgerufen werden können diese Prozesse einerseits durch fortschreitende Alterungsprozesse, mit denen eine Abnahme körperlicher sowie geistiger Fähigkeiten einhergehen und andererseits durch sich verschlechternde Krankheitsverläufe und vermehrte akute Krisen, insbesondere bei Menschen, die im Sinne der ReKo-Studie komplex (vgl. Kap. 3.2), chronisch erkrankt und/oder multimorbid sind. Es wird jedoch auch erwartet, dass der Anstieg der Pflegebedürftigkeit in der IG geringer ausfällt als in der KG, da aufgrund der Betreuung durch die ReKo-Case Manager*innen zeitnah gezielte therapeutische und präventive Maßnahmen sowie eine adäquate Versorgung veranlasst werden. Dadurch können eine Erhöhung des Institutionalisierungsrisikos vermieden, ein bestehendes Risiko reduziert oder gar vollständig beseitigt werden. Zur Untersuchung wurden folgende Hypothesen aufgestellt:

H1: Die durchschnittliche Anzahl an Proband*innen mit Institutionalisierungsrisiko nach interRAI HC verringert sich zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 in der IG überproportional zur Anzahl an Proband*innen mit Institutionalisierungsrisiko in der KG.

Vorgehen Datenbereinigung und Umformung

Zunächst wurden sowohl Intra- als auch Intergruppenvergleiche der Veränderungen in den Studiengruppen vom Zeitpunkt vor der Intervention (t0) und den Zeitpunkten direkt nach der Intervention (t1) vorgenommen. Zusätzlich wurden diese Untersuchungen anhand der in definierten Komplexitätsvariable durchgeführt. Da es sich um nominale dichotome Daten handelt, wurden Chi2-Tests eingesetzt.

Zur Darstellung, in welchen Bereichen das Institutionalisierungsrisiko besteht, wurden die 20 Items entsprechend der oben genannten Bereiche in neue Variablen umcodiert (vgl. Tabelle 110).

Tabelle 110: Umkodierung der Items des Institutionalisierungsrisiko (RISK) nach interRAI HC

Bereich	Items
Wohnsituation	- lebte in den letzten fünf Jahren in einer Pflegeeinrichtung/-heim
Kognitive Fähigkeiten	- kognitive Fähigkeiten bei alltäglichen Entscheidungen - Kurzzeitgedächtnis - Alzheimer Erkrankung
Kommunikation	- Verständlichkeit - Verstehen
Tage im Freien	- Anzahl von Aufenthalten im Freien in den letzten drei Tagen
Kontinenz	- Blasenkontrolle
Mobilitätseinschränkungen	- Wie sich der/die Klient*in üblicherweise bewegt - Bewegung - Transfer zur Toilette
Herausforderndes Verhalten	- Umherirren, Wandern

	- Verbale Aggression - körperliche Aggression - Sozial unangemessenes, störendes Verhalten - Unangemessenes sexuelles Verhalten in der Öffentlichkeit - leistet Widerstand gegen die Behandlung/Pflege
Persönliche Hygiene	- persönliche Hygiene (sich waschen, rasieren, kämmen etc.)
ADL-Verschlechterung	- ADL-Verschlechterung innerhalb von 90 Tagen (persönliche Einschätzung)

Ergebnisse

Die Überprüfung der Hypothesen findet zunächst auf Grundlage der Daten der Proband*innengruppen statt, für die sowohl eine t0- als auch eine t1-Erhebung sowie eine t2-Erhebung vorliegen (n=959). Davon entfallen 510 Personen (53,2 %) auf die IG und 449 (46,8 %) auf die KG. Die Geschlechterverteilungen in den beiden Gruppen sind ähnlich (IG 36,3 % männlich, 63,7 % weiblich; KG 34,1 % männlich, 65,9 % weiblich). Die Verteilung gemäß Komplexitätsvariable stellt sich folgendermaßen dar: In der IG sind mehr als ein Drittel der Proband*innen (n=201; 39,4 %) eher komplex gemäß Komplexitätsvariable. Von diesen wiederum sind 59,7 % weiblich (n=120) und 40,3 % männlich (n=81). In der KG sind dagegen nur knapp ein Drittel (n=131; 29,2 %) den eher komplexen Fällen zuzuordnen, doch ist dort der Frauenanteil mit 72,5 % (n=95) höher als in der IG.

Die Subgruppen der Proband*innen, für die sowohl t0- als auch t1-Daten vorliegen, unterscheiden sich bei t0 bezüglich ihres Institutionalisiertungsrisikos. In der IG wiesen 20 % (n=102) der Personen Alarmzeichen auf, in der KG lediglich 9,6 % (n=43). Dieser Unterschied der Gruppen ist signifikant ($\chi^2=19,41$; $p=1,055e-05$; $w=0,1452$). **In der IG ist das Institutionalisiertungsrisiko zu t0 signifikant höher als in der KG.** Im Verlauf verringerte sich das Institutionalisiertungsrisiko in der IG von t0 zu t1 deskriptiv um knapp zwei Prozentpunkte, während es in der KG um circa fünf Prozentpunkte anstieg. Die Entwicklung in der IG ist nicht signifikant ($\chi^2=0,51559$; $p=0,4727$), die in der KG hingegen signifikant auf einem Niveau von $\alpha=0,05$ ($\chi^2=4,6416$; $p=0,03121$; $w=0,07532$). Zwischen t1 und t2 zeigen sich in beiden Gruppen keine signifikanten Veränderungen. **Zu t1 und zu t2 besteht zwischen IG und KG, anders als zu t0, kein signifikanter Unterschied im Institutionalisiertungsrisiko.**

Tabelle 111: Institutionalisiertungsrisiko gemäß interRAI HC nach Studiengruppe und Erhebungszeitpunkt

	IG (n=510)			KG (n=449)		
vollständige Datensätze t0-t1 (n=1039)	t0 n (%)	t1 n (%)	t2 n (%)	t0 n (%)	t1 n (%)	t2 n (%)
Keine Alarmzeichen	408 (80)	418 (81,9)	400 (78,4)	406 (90,4)	384 (85,6)	367 (81,7)
Alarmzeichen	102 (20)	92 (18,1)	110 (21,6)	43 (9,6)	65 (14,4)	82 (18,3)

Hypothese H1 muss abgelehnt werden, da sich das Institutionalisiertungsrisiko in der IG nicht verringerte. Jedoch stagnierte es zwischen den Zeitpunkten t0 und t1, während es in der KG signifikant anstieg. War zu t0 in der IG noch ein größerer Anteil von einem Risiko zur

Institutionalisierung betroffen als in der KG, erweisen sich die Unterschiede zwischen den Gruppen zu t1 und t2 als nicht signifikant.

Eine Betrachtung des Institutionalisierungsrisikos unter Anwendung der Komplexitätsvariable zeigt weiterhin einen signifikanten Gruppenunterschied zu t0 ($X^2=10,575$; $p=0,001146$; $w=0,185$). Die in der Gesamtgruppe signifikante Veränderung der KG von t0 zu t1 erweist sich für die komplexen Fälle als nicht signifikant. Dies könnte mit der kleineren Stichprobe erklärbar sein. H1 muss abgelehnt werden.

Tabelle 112: Institutionalisierungsrisiko gemäß interRAI HC zu t0 und t1 der eher nicht komplexen und eher komplexen Fälle in der Interventionsgruppe

	eher komplex (n=201)			eher nicht komplex (n=309)		
Interventionsgruppe vollständige Datensätze t0-t2 (n=510)	t0 n (%)	t1 n (%)	t2 n (%)	t0 n (%)	t1 n (%)	t2 n (%)
Keine Alarmzeichen	119 (59,2)	135 (67,2)	126 (62,7)	289 (93,5)	283 (91,6)	274 (88,7)
Alarmzeichen	82 (40,8)	66 (32,8)	75 (37,3)	20 (6,5)	26 (8,4)	35 (11,3)

*Tabelle 113: Institutionalisierungsrisiko gemäß interRAI HC zu t0 und t1 der eher nicht komplexen und eher komplexen Fälle in der Kontrollgruppe (*bei zwei Proband*innen lag keine Berechnung der Komplexität vor, weshalb der Datensatz hier reduziert ist)*

	eher komplex (n=131)			eher nicht komplex (n=316)		
Kontrollgruppe vollständige Datensätze t0-t2 (n=447*)	t0 n (%)	t1 n (%)	t2 n (%)	t0 n (%)	t1 n (%)	t2 n (%)
Keine Alarmzeichen	101 (77,1)	93 (71)	87 (66,4)	303 (95,9)	290 (91,8)	279 (88,3)
Alarmzeichen	30 (22,9)	38 (29)	44 (33,6)	13 (4,1)	26 (8,2)	37 (11,7)

Tabelle 114: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstest (Chi2 -Tests)

	Gruppen	X2	p-Wert	w
Gesamtstichprobe	Intervention t0 – t1	0,51559	0,4727	0,02498
	Kontrolle t0 – t1	4,6416	0,03121*	0,07532
	Intervention t1 – t2	1,784	0,1817	0,04428
	Kontrolle t1– t2	2,0824	0,149	0,05116
	t0 – Intervention vs. Kontrolle	19,41	1,055e-05***	0,1452
	t1 – Intervention vs. Kontrolle	1,961	0,1614	0,04804
	t2 – Intervention vs. Kontrolle	1,4297	0,2318	0,04122

Eher komplexe Fälle	Intervention t0 – t1	2,4061	0,1209	0,08252
	Kontrolle t0 – t1	0,97317	0,3239	0,06965
	Intervention t1 – t2	0,69911	0,4031	0,04692
	Kontrolle t1 – t2	0,44377	0,5053	0,04939
	t0 – Intervention vs. Kontrolle	10,575	0,001146***	0,185
	t1 – Intervention vs. Kontrolle	0,37699	0,5392	0,04034
	t2 – Intervention vs. Kontrolle	0,33041	0,5654	0,03797

Inanspruchnahme von stationären und teilstationären Leistungen im SGB XI

Forschungsfrage	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
F1: Wie verändert sich die Inanspruchnahme von stationären und teilstationären Leistungen im SGB XI in beiden Studiengruppen?	N = 1192; IG = 554, KG = 638 Berechnungen mit Komplexität: N = 1108; IG = 541, KG = 567	Routinedaten-Auswertung

Definition des Gegenstandes

Die Inanspruchnahme von stationären und teilstationären Leistungen im SGB XI umfasst die Kurzzeitpflege, die Tages- und Nachtpflege sowie langfristige stationäre Aufnahmen nach SGB XI. Ein Ziel des ReKo-CMs ist es, den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen. Eine bessere Versorgung kann dazu führen, dass die Aufnahmen in stationäre Langzeiteinrichtungen reduziert werden. Gleichzeitig, kann ein Anstieg in ambulanten Pflegeleistungen, wie die Tages- und Nachtpflege dazu führen, dass ein Verbleib in der Häuslichkeit ermöglicht wird.

Datenbereinigung und Datenvorbereitung

Die Inanspruchnahme von stationären und teilstationären Leistungen im SGB XI wird durch die Anzahl der Proband*innen operationalisiert, die die entsprechende Leistung im untersuchten Zeitraum in Anspruch nehmen. Weitere Leistungen sowie genauere Informationen zur Datenbereinigung der Pflegeleistungen nach SGB IX werden in Kapitel 3.8 behandelt.

Ergebnisse

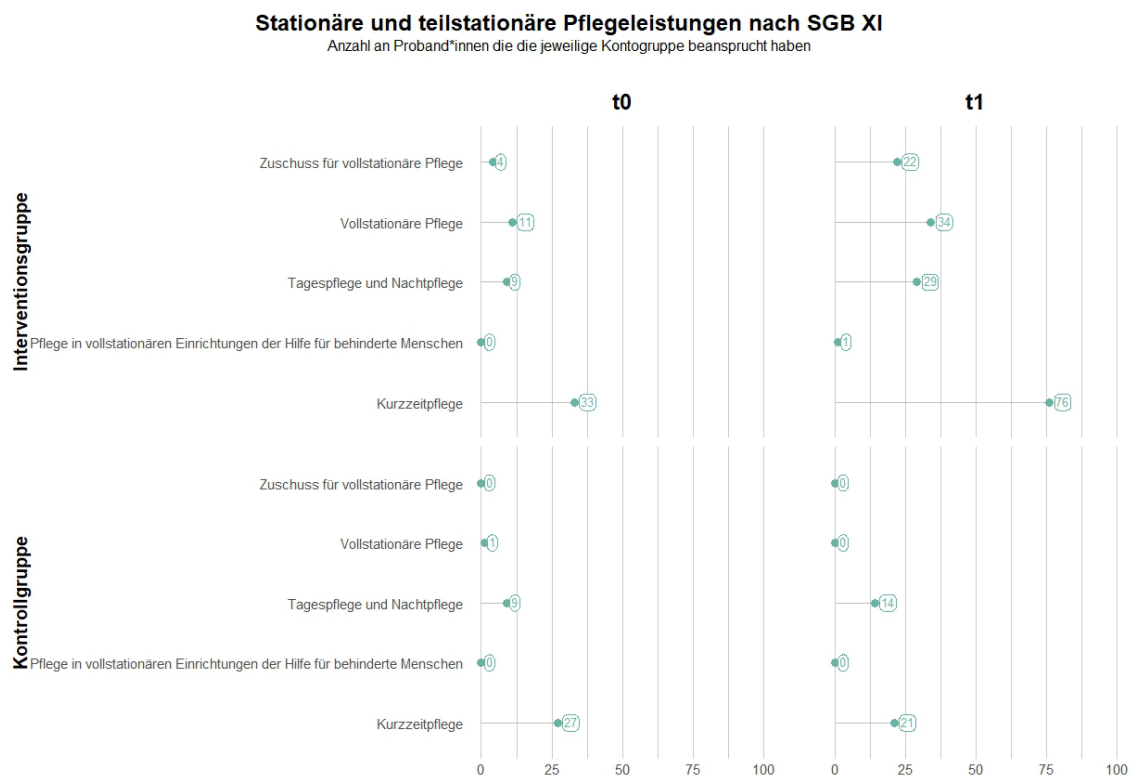


Abbildung 66: Entwicklung der Inanspruchnahme von stationären und teilstationären Leistungen im SGB XI nach Studiengruppe und Zeitraum

Abbildung 66 zeigt, dass im Zeitraum t0 die Anzahl der Proband*innen, die Leistungen aus diesem Bereich in Anspruch nehmen, sich in den Punkten Tages- und Nachtpflege sowie Kurzzeitpflege stark ähneln. Zusätzlich beansprucht keiner der eingeschriebenen Probanden Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen. Allerdings sind starke Unterschiede in der Inanspruchnahme der vollstationären Pflege zu erkennen, die IG weist hier eine höhere Inanspruchnahme auf.

Zu t1 ändert sich dieses Bild stark: Die Inanspruchnahme der vollstationären Pflege verdreifacht sich in der IG, während sie sich in der KG sogar reduziert. Auch die Beanspruchung der Tages- und Nachtpflege steigt in der IG um mehr als das Dreifache an, während sie in der KG nur um etwa 50 Prozent steigt. Sehr auffällig ist auch die Entwicklung der Kurzzeitpflege. Auch im Zeitraum t1 beanspruchen mehr als doppelt so viele Proband*innen der IG die Kurzzeitpflege wie noch im Zeitraum t0. Im gleichen Zeitraum entwickelt sich die Inanspruchnahme in der KG sogar rückläufig.

Teildiskussion

Das Kapitel betrachtete das Institutionalisierungsrisiko nach interRAI HC und die Inanspruchnahme von stationären und teilstationären Leistungen im SGB XI. Die Ergebnisse des interRAI HC-Assessments zeigen, dass die IG zu t0 ein signifikant höheres Institutionalisierungsrisiko aufweist als die KG. Die Unterschiede zwischen den Studiengruppen in der Inanspruchnahme vollstationärer Leistungen nach SGB XI zu t0 könnte

hiermit erklärt werden: die IG nimmt diese mehr in Anspruch, weil sie auch ein höheres Institutionalisiertungsrisiko aufweist. Das Institutionalisiertungsrisiko steigt in der KG zu t1 signifikant an, während es in der IG stagniert. Die Inanspruchnahme der SGB XI-Leistungen wächst in der IG in allen aufgezeigten Bereichen der stationären und teilstationären Versorgung an, während die KG systematisch geringere Veränderungen aufweist. Die Beratungs- und Koordinationsleistung des ReKo-CMs führt zu einer erhöhten Inanspruchnahme der stationären und teilstationären Leistungen, was dann zu einem stagnierenden Institutionalisiertungsrisiko zu führen scheint. Gleichzeitig verändert sich die Inanspruchnahme von stationären und teilstationären Leistungen in der KG kaum, das Institutionalisiertungsrisiko jedoch steigt signifikant. Angesichts progredienter Krankheitsverläufe kann das ReKo-CM das Institutionalisiertungsrisiko nicht vollständig und für alle Proband*innen reduzieren, es kann jedoch durch gezielte Hilfen des SGB-XI den Status sichern bzw. solchen Patient*innen, die eine stationäre Versorgung alternativlos benötigen, vermitteln.

3.13 Anzahl der Krankenhausaufenthalte und -tage

Hypothesen (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
H1: Die durchschnittliche Anzahl der Krankenhausaufenthalte und -tage unterscheidet sich im Zeitraum t0 zwischen der IG und der KG nicht signifikant. H2: In der IG verändert sich die durchschnittliche Anzahl der Krankenhausaufenthalte und -tage im Vergleich der Zeiträume t0 und t1 stärker als in der KG.	N = 1192; IG = 554, KG = 638 Berechnungen mit Komplexität: N = 1108; IG = 541, KG = 567	
Zentrale Ergebnisse		
Zu Beginn der Intervention hatte die Interventionsgruppe (IG) signifikant mehr Krankenhausaufenthalte als die Kontrollgruppe (KG), was auf die Rekrutierung zahlreicher IG-Proband*innen in Krankenhäusern zurückzuführen ist. Dadurch wurden die Analysen verzerrt, und im Verlauf der Intervention zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG hinsichtlich der Krankenhausaufenthalte oder -tage. Ein möglicher Effekt der ReKo-Intervention ließ sich unter diesen Bedingungen schwer feststellen.		

Definition des Gegenstandes

Der Endpunkt „Anzahl der Krankenhausaufenthalte und -tage“ wurde auf verschiedene Arten untersucht, wobei die GKV-Routinedaten der Krankenkassen als Grundlage dienten. Um ein übersichtliches und differenziertes Bild des Endpunkts zu erhalten, wurden die Anzahl der Krankenhausaufenthalte, die durchschnittliche Länge der Krankenhausaufenthalte sowie die Tage im Krankenhaus pro Zeitraum untersucht.

Die Analyse der Anzahl der Krankenhausaufenthalte konnte Rückschlüsse darauf zulassen, ob ein vollständiger Aufenthalt durch die Intervention verhindert werden konnte. Die Hypothese lautete, dass durch den Einsatz des CM Proband*innen aufgrund einer verbesserten Versorgung weniger häufig stationäre Aufenthalte benötigten. Unter anderem könnten so auch Hospitalisierungen aufgrund mangelnder Unterstützung im Haushalt vermieden werden. Die Länge der Krankenhausaufenthalte wurden untersucht, um festzustellen, ob Proband*innen durch die Intervention des CM früher aus der stationären Versorgung entlassen werden können. Zusätzlich wurde auch die Anzahl der Tage in stationären Aufenthalten untersucht. Dadurch konnten Fehlinterpretationen durch besonders viele kurze oder wenige lange Aufenthalte vermieden werden.

Hypothesen

H1: Die durchschnittliche Anzahl der Krankenhausaufenthalte und -tage unterscheidet sich im Zeitraum t0 zwischen der IG und der KG nicht signifikant.

H2: In der IG verändert sich die durchschnittliche Anzahl der Krankenhausaufenthalte und -tage im Vergleich der Zeiträume t0 und t1 stärker als in der KG.

Datenbereinigung und Datenvorbereitung

In den bereitgestellten Routinedaten wurden stationäre Aufenthalte über verschiedene Variablen abgebildet. Der Einschlusszeitpunkt für jeden Zeitraum wurde über das Datum der Krankenhausaufnahme operationalisiert. Dadurch wurden Krankenhausaufenthalte auch bei Zeitraumüberschneidungen immer dem vorangestellten Zeitraum zugeordnet. Die Begründung liegt darin, dass die Hospitalisierungen immer dem Interventionszeitraum zugeordnet werden sollten, wenn das Case-Management Einfluss nehmen konnte. Deshalb wurden auch Aufenthalte, die über den Interventionszeitraum hinausgingen, ganzheitlich dem Interventionszeitraum zugeordnet, um eine einheitliche Betrachtung der Daten zu gewährleisten. In wenigen Einzelfällen konnte dies dazu führen, dass die Gesamtdauer der stationären Aufenthalte im Beobachtungszeitraum die Länge des Beobachtungszeitraums überstieg.

Die Daten wurden auf doppelte und inkonsistente Datensätze überprüft und bereinigt. Des Weiteren wurde der Datensatz auf typische Probleme der Operationalisierung stationärer Routinedaten untersucht. Aufgrund von Verlegungen innerhalb oder außerhalb des Krankenhauses konnte es bei Routinedaten zu Überschneidungen des Aufenthaltsdatums kommen. Bei Aufenthalten innerhalb des Zeitraums eines längerfristigen Aufenthalts wurde nur der längere Aufenthalt berücksichtigt. Bei Aufenthalten, die innerhalb eines anderen Aufenthaltes begannen, diesen aber zeitlich überschritten, wurde das Aufnahmedatum an das Entlassungsdatum des vorherigen Aufenthaltes angepasst. Dadurch wurden Aufenthalte innerhalb desselben Zeitraums nicht mehrfach berücksichtigt.

Die Anzahl der Krankenhausaufenthalte konnte über eine einfache Zählung der Einträge je Proband*in operationalisiert werden. Für die Dauer der Krankenhausaufenthalte wurde eine neue Variable namens "Dauer" erstellt. Diese maß die Differenz zwischen Aufnahme- und Entlassungsdatum aus dem Krankenhaus. Der Tag der Aufnahme wurde als einzelner Tag berücksichtigt. Für Aufenthalte, die am selben Tag wie die Entlassung aus einem vorherigen

Aufenthalt begannen, galt dies nicht. Dadurch wurden Tage nicht doppelt berücksichtigt. Die Länge der Krankenhausaufenthalte kalkulierte sich aus den Daten der Aufenthalte, anstatt auf Basis der Proband*innen. Somit wurden nur Proband*innen berücksichtigt, die mindestens einen Krankenhausaufenthalt aufwiesen. Dadurch ließ sich jedoch bestimmen, ob sich Veränderungen an der Aufenthaltsdauer durch das Case-Management ergaben.

Während der Datenanalyse wurde festgestellt, dass die Anzahl der Krankenhausaufenthalte in der IG insbesondere um den Zeitpunkt des Einschreibedatums stark anstieg. Dieser Befund konnte in der KG nicht beobachtet werden (vgl. Abbildung 67: Verteilung der Anzahl der Krankenhausaufenthalte nach Region). Dieses Phänomen konnte darauf zurückgeführt werden, dass viele Proband*innen der IG während eines stationären Aufenthalts in die Studie aufgenommen wurden, während in der KG die Proband*innenakquise über postalische Anschreiben an die häuslichen Adressen von DAK-Versicherten erfolgte. Dadurch wurden die Ergebnisse hinsichtlich der Krankenhausaufenthalte in diesem frühen Zeitraum der Einschreibung und damit des Interventionsbeginns (t_0) verzerrt.

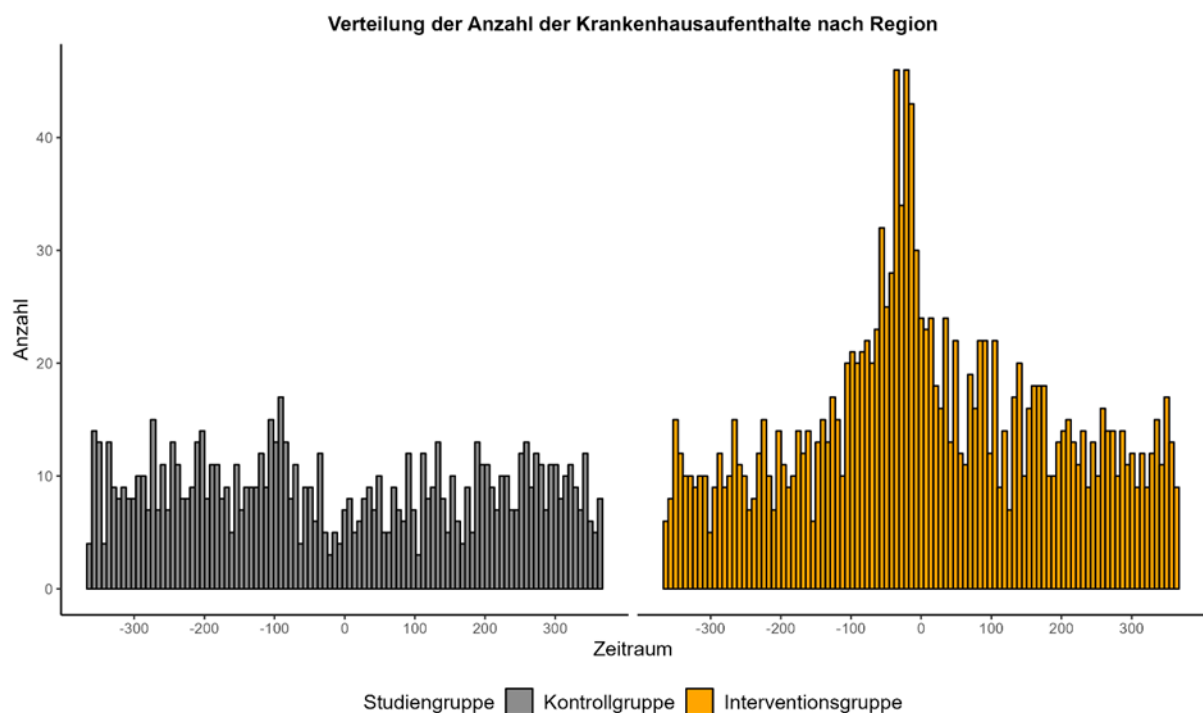


Abbildung 67: Verteilung der Anzahl der Krankenhausaufenthalte nach Gruppe im Zeitverlauf

Aus diesem Grund wurde entschieden, sowohl eine Analyse der kompletten Datengrundlage durchzuführen als auch eine weitere Analyse, in denen die Aufenthalte rund um die Einschreibung nicht berücksichtigt wurden. Um diese Verzerrung zu verringern, wurden die Daten in einer weiteren Analyse so geschnitten, dass die Daten jeweils 2 Monate vor und nach dem Einschreibedatum nicht berücksichtigt wurden. Die weitere Operationalisierung und Datenbereinigung, z. B. Einschluss von Proband*innen ohne Datenpunkt sowie die Erstellung der Veränderungsvariable, wurde in den Kapiteln 2.4.3 und 2.5.3 beschrieben.

Ergebnisse

Gesamte Daten

Zuerst erfolgte eine Analyse des gesamten Datensatzes. Dieser unterteilte sich in die Analyse der Krankenhausaufenthalte, die durchschnittliche Länge der Krankenhausaufenthalte, sowie die Anzahl der Krankenhaustage.

Anzahl der Krankenhausaufenthalte

Wie in Abbildung 68 zu sehen, konnten besonders in der IG Extremwerte im Zeitraum t1 beobachtet werden. Zusätzlich war auffällig, dass der Großteil der Proband*innen weniger als 10 stationäre Aufenthalte je beobachtetem Zeitraum hatte.

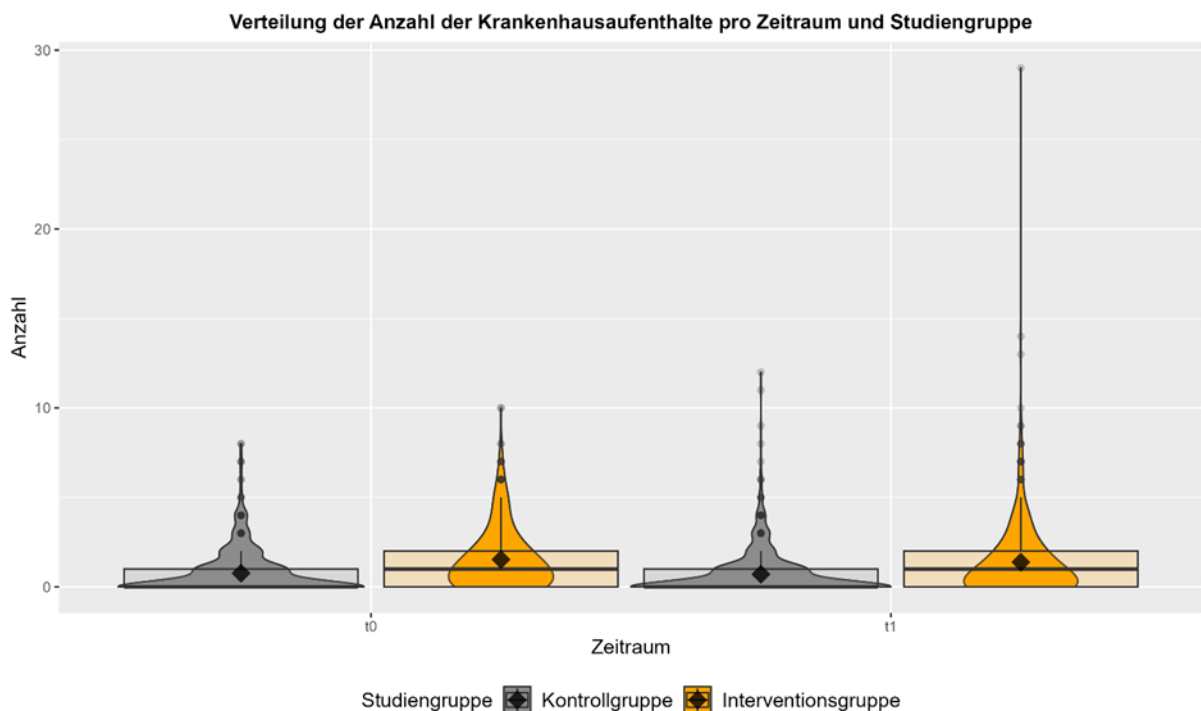


Abbildung 68: Verteilung der Anzahl der Krankenhausaufenthalte pro Zeitraum und Studiengruppe

Für eine genauere Untersuchung der beobachteten Werte bietet sich Abbildung 69 an. Diese begrenzte die Y-Achse für eine genauere Betrachtung der Verteilungen. Auffällig war, dass sich die Verteilungen der IG- und KG bereits im Zeitraum t0 unterschieden. Während mehr als 50 % der Proband*innen der KG keinen stationären Aufenthalt aufwiesen, lag der Median in der IG bei einem Aufenthalt. Zusätzlich ließ sich beobachten, dass auch der Durchschnitt und das 75 %- Quartil in der IG über dem der KG lagen.

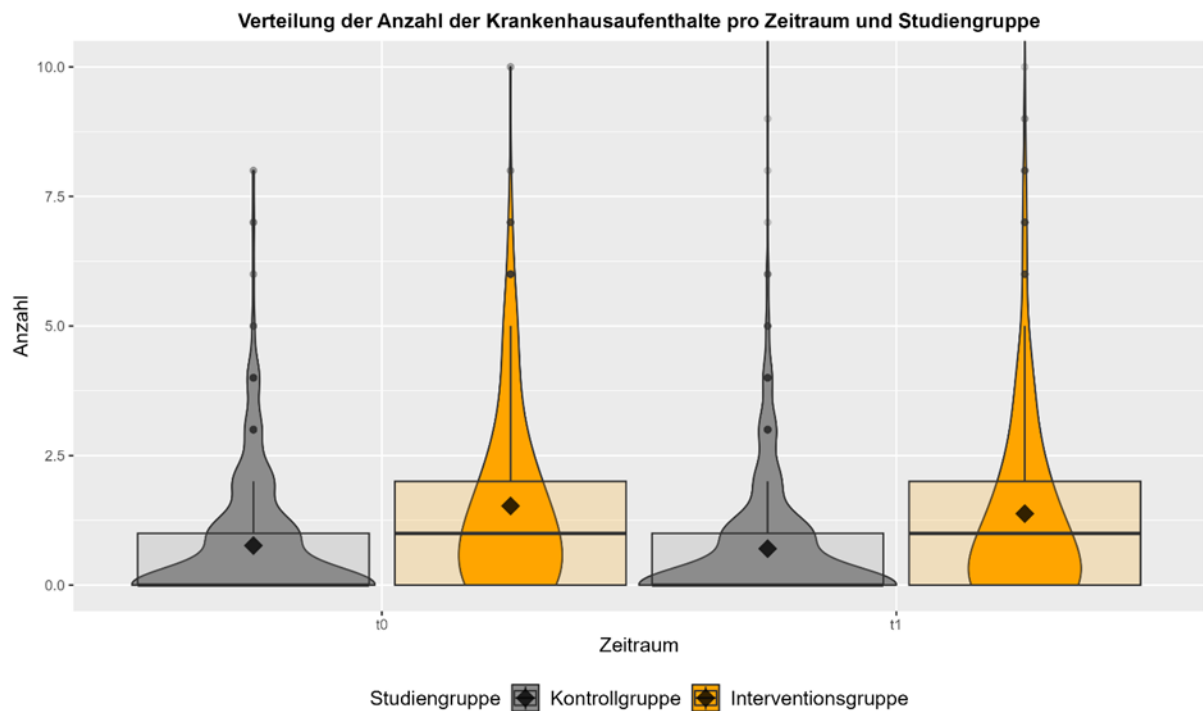


Abbildung 69: Ausschnitt der Verteilung der Anzahl der Krankenhausaufenthalte pro Zeitraum und Studiengruppe

Im Zeitraum t1 blieben die Verteilungen der KG nahezu unverändert. Nur der Durchschnitt sank leicht. In der IG ließ sich ein ähnliches Bild beobachten. Auch hier blieben Median, 25 %-Quartil und 75 %-Quartil unverändert, während der Durchschnitt leicht sank.

Tabelle 115: Deskriptive Statistiken der Krankenhausaufenthalte

Studiengruppe	t	n	Ø	Median	SD	Min.	Max.	25 %-Q.	75 %-Q.
IG	t0	554	1,53	1	1,75	0	10	0	2
IG	t1	554	1,38	1	2,21	0	29	0	2
KG	t0	638	0,76	0	1,26	0	8	0	1
KG	t1	638	0,70	0	1,34	0	12	0	1

Die Analyse der Gruppenunterschiedstests konnte dieses Bild bestätigen. Sowohl im Zeitraum t0 als auch im Zeitraum t1 konnten statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden, mit einem mittleren bis hohen Effektmaß (Cohen 2013). Dies ist jedoch im Zeitraum t1 geringer als noch im Zeitraum t0. In beiden Gruppen konnten keine signifikanten Zeiteffekte festgestellt werden. Auch die Berücksichtigung der Deltavariablen führte zu einem ähnlichen Ergebnis. Schließlich wurden auch bei der Unterscheidung in komplexe und weniger komplexe Fälle keine signifikanten Effekte gemessen.

Tabelle 116: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests

Gruppen	T	df	p-Wert	Cohen's d
IG t0 – t1	1,41	553,00	0,158105	0,07
KG t0 – t1	1,13	637,00	0,257348	0,05
t0 – IG vs. KG	-8,55	985,73	0,000000	-0,51
t1 – IG vs. KG	-6,26	884,39	0,000000	-0,38
Delta IG vs. KG	0,85	981,67	0,395725	0,05
Delta komplexe Fälle (IG vs. KG)	1,47	377,12	0,142229	0,14
Delta weniger komplexe Fälle (IG vs. KG)	0,42	608,37	0,671179	0,03

Länge der Krankenhausaufenthalte

Die Analyse untersuchte die Entwicklung der Länge der Krankenhausaufenthalte. In Abbildung 70 ist die Verteilung der Länge der Krankenhausaufenthalte zu sehen. Auffällig war, dass der Großteil der Aufenthalte weniger als 20 Tage andauerte. Jedoch waren die Extremwerte zwischen den Gruppen ähnlich verteilt.

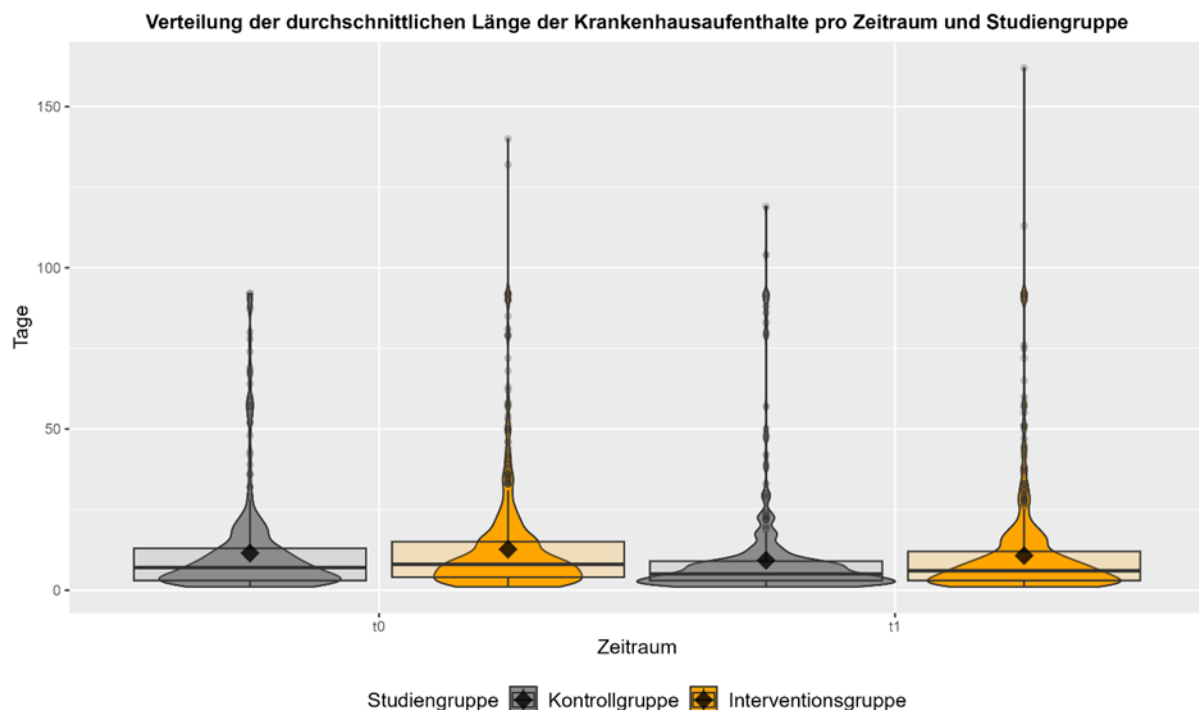


Abbildung 70: Verteilung der Länge der Krankenhausaufenthalte pro Zeitraum und Studiengruppe

In Abbildung 71 wurde die Y-Achse auf einen Maximalwert von 40 Tagen begrenzt. Es wurde deutlich, dass sich die Verteilungen bereits im Zeitraum t0 unterscheiden. Neben dem Median und Durchschnitt waren auch das 25 %- und 75 %-Quartil in der IG höher als in der KG.

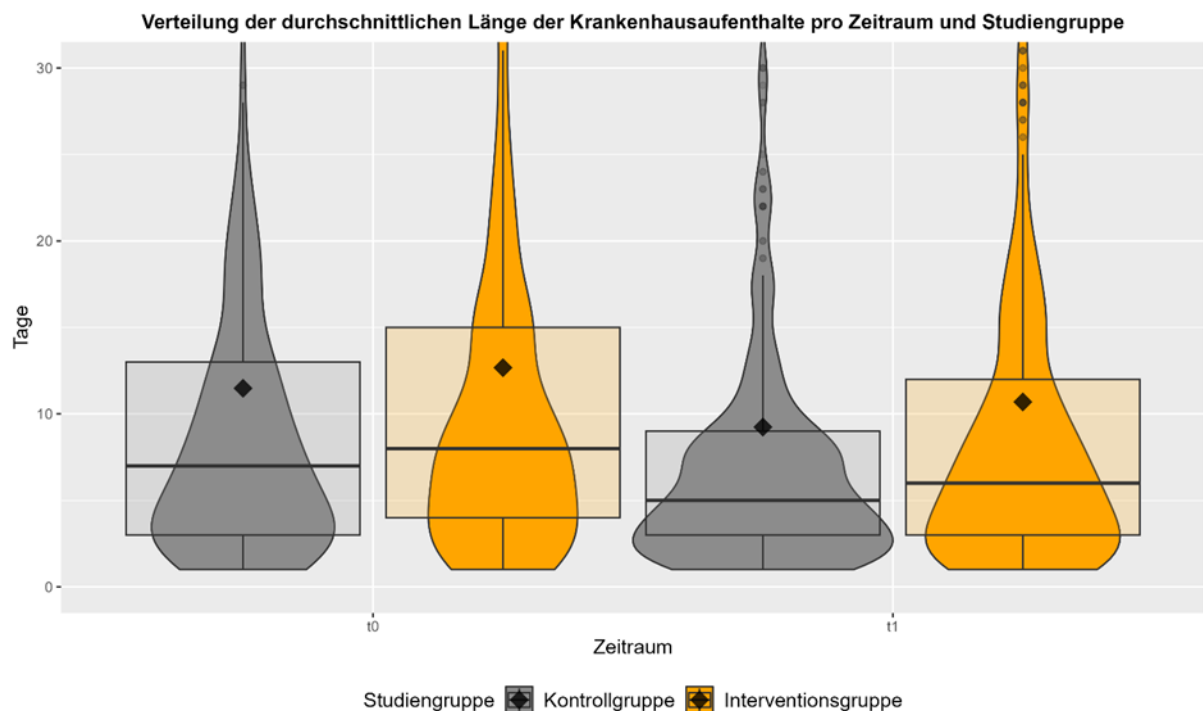


Abbildung 71: Ausschnitt der Verteilung der Länge der Krankenhausaufenthalte pro Zeitraum und Studiengruppe

Im Zeitraum t1 lassen sich in beiden Gruppen Veränderungen beobachten. Sowohl in der IG als auch in der KG konnte eine Verringerung der Aufenthaltszeit je Krankenhausaufenthalt beobachtet werden. Gerade sehr kurze Aufenthalte (≤ 3) scheinen anzusteigen.

Tabelle 117: Deskriptive Statistiken der Krankenhaustage

Studiengruppe	t	n	$\bar{x}$	Median	SD	Min.	Max.	25 %-Q.	75 %-Q.
IG	t0	845	12,67	8	15,55	1	140	4	15
IG	t1	764	10,69	6	14,97	1	162	3	12
KG	t0	487	11,48	7	15,30	1	92	3	13
KG	t1	448	9,24	5	15,14	1	119	3	9

Die Gruppenunterschiedstests bestätigten dieses Bild. Sowohl in der IG als auch KG konnten Zeiteffekte beobachtet werden. Diese unterschieden sich laut Cohen's d jedoch nur minimal. Zusätzlich ist festzuhalten, dass es keine statistisch signifikanten Gruppenunterschiede im

Zeitraum t0 oder im Zeitraum t1 gab. Zusammenfassend wurden sowohl in der IG als auch KG die Länge der Aufenthalte kürzer. Die Effekte waren jedoch in beiden Gruppen sehr ähnlich.

Tabelle 118: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests

Gruppen	T	df	p-Wert	Cohen's d
IG t0 – t1	2,60	1600,61	0,0093***	0,13
KG t0 – t1	2,25	928,07	0,0246*	0,15
t0 – IG vs. KG	-1,36	1027,26	0,1746	-0,08
t1 – IG vs. KG	-1,62	928,16	0,1064	-0,10

Anzahl der Krankenhaustage

In Abbildung 72 ist die Verteilung der Anzahl der Krankenhausaufenthalte zu sehen. Auffällig war, dass der Großteil der Proband*innen weniger als 30 Tage in stationärer Behandlung verbrachte, es jedoch wenige Extremwerte mit bis zu 365 Tagen gab. Diese verteilten sich jedoch auf alle Gruppen und Zeiträume.

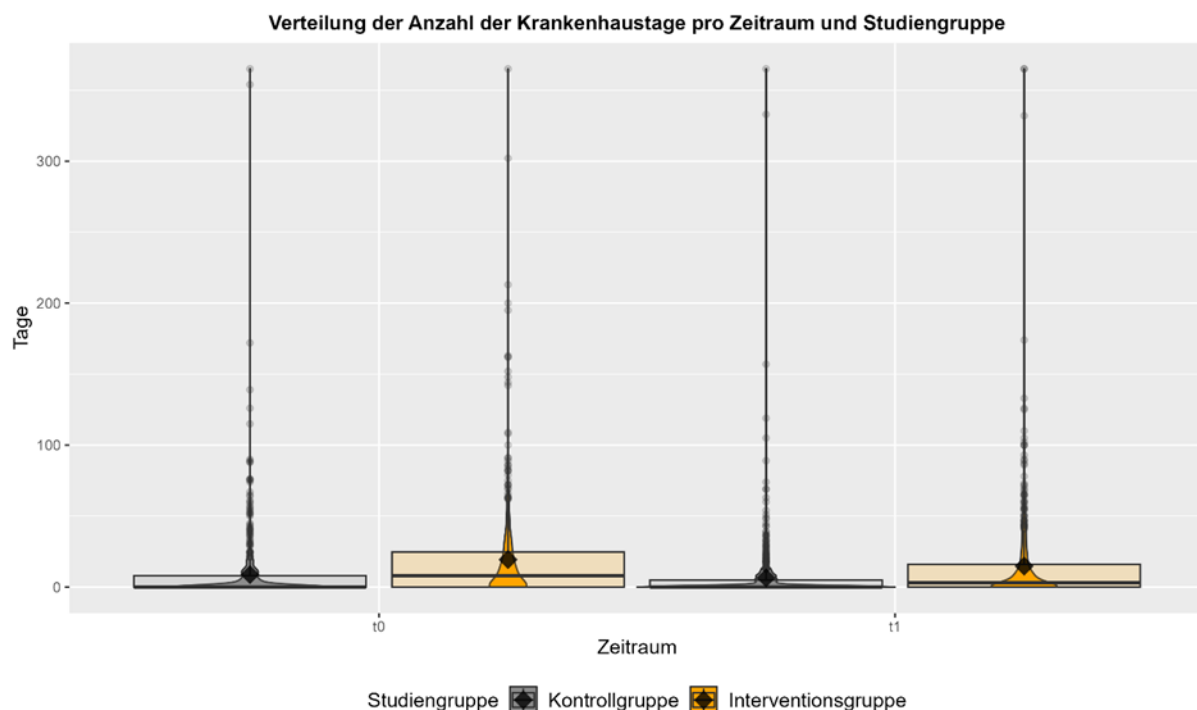


Abbildung 72: Verteilung der Anzahl der Krankenhaustage pro Zeitraum und Studiengruppe

In Abbildung 73 wurde die Y-Achse auf einen Maximalerwert von 50 Tagen begrenzt, um eine genauere Untersuchung der Verteilungen zu ermöglichen. Auch hier war zu sehen, dass sich die Verteilungen bereits im Zeitraum t0 stark unterschieden. In der KG haben über 50 % der Proband*innen keinen einzigen Tag in stationärer Behandlung verbracht, während der Median in der IG bei 8 Tagen lag. Auch das 75 %-Quartil zeigte große Unterschiede, während in der KG 75 % der Proband*innen weniger als 9 Tage in stationärer Behandlung verbrachten,

lag dieser Wert in der IG bei über 24 Tagen. Ein ähnliches Bild lässt sich beim Durchschnitt beobachten. In der KG liegt dieser mit 8,76 Tagen deutlich über dem Wert von 19,33 der IG.

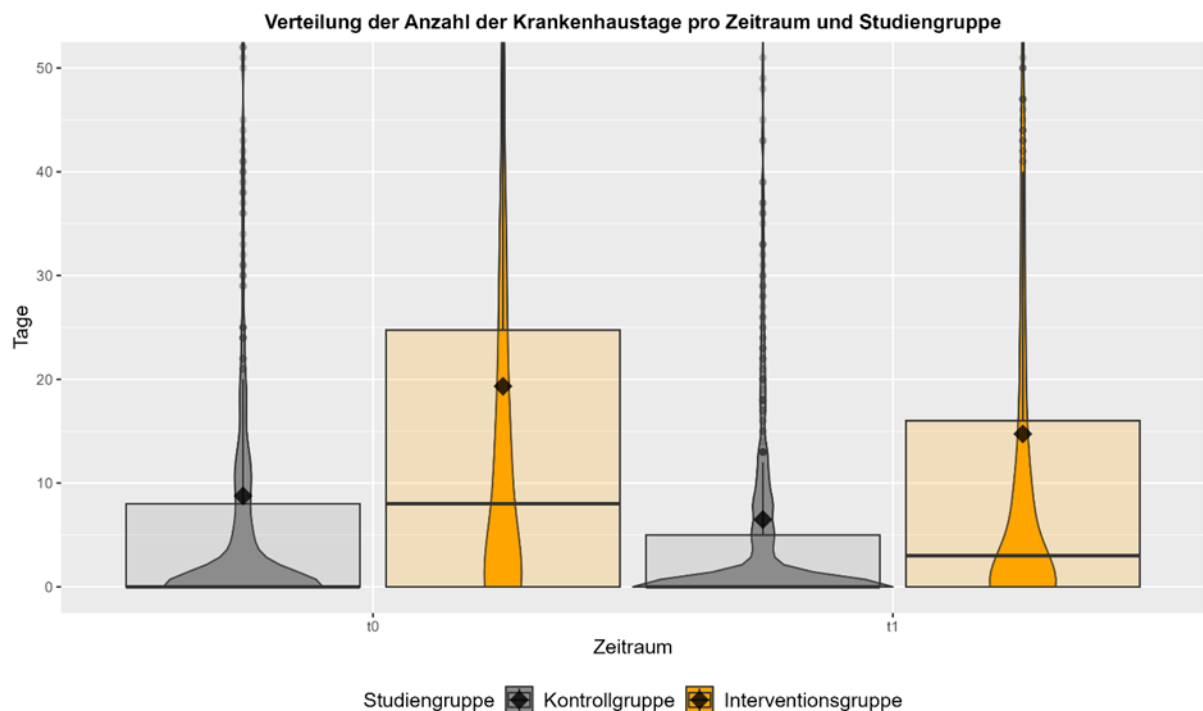


Abbildung 73: Verteilung der Anzahl der Krankenhaustage pro Zeitraum und Studiengruppe - Zoom

Zum Zeitraum t1 ließen sich in beiden Gruppen deutliche Änderungen erkennen. Gerade in der KG wurde die Anzahl der Proband*innen ohne Krankenhausaufenthalt (noch) deutlich größer. Ein ähnlicher Effekt war in der IG zu beobachten. In der IG war auch ein deutliches Absinken des Medians zu erkennen: Dieser sank von 8 auf 3 Tage in stationärer Behandlung. Unterstrichen wurde dieses Bild durch die Veränderung des Durchschnitts. In der IG sowie in der KG sind Senkungen des Durchschnitts zu sehen.

Tabelle 119: Deskriptive Statistiken der Krankenhaustage

Studiengruppe	t	n	$\bar{x}$	Median	SD	Min.	Max.	25 %-Q.	75 %-Q.
IG	t0	554	19,33	8	34,68	0	365	0	24,75
IG	t1	554	14,74	3	33,89	0	365	0	16,00
KG	t0	638	8,76	0	26,68	0	365	0	8,00
KG	t1	638	6,49	0	23,66	0	365	0	5,00

Die Gruppenunterschiedstests bestätigten die bisherigen Erkenntnisse. Bereits im Zeitraum t0 waren statistisch signifikante Gruppenunterschiede zu erkennen. Die Unterschiede blieben im

Zeitraum t1 bestehen, wurden jedoch etwas geringer. Auch konnten in beiden Gruppen signifikante Zeiteffekte beobachtet werden. Diese waren laut Cohen's d ähnlich, jedoch in der IG leicht stärker (Cohen 2013). Allerdings zeigte die Delta-Analyse keine statistisch signifikanten Ergebnisse. Auch eine Unterscheidung in komplexe und nicht komplexe Fälle veränderte dies nicht. Zusammenfassend sank in beiden Gruppen die Anzahl der Krankenhaustage signifikant, jedoch in ähnlicher Weise.

Tabelle 120: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests

Gruppen	T	df	p-Wert	Cohen's d
IG t0 – t1	12,39	553,00	0,000001***	0,13
KG t0 – t1	11,97	637,00	0,000001***	0,09
t0 – IG vs. KG	-5,83	1031,23	0,000001***	-0,34
t1 – IG vs. KG	-4,81	969,36	0,000002***	-0,29
Delta IG vs. KG	1,44	896,45	0,149885	0,09
Delta komplexe Fälle (IG vs. KG)	1,56	329,46	0,119712	0,15
Delta weniger komplexe Fälle (IG vs. KG)	0,54	569,77	0,591472	0,04

Verkürzter Zeitraum

Da eine Veränderung der Ergebnisse auf Grundlage der großen Anzahl der Einschreibungen rund um die Einschreibung zu erwarten war, wurde eine bereinigte Analyse der Daten durchgeführt. Dafür wurden 2 Monate vor und nach Einschreibung nicht berücksichtigt, da dort die höchste Anzahl der Aufenthalte zu beobachten war. Mit der Berücksichtigung beider Analysen, ohne Bereinigung dieses Zeitraums und mit Bereinigung des Zeitraums, konnte so ein ganzheitliches Bild der Krankenhausaufenthalte und -Tage entstehen.

Anzahl der Krankenhausaufenthalte

Abbildung 74 zeigt die Verteilung der Krankenhausaufenthalte in den Studiengruppen während der Studienzeiträume. Deutlich erkennbar war, dass der Großteil der Proband*innen weniger als 3 Krankenhausaufenthalte pro Zeitraum aufwies. Besonders auffällig waren dabei wenige Ausreißer in der IG im Zeitraum t1, bei dem ein Maximum von 22 erreicht wurde.

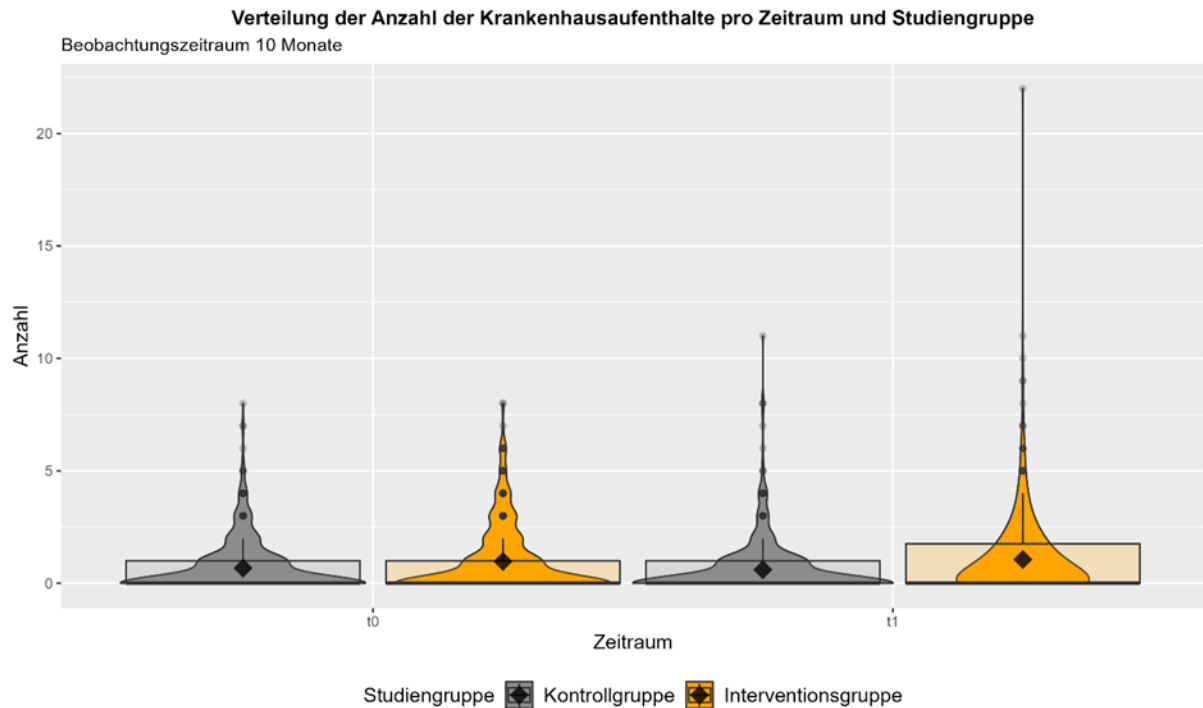


Abbildung 74: Verteilung der Krankenhausaufenthalte nach Studiengruppe und Zeitraum

Für eine detailliertere Analyse bietet sich Abbildung 75 an. Hier wurde die Skala auf einen Maximalwert von 10 Aufenthalten begrenzt. Zu t0 waren die Verteilungen für einen Großteil der Werte sehr ähnlich: Das 25 %- und 75 %-Quartil sowie der Median der Gruppen waren identisch. Die Durchschnitte zeigten ein anderes Bild. Diese sind in der KG leicht niedriger als in der IG.

Tabelle 121: Deskriptive Statistiken der Krankenhausaufenthalte

Studiengruppe	t	n	$\bar{x}$	Median	SD	Min.	Max.	25 %-Q.	75 %-Q.
IG	t0	554	0,97	0,00	1,49	0	8	0,00	1,00
IG	t1	554	1,06	0,00	1,82	0	22	0,00	1,75
KG	t0	638	0,67	0,00	1,15	0	8	0,00	1,00
KG	t1	638	0,60	0,00	1,20	0	11	0,00	1,00

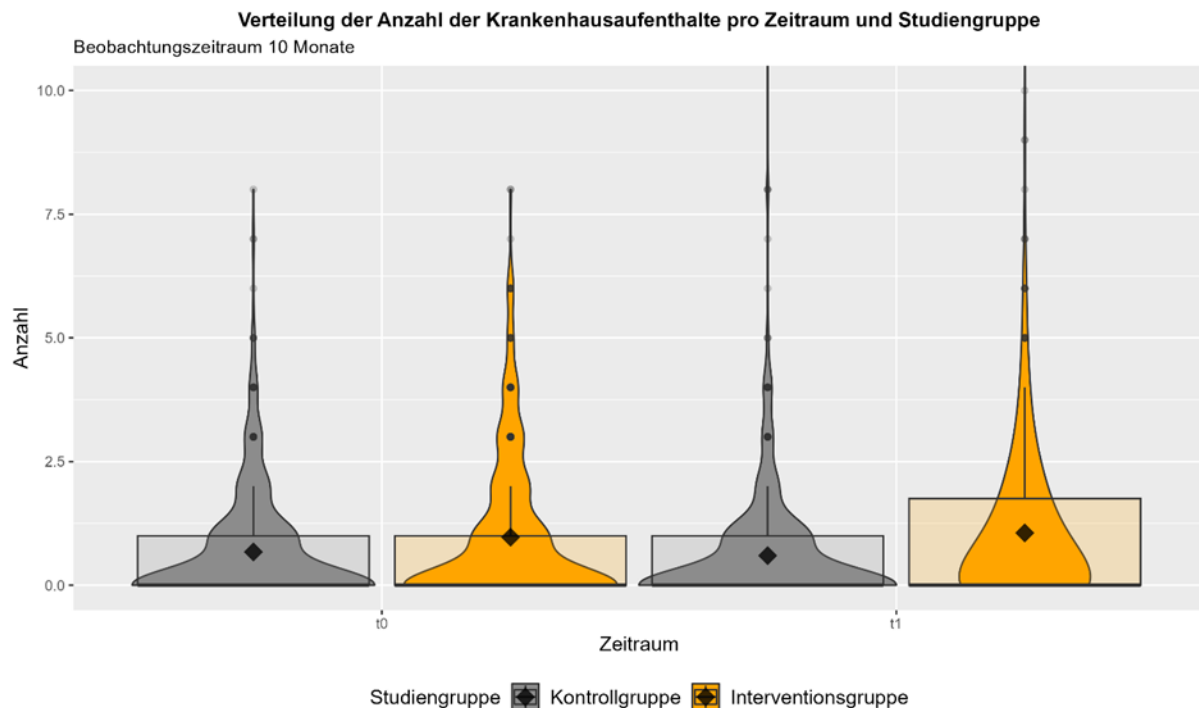


Abbildung 75: Geschnittene Verteilung der Krankenhausaufenthalte nach Studiengruppe und Zeitraum

Zu t1 zeigte sich in der IG eine Veränderung, während die Verteilung der KG konstant zu bleiben schien. In der KG gab es keine Veränderung der Quantile oder des Medians. Auch der Durchschnitt entwickelte sich nur leicht nach unten. In der IG war eine Veränderung der Verteilung zu höheren Werten zu beobachten. Die Anzahl der Werte rund um den 0 Punkt sanken, während sich das 75 %-Quartil nach oben verschob. Im Gegensatz zur KG stieg auch der Durchschnitt leicht an.

Wie in Tabelle 122 zu erkennen ist, zeigten die Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests auf einem Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ signifikante Unterschiede zwischen den Proband*innen der KG und IG zum Zeitraum t0 sowie zum Zeitraum t1. Der Unterschied wurde zwischen den Zeiträumen größer. Diese Effekte können laut Cohen's d als mittel eingeschätzt werden (Cohen 2013). Die Gruppenunterschiedstests zeigten jedoch weder in der IG noch in der KG signifikante Zeiteffekte. Die Delta-Analyse der Krankenhausaufenthalte führte zu ähnlichen Ergebnissen. Auch hier waren keine signifikanten Effekte zu beobachten. Auch eine Analyse durch die Bildung von Subsamples in komplexe und weniger komplexe Fälle führte zu keinem statistisch signifikanten Unterschied der Delta-Variable.

Tabelle 122: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests

Gruppen	T	df	p-Wert	Cohen's d
IG t0 – t1	-1,25	553,00	0,212129	-0,05
KG t0 – t1	1,61	637,00	0,107284	0,06
t0 – IG vs. KG	-3,82	1033,60	0,000140***	-0,23

t1 – IG vs. KG	-5,07	932,39	0,000001***	-0,30
Delta IG vs. KG	-1,68	1005,91	0,092686	-0,10
Delta komplexe Fälle (IG vs. KG)	-0,97	377,76	0,330879	-0,10
Delta weniger komplexe Fälle (IG vs. KG)	-0,77	631,21	0,439269	-0,06

Länge der Krankenhausaufenthalte

Abbildung 76 zeigt die Verteilung der durchschnittlichen Länge der Krankenhausaufenthalte in den Studiengruppen während der Studienzeiträume. Deutlich erkennbar war, dass der Großteil der Proband*innen weniger als 10 Tage je stationärem Aufenthalt im Krankenhaus verbrachte. Einige Extremwerte erreichten eine deutlich höhere Aufenthaltsdauer, waren jedoch ähnlich über die Studiengruppen und Zeiträume verteilt.

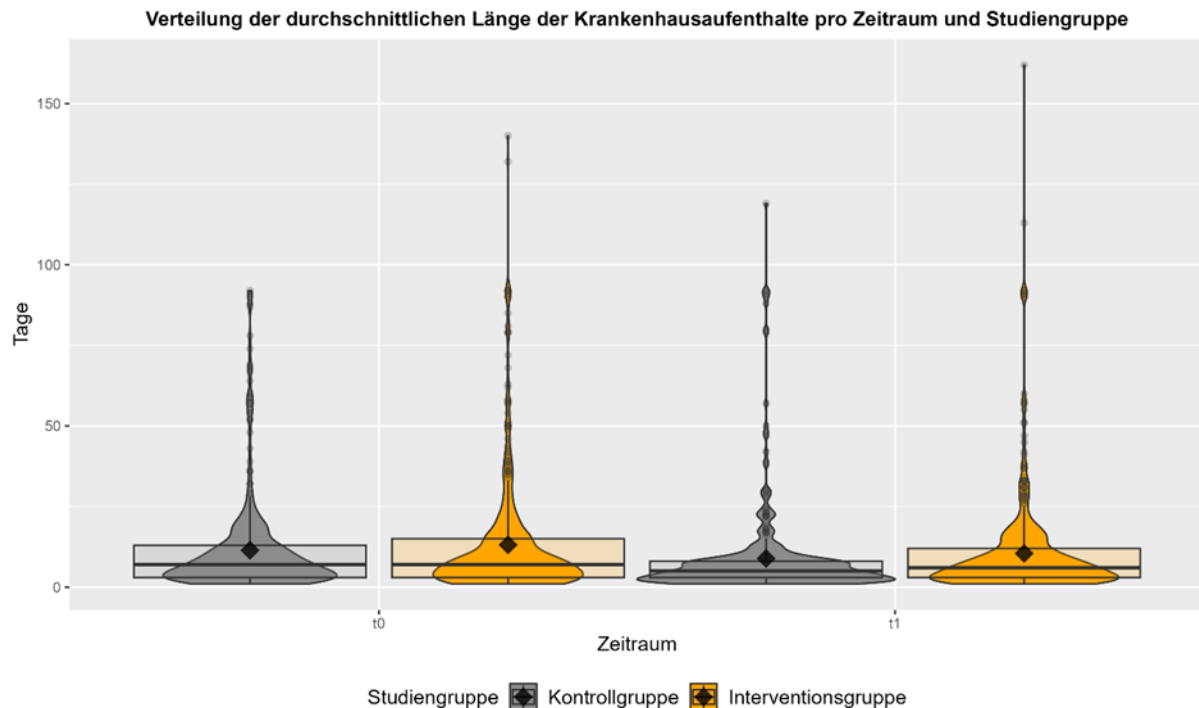


Abbildung 76: Verteilung der Länge der Krankenhausaufenthalte nach Studiengruppe und Zeitraum

Eine anschaulichere Grafik der Werte mit bis zu 30 Tagen durchschnittlichem Aufenthalt ist in Abbildung 77 zu finden. Zu t0 erschienen die Verteilungen sehr ähnlich. Median und 25 %-Quartil waren in beiden Gruppen gleich verteilt. Jedoch waren der Mittelwert als auch das 75 %-Quartil in der IG leicht höher.

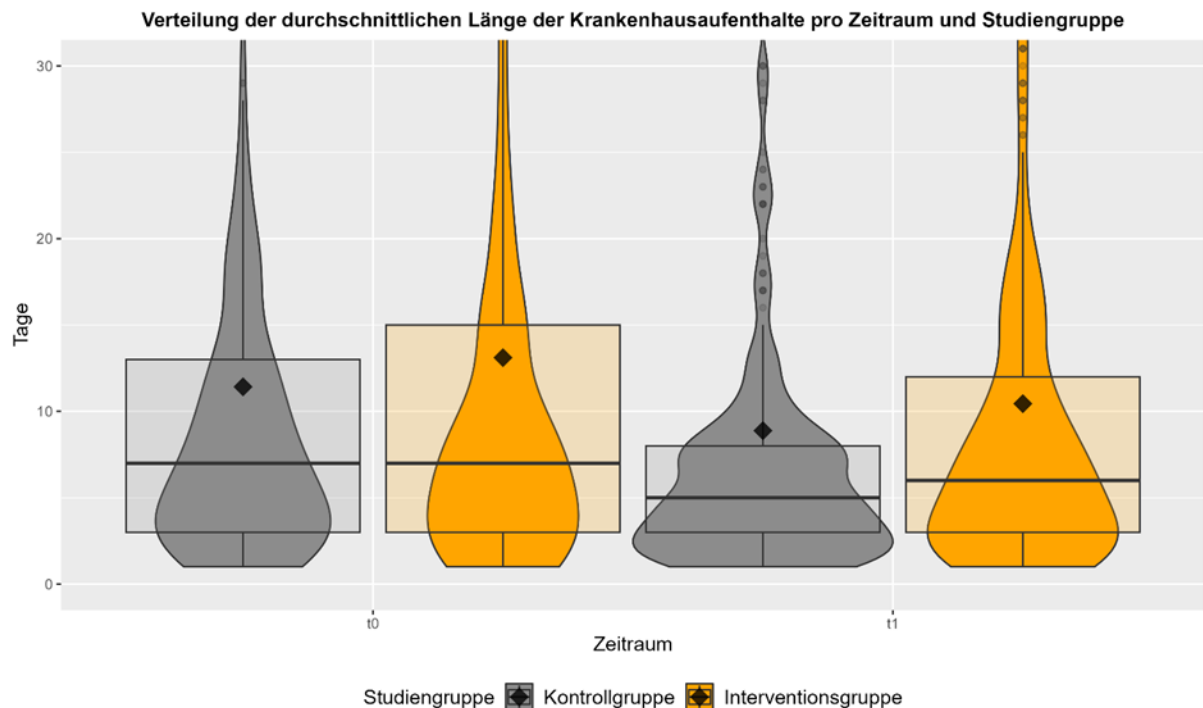


Abbildung 77: Geschnittene Verteilung der Länge der Krankenhausaufenthalte nach Studiengruppe und Zeitraum

Im Zeitraum t1 sanken in beiden Gruppen die Dauer der Krankenhausaufenthalte ab. Sowohl Durchschnitt als auch Median sowie das 75 %- und 25 %-Quartil waren in beiden Gruppen fallend. Jedoch war eine stärkere Veränderung des Medians in der KG zu beobachten.

Tabelle 123: Deskriptive Statistiken der Krankenhausaufenthalte

Studiengruppe	t	n	$\bar{x}$	Median	SD	Min.	Max.	25 %-Q.	75 %-Q.
IG	t0	538	13,11	7	17,97	1	140	3	15,00
IG	t1	586	10,44	6	15,05	1	162	3	12,00
KG	t0	431	11,42	7	15,00	1	92	3	13,00
KG	t1	382	8,88	5	14,42	1	119	3	8,00

Wie in Tabelle 124 zu erkennen ist, zeigten die Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests auf einem Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ keine signifikanten Unterschiede zwischen den Proband*innen der Kontroll- und Interventionsgruppe zum Zeitpunkt t0 sowie zum Zeitpunkt t1. Jedoch konnte in beiden Gruppen ein signifikanter Zeiteffekt festgestellt werden. Dieser war jedoch nach Cohen's d eher als gering einzustufen. Zusätzlich wurden Analysen der

Gruppen unter Berücksichtigung des Komplexitätsmerkmals durchgeführt. Laut Gruppenunterschiedstests waren sowohl in der IG als auch in der KG Zeiteffekte zu beobachten, diese unterscheiden sich jedoch nicht signifikant voneinander.

Tabelle 124: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests der Länge der Krankenhausaufenthalte

Gruppen	T	df	p-Wert	Cohen's d
IG t0 – t1	2,68	1051,02	0,007433**	0,16
KG t0 – t1	2,46	805,59	0,014111*	0,17
t0 – IG vs. KG	-1,59	965,39	0,111899	-0,10
t1 – IG vs. KG	-1,62	838,52	0,105955	-0,11

Dauer der Krankenhausaufenthalte

Abbildung 78 zeigt die Verteilung der Anzahl der Tage in stationärer Behandlung je Zeitraum und Studiengruppe. Deutlich erkennbar war, dass der Großteil der Proband*innen deutlich weniger als 50 Tage je Zeitraum im Krankenhaus aufwies/verbrachte. Besonders auffällig waren dabei die Ausreißer, die sowohl in der IG als auch in der KG über alle Studienzeiträume auftauchten.

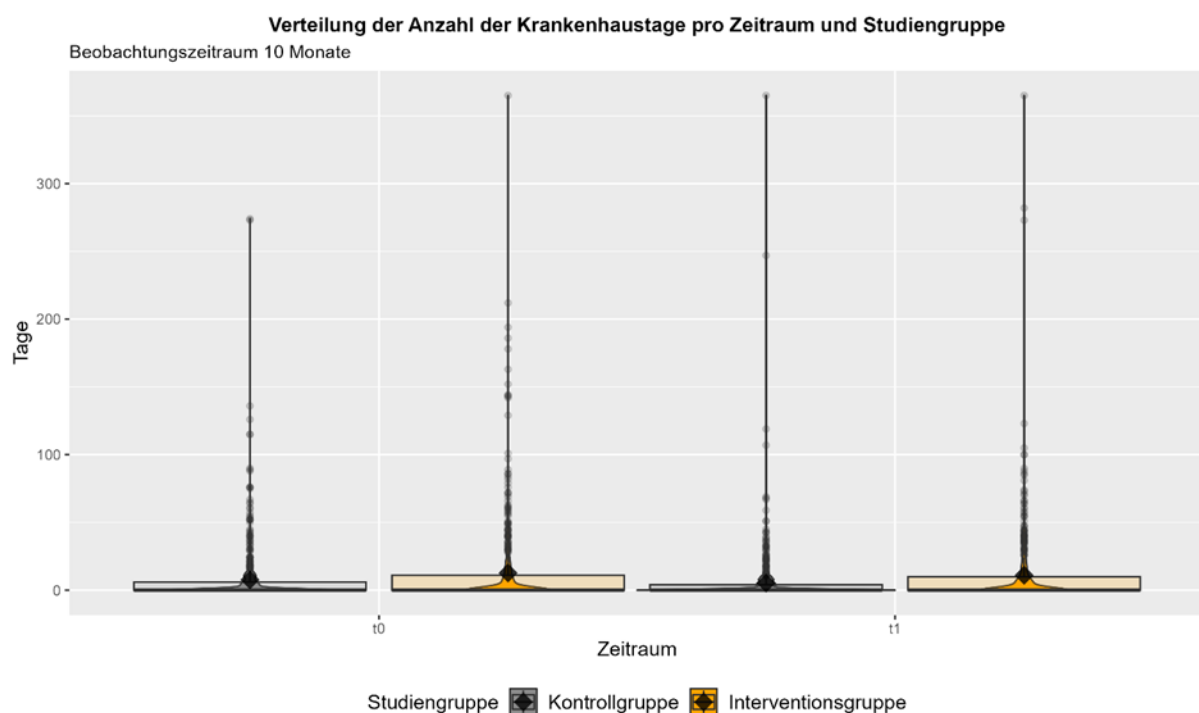


Abbildung 78: Verteilung der Länge der Krankenhaustage nach Studiengruppe und Zeitraum

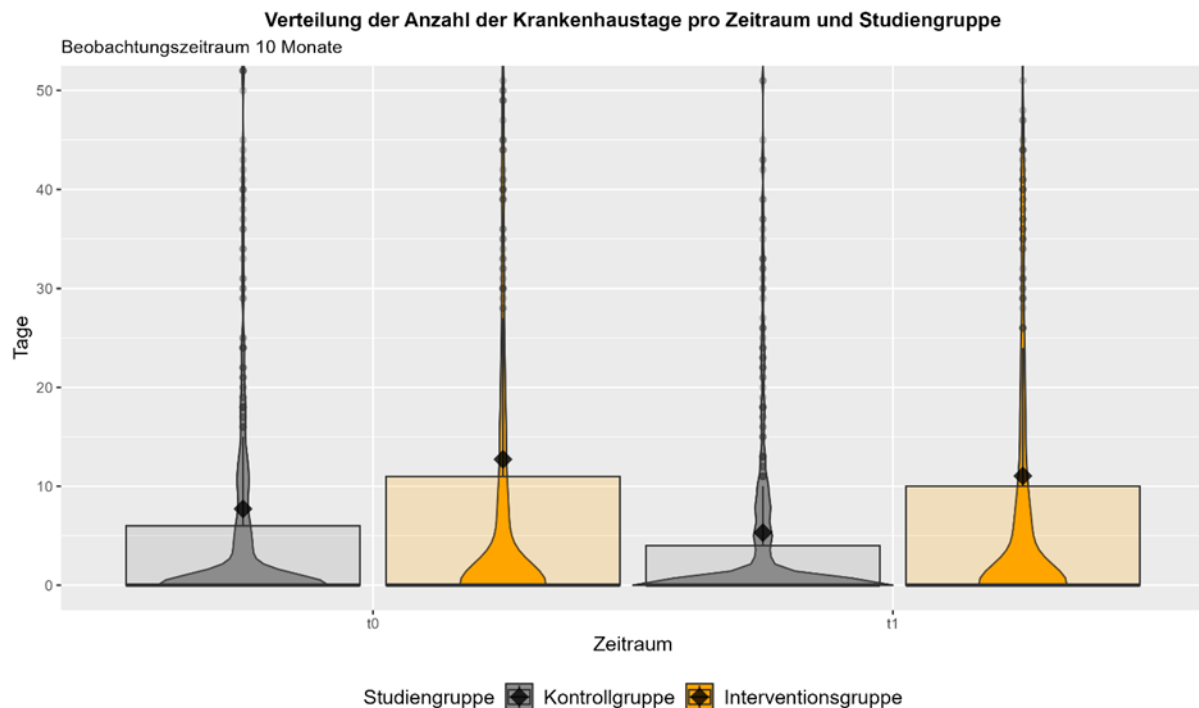


Abbildung 79: Geschnittene Verteilung der Länge der Krankenhaustage nach Studiengruppe und Zeitraum

Auch hier bot sich eine gesonderte Betrachtung der Werte bis zu einem Maximalwert von 50 Krankenhaustagen an. Ähnlich zu den absoluten Krankenhausaufenthalten unterschieden sich die Verteilungen zu t0 besonders hinsichtlich der Proband*innen, die keinen Tag in stationärer Behandlung aufwiesen. In der KG waren dies deutlich mehr als in der IG. Besonders auffällig war die Visualisierung durch den Boxplot: Die Verteilung in der IG zu t0 zeigte deutlich höhere Werte als in der KG. Während 75 % der Werte in der IG unter 11 Tage im Krankenhaus waren, waren 75 % der Proband*innen der KG im Jahr vor der Intervention weniger als 6 Tage in stationärer Behandlung. Der geringere Durchschnitt in der KG unterstrich dieses Bild.

Zu t1 ließ sich ein Rückgang der Tage im Krankenhaus in beiden Gruppen beobachten. Auch hier zeigt die Verteilung, dass in der KG deutlich mehr Proband*innen keinen Krankenhausaufenthalt hatten. Die Verteilung der KG in t1 zeigte vor allem einen starken Anstieg an Proband*innen, die keinen Tag in stationärer Behandlung aufwiesen. Auch war eine leichte Senkung des Durchschnitts und des 75 % Intervalls zu beobachten. Änderungen im Zeitraum t1 waren auch in der IG zu erkennen. Die Verteilung wird knapp über dem 0-Punkt deutlich breiter, also stieg die Anzahl der Proband*innen ohne oder mit kurzem Krankenhausaufenthalt an. Dies spiegelte sich nicht nur im sinkenden Durchschnitt wider, sondern ließ sich auch anhand des Boxplots erkennen: Im Vergleich zum Vorjahr hatten in der IG nun 75 % der Proband*innen weniger als 10 Tage im Krankenhaus verbracht.

Wie in Tabelle 125 zu erkennen ist, zeigen die Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests auf einem Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ signifikante Unterschiede zwischen den Proband*innen der Kontroll- und Interventionsgruppe zum Zeitpunkt t0 sowie zum Zeitpunkt t1. Diese Effekte können laut Cohen's d als mittel eingeschätzt werden (Cohen 2013). Dies bestätigte die Beobachtungen in der deskriptiven Analyse. Die Gruppenunterschiedstests zeigten sowohl in

der IG als auch in der KG signifikante Zeiteffekte. Die Delta-Analyse deutete jedoch darauf hin, dass diese Entwicklung sich nicht signifikant zwischen der IG und der KG unterschied. Auch die Analyse der komplexen und weniger komplexen Subsamples führte zu keinem statistisch signifikanten Unterschied der Delta-Variable.

Tabelle 125: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests der Krankenhaustage

Gruppen	T	df	p-Wert	Cohen's d
IG t0 – t1	4,27	553,00	0,000023***	0,06
KG t0 – t1	8,79	637,00	0,000001***	0,11
t0 – IG vs. KG	-3,11	974,89	0,001904**	-0,19
t1 – IG vs. KG	-3,92	988,43	0,000095***	-0,23
Delta IG vs. KG	-0,48	881,15	0,633520	-0,03
Delta komplexe Fälle (IG vs. KG)	-0,11	325,77	0,914180	-0,01
Delta weniger komplexe Fälle (IG vs. KG)	-0,32	568,63	0,750036	-0,02

Zusammenführung der Ergebnisse

Der Endpunkt ›Anzahl der Krankenhausaufenthalte und -tage‹ wurde mittels verschiedener Analysen und unter Berücksichtigung verschiedener Datengrundlagen untersucht. Die Berücksichtigung der gesamten Datengrundlage im Vergleich zum bereinigten Datensatz führte zu ähnlichen Ergebnissen. Unterschiede konnten gerade im Zeitraum t0 beobachtet werden. Durch die Datenbereinigung wurden die Verteilungen im Zeitraum t0 deutlich ähnlicher. Die Analyse und Ergebnisse der Zeiteffekte und Delta-Variablen führten jedoch zu denselben Ergebnissen.

In Bezug auf Hypothese H1 deuten alle Ergebnisse auch trotz erweiterter Datenbereinigung auf einen **Unterschied der IG und der KG im Zeitraum t0** hin. Hypothese H1 muss aus diesem Grund abgelehnt werden: **Die durchschnittliche Anzahl der Krankenhausaufenthalte und -tage zum Zeitraum t0 ist in der IG signifikant höher als in der KG.**

Hypothese H2 wird ebenfalls abgelehnt: **Sowohl die Analyse der Anzahl der Krankenhausaufenthalte als auch die Ergebnisse der Krankenhaustage deuten darauf hin, dass sich die Entwicklung in der IG nicht signifikant von der KG unterschied.** Obwohl in Bezug auf die Anzahl der Krankenhaustage sowie die Länge der Krankenhausaufenthalte in der IG ein Zeiteffekt zu erkennen ist, unterscheidet sich dieser nicht von dem beobachteten Effekt in der KG.

Teildiskussion

Der Endpunkt ›Anzahl der Krankenhausaufenthalte und -tage‹ untersucht zwei Hypothesen: Die durchschnittliche Anzahl der Krankenhausaufenthalte und -tage unterscheidet sich im Zeitraum t0 zwischen der IG und der KG nicht signifikant (H1). In der IG verändert sich die durchschnittliche Anzahl der Krankenhausaufenthalte und -tage im Vergleich der Zeiträume t0 und t1 stärker als in der KG. Dafür wurden drei Variablen untersucht, die Anzahl der Krankenhausaufenthalte, die Länge der Krankenhausaufenthalte sowie die Anzahl der Krankenhaustage. Im Zeitraum t0 bestanden diesbezüglich bereits signifikante Unterschiede zwischen der IG und KG: **Die durchschnittliche Anzahl der Krankenhausaufenthalte und -tage zum Zeitraum t0 ist in der IG signifikant höher als in der KG.** Obwohl Zeiteffekte festgestellt wurden, unterschieden sich diese nicht signifikant von den Effekten der KG. Dies deckt sich mit den Zahlen des Barmer Krankenhausreports (Augurzyk et al. 2023). Auch hier wurden rückgängige Fallzahlen in den Krankenhäusern beobachtet, besonders zwischen 2019 und 2020, in den auch ein Teil der Daten aus t0 fällt. Der Rückgang der Fallzahlen wird in Zusammenhang mit der Coronapandemie gebracht, der trotz der abflachenden Pandemie auch im Jahr 2022 anhält. Jedoch ist festzuhalten, dass sich diese Entwicklungen sowohl auf die IG als auch KG beziehen. **Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die ReKo-Interventionen keinen signifikanten Einfluss auf die Anzahl der Krankenhausaufenthalte und -tage bei den ReKo-IG-Proband*innen nehmen konnten.**

Joo und Liu (2017) berichten über gemischte Ergebnisse hinsichtlich des Einflusses von Case Management (CM) auf die Inanspruchnahme der stationären Versorgung. Insbesondere **bei kürzeren Beobachtungszeiträumen lässt sich häufig kein signifikanter Effekt feststellen.** In längeren Interventionsstudien (> 2 Jahre) wurde hingegen häufiger eine Reduktion der Inanspruchnahme beobachtet als in kürzeren Studien. Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass die **positiven Effekte von CM Intervention gerade bei älteren, pflegebedürftigen Proband*innen nur schwer zu erkennen** sind. Zusätzliche Analysen zur stationären Versorgung unter Berücksichtigung der Routinedaten sind im Kapitel „Anzahl der Krankenhausaufenthalte und -tage“ zu finden, eine zusätzliche Perspektive wird im Kapitel "Institutionalisierungsrisiko" eingenommen.

Im Zuge der Analyse der Krankenhausaufenthalte und -tage konnten Limitierungen festgestellt werden. Es gab keine Unterscheidung zwischen notwendigen und vermeidbaren Krankenhausaufenthalten. Außerdem konnte eine Reduzierung oder ein Anstieg von stationären Aufenthalten nicht direkt in Verbindung mit einer besseren Versorgung in Zusammenhang gebracht werden. Es ist vorstellbar, dass bessere Versorgung einerseits zu einer Steigerung von stationären Aufenthalten durch die Erkennung relevanter Gründe führen kann und andererseits vermeidbare Aufenthalte verhindert werden. Des Weiteren wurde nicht zwischen Krankheiten oder Krankheitsverläufen unterschieden, die einen immensen Einfluss auf die stationären Aufenthalte haben. Zusätzlich ist festzuhalten, dass viele der Proband*innen der IG während oder kurz nach einem stationären Aufenthalt in die Studie eingeschrieben wurden. Auch dies kann trotz Berücksichtigung in den Analysen zu einer Verzerrung der Ergebnisse dieses Endpunktes führen.

3.14 Rehospitalisierungsrate

Fragestellungen/Hypothesen	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
H1: Die durchschnittliche Anzahl der Rehospitalisierungen unterscheidet sich im Zeitraum t0 zwischen der IG und der KG nicht signifikant. H2: In der IG sinkt sich die durchschnittliche Anzahl der Rehospitalisierungen im Vergleich der Zeiträume t0 und t1 stärker als in der KG.	N = 1192; IG = 554, KG = 638 Berechnungen mit Komplexität: N = 1108; IG = 541, KG = 567	Routinedaten-Auswertung
Zentrale Ergebnisse		
Die Untersuchung der Rehospitalisierungsrate ergab, dass Unterschiede zwischen IG und KG sowohl im Zeitraum t0 als auch im Zeitraum t1 erkennbar waren. Es konnten keine signifikanten Effekte innerhalb der Gruppen beobachtet werden, was darauf hindeutet, dass die Intervention keinen kurzfristigen Effekt auf die Anzahl der Rehospitalisierungen hatte. Methodische Limitationen wie fehlende Unterscheidungen zwischen notwendigen und vermeidbaren Rehospitalisierungen sowie die Einschreibung vieler IG-Proband*innen während oder kurz nach einem Krankenhausaufenthalt könnten die Ergebnisse beeinflusst haben.		

Definition des Gegenstandes

Für die Analyse des Endpunkts „Rehospitalisierungen“ wurden GKV-Routinedaten der Krankenkassen herangezogen. Die Anzahl der Rehospitalisierungen diente als Indikator dafür, ob eine erneute stationäre Aufnahme aufgrund einer ähnlichen Indikation durch die Intervention verhindert werden konnte. Es wurde die Hypothese aufgestellt, dass durch den Einsatz des CMs Proband*innen aufgrund einer verbesserten Versorgung seltener stationär wiederaufgenommen werden. Unter anderem könnten dadurch auch Rehospitalisierungen vermieden werden, die auf mangelnde Unterstützung im häuslichen Umfeld zurückzuführen sind.

Eine Rehospitalisierung wurde definiert als eine erneute stationäre Aufnahme innerhalb eines 90-Tage-Zeitraums aufgrund ähnlicher Indikation. Obwohl in der Literatur häufig 30-Tage-Zeiträume verwendet werden (Artetxe et al., 2018), erscheint ein längerer Zeitraum in dieser Studie angemessener, da das Case Management für Pflegebedürftige längerfristige Effekte auf die Versorgungsstruktur und die Inanspruchnahme stationärer Leistungen haben kann. Zur Kategorisierung der Indikationen wurden Major Diagnostic Categories verwendet (Brüngger und Blozik 2019), da diese eine breitere inhaltliche Gruppierung von Diagnosen ermöglichen als einzelne ICD- oder DRG-Codes. Insgesamt existieren 25 Major Diagnostic Categories, die Diagnosen thematisch clustern und dadurch auch über spezifische Diagnosen hinaus Zusammenhänge zwischen stationären Aufenthalten abbilden können.

Hypothesen

H1: Die durchschnittliche Anzahl der Rehospitalisierungen unterscheidet sich im Zeitraum t_0 zwischen der IG und der KG nicht signifikant.

H2: In der IG sinkt die durchschnittliche Anzahl der Rehospitalisierungen im Vergleich der Zeiträume t_0 und t_1 stärker als in der KG.

Datenbereinigung und Datenvorbereitung

In den bereitgestellten Routinedaten wurden stationäre Aufenthalte über verschiedene Variablen abgebildet. Der Einschlusszeitpunkt für jeden Zeitraum wurde über das Datum der Krankenhausaufnahme operationalisiert. Dadurch wurden stationäre Aufenthalte auch bei Zeitraumüberschneidungen immer dem vorangestellten Zeitraum zugeordnet. Die Begründung liegt darin, dass die Hospitalisierungen immer dem Interventionszeitraum zugeordnet werden sollten, wenn das Case-Management Einfluss nehmen konnte. Deshalb wurden auch Aufenthalte, die über den Interventionszeitraum hinausgehen, ganzheitlich dem Interventionszeitraum zugeordnet, um eine einheitliche Betrachtung der Daten zu gewährleisten. In wenigen Einzelfällen konnte dies dazu führen, dass die Gesamtdauer der stationären Aufenthalte im Beobachtungszeitraum die Länge des Beobachtungszeitraums übersteigt.

Die Daten wurden auf doppelte und inkonsistente Datensätze überprüft (siehe Routinedaten) und bereinigt. Des Weiteren wurde der Datensatz auf typische Probleme der Operationalisierung stationärer Routinedaten untersucht. Aufgrund von Verlegungen innerhalb oder außerhalb des Krankenhauses konnte es bei Routinedaten zu Überschneidungen des Aufenthaltsdatums kommen. Dies trat im vorliegenden Datensatz nicht auf. Bei Aufenthalten innerhalb des Zeitraums eines längerfristigen Aufenthalts wurde nur der längere Aufenthalt berücksichtigt. Bei Aufenthalten, die innerhalb eines anderen Aufenthaltes begannen, diesen aber zeitlich überschritten, wurde das Aufnahmedatum an das Entlassungsdatum des vorherigen Aufenthaltes angepasst. Dadurch wurden Aufenthalte innerhalb desselben Zeitraums nicht mehrfach berücksichtigt.

Die Anzahl der Rehospitalisierungen wurde über die Zählung der Einträge je Proband*in operationalisiert. Dabei wurden folgende Voraussetzung geprüft: Das Entlassdatum des letzten stationären Aufenthalts, innerhalb der gleichen Major Diagnostic Category, durfte nicht länger 90 Tage vom Aufnahmedatum des untersuchten Aufenthaltes abweichen.

Die Major Diagnostic Categories wurden über die DRG-Codes hergeleitet. Dafür wurde die Zuordnung der DRG-Kataloge des Barmer Instituts für Gesundheitsforschung genutzt (Barmer Institut für Gesundheitsforschung, 2024). Insgesamt wurden 679 DRG Codes individuelle DRG Codes über alle Aufenthalte vergeben. Davon konnten 38 nicht über die DRG-Kataloge zugeordnet werden. 23 weitere Zuordnungen konnten über eine manuelle Zuordnung erfolgen. Die verbleibenden 15 Codes waren fehlerhaft und konnten somit nicht zugeordnet werden.

Während der Datenanalyse wurde festgestellt, dass die Anzahl der Krankenhausaufenthalte in der IG insbesondere um den Zeitpunkt des Einschreibedatums stark anstieg. Dieser Befund

konnte in der KG nicht beobachtet werden (vgl. Abbildung 80). Dieses Phänomen konnte darauf zurückgeführt werden, dass viele Proband*innen der IG während eines stationären Aufenthalts in die Studie aufgenommen wurden, während die Proband*innenakquise in der KG über postalische Anschreiben an die häuslichen Adressen von DAK-Versicherten erfolgte. Dadurch wurden die Ergebnisse hinsichtlich der Krankenhausaufenthalte in diesem frühen Zeitraum der Einschreibung und damit des Interventionsbeginns (t_0) verzerrt.

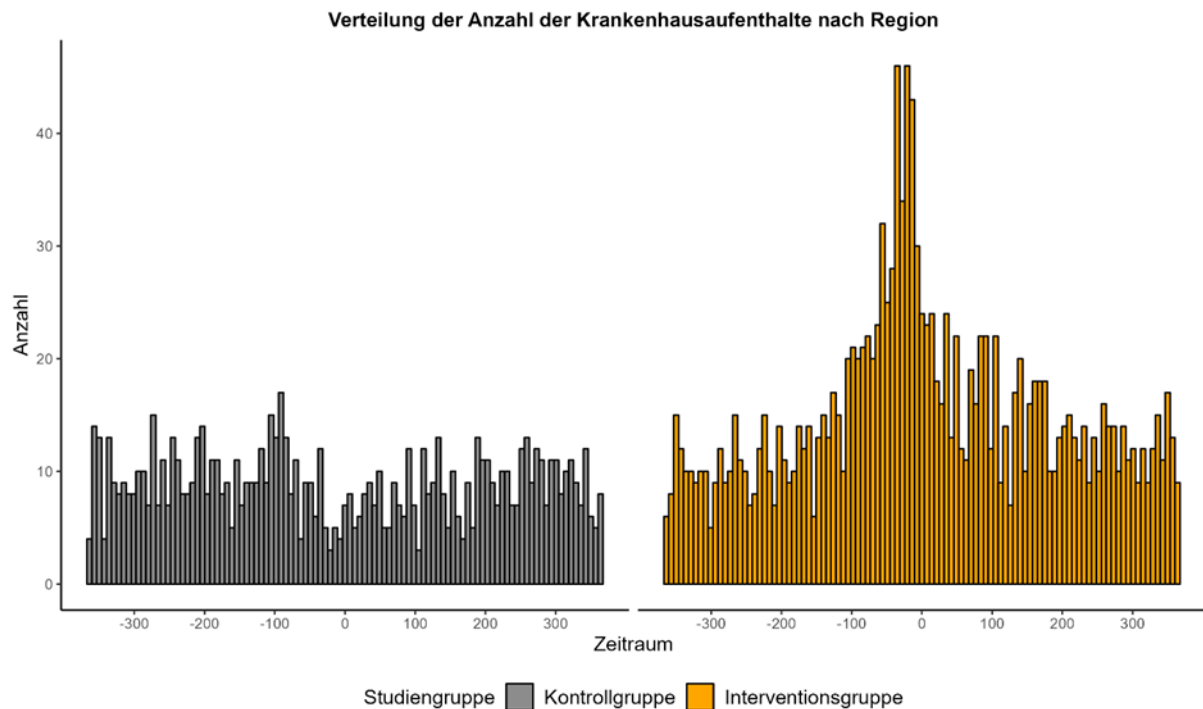


Abbildung 80: Verteilung der Anzahl der Krankenhausaufenthalte nach Region

Aus diesem Grund wurde entschieden, sowohl eine Analyse der kompletten Datengrundlage durchzuführen als auch eine weitere Analyse, in denen die Aufenthalte rund um die Einschreibung nicht berücksichtigt wurden. Um diese Verzerrung zu verringern, wurden die Daten in einer weiteren Analyse so modifiziert, dass die Daten jeweils 2 Monate vor und nach dem Einschreibedatum nicht berücksichtigt wurden. Die weitere Operationalisierung und Datenbereinigung, z. B. Einschluss von Proband*innen ohne Datenpunkt sowie die Erstellung der Veränderungsvariable, wurde in den Kapiteln 2.4.3 und 2.5.3 beschrieben.

Ergebnisse

Gesamte Daten

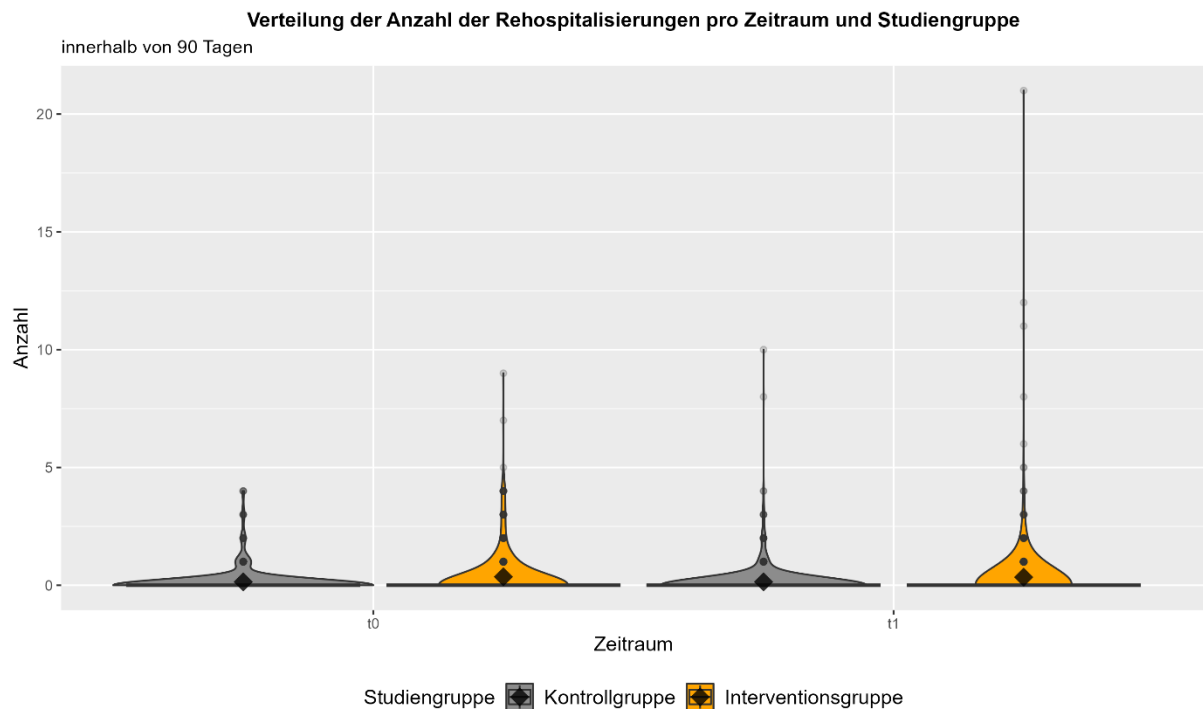


Abbildung 81: Verteilung der Rehospitalisierungen pro Zeitraum und Studiengruppe

Abbildung 81 bildet die Verteilung der Anzahl der Rehospitalisierungen innerhalb von 90 Tagen ab. Extremwerte treten insbesondere in der IG im Zeitraum t1 auf. Abbildung 82 zeigt die gleiche Verteilung mit einer Beschränkung der Y-Achse auf 7 Rehospitalisierungen. Sowohl in der IG als auch in der KG liegt das 75 %-Quartil zu allen Zeitpunkten bei 0. In der IG ist ein leichter Rückgang des Durchschnitts der Rehospitalisierungen zu beobachten, während dieser in der KG konstant bleibt. Zusätzlich ist in der Verteilung zu beobachten, dass die Anzahl der Proband*innen ohne Rehospitalisierung in der KG in beiden Zeiträumen höher ist als in der IG.

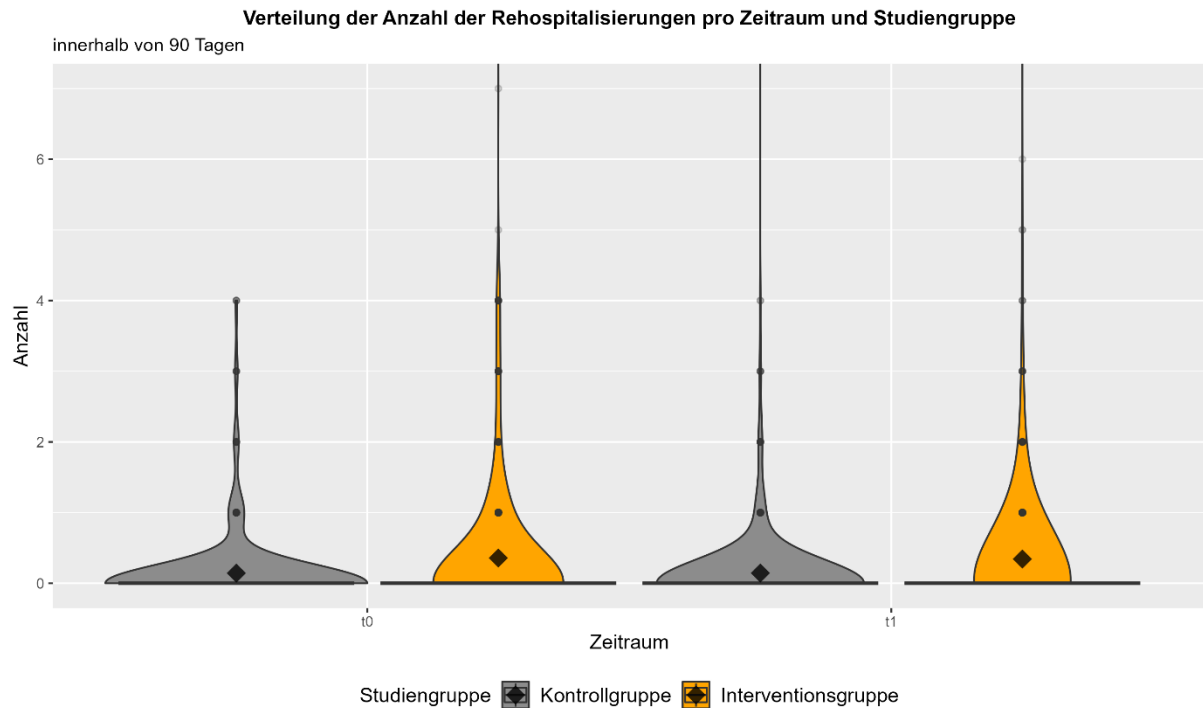


Abbildung 82: Ausschnitt der Verteilung der Rehospitalisierungen pro Zeitraum und Studiengruppe

Tabelle 126: Deskriptive Statistiken der Rehospitalisierungen

Studiengruppe	t	n	$\bar{x}$	Median	SD	Min.	Max.	25 %-Q.	75 %-Q.
IG	t0	554	0,36	0	0,94	0	9	0	0
IG	t1	554	0,34	0	1,36	0	21	0	0
KG	t0	638	0,14	0	0,54	0	4	0	0
KG	t1	638	0,14	0	0,69	0	10	0	0

Die Analyse der Gruppenunterschiedstests konnte dieses Bild bestätigen. Im Zeitraum t0 konnten statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden. Dieser bleibt im Zeitraum t1 bestehen, fällt jedoch nach dem Effektmaß geringer aus als noch in t0 (Cohen 2013). Allerdings lassen sich keine signifikanten Zeiteffekte innerhalb der Gruppen feststellen. Auch unter Berücksichtigung der Delta-Variable lassen sich keine signifikanten Unterschiede erkennen. Schließlich wurden auch bei der Unterscheidung in komplexe und weniger komplexe Fälle keine signifikanten Effekte gemessen.

Tabelle 127: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests

Gruppen	T	df	p-Wert	Cohen's d
IG t0 – t1	0,49	553,00	0,624204	0,01
KG t0 – t1	-0,13	637,00	0,898238	-0,00
t0 – IG vs. KG	-4,73	849,47	0,000003	-0,28
t1 – IG vs. KG	-3,11	791,98	0,001908	-0,19
Delta IG vs. KG	0,27	911,33	0,790583	0,02
Delta komplexe Fälle (IG vs. KG)	0,95	347,39	0,345007	0,09
Delta weniger komplexe Fälle (IG vs. KG)	0,63	615,02	0,527442	0,05

Verkürzter Zeitraum

Da eine Veränderung der Ergebnisse auf Grundlage der großen Anzahl der Einschreibungen rund um die Einschreibung zu erwarten war, wurde eine bereinigte Analyse der Daten durchgeführt. Dafür wurden 2 Monate vor und nach Einschreibung nicht berücksichtigt, da dort die höchste Anzahl der Aufenthalte zu beobachten war. Mit der Berücksichtigung beider Analysen, ohne Bereinigung dieses Zeitraums und mit Bereinigung des Zeitraums, konnte so ein ganzheitliches Bild der Krankenhausaufenthalte und -tage entstehen.

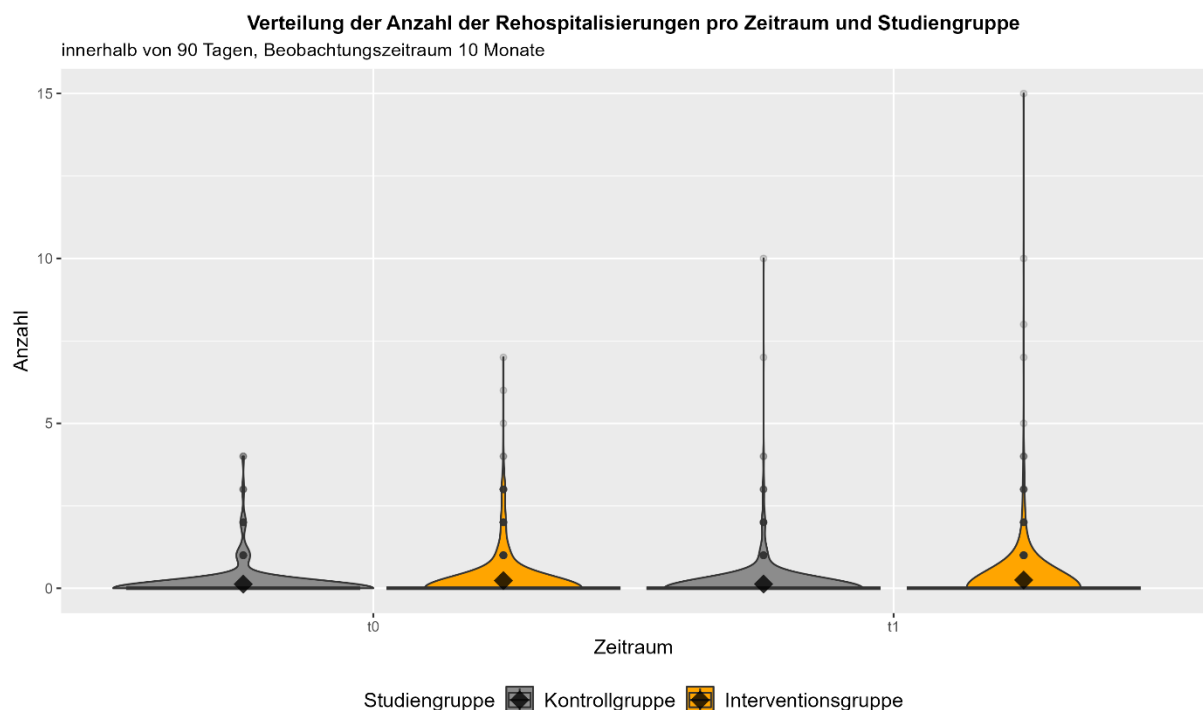


Abbildung 83: Verteilung der Rehospitalisierungen nach Studiengruppe und Zeitraum (Beobachtungszeitraum je 10 Monate)

Abbildung 83 zeigt die Verteilung der Rehospitalisierungen in den Studiengruppen während der Studienzeiträume mit einem Beobachtungszeitraum von 10 Monaten. Weiterhin treten die höchsten Werte in der IG im Zeitraum t1 auf. Abbildung 84 zeigt die gleiche Verteilung mit einer Beschränkung der Y-Achse auf 7 Rehospitalisierungen. Im Vergleich zur vorangegangenen Analyse ist der erwartbare Rückgang der durchschnittlichen Rehospitalisierungen, aufgrund des kürzeren Beobachtungszeitraums, zu beobachten. Sowohl in der IG als auch in der KG liegt das 75 %-Quartil zu allen Zeitpunkten bei 0. Die durchschnittliche Anzahl der Rehospitalisierungen steigt in beiden Gruppen im Zeitverlauf leicht an.

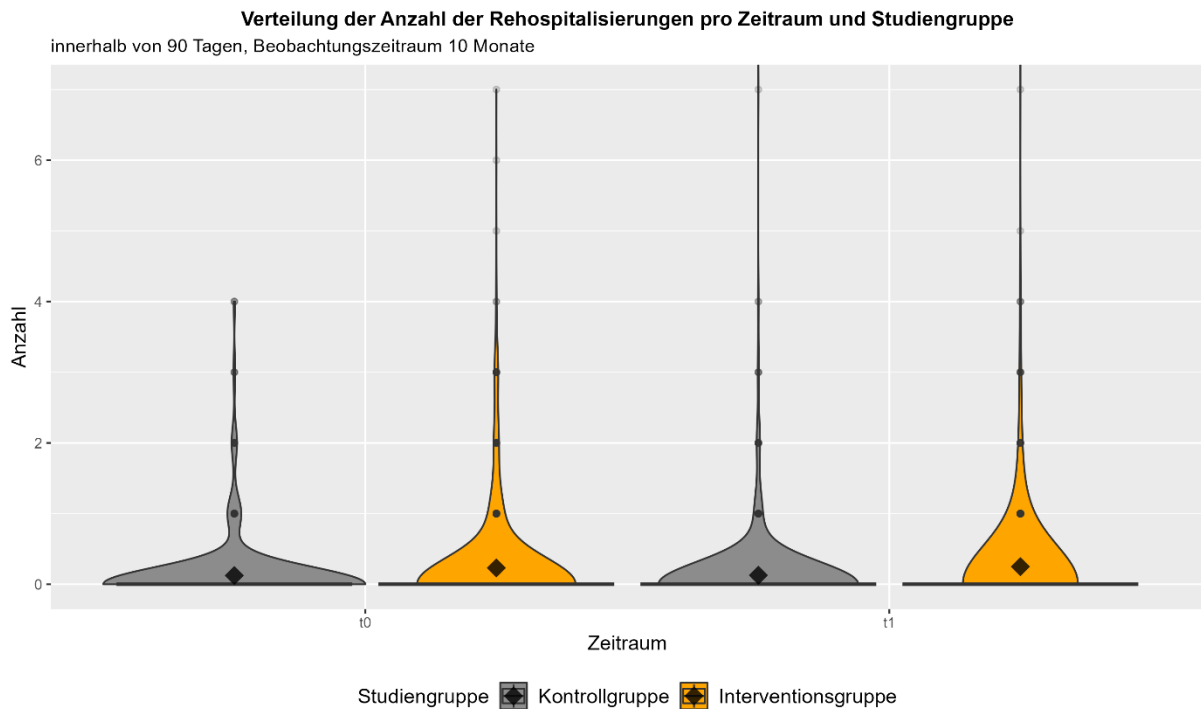


Abbildung 84: Verteilung der Rehospitalisierungen nach Studiengruppe und Zeitraum (Beobachtungszeitraum je 10 Monate)

Tabelle 128 - Deskriptive Statistiken der Rehospitalisierungen (Beobachtungszeitraum 10 Monate)

Studiengruppe	t	n	$\bar{x}$	Median	SD	Min.	Max.	25 %-Q.	75 %-Q.
IG	t0	554	0,23	0	0,75	0	7	0	0
IG	t1	554	0,25	0	1,06	0	15	0	0
KG	t0	638	0,12	0	0,49	0	4	0	0
KG	t1	638	0,13	0	0,65	0	10	0	0

Wie in Tabelle 129 zu erkennen ist, zeigten die Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests auf einem Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ signifikante Unterschiede zwischen den Proband*innen der IG und KG zum Zeitraum t0 sowie zum Zeitraum t1. Die Gruppenunterschiedstests zeigten weder in der Interventions- noch in der Kontrollgruppe signifikante Zeiteffekte. Die Delta-Analyse der Krankenhausaufenthalte führte zu ähnlichen Ergebnissen. Auch hier waren keine signifikanten Effekte zu beobachten. Auch eine Analyse durch die Bildung von Subsamples, in komplexe und weniger komplexe Fälle führte zu keinem statistisch signifikanten Unterschied der Delta-Variable.

Tabelle 129: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests

Gruppen	T	df	p-Wert	Cohen's d
IG t0 – t1	-0,94	553,00	0,349434	-0,02
KG t0 – t1	-0,27	637,00	0,789504	-0,01
t0 – IG vs. KG	-2,88	929,37	0,004124	-0,17
t1 – IG vs. KG	-2,36	895,02	0,018427	-0,14
Delta IG vs. KG	-0,28	1003,56	0,776743	-0,02
Delta komplexe Fälle (IG vs. KG)	0,30	369,87	0,766762	0,03
Delta weniger komplexe Fälle (IG vs. KG)	0,42	658,17	0,673290	0,03

Zusammenführung der Ergebnisse

Der Endpunkt der Rehospitalisierungsrate wurde unter Berücksichtigung verschiedener Datengrundlagen untersucht. Die Berücksichtigung der gesamten Datengrundlage im Vergleich zum bereinigten Datensatz führte zu ähnlichen Ergebnissen. Unterschiede zwischen den Gruppen konnten sowohl im Zeitraum t0 als auch im Zeitraum t1 beobachtet werden. Durch die Datenbereinigung, wurden die Gruppenunterschiede zwar kleiner, blieben jedoch bestehen. In beiden Datensätzen konnten keine Zeiteffekte in der IG oder KG beobachtet werden.

Hypothese H1 muss abgelehnt werden. Die Analysen zeigen in beiden Datensätzen einen signifikanten Unterschied zwischen den Studiengruppen.

Hypothese H2 kann ebenfalls nicht bestätigt werden. Während die Gruppenunterschiede zwischen der IG und KG vom Zeitraum t0 zum Zeitraum t1 geringer werden, lassen sich weder innerhalb der Gruppen, noch durch die Deltavariablen signifikante Zeiteffekte beobachten.

Teildiskussion

Der Endpunkt „Anzahl der Rehospitalisierungen“ untersucht zwei Hypothesen: Die durchschnittliche Anzahl der Rehospitalisierungen unterscheidet sich im Zeitraum t0 zwischen der IG und der KG nicht signifikant (H1). In der IG verändert sich die durchschnittliche Anzahl der Rehospitalisierungen im Vergleich der Zeiträume t0 und t1 stärker als in der KG (H2).

Die Analysen der Rehospitalisierungen konnten keine der Hypothesen bestätigen. Sowohl die Delta-Analysen als auch die Zeiteffekte des bereinigten Datensatzes lassen darauf schließen, dass sich **die Entwicklungen der IG nicht signifikant von den Entwicklungen der KG unterscheiden**. Es ist davon auszugehen, dass die Intervention keinen kurzfristigen Effekt auf die Anzahl der Rehospitalisierungen hat. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der Kapitel zur Hospitalisierungsrate sowie der Anzahl der Krankenhausaufenthalte und -tage.

Joo & Liu (2017) berichten über gemischte Ergebnisse hinsichtlich des Einflusses von Case Management (CM) auf Rehospitalisierungsraten. Insbesondere bei **kürzeren Beobachtungszeiträumen lässt sich häufig kein signifikanter Effekt feststellen**. In längeren Interventionsstudien (> 2 Jahre) wurde hingegen häufiger eine Reduktion der Rehospitalisierungen beobachtet als in kürzeren Studien. Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass die **positiven Effekte von CM Intervention gerade bei älteren, pflegebedürftigen Proband*innen nur schwer zu erkennen sind**.

Im Zuge der Analyse der Rehospitalisierungen konnten Limitationen festgestellt werden. Es gab keine Unterscheidung zwischen notwendigen und vermeidbaren Rehospitalisierungen. Zusätzlich wurden die Rehospitalisierungen über die Major Diagnostic Categories definiert. Dies deutet auf einen inhaltlichen Zusammenhang zwischen den Aufenthalten hin, kann diese aber nicht eindeutig bestätigen. Außerdem kann eine Reduzierung oder ein Anstieg von stationären Aufenthalten nicht direkt in Verbindung mit einer besseren Versorgung in Zusammenhang gebracht werden. Des Weiteren wurde nicht zwischen Krankheiten oder Krankheitsverläufen zwischen den Gruppen unterschieden, die einen immensen Einfluss auf die stationären Aufenthalte haben. Zusätzlich ist festzuhalten, dass viele der Proband*innen der Interventionsregion während oder kurz nach einem stationären Aufenthalt in die Studie eingeschrieben wurden. Auch dies kann trotz Berücksichtigung in den Analysen zu einer Verzerrung der Ergebnisse dieses Endpunktes führen.

3.15 Anzahl der Arztkontakte

Hypothesen (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
H1: Die durchschnittliche Anzahl der Arztkontakte unterscheidet sich im Zeitraum t0 zwischen der IG und der KG nicht signifikant. H2: In der IG verändert sich die durchschnittliche Anzahl der Arztkontakte im Vergleich der Zeiträume t0 und t1 stärker als in der KG.	N = 1192; IG = 554, KG = 638 Berechnungen mit Komplexität: N = 1108; IG = 541, KG = 567	Routinedaten-Auswertung
Zentrale Ergebnisse		
Vor der ReKo-Intervention waren die Arztkontakte in der Interventionsgruppe (IG) signifikant geringer als in der Kontrollgruppe (KG). Während der Intervention stieg die Inanspruchnahme haus- und fachärztlicher		

Leistungen in der IG signifikant an, besonders bei komplexen Fällen. Dies deutet auf eine verstärkte Vermittlung von ambulanten Versorgungsleistungen durch das ReKo-CM hin.

Definition des Gegenstandes

Die präzise Abbildung von Arztkontakten durch GKV-Routinedaten gestaltete sich als herausfordernd, da lediglich Abrechnungsdaten vorlagen, die nicht direkt auf tatsächliche Arztkontakte reduziert werden konnten. Die Abrechnungsdaten stellten Informationen über die abgerechneten Leistungen der ambulanten Versorgung bereit. Um ein übersichtliches und differenziertes Bild über den Endpunkt der ambulanten Versorgung zu gewährleisten, wurden sowohl die Anzahl der Abrechnungen in ambulanter Versorgung als auch die Anzahl der Abrechnungskontakte betrachtet. Eine Untersuchung der tatsächlichen Arztkontakte über die Abrechnungsdaten der Krankenkassen ist nicht möglich, da nicht jeder Arztkontakt die Dokumentation einer EBM Ziffer auslöst (Swart et al. 2014). Das bedeutet, dass möglicherweise nicht alle Arztkontakte über die Routinedaten erfasst werden können. Zusätzlich sind auch Abrechnungen vorhanden, die nicht mit einem Arztkontakt oder Arztgespräch zusammenhängen (z. B. Schreiben von Rezepten). Aus diesem Grund wurden anstelle der Arztkontakte die Abrechnungskontakte, als Tage mit Abrechnung bei einer/einem Ärztin/Arzt, untersucht. Genauere Informationen zur Operationalisierung konnten innerhalb der Datenbereinigung und -vorbereitung gefunden werden.

Die Anzahl der Abrechnungen sowie die Anzahl der Abrechnungskontakte ließen Rückschlüsse auf die Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung sowie die Belastung der Haus- und Fachärzt*innen zu. Es wurde die Hypothese aufgestellt, dass durch den Einsatz des CM die Belastung der Haus- und Fachärzt*innen reduziert werden könnte. Durch zusätzliche Unterstützung und Informationsbereitstellung durch die Case-Manager*innen könnten so ambulante Arztbesuche reduziert werden. Gleichzeitig wurden auch Effekte erwartet, die sich gegenläufig auswirken könnten. Case-Manager*innen konnten auch auf gesundheitliche Problematiken hinweisen, die einen Arztbesuch erforderlich machten. Gleichzeitig könnte dies wiederum eine höhere Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung auch einen Substitutionseffekt von stationären Leistungen zur Folge haben. Aus diesem Grund wurden zuerst die Haus- und Facharztbesuche gemeinsam und anschließend getrennt analysiert. So konnten unterschiedliche Effekte des CM spezifischer untersucht werden.

Hypothesen

H1: Die durchschnittliche Anzahl der Arztkontakte unterscheidet sich im Zeitraum t0 zwischen der IG und der KG nicht signifikant.

H2: In der IG verändert sich die durchschnittliche Anzahl der Arztkontakte im Vergleich der Zeiträume t0 und t1 stärker als in der KG.

Datenbereinigung und Datenvorbereitung

Im Rahmen der Datenbereinigung und Umformung wurden mehrere Schritte unternommen, um die ambulante Versorgung ganzheitlich darzustellen. Die Analyse der Abrechnungskontakte zielte darauf ab, Abrechnungen zu berücksichtigen, bei denen ein Kontakt zwischen Patient*in und Ärztin/Arzt vorliegen könnte. Daher wurden zunächst Filter

für Laborleistungen implementiert, da bei diesen kein direkter Kontakt zwischen Ärztin/Arzt und Patient*in erwartet wurde. Des Weiteren wurden die Daten so bereinigt, dass maximal ein Arztkontakt pro Tag und Fall auftreten konnte (Swart et al. 2014). Diese Maßnahme führte zur Zusammenfassung mehrerer Leistungen, die an einem Tag bei demselben Arzt abgerechnet wurden. Weitere Filter in Bezug auf einzelne Abrechnungsleistungen wurden in Betracht gezogen, jedoch hier nicht angewendet. Nach Recherche und Rücksprache mit teilnehmenden Krankenkassen ergab sich, dass bisher kein etablierter Schlüssel für die Zuordnung von Abrechnungskennziffern zu tatsächlichen Arztkontakten existierte. Durch die Maßnahme, dass nur ein Arztkontakt pro Fall-ID und Tag möglich war, wurden bereits viele irrelevante Abrechnungsleistungen gefiltert. Es ist jedoch zu betonen, dass trotz dieser Maßnahmen Leistungen ohne Arztkontakt weiterhin in den Daten verblieben, sodass keine vollständige Abbildung der tatsächlichen Arztkontakte gewährleistet werden konnte.

Im Hinblick auf die Abrechnungen wurde entschieden, keine spezifischen Filter anzuwenden, sondern die Gesamtanzahl der Abrechnungen zu berücksichtigen. Da durch die Anzahl der Abrechnungskontakte keine optimale Abbildung des Endpunktes gewährleistet werden konnte, sollte so ein vollständigeres Bild der ambulant-ärztlichen Versorgung erzeugt werden. Die Abrechnungen dienen somit als bedeutsamer Indikator für die Inanspruchnahme ambulanter Versorgung im Allgemeinen.

Die Aufteilung in Haus- bzw. Fachärzt*innen wurde anhand der in den Routinedaten übermittelten Fachgruppen vorgenommen. Dabei wurden die Fachgruppencodes 01 bis 03 sowie 34 bis 39 als Hausärzt*innen behandelt, während alle anderen Fachgruppencodes nach dieser Unterscheidung den Fachärzt*innen zugeordnet wurden (Rass, Simon (KBV)).

Die beschriebenen Schritte im Rahmen der Datenbereinigung und Umformung leisteten einen signifikanten Beitrag zur Schaffung einer präzisen Grundlage für die Analyse der Arztkontakte. Die Integration von Approximationsmethoden sowie die Berücksichtigung von Abrechnungen fungierten als zentrale Elemente, um möglichen Verzerrungen oder ungenauen Abbildungen in den Daten entgegenzuwirken und somit zu verlässlichen Analyseergebnissen zu gelangen.

Die weitere Operationalisierung und Datenbereinigung, z. B. hinsichtlich des Einschlusses von Proband*innen ohne Datenpunkt sowie der Erstellung der Veränderungsvariable, sind in den Kapiteln 2.4.3 und 2.5.3 beschrieben.

Ergebnisse

Anzahl Abrechnungskontakte

Abbildung 85 zeigt die Verteilung der Abrechnungskontakte in den Studiengruppen während der Studienzeiträume. Deutlich erkennbar war, dass die Spanne der Verteilung der ambulanten Abrechnungskontakte sehr groß war. Die Werte über alle Zeiträume und Gruppen lagen zwischen 0 und 365 Abrechnungskontakten innerhalb eines Jahres. Insbesondere in der IG gab es vereinzelt Proband*innen mit einer sehr hohen Anzahl an Abrechnungskontakten.

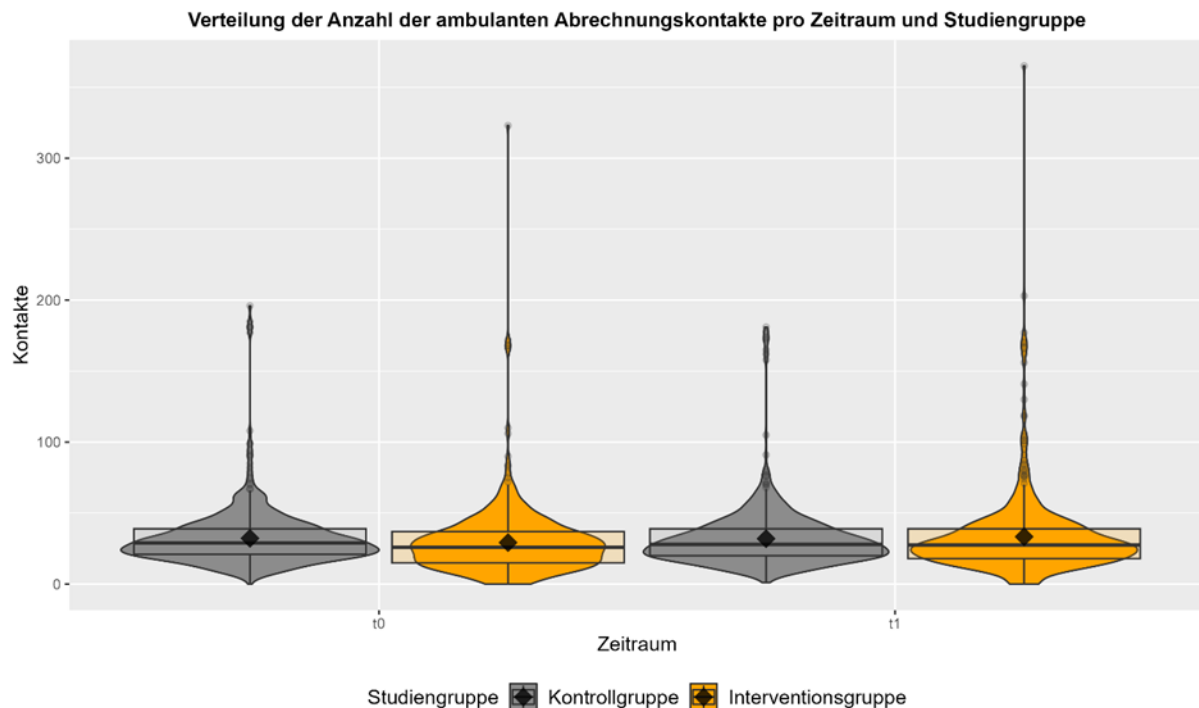


Abbildung 85: Verteilung der ambulanten Abrechnungskontakte nach Studiengruppe und Zeitraum

Abbildung 86 zeigt einen Ausschnitt der oben gezeigten Grafik, wobei die Y-Achse auf 100 Abrechnungskontakte begrenzt wurde. Deutlich zu erkennen war, dass der Großteil der Werte zwischen 0 und 75 Abrechnungskontakten verteilt ist. Im Zeitraum t0 war zu erkennen, dass die Anzahl der Proband*innen ohne Abrechnungskontakt in der IG deutlich höher war als in der KG. Ebenfalls fiel auf, dass die Fläche zwischen dem 25 %-Quantil und 75 %-Quantil in der IG größer war als in der KG. Dies deutete darauf hin, dass die Abrechnungskontakte der Proband*innen in der IG breiter gestreut waren als in der KG. Außerdem war zu beobachten, dass der Durchschnitt und der Median in der IG niedriger waren.

Für den Zeitraum t1 zeigten sich konträre Veränderungen in der KG sowie in der IG. Während der Durchschnitt in der KG sank, stieg er in der IG leicht an. Eine ähnliche Entwicklung war für den Median zu beobachten. Während er in der KG sank, blieb er in der IG konstant. Betrachtet man die Verteilungen, lässt sich feststellen, dass sie nun ähnlicher aussehen. Insbesondere in der IG sind die Anzahl der Werte rund um den Mittelwert und Median angestiegen. Auch das 25 %-Quantil und das 75 %-Quantil ähneln sich nun deutlich mehr.

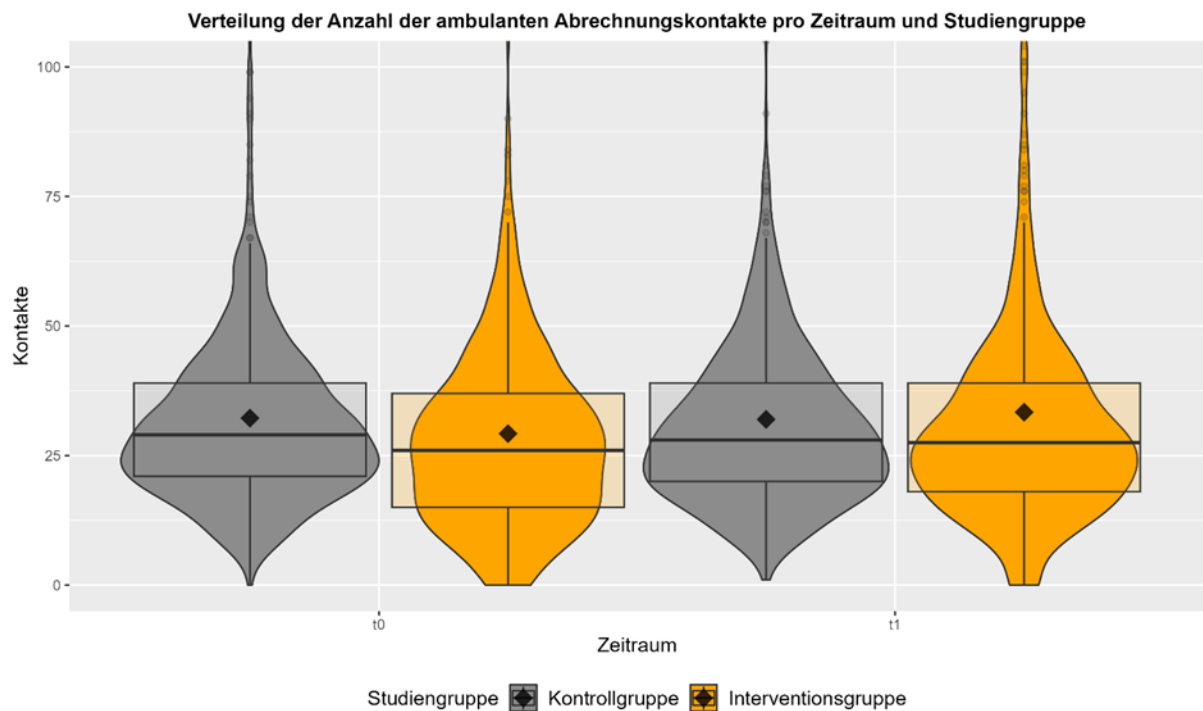


Abbildung 86: Ausschnitt der Verteilung der ambulanten Abrechnungskontakte nach Studiengruppe und Zeitraum

Tabelle 130: Deskriptive Statistiken der ambulanten Abrechnungskontakte

Studiengruppe	t	n	$\bar{x}$	Median	SD	Min.	Max.	25 %-Q.	75 %-Q.
IG	t0	554	29,23	26,00	23,93	0	323	15	37
IG	t1	554	33,37	27,50	29,19	0	365	18	39
KG	t0	638	32,22	29,00	20,24	0	196	21	39
KG	t1	638	31,97	28,00	21,35	1	181	20	39

Die Gruppenunterschiedstests mit einem Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ bestätigten dieses Bild. Die Gruppenunterschiedstests zu den Zeiträumen t0 und t1 bestätigten auch die Befunde aus der deskriptiven Statistik. Während die Gruppen im Zeitraum t0 zu einem Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ unterschiedlich waren, waren sie es im Zeitraum t1 nicht mehr. Dies lag vor allem am Zeiteffekt, der in der IG nachgewiesen werden konnte. In der KG war keine Veränderung zu beobachten. Die Delta-Analyse bestätigte diese Entwicklung erneut, da hier nun auch das Effektmaß einen deutlich höheren Wert aufwies. Zusätzlich war zu beobachten, dass sowohl Effekte für komplexe als auch weniger komplexe Fälle zu erkennen waren. Das Effektmaß war jedoch für die komplexen Fälle etwas höher.

Tabelle 131: Gruppenunterschiedstest der ambulanten Abrechnungskontakte

Gruppen	T	df	p-Wert	Cohen's d
IG t0 – t1	-5,52	553,00	0,000001***	-0,16
KG t0 – t1	0,78	637,00	0,434405	0,01
t0 – IG vs. KG	2,31	1088,83	0,020873*	0,14
t1 – IG vs. KG	-0,93	998,91	0,353520	-0,06
Delta IG vs. KG	-4,71	882,10	0,000003***	-0,28
Delta komplexe Fälle (IG vs. KG)	-3,13	309,56	0,001899**	-0,30
Delta weniger komplexe Fälle (IG vs. KG)	-3,33	567,60	0,000909***	-0,26

Unterscheidung Haus- und Facharzt

In Abbildung 87 wurde die Verteilung der Abrechnungskontakte nach Fach- und Hausärzt*innen unterschieden. Besonders auffällig waren die Extremwerte, die sich bei den Facharzt*abrechnungskontakten beobachten ließen, während sie in dieser Form bei den Hausarzt*innen nicht auftraten.

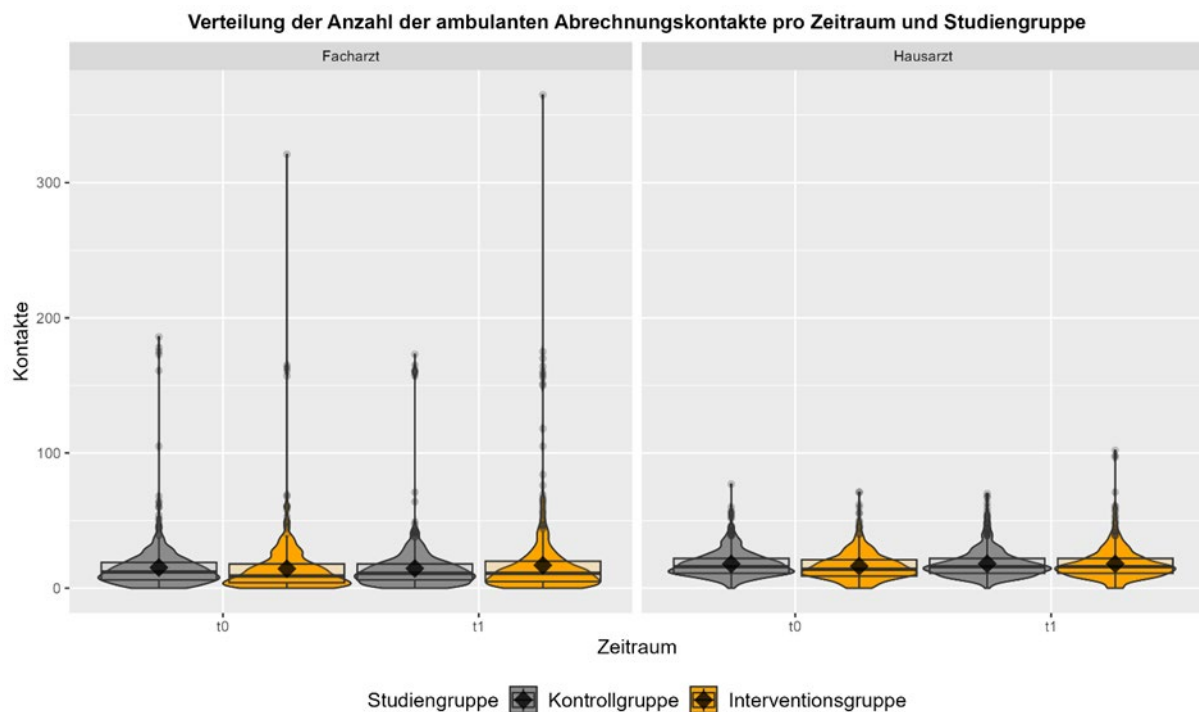


Abbildung 87: Verteilung der ambulanten Abrechnungskontakte nach Studiengruppe und Zeitraum (Haus- und Fachärzt*innen)

Abbildung 88 zeigt die gleiche Verteilung mit einer Beschränkung der Y-Achse auf maximal 80 Kontakte. Hier wurden mehrere interessante Punkte deutlich: Bei den Hausarztkontakten gab es im Vergleich zu den Abrechnungskontakten der Fachärzt*innen nur sehr wenige Proband*innen, die keinen Abrechnungskontakt aufwiesen. Das bedeutete, dass es bei den Fachärzt*innen sowohl Proband*innen gab, die sehr viele Kontakte aufwiesen, als auch solche, die kaum Kontakt zu Fachärzt*innen hatten. Gerade in der IG gab es nicht nur den größten Extremwert mit bis zu 365 Facharztkontakten, sondern auch mehr Proband*innen ohne Facharztkontakt als in der KG.

Im Zeitverlauf der Abrechnungskontakte der Fachärzt*innen ließ sich ein leicht gegenläufiger Effekt erkennen. Während der Durchschnitt in der IG etwas stieg, war ein leichter Rückgang in der KG zu beobachten. Ähnlich verhielt es sich mit dem Median: Obwohl er in der KG sank, blieb er in der IG konstant. Bei den Hausärzt*innen zeigte sich ein ähnliches Muster. Auch hier war ein Anstieg der Kontakte in der IG zu beobachten, während kein Anstieg in der KG zu verzeichnen war.

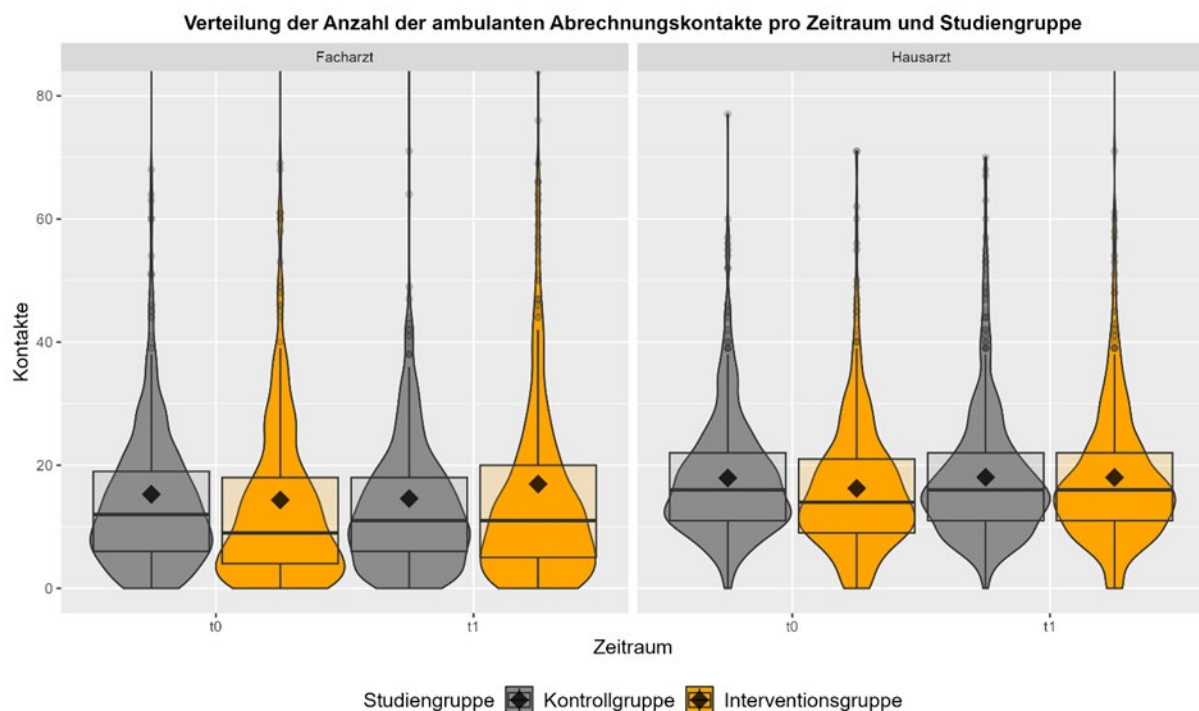


Abbildung 88: Ausschnitt der Verteilung der ambulanten Abrechnungskontakte nach Studiengruppe und Zeitraum (Haus- und Fachärzt*innen)

Tabelle 132: Deskriptive Statistiken der ambulanten Abrechnungskontakte (Haus- und Fachärzt*innen)

Studiengruppe	t	n	Ø	Median	SD	Min.	Max.	25 %-Q.	75 %-Q.
IG - Facharzt	t0	554	14,35	9	21,89	0	321	4	18,00
IG - Hausarzt	t0	554	16,24	14	10,45	0	71	9	21,00
IG - Facharzt	t1	554	16,94	11	27,16	0	365	5	20,00
IG - Hausarzt	t1	554	18,01	16	11,94	0	102	11	22,00
KG - Facharzt	t0	638	15,28	12	18,14	0	186	6	19,00
KG - Hausarzt	t0	638	17,92	16	9,68	0	77	11	22,00
KG - Facharzt	t1	638	14,59	11	18,51	0	173	6	18,00
KG - Hausarzt	t1	638	18,04	16	10,52	0	70	11	22,00

Die Gruppenunterschiedstests bestätigten dieses Bild bei einem Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$. Bei den Facharztkontakten gab es zum Zeitraum t0 keine statistisch signifikanten Unterschiede. Obwohl das Signifikanzniveau auch im Zeitraum t1 nicht erreicht wurde, war eine klare Änderung des p-Wertes zu erkennen. Auch die Zeiteffekte in der IG und in der KG deuteten auf gegenläufige Trends hin, jedoch mit einem sehr kleinen Effekt. Die Delta-Analyse bestätigte diese Effekte und konnte in der Gruppe der komplexen Fälle einen leicht stärkeren Effekt als bei den weniger komplexen Fällen nachweisen.

Bei den ambulanten Abrechnungskontakten der Hausärzt*innen verhielten sich die Gruppenunterschiedstests für die Zeiträume t0 und t1 abweichend. Während im Zeitraum t0 noch statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen bestanden, konnten diese im Zeitraum t1 nicht mehr nachgewiesen werden. Diese Veränderung lag hauptsächlich am Anstieg der Kontakte in der IG. Auch hier bestätigte die Delta-Analyse die vorhergehenden Ergebnisse. Allerdings waren die Effekte zwischen komplexen und nicht komplexen Fällen deutlich geringer.

Tabelle 133: Gruppenunterschiedstest der ambulanten Abrechnungskontakte (Haus- und Fachärzt*innen)

Gruppen	T	df	p-Wert	Cohen's d
Hausarzt				
IG t0 – t1	-5,74	553,00	0,000001***	-0,16
KG t0 – t1	-0,99	637,00	0,323898	-0,01
t0 – IG vs. KG	2,87	1136,38	0,004188**	0,17

t1 – IG vs. KG	0,06	1111,14	0,955181	0,00
Delta IG vs. KG	3,67	1046,27	0,000254***	0,22
Delta komplexe Fälle (IG vs. KG)	2,05	384,68	0,040647*	0,20
Delta weniger komplexe Fälle (IG vs. KG)	2,98	564,66	0,003026**	0,23
Facharzt				
IG t0 – t1	-2,49	553,00	0,013169*	-0,10
KG t0 – t1	1,41	637,00	0,158873	0,04
t0 – IG vs. KG	0,79	1076,77	0,430985	0,05
t1 – IG vs. KG	-1,72	954,24	0,086047	-0,10
Delta IG vs. KG	4,10	831,83	0,000045***	0,25
Delta komplexe Fälle (IG vs. KG)	2,75	290,01	0,006331**	0,26
Delta weniger komplexe Fälle (IG vs. KG)	2,80	536,08	0,005265**	0,22

Anzahl Abrechnungen

Neben den Abrechnungskontakten kann eine Analyse der Anzahl der Abrechnungen zu weiteren Erkenntnissen führen. Es ist möglich, dass sich die Anzahl der ambulanten Abrechnungen durch das Case-Management unterschiedlich entwickelte als die Abrechnungskontakte. Abbildung 89 zeigt die Verteilung der ambulanten Abrechnungen in den Studiengruppen während der Studienzeiträume. Auch die Abrechnungen wiesen eine große Spanne an Werten auf. Die Werte über alle Zeiträume und Gruppen lagen zwischen 0 und 1200 Abrechnungen innerhalb eines Jahres.

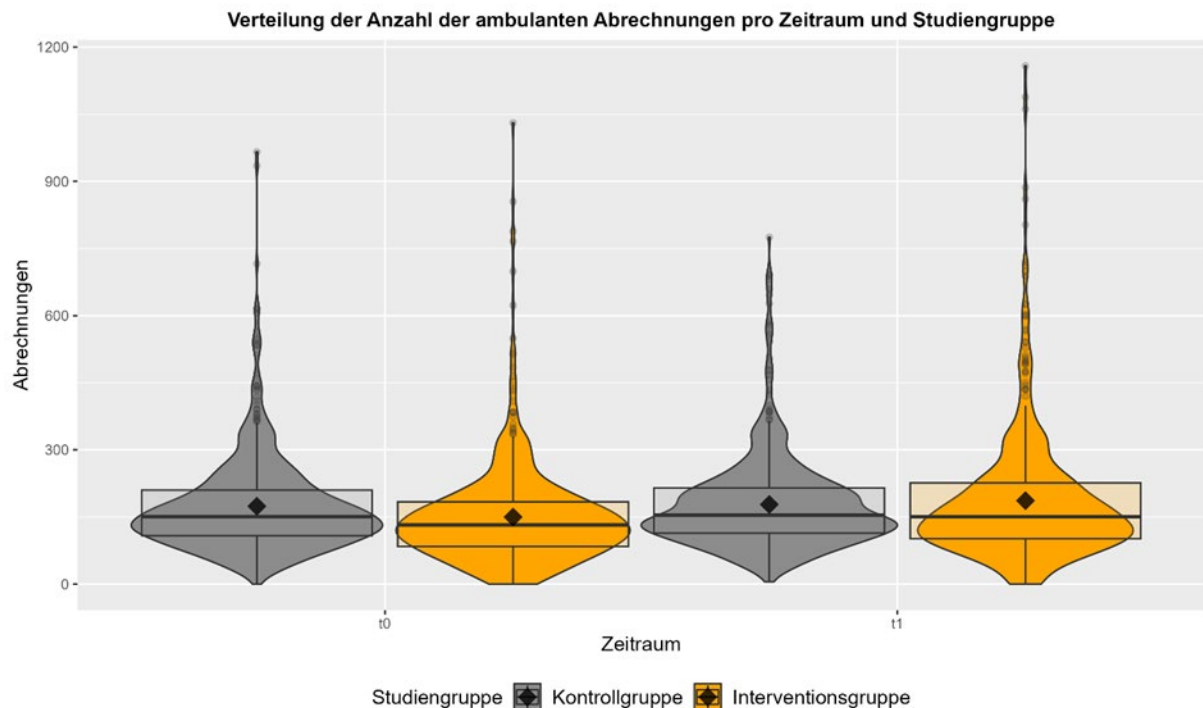


Abbildung 89: Verteilung der ambulanten Abrechnungen nach Studiengruppe und Zeitraum

Abbildung 90 zeigt einen Ausschnitt der ambulanten Abrechnungen, wobei die y-Achse auf einen Maximalwert von 600 begrenzt wurde. Deutlich war zu erkennen, dass der Großteil der Proband*innen bei unter 400 Abrechnungen lag. Im Zeitraum t0 war zu erkennen, dass die Anzahl der Proband*innen ohne ambulante Abrechnung in der IG deutlich höher war als in der KG. In Bezug auf das 25 %-Quantil und das 75 %-Quantil ist zu erwähnen, dass diese in der IG zwar niedriger waren, jedoch eine sehr ähnliche Spanne aufwiesen. Auch der Durchschnitt und der Median waren in der IG niedriger.

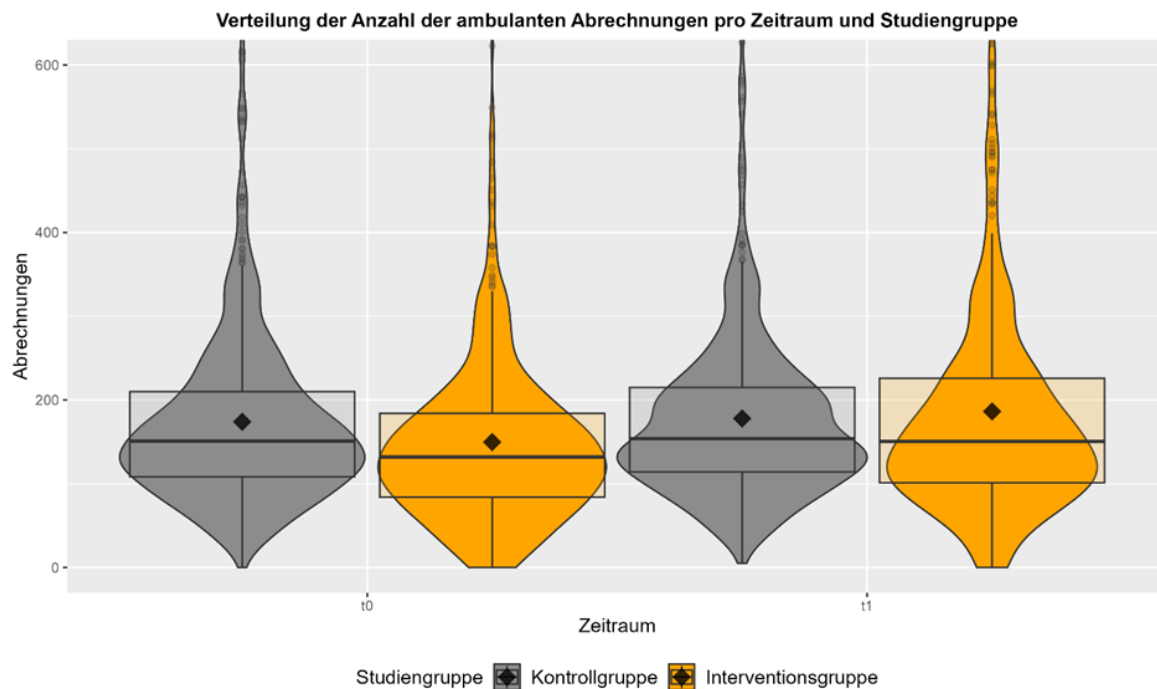


Abbildung 90: Ausschnitt der Verteilung der ambulanten Abrechnungskontakte nach Studiengruppe und Zeitraum

Zu t1 war eine Veränderung vor allem in der IG zu beobachten. Die deskriptiven Statistiken in der KG blieben konstant. Durchschnitt, Median sowie die Quantile veränderten sich nur minimal. Gleichzeitig war in der IG eine deutliche Entwicklung zu beobachten. Sowohl der Durchschnitt als auch der Median stiegen an. Das 25 %-Quantil und 75 %-Quantil verschoben sich nach oben. Die deskriptiven Statistiken näherten sich in der IG den Werten der KG an.

Tabelle 134: Deskriptive Statistiken der ambulanten Abrechnungen

Studiengruppe	t	n	Ø	Median	SD	Min.	Max.	25 %-Q.	75 %-Q.
IG	t0	554	149,75	132,00	111,71	0	1031	84,00	184,00
IG	t1	554	186,37	150,50	146,84	0	1158	101,25	226,00
KG	t0	638	173,97	151,00	108,01	0	966	108,25	210,00
KG	t1	638	177,89	154,00	104,70	5	775	114,00	215,00

Die Gruppenunterschiedstests mit einem Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ bestätigten dieses Bild. Die Gruppenunterschiedstests zu t0 zeigten, dass sich die IG und die KG unterschieden. Zu t1 gab es keinen statistisch signifikanten Unterschied mehr. Zusätzlich konnten Zeiteffekte in der IG gemessen werden, die nicht in der KG auftraten. Auch die Delta-Analyse konnte diese Ergebnisse bestätigen und einen stärkeren Effekt als eine unabhängige Betrachtung der IG aufzeigen. Die zusätzliche Analyse der Komplexitätsvariablen zeigte, dass dieser Effekt sowohl

bei komplexen als auch bei weniger komplexen Fällen auftrat. Bei komplexen Fällen konnte ein leicht stärkerer Effekt gemessen werden.

Tabelle 135: Gruppenunterschiedstest der ambulanten Abrechnungen

Gruppen	T	df	p-Wert	Cohen's d
IG t0 – t1	-22,26	553,00	0,000001***	-0,28
KG t0 – t1	-6,91	637,00	0,000001***	-0,04
t0 – IG vs. KG	3,79	1154,70	0,000158***	0,22
t1 – IG vs. KG	-1,13	982,74	0,257663	-0,07
Delta IG vs. KG	-6,60	927,34	0,000001***	-0,39
Delta komplexe Fälle (IG vs. KG)	-3,57	378,48	0,000407***	-0,35
Delta weniger komplexe Fälle (IG vs. KG)	-5,15	495,31	0,000001***	-0,41

Unterscheidung Haus- und Facharzt

In Abbildung 91 wurde die Verteilung der ambulanten Abrechnungen nach Fach- und Hausarzt abrechnungen unterschieden. Ähnlich wie bei den Abrechnungskontakten waren auch bei den Abrechnungen die Extremwerte vor allem bei den Fachärzt*innen zu finden.

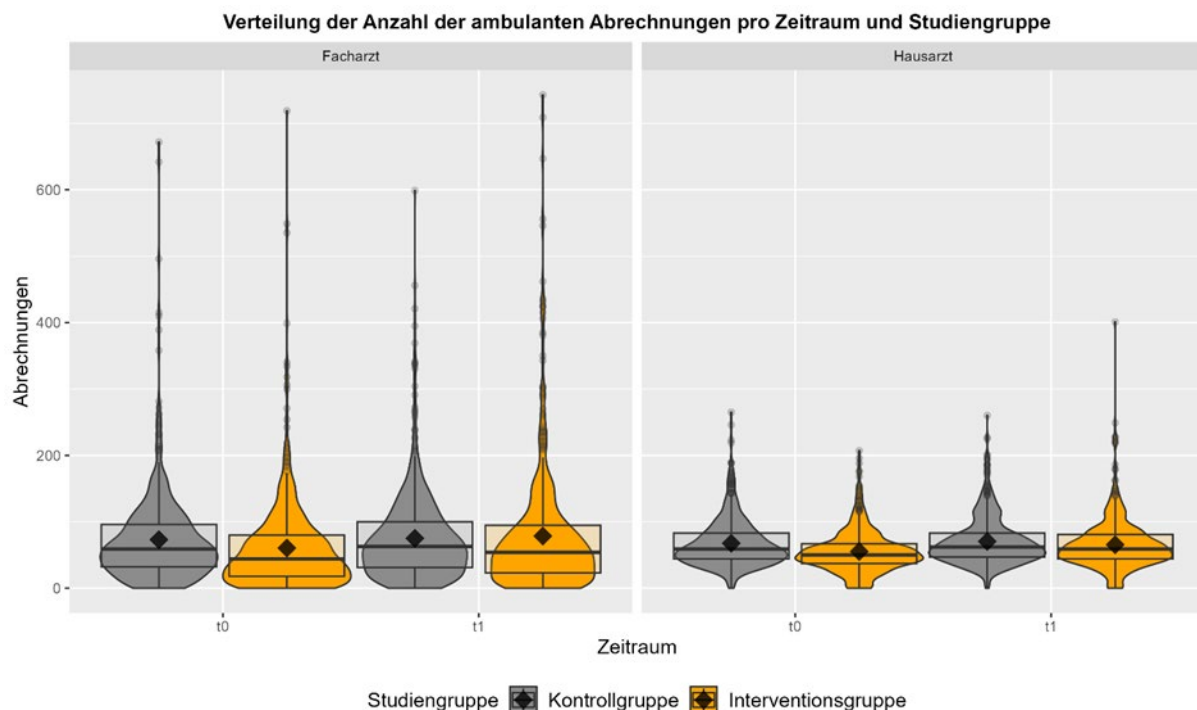


Abbildung 91: Verteilung der ambulanten Abrechnungen nach Studiengruppe und Zeitraum (Haus- und Fachärzt*innen)

Abbildung 92 zeigt die Verteilung mit einer Beschränkung der Y-Achse auf maximal 250 Abrechnungen. Die Verteilungen ähneln denen der Abrechnungskontakte stark: Auch hier sind bei den Hausarzt abrechnungen im Vergleich zu den Abrechnungen der Fachärzt*innen, nur sehr wenige Proband*innen, die keine Abrechnungen aufweisen. Gerade in der IG gab es nicht nur die größten Extremwerte mit bis zu 729 Facharzt abrechnungen, sondern auch mehr Proband*innen ohne Facharzt abrechnungen als in der KG.

Im Zeitverlauf der Abrechnungen der Fachärzt*innen ließen sich unterschiedliche Entwicklungen beobachten. Während der Durchschnitt in der IG stieg, war in der KG kaum eine Änderung zu beobachten. Ähnlich verhielt es sich mit dem Median: Eine leichte Steigung des Medians war in der KG zu erkennen, während es in der IG einen deutlich stärkeren Anstieg gab. Bei den Hausärzt*innen verhielt es sich ähnlich. Auch hier war ein deutlicher Anstieg der Kontakte in der IG zu beobachten, während die Steigerung in der KG geringer ausfiel.

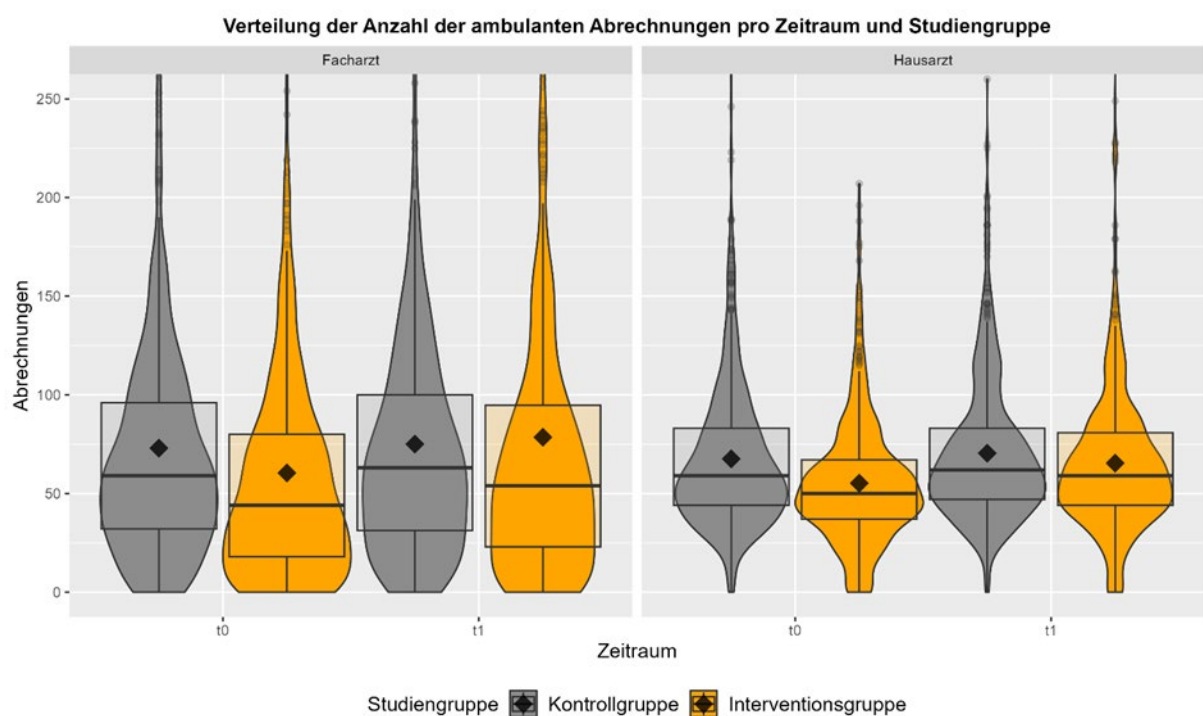


Abbildung 92: Ausschnitt der Verteilung der ambulanten Abrechnungen nach Studiengruppe und Zeitraum (Haus- und Fachärzt*innen)

Tabelle 136: Deskriptive Statistiken der ambulanten Abrechnungen(Haus- und Fachärzt*innen)

Studiengruppe	t	n	Ø	Median	SD	Min.	Max.	25 %-Q.	75 %-Q.
IG - Facharzt	t0	554	60,42	44	69,24	0	719	18,00	80,00
IG - Hausarzt	t0	554	55,23	50	31,92	0	207	37,00	67,00
IG - Facharzt	t1	554	78,51	54	93,49	0	743	23,00	94,75
IG - Hausarzt	t1	554	65,39	59	38,16	0	401	44,00	80,75
KG - Facharzt	t0	638	73,00	59	67,81	0	672	32,00	96,00
KG - Hausarzt	t0	638	67,54	59	36,27	0	265	44,00	83,00
KG - Facharzt	t1	638	75,05	63	65,62	0	599	31,25	100,00
KG - Hausarzt	t1	638	70,39	62	35,85	0	260	47,00	83,00

Die Gruppenunterschiedstests konnten dieses Bild bestätigen. Sowohl im Zeitraum t0 als auch im Zeitraum t1 waren statistisch signifikante Unterschiede bei den Abrechnungen der Hausärzt*innen zwischen der IG und KG zu beobachten. Diese wurden jedoch im Zeitraum t1 geringer. Dies konnte anhand der Zeiteffekte bestätigt werden: Obwohl beide Gruppen statistisch signifikante Änderungen im Zeitverlauf erfuhren, waren diese in der IG höher. Auch der Deltavergleich konnte diese Ergebnisse bestätigen. Auch hier konnte wieder ein stärkerer Effekt bei den komplexen Fällen sowohl gegenüber der Gesamtpopulation als auch den nicht komplexen Fällen nachgewiesen werden.

Tabelle 137: Gruppenunterschiedstest der ambulanten Abrechnungen (Haus - und Fachärzt*innen)

Gruppen	T	df	p-Wert	Cohen's d
Hausarzt				
IG t0 – t1	-25,04	553,00	0,000001***	-0,29
KG t0 – t1	-28,65	637,00	0,000001***	-0,08
t0 – IG vs. KG	6,23	1189,78	0,000001***	0,36
t1 – IG vs. KG	2,32	1142,73	0,020376*	0,14
Delta IG vs. KG	5,21	1153,72	0,000001***	0,30
Delta komplexe Fälle (IG vs. KG)	3,44	384,18	0,000655***	0,34

Delta weniger komplexe Fälle (IG vs. KG)	3,88	689,12	0,000115***	0,29
Facharzt				
IG t0 – t1	-15,26	553,00	0,000001***	-0,22
KG t0 – t1	-5,02	637,00	0,000001***	-0,03
t0 – IG vs. KG	3,16	1159,50	0,001624**	0,18
t1 – IG vs. KG	-0,73	972,79	0,466060	-0,04
Delta IG vs. KG	5,18	958,43	0,0000001***	0,31
Delta komplexe Fälle (IG vs. KG)	3,09	347,18	0,002182**	0,30
Delta weniger komplexe Fälle (IG vs. KG)	3,84	555,84	0,000136***	0,30

Zusammenführung der Ergebnisse

Die Analysen der ambulanten Abrechnungskontakte sowie der ambulanten Abrechnungen deuten auf ähnliche Ergebnisse hin. In der IG wurden in beiden Analysen im Durchschnitt niedrigere Werte für den Zeitraum t0 beobachtet, obwohl die Extremwerte häufiger in der IG auftraten. Zudem konnte in der IG eine deutlich höhere Anzahl an Proband*innen ohne einen einzigen ambulanten Kontakt festgestellt werden. Diese Erkenntnisse bestätigten sich sowohl für Fach- als auch für Hausärzt*innen, obwohl die größten Extremwerte und die größte Spanne zwischen den Werten bei den Fachärzt*innen gefunden werden konnten. **Im Zeitraum t0 konnte festgehalten werden, dass ein signifikanter Unterschied zwischen der IG und KG in Bezug auf die ambulanten Arztkontakte bestand, mit geringeren Werten in der IG.** Dieser Unterschied war deutlicher für Hausärzt*innen als für Fachärzt*innen zu erkennen. Aus diesem Grund musste Hypothese 1 abgelehnt werden.

Die Zeiteffekte waren in der IG in allen Analysen stärker als in der KG. **In der IG stiegen sowohl die Abrechnungskontakte als auch die ambulanten Abrechnungen zwischen t0 und t1 statistisch signifikant an, während im gleichen Zeitraum in der KG kaum eine Änderung zu beobachten war.** Zeiteffekte waren sowohl für die Versorgung durch Haus- als auch für Fachärzt*innen zu beobachten. Diese Entwicklung führte dazu, dass sich die Verteilungen im Zeitraum t1 weniger stark unterschieden als noch im Zeitraum t0. Dies ließ sich durch die Delta-Analysen bestätigen. Zusätzlich war festzuhalten, dass diese **beobachteten Effekte bei komplexen Fällen als stärker ausgeprägt waren als bei weniger komplexen Fällen.** Aus diesem Grund konnte Hypothese 2 bestätigt werden: **In der IG verändert sich die durchschnittliche Anzahl der Arztkontakte im Vergleich der Zeiträume t0 und t1 stärker als in der KG – sie steigt in der IG signifikant an.**

Allerdings musste festgehalten werden, dass die Berücksichtigung der Daten aus dem Jahr 2019 (t0c) darauf hindeutete, dass die Proband*innen in diesem Zeitraum noch deutlich weniger ambulante Arztkontakte hatten als im Zeitraum t0. Daher könnte die Veränderung

der Arztkontakte im Zeitraum t1 auch nicht ausschließlich auf Veränderungen durch die Intervention hindeuten, sondern auch auf einen allgemeinen Trend innerhalb dieser Gruppe.

Teildiskussion

Der Endpunkt Arztkontakte wurde hinsichtlich seiner Entwicklung anhand von zwei Hypothesen betrachtet: Erstens, dass sich die durchschnittliche Anzahl der Arztkontakte im Zeitraum t0 zwischen der IG und der KG nicht signifikant unterscheidet (H1). Zweitens, dass sich die durchschnittliche Anzahl der Arztkontakte in der IG im Vergleich der Zeiträume t0 und t1 stärker verändert als in der KG (H2). Hierfür wurden zwei Variablen, die Anzahl der ambulanten Abrechnungskontakte sowie die Anzahl der ambulanten Abrechnungen, mithilfe von deskriptiven Statistiken sowie Gruppenunterschiedstests untersucht.

Es wurde festgestellt, dass **vor der Intervention ein signifikanter Gruppenunterschied zwischen IG und KG bestand, der jedoch im Laufe der Intervention verringert oder ausgeglichen werden konnte**. Diese Veränderung wurde **insbesondere durch den Anstieg der Abrechnungskontakte und Abrechnungen in der IG** ausgelöst. Zusätzlich ist festzuhalten, dass **stärkere Effekte bei komplexen Fällen** gemessen werden konnten.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Ergebnisse auf eine **stärkere Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung durch die ReKo-Intervention** hinweisen. Zusammenhänge mit anderen Strukturen des Versorgungssystems und mögliche Hintergründe werden in Kapitel 4.3 diskutiert. Grundsätzlich passt die Anzahl der Abrechnungskontakte der Proband*innen der Studie in das Bild des Barmer Gesundheitsreports 2024 (Barmer 2024). Dort wurde für die Altersgruppe 65 bis 69 zwischen 21,8 Abrechnungskontakte gemessen, bis hin zur Altersgruppe 90+ eine Anzahl von 28,12. Da es sich bei dieser Studie um Proband*innen mit überdurchschnittlich erhöhtem Pflegebedarf handelt, lassen sich so die Abweichungen von der Gesamtpopulation erklären.

Im Zuge der Analyse der Arztkontakte konnten Limitationen festgestellt werden. Durch die Nutzung von GKV-Routinedaten ist eine Abbildung der tatsächlichen Arztkontakte nur schwer bis gar nicht möglich. Die vorgestellten Analysen zeichnen also kein perfektes Abbild der ambulanten Versorgung, können jedoch Hinweise auf die tatsächliche ambulante Versorgung bieten. Ein weitergehender Forschungsbedarf besteht vor allem hinsichtlich der Gründe, wie das Case-Management auf die ambulante Versorgung wirkt. Vorstellbar sind Substitutionseffekte der stationären Versorgung sowie eine Steigerung der ambulanten Arztkontakte durch das geschulte Case-Management-Personal, das mögliche bisher unerkannte gesundheitliche Problematiken identifiziert.

3.16 Entwicklung der Arzneimittelverschreibungen, der Arzneimittelaufnahme und des Schmerzempfindens

Hypothesen (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
H1: Die durchschnittliche Anzahl der Arzneimittelverschreibungen unterscheidet sich im Zeitraum t0 zwischen der IG und der KG nicht signifikant. H2: In der IG verändert sich die durchschnittliche Anzahl der Arzneimittelverschreibung im Vergleich der Zeiträume t0 und t1 stärker als in der KG.	N = 1192 IG = 554 KG = 638 Berechnungen mit Komplexität: N = 1108 IG = 541 KG = 567	Routinedaten-Auswertung; Assessment interRAI HC (Garms-Homolová 2002, 2020)
Zentrale Ergebnisse		
Das ReKo-CM hatte keinen nachweisbaren Einfluss auf die Arzneimittelverschreibungen. In beiden Gruppen gingen Verordnungen, Arzneimittelmenge und -vielfalt zurück, in der Kontrollgruppe sogar stärker. Ein gesicherter Effekt auf die Arzneimittelnutzung ließ sich nicht feststellen.		

GKV-Routinedaten

Definition des Gegenstandes

Die Entwicklung der Arzneimittelverschreibungen kann unter verschiedenen Gesichtspunkten betrachtet werden. Im Rahmen der Analyse von GKV-Routinedaten bieten sich primär folgende Operationalisierungen an: die Zählung der Verordnungen, die Zählung der verordneten Arzneimittel und in pharmakoepidemiologischen und pharmakologischen Forschungszusammenhängen, besonders bei vergleichenden Untersuchungen innerhalb spezifischer Wirkstoffgruppen, der Rückgriff auf Defined Daily Doses (DDD) zur Untersuchung der verschriebenen Dosen eines Wirkstoffes (Fricke et al. 2023; Schröder 2014). Im Kontext der vorliegenden Evaluation einer CM-Intervention wurde auf die Operationalisierung mittels der DDDs verzichtet, da die Unterschiedlichkeit der verordneten Wirkstoffgruppen angesichts einer medizinisch heterogenen Studienpopulation eine solche Analyse wenig aussagekräftige Ergebnisse erwarten lässt. Die stattdessen gewählten Zugänge an den Gegenstand der Entwicklung der Arzneimittelverschreibungen unterteilen sich in drei Analyseschritte: die Zählung der Verordnungen, die Zählung der (auf den Verordnungen) verordneten Arzneimittel und die Zahl der unterschiedlichen Wirkstoffe, die eine Person in einem Studienzeitraum verordnet bekam. Entscheidende Datenzugänge in den GKV-Datensätzen sind demzufolge die IDs der Verordnungen und die ATC-Codes der verordneten Arzneimittel. Jedem wirkstoffhaltigen Arzneimittel ist ein ATC-Code (Anatomisch-Therapeutisch-Chemisches Klassifikationssystem) hinterlegt, welcher den oder die enthaltenen Wirkstoffe eines Arzneimittels ausweist und das Medikament so einer Wirkstoffgruppe zuordnet. Dadurch sind von der Wirkstoffzusammensetzung vergleichbare Arzneien trotz unterschiedlicher Hersteller und dadurch verschiedener Pharmazentralnummern (PZN) hinsichtlich ihrer Wirkstoffe vergleichbar. Die vorliegenden Analysen wurden auf der fünften ATC-Ebene vorgenommen (Fricke et al. 2023; van den Akker et al. 2022).

Die hier ausgeführte Dreiteilung der Analyse wird durchgeführt, um etwaige Effekte der ReKo-Intervention, die im Zusammenhang mit den Arzneimittelentwicklungen wirken könnten, abbilden zu können. Die Zählung der Verordnungen dient zur Überprüfung von Entwicklungen im Aufkommen der Verordnungsumfänge bei den behandelnden Ärzt*innen. Erwartet werden könnte, dass sich durch die Erstellung eines Medikationsplanes mit und durch die Case-Manager*innen die Häufigkeit der Verordnungen, begleitet durch reduzierte Arztkontakte (siehe Kapitel 3.15) verringert. Auf einer Verordnung sind maximal drei Arzneimittel zu verordnen. Im Falle eines durch das CM koordinierten Vorgehens ist es denkbar, dass diese drei Verordnungsoptionen häufiger genutzt werden, da die Proband*innen koordiniert längerfristiger mit Arzneimitteln versorgt werden. Bei insgesamt gleicher oder ähnlicher Arzneimittelmenge würden sie dann weniger Verordnungen erhalten, der administrative Aufwand im Kontext von Verordnungen also geringer werden. Um dies zu überprüfen, muss neben der Zählung der Verordnungen auch die absolute Arzneimittelmenge gezählt werden. Dazu dient der zweite Analyseschritt. Der dritte Untersuchungszugang, der die Anzahl an Arzneimittel unterschiedlicher Wirkstoffgruppen in den Blick nimmt, dient der Offenlegung möglicher Effekte des CMs hinsichtlich des Themengebietes der Polypharmazie (Lappe et al. 2022; Leitliniengruppe Hessen und DEGAM 2021). Denkbar ist, dass die Koordinierungsarbeit der Case-Manager*innen dazu führt, dass mögliche Wechselwirkungen zwischen Wirkstoffgruppen erkannt werden und die Menge an unterschiedlichen Arzneimitteln reduziert werden kann, um Polypharmazie und Wechselwirkungen zu verhindern. Die vorgestellten Untersuchungszugänge werden gewählt, um gemeinsam die folgenden forschungsleitenden Hypothesen zu beantworten.

Hypothesen

H1: Die durchschnittliche Anzahl der Arzneimittelverschreibungen unterscheidet sich im Zeitraum t0 zwischen der IG und der KG nicht signifikant.

H2: In der IG verändert sich die durchschnittliche Anzahl der Arzneimittelverschreibung im Vergleich der Zeiträume t0 und t1 stärker als in der KG.

Vorgehen Datenbereinigung und Umformung

Aus den vorliegenden GKV-Routinedaten wurde eine Variable generiert, die die Anzahl der (unterschiedlichen) Verordnungen pro Proband*in pro Studienzeitraum enthält. Analog dazu wurde auf Grundlage der ATC-Codes eine Variable erstellt, die die Summe der vergebenen Arzneimittel mit ATC-Code pro Proband*in pro Studienzeitraum enthält. Nicht enthalten sind demnach Medizinprodukte, die keine Wirkstoffe enthalten (Pflaster, Verbandmaterial u. ä.), da diese über keine zugeordneten ATC-Codes verfügen (Ausnahmen sind über die ATC-Gruppe V gruppierten Arzneien ohne Wirkstoff, bspw. Lösungs- und Verdünnungsmittel o. ä.). Nicht in die Analyse einbezogen wurden die Angaben aus den GKV-Daten zur verordneten Anzahl des jeweiligen Arzneimittels, also wie viele Packungen eines Arzneimittels verordnet wurden. Grund dafür ist die Heterogenität dieser Angaben über die Vielzahl an Arzneimittel und deren unterschiedliche Codierung der jeweiligen Menge, denn in den Daten sind sowohl über Tabletten zu verabreichende Arzneimittel als auch bspw. Lösungen enthalten, die jeweils auf Grundlage anderer Mengeneinheiten vergeben werden. Im Falle von Tabletten wird auf die Packungsanzahl zurückgegriffen, während bspw. Lösungen in Milliliter angegeben werden. Da die Angabe der Anzahl eines verordneten Arzneimittels auf einer Verordnung stark von der

Packungsgröße abhängig ist, welche aus demselben Grund der unterschiedlichen Skalierungen der Packungsgrößen nicht einbezogen werden konnte, wäre die Berechnung auf Grundlage der verordneten Menge eines Arzneimittels ebenfalls unvollständig und würde nicht die letztendliche tatsächliche Menge der Arzneimittel pro Person angeben, da die Packungsgröße variabel ist. Da das 75 %-Perzentil der Mengenangabe in den vorliegenden GKV-Daten bei einer Menge von 1 liegt, wurde auf die einfache Berechnung über die ATC-Anzahl zurückgegriffen und auf den Einbezug der Mengenangabe aus den obigen Gründen verzichtet. Über die Zählvariable der ATC-Codes auf einer Verordnung hinaus wurde eine weitere Variable generiert, die die Anzahl der einzigartigen ATC-Codes pro Proband*in pro Studienzeitraum enthält.

Ergebnisse

Analyse der Verordnungen

Abbildung 93 zeigt die Verteilung der Verordnungen in den Studiengruppen zu den Studienzeiträumen. Zu t0 unterschieden sich die Verteilungen hinsichtlich der Anzahl an Proband*innen, die keine oder wenige Verordnungen erhielten. Die IG wies hier mehr Proband*innen auf als die KG. Letztere hatte den breitesten Bereich der Verteilung bei Verordnungsanzahlen um ca. 25-30 Verordnungen. Die IG wies größere Extremwerte auf als die KG, jedoch in eher geringer Anzahl. Der Median ($\tilde{x}_{IGt0}=37$; $\tilde{x}_{KGt0}=38$) und der Durchschnitt beider Gruppen war sehr ähnlich ($\bar{\phi}_{IGt0}=43,76$; $\bar{\phi}_{KGt0}=42,92$) (vgl. Tabelle 138).

Verteilung der Arzneimittelverordnungen nach Studiengruppe und Zeitraum

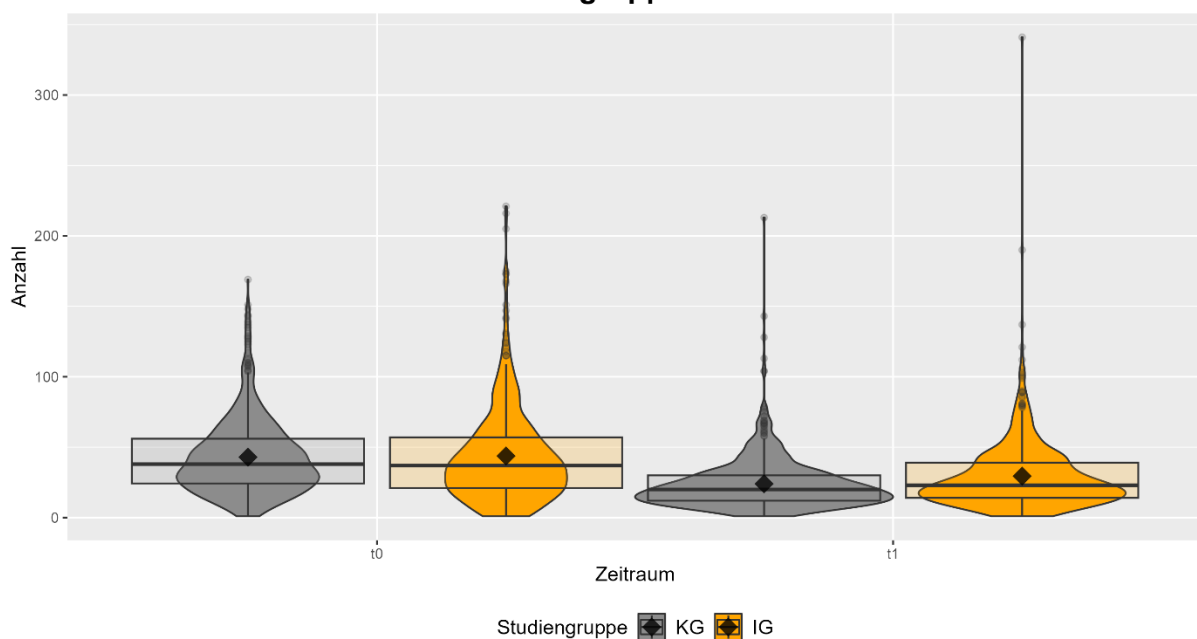


Abbildung 93: Verteilung der Arzneimittelverordnungen nach Studiengruppe und Zeitraum

Auch zu t1 sind sich die Verteilungen der beiden Studiengruppen ähnlich. Die Verteilungsparameter beider Gruppen verringern sich, die Proband*innen beider Gruppen erhielten weniger Verordnungen als zu t0. Der Durchschnitt und der Median sowohl der IG ($\bar{\phi}_{IGt1}=29,45$; $\tilde{x}_{IGt1}=23$) als auch der KG ($\bar{\phi}_{KGt1}=23,97$; $\tilde{x}_{KGt1}=20$) sind geringer. Verglichen mit t0 liegen die Lagemaße nun etwas weiter auseinander, die IG weit in allen Parametern

(leicht) höhere Werte auf (vgl. Tabelle 138). Zu t1 sind die Extrema beider Gruppen gestiegen, wobei die IG nach wie vor höhere Extrema aufweist.

Tabelle 138: Deskriptive Statistiken der Arzneimittelverordnungen

Studiengruppe	t	n	Ø	Median	SD	Min.	Max.	25 %-Q.	75 %-Q.
IG	t0	554	43.76	37	33.53	1	221	21.00	57
IG	t1	554	29.45	23	25.70	1	341	14.00	39
KG	t0	638	42.92	38	26.64	1	169	24.25	56
KG	t1	638	23.97	20	18.66	1	213	12.00	30

In den Gruppenunterschiedstests (siehe Tabelle 139) innerhalb beider Studiengruppen zwischen den Studienzeiträumen zeigen sich auf einem Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ signifikante Zeiteffekte, beide Studiengruppen weisen zu t1 signifikant weniger Verordnungen auf, die Effektstärke ist für die IG ($d=0,56$) als moderat, für die KG ($d=1,14$) als stark einzuschätzen (Cohen 2013). Die in den deskriptiven Befunden festgestellte Ähnlichkeit zwischen den Studiengruppen zu t0 wird auch in den Gruppenunterschiedstests bestätigt. Es ist kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen festzustellen ($p=0,6337$). Zu t1 ist ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen erkennbar ($p=3,514e-05$), der jedoch bei einer Effektstärke $d=0,25$ als eher gering einzuschätzen ist. Die Entwicklung der KG von t0 zu t1 unterscheidet sich signifikant von der der IG. Die KG hat durchschnittlich ca. 19 Verordnungen weniger zu t1 als zu t0, während die IG ca. 14 Verordnungen weniger pro Proband*in aufweist. Mit einer Effektstärke von $d=0,22$ ist dieser Unterschied als gering einzuschätzen. Für eher komplexe Einzelfälle ergibt sich kein stärkerer Effekt, der durchschnittliche Rückgang ist bei diesen Proband*innen in beiden Gruppen etwas größer (IG ca. 16 Verordnungen; KG ca. 20 Verordnungen) als bei eher weniger komplexen Einzelfällen.

Tabelle 139: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests der Arzneimittelverordnungen

Gruppen	T	df	p-Wert	Ø	Cohen's d
IG t0 – t1	13,18	553	<2,2e-16 ***	-14,31	0,56
KG t0 – t1	28,88	637	<2,2e-16 ***	-18,95	1,14
t0 – IG vs. KG	-0,48	1051	0,6337	43,76 (IG) vs. 42,92 (KG)	0,02
t1 – IG vs. KG	-4,16	994	3,514e-05***	29,45 vs. 23,97	0,25
Delta IG vs. KG	-3,65	923	0,00027***	-14,31 vs. -18,95	0,22
Delta komplexe Fälle (IG vs. KG)	-2,15	400	0,03221*	-15,99 vs. -20,44	0,21

Delta weniger komplexe Fälle (IG vs. KG)	-3,43	480	0,00065 ***	-13,15 vs. -19,04	0,27

Arzneimittelmenge über ATC-Codes

Die Analyse der Arzneimittelmenge über die ATC-Codes gleicht der der Anzahl der Verordnungen in ihren Ergebnissen. Deskriptiv (Abbildung 94) zeigt sich zu t0 die gleiche Ähnlichkeit der Studiengruppen wie in der Betrachtung der Verordnungen. Die KG hat im Durchschnitt mit $\bar{X}_{KGt0}=63,68$ geringfügig mehr Arzneimittel pro Proband*in aufzuweisen als die IG mit $\bar{X}_{IGt0}=61,75$. Auch im Median ($\tilde{x}_{IGt0}=54,50$; $\tilde{x}_{KGt0}=57,00$) und innerhalb des 25-75 %-Perzentils ergeben sich kaum Unterschiede (vgl. Tabelle 140). Die Extremwerte der Arzneimittelmenge sind, anders als die der Verordnungen, zwischen beiden Studiengruppen annähernd gleich verteilt. Auch zu t1 ergeben sich ähnliche Effekte bei der Arzneimittelmenge wie bei der Verordnungsmenge. Durchschnitt und Median sind in beiden Gruppen rückläufig und ähneln sich auch in ihren Verteilungen zu t1.

Verteilung der Arzneimittelmenge nach Studiengruppe und Zeitraum

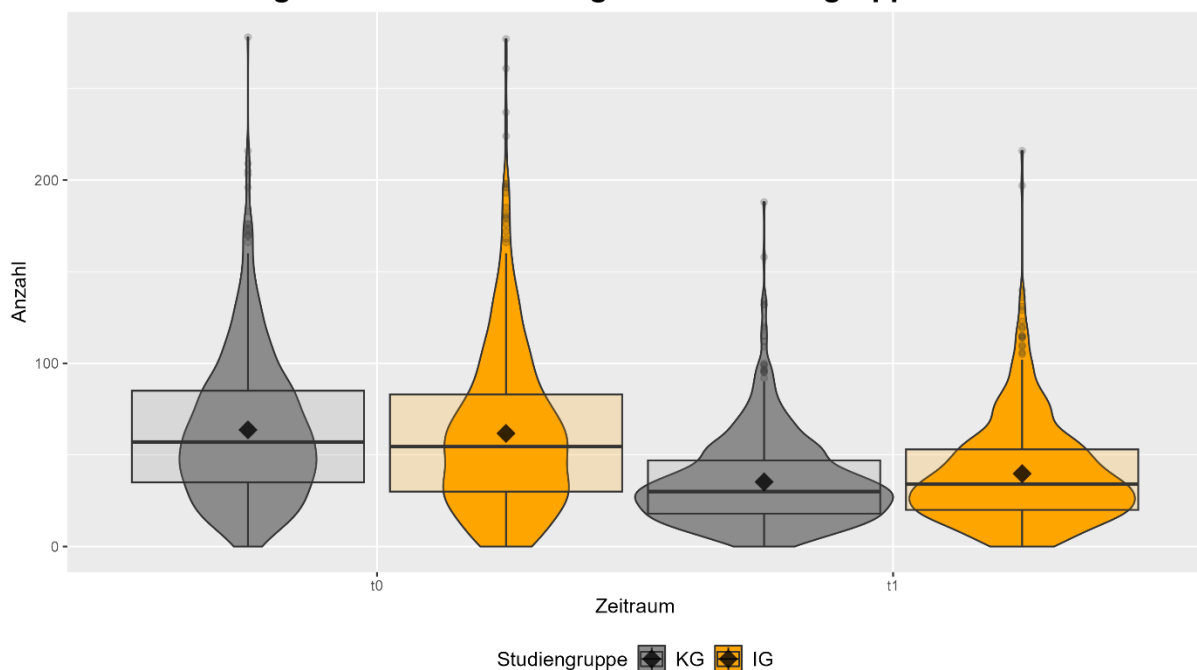


Abbildung 94: Verteilung der Arzneimittelmenge nach Studiengruppe und Zeitraum

Tabelle 140: Deskriptive Statistiken der Arzneimittelmenge

Studiengruppe	t	n	Ø	Median	SD	Min.	Max.	25 %-Q.	75 %-Q.
IG	t0	554	61.75	54.50	44.37	0	277	30	83
IG	t1	554	39.76	34.00	28.13	0	216	20	53
KG	t0	638	63.68	57.00	39.73	0	278	35	85
KG	t1	638	35.28	30.00	24.23	0	188	18	47

Die in Tabelle 141 dargestellten Ergebnisse der Gruppenunterschiedstest der Arzneimittelmengen zeigen ebenfalls ähnliche Effekte wie die der Verordnungsanzahl. Die durchschnittliche Arzneimittelmenge ist in beiden Studiengruppen signifikant rückläufig. Die Studiengruppen unterscheiden sich zu t0 nicht signifikant. Zu t1 erweisen sie sich als signifikant unterschiedlich ($p=0,00354$), auf einem allerdings als gering einzuschätzenden Effektniveau von $d=0,17$. Die Veränderung im Rückgang der durchschnittlichen Arzneimittelmenge ist ebenfalls signifikant unterschiedlich ($p=4,701e-05$, $d=0,24$), die KG weist dabei mit einer Reduktion um ca. 28 verschriebene Arzneimittel gegenüber der IG mit ca. 22 Arzneimittel einen stärkeren Rückgang auf. Der Effekt ist als gering bis mittelstark einzuschätzen. Für eher komplexe Fälle ist der Unterschied zwischen den Studiengruppen nicht signifikant.

Tabelle 141: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests der Arzneimittelmenge

Gruppen	T	df	p-Wert	Ø	Cohen's d
IG t0 – t1	17,66	553	<2,2e-16 ***	-21,99	0,75
KG t0 – t1	29,79	637	<2,2e-16 ***	-28,40	1,18
t0 – IG vs. KG	0,79	1120	0,4324	61,75 (IG) vs. 63,68 (KG)	0,05
t1 – IG vs. KG	-2,92	1099	0,00354**	39,76 vs. 35,28	0,17
Delta IG vs. KG	-4,09	1072	4,701e-05***	-21,99 vs. -28,40	0,24
Delta komplexe Fälle (IG vs. KG)	-1,66	395	0,09723	-24,56 vs. -29,15	0,16
Delta weniger komplexe Fälle (IG vs. KG)	-4,28	565	2,151e-05***	-20,58 vs. -29,12	0,33

Anzahl unterschiedlicher Arzneimittelwirkstoffe

Die Anzahl der unterschiedlichen Arzneimittelwirkstoffe (vgl. Abbildung 95) der Proband*innen ist in der IG und KG zu t0 sehr ähnlich. Der Durchschnitt liegt in der IG bei $\bar{Ø}_{IGt0} = 14,06$ und in der KG bei $\bar{Ø}_{KGt0} = 13,80$. Der Median liegt in beiden Gruppen bei $\tilde{x}_{t0} = 13$. Zu t1 verringert sich der Durchschnitt in beiden Gruppen, die Mittelwerte liegen jetzt in der

KG bei $\bar{x}_{KGt1} = 10,54$ und in der IG bei $\bar{x}_{IGt1} = 11,81$. Auch der Median ist reduziert und liegt nun bei $\tilde{x}_{KGt1} = 10$ und $\tilde{x}_{IGt1} = 11$. Die IG weist zu beiden Zeitpunkten größere Extrema auf als die KG. Das 75 %-Quartil ist zu t0 identisch, zu t1 liegt die IG hier mit 15 gegenüber 13 in der KG höher (vgl. Tabelle 142). Die IG ist zu t1 etwas heterogener verteilt als die KG, die enger um den Median verteilt ist. Auch die Standardabweichung, die in der IG zu beiden Zeitpunkten größer ist als die der KG, stützt diesen Befund.

Tabelle 142: Deskriptive Statistik der Verteilung der Menge unterschiedlicher Wirkstoffgruppen

Studiengruppe	t	n	$\bar{x}$	Median	SD	Min.	Max.	25 %-Q.	75 %-Q.
IG	t0	554	14.06	13	8.08	0	51	9.00	18
IG	t1	554	11.81	11	6.66	0	49	7.00	15
KG	t0	638	13.80	13	7.01	0	44	9.00	18
KG	t1	638	10.54	10	5.77	0	37	6.25	13

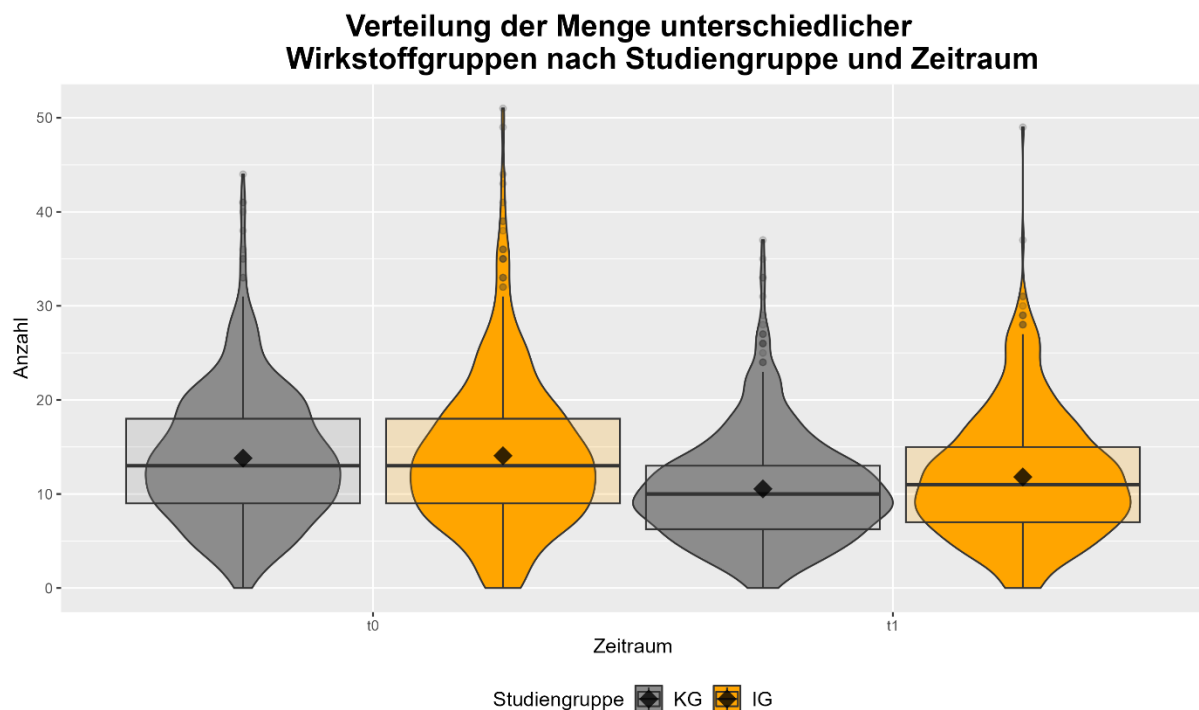


Abbildung 95: Verteilung der Menge unterschiedlicher Wirkstoffgruppen nach Studiengruppen und Zeitraum

Die Gruppenunterschiedstests (vgl. Tabelle 143) zeigen auf einem Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ signifikante Veränderungen innerhalb der beiden Studiengruppen. Verglichen mit den Effekten der Verordnungsanzahl und der Anzahl der Arzneimittel sind die Effekte jedoch etwas geringer und als eher moderat einzuschätzen (IG: $d=0,41$; KG: $d=0,73$). Der Unterschied zwischen IG und KG zu t0 ist nicht signifikant. Zu t1 ist ein signifikanter Unterschied ($p=0,00049$) festzustellen, bei allerdings eher geringer Effektstärke von $d=0,21$. Die Veränderungen der Anzahl unterschiedlicher Arzneimittel zwischen den beiden Studienzeiträumen sind ebenfalls signifikant, die KG weist hier einen signifikant stärkeren

Rückgang auf ($p=0,00053$), der Effekt ist mit $d=0,20$ eher gering. Kontrolliert für eher komplexe Fälle ergeben sich keine abweichenden Effekte.

Tabelle 143: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests der Menge unterschiedlicher Arzneimittelwirkstoffe

Gruppen	T	df	p-Wert	Durchschnitt	Cohen's d
IG t0 – t1	9,73	553	$<2,2e-16$ ***	-2,25	0,41
KG t0 – t1	18,45	637	$<2,2e-16$ ***	-3,26	0,73
t0 – IG vs. KG	-0,59	1103	0,555	14,06 (IG) vs. 13,80 (KG)	0,03
t1 – IG vs. KG	-3,50	1102	0,00049***	11,81 vs. 10,54	0,21
Delta IG vs. KG	-3,47	1071	0,00053***	-2,25 vs. -3,26	0,20
Delta komplexe Fälle (IG vs. KG)	-2,10	399	0,0362*	-2,46 vs. -3,49	0,20
Delta weniger komplexe Fälle (IG vs. KG)	-3,17	621	0,0016**	-2,15 vs. -3,34	0,24

Um hinsichtlich Polypharmazie genauere Aussagen treffen zu können, wurden jene ATC-Codes in die in Tabelle 144 und Tabelle 145 dargelegten Analysen einbezogen, die regelmäßig eingenommen wurden. Regelmäßigkeit wurde im Rahmen dieser Studie über die mindestens fünfmalige Codierung eines ATC-Codes approximiert³. Die regelmäßige Einnahme von fünf unterschiedlichen Arzneimitteln wird in der Literatur als Polypharmazie vorgeschlagen (Seiberth et al. 2020; Gnjidic et al. 2012). Die Ergebnisse zeigen, dass die KG zu t0 mit 54 % einen größeren Anteil an Proband*innen mit mindestens fünf parallel eingenommenen Arzneimitteln aufweist als die IG mit 49 %. Der bereits in den anderen Arzneimittelindikatoren festgestellte Rückgang ist auch in dieser Operationalisierung sichtbar. In beiden Gruppen reduziert sich der Anteil der von Polypharmazie betroffenen Proband*innen, sodass sich beide Gruppen zu t1 gleichen (KG: 12 %; IG: 15 %).

³ In diesem Vorgehen wurde sich an der Methodik der Berechnung der Multimedikation von van den Akker et al. (2022) Aufgrund der individuellen Studieneinschreibungsdaten musste auf die Operationalisierung über mind. fünf gleiche ATC-Codes pro Quartal verzichtet werden, alternativ werden fünf gleiche ATC-Codes pro Studienzeitraum (= 1 Jahr) verwendet. Ausgeschlossen wurden analog zu Akker et al. folgenden ATC-Codes: A01, B05, D, G01, J07, M02, P03, R01, R02, R04, S, V, Z.

Tabelle 144: Verteilung der von Polymedikation betroffenen Proband*innen in beiden Studiengruppen zu t0

Zahl unterschiedlicher Arzneimittel*	Overall N = 1,192**	Verteilung der von Polymedikation betroffenen Proband*innen in beiden Studiengruppen zu t0	
		Kontrollgruppe, N = 638**	Interventionsgruppe, N = 554**
< 5	579 (49 %)	294 (46 %)	285 (51 %)
>= 5	613 (51 %)	344 (54 %)	269 (49 %)
* Als Approximation regelmäßiger Einnahme sind solche ATC-Codes eingeschlossen, die in einem Studienzeitraum häufiger als 3x verordnet wurden. ** n (%)			

Tabelle 145: Verteilung der von Polymedikation betroffenen Proband*innen in beiden Studiengruppen zu t1

Zahl unterschiedlicher Arzneimittel*	Overall N = 1,192**	Verteilung der von Polymedikation betroffenen Proband*innen in beiden Studiengruppen zu t1	
		Kontrollgruppe, N = 638**	Interventionsgruppe, N = 554**
< 5	1035 (87 %)	562 (88 %)	473 (85 %)
>= 5	157 (13 %)	76 (12 %)	81 (15 %)
* Als Approximation regelmäßiger Einnahme sind solche ATC-Codes eingeschlossen, die in einem Studienzeitraum häufiger als 3x verordnet wurden. ** n (%)			

Zusammenführung der Ergebnisse

Die Analysen zu den Verordnungen, der Anzahl der Arzneimittel und der Anzahl der unterschiedlichen Arzneimittel zeigen in Bezug auf die Hypothesen ähnliche, in dieselbe Richtung weisende Ergebnisse. Die Unterschiede zwischen den Studiengruppen zu t0 sind in allen Analysen nicht signifikant. Hypothese H1 kann demnach auf Grundlage sowohl der Gruppenunterschiedstests als auch der Betrachtungen der Verteilungen nicht abgelehnt werden.

Hypothese H2 wird abgelehnt. Über alle Analysen hinweg erweisen sich die Veränderungen in der KG als signifikant stärker, die Arzneimittelindikatoren nehmen stärker ab. Die Unterschiedsanalysen zeigen für die Verordnungen, die Arzneimittelmenge und die Anzahl unterschiedlicher Wirkstoffe signifikante Unterschiede zu t1, die Effektstärke ist jedoch in allen Analysen eher gering, der Unterschied also als nicht groß einzuschätzen. Die Polymedikation ist zu t1 gleichverteilt.

Limitationen

Die GKV-Routinedaten sind in Bezug auf die Arzneimitteldaten hinsichtlich der nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimittel limitiert. Diese müssen nicht über Mediziner*innen verordnet werden und werden demnach über die Verordnungen nicht sichtbar. Gerade im Bereich von Schmerzmitteln ist hier eine größere Unschärfe zu erwarten, da diese häufig auch unabhängig von ärztlicher Verordnung erworben werden, wenngleich der Anteil rezeptfrei zugänglicher Schmerzmitteln eher gering und rückläufig ist (Diener et al. 2023). Außerdem ist anzumerken, dass es sich um Abrechnungsdaten handelt, also nur die in den Apotheken eingelösten Verordnungen sichtbar werden, nicht jene, die die Proband*innen nie zur Apotheke brachten. Die in den GKV-Daten erscheinenden Verordnungen sind die in den Apotheken abgerechneten und durch die Apotheken-Rechenzentren gesammelten Verordnungen, die von dort zu den gesetzlichen Krankenkassen gemeldet werden (Schröder et al. 2014).

Durch die Definition des vorliegenden Gegenstandes der Arzneimittelentwicklung über die ATC-Codes werden keine verordneten Arzneimittel und Medizinprodukte erfasst, die nicht durch die ATC-Klassifikation klassifiziert sind. In der Analyse der Verordnungen sind diese jedoch mittelbar berücksichtigt. Des Weiteren sind keine Aussagen über die tatsächlichen Mengen der Arzneimittel abzuleiten, da keine Packungsgrößen und keine Anzahl an verordneten Packungseinheiten der Arzneimittel einbezogen werden konnten (Erklärung s.o.). Jedoch, selbst wenn diese einbezogen wären, lassen sich aus den GKV-Daten keine Rückschlüsse auf die Adhärenz der Proband*innen ziehen. Die Frage kann also nicht lauten, wie viele Arzneimittel die Proband*innen genutzt haben, sondern lediglich wie viele verordnete Arzneimittel sie in der Apotheke erhalten haben (Schubert 2022).

Arzneimittleinnahme und Schmerzempfinden nach interRAI HC

Der Fokus liegt hier auf den Informationen über die regelmäßige Arzneimittleinnahme nach Anordnung der Ärzte bzw. auf der Entwicklung des Schmerzempfindens, welches indirekt Rückschlüsse auf Anpassungen des medikamentösen Schmerzmanagements vermuten zulässt.

Die Compliance, also die Befolgung der Arzneimittelanweisungen der Ärzte, wurde direkt erfragt mit folgenden Antwortmöglichkeiten: immer, mindestens zu 80 % oder mehr oder weniger als 80 % bis hin zum Weglassen einiger verordneter Arzneimittel. Zudem wurde festgehalten, wenn keine Arzneimittel verordnet wurden.

Die Schmerzskala des interRAI HC basiert auf den Angaben zu Schmerzintensität- und Häufigkeit. Der Score von 0 Punkten (keine Schmerzen) bis 5 Punkten (täglich unerträgliche Schmerzen) ermöglicht Aussagen zum individuellen Schmerzempfinden zu.

Auch wenn im Assessment interRAI HC eine Auflistung der zum Erhebungszeitpunkt eingenommenen Arzneimittel dokumentiert wurde, ist eine Auswertung dieser Daten nicht aussagekräftig, da die Informationen der Probanden oftmals fehlerhaft oder unvollständig sind bzw. ganz fehlen. Ursachen dafür waren unter anderem nicht vorliegende Medikationspläne, wenn z. B. Familienmitglieder oder ambulante Pflegedienste das Arzneimittelmanagement übernommen haben. Auch kam es vor, dass Proband*innen bewusst keine Auskunft gaben, da ihnen diese Informationen zu persönlich waren oder weil

sie z. B. Rückschlüsse auf weitere, im Vorfeld bewusst nicht benannte Erkrankungen (z. B. psychische), zuließen. Aus diesem Grund wurde auf Analysen der Angaben im Rahmen des interRAI HC zur Medikation verzichtet.

Hypothesen

Die Hypothesenformulierung erfolgte aufgrund der Annahme, dass die Case-Manger*innen in der Begleitung die positiven Auswirkungen eines guten Arzneimittelmanagements verdeutlichen und somit einen positiven Einfluss auf die Compliance der Arzneimittelleinnahme haben können. Des Weiteren wird davon ausgegangen, dass die CM*innen ein unzureichendes Schmerzmanagement erkennen und entsprechende Therapieanpassungen oder ggf. Diagnosestellungen anregen bzw. veranlassen und somit für eine Abnahme des Schmerzempfindens in der IG Sorge tragen. Dementsprechend wurden folgende Hypothesen zur Überprüfung aufgestellt:

H3: Die Compliance zur Einnahme von Arzneimittel gemäß des verordneten Medikationsplans erhöht sich im Vergleich der IG von t0 zu t1 zur KG.

H4: Das Schmerzempfinden gemäß Schmerzskala des interRAI verringert sich im Vergleich der IG von t0 zu t1 zur KG.

Vorgehen Datenbereinigung und Umformung

Es wurden deskriptive Auswertungen zur Regelmäßigkeit der Arzneimittelleinnahme sowie des Schmerzempfindens und dessen Entwicklung vorgenommen. Durch die Nutzung der Software Raisoft Oy Ltd., in der nur vollständig ausgefüllte Assessments gespeichert und zur Analyse bereit gestellt werden, liegen alle Datensätze vollständig vor und erforderten keine zusätzliche Datenbereinigung.

Ergebnisse

Die Überprüfung der Hypothesen findet auf Grundlage von Daten der Proband*innen statt, für die sowohl eine t0 als auch eine t1-Erhebung vorliegen (n = 1039). Davon entfallen 558 Personen (53,7 %) auf die IG und 481 (46,3 %) auf die KG. Die Geschlechterverteilungen in beiden Gruppen sind ähnlich (IG: 36,4 % männlich, 63,6 % weiblich; KG: 34,7 % männlich, 65,3 % weiblich). Das durchschnittliche Alter der Proband*innen der IG beträgt 72,1 Jahre, in der KG 73,1 Jahre.

Arzneimittelleinnahme

In der IG geben 94,3 % (n=526) an, ihre Arzneimittel immer entsprechend der Verordnung einzunehmen, in der KG sind dies 94,4 % (n=454). Lediglich 14 Personen (2,5 %) in der IG und 17 Personen (3,5 %) der KG gaben an, ihre Arzneimittel nicht immer einzunehmen. Den übrigen Proband*innen in den Studiengruppen wurden keine Medikamente verordnet (IG 3,2 %, n=18; KG 2,1 %, n=10). Zum Zeitpunkt t1 sind die Angaben in der IG dieselben wie zu t0. In der KG gaben zu t1 drei weitere Personen (0,6 %) an, inzwischen Arzneimittel verordnet bekommen zu haben und weitere fünf Personen, ihre Arzneimittel inzwischen immer einzunehmen. Somit erhöht sich der Anteil der Personen, die ihre Arzneimittel immer einnehmen, auf 95,4 % (n = 459) erhöhte.

Tabelle 146: Arzneimittelaufnahme nach Anweisung des Arztes von t0 zu t1 in IG- und KG (Datenquelle interRAI HC)

	IG (n=558)		KG (n=481)	
Befolgt die Arzneimittelanweisung des Arztes ...	t0 n (%)	t1 n (%)	t0 n (%)	t1 n (%)
immer	526 (94,3)	526 (94,3)	454 (94,4)	459 (95,4)
mindestens zu 80 % oder sogar mehr	10 (1,8)	10 (1,8)	14 (2,9)	13 (2,7)
weniger als 80 % bis hin zum Weglassen einiger verordneter Arzneimittel	4 (0,7)	4 (0,7)	3 (0,6)	2 (0,4)
keine Arzneimittel verordnet	18 (3,2)	18 (3,2)	10 (2,1)	7 (1,5)

Auch unter dem Aspekt der Komplexität zeigen sich deskriptiv nur marginale Veränderungen (Tabelle 147), die darüber hinaus nicht statistisch signifikant sind ($\alpha=0,05$; IG: $p=0,618$; KG: $p=0,433$). Somit ist Hypothese H3 zu verwerfen.

Tabelle 147: Arzneimittelaufnahme nach Anweisung des Arztes von t0 zu t1 der eher komplexen Fälle in IG- und KG (Datenquelle interRAI HC)

	Gesamt (n=674)	IG eher komplex (n=224)		KG eher komplex (n=141)	
Befolgt die Arzneimittelanweisung des Arztes ...	n (%)	t0 n (%)	t1 n (%)	t0 n (%)	t1 n (%)
immer	641 (95,1)	201 (93,8)	211 (94,2)	129 (91,5)	131 (92,9)
mindestens zu 80 % oder sogar mehr	12 (1,8)	5 (2,2)	5 (2,2)	7 (5,0)	6 (4,3)
weniger als 80 % bis hin zum Weglassen einiger verordneter Arzneimittel	4 (0,6)	2 (0,9)	2 (0,9)	1 (0,7)	2 (1,4)
keine Arzneimittel verordnet	17 (2,5)	7 (3,1)	6 (2,7)	4 (2,8)	2 (1,4)

Schmerzempfinden

Das Schmerzempfinden der Proband*innen in der KG zeigt zu t0 höhere Werte als in der IG (vgl. Tabelle 148). Insbesondere der Anteil der Personen mit täglich leichten bis unerträglichen Schmerzen ist in der KG mit 45,3 % (n=218) mehr als doppelt so hoch als in der IG (20,6 %; n=115). Die beiden Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich ihres Schmerzempfindens zu t0 insgesamt signifikant ($U=107445,500$; $Z=-5,872$; $p<0,001$). Der Anstieg des Schmerzempfindens von t0 zu t1 ist sowohl in der IG (Asymp. Wilcoxon-Test $z=-5,230$; $p<0,001$) als auch in der KG (Asymp. Wilcoxon-Test $z=-6,980$; $p<0,001$) signifikant, mit einer geringeren Effektstärke in der IG (IG: $r=0,221$; KG: $r=0,318$). Die Erhöhung des Schmerzempfindens in der KG unterscheidet sich dabei signifikant von dem Anstieg in der IG mit einer mittleren bis hohen Effektstärke ($U=118375,500$; $Z=-3,812$; $p<0,001$; Cohen's $d=-$

1,651; $r=0,637$). Dennoch muss Hypothese H4 verworfen werden, da auch in der IG das Schmerzempfinden ansteigt.

Tabelle 148: Schmerzempfinden nach Schmerzskala des interRAI HC in IG- und KG zu t0 und t1

	IG (n=558)		KG (n=481)	
Sample t0-t1 (n=1039)	t0 n (%)	t1 n (%)	t0 n (%)	t1 n (%)
Keine Schmerzen	254 (45,5)	216 (38,7)	182 (37,8)	131 (27,2)
Leichte Schmerzen, seltener als täglich	189 (33,9)	183 (32,8)	81 (16,8)	74 (15,4)
Täglich leichte bis mittlere Schmerzen	93 (16,7)	121 (21,7)	168 (34,9)	164 (34,1)
Täglich starke Schmerzen	19 (3,4)	32 (5,7)	41 (8,5)	101 (21,0)
Täglich unerträgliche Schmerzen	3 (0,5)	6 (1,1)	9 (1,9)	11 (2,3)

Auch die Entwicklungen von t0 zu t1 innerhalb der Gruppen der eher komplexen (IG: $Z=-2,197$; $p=0,028$; $r=0,147$; KG: $Z=-2,123$; $p=0,034$; $r=0,179$) sowie der eher nicht komplexen Fälle (IG: $Z=-5,035$; $p<0,001$; $r=0,276$; KG: $Z=-6,830$; $p<0,001$; $r=0,372$) zeigen signifikante Erhöhungen des Schmerzempfindens (vgl. Tabelle 149, Tabelle 150, Tabelle 151). Die Unterschiede in den Veränderungen der eher komplexen Fälle in IG und KG sind jedoch nicht signifikant ($U=14700,500$; $Z=-1,308$; $p=0,191$). Somit muss auch nach Unterscheidung in eher komplexe und eher nicht komplexe Fälle die Hypothese H4 verworfen werden.

Tabelle 149: Schmerzempfinden nach Schmerzskala des interRAI HC der eher komplexen Fälle in IG- und KG zu t0 und t1

	IG eher komplex (n=224)		KG eher komplex (n=141)	
Sample t0-t1 (n=1037)	t0 n (%)	t1 n (%)	t0 n (%)	t1 n (%)
Keine Schmerzen	95 (42,4)	86 (38,4)	36 (25,5)	36 (25,5)
Leichte Schmerzen, seltener als täglich	75 (33,5)	72 (32,1)	25 (17,7)	17 (12,1)
Täglich leichte bis mittlere Schmerzen	42 (18,8)	49 (21,9)	56 (39,7)	44 (31,2)
Täglich starke Schmerzen	11 (4,9)	15 (6,7)	19 (13,5)	40 (28,4)
Täglich unerträgliche Schmerzen	1 (0,4)	2 (0,9)	5 (3,5)	4 (2,8)

Tabelle 150: Schmerzempfinden nach Schmerzskala des interRAI HC der eher nicht komplexen Fälle in IG- und KG zu t0 und t1

	IG eher nicht komplex (n=334)		KG eher nicht komplex (n=338)	
Sample t0-t1 (n=1037)	t0 n (%)	t1 n (%)	t0 n (%)	t1 n (%)
Keine Schmerzen	159 (47,6)	130 (38,9)	144 (42,6)	94 (27,8)
Leichte Schmerzen, seltener als täglich	114 (34,1)	111 (33,2)	56 (16,6)	57 (16,9)

Täglich leichte bis mittlere Schmerzen	51 (15,3)	72 (21,6)	112 (33,1)	119 (35,2)
Täglich starke Schmerzen	8 (2,4)	17 (5,1)	22 (6,5)	61 (18,0)
Täglich unerträgliche Schmerzen	2 (0,6)	4 (1,2)	4 (1,2)	7 (2,1)

Tabelle 151: Übersicht Gruppenunterschiedstests und Signifikanzen

Gruppe	U+	Z++	p-Wert	r
Intervention t0-t1		-5,230	<0,001***	0,221
Kontrolle t0-t1		-6,980	<0,001***	0,318
t0 Intervention vs. Kontrolle	107445,500	-5,872	<0,001***	0,182
t1 Intervention vs. Kontrolle	95896,000	-08,258	<0,001***	0,256
Delta Intervention vs. Kontrolle	118375,500	-3,812	<0,001***	0,637
Delta eher komplexe Fälle (Intervention vs. Kontrolle)	14700,500	-1,308	0,191	0,068
Delta eher nicht komplexe Fälle (Intervention vs. Kontrolle)	49306,000	-3,279	<0,001***	0,126

+Mann-Whitney-U-Test

++Mann-Whitney-U-Test oder Wilcoxon-Test

Zusammenführung der Ergebnisse

Um Hinweise auf mögliche Veränderungen im Bereich der Arzneimittelverschreibungen festzustellen, wurde einerseits überprüft, ob sich die Compliance der Arzneimittelleinnahme in der IG von t0 zu t1 im Vergleich zur KG erhöht. Als zweites wurde untersucht, ob sich das Schmerzempfinden im Vergleich der IG von t0 zu t1 zur KG verringert. Zur Auswertung wurden aus dem interRAI HC das Item zur Erfassung der Befolgung der Arzneimittelanweisungen durch den Arzt/die Ärztin sowie die Schmerzskala herangezogen. Die Anzahl der Personen, die ihre Arzneimittel immer gemäß Anordnung einnehmen, ist in beiden Gruppen sehr hoch und ändert sich nur in der KG minimal. Somit scheinen die Proband*innen per se darauf bedacht zu sein, zum eigenen Wohl die Arzneimittel regelmäßig und nach Vorgaben einzunehmen und benötigen keine Bestärkung von außen. Das Schmerzerleben steigt zwar in beiden Gruppen, jedoch geht es in der IG kaum über das leichte bis mittlere Schmerzempfinden hinaus, während in der KG auch ein Anstieg der Proband*innen mit täglich starken Schmerzen, besonders in der Subgruppe der eher komplexen Fälle zu verzeichnen ist.

Limitationen

Limitation hinsichtlich der Analysen auf Grundlage des interRAI HC-Assessments eröffnen sich in der Belastbarkeit der Aussagen zur Arzneimittelleinnahme. Die abgeleitete Compliance basiert auf Selbstauskunft, die durch mögliche Interviewer*innen-Effekte und Effekte wie sozialer Erwünschtheit beeinflusst sein könnten. Es ist nicht auszuschließen, dass die Proband*innen eher im Sinne der ärztlichen Arzneimittelverordnung antworteten als bezüglich ihrer tatsächlichen Befolgung des Arzneimittelplanes.

Schwierig festzustellen ist außerdem, ob tatsächlich Schmerzmanagement in der IG durch das ReKo-CM systematisch veranlasst wurde. Direkte Nachverfolgungen des Schmerzempfindens

oder der Compliance von Proband*innen, die ein Schmerzmanagement erhielten, ist nicht möglich, da keine standardisierten Erhebungen über die Durchführung von Schmerzmanagement durchgeführt wurde.

Fragebogenergebnisse Subskala pain SF36

Innerhalb der Fragebogenerhebung mit dem Instrument SF36 (siehe Effektmessung) erfragt die Subskala pain über zwei Fragen einerseits das Schmerzempfinden und andererseits die Unabhängigkeit von Schmerz in der Ausübung alltäglicher Aktivitäten und bildet daraus einen Score. Höhere Werte bedeuten weniger Schmerzen bzw. eine größere Schmerzunabhängigkeit. Die Skala verläuft von 0 bis 100.

Ergebnisse

Die Gruppenunterschiedstests (vgl. Tabelle 152) zeigen, dass zu t0 ein signifikanter Unterschied zwischen der IG und der KG besteht, wobei die IG durchschnittlich einen geringeren Score aufweist, die Proband*innen dort im Mittel also mehr Schmerzen bzw. eine größere Schmerzabhängigkeit im Alltag zeigen. Die Effektstärke von $d=0,33$ deutet auf einen mittelstarken Effekt hin. Zu t1 nimmt der Unterschied ab: die Effektstärke beläuft sich nun auf $d=0,22$, bei einem weiterhin signifikanten Effekt. Die KG weist dabei von t0 zu t1 keine signifikante Entwicklung auf, die IG hingegen entwickelt sich signifikant in schmerzreduzierender Tendenz bei einer eher geringen Effektstärke von $d=0,16$. Es ist somit eine Tendenz in Richtung eines Angleichens des Schmerzempfindens bzw. der Schmerzabhängigkeit im Alltag zwischen den Studiengruppen zu verzeichnen. Der t-Test der Delta-Verteilung zeigt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppenunterschieden. Auffällig sind die großen Standardabweichungen innerhalb beider Gruppen: die deutlich größeren Unterschiede existieren innerhalb der Gruppen zwischen den Proband*innen, weniger systematisch zwischen den Studiengruppen.

Tabelle 152: Gruppenunterschiedstests Skala pain SF36

Test	t	df	p	d	M (SD)/ Mittelwert- unterschied
t0, IG vs. KG	-4,7182	811,93	2,801e-06***	0,33	M IG: 31,94 (24,59) M KG: 40,47 (27,02)
t1, IG vs. KG	-3,0809	808,86	0,002133**	0,22	M IG: 35,77 (26,05) M KG: 41,51 (27,14)
Delta t0-t1, IG vs. KG	1,7425	778,4	0,08182	0,12	M IG: 3,83 (23,89) M KG: 1,04 (21,5)
t0-t1, IG	-3,1493	385	0,001765**	0,16	Mittelwertunterschied: -3,83
t0-t1, KG	-1,0028	427	0,3165	0,05	Mittelwertunterschied: -1,04

Teildiskussion aller Ergebnisse in Bezug auf Arzneimittel und Schmerzen

Diese Kapitel ging der Frage nach, ob als Effekt der ReKo-CM-Intervention Entwicklungen in den Arzneimittelverschreibungen oder dem Schmerzempfinden beobachtbar waren. Dazu

wurden die Verordnungen, die Menge der verordneten Arzneimittel nach ATC-Code und die Anzahl an Arzneimittel unterschiedlicher Wirkstoffgruppen sowie die daraus resultierende potentielle Polymedikation analysiert. Außerdem wurden mittels interRAI HC und pain-Subskala des SF36 Compliance, Schmerzempfinden und Abhängigkeit von Schmerz im Alltag in den Blick genommen.

Die Analysen der GKV-Daten zeigen keinen Effekt des ReKo-CMs auf die Arzneimittelentwicklung. In beiden Studiengruppen entwickeln sich die Verordnungen, die Arzneimittelmengen und die Anzahl unterschiedlicher Arzneimittel rückläufig, in der KG gar stärker. Die Analysen zeigen, dass sich die Studiengruppen hinsichtlich der Arzneimittel zum Zeitpunkt vor der Intervention nicht unterscheiden. Angesichts progredienter Krankheits- und Pflegeverläufe ist es in beiden Gruppen verwunderlich, dass die arzneirelevanten untersuchten Indikatoren in beiden Gruppen rückläufig sind. Insgesamt erscheinen die Arzneimittelverordnungen der Proband*innen beider Gruppen zu t1 als moderat und im Einklang mit den Ergebnissen anderer Studien. In der Gruppe der 65-70 Jährigen zeigen die Analysen des WIdO (2023a) eine durchschnittliche Verordnungszahl von 16,4 im Jahr 2022, kontinuierlich steigend bis auf 27,6 Verordnungen für die Gruppe der 85-90 Jährigen. Angesichts der in ReKo ausgewählten pflegebedürftigen oder von Pflegebedürftigkeit bedrohten Proband*innen sind die durchschnittlichen Verordnungszahlen zu t1 (KG: 23,97; IG: 29,45) als zu den Ergebnissen des WIdO passend zu beurteilen. Die Verordnungszahlen zu t0 sind dagegen deutlich höher als der Durchschnitt der AOK-Daten des WIdO. Denkbar sind Effekte gesundheitlicher Krisen, die einer Pflegebedürftigkeit vorrangingen können und dann höhere Arzneimittelverordnungen zur Folge haben können, die sich dann zu t1 bei stabilerer gesundheitlicher Situation wieder normalisieren. Auch Effekte der COVID-19-Pandemie auf den Anstieg der Verordnungen sind denkbar, die aktuell wenig ausgeprägte Studienlage lässt hier keine Schlüsse zu. Im Arzneiverordnungs-Report 2022 (Ludwig et al. 2022) wird COVID-19 zu verschiedenen Arzneimittelentwicklungen eher als die Arzneimittelverordnungen reduzierend diskutiert.

Die durchschnittliche Anzahl regelmäßig eingenommener Arzneimittel unterschiedlicher Wirkstoffe deutet in beiden Gruppen auf eine potentielle Polypharmazie für einen Teil der Studiengruppen hin. Der Anteil von 13 % über beide Gruppen zu t1 ist dabei geringer als in anderen Studien. Lappe et al. (2022) finden für multimorbide Patient*innen in der Altersgruppe 65+ 37 %, in der Altersgruppe 85+ beinahe 50 %. In einer europäischen Studie konnten Midão et al. (2018) in der Gruppe 65+ 32,1 % nachweisen. Matzk et al. (2023) berichten im aus Pflegebedürftigen bestehenden Sample von einem Anteil von 60,1 % mit mindestens fünf unterschiedlichen Wirkstoffen im Jahr 2021. Die deutlich höheren Werte von 51 % zu t0, die die vorliegende Studie finden konnte, sind somit im Rahmen der Ergebnisse von Matzk et al. ebenfalls grundsätzlich nicht abweichend. Verwunderlich ist dennoch der starke Rückgang, den auch die KG ohne Einfluss der Intervention aufweist. Analysen der beiden Studiengruppen und ihrer Arzneimittelzahl bezüglich Polypharmazie aus dem Jahr 2019 konnte keine Unterschiede feststellen. Ein möglicher Erklärungsansatz wäre wiederum das Einsetzen einer gesundheitlichen Krise, die zu t1 stabilisiert ist und demnach geringere Wirkstoffumfänge notwendig macht. Die Gruppen unterscheiden sich also lediglich zu t0 geringfügig, während vor Corona und zu t1 kaum Unterschiede erkennbar waren.

Der Einbezug der Komplexität in die Untersuchung der Arzneimittelentwicklung führte in den Analysen zu keinen effektstarken Veränderungen. Die Komplexität eines Einzelfalles scheint in diesem Kontext keinen bedeutenden Einfluss auf die Wirkung des CMs zu nehmen. Das CM hatte auf Grundlage der vorliegenden GKV-Daten und damit ausgeführten Analysen keinen Einfluss auf die hier angewendeten Arzneiindikatoren.

Die Analysen der Arzneimittelaufnahme und des Schmerzempfindens mittels interRAI HC zeigen, dass das Schmerzerleben in beiden Studiengruppen ansteigt, die Compliance gleichzeitig zu beiden Zeitpunkten in beiden Gruppen hoch ist. Die KG weist zu t0 größere Anteile schmerzbelasteter Proband*innen auf als die IG. In der KG ist ein Anstieg des Anteils der Proband*innen mit täglich starken Schmerzen zu verzeichnen, in der IG hingegen sind die Proband*innen auch zu t1 größtenteils im Bereich leichten bis mittleren Schmerzempfindens verortet. Dass das Schmerzempfinden in der IG weniger stark ansteigt als in der KG, lässt vermuten, dass für ein gutes Schmerzmanagement weniger die Compliance der Arzneimittelaufnahme ausschlaggebend ist. Vielmehr scheint es auf eine gute Einstellung der medikamentösen Schmerztherapie anzukommen. Dies sind Bereiche, in denen das ReKo-CM tätig wird. Aufgrund ihrer klinischen Erfahrungen wissen die ReKo-Case Manager*innen Symptome und Risikofaktoren zu deuten und können auf die Notwendigkeit der Einnahme hinweisen oder Anpassung der Schmerztherapie veranlassen. Da die Bereitschaft der Arzneimittelaufnahme sehr hoch ist, ist in der Folge eine Verbesserung der Schmerzsymptomatik zu erreichen. Dies wiederum wirkt sich positiv auf die Selbstversorgung, Alltagsgestaltung sowie die Teilhabe am sozialen Leben aus. Effekte eines solchen Arzneimittelmanagements sind hier möglich und denkbar, vor dem Hintergrund nicht beobachtbarer Nachfrageeffekte bei den GKV-Daten erscheinen sie jedoch eher unwahrscheinlich. Zudem sind die Ergebnisse der SF36-Subskala pain widersprüchlich, da hier verglichen mit der Normstichprobe deutlich erhöhte Schmerzempfinden in beiden Studiengruppen zu beiden Zeitpunkten zu beobachten sind. Der Mittelwert der Normstichprobe im Bereich der über 70-Jährigen liegt bei 61,81 (Morfeld et al. 2011), die Proband*innen der IG und KG sind also zu beiden Zeitpunkten mit Werten zwischen 30 und 40 systematisch niedriger zu beobachten. Die IG zeigt sich dabei, ebenfalls widersprüchlich zu den Ergebnissen aus interRAI HC, signifikant schmerzbelasteter zu beiden Zeitpunkten.

Insgesamt, so kann zusammengefasst werden, lässt sich kein gesicherter Effekt des ReKo-CMs auf die Entwicklung von Arzneimittelverschreibungen und die Entwicklung der Arzneimittelnutzung feststellen.

3.17 Belastungen professioneller Helfer*innen

Zentrale Ergebnisse

Das ReKo-CM hatte entlastende Effekte auf professionelle Leistungserbringer. Während die Arbeitsbelastung in der Interventionsgruppe (IG) tendenziell sank, stieg sie in der Kontrollgruppe (KG) an. Befragte der IG berichteten, dass das ReKo-CM zur Stabilisierung komplexer Sorgenetzwerke beitrug und durch fallsteuernde Unterstützung spürbare Entlastung schuf.

Belastungen professioneller Helfer*innen in quantitativen Erhebungen

Hypothesen (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
H1: Das Belastungserleben der professionellen Helfer*innen zum Zeitpunkt t0 unterscheidet sich zwischen der IG und der KG nicht signifikant. H2: Das Belastungserleben der professionellen Helfer*innen der IG verringert sich zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 stärker als bei den professionellen Helfer*innen der KG. H3: Das Belastungserleben der professionellen Helfer*innen der IG verringert sich zwischen den Zeitpunkten t1 und t2 stärker als bei den professionellen Helfer*innen der KG.	51 Fragebögen (t0-t2, IG + KG)	Fragebogenerhebung, Instrument: Arbeitsbelastung in der Krankenpflege (Bartholomeyczik 2014)

Zum Zeitpunkt t0 bestanden aufgrund der COVID-19-Pandemie erhebliche Herausforderungen in der Rekrutierung von Teilnehmenden. Aufgrund des geringen n sowie der fehlenden Beteiligung von Personen aus der KG zu t0, können die Hypothesen 1 und 2 mit den vorliegenden Daten nicht beantwortet werden. Ein t1- und t2-Vergleich wird für die Hypothese 3 angestellt. Die Ergebnisse werden rein deskriptiv dargestellt.

Insgesamt können 14 Fragebögen in die Auswertung zum Zeitpunkt t0 einbezogen werden. Alle Teilnehmenden gehörten der IG an. Mit 92,86 % sind nahezu alle Befragten weiblich. 7,14 % sind männlich. Durchschnittlich sind die Befragten 34,5 Jahre alt.

Der überwiegende Anteil von acht Personen bzw. 57,14 % gab an, der Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflege anzugehören. 14,29 % (zwei Personen) ordneten sich der Berufsgruppe Pflegefachmann-/frau zu und vier Personen bzw. 28,57 % gehörten sonstigen Berufsgruppen an, darunter CM, Sozialpädagogik, Altenpflege und Sozialversicherungswesen. Alle Befragten sind in der Position der Angestellten. Die durchschnittliche Berufserfahrung liegt bei 13,29 Jahren.

Der Summenscore der Arbeitsbelastung (n=13), der sich aus den Subskalen „Koordinations- und Informationsprobleme“ sowie „Psychophysische Überforderung“ zusammensetzt, weist zum Zeitpunkt t0 einen Mittelwert von 32 (SD: 5,42) auf. Der Wert und somit auch die wahrgenommene Arbeitsbelastung liegen damit über dem der Vergleichsstichprobe (n=298) von 30,81 (SD: 6,62). Auch der Durchschnittswert der Skala „Koordinations- und

Informationsprobleme“ (n=14) liegt mit 17,93 (SD: 3,1) über dem Score der Vergleichsstichprobe von 16,95 (SD: 4,62). Der Mittelwert der Skala „Psychophysische Überforderung“ (n=13) ist mit 14,08 (SD: 3,55) etwas geringer als der Vergleichsscore von 14,80 (SD: 3,12).

Die eingeschlossene Stichprobe unterscheidet sich zum Zeitpunkt t1 von der zum Zeitpunkt t0, da ein breiterer Personenkreis angeschrieben und zur Teilnahme eingeladen wurde. Auch der Fragebogen wurde noch etwas angepasst.

Insgesamt liegen zum Zeitpunkt t1 32 Fragebögen vor. Davon können 28 in die Auswertung einbezogen werden. Es haben sich 19 Personen aus der IG und 13 Personen aus der KG beteiligt. In der IG sind 15,79 % männlich und 84,21 % der Teilnehmenden weiblich. In der KG ist der Anteil der männlichen Teilnehmenden mit 23,08 % etwas höher. Hier sind 76,92 % weiblich. Die Beteiligten aus der IG sind mit durchschnittlich 43,63 Jahren etwas jünger als die aus der KG mit durchschnittlich 46,4 Jahren.

Die Berufserfahrung ist in beiden Gruppen ähnlich. In der IG liegt sie bei durchschnittlich 21 Jahren, in der KG bei 21,9 Jahren im Mittel. Hinsichtlich der Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe ordnen sich in der IG je 5,26 % der examinierten Gesundheits- und Krankenpflege (n=1) und 5,26 % der Pflegeassistent/-hilfe (n=1) zu. Der überwiegende Anteil arbeitet mit 63,16 % im CM (n=12) und 26,32 % ordnen sich sonstigen Berufen (n=5) zu. In der KG ordnet sich der überwiegende Anteil von 38,46 % sonstigen Berufen (n=5) zu. Je zwei Personen bzw. 15,38 % ordnen sich den Gruppen examinierte Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegefachmann/-frau und CM zu. Je eine Person bzw. 7,69 % ist als Hausärzt*in und Pflegeassistent/-hilfe tätig.

Alle teilnehmenden Personen in der IG sind Angestellte, 15,79 % (n=3) davon in leitender Position. Auch in der KG ist der überwiegende Teil von 58,33 % (n=7) angestellt, 25 % haben eine leitende Position (n=3) und zwei Personen sind Vorgesetzte (16,66 %).

Der aus den Subskalen zusammengesetzte Summenscore der Arbeitsbelastung liegt zum Zeitpunkt t1 bei durchschnittlich 32,41 (SD: 5,3) in der IG und in der KG mit 32,7 (SD: 3,95) geringfügig höher. Beide Werte liegen über dem Durchschnittswert der Vergleichsstichprobe (n=298) von 30,81 (SD: 6,62).

Auch für die Subskala „Koordinations- und Informationsprobleme“ liegen die Werte beider Studiengruppen über dem Durchschnittswert der Vergleichsstichprobe von 16,95 (SD: 4,62). Die IG weist einen Score von durchschnittlich 18,24 (SD: 3,4) auf und erscheint damit höher belastet als die KG, wo der Wert im Durchschnitt bei 17,55 (SD: 3,56) liegt. Für die Subskala „Psychophysische Überforderung“ sind die Werte nah beieinander, der Durchschnittswert der IG liegt bei 14,06 (SD: 2,86) und der der KG bei 14,5 (SD: 2,22). Beide Werte liegen unter dem Vergleichsscore von 14,80 (SD: 3,12) und weisen auch eine geringere Standardabweichung auf.

Auch das Sample zum Zeitpunkt t2 unterscheidet sich von den beiden vorherigen. Zu t2 sind insgesamt 31 Fragebögen eingegangen. 29 davon können in die Auswertung der Summenwerte einbezogen werden. Es haben 16 Personen aus der IG und 15 aus der KG teilgenommen. Mit 75 % überwiegt der Anteil der weiblichen Teilnehmenden in der IG gegenüber 25 % männlichen Personen. In der KG ist die Richtung der Verteilung mit 93,33 %

weiblichen und 6,66 % männlichen Befragten noch stärker ausgeprägt. Die Teilnehmenden der KG sind mit 49,93 Jahren weiterhin etwas älter als die der IG mit 46,69 Jahren.

Dementsprechend verfügen die Befragten der KG auch über eine durchschnittlich längere Berufserfahrung von 30,8 Jahren im Vergleich zu 24,5 Jahren in der IG. Die Befragten der IG sind mit 62,5 % überwiegend im CM angestellt (n=10). Drei Personen bzw. 18,75 % üben sonstige Berufe aus. Zwei Personen bzw. 12,5 % sind als Pflegefachmann-/frau tätig und eine Person (6,25 %) ordnet sich der Berufsgruppe der examinierten Gesundheits- und Krankenpflege zu. In der KG üben die meisten Befragten mit 73,33 % sonstige Berufe aus (n=11). Drei Personen (20 %) sind der Berufsgruppe der examinierten Gesundheits- und Krankenpflege zuzuordnen und eine Person (6,66 %) ist im CM tätig.

Der Summenwert der Arbeitsbelastung, welcher sich aus den beiden Subskalen zusammensetzt, liegt zum Zeitpunkt t2 bei durchschnittlich 31 (SD: 6,02) in der IG. Im Sample der KG ist die Arbeitsbelastung mit einem durchschnittlichen Score von 34,36 (SD: 9,04) höher. Beide Summenwerte liegen über dem Durchschnittswert der Vergleichsstichprobe (n=298) von 30,81 (SD: 6,62), die IG knapp und die KG deutlich. Im Vergleich zu den Summenwerten zum Zeitpunkt t1 hat sich der Mittelwert der IG etwas verringert und der Wert der KG ist eher gestiegen.

Für die erste Subskala „Koordinations- und Informationsprobleme“ liegen die Werte beider Studiengruppen über dem Durchschnittscore der Vergleichsstichprobe von 16,95 (SD: 4,62). Die IG weist einen Mittelwert von 17,33 (SD: 3,74) auf und erscheint damit weniger stark belastet als die KG, wo der Wert im Durchschnitt bei 19,43 (SD: 5,54) liegt. Im Vergleich zu t1 ist der Score der IG eher gesunken, während sich der Wert der KG eher erhöht hat. Für die Subskala „Psychophysische Überforderung“ liegt der durchschnittliche Score der IG bei 13,67 (SD: 3,35) und der Mittelwert der KG bei 14,93 (SD: 3,95). Damit bleibt der Wert der IG unter dem Vergleichsscore von 14,80 (SD: 3,12), während die KG etwas darüber liegt. Auch hier ist der Wert der IG im Vergleich zu t1 eher gesunken und der Wert der KG hat sich etwas erhöht.

Die Hypothese 3 kann somit für die Summenskala sowie beide Subskalen auf rein deskriptiver Ebene nicht verworfen werden, **das Belastungserleben der professionellen Helfer*innen der IG verringert sich zwischen den Zeitpunkten t1 und t2 stärker als bei den professionellen Helfer*innen der KG.**

Belastungserleben aus Sicht der Vertreter*innen der Professionen im Versorgungsumfeld (Qualitative Erhebungen ZG 4, t0)

Forschungsfragen (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
F1: Wie erleben die (professionellen) Helfer*innen die Versorgung von komplexen Versorgungsbedarfen vor der Unterstützung durch das ReKo-CM?	T0: ZG 4: 18 Interviews, IG und KG	Qualitative Einzelinterviews

Wie bereits beschrieben, stoßen die Vertreter*innen der Professionen im Versorgungsumfeld bei der Versorgung komplexer Fälle immer wieder an ihre Grenzen in ihrer täglichen Arbeit. Benannt wurden diese Grenzen im Bereich Zeit, Organisation, Infrastruktur, Kompetenz, wirtschaftlicher Anreiz sowie rechtliche Rahmenbedingungen (vgl. Kapitel 3.1). Die Anbieter*innen der Regelversorgung stellt dies regelmäßig vor Herausforderung in ihrer täglichen Arbeit. Insgesamt konnten Aussagen aus 12 Interviews aus der IG und 6 Interviews aus der KG folgenden induktiven Subkategorien zugeordnet werden: **Belastungserleben durch begrenzten Handlungsspielraum, begrenzte Kapazitäten, keine stabile Versorgungssicherheit bei komplexen Versorgungsfällen, keine nachhaltige Versorgungssicherheit durch Entlassungsmanagement** und Erwartungen und Wünsche.

*Medizinische und pflegerische Leistungsanbieter*innen* beklagten in den Interviews, dass für komplexe Versorgungssituationen nicht immer adäquate Lösungen gefunden werden und letztlich **keine stabile Versorgungssicherheit** gewährleistet werden konnte, wie dieses Praxisbeispiel einer Pflegedienstleitung eines ambulanten Pflegedienstes zeigt:

„Die Patientin ist mindestens einmal im Monat ins Krankenhaus gekommen mit einer Platzwunde, weil sie zuhause halt einfach-, die Pflegesituation war nicht mehr gewährleistet, sie ist einmal im Monat gestürzt wie gesagt mit einer fetten Platzwunde ins Krankenhaus gekommen und man steht dann da natürlich und sagt gut, was sollen wir machen? Mehr können wir nicht tun, als beim Amtsgericht anzurufen und eine Betreuungsvollmacht einzustellen. Wir haben das Gesundheitsamt gerufen, weil bei ihr zuhause waren Ratten und andere Ungeziefer. Also ja, schlimm. Und man ist dann natürlich-. Ja uns sind die Hände gebunden, oder waren die Hände gebunden, mehr können wir auch nicht tun. Und das ist sehr ernüchternd, also war echt eine sehr ernüchternde Situation.“ (I-4-01)

Oft führten diese Umstände auch zu **Belastungen**, wie die Person weiter ausführte:

„Ja, gab einige Fälle definitiv. Und man kann dann auch einfach- man kann nicht abschalten, weil man kann nicht einfach sagen >Nein, das ist nicht mein Tätigkeitsbereich< Weil der Mensch einem natürlich auch einfach nur leidtut. Und wir sind ja im Prinzip da, wir wollen den Menschen ja helfen.“ (ebd.)

Allein diese Pflegeleitung schilderte im Verlauf des Interviews noch 2 bis 3 Fälle, in denen sie entgegen ihrer eigentlichen Tätigkeitsbeschreibung handeln musste, da kein entsprechendes Angebot aus der Regelversorgung bestand, um den Menschen eine stabile Versorgung sicherzustellen.

Diese Kompensation von Versorgungslücken bestätigte eine weitere befragte Person der ZG 4:

„[...] darum versuche ich bei kritischen Situationen, bestimmte Pflegedienste reinzunehmen, aber da gebe ich ehrlich zu, das sind Pflegedienste, die auch im Sinne von Versorgung und Ehrenamt über das

*Maß etwas leisten, weil wir sonst eine Lücke haben, das ist so.“ (Ärzt*in: I-4-02)*

In den Interviews wurde deutlich, dass diese komplexen Fälle (vgl. 4.2, Komplexität des CM-Falls) häufiger vorkommen. Die befragten Personen der ZG 4 berichteten von zahlreichen Fällen (I-4-01; I-4-04; I-4-9), wo sie entgegen ihrer Leistungsbeschreibung gehandelt haben oder für sich keinen Handlungsspielraum hatten, wie folgendes Beispiel einer/eines Ärztin/Arztes zeigt:

„Also Grenzen haben wir regelmäßig, wo man dann einfach sagen muss: So, wir kommen hier jetzt nicht mehr weiter, das dreht sich im Kreis, wenn mir eine 95-jährige Patienten zweimal in der Woche ihr Leid klagt, dass sie doch alleine in ihrem Haus lebt und nicht mehr Auto fahren kann, dann kann man nur noch sagen okay, das kann jetzt nicht mehr mein Problem sein. Da müssen Sie jetzt schauen, dass Sie da Änderungen herbeiführen. Aber diese Grenzen, die haben wir jeden Tag.“ (I-4-11)

Eine Pflegedienstleitung wünschte sich in diesem Bereich konkrete Entlastung durch eine externe Ansprechperson und eine leistungsrechtliche Flexibilität im Umgang mit komplexen Fällen:

„[...] dass ich einen Ansprechpartner habe, der einfach die Sache - die Sache, sag ich - die Situation einfach erstmal betrachtet, wie sie gerade ist und mir dabei hilft, zu einer guten Lösung zu kommen im Umgang mit bestimmten Haushalten [...] Unterstützung, vielleicht auch so einen Denkansatz mal das eine oder andere Mal und auch vielleicht unkonventionelle Hilfen, die das System so wie jetzt von den Kassen oder von den Pflegekassen oder so vorgegeben ist, nicht immer vorsieht. Also, ich sag mal so, Querdenken -im guten Sinne- um Möglichkeiten aufzutun, die ich mir wünsche, die aber so wie gesagt im Budget nicht machbar sind. Aber das wäre was Feines, das wäre schön.“ (I-4-04)

Auch Anbieter*innen, die im engeren Sinne für die **Beratung und Hilfeplanung** zuständig sind beschrieben mangelnde Ressourcen und Belastungsgrenzen. Konkret seien **Handlungsspielräume und die Kapazitäten begrenzt**, wie eine Mitarbeiter*in des PSPs berichtete:

„Die Dame hatte eine Krebserkrankung, war in stationärer Versorgung. Die Angehörigen meinten, sie wäre besser zu Hause aufgehoben in der Langzeitpflege erst mal dann längerfristig im Pflegeheim aufgehoben, auch wegen der Chemotherapie. Die Dame wollte aber lieber nach Hause. Und dann können wir natürlich das grundsätzliche Regelwerk einrichten, aber diese regelmäßigen Besuche und gucken, so wo muss vielleicht auch nachgesteuert werden, wöchentlich oder alle 14 Tage, das würde die Kapazitäten sprengen.“ (I-4-03)

Von der ReKo-CM-O wurde vor allem eine Kompensation dieser begrenzten Ressourcen, eine Entlastung und eine intensivere Begleitung erwartet:

*„Ja also die Erwartung ist für uns so ein bisschen für unseren Dienst ein Stück weit Entlastung, gerade wenn es um solche komplexeren Fälle geht, wo eben auch nicht unbedingt so eine psychiatrische Erkrankungen im Vordergrund steht, sondern die Versorgung Zuhause im Alltag, der pflegerische Bedarf, weil das eben auch so Punkte sind, klar sind wir da mit im Boot oder mit beteiligt. Aber sind da eben nicht die Fachleute und können, manchmal dann auch nicht so engmaschig begleiten, wie das zum Beispiel bei ReKo möglich ist, dass man wirklich über mehrere Monate lang eng in Kontakt bleibt und dem immer wieder nachgeht. Das könnten wir so in der täglichen Arbeit nicht immer leisten. Und das wäre, ist dann für uns schon eine Entlastung, wenn da eben noch jemand zusätzlich genau in den Themenbereich mit einsteigt.“ (Mitarbeiter*in sozialpsychiatrischer Dienst I-4-06)*

Die Tätigkeitsbeschreibung des Sozialdienstes bzw. des Entlassungsmanagements des Krankenhauses bietet keinen Handlungsspielraum, die **Versorgung in der Häuslichkeit nachhaltig sicherzustellen:**

„Wobei ich aber immer klar sagen muss, was ist der Auftrag aus dem Krankenhaus ist. Ich kann nicht immer alle Baustellen bearbeiten, es geht ja primär darum, im Rahmen des Entlassmanagements, Patienten in eine vernünftige Anschlussversorgung zu bringen und ich guck einfach, wo sind die ersten Schritte, die wir als Krankenhaus da gehen können und welche Institutionen können dann eine weitere Begleitung ermöglichen und wo sind weitere Anlaufstellen.“ (Krankenhaussozialdienst I-4-07)

Die Idee, die Menschen in der Häuslichkeit zu kontaktieren und eine Art Evaluation durchzuführen wurde in einem Krankenhaus zwar thematisiert, scheiterte jedoch:

„Genau, das ist uns schon damals so, dass wir eigentlich nachfragen sollten, wie es läuft, wie es bei den Leuten Zuhause läuft, aber das ist auch irgendwann mal, das ist im Sande verlaufen, weil das war auch, man kann natürlich dann kranke Patienten Zuhause anrufen und fragen wie es läuft, und wenn die dann sagen, es läuft überhaupt nicht gut, hat man überhaupt keine Möglichkeit mehr zu intervenieren. Weder kann man dem Hausarzt sagen >so das haben sie aber zu verschreiben<, noch kann man dem Pflegedienst sagen, sie sollen anders arbeiten oder wie auch immer.“ (Krankenhaussozialdienst: I-4-8)

Ein/e Interviewteilnehmer*in erlebte zum Zeitpunkt des Interviews keine Belastungen, Herausforderungen oder Grenzen bei der Versorgung von instabilen Sorgearrangements. Dies führte die Person auf ein gutes Netzwerk und viel Eigenengagement zurück:

*„Wir sind ja auch sehr sehr breit aufgestellt, wir machen das ja nicht seit gestern. Wir sind dort reingewachsen, ich glaube eigentlich gibt es kein Problem, was wir nicht auch irgendwie lösen können. Und das zeichnet uns aus.“ (Inhaber*in eines amb. Pflegedienstes I-4-05)*

Die *Interviewteilnehmenden aus der KG* (n=6) benannten ähnliche Grenzen in ihrer Arbeit, beschrieben vordergründig allerdings die bereits benannten **Versorgungslücken** aufseiten der regionalen Pflegeanbieter*innen wie der Kurzzeitpflege, die den Aufbau einer stabilen Versorgung erschwere (K-04-02). Aber auch **begrenzte zeitliche Ressourcen** für eine umfangreiche Beratung und Begleitung von komplexen Versorgungsfälle wurden beschrieben (K-04-05; K-04-02; K-04-06). In folgendem Beispiel war beispielsweise die Versorgungssituation einer schwerkranken, drogenabhängigen Person nicht sichergestellt:

„Total. Ja, also da gab es ja große Probleme, auch wo er dann die Ersatzdrogen herbekam. Und dass er ja währenddessen anwesend war. Wir aber nicht zu anderen Zeiten kommen konnten. Und das war wirklich ein riesen-, riesengroßes Problem. Und wenn da jemand gewesen wäre, der das geleitet und organisiert hätte, wäre das schon einfacher gewesen. Alleine so ein Hausarzt tatsächlich zu besorgen.“ (K-04-01)

Auch in der KG beklagen die befragten Personen die **defizitäre Nachsorge durch den Sozialdienst bzw. dem Entlassungsmanagement** des Krankenhauses:

„Ich mein es kommt durchaus mal vor, dass ein Patient aus dem Krankenhaus entlassen wird, wie auch immer da der Hintergrund war und da ist gar nichts. Dann wird man zu einem Hausbesuch gebeten und dann ist so ein Patient schon auf dem Boden auf einer Matratze und da ist kein Pflegebett, da ist gar nichts. Desolate Haushalte und eher eine mangelhafte Infrastruktur zu Hause wie ein kaputtes Badezimmer, wie auch immer, das kommt durchaus mal vor.“ (K-04-04).

Darüber hinaus berichteten auch die befragten Personen der KG von **Refinanzierungsproblematiken für erbrachte Leistungen** oder bedürftige Menschen, die leistungsrechtlich nicht aufgefangen würden und die Versorgungsanbieter*innen keinen Handlungsspielraum haben:

„Das ist bei anderen Kassen noch viel dramatischer, da kommt aus der Zentrale einfach irgendwo eine Vorgabe und sobald man diese, diesen Rahmen der da gesteckt worden ist nicht einhält und schon gibt es keine individuelle Lösung. Das macht die ganze Sache schon etwas schwieriger, gerade eben in diesen Grenzfällen, die wir dann haben, wo man dann sagt, so jetzt müssen wir eigentlich mal gucken, wie kriegen wir das gesichert und es wäre viel billiger zu sagen, bei diesen Patienten hat man jetzt irgendwelche besonderen Einsatzzeiten, die man genehmigt bekommt und kann dadurch irgendwelche Zeiten überbrücken, als dass er dann irgendwann morgens gefunden wird und muss dann mit Blaulicht ins Krankenhaus rein. Aber ne dann sagen die wieder, das dürfen wir wieder, das wird wieder bezahlt, aber das andere, was eigentlich eine gute Lösung wäre, eine niedrighschwellige Begleitung, was aber trotzdem über die Krankenkasse z. B. bezahlt wird, da tun sich die Kassen teilweise schon sehr sehr schwer, irgendwelche Lösungen zu finden.“ (K-04-03)

Belastungserleben der Vertreter*innen der Professionen im Versorgungsumfeld nach der ReKo-Intervention (Qualitative Erhebungen ZG 4, t1)

Forschungsfragen (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
F2: Wie erleben die (professionellen) Helfer*innen die Versorgung von komplexen Versorgungsbedarfen seit der Unterstützung durch das ReKo-CM?	T1: ZG 4: 16 Interviews, IG und KG	Qualitative Einzelinterviews

Wie sich die Implementierung einer CM-O nach der ReKo-Intervention auf das Belastungserleben der täglichen Arbeit ausgewirkt, zeigen die Interviews mit den Interviewteilnehmenden der Versorgungspraxis aus der IG. Von den 14 Personen aus der IG, konnten 10 Personen in die Auswertung einbezogen werden. Bei 2 Personen handelte es sich um ReKo-CM. 2 weitere Personen haben keine Erfahrungen in der fallsteuernden Zusammenarbeit mit den ReKo-CM gemacht (siehe dazu auch Kapitel 3.19). Die Auswertungen der Interviews mit der KG (n=6) folgen auf die Ergebnisdarstellung der Interviews mit der IG. Die Aussagen konnten den induktiven Subkategorien **Ergänzung des Sorgenetzwerkes bzw. neuer Netzwerkpartner, gemeinsame Fallbearbeitung, verantwortliche Fallsteuerung durch die ReKo-CM, erlebte Sicherheit und Entlastung bei komplexen Fällen und der Erweiterung von Kompetenzen und Wissen zu (regionalen) Angeboten**.

Das ReKo-CM stellte für die Vertreter*innen der Professionen im Versorgungsumfeld eine **Ergänzung im Sorgenetzwerk** dar. Die ReKo-Case Manager*innen boten ein neues Angebot dar, welches das regionale Angebot ergänzte und einen niedrigschwelligen Zugang für vulnerable Menschen darstellte, wie ein/e Mitarbeiter*in des Familienservicebüros berichtete:

*„Das heißt jeder Mensch hier im Bezirk kann uns aufsuchen, wenn er Fragen hat und wir gucken dann, ob wir weiterhelfen können. Oft arbeiten wir dann natürlich auch wegweisend und da ist die Kollegin [gemeint ist die/der ReKo-Case Manager*in], so zusagen, ganz herzlich willkommen, vor einem halben Jahr hier mit einer vollen Stelle dazugekommen und immer, wenn jetzt Senioren oder Menschen mit Behinderungen oder Einschränkungen zu uns kommen und Fragen haben, müssen wir nicht auf ein Beratungsangebot in [Ortsname] verweisen, sondern können tatsächlich sagen, eine Tür weiter sitzt hier eine Kollegin, die kompetent beraten kann.“ (IG-4-5)*

Pflegeanbieter*innen nutzten das ReKo-Angebot, um Menschen in instabilen Sorgearrangements Hilfe anzubieten:

„Und das ist zum Beispiel wieder jemand, den ich jetzt einbinden kann für einen Tagesgast, der gerade sehr viel Not hat und da kann ich dann vermitteln an die ReKo.“ (Tagespflegeeinrichtungsleitung IG-4-4).

Eine Pflegeeinrichtungsleitung registrierte ein umfassenderes Angebot zur Versorgung von komplexen Versorgungsfällen und eine bessere Personalausstattung auf Seiten der PSPs:

„Da hatte ich sicherlich auf diese Fälle bezogen, die die Zusammenarbeit nochmal an der Stelle intensiviert hat oder der Stützpunkt hat andere Möglichkeiten dann zu unterstützen. Das nimmt man sehr wohl wahr.“ (IG-4-1)

Die Mitarbeiter*in des Jobcenter sah eine hohe Effektivität durch die Erweiterung eines CM-Angebotes und eine Mitarbeiterin der Teilhabeberatung nannte das ReKo-CM einen hilfreichen neuen „Player“, wodurch mit mehr Kapazitäten eine umfassendere Begleitung bei komplexen Versorgungsfällen möglich war (IG-4-10, IG-4-12). Eine Mitarbeiter*in des Sozialdienstes eines Krankenhauses sah eine Arbeitserleichterung darin, dass das ReKo-CM bereits viele Vorarbeiten in der Administration von Leistungen übernommen habe (IG-4-6).

Die Mitarbeiter*innen des sozialpsychiatrischen Dienstes, des Familienservicebüros und des Jocenters empfanden die gemeinsame Fallbearbeitung als erleichternd (IG-4-5; IG-4-10):

„Eine Entlastung und es war dann auch immer ein guter Austausch möglich.“ MitarbeiterIn des sozialpsychiatrischen Dienstes IG-4-3)

Die ReKo-Case Manager*innen übernahmen eine Verantwortlichkeit für den Fall und wurden als Ansprechperson bei Problemen hinzugezogen. Das bestätigte auch eine Pflegeeinrichtungsleitung:

*„Das entlastet uns insofern, dass wir ne Möglichkeit haben, dass Menschen [gemeint sind die ReKo-Case -Manager*innen] ne gewisse Anwaltschaft für den Bewohner oder den Klienten übernehmen, die die wir nicht wahrnehmen können oder dürfen.“ (IG-4-1)*

Diese Entlastung bei komplexen Fällen führte letztlich auch zu einer erlebten Sicherheit, wo eigene Handlungsspielräume bei der Begleitung von instabilen Sorgenetzwerken begrenzt waren:

„Wenn wir auch große Bedenken über Familienstrukturen haben und den Eindruck haben da läuft was falsch, dann hat man über diesen Weg auch Leute [gemeint sind die ReKo-CM], die einfach mal hingehen können, gucken können und dann gegebenenfalls hilfreich zur Seite stehen können.“ (Pflegeeinrichtungsleitung IG-4-1)

Eine sozialpädagogisch arbeitende Person des Familienservicebüros erlebte diese Sicherheit durch die nun verfügbare Ansprechperson, an die bei komplexen Versorgungsbedarfen vermittelt werden konnte:

„Was ich manchmal denke ist, also wir haben ja auch manchmal Kundschaft, wo es um kleine Lebensdramen geht. Ein Kind, das behindert geboren wurde, oder Trennungen, Scheidungen, Gewalt in der Ehe. Bei ReKo erlebe ich oft, dass die Kunden ein hohen Leidensdruck haben. Da geht es oft um: >Bitte helfen Sie sofort!< Da werden Grenzen fast nicht

akzeptiert, weil nachts ist dann die Mutter ins Krankenhaus gekommen und die Menschen sind oft so überfordert, dass die wirklich, auch manchmal sehr fordernd, hier auftauchen und dann einfach ganz ratlos und hilflos sind. Das ist glaube ich noch ein Unterschied zu unserer Kundschaft. Das macht es für uns natürlich noch schöner, dass wir sagen können, hier sitzt jemand der sich auskennt.“ (IG-4-5)

Einen Mehrwert für das eigene Sicherheitsgefühl stellte in diesen Fällen auch die Möglichkeit der Hausbesuche dar. (IG-4-1).

Eine ehrenamtliche Person fühlte sich dagegen sehr verunsichert durch den Umstand, dass sie die einzige verfügbare Ressource im Sorgenetzwerk darstellte. Die/der ReKo-Case Manager*in konnte in diesem Fall das Sorgenetzwerk erweitern, für Stabilität sorgen und dieser Person Sicherheit für ihr Handeln geben:

„Ja genau. Die haben mir die Sicherheit gegeben. Auch, wie soll ich sagen, genau hinzugucken, und wenn ich etwas gesehen habe, habe ich mich dann an die Case-Manager wenden können. Die sind angekommen und haben sich das nochmal ganz genau angeguckt und haben dann im Prinzip den genauen Bedarf ermittelt: Das müssen wir machen, das müssen wir machen. Also in meinem Fall war das jetzt auch so, wo ich gesagt habe. Ich habe mich ja sogar um die bürokratischen Sachen gekümmert ohne Vollmachten. Ohne irgendwelche Handhabe geht es nicht, rechtliche Grundlagen. Da bewege ich mich in einer ziemlichen Grauzone. Da haben die sogar irgendwann auch gesagt: So, jetzt müssen wir einen gesetzlichen Betreuer beauftragen, der für ihn gewisse Sachen auch halt in die Wege leitet. (...) Das war für mich eine Riesenerleichterung, weil dann hatte ich ja diese ganze Verantwortung da zum Glück auch weg, dann konnte ich mich nur auf diesen Menschen einlassen.“ (IG-4-13)

Des Weiteren wurde von den Teilnehmer*innen eine Erweiterung von Kompetenzen und Wissen um regionale Angebote durch die Zusammenarbeit mit den ReKo-CM beschrieben. Dadurch seien Kontakte zu weiteren regionalen Leistungsanbieter*innen entstanden, die vorher nicht bekannt waren:

„Auf jeden Fall, ja, ja! Denn dadurch habe ich beispielsweise die Lutherengel kennengelernt, von denen ich vorher gar nichts wusste.“ (IG-4-4)

Darüber hinaus seien bei dieser Person auch neue Vernetzungen bspw. zur mobilen Demenzberatung entstanden (ebd.).

Eine weitere Person benannte mehr entstandenes Wissen zum Leistungsrecht:

„Ja, also für mich als Beraterin ist, sag ich mal, mehr Möglichkeiten, also mehr Möglichkeiten sind mir jetzt bekannt, was man auch gegebenenfalls beantragen kann.“ (IG-4-10)

Durch das ReKo-Projekt seien demnach Leistungsanbieter*innen bekannter geworden, mehr Schnittstellen entstanden und ein besserer Überblick zu regionalen Angeboten entstanden. Darüber hinaus wurden die ReKo-Case Manager*innen häufig nach „Tipps“ bei der Beratung gefragt (Mitarbeiter*in des Familienservicebüros IG-4-5)

Die *befragten Personen der KG* (n=6), die alle im Umfeld der Pflegeberatung tätig waren, gaben in den Interviews keine direkten Belastungen an, ähnlich wie bei der t0-Erhebung wurden in diesem Zusammenhang eher von Grenzen in ihrer alltäglichen Arbeit berichtet. Wie zur t0-Erhebung wurden vor allem Versorgungslücken bei den Pflegeanbieter*innen benannt, die den Aufbau eines Sorgearrangements behinderten. Dieses Problem bestand nach wie vor:

„Was wirklich ganz deutlich ist, es ist einfach schwer einen ambulanten Pflegedienst zu finden, der tätig wird, besonders betroffen sind die Grenzen an Bezirke, bei uns im Landkreis, wo häufig Pflegedienste nicht mehr rausfahren, weil einfach die Wege zu weit sind und die Pflegedienste aus Nachbarlandkreisen nicht über die Grenze fahren. Also, Pflegedienste zu finden ist ein Problem. Kurzzeitpflegeplätze zu finden ist ein Problem. Vollstationäre Plätze zu finden ist häufig schwierig. Auch die Bedarfe an Hauswirtschaftsdienstleistern, also einfach jemanden zu bekommen, da stellen sich häufig Probleme ein. Also, man merkt deutlich, dass Fachkräfte derzeit Mangelware sind.“ (KG-4-5)

Aber auch weiterhin benannt wurden von einem/einer Pflegeservicebüromitarbeiter*in die begrenzten personellen Kapazitäten zur Bewältigung der hohen Anzahl an Ratsuchenden und der hohen Bedarfe:

„Das was ich brauche ist Zeit, weil ich unheimlich viel mit den Fällen zu tun habe.“ (KG-4-1)

Auch die unzureichende Versorgung bei Krankenhausentlassung ist wie zur t0-Erhebung ein Thema in den Interviews (KG-4-1, KG-4-5).

Tabelle 153 fasst die beschriebenen Veränderungen zusammen und gibt einen Überblick auf die erlebten Be- und Entlastungen der Versorgungsanbieter*innen in den Modellregionen.

Tabelle 153: Subjektives Belastungserleben der ZG 4 Prä-Post-ReKo-Intervention

Region	Vor der ReKo-Intervention (t0)	Nach der ReKo-Intervention (t1)
Interventionsregion	• Belastungserleben durch begrenzten Handlungsspielraum (Handeln entgegen eigenem Berufsethos) • Begrenzte Kapazitäten • keine stabile Versorgungssicherheit bei komplexen Versorgungsfällen • Keine nachhaltige Versorgungssicherheit durch Entlassungsmanagement Erwartungen und Wünsche: • konkrete Entlastung durch eine externe Ansprechperson • leistungsrechtliche Flexibilität im Umgang mit komplexen Versorgungsfällen	• Erlebte Sicherheit und Entlastung bei komplexen Fällen • ReKo-CM als Ergänzung des Sorgenetzwerkes bzw. neuer Netzwerkpartner • Gemeinsame Fallbearbeitung • Verantwortliche Fallsteuerung durch die ReKo-Case Manager*innen • Erweiterung von Kompetenzen und Wissen zu (regionalen) Angeboten.

Kontrollregion	• Leistungsrechtliche Inflexibilität bei komplexen Versorgungsfällen • Versorgungslücken • Begrenzte Kapazitäten • Defizitäre Versorgung bei Krankenhausentlassung	• Versorgungslücken • Begrenzte Kapazitäten • Defizitäre Versorgung bei Krankenhausentlassung

Diskussion der Teilergebnisse ›Belastungen professioneller Helfer*innen‹

Die Hypothese, dass sich das Belastungserleben der professionellen Helfer*innen im Verlauf der Zeit in der IG stärker verringert als in der KG kann auf Basis der vorhandenen Daten rein deskriptiv bestätigt werden. **In der IG zeigt sich zwischen den Erhebungszeitpunkten eher eine Verringerung der Arbeitsbelastung, während diese in der KG eher ansteigt.**

Interventions- und Kontrollgruppe sind psychisch weniger belastet als die Referenzstichprobe. Die Herausforderungen bzw. Belastungen scheinen daher eher im Bereich der Koordination und Information zu liegen.

Die Fragestellungen der qualitativen Erhebungen richteten sich ebenfalls an das Belastungserleben der professionellen Helfer*innen vor und nach der ReKo-CM-Intervention. *Vor der ReKo-Intervention* beschrieben die Befragten der IG vorwiegend **Herausforderungen bei der Sicherstellung eines stabilen Sorgenetzwerkes bei komplexen Versorgungsbedarfen**. Ähnlich der quantitativen Ergebnisse lagen diese Herausforderungen in der verantwortlichen Steuerung. Zudem führten **begrenzte personelle Kapazitäten** und die leistungsrechtliche Inflexibilität dazu, dass sowohl Ressourcen für eine intensive Begleitung fehlten als auch entsprechende **Vorarbeiten nicht refinanziert** wurden, um ein stabiles Sorgenetzwerk sicherzustellen. Die befragten Personen befanden sich in einem systemimmanenten Dilemma. Aufgrund des begrenzten Handlungsspielraumes musste nicht selten entgegen der eigenen ethischen Vorstellungen gehandelt werden. Die Befragten der KG benannten ebenfalls begrenzte personelle Kapazitäten und leistungsrechtliche Inflexibilität bei der Sicherstellung komplexer Versorgungsbedarfe. Versorgungslücken erschwerten in allen Regionen die Suche nach geeigneten Pflegeanbieter*innen. Und auch die defizitäre Nachsorge aus dem Krankenhaus wird in allen Regionen benannt.

Nach der ReKo-CM-Intervention erlebten die Befragten der IG durch das ReKo-CM eine **Sicherheit bei dem Aufbau und Aufrechterhalten von instabilen Sorgenetzwerken**. Die **ReKo-Case Manager*innen ergänzten das fallbezogene Netzwerk** und übernahmen eine **fallsteuernde Verantwortung**, die als **Entlastung** erlebt wurde. Auch konnte im Bedarfsfall gemeinsam an komplexen Fällen gearbeitet werden. Der Aufbau von neuem Wissen zu Leistungsangeboten förderte die eigene Handlungskompetenz und erweitert das eigene Netzwerk. Die professionellen Helfer*innen der KG benannten dagegen weiterhin begrenzte personelle Kapazitäten und die hohen Aufwände bei der Suche nach Pflegeanbieter*innen.

Aufgrund der mutmaßlich ohnehin schon hohen Arbeitsbelastung ist die Beteiligung der Gruppe der professionellen Helfer*innen in der quantitativen Erhebung eher gering. Dies hing, insbesondere zum Zeitpunkt t0, auch mit der COVID-19-Pandemie und der starken Beanspruchung des Pflege- und Gesundheitswesens zu dieser Zeit zusammen. Die kleine Stichprobengröße sowie die Beteiligung unterschiedlicher Personen je Zeitpunkt sind hier somit als Limitation zu benennen. Die Datensätze sind dadurch nicht verknüpfbar und nicht direkt miteinander vergleichbar.

Für die qualitativen Erhebungen nach der Interventionszeit wurden ausschließlich Personen der KG befragt, die in der kommunalen Pflegeberatung tätig waren. Leistungsrechtliche Inflexibilität beklagten zum Zeitpunkt t0 ausschließlich Pflegeanbieter*innen.

3.18 Belastungen pflegender Angehöriger

Zentrale Ergebnisse
Die Ergebnisse der quantitativen Studien weisen zum Erhebungszeitpunkt t0 bei den pflegenden Angehörigen der Interventionsgruppe (IG) ein signifikant höheres Belastungserleben aus, als in der Kontrollgruppe (KG). Während der Intervention stagnierte oder sank die Belastung in der IG leicht, während sie in der KG kontinuierlich anstieg. Nach Ende der ReKo-Unterstützung stieg die Belastung in der IG wieder an, wodurch sich die Werte beider Gruppen im Zeitverlauf angleichen. Im Rahmen der qualitativen Erhebungen zeigte sich, dass die ReKo-Intervention von nahezu allen befragten Angehörigen als subjektiv entlastend wahrgenommen wurde. Besonders betont wurde die Rolle des ReKo-CMs als zentrale Ansprechperson, die soziale Unterstützung stärkte und Sorgenetzwerke stabilisierte. Zudem wurde die Hilfe bei administrativen Herausforderungen als wesentliche Entlastung empfunden. Diese Befunde deuten auf eine bremsende Wirkung des ReKo-CM auf das Belastungserleben von pflegenden An- und Zugehörigen hin.

Belastungserleben der pflegenden An- und Zugehörigen aus der standardisierten Datenerhebung

Hypothesen (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
H1: Kein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG zum Zeitpunkt t0. H2a-c: Stärkere Verringerung zwischen den einzelnen Zeitpunkten (t0-t1, t1-t2, t0-t2) bei der IG als bei der KG.	538 Fragebögen (t0-t2, IG + KG)	Fragebogenerhebung, Instrument: Burden Scale for Family Caregivers (Gräbel und Leutbecher 1993)

Leitend für die Auswertung des Fragebogens zum Belastungserleben von Gräbel und Leutbecher (1993) sind die folgenden Hypothesen:

H1: Das Belastungserleben der pflegenden Angehörigen zum Zeitpunkt t0 unterscheidet sich zwischen der IG und der KG nicht signifikant.

H2a: Das Belastungserleben der pflegenden Angehörigen der IG verringert sich zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 stärker als bei den pflegenden Angehörigen der KG.

H2b: Das Belastungserleben der pflegenden Angehörigen der IG verringert sich zwischen den Zeitpunkten t1 und t2 stärker als bei den pflegenden Angehörigen der KG.

H2c: Das Belastungserleben der pflegenden Angehörigen der IG verringert sich zwischen den Zeitpunkten t0 und t2 stärker als bei den pflegenden Angehörigen der KG.

Um im ersten Schritt zu überprüfen, ob sich die IG und die KG zum Zeitpunkt t0 signifikant unterscheiden (H1), werden in die Analyse zunächst nur Proband*innen eingeschlossen, für die ein vollständig auswertbarer t0-Datensatz vorliegt. Dadurch reduziert sich das Gesamt-Sample auf 390 Proband*innen, davon 239 in der IG und 151 in der KG.

Tabelle 154: Sample Belastungserleben t0

	n=390	Durchschnittsalter	Geschlechterverteilung
IG	239	55,34	männlich: 31,09 % weiblich: 68,91 %
KG	151	59,07	männlich: 19,87 % weiblich: 79,47 % k. Ang.: 00,66 %

Das Durchschnittsalter in der IG liegt bei 55,34 Jahren und das der KG bei 59,07 Jahren. In beiden Gruppen überwiegt der Anteil der weiblichen Teilnehmenden. In der IG liegt ihr Anteil bei 68,91 % zu 31,09 % männlichen Proband*innen. In der KG sind 79,47 % weiblich und 19,87 % männlich. 0,66 % machen keine Angabe (vgl. Tabelle 154).

Bei dem eingesetzten Fragebogen zum Belastungserleben von Gräbel und Leutbecher (1993) steht ein höherer Summenwert für ein stärkeres Belastungserleben.

In der IG ist das mittlere Belastungsausmaß mit einem Score von 37,85 (SD: 13,15) höher als in der KG, wo es bei durchschnittlich 34,44 (SD: 14,40) liegt (vgl. Abbildung 96).

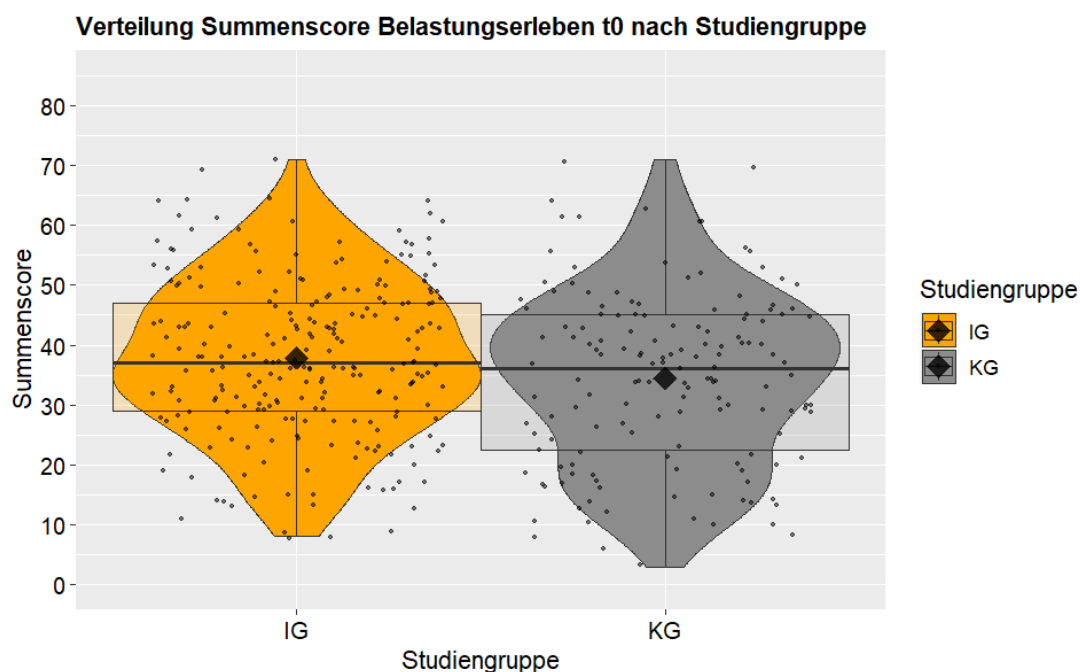


Abbildung 96: Summenscore Belastungserleben t0 nach Studiengruppe

Sofern die befragten An- und Zugehörigen Personen mit Demenzerkrankung unterstützen, liegt der Score der IG zum Zeitpunkt t0 im Bereich eines mittelgradigen Belastungsausmaßes mit einem erhöhten Risiko für psychosoziale Beschwerden (vgl. Tabelle 155). Für alle anderen Erkrankungen ist der Wert als geringes Belastungsausmaß mit einem nicht erhöhten Risiko für psychosomatische Beschwerden zu klassifizieren (vgl. Tabelle 156). Der Score der KG ist zum Zeitpunkt t0 (unabhängig von der Erkrankung der unterstützen Personen) ebenfalls diesem Bereich zuzuordnen (1993).

Tabelle 155: Interpretation bei An- und Zugehörigen Demenzerkrankter

HPS-Summenwert	Belastungsausmaß	Risiko für psychosomatische Beschwerden	Häufigkeit in der Referenzstichprobe (n=1236)
0-35	nicht bis gering	nicht erhöht	33,8 %
36-45	mittelgradig	erhöht	25,3 %
46-84	stark bis sehr stark	stark erhöht	40,9 %

Tabelle 156: Interpretation bei An- und Zugehörigen von Personen mit allen anderen Erkrankungen

HPS-Summenwert	Belastungsausmaß	Risiko für psychosomatische Beschwerden	Häufigkeit in der Referenzstichprobe (n=591)
0-41	nicht bis gering	nicht erhöht	61,4 %
42-55	mittelgradig	erhöht	24,4 %
56-84	stark bis sehr stark	stark erhöht	14,2 %

Auffallend sind jedoch die jeweils großen Standardabweichungen von den Mittelwerten (IG: 13,14; KG: 14,40). Somit gibt es in den betrachteten Gruppen sowohl Personen mit einem sehr hohen als auch mit einem sehr niedrigen Belastungsausmaß.

Die angegebenen Mittelwerte des Belastungserlebens der pflegenden An- und Zugehörigen zum Zeitpunkt t0 unterscheiden sich zwischen der IG und der KG signifikant ($t(297,49) = 2,3562$; $p = 0,01911$; $d = 0,25$) (vgl. Tabelle 156). Nach Cohen's Effektschätzung (Cohen 1988) ist der Effekt als gering einzustufen. Die Hypothese 1, dass sich die Gruppen zum Zeitpunkt t0 nicht signifikant unterscheiden, muss somit verworfen werden.

Für die weitere statistische Analyse und die Prüfung der Hypothese H2a wird der Datensatz zum Belastungserleben so reduziert, dass lediglich Proband*innen eingeschlossen werden, für die vollständige Datensätze zum Zeitpunkt t0 und zum Zeitpunkt t1 vorliegen. Die ursprüngliche Stichprobengröße reduziert sich dadurch auf $n=251$. Davon sind 157 Proband*innen der IG und 94 Proband*innen der KG zuzuordnen.

Zum Zeitpunkt t1 hat sich der Score der IG im Vergleich zu t0 verringert und liegt bei durchschnittlich 36,52. Der mittlere Score der KG ist angestiegen und liegt mit 36,56 ähnlich hoch wie der von der IG (vgl. Abbildung 97).

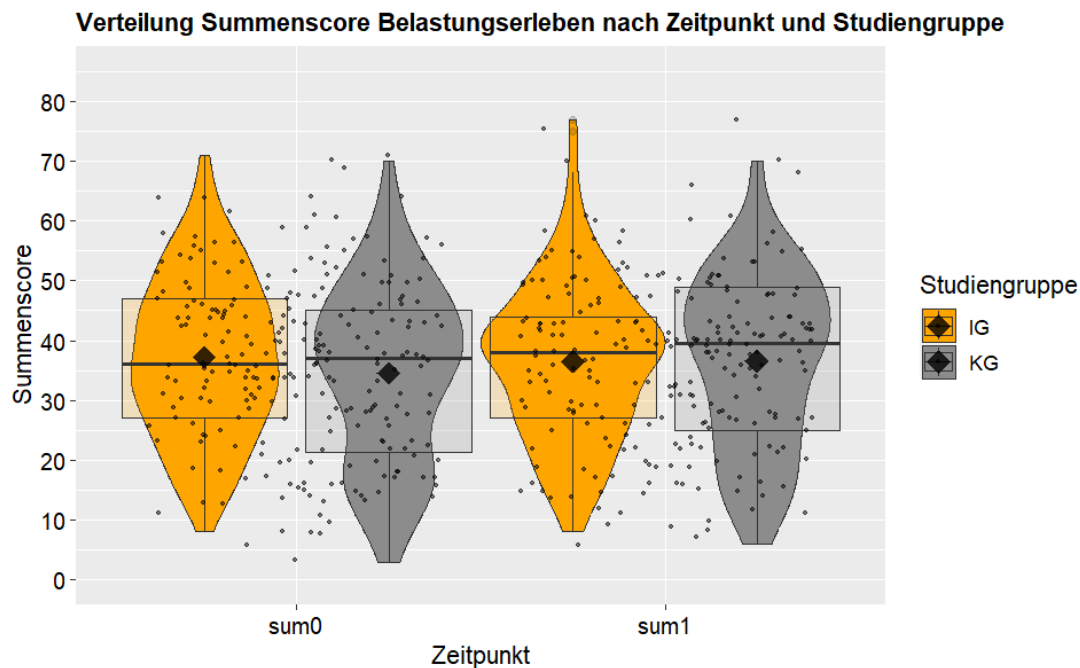


Abbildung 97: Summenscore Belastungserleben nach Studiengruppe t0-t1

Beide durchschnittlichen Scores sind zu t1 für An- und Zugehörige Demenzerkrankter als mittelgradiges Belastungsausmaß mit einem erhöhten Risiko für psychosoziale Beschwerden einzuordnen. Für alle anderen Erkrankungen können die Werte zu t1 als geringes Belastungsausmaß mit einem nicht erhöhten Risiko für psychosomatische Beschwerden klassifiziert werden. Der Gruppenunterschied ist zu t1 nicht signifikant, ebenso wie der Unterschied zwischen t0 und t1 in der IG. Betrachtet man die Entwicklung des Belastungserlebens für die KG zwischen t0 und t1, zeigt sich ein signifikanter Effekt ($t(93) = -2,24485$; $p = 0,01622$; $d = 0,25$) (vgl. Tabelle 157). Hier ist die beschriebene Zunahme des Belastungserlebens somit signifikant. Nach Cohen's Effektschätzung (Cohen 1988) ist der Effekt jedoch als gering einzustufen.

Um zu untersuchen, ob die Veränderung in der IG stärker ist als in der KG (H2a), wird zusätzlich das Delta zwischen den einzelnen Zeitpunkten gebildet. Das Delta ist der Wert der Veränderung des Belastungsausmaß-Scores. Bei einem positiven Delta ist die Belastung zwischen den betrachteten Zeitpunkten gestiegen. Bei einem negativen Delta ist die Belastung geringer geworden und war zum vorherigen Zeitpunkt höher. Deskriptiv zeigt sich für das betrachtete Sample ein Delta von 2,01 in der KG und ein Delta von -0,71 in der IG. Dieser Gruppenunterschied ist signifikant ($t(236,68) = -2,3074$; $p = 0,02189$; $d = 0,28$) (vgl. Tabelle 157). Nach Cohen ist der Effekt als gering einzustufen (Cohen 1988). Die Hypothese 2a ist somit bestätigt. **Das Belastungserleben der pflegenden An- und Zugehörigen der IG verringert sich zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 stärker als bei denen der KG.**

In einem weiteren Schritt für die Prüfung der Hypothese 2b wird das Sample auf Proband*innen zugeschnitten, für die der Fragebogen zum Zeitpunkt t1 und zum Zeitpunkt t2 vollständig ausgewertet werden konnte. Dadurch ergibt sich ein n von insgesamt 208 Personen mit 127 Proband*innen der IG und 81 Proband*innen der KG.

Der Summencore zu t2 liegt in der IG im Mittel bei 37,39 und in der KG bei durchschnittlich 37,72 (vgl. Abbildung 98).

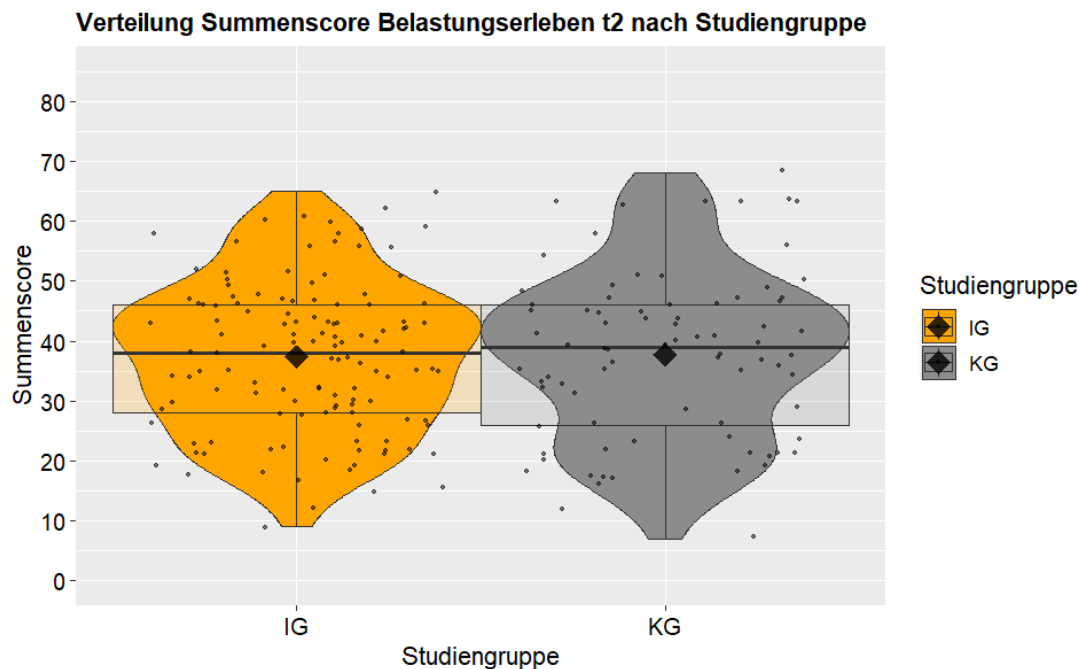


Abbildung 98: Summencore Belastungserleben t2 nach Studiengruppe

Beide durchschnittlichen Scores sind zu t2, wie auch schon zu t1, für An- und Zugehörige Demenzerkrankter als mittelgradiges Belastungsausmaß mit einem erhöhten Risiko für psychosoziale Beschwerden zu klassifizieren. Für alle anderen Erkrankungen können die Werte zu t2 als geringes Belastungsausmaß mit einem nicht erhöhten Risiko für psychosomatische Beschwerden eingeordnet werden. Die Standardabweichungen und damit die Streuung um die Mittelwerte sind weiterhin hoch bzw. breit (IG: 12,47; KG: 13,9).

Der Gruppenunterschied zwischen IG und KG in der Veränderung von t1 zu t2 ist statistisch nicht signifikant (vgl. Tabelle 157). Für beide Gruppen ergibt sich ein positives Delta. Der Wert der IG liegt bei 2,08 und der Wert der KG liegt bei 0,22. Somit hat sich für beide Gruppen der Score des Belastungserlebens von t1 zu t2 eher verschlechtert bzw. erhöht, für die IG stärker als für die KG. Die Hypothese 2b muss somit abgelehnt werden, da **das Belastungserleben der IG sich zwischen den Zeitpunkten t1 und t2 nicht stärker verringert hat als das der KG.**

Die Daten zeigen dementsprechend einen signifikanten Unterschied (Erhöhung des Belastungsscores) zwischen t1 und t2 innerhalb der IG ($t(126) = -3,067$; $p = 0,002647$; $d = 0,27$) (vgl. Tabelle 157). Nach Cohen's Effekttschätzung (Cohen 1988) ist der Effekt als gering einzustufen. Für die KG ist der Unterschied zwischen t1 und t2 nicht signifikant.

Abschließend wird der Datensatz auf Proband*innen reduziert, für die ein t0- und ein t2-Fragebogen zur Auswertung vorliegen, um die Hypothese 2c zu überprüfen. Das Sample besteht aus 215 Proband*innen, $n=119$ in der IG und $n=96$ in der KG.

Der Unterschied der Veränderung von t0 zu t2 zwischen den Gruppen ist nicht signifikant. Für beide Gruppen ergibt sich ein positives Delta und somit eher eine **Zunahme des Scores des Belastungserlebens von t0 zu t2** (vgl. Abbildung 99).

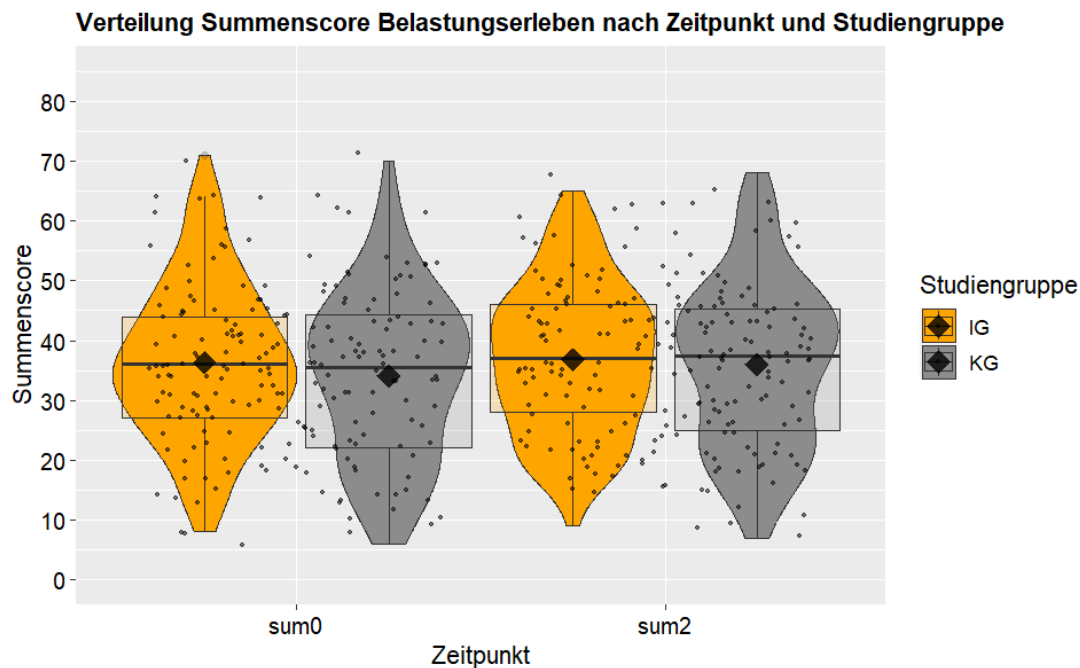


Abbildung 99: Summenscore Belastungserleben nach Studiengruppe t0-t2

Die Hypothese 2c, dass sich das Belastungserleben in der IG zwischen den Zeitpunkten t0 und t2 stärker verringert als in der KG, kann damit nicht bestätigt werden. In der IG ist die Zunahme des Belastungserlebens jedoch mit einem durchschnittlichen Delta von 0,41 geringer als in der KG, wo das Delta im Mittel bei 1,93 und damit höher liegt.

Für die KG ist der Unterschied zwischen t0 und t2 signifikant ($t(95) = -2,5804$; $p = 0,0114$, $d = 0,26$) (vgl. Tabelle 157). Nach Cohen (1988) ist der Effekt als gering einzustufen.

Tabelle 157: Analyseergebnisse HPS-Skala zum Belastungserleben

Test	t	df	p	d	M (SD)/ Mittelwert- unterschied	Interpretation
t0, IG vs. KG	2,3562	297,49	0,01911*	0,25	M IG: 37,85 (13,15) M KG: 34,44 (14,40)	Unterschied signifikant.
t1, IG vs. KG	-0,025907	177,75	0,9794	0,00	M IG: 36,52 (13,11) M KG: 36,56 (14,78)	Unterschied nicht signifikant.
t2, IG vs. KG	-0,17386	156,94	0,8622	0,03	M IG: 37,39 (12,47) M KG: 37,72 (13,90)	Unterschied nicht signifikant.
Delta t0-t1, IG vs. KG	-2,3074	236,68	0,02189*	0,28	M IG: -0,71 (10,63) M KG: 2,01 (7,96)	Unterschied signifikant.
Delta t1-t2, IG vs. KG	1,8648	188,57	0,06377	0,26	M IG: 2,08 (7,64) M KG: 0,22 (6,56)	Unterschied nicht signifikant.
Delta t0-t2, IG vs. KG	-1,2092	206,11	0,228	0,16	M IG: 0,41 (10,98) M KG: 1,93 (7,32)	Unterschied nicht signifikant.
t0-t1, IG	0,84111	156	0,4016	0,07	Mittelwertunterschied: 0,71	Unterschied nicht signifikant.

t0-t1, KG	-2,4485	93	0,01622*	0,25	Mittelwertunterschied: -2,01	Unterschied signifikant.
t1-t2, IG	-3,067	126	0,002647* *	0,27	Mittelwertunterschied: -2,08	Unterschied signifikant.
t1-t2, KG	-0,30473	80	0,7614	0,03	Mittelwertunterschied: -0,22	Unterschied nicht signifikant.
t0-t2, IG	-0,40917	118	0,6832	0,04	Mittelwertunterschied: -0,41	Unterschied nicht signifikant.
t0-t2, KG	-2,5804	95	0,0114*	0,26	Mittelwertunterschied: -1,93	Unterschied signifikant.

Belastungserleben der pflegenden An- und Zugehörigen aus der qualitativen Datenerhebung

Forschungsfragen (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
F1: Wie erleben die pflegenden An- und Zugehörigen die Versorgung ihrer zu pflegenden An- und Zugehörigen vor der ReKo-CM-Intervention? F2: Wie erleben die pflegenden An- und Zugehörigen die Versorgung ihrer zu pflegenden An- und Zugehörigen nach der ReKo-CM-Intervention?	T0: - ZG 3: 20 Interviews, IG - Fokusgruppe: n= 3, KG T1: - ZG 3: 20 Interviews, IG	Qualitative Einzelinterviews; Fokusgruppeninterviews

Wie in Subjektiv erlebte Versorgungsqualität" bereits hinreichend dargelegt, empfanden die pflegenden An- und Zugehörigen eine zunehmende Überforderung und Belastung bei der Sicherstellung und Organisation des Sorgearrangements, welches unter anderem in dem Fehlen einer Ansprechperson begründet ist. Dieses Empfinden wirkte auf die verschiedensten Lebensbereiche der Menschen und beeinflusst damit das objektive sowie subjektive Belastungserleben. Objektive Belastungen sind quantifizierbar und umfassen beispielsweise die tägliche Pflegedauer oder die finanzielle Situation sowie die Situation bezüglich der Erwerbstätigkeit. Subjektive Belastungen stellen die Summe subjektiv negativer Bewertungen einer Gesamtpflegesituation dar, Anforderungen und Ressourcen stehen nicht in einem ausgewogenen Verhältnis. Diese Bewertung betrifft alle Aspekte der Pflege, wie beispielsweise die Beziehung zur pflegebedürftigen Person und generell alle eigenen Anstrengungen der geleisteten Pflege (Gräsel und Behrndt 2016). Rein objektiv kann der Umstand eine pflegebedürftige Person zu betreuen, für den Menschen zu Beeinträchtigungen der eigenen Freizeitgestaltung oder zu finanziellen Einbußen führen, ob diese Einschränkung für den Menschen allerdings auch als subjektiv belastend erlebt wird, ist individuell sehr unterschiedlich und liegt an vielen internen und umweltbezogenen Faktoren. In der folgenden Analyse wurden Aussagen zum Belastungs- und Entlastungserleben in den Zeitpunkten vor (t0) sowie nach (t1) der ReKo-Intervention in Anlehnung an die Belastungsdimensionen nach Wilz und Grunzelmann (2017) den Kategorien körperliche Gesundheit, psychisches Wohlbefinden, soziales Leben und materielle und finanzielle Situation zugeordnet (Wilz und

Gunzelmann 2017). Zudem wurden diese hinsichtlich des objektiven und subjektiven Be- und Entlastungserlebens untersucht (Vgl. Tabelle 158).

Tabelle 158: Auszug aus dem Kategoriensystem: Be- und Entlastungserleben der pflegenden An- und Zugehörigen

Kategorien	Kategorienbeschreibung
Belastungen im Bereich der eigenen materiellen und finanziellen Situation (t0)	Reduzierung der Arbeitszeit, Finanzielle Einschränkungen (Vereinbarkeit von Familie und Beruf)
Entlastungen im Bereich der eigenen materiellen und finanziellen Situation (t1)	Erweiterung des Sorgenetzwerkes, Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit, Ermöglichung von beruflicher Weiterbildung, Aufzeigen von Leistungsansprüchen
Belastungen im Bereich des sozialen Lebens (t0)	Reduzierung von Freizeit und Familienaktivitäten, Einschränkungen in der Alltagsroutine
Entlastungen im Bereich des sozialen Lebens (t1)	Vermittlung von Betreuungsangeboten, sodass Alltagsroutinen wieder stattfinden können.
Belastungen im Bereich der eigenen körperliche Gesundheit (t0)	Vernachlässigung des eigenen Gesundheitsverhaltens, physische Belastungen durch die Übernahme von körpernahen Pflgetätigkeiten
Entlastungen im Bereich der eigenen körperliche Gesundheit (t1)	Stärkung der eigenen Gesundheit durch die Vermittlung von pflegerischen Dienstleistungen zur Stabilisierung des Pflegearrangements
Belastungen im Bereich des psychischen Wohlbefindens (t0)	Seelische Überforderung bzw. Überlastung durch die Organisation und Koordination des Pflegearrangements, Psychische Erkrankungen durch die Übernahme von Verantwortung für die pflegebedürftige Person
Entlastungen im Bereich des psychischen Wohlbefindens (t1)	Aufzeigen und Vermittlung von Behandlungsoptionen und begleitenden Diensten für stark belastete pflegende An- und Zugehörige, (emotionale) Unterstützung durch ReKo-CM

Vor der ReKo-Intervention äußerten sich 17 von 20 interviewte pflegende An- und Zugehörige zu ihrer **materiellen und finanziellen Situation**. Darunter sind alle Aussagen zu Herausforderungen durch die Vereinbarkeit von Pflege und der eigenen Berufstätigkeit, aber auch die damit verbundenen finanziellen Aspekte, wie die Einbußen durch die Reduzierung von Arbeitszeit oder die Ausgabe von privaten Kosten für Pflege- oder Betreuungsleistungen gefasst. Von diesen 17 interviewten Personen berichteten 16 von hohen Belastungen bei der Bewältigung der Vereinbarkeit der eigenen Berufstätigkeit und der Betreuung der zu Pflegenden. Einige befragte Personen gaben die hohe Doppelbelastung durch den Beruf, den eigenen und den fremden Haushalt sowie die Betreuung und Pflege der An- und Zugehörigen an (I-3-4; I-3-6; I-3-12; I-3-15; I-3-17; I-3-18; I-3-20). Wenige der interviewten Personen hatten durch ihre flexible Arbeitszeitgestaltung oder der eigenen Selbstständigkeit die Möglichkeit, die Pflege- und Betreuungsaufgaben zu bewältigen (I-3-7; I-3-8; I-3-10). Eine interviewte Person hatte sogar die Möglichkeit seinen/ihren An- und Zugehörigen mit auf die Arbeit zu nehmen, gibt aber auch zu bedenken, dass dies nur durch seine/ihre Selbstständigkeit möglich gewesen sei:

„Ich bin Gott sei Dank selbstständig. Wenn ich dann arbeiten gehe in die Firma, dann nehme ich unseren Vater mit. Dann kommt der mit in das Büro oder kann von mir aus auch in der Werkstatt herumlaufen oder was auch immer. Das ist mir dann egal. Weil ich, mir kann es keiner verbieten. Also sonst wäre das unmöglich“ (I-3-10)

Diese Möglichkeit hatten allerdings nicht alle An- und Zugehörigen. So berichtete eine Person davon, dass der Arbeitsplatz aufgrund eines akuten Vorfalles verlassen werden musste:

„Wo meine Mutter sich ausgesperrt hat, das war wirklich jetzt im Winter gewesen- [...] Dass die Nachbarin bei der Bäckerei gekommen ist und die sagte, ich müsste eben zu meiner Mutter eben die Tür aufschließen dann auch, dass sie wieder reinkommt. Und da habe ich mich natürlich auch beeilt. Und meine Chefin hat gesagt: >Du machst so lange das Geschäft zu. Deine Mutter ist in diesem Moment erstmal wichtiger dann<“ (I-3-11)

In diesem Fall war somit auch auf das Verständnis der Arbeitgeber*in zu hoffen. Für andere Interviewteilnehmende gab es dagegen keine andere Möglichkeit, als die Stunden zu reduzieren oder Pflegezeit zu beantragen (I-3-5; I-3-13; I-3-14):

„Also ich habe meine Stunden allerdings jetzt seit Anfang des Jahres reduziert. [...] weil das doch, doch zu anstrengend wird mittlerweile, er braucht ja immer das Mittagessen und ja, eben mittags dann schnell nach Hause fahren, kochen, nimmt doch Zeit in Anspruch“ (I-3-5)

Dadurch sind letztlich auch finanzielle Einbußen zu erwarten. Durch die hohe psychische Belastung mussten sich zudem zwei Personen bereits von der Arbeit krankmelden (I-3-2; I-3-9). Inwieweit die berufliche und materielle Situation letztlich vor allem eine finanzielle Belastung darstellt, ließ sich zumindest in zwei Fällen konkret festhalten. Diese berichteten von finanziellen Ausgaben, die privat geleistet werden mussten, da die Pflegesachleistungen nicht ausreichten (I-3-1). Damit wurde beispielsweise eine Betreuung für wenige Stunden privat finanziert (I-3-11).

Nach der ReKo-Intervention beschrieben die pflegenden An- und Zugehörigen, dass ihnen durch die CM-Begleitung sozialrechtliche Leistungsansprüche und damit auch finanzielle Ressourcen erst aufgezeigt wurden. In einem Fall berichtete beispielsweise eine Mutter einer pflegebedürftigen Tochter, dass ihr höhere Leistungen nach SGB XII zugestanden hätten, die sie erst durch die Beratung und durch die Unterstützung der/des Case Manager*in bei der Beantragung erhielt. Auch berichteten Interviewteilnehmende davon, dass ihnen beispielsweise Leistungen nach SGB XI, wie der Entlastungsbetrag nicht bekannt gewesen seien (I-3-31). In anderen Fällen bestanden existenzielle akute Bedarfe, wie der bevorstehende Verlust der Wohnung oder des Hauses. Hier übernahmen die Case Manager*innen die Rolle der Vermittler*innen und nutzten ihr aufgebautes Netzwerk für Gespräche mit dem Jobcenter, Immobilienanbieter*innen und Sozialverbänden, um neuen Wohnraum zu vermitteln (I-3-35). Bei dieser pflegenden An- und Zugehörigen bestand außerdem der dringende Wunsch zukünftig zurück in die Erwerbstätigkeit zu gehen. Durch die Organisation und Vermittlung einer Betreuungseinrichtung der Eingliederungshilfe, sah sich diese Person wieder in der Lage in ihren Beruf zurückzukehren (ebd.). In einem weiteren Beispiel konnte

nach der Vermittlung von pflegerischen Dienstleistungen die Arbeitszeit wiederaufgebaut werden:

„Ja. Und so ging es dann. Ehrlich. Und dann konnte ich auch nicht mehr arbeiten. (.) Und das ist jetzt wieder- ich kann wieder voll arbeiten.“ (I-3-37).

Diese Person fühlte sich durch die Sorgearbeit, Care-Arbeit der Kinder und der eigenen Selbstständigkeit mehrfachbelastet und konnte erst durch die Begleitung des CMs das Sorgenetzwerk so stabilisieren, dass eine erforderliche Weiterbildung durchgeführt werden konnte (ebd.).

Darüber hinaus wird das **soziale Leben** durch die Betreuung der An- und Zugehörigen zum *t0-Erhebungszeitpunkt* als einschränkend beschrieben (n=13). Die größte Belastung, die die An- und Zugehörigen in diesem Bereich beschrieben, ist der enorme Zeitaufwand, der für die Betreuung, Pflege und Organisation der Versorgung betrieben werden müssen (I-3-13; I-3-15; I-3-17; I-3-19). Dieser schränke Alltagsroutinen ein. Eine Person benannte begrenzte zeitliche Ressourcen:

„Das ist dann mehr oder weniger eine zeitliche Überforderung öfter. Nicht, dass man es nicht hinkriegt, aber der Tag ist dafür einfach zu kurz“ (I-3-12)

Häufig müsse bei einzelnen Ereignissen oder Terminen der Tagesablauf danach ausgerichtet und organisiert werden. Die gesamte Organisation der Versorgung kostete ebenfalls sehr viel Zeit, wenn das Rezept aus der Apotheke geholt werden müsse, die An- und Zugehörigen sich erneut in der telefonischen Warteschlange beim Arzt oder der Pflegekasse befänden, um Informationen zu erhalten, Termine organisiert werden wollen oder die An- und Zugehörigen zu Terminen begleitet werden müssen. Eine Person zeigte sich enttäuscht, dass sie von ihrer Pflegezeit auch so viel Zeit für Organisatorisches erledigen müsse:

„Die Zeit, wo ich mit meiner Mutter zusammen bin, diese Pflegezeit, sage ich mal, das ist ja außerhalb dieser Pflegezeit, wo ich das dann wieder machen muss. Das geht ja von meiner Zeit, von meinem privaten ja schon wieder weg“ (I-3-11)

Auch die Familienzeit sei in diesen Situationen häufig zu kurz (I-3-6). Dies sei ebenfalls sehr belastend. Ausflüge mit den Kindern wurden dann unmöglich, wenn die sorgende Person alle zwei Stunden zuhause sein müsse (I-3-7). Eine pflegende Person würde aktuell nicht in den Urlaub fahren, weil sie sich in der Verantwortung sehe, sich um den zu Pflegenden zu kümmern (I-2-5). Eine andere pflegende Person beschrieb seine alltäglichen Einschränkungen durch die Sorgearbeit des Vaters wie folgt:

„Aber unsere Mutter ist Ende 2019 gestorben und seitdem muss ich grundsätzlich, wenn ich mal vor die Tür will oder meine Frau oder wir zusammen mal weg wollen, jemanden haben. Ja, sonst ist man 24 Stunden am Tag eingebunden“ (I-3-10)

Eine **Entlastung im Alltag** explizierten die Interviewten *nach der ReKo-Intervention (t1)* insbesondere im Bereich der Informationsbeschaffung, Administration und Organisation des

Sorgearrangements. Diese habe sehr viel Zeit in Anspruch genommen, durch die CM-Begleitung sei dieses wesentlich entspannter und ressourcensparender verlaufen. In einzelnen Fällen beschrieben die Menschen auch, dass ihnen durch diese Administration und Unterstützung bei der Organisation von pflegerischen oder alltagsnahen Dienstleistungen wieder mehr zeitliche Ressourcen für eigene Alltagsroutinen und Freizeit zur Verfügung standen. Eine pflegende Mutter berichtete beispielsweise, dass ihr durch die Vermittlung einer Tagesstruktur ihrer pflegebedürftigen Tochter im Alltag mehr Zeit für sich selbst, aber auch für Familienaktivitäten zur Verfügung stand:

„Ja für mich [gab es]- also kein- kein Privatleben natürlich, ja. Also kein Leben mehr. Also nicht einkaufen, nicht mit der anderen Tochter einkaufen gehen, also da Eis essen, keine Chance. [...] Also diese Schule, Tagesförderung, das hat [Name CM] ausgesucht, das ist also die beste. Ja. [...] Und hat man- ich habe immer- also diese dreieinhalb Stunde das ist wie- ich weiß nicht, weil, ich kann ein bisschen erholen und neue Kraft [tanken].“ (I-3-35)

Eine weitere pflegende An- und Zugehörige hatte zunächst mit der/dem Case Manager*in versucht eine häusliche Pflege zu organisieren, als dieses Sorgearrangements jedoch nicht mehr tragbar war, erfolgte ein Umzug in eine stationäre Langzeitpflegeeinrichtung. Die Person habe dazu viele Gespräche mit der/dem CM geführt. Dadurch sagte sie, fühle sie sich weniger belastet und könne ihren Alltag auf die schönen Momente mit ihrer Mutter ausrichten:

„[...] Ich muss halt nicht mehr einkaufen. Ich kann da jetzt einfach so hinfahren, ohne Sorgen, sie besuchen, fragen, wie es geht. Mal einen Wein oder ein Bierchen vorbeibringen, können wir mal zusammen dann halt draußen ein leckeres Getränk trinken.“ (I-3-21)

Nicht zuletzt leide auch die **körperliche Gesundheit**. Einige Interviewteilnehmende haben sich, aufgrund der Übernahme der Sorgetätigkeiten, bereits häufiger arbeitsunfähig melden müssen (I-3-22; I-3-29). Eine Person war bereits seit einem Jahr krankheitsbedingt arbeitsunfähig. Diese gab an, die Pflege körperlich nicht mehr leisten zu können (I-3-39). Eine andere pflegende An- und Zugehörige war zum Zeitpunkt des Interviews bereits 85 Jahre alt und fühlte sich durch die Betreuungsaufgabe zunehmend körperlich belastet (I-3-21). Wie bereits im Vorfeld beschrieben, klagten viele der interviewten Personen darüber hinaus häufig über Erschöpfung oder Überforderung.

Zu Beginn des ReKo-Projektes (t0) wurde das psychische, seelische und emotionale Wohlbefinden von den pflegenden An- und Zugehörigen (n=16) mehr oder weniger als stark belastet beschrieben. Auf dieser Dimension wurden alle Aussagen zur eigenen **psychischen Gesundheit** kategorisiert. Dabei handelte es sich um Situationen, in denen die befragten Personen unter der Verpflichtung litten, dass sie zum Teil allein für die zu Betreuenden verantwortlich seien oder die Erwartungshaltung bestand, dass sie diese Aufgaben übernehmen. Letzteres begründete sich beispielsweise, weil sie in derselben Häuslichkeit oder in der Nähe wohnen; weil sie beruflich nicht so stark eingebunden waren wie andere Familienangehörige; weil keine andere an- und zugehörige Person verfügbar war; weil eine Verantwortung dem Lebenspartner gegenübergesehen wurde oder weil der berufliche

Hintergrund nahelegte, diese Aufgabe zu übernehmen (I-3-1; I-3-3; I-3-9; I-3-11; I-3-13). Eine pflegende An- und Zugehörige mit pflegefachlichem Hintergrund äußerte sich dazu wie folgt:

„Ich bin hier die Krankenschwester und die macht das schon. Die weiß, was sie zu tun hat. Das war einfach jetzt wirklich die größte Belastung und Herausforderung jetzt, was dann auch zu viel war. Die Masse zu viel war“ (I-3-4).

Die **Beziehung zum betreuenden Menschen** wurde ebenfalls als psychisch besonders belastend erlebt. In diesem Zusammenhang wurde von ablehnendem Verhalten, fehlender Wahrnehmung und Anerkennung der Beeinträchtigungen seitens der pflegebedürftigen Person gesprochen. Auch Angebote zur Unterstützung wurden von einigen zu Pflegenden abgelehnt wie die Verweigerung des Besuches einer Tagespflegeeinrichtung bzw. anderer gesellschaftlicher Angebote oder des Umzugs in eine stationäre Langzeit- bzw. Kurzzeitpflegeeinrichtung, durch bspw. Verweigerung der Nahrungsaufnahme (I-3-1; I-3-2; I-3-8; I-3-10; I-3-13; I-3-20). Ablehnendes Verhalten war für die pflegenden An- und Zugehörigen besonders dann belastend, wenn sie im Zwiespalt standen zwischen dem Wunsch der zu umsorgenden Person und der eigentlich dringend benötigten Entlastung. So schildert eine befragte Person folgende Situation:

„Aber ich habe ja selber auch mein eigenes Leben und ich verbringe schon viel Zeit mit meiner Mutter, ja schon. [...] Weil meine Mutter, die will absolut nicht für ein paar Stunden mal außer Haus, unter anderen Senioren. Das möchte sie absolut nicht“ (I-3-11).

Vier Personen litten durch die Pflege oder Betreuung in der Nacht unter **Schlafstörungen**. Diese Situation sei besonders belastend, insbesondere bei einer 24 Stunden Betreuung oder Rufbereitschaft. Eine Person beschreibt die Situation folgendermaßen:

„Und Nachteil auch, dass wenn was war, muss man immer wach sein. [...] wie gesagt zweimal musste ich auch jeden Fall immer aufstehen und das war auch auf die Dauer wirklich anstrengend“ (I-3-7). Eine andere Person war dagegen von der gesamten Betreuungssituation emotional stark belastet: „Es ist schwer, ich kann nachts nicht mehr so gut schlafen und ich bin da schon sehr belastet durch“ (I-3-2)

Emotional belastend wurde auch das **Miterleben der gesundheitlichen Verschlechterung** eines nahestehenden An- und Zugehörigen beschrieben (I-3-1; I-3-2; I-3-3; I-3-14; I-3-16). Zuzusehen, wenn der/die Partner*in unter Schmerzen, Depressionen oder Suizidgedanken leide:

„Ja, klar, belastend ist das immer. Vor allen Dingen, wenn er ja irgendwie ich sage mal Schmerzen hat. Er kann nicht mehr reden. Und er kann sich kaum noch bewegen zum Beispiel. Dass man dann doch oftmals hilflos ist“ (I-3-14)

Diese Person beschrieb sehr eingehend, wie schwer es auch innerhalb der Partnerschaft war, die neue Rolle einzunehmen, als sich die Rollen verschoben und ein akutes

Abhängigkeitsverhältnis eintrat. Dazu waren viele Gespräche erforderlich. Die Personen äußern in diesem Zusammenhang auch Zukunftsängste:

„Im Moment haben wir die Situation mit meiner Mama. Wie geht es mit meiner Mama weiter? Die ist jetzt wieder so fit geworden, ab nach Hause haben wir gesagt. Aber wie schaffen wir das zu Hause weiterzukommen? Also, man ist in dem Moment ein bisschen hilflos auch. Wissen Sie? Man möchte ihnen Gutes tun, aber man weiß nicht, wie man das schaffen kann. Ja. [...] Sie wird immer schwieriger. Also, es geht bei mir teilweise bis zur Erschöpfung“ (I-3-9)

Das Verhalten von demenziell erkrankten An- und Zugehörigen wurde ebenfalls als herausfordernd erlebt (I-3-8; I-3-15). Fehlende Informationen der Ärzt*innen zum besseren Verständnis des Krankheitsbildes wurden ebenfalls als belastend beschrieben (I-3-17; I-3-20). Eine Person äußerte außerdem, dass sie häufig unter einem schlechten Gewissen bzgl. der Pflegesituation ihrer an- und zugehörigen Person leide (I-3-20). Eine weitere Person litt wiederum sehr darunter, dass Unstimmigkeiten bezüglich der Versorgung der Mutter innerhalb der Familie bestanden (I-3-9). Auch ein unsicheres bzw. instabiles familiäres Sorgenetzwerk kann demnach belastend sein.

Die professionelle Begleitung durch eine ReKo-CM, d.h. eine professionelle, vertrauensvolle Person, führte zu einer **emotionalen und psychischen Entlastung** bei den pflegenden An- und Zugehörigen (t1). In dieser Kategorie variierte der Grad der erlebten Entlastung zwischen den interviewten An- und Zugehörigen. Nahezu alle interviewten Personen äußerten sich zu dieser Kategorie (n=19). Der Großteil davon erlebte eine spürbare Veränderung (n=16). Sie beschrieben, dass sie nach der Betreuung durch das ReKo-CM eine Linderung der Belastung, mehr Entspanntheit, mehr Ruhe und weniger Überforderung erlebten. Dazu hätten unter anderem die Sicherheit, dass jemand da ist; die gemeinsame Entscheidungsfindung und damit für einige die geteilte Verantwortung; die kompetente Hilfe bei Fragen und Problemen; die Entlastung bei der Übernahme von administrativen und koordinierenden Aufgaben; die Erreichbarkeit; die Begleitung in der schwierigen Lebensphase sowie die aufbauenden Gespräche z. B. in Bezug auf aufgetretene Schuldgefühle gegenüber der zu pflegenden Person beigetragen. Folgendes Beispiel einer pflegenden Angehörigen verdeutlicht diese erlebte Entlastung:

„Also da kommt noch eine ganze Menge auf uns zu. Aber es haut mich nicht mehr so um wie- Also vorher war es wirklich so, ich bin morgens aufgewacht und hab gedacht, das muss ich, das muss, das muss ich, das muss ich und dann ist wie so eine Mauer hochgefahren, wo ich gesagt habe: >Nö<. Und dann ging es auch nicht mehr.“ (I-3-37)

Auf die Frage, wie sie die Belastungen im Vergleich zum letzten Jahr erlebten, antwortete eine Person im Interview: *"Ich glaube 100 % weniger"* (I-3-35). Dieser Person wurde durch das ReKo-CM sehr umfassend in den Bereichen Administration von Leistungen, bei der Wohnungssuche, bei Gesprächen mit Behörden und bei der Koordination mit Leistungsanbietern unterstützt.

Nicht immer war der Verbleib in der Häuslichkeit das oberste Ziel der CM Begleitung. In folgendem Beispiel erlebte die an- und zugehörige Person eine Entlastung durch den Umzug der zupflegenden Person in eine stationäre Langzeitpflegeeinrichtung. Die Person war im Vorfeld sehr eingespannt in der täglichen Pflege und Betreuung des An- und Zugehörigen. Durch die Vermittlung einer stationären Einrichtung habe sich die Beziehung zur pflegebedürftigen Person verbessert, die Person fühlte sich weniger gehetzt und könne die gemeinsame Zeit nun intensiver ohne Pflege-, Betreuungsaufgaben genießen (I-3-36).

Auch eine kompetente und schnelle Versorgung wurde dem CM attestiert:

„Ja. Nein, aber sie hat mir wirklich sehr gut geholfen, muss ich ehrlich sagen. Sonst- ja, weiß ich nicht ob ich das so schnell überstanden hätte alles“ (I-3-37)

Diese Person war sehr überlastet mit der Vereinbarung von Pflege, Beruf, Ausbildung, Selbstständigkeit und der Betreuung der Kinder, wodurch eine zeitweise Arbeitsunfähigkeit bestand. In diesem Fall wurde zudem eine gesetzliche Betreuung angeregt, wodurch ebenfalls eine Entlastung erlebt wurde.

Eine weitere Person empfand besonders die **geteilte Verantwortung** als hilfreich. Diese Person war voll berufstätig, hatte kein informelles Netzwerk, fühlte sich sehr alleine. Sie beschrieb, dass sie bei jedem neuen Brief Panikmomente erlebte, ob sie der Situation gewachsen sei. Ihr habe es sehr geholfen, mit diesen Belastungen nicht mehr alleine zu sein. Die ReKo-Case Manager*in habe sie in dieser Phase sehr unterstützt und Ruhe in die Situation gebracht (I-3-27).

Die ReKo-Intervention hatte in einigen Fällen auch einen **Einfluss auf die Beziehung** zwischen den pflegenden An- und Zugehörigen und den zu pflegenden Menschen. Zum Messzeitpunkt t1 beschrieb eine Person bspw., dass ihr der emotionale Beistand und die externe professionelle Sicht auf das Krankheitsbild oder die herausfordernde Situation geholfen habe, ein Verständnis für die Situation aber auch eine professionelle Einordnung des Hilfebedarfs zu entwickeln:

„Aber, ja, eigentlich war (Name CM). so der erste, der wirklich auch die Augen mit geöffnet hat und gesagt hat, es ist wirklich die Krankheit, weil er halt auch so ausfallend wurde. So morgens macht man schöne Sachen geht noch in den Tierpark und alles ist super und abends ruft man an und man kriegt nur zu hören, >verrecke< und >ich hätte dich ersaufen sollen< Das war dann schon schlimm. Und ich musste erstmal wirklich begreifen, dass das die Krankheit ist. [...] sie hat immer wieder, immer wieder erklärt und dann irgendwann kam aber auch halt der Satz und dann- ja, irgendwann- auch durch die anderen Gespräche halt konnte ich es wirklich dann auch- Ja da war für mich der Punkt gekommen, wo ich gesagt habe, okay er ist krank, man kann ihm nicht helfen, ich hätte nichts anderes tun können.“(I-3-37)

Die ReKo-Case Manager*innen haben bei den gemeinsamen Gesprächen mit den pflege- und hilfebedürftigen Menschen und ihren An- und Zugehörigen eine vermittelnde Rolle übernommen, die für beide Perspektiven die optimale Lösung gesucht habe:

„Genau, ich bin mit der Belastung ja übergeblieben. Ich habe immer das von meiner Mutter draufgekiegt: „Ich will zu Hause bleiben.“ Und so hat ja meine Mutter auch mal eine andere Stimme bekommen, ein anderes Gespräch, dass es halt nicht mehr geht.“ (I-3-21)

In letztgenanntem Beispiel wurde eine Sorgearrangement weiterentwickelt, indem die pflegende Tochter nicht mehr nur für die Pflege und Organisation des Haushaltes zuständig war, sondern die freie Zeit nun aktiver mit der pflegebedürftigen Mutter verbringen konnte. Hier wird die Beziehung als harmonischer und entspannter beschrieben. Eine weitere Person beschreibt, dass neben der eigenen Entlastung auch der Partner sich entlasteter und zufriedener gezeigt habe, nachdem sie durch das CM begleitet wurden:

„Und das war für ihn ein sehr gutes Gefühl. Einfach zu sagen, so jetzt, ich lass meine Frau schon mit dieser ganzen Geschichte alleine, aber jetzt ist da jemand und der sich so gut kümmert, also das weiß ich, dass das für meinen Mann total wichtig war. Ja, das ist dann natürlich auch für unsere Beziehung wichtig. Ne? Ja.“ (I-3-38)

Wenn eine Besserung der Lebenszufriedenheit bei den zu Pflegenden erreicht wird, hat das nicht nur positive Auswirkungen auf die Beziehung, sondern wird auch als eigene Entlastung erlebt, vor allem wenn Gewissenskonflikte im Raum stehen:

„Weil meine Tochter kommt von diese Tagesstruktur so glücklich, ja, sie- weil sie war beschäftigt, sie hat etwas gemacht. Etwas unternommen. Nicht nur mit Mama zu Hause den ganzen Tag. Ich war also in schlechtem Zustand, psychische Zustand. Weil, also, ich war überlastet einfach. Und jetzt, sie kommt glücklich, und sie sieht, dass ich bin sehr bisschen beruhigt.“ (I-3-35)

Auch der Einbezug von weiteren Personen in das Sorgenetzwerk und die **Unterstützung bei administrativen Aufgaben** wurde als Unterstützung und Entlastung wahrgenommen. In folgendem Beispiel wurde neben der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der zu pflegenden Person auch Hilfestellung bei der Antragsstellung für eine Reha zur Behandlung eines Burnouts geleistet:

„Dadurch, dass sie mir hilft und wir dann den nächsten Schritt gemacht haben zusammen, das war für mich auch wie so, ich habe wieder ein bisschen mehr Kraft. Es geht wieder weiter. Es ist wieder leichter für mich die Pflege von meinen Eltern. Das gibt auch Kraft. Also ist es ja nicht nur, man darf ja auch diese Pflege nicht als Belastung sehen. Das sind ja auch meine Eltern. Und die immer für einen da waren und denen man dann auch mal was wiedergeben möchte. Das ist ja auch eine Liebe, die man zu denen hat. Und man braucht aber viel Kraft für Pflege. Und das sehen viele nicht. Und das war immer so ein bisschen eine Stütze und ich wusste, sie ist da

und wenn ich was habe, kann ich sie anrufen. Oder mal eben eine SMS schreiben. Sie war immer da. Sie war greifbar für mich. Und wenn sie Zeit hatte, hat sie das dann immer zurückgeschrieben. Das fand ich so toll. Das war für mich so wichtig.“ (I-3-13)

In diesem Beispiel wird außerdem die bereits vielfach beschriebene erlebte Versorgungssicherheit durch eine regionale Ansprechperson deutlich (s. a. Kapitel 3.5).

Drei interviewte Personen drückten zwar eine Entlastung im Bereich der Administration von Leistungen aus, fühlten sich dennoch weiterhin belastet. Eine Linderung der vor allem seelischen Belastung konnte das CM in diesen Fällen nicht erreichen. Laut Aussagen der Interviewten hätte das CM hier nicht weiter unterstützen können. Gründe hierfür seien der allgemeine Umstand in der Häuslichkeit, fehlende Akzeptanz und die labile psychische Erkrankung der zu pflegenden Person:

„Die Sachen, die hier zu Hause passieren, da man hier schon einen dementen Vater hat und ja die Dinge, die hier passieren, die kann einem so ein Projekt jetzt natürlich auch nicht abnehmen“ (I-3-32)

Diskussion der Teilergebnisse ›Belastungen pflegender Angehöriger‹

Innerhalb der folgenden Teildiskussion werden die Ergebnisse der standardisierten und qualitativen Erhebungen trianguliert und demnach integriert diskutiert.

Die Hypothesen und Fragestellungen, die innerhalb der Diskussion beantwortet werden, fokussieren darauf, wie an- und zugehörige CM-Klient*innen das ReKo-CM erlebt haben und inwiefern ReKo-CM als Entlastung wahrgenommen wurde. Weiterhin wird die subjektiv wahrgenommene Belastung (Messung über die HPS-Skala) der an- und zugehörigen CM-Klient*innen im Zeitvergleich (t0-t2) und im Gruppenvergleich (IG-KG) diskutiert. Die Untersuchung von Belastungen von An- und Zugehörigen differenziert dabei in objektive und subjektive Faktoren (Gräbel und Behrndt 2016).

Im Hinblick auf die Hypothese, dass sich aufgrund des ReKo-CM eine stärkere Entlastung der pflegenden An- und Zugehörigen der IG als der KG ergibt, lässt sich auf Basis der quantitativen Ergebnisse erkennen, dass bereits die Ausgangslage in den Studiengruppen unterschiedlich ist. **Das Belastungsausmaß der IG ist zum Zeitpunkt t0 signifikant höher als das der KG.**

Bemessen an vorliegenden Referenzwerten ist das Belastungserleben der Studienpopulation insgesamt eher niedrig. Eine mögliche Begründung dafür ist, dass eine Studienteilnahme zeitliche Ressourcen erfordert, die stark belastete (pflegende) An- und Zugehörige eher von einer Teilnahme abhält. Lediglich für An- und Zugehörige demenzerkrankter Menschen wurde in der IG eine mittelgradige Belastung mit einem erhöhten Risiko für psychosomatische Beschwerden gemessen (Gräbel und Behrndt 2016; Gräbel und Leutbecher 1993). Im ReKo-Projekt war besonders diese Gruppe relativ stark vertreten, da der Zugang für demenziell erkrankte Pflegebedürftige selbst nicht möglich war. Die Einschreibung und Durchführung der Intervention erfolgten in diesen Fällen eher über und für deren An- und Zugehörige. Weiterhin sind hohe Standardabweichungen vom Summenscore zu allen Erhebungszeitpunkten und für beide Gruppen auffällig. Das Belastungserleben ist demnach sehr heterogen verteilt.

Die *Interviews zu t0* zeigen entsprechend der Kategorie von Wilz und Gunzelmann (2017) **umfassende Belastung der ZG der pflegenden An- und Zugehörigen**. Für die 20 interviewten Personen bestanden folglich: Belastungen im Bereich der materiellen und finanziellen Situation, des sozialen Lebens, der körperlichen Gesundheit, im Bereich des psychischen Wohlbefindens. Ein Vergleich zur KG ist ausschließlich für die standardisierte Erhebungen (HPS-Skala) möglich, die vornehmlich die subjektiv erlebte Wahrnehmung von Belastungen abbildet. Weiterhin beschreiben die interviewten Personen zu in t0 vielfach, dass sie sich zu Beginn des CM-Prozesses in einer „Auswegs- und Hilflosigkeit“ befunden haben. Die Situation der pflegenden An- und Zugehörigen kann als kongruent zum wissenschaftlichen Diskurs bewertet werden, in dem sich immer wieder die vielfältigen Herausforderungen aufgezeigt wurden/werden (Rothgang und Müller 2018).

In der Entwicklung des Belastungserlebens zeigen die standardisierten Analysenzwischen IG und KG einen signifikant unterschiedlichen Verlauf. **In der KG kann eine signifikante Zunahme des Belastungserlebens von pflegenden An- und Zugehörigen zwischen t0 und t1 nachgewiesen werden**, die auf progrediente Pflegeverläufe und entsprechend zunehmende Anforderungen und objektive Belastungen der Pflegenden zurückzuführen ist. **Für die IG zeigt sich dagegen ein stagnierendes bzw. leicht sinkendes Belastungsniveau zwischen t0 und t1**. Dies verweist darauf, dass das ReKo-CM sich bei für die IG ebenfalls anzunehmenden progredienten Pflegeverläufe präventiv auf eine Zunahme des Belastungserlebens auswirkt. Zwischen t1 und t2 steigt das Belastungserleben der IG wieder an, was auf den Wegfall der Unterstützung durch das ReKo-CM zurückgeführt werden könnte. In der KG ist ein kontinuierlicher Anstieg erkennbar. Die Werte der IG und der KG gleichen sich aufgrund dieser Entwicklung im Zeitverlauf an und unterscheiden sich bereits zu t1 nicht mehr signifikant.

Die Auswertung der qualitativen *t1-Erhebungen* zeigt auf, dass **pflegebezogenes CM für eine subjektive und objektive Entlastung sorgen kann**. Objektive Entlastung konnte erreicht werden, indem auf der Dimension der materiellen und finanziellen Belastungen bspw. durch die Erweiterung des Sorgenetzwerkes und Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit, die Ermöglichung einer beruflichen Weiterentwicklung oder die Durchsetzung eines unbeachteten sozialrechtlichen Leistungsanspruches, eingewirkt wurde. Auch die seelische Belastung wurde reduziert, indem Behandlungsoptionen und begleitende Dienste für stark belastete pflegende An- und Zugehörige mit psychischen Erkrankungen aufgezeigt und vermittelt wurden. Einschränkungen des sozialen Lebens konnten durch die Vermittlung von Angeboten zur Betreuung der zu pflegenden Personen gemindert und die eigene Gesundheit gestärkt werden.

Zusammenfassend wird die **ReKo-Intervention von nahezu allen interviewten Personen als subjektiv entlastende Unterstützungsleistung** beschrieben. Dieser Befund legt nahe, dass das CM vor allem einen Einfluss auf die Bewertung der Anforderungen hat.

Besonders herauszuheben ist die Bedeutung der vielfach beschriebenen **Ressource: „soziale Unterstützung“**, die durch eine kontinuierliche Begleitung durch das CM ausgebaut und im Sinne eines Sorgenetzwerkes gefördert wurde. Hier spielte vor allem die **zentrale Ansprechperson** (vgl. Kapitel 3.5) eine maßgebliche Rolle. Weiterhin wurde auch die Förderung von **Ressourcen zur Koordination und Steuerung von administrativen Herausforderungen** als wichtige Entlastung durch die Befragten wahrgenommen. Diese

Koordinationsanforderungen und die damit verbundenen Belastungen haben durch die COVID-19-Pandemie noch zugenommen, daher sind Entlastungsoptionen von besonders relevanter Bedeutung (Wolf-Ostermann et al. 2020). Das pflegebezogene CM hat aus Sicht der An- und Zugehörigen (n=19) einen positiven Einfluss auf die Erschließung und Bereitstellung von den Ressourcen „Soziale Unterstützung“ und „Steuerung und Koordination administrativer Aufgaben“ (vgl. Abbildung 100).



Abbildung 100: Reduzierung subjektiver und objektiver Belastungen von pflegenden An- und Zugehörigen durch das pflegebezogene ReKo-CM

Die standardisierten Erhebungen zeigen, dass die erlebte Entlastung in der Zeit nach der Intervention (t1-t2) wieder zurückgeht. Hier bedarf es weiterer Forschung, die auch die langfristige Wirkung des CMs in den Mittelpunkt der Analysen stellt.

Als Limitation ist zu benennen, dass nicht erhoben wurde, welchen Pflegegrad die Personen haben, die durch die in das Projekt eingeschriebenen pflegenden An- und Zugehörigen versorgt wurden. Für weitere Auswertungen wäre dies sinnvoll, da die bisherige Studienlage darauf hinweist, dass ein höherer Pflegegrad mit einer höheren Belastung verbunden ist (Büscher et al. 2023).

3.19 Zusammenarbeit im Versorgungsmix

Qualitative Studien ZG 4-7, t0 und t1

Zentrale Ergebnisse
Eine erfolgreiche Implementation von ReKo-CM hängt zentral von einer gelungenen institutionellen Einbindung in regional etablierte Strukturen ab. Besonders in kommunalen Strukturen und Krankenhäusern funktionierte die Integration gut, während die Zusammenarbeit mit Allgemeinärzt*innen erschwert war. Dezentrale ReKo-CM-Strukturen werden von allen befragten bevorzugt. Das ReKo-CM ergänzt die Regelversorgung sinnvoll, ohne Doppelstrukturen zu schaffen.

Zu Beginn der ReKo-Intervention (t0) wurden neben Einzelinterviews mit den Versorgungsanbieter*innen (ZG 4) der IG und KG, zwei Fokusgruppen mit den ReKo-Case Manager*innen der jeweiligen IGen (ZG 4) durchgeführt. Bei den Interviews wurden die Erwartungen an die Zusammenarbeit mit den Case Manager*innen und in der Fokusgruppe bereits erste Erfahrungen bei dem Aufbau des fallbezogenen Netzwerkes und Schnittstellen

mit Akteuren des Versorgungsnetzwerkes in den Blick genommen. Zum Ende der Intervention (t1) wurden die Vertreter*innen (ZG 4) zu ihren Einschätzungen zur fallbezogenen Zusammenarbeit mit den ReKo-Case Manager*innen befragt. Hierbei stand die Bereitschaft zur fallbezogenen Zusammenarbeit, der Prozess zur Weiterleitung von CM-Fällen und die Art der Zusammenarbeit im Fokus.

Erwartungen der Versorgungspartner*innen an das ReKo-CM (Ergebnisse qualitative Erhebungen ZG 4, t0)

Forschungsfragen (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
F1: Welche Erwartungen haben die Versorgungspartner*innen im Umfeld des CMs an das ReKo-Projekt?	T0: ZG 4: 18 Interviews, IG und KG	Qualitative Einzelinterviews

Zu Beginn der ReKo-Intervention (t0) wurden die befragten Personen der ZG 4 gefragt, welche Erwartungen sie an das ReKo-Projekt haben. Dazu äußerte sich eine ambulante Pflegedienstleitung sehr eingehend. ReKo habe in der Zusammenarbeit einen großen Mehrwert, weil es die Fälle übernahm, wo andere Stellen regelhaft sagen, es sei nicht ihre Aufgabe. Die PSPs könnten diese Aufgabe nicht übernehmen, weil sie viel zu „überlaufen“ und „überarbeitet“ seien. Es bedürfe deswegen einer schnellen und direkten Hilfe bei der **Begleitung von komplexen Fällen**. Das könne das ReKo-CM demnach leisten (I-4-01). Eine der bislang gewählten Lösungen beim Umgang mit komplexen Fällen war die interprofessionelle Zusammenarbeit auf kleiner, fallindividueller Ebene. Dabei aber handle man immer innerhalb eines Systems, wo es bislang an fester Struktur oder einem festen Vorgehen mangelte. Es gäbe **keine regelhafte Steuerung** solcher fallindividuellen Kooperationen. So folgten diese Interventionen auch keinem standardisierten Dokumentationsplan, sondern einer individuellen Dokumentation, die keine Regelmäßigkeit erlangte (Mitarbeiter*in PSP I-4-03). Innerhalb dieses Vorgehens wurden die regelhaften Vorgänge erweitert, die Leistungen gingen bspw. über die Beratungsleistungen eines PSPs hinaus und es wurden außerordentliche Hausbesuche durchgeführt, um auch komplexe Fälle versorgen zu können. Es fand jedoch keine Sicherung des Vorgehens und der Kooperation für folgende und ähnliche Fälle statt. Ähnlich sah es eine pflegedienstleitende Person und erwartet von ReKo Unterstützung bei der Betrachtung schwieriger Situationen:

„[...] die Situation einfach erstmal betrachtet, wie sie gerade ist und mir dabei hilft, zu einer guten Lösung zu kommen im Umgang mit bestimmten Haushalten.“ (I-4-04)

Die Bedeutung für eine strukturierte und fokussierte Kooperation betont auch ein/e Mitarbeiter*in des PSPs (I-4-12). Gerade in Bezug auf komplexe soziale Hintergründe einiger Familien, wo sich insbesondere die Kommunikation schwierig gestalte, erhoffte sich eine Pflegedienstleitung eines ambulanten Pflegedienstes einen Mehrwert von Case-Management (I-4-04). Auch im Umgang mit einer steigenden Zahl anderer kultureller Hintergründe wurden Chancen eines CM gesehen. In ähnlichem Zusammenhang erwartete eine Leitung einer Tagespflegeeinrichtung eine neue „Stütze im System“, weil ReKo einen ganz anderen Überblick über das System habe (I-4-10). Die Region benötige diese Unterstützung, weil die

aktuellen Stellenbesetzungen im Versorgungssystem nicht ausreichen. ReKo könne so also auch unabhängig von seiner speziellen Intervention allein durch die neuen Stellen, die geschaffen werden, das Versorgungsnetzwerk bereichern (Mitarbeiter*in PSP I-4-12).

Die gewinnbringende Rolle des ReKo-Case-Managements könne die **„neutrale, beratende Lotsenfunktion“** sein. Das Vertrauensverhältnis, welches dabei im Mittelpunkt stehen müsse und was zu erarbeiten sei, sei wichtig, damit die Akzeptanz bei den Patient*innen für vorgeschlagene Maßnahmen gegeben sei. Die Menschen benötigten eine bekannte und vertraute Ansprechperson, am besten jemanden, der oder die auch vor Ort lebe oder bekannt sei, so eine Leitung einer stationären Pflegeeinrichtung mit Kurzzeitpflege (I-4-09). Gerade die Menschen, die in ländlichen Gebieten lebten, benötigten jemanden, der oder die bekannt sei. Man brauche diese Verbindung zu den Menschen, um die Versorgung vor Ort gestalten zu können. Die ReKo-Case Manager*innen können diese Rolle des „Bindeglieds“ zukünftig darstellen (Tagespflegeeinrichtungsleitung I-4-10). Der Bedarf sei neben einer eindeutigen Ansprechperson insbesondere das Finden von Lösungen, die über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehen:

*„Und so ein Case Manager, das erhoffe ich mir, wird einfach an diese Lösung schneller rankommen als wenn ich das Rad neu erfinden muss“
(Pflegedienstleitung amb. Pflegedienst I-4-04). Die Rolle des CM durch ReKo wird in diesem Sinne weitergehend besonders in der Koordination gesehen
(Pflegedienstleitung amb. Pflegedienst I-4-01).*

Gegenüber der einmaligen Betrachtung durch den MDK sei ReKo durch die immer wiederkehrende und kontinuierliche Begutachtung der Patient*innen im Vorteil, Defizite zu erkennen (Hausärzt*in I-4-02). Gerade dieser enge Kontakt über mehrere Monate sei das besondere an der Rolle des ReKo-Case-Managements (Mitarbeiter*in Sozialpsychiatrischer Dienst I-4-06). Durch die **kontinuierliche Begleitung** durch das ReKo-Case-Management könnten auch die Angehörigen mehr mit einbezogen werden. Man könne ihnen über längere Zeit erläutern, für welche Bedarfe der Staat aufkommen könne und welche Bedarfe und Bedürfnisse aus der Familie heraus zu tragen seien. So könne ReKo zum Erwartungsmanagement der Angehörigen und Familien beitragen (Hausärzt*in I-4-02).

Eine zentrale Erwartung an ReKo hinsichtlich der Regelversorgung war, dass man eine ergänzende Versorgungsstruktur aufbaue und **keine Doppelstruktur** entwickle. ReKo solle dazu ein **auf Dauer angelegter fester Anlaufpunkt** sein, an welchen man verweisen könne, wo die Case Manager*innen Zeit haben eine lange und intensive Begleitung vor Ort realisieren zu können (Mitarbeiter*in Sozialpsychiatrischer Dienst I-4-06; Sozialdienstmitarbeiter*in I-4-08). Das Finden neuer, unkonventioneller Hilfen, die bislang im System der Krankenkassen und Pflegekassen nicht etabliert sind, wurde als weitere Erwartung genannt:

„Also, ich sag mal so, Querdenken im guten Sinne um Möglichkeiten aufzutun, die ich mir wünsche, die aber so wie gesagt im Budget nicht machbar sind. Aber das wäre was Feines, das wäre schön“ (amb. Pflegedienstleitung I-4-04).

Eine pflegedienstleitende Person wünschte sich, dass ReKo in die Regelversorgung übergeht, damit man sich vor Ort wieder auf das Kerngeschäft konzentrieren könne. Komplexe Fälle

binden durch den großen Koordinierungsbedarf bei Diensten, die nicht darauf spezialisiert sind, Ressourcen, die in der Betreuung Nicht-komplexer Fälle, dem Kerngeschäft, fehlen (I-4-01).

Ein* Ärzt*in sah ReKo aktuell nicht als zukünftigen Teil der Regelversorgung. Der Sinn sei die Übernahme von „*Ausnahmepatienten, bei denen jetzt z. B. die normale Versorgung über ambulante Pflege, Kurzzeitpflege, Altenheimversorgung, Betreuung durch private Kräfte, wenn die sozusagen an ihre Grenzen stoßen würden oder akute Probleme da sind, die jetzt durch einen Pflegedienst nicht zu bewerkstelligen sind, dann würde ich sozusagen versuchen, die ReKo mit einzusetzen.*“ Auf die Gründe, warum er*sie ReKo dennoch nicht als Teil der Regelversorgung sieht, wurde nicht eingegangen (I-4-11).

Ein/e Sozialdienstmitarbeiter*in der KG erhoffte sich vom CM ebenfalls eine **effizientere Nachsorge von Krankenhauspatient*innen** (K-4-02). Es stelle sich im Entlassungsmanagement immer wieder heraus, dass die verschiedenen Stellen innerhalb des Krankenhauses nicht effizient kommunizieren und so teilweise Entlassungen in die Häuslichkeit erfolgen, die kaum Vorbereitungszeit hatten und wo dann in der Konsequenz die Versorgung nicht gesichert sei. Außerdem seien viele Patient*innen häufig mit Nachsorgeterminen oder Folgeterminen in anderen Abteilungen des Krankenhauses überfordert. Case-Management könne hier zu einer besseren Koordinierung, Kommunikation und einer Begleitung der Patient*innen beitragen. Ein*e Case Manager*in könne die Leitung der einzelnen Berufsgruppen im Sinne eines Falles koordinieren und so die Steuerung der Versorgung übernehmen. Es sei gut, jemanden im Krankenhaus zu haben, der oder die „alle Fäden in der Hand hält“. Die Bedeutung für eine strukturierte und fokussierte Kooperation betonte auch ein/e Mitarbeiter*in des PSPs der KG (K-4-06). Gerade in Bezug auf komplexe soziale Hintergründe einiger Familien, wo sich insbesondere die Kommunikation schwierig gestaltet, erhoffte sich auch ein/e Inhaber*in eines ambulanten Pflegedienstes der KG einen Mehrwert von Case-Management (K-4-01).

Aufbau eines fallbezogenen Netzwerkes und Schnittstellen zum ReKo-CM aus Sicht der ReKo-Case Manager*innen (Ergebnisse Fokusgruppeninterviews, ZG 4: Case Manager*innen, t0)

Forschungsfragen (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
F1: Wie erleben die Case Manager*innen die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu Beginn der ReKo-Intervention?	T0: ZG 4: 2 Fokusgruppeninterviews mit den ReKo-Case Manager*innen aus der Graftschaft Bentheim (n=7) und dem Landkreis Emsland (n=9)	Fokusgruppeninterviews

Die Fokusgruppen wurden zwei Monate nach Beginn der ReKo-Intervention durchgeführt. Das heißt die Teilnehmenden standen noch am Anfang der Netzwerkarbeit, haben aber schon erste Erfahrungen sammeln können und sich Strategien zum Aufbau fallbezogener Netzwerkarbeit erarbeitet. In den zwei Fokusgruppen wurden die ReKo-Case Manager*innen

gefragt, wo sie prospektiv Schnittstellen bei dem Aufbau eines fallbezogenen Netzwerkes erwarten. Die Teilnehmenden haben dazu eine Vorlage erhalten und konnten weitere Akteur*innen benennen sowie die bereits vorgegeben bestätigen. Zu einigen Akteur*innen wie beispielsweise der Haustierbetreuung bestand beispielsweise noch kein Kontakt, Informationen zu regionalen Angeboten in diesem Bereich wurden aber bereits eingeholt und auch eine zukünftige Zusammenarbeit bzw. Vermittlung konnten sich die Case Manager*innen vorstellen. Das Ergebnis der Fokusgruppen ist eine Mindmap mit sehr heterogenen Akteur*innen im Umfeld der CM-O (vgl. Abbildung 101).

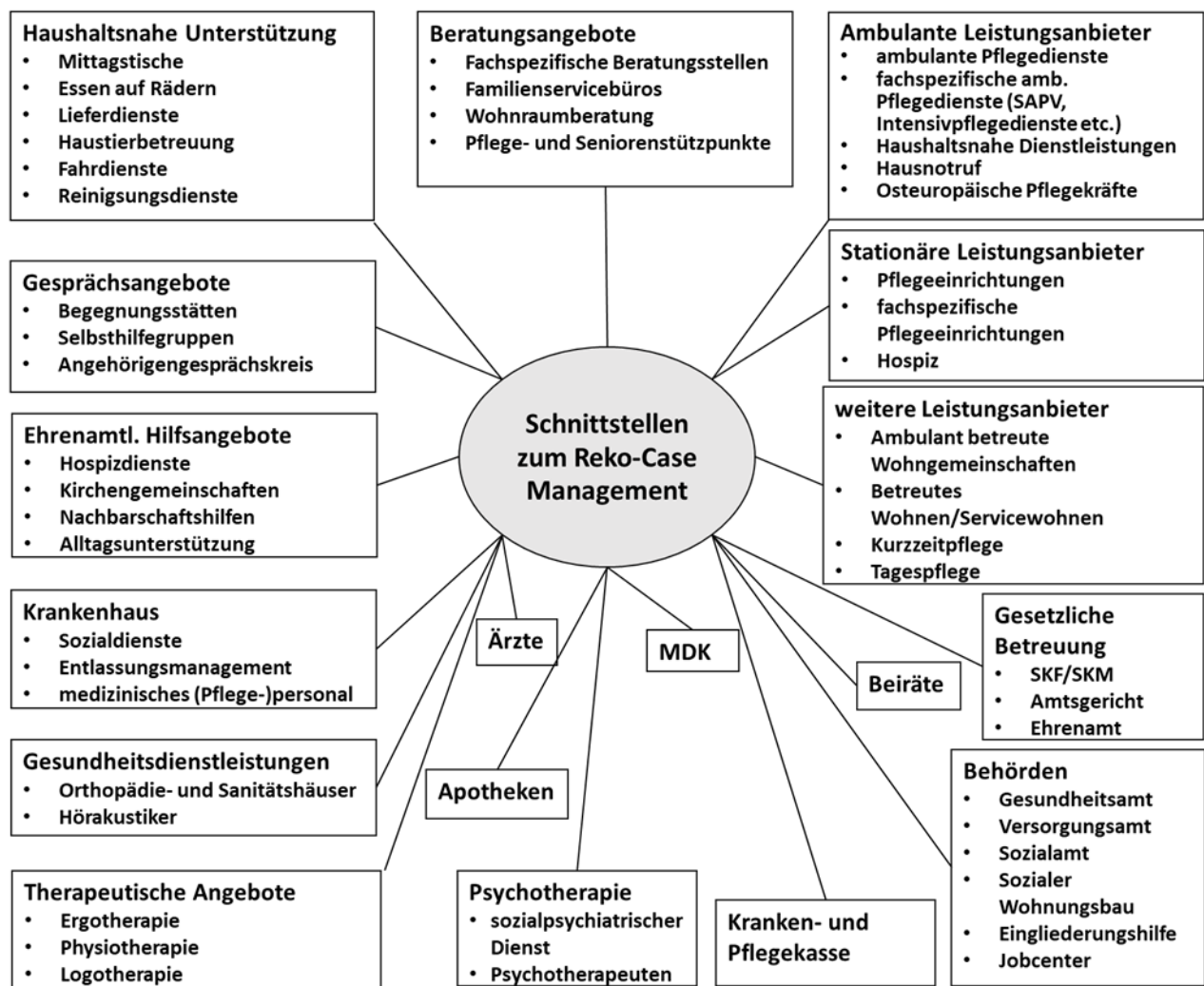


Abbildung 101: Schnittstellen zum ReKo-CM aus Sicht der ReKo-Case Manager*innen (t0)

Des Weiteren wurden die Teilnehmenden nach ihrer aktuellen Herangehensweise zum Aufbau von fallbezogenen Netzwerken befragt und um eine Einschätzung zur bisherigen interdisziplinären Zusammenarbeit bzw. ihrem bisherigen Kontakt zu den genannten Akteur*innen gebeten. Zu allen großen Personengruppen haben die Case Manager*innen bisher Kontakte knüpfen können. Die Aussagen wurden den Kategorien **erfolgreiche fallbezogene Netzwerkarbeit** und **Hemmnisse und Herausforderungen beim Netzwerkaufbau** zugeordnet.

Die **Integration der CM-O in bestehende Angebote** zu den Familienservicebüros, dem Pflege- und Seniorenstützpunkt, dem sozialpsychiatrischen Dienst, der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB), den kooperierenden Krankenhäusern und der kooperierenden Kranken- und Pflegekasse erleichterte hier den Netzwerkaufbau. Die Case Manager*innen beschrieben, dass sich durch ihre Ansässigkeit in den genannten Standorten eine gute Zusammenarbeit entwickelt habe. Die Case Manager*innen hatten eigene Büros in kooperierenden Familienservicebüros, dem Pflegestützpunkt oder waren mit einem Büro angebunden an den Sozialdienst in den kooperierenden Krankenhäusern. Die PSPs als kommunale Einrichtungen sind angegliedert an weitere kommunale Einrichtungen, wie dem sozialpsychiatrischen Dienst und der EUTB. Die kooperierende Kranken- und Pflegekasse hat keine Standorte in der Region, durch die Kooperation bestanden dennoch unkomplizierte Kommunikationswege. Gemeinsam wurden Schnittstellen entwickelt, die Verantwortlichkeiten geklärt und eine gemeinsame Fallbearbeitung sei bereits angelaufen. Hier sei das ReKo-CM bereits erfolgreich im Prozess implementiert und die Weiterleitung von Proband*innen erfolge regelmäßig. Die professionelle Perspektive der ReKo-CM auf die Versorgungssituation wurde bei der Fallarbeit hinzugezogen und auch bei der Öffentlichkeitsarbeit der Dienstleistungsunternehmen integriert. Ein Krankenhaus habe bspw. bereits in der einrichtungsinternen Zeitung mit dem ReKo-Projekt geworben oder den/die Case Manager*in für einen Beitrag in einem Positionspapier angefragt. Bei weiteren Vertreter*innen im Versorgungsumfeld sei dagegen weiterhin viel Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit notwendig. Das beinhaltete bedingt durch die COVID-19-Pandemie und die damit verbundenen Kontaktrestriktionen ein erhöhter meist telefonischer Aufwand zur Vorstellung des ReKo-Projektes. Die Bereitschaft zur Zusammenarbeit sei sowohl in den einzelnen Dienstleistungsbereichen, als auch von Unternehmen zu Unternehmen sehr heterogen. Unterschieden wurde in diesem Zusammenhang die Intensität der Zusammenarbeit zu einzelnen Dienstleister*innen. Bei einigen Akteur*innen wurde mehr Aufwand bzw. Öffentlichkeitsarbeit für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit betrieben als zu Dienstleister*innen, wie bspw. dem Angebot „Essen auf Rädern“ oder Lieferdiensten von Lebensmitteln, die lediglich an die Leistungsempfangenden vermittelt wurden. Gelungene Erstkontakte und der Ausblick auf eine interdisziplinäre Fallarbeit bestanden zu einzelnen (spezialisierten) ambulanten Pflegediensten, stationären Pflegeeinrichtungen, Kurzzeitpflegeeinrichtungen, haushaltsnahen Dienstleistungsunternehmen, ambulanten Wohneinrichtungen, Freiwilligenzentren, Selbsthilfegruppen, Betreuungsstellen, Hausärzten oder Apotheken. Hierbei erfolgte meist eine persönliche oder telefonische Vorstellung des Projektes oder der erste fallbezogene Kontakt. Die Akteur*innen wurden als dem Projekt zugewandt beschrieben und zeigten Eigeninitiative durch das Hinzuziehen der Case Manager*innen bei komplexen Versorgungsfällen. Eine Zusammenarbeit mit Hausarztpraxen bestand in wenigen Fällen, einzelne Hausarzt*innen hätten bereits ihre Dankbarkeit ausgedrückt und erlebten insbesondere die zentrale Ansprechperson als entlastend. In den meisten Fällen bestand der Kontakt jedoch vorwiegend über die Medizinischen Fachangestellten (MFA).

Im Aufbau der fallbezogenen Netzwerkarbeit mit Ärzt*innen zeigten sich die ersten Schwierigkeiten, die der Kategorie Hemmnisse und Herausforderungen beim fallbezogenen Netzwerkaufbau zugeordnet wurden. Die Case Manager*innen beschrieben, dass ein direkter Kontakt zu den Hausarzt*innen oft nicht gegeben sei. Auch wurden sie bereits bei der Anfrage

zur Aufnahme neuer Patient*innen abgewiesen. Einige Hausarztpraxen verweigerten die Zusammenarbeit oder die Ausstellung von erforderlichen Rezepten oder Verordnungen an die Case Manager*innen, nahmen Schweigepflichtentbindungen nicht an oder rieten ihren Patient*innen von der Beteiligung am ReKo-Projekt ab. Gründe hierfür seien eine generelle Skepsis gegenüber dem ReKo-CM, der hohe Aufwand durch die projektbedingte Teilnahme an der Evaluation oder das Infragestellen der Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit einer CM Begleitung ihrer Patient*innen, so die Case Manager*innen in den Fokusgruppen. Auch von Konkurrenzempfinden war in diesem Zusammenhang die Rede. Bei ambulanten Pflegediensten seien ebenfalls Konkurrenzsituationen sowie das Gefühl von Kontrolle durch die Case Manager*innen entstanden. Die direkte Kontaktaufnahme zu einzelnen Pflegefachpersonen, die in der direkten Pflege der Proband*innen einbezogen waren, sei herausfordernd. Da auch hier der erste Kontakt meist über die Pflegedienstleitung erfolgte, die nicht regelhaft einen weiteren Kontakt zu den einbezogenen Pflegefachpersonen herstellte. Pflegedienste bei denen eine erfolgreiche Fallzusammenarbeit bestand, zeigten im Nachhinein keine Eigeninitiative bei weiteren komplexen Versorgungssituationen. Hier wurde das ReKo-CM noch nicht systematisch im Prozess einbezogen. Komplizierte Kommunikationswege und die Zusammenarbeit mit nicht-kooperierenden Kranken- und Pflegekassen wurden ebenfalls als hemmend empfunden. Diesbezüglich wurden heterogene Ansprechpersonen bei der telefonischen Kontaktherstellung, die langen Bearbeitungszeiten zur Anerkennung von Einwilligungsdokumenten der Proband*innen und das defizitäre Hinterlegen von Einwilligungsunterlagen genannt. Oft wurden lediglich mündliche Absprachen getroffen, wodurch spätere Kontaktaufnahmen, insbesondere durch die heterogenen Ansprechpersonen erschwert seien. Herausforderungen in der fallbezogenen Zusammenarbeit zeigten sich außerdem bei den nicht-kooperierenden Krankenhäusern. Hier begegnete den Case Manager*innen ebenfalls verhaltene Skepsis. Es zeigte sich, dass das ReKo-CM zu dem Zeitpunkt der Erhebung nicht systematisch bei der Weiterleitung von instabilen Versorgungssituationen mitgedacht wurden. In der folgenden Tabelle sind die förderlichen und hemmenden Faktoren zusammengefügt:

*Tabelle 159: Förderliche und hemmende Faktoren bei der fallbezogenen Netzwerkarbeit aus Sicht der ReKo-Case-Manager*innen (t0)*

Fallbezogener Netzwerkaufbau	
Förderliche Faktoren	Hemmende Faktoren
• Integration in bestehende Angebote, um von dort die fallbezogenen Netzwerke aufzubauen • Gemeinsame Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit zum erweiterten Angebot • Persönliche oder telefonische Vorstellung des CM bei den Netzwerkakteur*innen • Wahrnehmung des Angebots als Entlastung	• Zusammenarbeit mit Ärzt*innen aus Gründen wie bspw. Datenschutz, dem zusätzlichen Abstimmungsaufwand oder anderen Vorbehalten • Konkurrenzempfinden • Komplizierte Kommunikationswege bspw. mit nicht kooperierenden Kranken- und Pflegekassen sowie Krankenhäuser • Häufig wechselnde Ansprechpartner*innen/Zuständigkeiten

Fallbezogene Zusammenarbeit im Versorgungsmix aus Sicht der Vertreter*innen der Professionen im Versorgungsumfeld (Ergebnisse qualitative Erhebungen ZG 4-7, t1)

Forschungsfragen (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
F1a: Wie erleben die informellen, ehrenamtlichen und formellen Versorgungspartner*innen die Zusammenarbeit auf der fallspezifischen Netzwerkebene? F1b: Wie sind Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten innerhalb des Sorgenetzwerkes verteilt? Wie erleben die Akteure die hybride Führerschaft eines Falles? F1c: In welchen Bereichen bestehen Herausforderungen in der Zusammenarbeit?	T1: • ZG 4: 20 Interviews, IG und KG • ReKo-CM*innen: 17 Interviews, IG • ZG 5+: 5 Interviews, IG	Qualitative Einzelinterviews

In diesem Abschnitt werden die Einschätzungen zur fallbezogenen Zusammenarbeit im Versorgungsmix *nach der ReKo-Intervention (t1)* aus Sicht der Vertreter*innen der Professionen im Versorgungsumfeld (ZG 4), einzelner Netzwerkakteure aus der IG (ZG 5), die operativ tätig waren und der ReKo-Case Manager*innen dargestellt. Die Aussagen der Interviewten wurden den induktiven Kategorien **Weiterleitung von CM-Fällen**, die **Klärung der Zuständigkeit von Verantwortlichkeiten**, die **Art der Zusammenarbeit** und die **Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit** zugeordnet.

Keine durchgeführte fallbezogene Zusammenarbeit bestanden nach Aussagen von einem/r Ärzt*in und einer Pflegeschulleitung. Diese zwei Personen konnten nicht in die anschließende Auswertung der fallbezogenen Zusammenarbeit einbezogen werden. Der/die Ärzt*in teilte ebenfalls mit, dass Informationen zum ReKo-Projekt zwar vorlagen und durch die Teilnahme an den regionalen Pflorgetischen das Projekt bereits bekannt war, eine Zusammenarbeit dennoch nicht stattgefunden habe. Begründet wurde die fehlende Zusammenarbeit damit, dass kein/e Case Manager*in vor Ort ansässig gewesen sei. Auf die Frage, wie bisher die Versorgung von komplexen Fällen sichergestellt werde, wurde eine Lücke in der Versorgung benannt, diese würde jedoch von Leistungen der Regelversorgung aufgefangen:

„Ne bis jetzt, eine Lücke besteht. Aber bis jetzt wird das so ausgefüllt. Wenn jetzt konkret komplexe pflegebedürftige Patienten oder ein bisschen was passiert, wo das Leben nicht mehr so weitergehen kann, wie gewohnt, wenn die aus dem Krankenhaus kommen, wir, vieles über den Sozialdienst der Krankenhäuser organisiert und sonst mit unserem Pflegedienst oder Angehörigen gesprochen. Und wir haben da jetzt keinen zwischengeschaltet, den wir Fragen können, einen Case Manager oder so, der uns dann das organisiert.“(IG-4-8)

Diese Person trennte seinen/ihren eigenen Aufgabenbereich zwischen Medizin und Pflege. Im Verlauf des Gespräches wurden Grenzen in der pflegerischen Versorgung benannt, der Grund hierfür seien jedoch die defizitäre Angebotslandschaft im Bereich der Unterbringung. Von **Schwierigkeiten bei der Einbeziehung und Kooperation von Hausärzt*innen** wurden auch im Rahmen weiterer Interviews mit den Case Manager*innen berichtet. Diese konnten auch zum Erhebungszeitpunkt t1, von wenigen Ausnahmen abgesehen, über den gesamten Projektverlauf kaum verbessert werden (IG-S-001_Q, IG-S-015_Q, IG-S-011_Q, IG-S-012_Q). Ein/e Sozialdienstmitarbeiter*in einer psychiatrischen Tagesklinik hatte bislang lediglich in einem Fall mit den ReKo-CM zusammengearbeitet. Diese wunderte sich, warum trotz der gemeinsamen ZG lediglich in einem Fall Kontakt stattgefunden habe, konnte sich dies jedoch nicht erklären. Die Person teilte folgend mit, dass Informationen zum ReKo-Projekt durch regionale Veranstaltungen vorhanden waren, dass ReKo-CM Inhalt der einrichtungsbezogenen Fallbesprechungen war und andere Kolleg*innen des Sozialdienstes bereits mehrfach Kontakt zu den ReKo-CM hatten und diese von einer guten Zusammenarbeit berichteten (IG-4-6).

Eine **fallbezogene Zusammenarbeit** mit den ReKo- Case Manager*innen bestand bei dem Großteil der weiteren befragten Personen der ZG 4 (n=9) und einzelnen Personen der ZG 5 bis 7, die neben fallübergreifenden ebenfalls fallsteuernde Tätigkeiten übernahmen (n=5). Die Interviewten beschrieben einen häufig bis regelmäßigen Kontakt zu den ReKo-Case Manager*innen. Dazu zählen Aussagen einer stationären Pflegeeinrichtungsleitung, je eine Mitarbeiter*in der Teilhabeberatung, des sozialpsychiatrischen Dienstes, des Familienservicebüros, des Jobcenters, der Eingliederungsstelle, eine Tagespflegeeinrichtungsleitung, eine Pflegefachperson eines ambulanten Pflegedienstes, eine Pflegedienstleitung eines ambulanten Pflegedienstes, eine Geschäftsführung der Freiwilligenagentur, Mitarbeiter*innen des Pflege- und Seniorenstützpunktes und eine ehrenamtliche tätige Person. Die Akteur*innen beschrieben einen häufigen Austausch zur Sicherstellung des Sorgenetzwerkes von Klient*innen mit den ReKo-Case Manager*innen:

*„Genau, also ich sag mal wir haben mehrfach Kontakt gehabt und eigentlich immer dann, wenn's etwas kompliziertere Fälle waren“
(Pflegeeinrichtungsleitung IG-4-1)*

*„Wir haben eigentlich, ich sage mal, jede Woche bis alle zwei Wochen eigentlich immer Kontakt zu ihr [gemeint ist die ReKo-CM]
(Pflegefachperson, IG-4-14)*

*„Mir sind jetzt insbesondere drei Fälle sehr prägnant, die etwas umfassender waren. Ich würde sagen, 10 Fälle hatte ich jetzt, aber wie gesagt, seit Juli [Interviewzeitpunkt 01/23] bin ich auch erst da.“
(Mitarbeiter*in Sozialpsychiatrischer Dienst IG-4-3)*

Innerhalb der Projektlaufzeit habe sich die Zusammenarbeit sogar intensiviert, so eine Tagespflegeeinrichtungsleitung:

„Also ich muss sagen, ich bin, ich glaube seit 2019 über die ReKo informiert und stelle jetzt fest, warum auch immer, dass sie für mich immer präsenter sind, immer intensiver.“ (IG-4-4)

In den Interviews mit den ReKo-Case Manager*innen wurde deutlich, dass der Aufbau und die Integration von regionalen Netzwerken (CM-O) besonders gut umgesetzt werden konnte, wenn das ReKo-Angebot als **CM-O in bestehende Angebote integriert** wurde und die Mitarbeitenden in etablierten Einrichtungen und Angeboten das ReKo-Angebot als positive Erweiterung ihrer Arbeit bewertet haben (IG-S-008_Q, IG-S-009_Q, IG-S-011_Q; IG-S-013_Q). Die Relevanz der Integration des ReKo-Konzeptes in etablierte Prozesse und Strukturen spiegelte sich auch in kritischen Äußerungen zur CM-O wider. So gaben einige Case Manager*innen an, dass sie bei dem Aufbau der regionalen CM-O teilweise mehr auf bestehenden Strukturen in den Modelllandkreisen hätten eingehen müssen (IG-S-017_Q, IG-S-016_Q). Besonders in einem der beiden Modelllandkreise bestanden zunächst Vorbehalte gegen das Modellprojekt, da bereits regionale Netzwerke bestanden und ReKo „zunächst als Doppelstruktur“ wahrgenommen wurde (IG-S-011_Q). Diese Vorbehalte haben sich über den Projektverlauf aufgelöst, da die Interventionen der CM-O zunehmend als sinnvolle Erweiterung des bestehenden Angebots und nicht als Konkurrenz/Doppelstruktur bewertet wurden. Lediglich eine interviewte Person berichtete, dass es in der Modellregion vereinzelt zu Konkurrenzsituationen in Bezug auf bestimmte Beratungsleistungen gekommen sei (IG-S-011_Q).

Mit Blick auf das Projektkonzept, die ReKo-Interventionen im Sinne einer **regionalen CM-O** zu betreiben, beschrieben die Case Manager*innen einen Prozess, der, wie bereits die Ergebnisse der Fokusgruppeninterviews zu t0 zeigten, viel Aufklärungsarbeit erforderte und erst im fortschreitenden Projektverlauf seine vollständige Wirkung entfaltet habe:

„Am Anfang hat es sehr, sehr viel Kraft gebraucht, eine Akzeptanz zu bekommen. Also ReKo war ein Fremdwort und ReKo war nicht bekannt. Und viele Menschen haben immer nicht verstanden was verbirgt sich dahinter. Und ich habe jetzt wahrgenommen in der Zeit, dass sich das im Laufe des Prozesses, also in der Interventionszeit- dass ReKo ein Begriff geworden ist und dass es in- dass viele Menschen mittlerweile wissen, was dahintersteht“ (IG-S-017_Q)

Dabei habe auch das Infektionsgeschehen um die COVID-19-Pandemie eine Rolle gespielt:

„Ich fand es am Anfang natürlich ein bisschen schleppend, auch durch Corona, diese Vernetzung wirklich herzustellen. Also es ist ja leider auch immer noch so, dass wirklich nicht alle Akteure jetzt aus Gesundheit und Pflege hier in der Region auch wirklich was von uns wissen, weil es einfach, ne, weil wir ja auch nicht so präsent sein konnten am Anfang. Aber, ja, also mit den Wichtigsten, würde ich sagen, sind wir schon ganz gut ins Gespräch gekommen und da haben sich jetzt auch irgendwie ganz gute Netze gebildet“ (IG-S-012_Q).

„War eigentlich ganz viel, ja, Pflegedienste hier. Das war/ Anfangs war das ein bisschen schwierig, weil das hieß so Doppelstrukturen. Also der Start war hier nicht immer ganz gut. Weil ich auch vom Pflegedienst kam und dann jetzt so eine Zusatzstelle hier ja habe, so wie es dann erst so ein bisschen geäußert wurde. Aber mittlerweile ist das super, super gut. Also

das sind eigentlich Pflegedienste, Tagespflege, Kurzzeitpflegeplätze hier. Wo es ein bisschen hapert, ist mit den Ärzten. Und da kommen wir eigentlich nicht so dran, aber das ist Vernetzung Dankgemeinde, die Schwerbehindertenanträge, ne, die fülle dann so ein bisschen auch mit aus oder so, dadurch habe ich viele Klienten eigentlich gehalten.“(IG-0-011_Q).

Ein **systematischer Prozess zur Weiterleitung von CM-Fällen** bestand aus Sicht der Interviewteilnehmenden der ZG 4 bis 7 in einzelnen fallbezogenen Netzwerken. Der sozialpsychiatrische Dienst nannte in diesem Zusammenhang beispielsweise wöchentliche Fallbesprechungen mit den ReKo-Case Manager*innen, in denen gemeinsame Fälle besprochen wurden oder eine Vermittlung von CM-Fällen stattfand (IG-4-3). Eine interviewte ReKo-Case Manager*in berichtete ebenfalls von Fallbesprechungen mit den Mitarbeiter*innen des PSPs. (IG-4-9). Ein/e Mitarbeiter*in des PSPs vermittelte geeignete CM-Fälle direkt an die ansässigen Case-Manager*innen oder nutzte das Softwareprogramm, welches sowohl die Case Manager*innen als auch den Mitarbeiter*innen des PSPs zur Verfügung stand:

„Also entweder war das ganz schön, weil wenn ein Case-Manager hier war, konnte ich den sofort dazu holen und die Verbindung herstellen oder aber mit Quovero [CM-Software] rüberschieben, wenn das ein Fall in der übrigen [Name Landkreis] war, also in den Gemeinden vor Ort war.“ (IG-5-7)

Andere Akteure des Versorgungsumfeldes nutzten dagegen den informellen Weg und stellten den Kontakt über den PSP oder dem Familienservicebüro her oder sie selbst wurden bei instabilen Sorgearrangements von den Case Manager*innen kontaktiert, wie eine Pflegeeinrichtungsleitung (IG-4-1) und eine Tagespflegeeinrichtungsleitung (IG-4-4) berichteten. Ein/e weiter/e Case Manager*in betrachtete es kritisch, dass über den Projektverlauf keine interprofessionelle Fallbesprechung mit weiteren formellen und informellen Akteur*innen, wie dem/der (Fach)-Ärzt*in, Mitarbeiter*innen der Physiotherapie oder der/dem Nachbarn/Nachbarin realisiert werden konnte (IG-S-015_Q).

Die **Verantwortlichkeit der Fälle wurden meist nach Themenschwerpunkten** aufgeteilt. Bei Fragen zur Eingliederungshilfe wurden die Mitarbeiter*innen der EUTB einbezogen und andersrum vermittelten diese die Klient*innen an die ReKo-Mitarbeiter*innen bei pflegerechtlichen Fragen (IG-4-2). Ähnlich Aussagen finden sich in dem Interview mit der/dem Mitarbeiter*in des sozialpsychiatrischen Dienstes (IG-4-3) und dem Jobcenter (IG-4-10), die ebenfalls bei pflegerechtlichen Fragen die ReKo-Case Manager*innen hinzugezogen haben und bei den eigenen Themenschwerpunkten häufig von den ReKo-Case Manager*innen angesprochen wurden. Ein/e Mitarbeiter*in des Familienservicebüros arbeitete bei besonders komplexen Problemlagen gemeinsam mit den ReKo-Case Manager*innen an der Fallbearbeitung:

„Und dann gibt es noch Fälle, die wir tatsächlich nicht so trennen, sondern wo wir gemeinsam was tragen. Also, ich hatte hier z. B. einen alleinerziehenden Vater, der war sehr überfordert und eines seiner Kinder hatte das Downsyndrom. Der wusste überhaupt nichts von Pflegegraden oder von Hilfen und da waren wir dann einfach zusammen, helfend tätig.“

Das konnte man inhaltlich glaube ich ganz gut abgrenzen, so dass das überschaubar war, auch für den Vater, wer macht hier was. Aber wir waren tatsächlich beide involviert und das hat ganz viel Sinn gemacht, z. B. in dieser Familie wurde dann einfach auch wirklich was installiert, was der Familie weitergeholfen hat und auch weiter durch uns begleitet werden konnte." (IG-4-5)

Schnittstellen wurden klar festgelegt und Verantwortlichkeiten abgestimmt. Wie in diesem Fall:

„Oma wird aus dem Krankenhaus entlassen. Der Oberschenkel-Hals, zum Beispiel. >Habt ihr Kapazitäten, könnt ihr hier jeden Morgen anfahren und die Grundpflege durchführen oder einen Wundverband?< Sie wird wirklich häufig angerufen von Angehörigen hier. >Wir kommen hier nicht weiter. Was ist finanziell? Aus welchem Topf können wir schöpfen? Was müssen wir mit der Krankenkasse absprechen?< Und da hat [Name CM] dann die Beratung gemacht. Und wenn wir dann pflegerisch tätig geworden sind, dann haben wir zusammengearbeitet.“ (Pflegefachperson amb. Pflegedienst IG-4-14)

Ein/e Case Manager*in zeigte im Interview auch auf, dass bei besonders vielen Akteuren und hochkomplexen Problemlagen sie/er derjenige/diejenige war, die die **verantwortliche Steuerung des Falls** übernahm die Zusammenarbeit aller beteiligten Akteur*innen zu koordinieren:

„Ich hab wirklich Fälle gehabt, da waren so viele Akteure drinnen, das da keiner mehr wusste, wer was überhaupt macht und sich auch keiner irgendwo verantwortlich gefühlt hat, weil jeder gesagt hat, da sind ja noch zehn andere, brauch ich mich nicht drum kümmern, soll sich doch jetzt mal irgendjemand kümmern. Das war jetzt im Fall mit den beiden Kindern, wo ich gesagt hab, das kann doch nicht meine Aufgabe sein, aber vielleicht genau das ist jetzt meine Aufgabe allen Akteure zu sagen, wer ist da überhaupt drinnen und ich hab da wirklich zwölf Akteure, die am Würfeln waren, aber keiner von den anderen wirklich was wusste und auch keiner, der sich zuständig gefühlt hat jetzt mal zu handeln.“ (IG-4-9)

Weiterhin gab er /sie einen weiteren Überblick über das Vorgehen bei einer komplexen Fallsteuerung:

„Ich kümmere mich. Ich verschaff mir einen Überblick vom ganzen Fall. Wie gesagt, es geht ja jetzt nicht nur um die Pflegeversicherung oder solche Sachen, sondern ich guck mir tatsächlich die kompletten Strukturen Zuhause an. >Was ist da? Wie ist das?< Und dann kümmere ich mich. Ich nehme hier aber auch die stückweit an die Hand und sag das und das und das ist so der erste Schritt, weil, alle haben so viele Informationen über die Pflegeversicherung und und und >wissen wir auch nicht, was sollen wir denn damit alles machen<, so ungefähr. Und ich bin als Bindeglied zwischen Pflegedienst, Klient und Arzt auf jeden Fall. Ich werde glaube ich

immer der Feuerlöscher bleiben, wenn gar nichts mehr geht oder etwas gut brennt, dann bin ich erstmal dran.“ (ebd.)

Dies bestätigt ein*e Sozialdienstmitarbeiter*in und sah den Mehrwert des ReKo-CM „in der Koordination der Versorgung aus einer Hand“ (IG-4-6).

Die Interviewteilnehmenden berichteten außerdem von einer **gelungenen Zusammenarbeit insbesondere bei komplexen Problemlagen**. Folgende Aussage einer Mitarbeiter*in der Eingliederungsstelle verdeutlichte, dass ohne die Vermittlung durch die ReKo-Case Manager*innen sehr wahrscheinlich kein stabiles Sorgenetzwerk aufgebaut worden wäre:

*„Also zwei Mal hatte ich das konkret mit der Kollegin hier vor Ort, die dann tatsächlich auf mich zugekommen ist in einem Fall, wo sie dann schon länger involviert war, weil das dann auch komplexe Sachen sind und verschiedene Dinge, die dann auch kontrolliert werden müssen. Das ist etwas, wo wir uns in der Eingliederungshilfe auch oft bewegen, wo dann Pflege und Eingliederungshilfe auch oft zusammenkommen muss und man mal gucken muss ist eins von beiden so vorrangig, dass es irgendwie eine besondere Wohnform geht, oder in eine Pflegeeinrichtung und dann muss man sich häufig abstimmen und da waren ebenso Fälle, wo dann sehr spezielle pflegerische Bedarfe aufkamen, oder Schicksalsereignisse, die dann so ein Leben komplett nochmal umdrehen und dann eben, wo die Vermittlung, ich sage mal ohne ReKo dann nicht unbedingt so glücklich gelaufen ist. Zu gucken, dass man die Hilfe mit ins Boot nimmt, weil die ReKo dann natürlich auch sagen konnte, es gibt auch noch Eingliederungshilfe, haben sie da schon dran gedacht, weil die das ja manchmal gar nicht auf dem Schirm haben, dass es dann noch einen anderen Bereich auch gibt und dass war jetzt ein, zwei Mal ganz hilfreich.“
(IG-4-12)*

Ähnliches hat ein*e Pflegedienstmitarbeiter*in bei der Zusammenarbeit eines sehr komplexen Einzelfalls erlebt. Hier konnte das Ziel des Verbleibs in der Häuslichkeit durch die CM-Intervention erreicht werden:

„Ich arbeite in [Ortsname] in einem kleinen familiären Pflegedienst. Und wir arbeiten sehr ländlich. Und ich muss sagen, dass wir speziell durch [Name CM] an eine super Fachkraft geraten sind, durch die ReKo. [Name CM] hat uns schon sehr oft in sehr vielen kniffligen Situationen geholfen, wenn wir zum Beispiel nicht mehr weiterwussten in den Beratungseinsätzen, haben wir [Name CM] dazu geholt, die immer noch Ideen und Vorschläge hatte, was man vielleicht noch machen kann, damit die Patienten nicht direkt stationär müssen, sondern vielleicht auch noch zu Hause weiterbehandelt werden können.“ (IG-4-14)

Sinnvoll ist es dann **gemeinsam einen Hausbesuch** durchzuführen:

„Ja ich sag mal so, also wir haben ja meistens also wir fahren auch raus vom Job Center, aber wir haben meistens Kontakt zu dem Kunden in

*unserem Büro, oder in irgendwelchen örtlichen Räumlichkeiten. Ich bin zum Beispiel mit der [Name CM] auch mal zu einem Hausbesuch gefahren und ich finde, da werden die einzelnen Bedarfe auch noch mal deutlich, also das man merkt: >Mensch, hier wäre es vielleicht auch gut, oder dann kann man es vielleicht auch mit dem Kunden anders besprechen< (...) und das finde ich gut und viele Kunden sind halt auch aufgrund der gesundheitlichen Einschränkung auch nicht mehr mobil.“ (Mitarbeiter*in des Jobcenters, IG-4-10)*

Das ReKo-CM stellte **keine Konkurrenz** zu bisherigen Beratungsleistungen dar:

*„Wir haben ja auch die Beratungseinsätze für unseren Pflegedienst. Ich mache zum Beispiel die Beratungseinsätze. Aber ich bin auch noch in der Pflege tätig. Das macht eigentlich die Beratungseinsatz und mache ich zu 50 % und 50 % Pflege. Und wir können nicht überall eineinhalb Stunden Beratungseinsätze machen. Das passt nicht. Dafür haben wir die Zeit leider nicht. Deswegen ist ReKo da für uns schon immer eine sehr große Hilfe gewesen.“ (Pflegedienstmitarbeiter*in IG-4-14)*

Auch Konkurrenz zwischen den Pflegediensten gäbe es ihrer/seiner Ansicht nach nicht: Sie kennt alle Pflegedienste hier in der Gegend und hatte zu allen Kontakten und wenn sie jetzt bei uns nichts erreichen konnte, dann hat sie den nächsten Pflegedienst angerufen. Es ist einfach kein Konkurrenzdenken mehr, sondern wo bekomme ich die Leute unter. (ebd.) Die Versorgungssituation ist im Moment überall an ihren Kapazitätsgrenzen angelangt:

*„Ja, vor allem es brennt ja im Moment überall und jeder weiß es geht im Moment nur noch zusammen.“ (Case Manager*in, IG-4-9)*

Bei den *befragten Personen aus der KG (n=6)* handelte es sich um Personen aus dem Bereich der Pflegeberatung. Insgesamt benannten die Interviewteilnehmenden gelungene Zusammenarbeiten in den fallbezogenen Netzwerken, auch wenn in diesen Regionen keine CM-Intervention durchgeführt wurde. Lediglich eine Person benannte vor allem Hemmnisse bei der Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten. Die Versorgung von komplexen Fällen beschrieben die Proband*innen zumeist als herausfordernd, vor allem wenn instabile oder keine Sorgenetzwerke vorhanden sind oder eine späte Einbindung erfolge. Ein/e Mitarbeiter*in eines PSPs benannte die COVID-19-Pandemie als einer der Gründe für komplexe Bedarfe:

„Der Andrang wegen Corona ist auch viel höher geworden. Also man muss sagen, dass die Leute sich viel später melden und die Krisen größer sind, als vor Corona. Also wir machen telefonische Beratung mit den Angehörigen, wir machen das bei uns vor Ort das ist der überwiegende Teil. Wir versuchen das auch, dadurch dass wir relativ wenig Personal sind, so einzurichten, dass nicht so viele Fahrtwege haben. Aber in Einzelfälle machen wir auch Hausbesuche.“ (KG.-4-2)

In diesem Zusammenhang wurden ebenfalls die geringen personellen und zeitlichen Kapazitäten genannt (KG-4-1). Eine weitere Lücke bestehe bei Personen, die aus dem

Krankenhaus entlassen werden. Hier regte eine Mitarbeiter*in des Pflegeservicebüros eine ähnliche Idee, wie die des ReKo-CM an:

„Man soll ja auch gleich zum Hausarzt und sich alles holen. Das kann ja auch jemand machen, der jung ist, frisch operiert ist und der ne Ehemann oder Ehefrau Zuhause hat oder so, aber bei den älteren Herrschaften ist das ein Problem. Also wir reden zum Beispiel nur so als Wort schon Form angenommen hat, wir nutzen das Wort >Entlasslotsen<. Das ist ne Idee, aber wir sind ganz am Anfang, erstmal so ne Anfangsidee.“ (KG-4-1)

Dies bestätigte ein/e Mitarbeiter*in eines PSPs:

„Wir würden ja quasi auch vom PSP, ich sag mal die Krankenhäuser auch entlasten. Aber das ist glaub ich ein bisschen schwierig im Landkreis.“ (KG-4-3)

Ob strukturelle Rahmenbedingungen dies nicht erlauben oder Hemmnisse bei den Beteiligten bestehen, wurde nicht näher erläutert. Die Integration des PSPs am Standort weiterer sozialrechtlichen Träger erleichterte die fallbezogene Zusammenarbeit, darin sind sich die Mitarbeiter*innen des PSPs einig (n=4):

„Also, wir arbeiten erstmal mit unseren, im Landkreis ansässigen Diensten, zusammen. Das ist die Eingliederungshilfe, das Sozialamt, teilweise auch das Gesundheitsamt und der sozialpsychiatrische Dienst.“ (KG-4-5)

Diskussion der Teilergebnisse ›Zusammenarbeit im Versorgungsmix‹

Dieses Kapitel widmet sich der Fragestellung, wie die Versorgungsanbieter*innen und die ReKo-Case Manager*innen die Zusammenarbeit im Versorgungsmix erlebten. Die zentralen Ergebnisse sind in

Tabelle 160: Fallbezogene Netzwerkarbeit im Prä-Post-Vergleich aus Sicht der ZG 4 dargestellt.

Tabelle 160: Fallbezogene Netzwerkarbeit im Prä-Post-Vergleich aus Sicht der ZG 4

Fallbezogene Netzwerkarbeit im Zeitvergleich (t0-t1)	
Zu Beginn der Intervention t0	Zum Ende der Intervention t1
Situationsbeschreibung: - Keine Begleitung von komplexen Fällen, die Regelversorgung stößt an ihre Grenzen - Keine regelhafte Steuerung von fallindividuellen Kooperationen /kein Dokumentationsplan - Es wurden außerordentlich Hausbesuche durchgeführt Erwartungen an ReKo: - neutrale, beratende Lotsenfunktion (bestenfalls aus der Region und vor Ort lebend) - eindeutige Ansprechpersonen - kontinuierliche Begleitung - Auf Dauer angelegter, fester Anlaufpunkt	Gelungene Netzwerkarbeit: - Integration in bestehende Angebote wie bspw. Familienservicebüros, PSPs und Sozialdienste. - Abbau von Vorbehalten gegenüber ReKo durch Aufklärungsarbeit und die Fallarbeit - ReKo wird als sinnvolle Ergänzung des bestehenden Angebots wahrgenommen, anstatt als Konkurrenz oder Doppelstruktur - Gemeinsame Fallbesprechungen - Etablierung von systematischen Weiterleitungsprozessen für komplexe Fälle - Gemeinsames Software-Programm - Vereinbarung von Themenschwerpunkten innerhalb des Versorgungsnetzwerks

• Keine Doppelstruktur zu bestehenden Angeboten schaffen • effizientere Nachsorge im Anschluss an Krankenhausaufenthalte	• Zentrale Steuerung von komplexen Fällen durch das ReKo-CM • Gemeinsame Hausbesuche Herausforderungen der Netzwerkarbeit: • fehlende Zusammenarbeit, da nicht in allen Kommunen ReKo-Case Manager*innen ansässig waren • Schwierigkeiten bei der Einbeziehung bzw. Zusammenarbeit von bzw. mit Hausärzt*innen

Als eine zentrale Voraussetzung für eine gelungene Implementation von CM gilt, dass „das CM in institutionelle Steuerungslogiken eingebunden ist“ (Klie 2020b, S. 76). Die Interviews zu Beginn und gegen Ende der ReKo-Intervention bestätigen diese Aussage. Die Interviewten berichteten meist von erfolgreicher fallbezogene Netzwerkarbeit in Fällen, wo die **ReKo-Case Manager*innen in bestehende Angebote der Regelversorgung integriert** waren. Die Verortung von Case Manager*innen in Sozialdiensten von Krankenhäusern, Familienservicebüros in einzelnen Kommunen und den PSPs förderte insbesondere die fallbezogene Zusammenarbeit, die Übermittlung von Fällen, die Nutzung des Software-Programms und gemeinsame Fallbesprechungen. Des Weiteren beschrieben die Interviewten das **ReKo-CM Angebot als wertvolle Ergänzung der Regelversorgung** und berichteten von zahlreicher Zusammenarbeit bei meist komplexen Problemlagen. Anfängliche **Befürchtungen Doppelstrukturen und die Konkurrenz unter den Anbieter*innen zu schaffen, konnten nach der Intervention nicht bestätigt werden.**

Dezentrale Strukturen wurden von den Interviewten präferiert. Der **niedrigschwellige Zugang zum CM** scheint demnach nicht allein für die Leistungsempfänger*innen eine zentrale Bedeutung zu spielen, sondern wurde auch von den Interviewten bei nichtbestehen als Hemmnis für eine fallbezogenen Zusammenarbeit benannt. Case Manager*innen, die nicht direkt im Ort der Versorgungsakteur*innen ansässig oder in die Versorgungsstrukturen integriert waren, benannten Herausforderungen bei der Kontaktaufnahme, Übermittlung von Fällen und fallbezogenen Zusammenarbeit. Wo der Netzwerkaufbau zu Pflegeanbieter*innen als gelungen beschrieben wurde, war die **Zusammenarbeit vor allem mit den Allgemeinärzt*innen erschwert.**

Als Limitation ist festzuhalten, dass lediglich ein/eine Allgemeinärzt*in für die qualitativen Erhebungen zum Erhebungszeitpunkt t1 rekrutiert werden konnte. Auch waren im ReKo-Projekt keine Case Manager*innen in Allgemeinarztpraxen integriert, wodurch die Zusammenarbeit ebenfalls erschwert gewesen sein könnte.

Gelungen ist die Implementation von CM-Strukturen dagegen vor allem in kommunalen Strukturen und kooperierenden Krankenhäusern. Laut siebtem Altenbericht sind Case Manager*innen in „Allgemeinarztpraxen, PSPs und geriatrischen Zentren“ einzusetzen, um Arzt*innen von ihren zurzeit „nicht wahrgenommenen Aufgaben der Fallsteuerung“ zu entlasten (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2016, S. 151). Dass eine Implementation von CM-Strukturen und pflegespezifischen Unterstützungsangeboten in Allgemeinarztpraxen gelingen kann, zeigen beispielsweise die Innofond-Projekte RubiN (Engler et al. 2023) und FAMOUS (Stemmer et al. 2024). Sicherlich

sind hier weitergehende Finanzierungsfragen, wie eine SGB-übergreifende Finanzierung zu klären.

3.20 Entwicklung der regionalen Versorgungsinfrastruktur

Ergebnisse Versorgungsentwicklungen

*Einschätzungen und Erfahrungen der regionalen Akteur*innen und ISA zur Entwicklung der Versorgungsinfrastruktur in der ReKo-Modellregion*

Forschungsfragen (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
F1a: Welche Veränderungen in der Versorgungsinfrastruktur haben sich in der Interventionszeit in den Modellregionen ergeben? (ISA) F1b: Welchen Einfluss hat das ReKo-CM auf regionale Koordinierungs-, Abstimmungs- und Planungsstrukturen und -verfahren? F1c: Welchen Einfluss hat das ReKo-CM auf die Weiterentwicklung der Versorgungs-Mix-Strukturen?	t0: - ISA t1: - ISA - CM-Interviews (n=17)	Infrastrukturanalyse, Qualitative Einzelinterviews, Teilauswertung strukturierter Dokumentationsdaten (Quovero)
Zentrale Ergebnisse		
Die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Studien des Community Health Assessment verweisen auf folgende Befunde: Über die quantitativen Studien konnten keine unmittelbaren Auswirkungen des ReKo-CM auf die Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsinfrastrukturen nachgewiesen werden. Dies begründet sich u. a. in begrenzt verfügbaren aktuellen regionalen Pflegedaten. Die Ergebnisse der qualitativen Studien bestätigen jedoch, dass ReKo-CM-Organisationen neben übergeordneten politischen Impulsen dazu beitragen, gezielte regionale Entwicklungen voranzutreiben und wertvolle Ergänzungen zur Regelversorgung aufzubauen, die insbesondere die Versorgung von komplexen Fällen verbessern können. Eine erfolgreiche Integration in bestehende Netzwerke und Versorgungsstrukturen wurde berichtet, ohne dass es zu befürchteten Doppelstrukturen kam. Die dezentrale Verortung der ReKo-CMs erwies sich als vorteilhaft, da sie den niedrigschwelligen Zugang und die fallbezogene Zusammenarbeit erleichterte.		

Die Veränderungen der Versorgungsinfrastruktur in der ReKo-Modellregion wurde im Rahmen einer ISA mit dem Community Health Assessment (CHA) (vgl. Kap. 2.4.2) im Prä-Post-Design (t0/t1) untersucht. Dazu wurden verfügbare strukturierte Sekundärdaten zur Infrastruktur in der ReKo-Modellregion (Landespflegebericht, Internetseiten der Landkreise, kommunale Datenbanken etc.) recherchiert und CHA-gemäß ausgewertet. Zudem wurden im Rahmen des CHA-Fokusgruppeninterviews (t0/t1) mit Akteur*innen aus der Region (z. B. Mitarbeitende

der Gesundheitsregion, Pflegestützpunkte) durchgeführt. Ergänzend wurden ReKo-Case Manager*innen und weitere Akteur*innen im Versorgungsgebiet (z. B. Mitarbeitende der Gesundheitsregion, Pflegestützpunkte) im Rahmen von halbstrukturierten Interviews zu Beginn und Ende des Interventionszeitraums befragt. Die Interviews umfassten neben den Fragen zur Versorgungsstruktur weitere Themenschwerpunkte (z. B. Netzwerk-/Zusammenarbeit). Die qualitativen Daten wurden inhaltsanalytisch ausgewertet.

Die *Ergebnisse des CHA* verdeutlichen zunächst, dass im Zeitvergleich t0/t1 wenig bis keine aktualisierten, strukturierten CHA-relevanten Sekundärdaten zur Analyse der Versorgungsinfrastruktur in der ReKo-Modellregion über externe Institutionen bereitgestellt werden konnten. Für die fokussierten CHA-relevanten Themenfelder: Community (Gesellschaft), Gesundheit und Soziales, Wirtschaft, Verkehr, Politik und Regierung, Kommunikation konnten zu t1 entsprechend lediglich fragmentierte Hinweise auf Veränderungen der Versorgungsinfrastruktur auf Grund kodifizierter Daten identifiziert werden. Die verfügbare Datenlage verweist zu t1 in beiden Landkreisen auf einen leichten Bevölkerungsanstieg und einen leichten Rückgang des Bevölkerungsanteils der über 75-Jährigen. Für die kommenden Jahre wird ein Bevölkerungsrückgang und eine prozentuale Zunahme der älteren Bevölkerung erwartet. Die Ergebnisse verweisen weiterhin auf folgendes Wanderungssaldo: Junge Menschen verlassen das Emsland und die Grafschaft Bentheim (z. B. für ein Studium oder eine Ausbildung), während Familien verstärkt und ältere Menschen teilweise in die Landkreise zurückkehren. Der Anteil an Menschen mit Pflegebedarf ist in den letzten Jahren in beiden Landkreisen angestiegen und liegt im Jahr 2020 bei 5,9 % der Gesamtbevölkerung. In der Grafschaft Bentheim stehen zu t1 im Vergleich zu den Zahlen der t0-Basiserhebung weniger Pflegeeinrichtungen, weniger ambulante Pflegedienste und weniger betreute Wohngemeinschaften sowie weniger Selbsthilfegruppen zur Verfügung. Die Anzahl der vollstationär behandelten Patient*innen ab 65 Jahren hat sich, möglicherweise aufgrund der Anfang 2020 begonnenen COVID-19-Pandemie (Universitätsmedizin Mainz 2021), in beiden Landkreisen verringert. Die Anzahl der Krankenhäuser hat sich nicht verändert, im Emsland stehen zu t1 im Vergleich zur Basiserhebung jedoch mehr und in der Grafschaft Bentheim weniger Krankenhausbetten zur Verfügung. Die Analysen zeigen, dass zum Thema „Pflege“ in beiden Landkreisen nur wenig Angebote an Selbsthilfegruppen bereitstehen. Zum Thema „Demenz“ stehen Betroffenen im Emsland vier Gruppen zur Auswahl, während es in der Grafschaft Bentheim nur eine Gruppe gibt. Dafür existieren dort zwei explizit für Senior*innen ausgeschriebene Gruppen.

Ergänzend zu den Analysen strukturierter Sekundärdaten wurden *CHA-Fokusgruppeninterviews* zu Veränderungen der regionalen Versorgungsinfrastruktur über den Projektzeitraum durchgeführt und ausgewertet (siehe zusammenfassend Tabelle 161). In beiden Landkreisen wurden demnach zwischen t0 und t1 Angebote der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) ausgebaut. Die Pflegedienste der Region haben ihre Einzugsgebiete tendenziell regional erweitert und ihre Versorgungskapazitäten erhöht, um den regionalen Bedarfen stärker gerecht zu werden. Ausländische Fachpersonen wurden verstärkt ambulant und stationär eingesetzt. Die Ergebnisse der Fokusgruppenbefragungen verweisen zu t1 auf ein mangelndes Angebot an stationären Pflegeeinrichtungen in beiden Landkreisen. Überdies verweisen die Befragten darauf, dass ehrenamtliche Strukturen aufgrund der COVID-19-Pandemiebeschränkungen deutlich abgenommen haben. Weiterhin

sei durch politische Entwicklungen (z. B. Mindestlohn) eine Preissteigerung bei verschiedenen Angeboten (z. B. Essenslieferung, Pflegedienste und Hauswirtschaft) zu beobachten. In der Grafschaft Bentheim wurden hauswirtschaftliche Angebote ausgebaut und der kommunale Austausch zum Thema Pflege konnte, so die Aussagen in den Fokusgruppen, (z. B. im Rahmen der sog. „Pflegetische“) verbessert werden. Ein Mangel besteht demnach beim Angebot von Kurzzeitpflegeplätzen und im Landkreis seien stationäre Pflegeeinrichtungen von Schließungen betroffen oder bedroht. Im Landkreis Emsland mangelt es hingegen demnach an hauswirtschaftlichen Angeboten und zunehmend an Fachärzt*innen. Zu t1 konnte jedoch das Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen im Vergleich zu t0 verbessert werden.

Die Ergebnisse der *leitfadengestützten Interviews mit den ReKo-Case Manager*innen* zu t1 verweisen darauf, dass sich das ReKo-CM gut in die Versorgungsstruktur eingefügt hat und ein hoher Zuspruch für diese Leistung besteht (IG-S-002_Q, IG-S-003_Q, IG-S-004_Q, IG-S-005_Q, IG-S-005_Q, IG-S-008_Q, IG-S-009_Q, IG-S-011_Q, IG-S-012_Q, IG-S-013_Q, IG-S-016_Q, IG-S-017_Q). Nahezu alle befragten Case Manager*innen haben eine Veränderung innerhalb der Versorgungsstrukturen wahrgenommen (IG-S-002_Q bis IG-S-017_Q). Einig waren sich die Interviewteilnehmenden darüber, dass die Etablierung des ReKo-CM zu Beginn des Projekts viel „Aufklärungsarbeit“ erforderte, um den Nutzen des ReKo-Angebotes für Akteur*innen der etablierten Regelversorgung in der Region deutlich zu machen:

„Am Anfang hat es sehr, sehr viel Kraft gebraucht, eine Akzeptanz zu bekommen. Also ReKo war ein Fremdwort und ReKo war nicht bekannt. Und viele Menschen haben immer nicht verstanden was verbirgt sich dahinter. Und ich habe jetzt wahrgenommen in der Zeit dass sich das im Laufe des Prozesses, also in der Interventionszeit- dass ReKo ein Begriff geworden ist und dass es in- dass viele Menschen mittlerweile wissen, was dahinter steht“ (IG-S-017_Q).

Tabelle 161: Veränderungen der Versorgungsinfrastruktur in den Modelllandkreisen in Perspektive Fokusgruppen (+ = Ausbau von Strukturen, - = Abbau von Strukturen)

Grafschaft Bentheim	Emsland
+ Ausbau ambulant betreuter Wohngemeinschaften + Ausweitung ehrenamtliche AZUA-Dienstleister*innen (Alltagsunterstützung) + Ausbau hauswirtschaftlicher Angebote + Euregio-Klinik: Neue Tagesklinik Psychiatrie für Kinder und Jugendliche + Euregio-Klinik: Neubau von gerontopsychiatrischer Station, Demenzstation für somatische Patient*innen und Palliativstation + Ausbau der Angebote für Pflegeberatung nach §37.3 SGB XI + Ausbau Essen auf Rädern über neue Kooperationen + Absicherung der mobilen Demenzberatung und Beratungssoase + Ausbau des SAPV-Angebotes auf nun 4-5 MA + Ausbau „Menschen Domizil GmbH“ + Ausweitung des Angebots Vechtetel Pflege GmbH + Etablierung von Pflēgetischen mit Vertretungen von Pflegediensten, Ehrenamt, Kommune aller sieben Kommunen des Landkreises, + 17 Pflegeplätze, jeweils in 2 Einrichtungen in der Obergraftchaft + Verlagerung der Einzugsgebiete der ambulanten Pflegedienste + Ausweitung des Einsatzes von ausländischen Fachpersonen im ambulanten Bereich - Abbau von ehrenamtlichen Angeboten, z. B. Einkaufshilfen, Fahrdiensten (Corona-Effekt) - Schließung von Pflegeheimen - Abnahme an Angeboten für Kurzzeitpflege	+ Ausbau von SAPV-Angeboten + Ausbau von Kurzzeitpflegeplätzen + Ausbau von Pflegedienst-Angeboten + Erweiterung von Einzugsgebieten Pflegedienste + Ausweitung des Einsatzes von ausländischen Fachpersonen in den Krankenhäusern - Engpässe im Bereich Ehrenamt - Mangel an vollstationären Plätzen. - Mangel an Hauswirtschaftlichen Diensten - Engpässe im Bereich ambulante Versorgung - Engpässe im Bereich Fachärzt*innen - Engpässe im Bereich häusliche Physiotherapie Landkreisübergreifend + Verbesserung im Bereich Hilfsmittelverordnung - Kostensteigerungen mit einhergehenden Angebotsengpässe im Bereich Liv-Ins, Essen auf Rädern, Pflegedienste und Hauswirtschaft - Mangelnde Angebote für Menschen mit demenziellen Erkrankungen (ambulant und stationär)

In diesem Zusammenhang haben die ReKo-Case Manager*innen verdeutlicht, dass die Implementierung eines regionalen CMs unbedingt an die bestehenden Strukturen anschließen sollte und die regional etablierten Akteur*innen der Versorgungspraxis von Beginn an in diesen Prozess partizipativ eingebunden werden sollten (siehe dazu auch Kap. 3.19), wie bspw. das folgende Zitat verdeutlicht: *„Das Projekt zu implementieren auch in bestehende Strukturen mit bereits bestehenden Prozessen, die vor Ort sind, ist eindeutig schwierig gewesen, besonders wenn diejenigen quasi keinen Bezug haben zu der, ja, Kernarbeit auch eines PSPs. Ich habe gemerkt, dass es eindeutig wichtig ist, die Basis von Anfang an mitzunehmen. Das ist, ja, leider (.) im XY nicht dementsprechend so vorgenommen worden, sondern es war wirklich enorm schwierig, das ReKo-CM in dem Landkreis zu implementieren.“* (IG-S-016_Q).

Die COVID-19-Pandemie und die damit verbundenen Restriktionen wurden immer wieder als negativer Faktor für den Implementierungsprozess eines regionalen ReKo-Case Management genannt, da vor allem die Öffentlichkeitsarbeit, d. h. die Kommunikation des ReKo-Leistungsspektrums innerhalb der Modellregionen dadurch massiv eingeschränkt wurde.

„Also für mich spielt da auch tatsächlich Corona wieder eine Rolle. Und ich hätte zum Beispiel (3)-, das war eine Scheiß-Zeit, und ich weiß nicht, wie man es hätte anders machen können. Wenn kein Corona gewesen wäre, hätten wir viel mehr in Anführungszeichen Kunden-Akquise machen müssen. [...] Aber das konnte nicht durchgeführt werden wegen Corona.“
(IG-S-006_Q).

Das ReKo-Case Management konnte nach Einschätzung der Befragten über zwei Wege **Einfluss auf regionale Koordinierungs-, Abstimmungs-, Planungsstrukturen und -verfahren** in der Regionen nehmen: Auf der unmittelbaren Handlungsebene des Case Management wurden bei bestehenden Schwächen oder Lücken in der Versorgungsinfrastruktur über pragmatische und niedrighschwellige Abstimmungs- und Koordinierungsverfahren zwischen professionellen und informellen Unterstützungssystemen neue, bislang nicht etablierte Handlungsoptionen und Lösungswege identifiziert und erprobt, um einzelfallgerechte Problemlösungen zu erreichen. Erfolgreiche und potenziell übertragbare Problemlösungsstrategien und -prozesse wurden zum anderen durch das ReKo-Case Management aufgegriffen und zur systematischen Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstruktur an die entsprechende Entwicklungsebene kommuniziert und dort argumentativ vertreten. Dies führte zu einer systematischen Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsinfrastruktur, die wiederum die Handlungsoptionen auf der Ebene des konkreten CM-Handelns strukturell erweiterte (vgl. Abbildung 102).

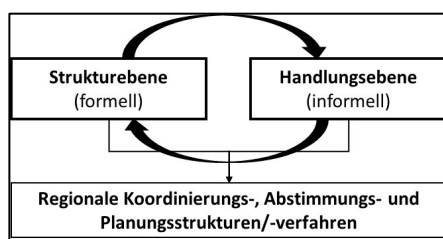


Abbildung 102: Struktur- und Handlungsebenen ReKo-Case Management

Handlungsebene (informell):

Die ReKo-Case Manager*innen berichteten in den qualitativen Interviews vor allem von der niedrigschwelligen Zusammenarbeit auf der einzelfallbezogenen Handlungsebene mit den regionalen Akteur*innen im etablierten Sozial- und Gesundheitswesen (vgl. auch F2).

„Ich muss ja auch nicht alles wissen. Ich muss halt einfach nur wissen, wer kann weiterhelfen. Das ist so ein bisschen/ Die Vernetzung finde ich, ist man selber auch immer dabei, wie die weiter aufgebaut wird und wie man sich selber auch vernetzt. Da haben wir wirklich einen richtig guten Grundstock schon mitgekriegt. Aber so, gerade so kommunal bedingt, muss dann auch jeder vor Ort gucken, dass er da den richtigen Ansprechpartner hat und da auch die kurzen Wege gehen kann.“ (IG-S-003_Q).

Immer wieder berichten die Case Manager*innen von „kurzen Wegen“ und/oder „unkomplizierter Kontaktaufnahme“:

„Also, wenn wir jetzt zum Beispiel bei den Pflegetischen uns dann irgendwie das erste Mal getroffen haben oder wir hatten dann vorher vielleicht auch schon mal Kontakt am Telefon, aber es dann zu einem längeren, zu einem persönlichen Austausch kommt, dann fällt einem das danach viel, viel, viel einfacher, auch wegen Fällen anzurufen, zu wissen: Okay, das läuft da. Die sehen das positiv oder ich muss da jetzt nicht irgendwie/ Ja, das ist einfach schnell und unkompliziert und man kann sich gut austauschen. Und das hat richtig was gebracht. Ja.“ (IG-S-013_Q).

Die Erkenntnisse aus den CHA-Workshop unterstreichen diese Erfahrungen: Auch hier wurde betont, dass es bei Versorgungsengpässen vor allem auf die regionale Vernetzung der Case Manager*innen ankommt, um angemessene fallspezifische Lösungen zu entwickeln.

Strukturebene (formell):

Das ReKo-Modellprojekt zielte konzeptionell auf eine Verschränkung von Lernimpulsen aus dem Einzelfall (CM) und strategischen regionalen Entscheidungsebenen (Care Management) zur systematischen Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsinfrastruktur (ReKo 2022, S. 29). Abbildung 103 illustriert, wie diese Verschränkung im Rahmen des ReKo-Modellprojektes strukturell umgesetzt wurde.

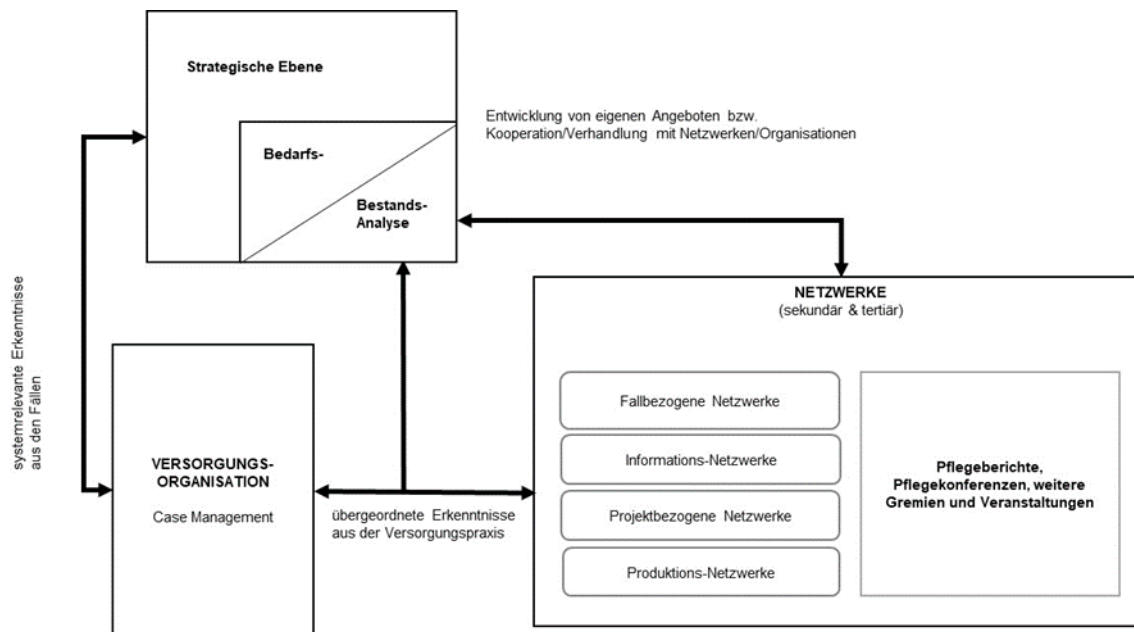


Abbildung 103: Prozessmodell regionales Lernen in ReKo (ReKo 2022, S. 29)

Ziel des Prozesses war die systematisierte Identifikation und Kommunikation von Versorgungsschwächen und -lücken sowie von innovativen Problemlösungsprozessen zur Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstrukturen in den beiden ReKo-Modelllandkreisen. Dazu wurde im Projektverlauf ein konkreter Auswertungs- und Kommunikationsprozess erarbeitet, der auf einer systematischen Dokumentationsmöglichkeit von Versorgungslücken sowie von Vorschlägen zur Schließung im Rahmen der CM-Software Quovero basierte. Entscheidungen darüber, welche Erkenntnisse aus den Einzelfallbearbeitungen vom ReKo-Case Management als potenziell erfolgversprechende und übertragbare Handlungsstrategien an die strategische Ebene der regionalen Infrastrukturentwicklung kommuniziert werden, wurde, dem entwickelten Prozess folgend, auf Seiten des CM-Teams verortet. Dass entsprechende Software-Tool wurde im Projektverlauf entwickelt und eingerichtet, ein strukturierte Auswertungs- und Kommunikationsprozess zwischen ReKo-CM und regional-strategischer Strukturentwicklungsebene konnte jedoch aufgrund von ungeplanten pandemiebedingten Arbeitsverdichtungen im Projektzeitraum nicht systematisch umgesetzt werden. Die Kommunikation von Versorgungslücken und innovativen Handlungsoptionen aus der CM-Handlungsebene in die regionale Strukturentwicklungsebene konnte, den qualitativen Evaluationen folgend, in einem ReKo-Modelllandkreis auch ohne digitale Unterstützung erfolgreich etabliert werden, nicht zuletzt aufgrund frühzeitig vernetzter Kommunikationsstrukturen zwischen ReKo-CM-Team und kommunalen Verantwortlichkeiten. Im zweiten ReKo-Modelllandkreis mussten entsprechende Kommunikationsstrukturen über den Projektverlauf erst aufgebaut und etabliert werden – der Informationsaustausch zur regionalen Weiterentwicklung der Versorgungsinfrastrukturen verlief entsprechend zögerlicher.

Zur Evaluation von Strukturentwicklungsprozessen in den ReKo-Modelllandkreisen wurden neben den CHA-Evaluationen die in der CM-Software Quovero dokumentierten Versorgungslücken und entsprechenden Veränderungen über den Projektverlauf

ausgewertet (Jalaß et al. 2023). Die angestellten Analysen berücksichtigen den Zeitraum 01.08.2021 bis 31.07.2023 (Interventionsende). Insgesamt wurden in diesem Zeitraum 195 Versorgungslücken in der IG durch das ReKo-CM dokumentiert. Abbildung 104 und Abbildung 105 geben eine Übersicht über ausgewählte Versorgungslücken, die mehr als fünf Mal dokumentiert wurden. Bei der Betrachtung dieser Angaben ist zu berücksichtigen, dass die Fallzahlen in den beiden Modelllandkreisen unterschiedlich waren (Grafschaft Bentheim: 695 Personen und Emsland: 441 Personen).

Für den Landkreis Grafschaft Bentheim wird durch die identifizierten Lücken deutlich, dass vor allem ein strukturelles Defizit an Angeboten der Wohnraumberatung und Alltagsunterstützung sowie an ambulanten Pflegediensten und an Kapazitäten in der Kurzzeitpflege bestand (vgl. Abbildung 106).

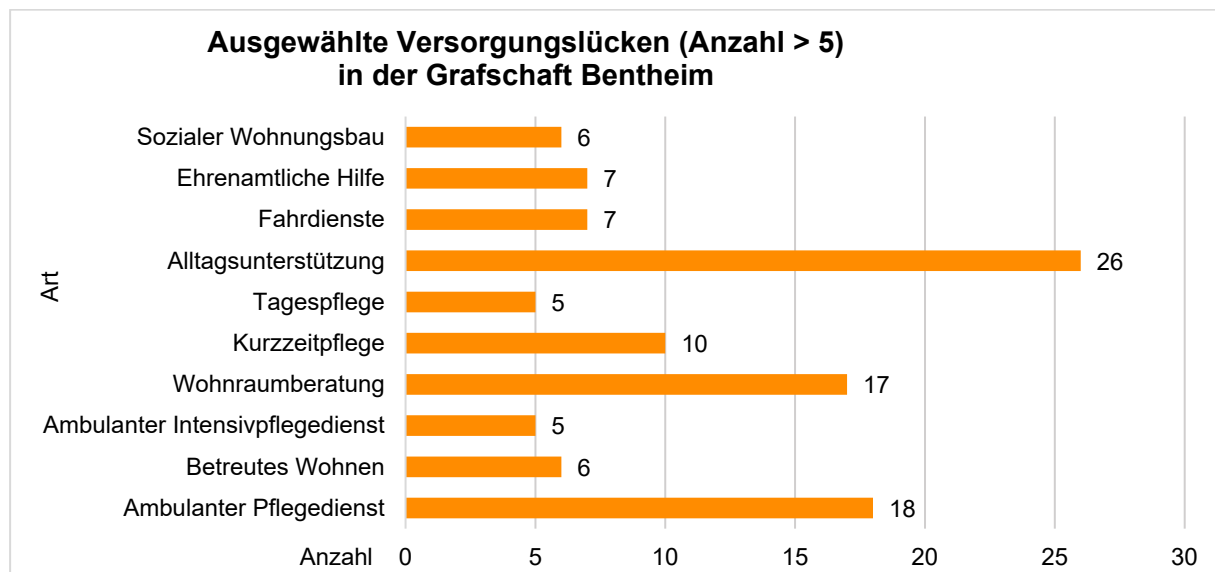


Abbildung 104: Ausgewählte Versorgungslücken Grafschaft Bentheim

Im Landkreis Emsland waren vor allem Angebote der Kurzzeitpflege, ambulante Pflegedienste sowie Angebote zur Alltagsunterstützung quantitativ zu wenig oder mit zu geringen Kapazitäten vorhanden (vgl. Abbildung 105).

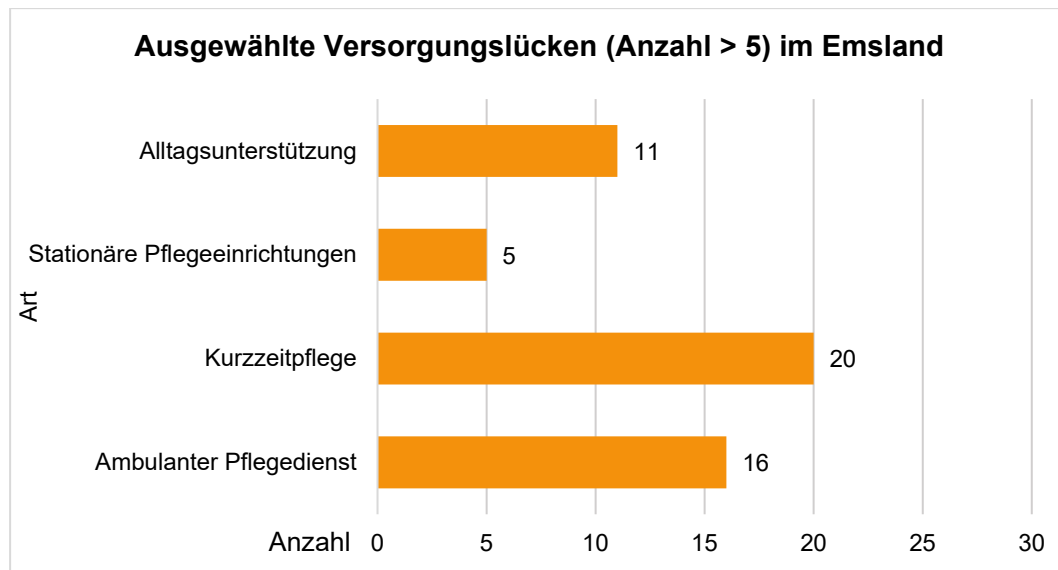


Abbildung 105: Ausgewählte Versorgungslücken Emsland

Weiterhin war im Landkreis Grafschaft Bentheim die Spanne der fehlenden Angebotsarten größer als im Landkreis Emsland. Die kann jedoch auch auf die höhere Zahl der eingeschriebenen Personen zurückzuführen sein.

Wenn eine Versorgungslücke nicht durch Anpassungen auf struktureller Ebene geschlossen werden konnte, hatten die ReKo-Case Manager*innen die Möglichkeit im Freitext Vorschläge für mögliche bzw. alternativ umgesetzte Lösungsstrategien, die eine lückenhafte Versorgung ganz kompensieren oder zumindest für eine gewisse Zeit das fehlende Angebot überbrücken sollen, festzuhalten. Beispielhafte Vorschläge waren die Inanspruchnahme von andersartigen und weniger passgenauen Angeboten oder die Kompensation durch das familiäre Umfeld bzw. erweiterte Sorgenetzwerk der Klient*innen. In einigen Fällen war auch das Ausweichen auf gleichwertige Einrichtungen in weiterer Entfernung möglich. Mehrmals war sogar der Rückgriff auf ein Angebot in einem anderen Bundesland notwendig. Dadurch erhielten einige Klient*innen ein Unterstützungsangebot in einer Einrichtung in Nordrhein-Westfalen.

Von den dokumentierten Versorgungslücken konnten 37 durch das ReKo-CM geschlossen werden. Der überwiegende Teil wurde innerhalb von einem Monat (19 Lücken) bzw. zwei Monaten (9 Lücken) nach Identifikation als geschlossen dokumentiert. Hierbei bleibt tendenziell unklar, ob die Lücken strukturell oder mit alternativen Lösungsstrategien geschlossen wurden.

Während der Projektzeit konnte von der Grafschaft Bentheim umgesetzt und vom Emsland geplant werden, dass die Case Manager*innen an etablierten Pflegetischen teilnehmen bzw. diese organisieren und die Implementierung von neuen Pflegetischen in den Kommunen, in denen die Case Manager*innen tätig waren, vorantreiben. Die Organisation der und Teilnahme an den Pflegetischen wurde positiv bewertet da zum einen Kontakte für die Handlungsebene (s. o.) für eine niedrigschwellige Zusammenarbeit geknüpft wurden und zum anderen auch die Ergebnisse der Pflegetische mit in die Pflegekonferenzen und Pflegeberichte eingeflossen sind. Ein/ eine Sozialdezernent*in eines Landkreises der IG äußerte sich über die Teilnahme von ReKo-Case Manager*innen an den Pflegetischen sehr positiv:

*„Die Pflergetische wurden ja in den letzten zwei bis drei Jahren initiiert [...] das ist nicht ReKo unbedingt gewesen, sondern auch der PSP, das ist ja bei uns nicht immer so ganz stark zu trennen gewesen, aber tatsächlich kam die Initiative auch noch mal aus der Steuerung der Pflergetische heraus, die das gemacht haben, andersrum gesagt, wenn wir ReKo nicht gehabt hätten hier glaube ich trotzdem schon, dass wir trotzdem Pflergetische gehabt hätten, da bin ich ziemlich sicher, aber natürlich ist das, was ReKo vor Ort erfährt, total wichtig für eine Weiterentwicklung der Pflergetische, also wenn man darauf geht, hat ReKo einen Mehrwert, das auf jeden Fall, weil einfach die Ideen, die wir haben, um die pflegerische Versorgung um die Situation insgesamt zu verbessern, da konnte ReKo wirklich wertvolle Impulse geben.“ (Sozialdezernent*in I-5-2)*

Eine **Weiterentwicklung von Versorgungs-Mix-Strukturen** wurde vor allem durch die Interprofessionelle Zusammenarbeit innerhalb der vornehmlich häuslichen Sorgenetzwerke unterstützt. Innerhalb des Care und CM-Konzepts sind interprofessionelle Fallbesprechungen ein wichtiger Bestandteil der Arbeit, der bestenfalls gemeinsam „an einem runden Tisch“ stattfindet. In Bezug auf ReKo besteht hier Entwicklungspotenzial. Zwar haben die Case Manager*innen nach eigenen Aussagen innerhalb der Fallarbeit die verschiedenen Leistungen koordiniert und auch zur Übermittlung von Fällen wurden Fallbesprechungen mit Mitarbeiter*innen des sozialpsychiatrischen Dienstes oder des PSPs durchgeführt (siehe dazu Kapitel 3.19), reale gemeinsame Fallbesprechungen mit allen relevanten Akteur*innen zum Fall waren gemäß einer Person jedoch schwer zu realisieren, wie das folgende Zitat verdeutlicht:

„Und dann eine Lösung zu finden, die geht halt schwierig in Einzeldialogen. Das ist ja dann so die Idee, die Idee der Fallbesprechung, dass man zusammensitzt, dass man eben, weil der Fall komplex ist, weil es keine einfache Lösung gibt, dass man dann eben die spezifische Lösung nur (.) im, ja, im Dialog mehrerer Beteiligten findet. Und dieser Dialog mehrerer Beteiligten im Sinne Stichwort Fallbesprechung, dass da ein Hausarzt, dass da vielleicht ein Facharzt dabei ist, dass man da nochmal die Physiotherapie oder den Pflegedienst findet, dass man die Nachbarin dazu holt, dass man von der Behörde vielleicht noch mal jemand hat, wie man da die Kuh vom Eis bringt. Das war dann eher (.) auf Einzelgespräche hinausgelaufen und nicht auf ein gemeinsames Sitzen um den runden Tisch herum und jetzt mal zu überlegen, wie man diese zwei, drei Themen angehen kann.“ (IG-S-015_Q).

Forschungsfragen (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
F2: Wie erleben die Netzwerkakteure die Zusammenarbeit auf der regionalen Netzwerkebene?	T0: ISA T1:	Infrastrukturanalyse; Qualitative Einzelinterviews

	• ZG 5+:7 Interviews, IG • ISA • CM-Interviews (n=17)	

In den *CHA-Fokusgruppen* wurde das Thema Netzwerkarbeit diskutiert. Hier zeigte sich, dass in beiden Landkreisen bereits einzelne richtungsoffene Netzwerke zum Austausch ohne konkreten Anlass bestehen. In der Grafschaft Bentheim war zum Zeitpunkt der Basiserhebung bereits ein regelmäßiges Treffen in Form der Pflegetische umgesetzt. Auch zielgerichtete Netzwerke zur Zusammenarbeit auf Projekt- oder Fallebene bestehen zu t0 in beiden Landkreisen, z. B. themenspezifische Arbeitskreise oder mit ehrenamtlichen Mitarbeitenden. Die Befragten der Basiserhebung (CHA t0) beschreiben den Netzwerkaufbau als ständigen und zeitintensiven Aushandlungs- und Findungsprozess, da die Arbeit sehr einzelfallorientiert erfolgt und somit für jeden Fall ein individuelles Netzwerk entlang der Ressourcen und Bedarfe aufgebaut wird.

Die Teilnehmenden berichten weiterhin, dass im Rahmen des ReKo-Projektes in der Grafschaft Bentheim regelmäßig gemeinsame Fallbesprechungen, z. B. wöchentlich mit den PSPs der Landkreise sowie die Pflegetische im Landkreis Grafschaft Bentheim (zwei Mal im Jahr) umgesetzt und entsprechende Netzwerkstrukturen weiterentwickelt wurden. Auch Unter-Arbeitsgruppen zu bestimmten Themen konnten etabliert werden. Für jeden Fall wurde ein individuelles Netzwerk benötigt, gewisse Konstellationen (z. B. bestehend aus Pflegedienst und Haushaltshilfe) konnten jedoch in ähnlicher Form auf weitere Fälle übertragen werden. Im Rahmen der Netzwerkarbeit konnten auch häufige Kontakte mit bestimmten Netzwerkpartner*innen aufgedeckt und dementsprechend Bedarfe abgeleitet werden.

Die folgende Tabelle 162 zeigt die Gegenüberstellung der hemmenden und förderlichen Impulse im Rahmen der regionalen Netzwerkarbeit.

Tabelle 162: Einflussfaktoren auf Netzwerkarbeit

Hemmende Faktoren	Förderliche Faktoren
Corona	Rückgriff auf bereits vorhandene Strukturen
Konkurrenzdenken und Doppelstrukturen	Integration und Vorstellung der CM beim Pflegestützpunkt
(Un-)Bekanntheit von ReKo und GEU	(Un-)Bekanntheit von ReKo und GEU
Komplexität des Projektes, fehlendes Verständnis	Personenbezug als Faktor für Bekanntheit
Datenschutz und Schweigepflichtentbindung	CM-Weiterbildung: Einbindung der Netzwerk-/Praxispartner
	direkte und feste Ansprechpartner*innen
	Neutralität
	kostenloses Angebot
	stärkerer Austausch, Anfragen von außerhalb
	Niedrigschwelligkeit durch Angebote vor Ort
	Anfragen für Vorstellung des Projektes
	ähnliche Arbeitsweise von anderen Anbieter*innen zu CM

Neben übergeordneten Hürden, z. B. fehlender persönlicher Kontakt aufgrund der COVID-19-Pandemie, und rechtlichen Hindernissen, z. B. Datenschutz und die Schweigepflichtentbindung für den Austausch mit den Krankenkassen, hemmten vor allem Konkurrenzdenken unter verschiedenen Leistungserbringenden sowie die Komplexität des Projektes zu Beginn den Aufbau von Netzwerken und die Netzwerkarbeit.

Zu t1 konnte die Skepsis einiger regionaler Akteure bereits abgebaut werden. Die (Un-)Bekanntheit des Projektes und des Interventionspartners GEU stehen auf der Seite der hemmenden und der fördernden Faktoren. Einerseits ist die Unbekanntheit des Projektes und des Trägers herausfordernd, da viele Ressourcen für die Vorstellung und Erläuterung des Vorhabens notwendig sind. Andererseits begegnen viele Stakeholder dem Projekt dadurch sehr offen und grundsätzlich positiv. Dort wo das Projekt und der Träger bekannt sind, können je nach Vorerfahrung und Meinung Vorbehalte/Vertrauen bzgl. der Leistungserbringung bestehen.

Als förderlich für den Netzwerkaufbau wurde der Rückgriff auf bereits vor dem Projekt vorhandene Strukturen empfunden. Das Projekt wurde auch von Mitarbeitenden des PSPs in den Regionen aufgegriffen und integriert, indem die Case Manager*innen verschiedenen Netzwerkpartner*innen für die Zusammenarbeit vorgestellt wurden. Ähnlich hilfreich war es, wenn Case Manager*innen bereits vor dem Projekt in der Region gearbeitet haben und entsprechend bekannt waren. Zu t1 waren das Projekt und die Arbeitsweise des ReKo-CM regional so bekannt und haben sich so in die Arbeitsweise anderer Anbieter*innen integrieren lassen, dass ein stärkerer Austausch bestand und bereits Anfragen von außerhalb für die Fallübernahme oder die Vorstellung des Projektes, z. B. in Selbsthilfegruppen, aufkamen. Förderlich für die Netzwerkarbeit scheinen auch die Niedrigschwelligkeit durch die regionale Verortung und die Neutralität des Angebotes zu sein sowie der Faktor, dass es sich um ein kostenloses Angebot handelte. Außerdem hat es sich positiv ausgewirkt, dass die Case Manager*innen feste Ansprechpartner*innen für die Netzwerkpartner*innen für einen konkreten Fall waren.

Die Befragten haben die Pflege von Netzwerken jedoch als sehr aufwendig beschrieben. Ohne regelmäßige Kontaktpflege und Netzwerkarbeit sei ein Fortbestehen der regionalen CMO (Netzwerkarbeit der Case Manager*innen) nicht zu gewährleisten.

Forschungsfragen (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage
F3: In welchen Versorgungsprozessen stellt das ReKo-CM eine Innovation dar?	T0: • ZG5+: 7 Interviews, IG T1: • ZG 5 +: 7 Interviews, IG

Das ReKo-CM konnte auf der Ebene der Versorgungsanbieter*innen (ZG 4) in Hinblick auf die Zusammenarbeit bei komplexen Problemlagen und die Entlastung als ergänzendes Angebot bereits positive Effekte nachweisen, auch für die Leistungsempfangenden (ZG 1-3) konnten bei der Stabilisierung von Sorgenetzwerke und der Entlastung der An- und Zugehörigen positive Effekte verzeichnet werden. Für diese ZG stellte das ReKo-CM eine Ergänzung der Regelversorgung und eine Innovation dar (siehe dazu auch Kap 3.2; 3.17; 3.18; 3.19). Ob Personen, die eher der strategischen Management-Ebene zuzuordnen sind, das ReKo-Angebot als regionale Innovation einordnen, widmet sich folgender Abschnitt. Dazu wurden

Interviews im Prä-Post-Design mit Netzwerkateur*innen der IG durchgeführt. Zu den Interviewteilnehmer*innen zählten Personen, die vorwiegend im Managementbereich tätig waren. Dazu zählten unter anderem geschäftsführende Personen von Wohlfahrts- oder Kreisverbänden, kommunale Vertreter*innen der beteiligten Landkreise, geschäftsführende Personen vom Medizinischen Dienst und Krankenhäusern sowie Pflegeanbieter*innen. Eine detaillierte Liste der Interviewteilnehmenden ist dem Kapitel 2.5 zu entnehmen.

Zu Beginn der ReKo-Intervention (t0) zeigte sich in den Interviews ein recht heterogenes Bild. Eine/ein Sozialdezernent*in eines kooperierenden Landkreises berichtete bereits zu Beginn, wie das ReKo-Angebot früh in der kommunalen Struktur integriert wurde:

„Also wir haben ReKo ja in unserem PSP Organisation eingebunden. Wir sind hingegangen und haben gesagt: >Okay, der PSP muss eigentlich die Clearingstelle sein, von wo Anfragen eingehen und dort organisieren wir weiter sozusagen.< Wir können uns da anschauen ist das ein komplexer Fall, der mehr Management benötigt und der womöglich aufsuchende Arbeit auch benötigt, der mehr tiefgehende Beratung benötigt, dann ist es ein CM Fall. Aber wir haben natürlich auch Fälle, da geht es einfach nur Reinweck um eine Beratung, da werden Fragen beantwortet, da wir eine Lösung kurz aufgezeigt und dann ist dieser Fall eigentlich auch schon wieder abgeschlossen. Und insofern haben wir den PSP sozusagen zentral gesetzt und haben gesagt, dass hier ausgehend wollen wir gerne die Fälle steuern.“ (I-5-03)

Im Verlauf beschrieb diese Person, wie die ReKo-CM-Strukturen auch in der Fläche ausgebreitet wurden, sodass eine wohnortnahe Beratung in der Kommune angesiedelt über Familienservicebüros ermöglicht wurde (ebd.) In dem zweiten beteiligten Landkreis bestanden dagegen zu Beginn zunächst erste Hemmnisse beim Aufbau und der Integration von CM in die bestehenden kommunalen Strukturen, die Sinnhaftigkeit und Innovation der Case-Management-Intervention wurde dagegen nicht in Frage gestellt:

„Ja, also. Ich bin auch weiterhin davon überzeugt, dass das ein gutes ergänzendes Angebot ist und die Bedarfe auch da sind. Wir haben im [Name Landkreis] 330.000 Einwohner etwa. Und da haben wir den PSP mit 2,5 Stellen, kann man sich leicht errechnen, dass das nicht ausreicht, um jedem die optimale Versorgung zu geben. Natürlich gibt es auch noch, erste Ansprechpartner sind auch häufig die Pflegedienste, aber das was wir an ganzheitlicher Betreuung eigentlich brauchen. Das wäre dann, das können die dann natürlich auch nicht leisten, die Berater der Krankenkassen bzw. dann auch die Pflegedienste. Da ein passgenaues CM zu machen, dass dann auch (...) das ist eigentlich also von der Idee bin ich nach wie vor überzeugt, dass ein toller Gedanke ist und dann auch in diesem Dschungel, den wir ja haben, den Pflegedschungel und die Möglichkeiten, die es gibt. Da steht man als pflegender Angehöriger, gerade wenn man da neu einsteigt völlig hilflos davor und wir haben ja schon gesagt, auch die Sozialgesetzgebung ist komplex und da eine gute Orientierung zu bekommen und vielleicht auch zu wissen, was kann denn funktionieren und

*was haben wir vielleicht auch vor Ort für Angebote noch zusätzlich, dass man sich auch vor Ort auskennt und nicht so weit weg ist. [...] Wenn da wirklich jemand als Case Manager wirklich diese Zeit hat sich so zu kümmern, dass der Mensch gut versorgt ist und Bedarfe sieht, dann ist eigentlich ein ganz ganz wichtiger Baustein um eine gute Versorgung sicherzustellen.“ (Sozialdezernent*in I-5-06).*

Eine geschäftsführende Person im Krankenhaus erwartete durch das ReKo-CM eine Innovation im Bereich der Beratung von pflegenden Angehörigen, der Entlastung des Krankenhaussozialdienstes und in der Nachsorge von Patient*innen nach Krankenhausaufenthalten:

„Das glaube ich schon. Also grundsätzlich ist es ja so, dass ReKo ja schaut okay, wie können wir die Familien und die Angehörigen oder auch die Pflegebedürftigen selbst unterstützen. Und das glaube ich schon, dass das passt. Weil für uns zum Beispiel, wir haben ja auch nur begrenzte Fähigkeiten hier aus dem Krankenhaus heraus, und wie findet die Nachsorge statt et cetera. Also das glaube ich schon, dass das für die Region gut ist und auch einen hohen Nutzen hat. Wir organisieren ja zum Teil auch die Nachsorge, wie zum Beispiel, wo wird der Patient danach untergebracht, wie geht es dann weiter. Aber da passiert ja so viel drumherum, und da wissen natürlich die Pflegebedürftigen oder auch die Angehörigen gar nicht, okay wo geht es weiter. Und da kommt natürlich auch ReKo mit ins Spiel, und kann da unterstützen.“ (I-5-2)

Akteure, in dessen Strukturen das CM-Angebot nicht direkt integriert wurden oder die noch nicht von den ReKo-Case Manager*innen in die Netzwerkarbeit einbezogen wurden, äußerten sich eher negativ dem Projekt gegenüber. Eine geschäftsführende Person eines Wohlfahrtsverbandes kritisierte die Form der Netzwerkarbeit und bemängelte, dass die Wohlfahrtsverbände nicht mitgedacht würden. Diese Person kritisierte außerdem den Projektcharakter:

„Deswegen halte ich dieses Projekt ehrlich gesagt für völlig überflüssig. Ich habe nun seit 30 Jahren diese Projekte beguckt. Eine riesen Anlaufphase bis sich alle erstmal alle bekannt gemacht haben, sich alle vernetzt haben. Dann gibt es ein ganz klein bisschen Arbeit und dann gibt es noch ein riesengroßes Gebrabbel drumherum und alles kostet ein Vermögen. Und wenn das Projekt beendet ist, ist es meistens beendet.“ (I-5-03)

Der Bedarf an CM-Strukturen bestünde unzweifelhaft, da die Bedarfe der Menschen immer komplexer würden und auch die Familienkonstellationen sich verändern würden. Statt einer Finanzierung in weitere Projekte wünschte sich diese Person, dass stattdessen direkte Hilfe installiert würde, die die Personen unterstützen, ohne, dass Projekte Strukturen aufbauen, die anschließend nicht weiterfinanziert würden (ebd.). Eine weitere geschäftsführende Person eines Wohlfahrtskreisverbandes sah in dem Projekt bisher „keinen Mehrwert“ fügte aber hinzu

„Ohne, dass ich das schlecht machen will, sondern ich finde es gut, dass man sich so bewegt. Wie gesagt, das Thema Case Manager halte ich grundsätzlich für richtig. Aber ich würde es nicht so elitär sehen. Eigentlich müsste jede Fachkraft in der Lage sein, Case Manager zu sein.“ (I-5-04)

Nach der ReKo-Intervention zeigen die Ergebnisse der Interviews mit den Netzwerkakteur*innen (ZG 5) überwiegend positive Entwicklungen durch das ReKo-CM. Die Netzwerkakteure benannten das CM ebenfalls, wie bisher viele der Ergebnisse der weiteren ZG (ZG-1-4), als „Bereicherung“ bzw. „Ergänzung“ der Regelversorgung (I-5-2, I-5-3; I-5-4; I-5-5; I-5-6). Ein/eine Vertreter*in des Landkreises zog das Projektfazit, dass es durch das ReKo-Projekt gelungen sei, die pflegerische Versorgung zu verbessern, Angehörige zu entlasten und der Verbleib in der Häuslichkeit angestrebt wurde. Insbesondere durch die Krankenkassen werden kaum bis gar keine niedrigschwelligen, regionalen Beratungen mehr angeboten, hier schließe das ReKo-CM eine Lücke:

*„Wir haben ja zum Beispiel mit den Pflegekassen so sonst kaum Kontakt [...], da nehmen wir sicherlich einen Punkt wahr, der eben in der Regelversorgung nicht gut wahrgenommen wird.“ Nach Aussage eines/einer weiteren Vertreter*in des Landkreises der IG sei es durch das ReKo-CM gelungen komplexe Versorgungsfälle langfristig zu begleiten, auch der Bedarf und das CM-Konzept seien sinnvoll. Diese Person gab allerdings auch an, dass bereits in der Vergangenheit der PSP gut aufgestellt gewesen sei und das ReKo-CM hier nicht einen großen Effekt erreicht habe: „Unterscheidet uns vielleicht von anderen PSPs, die vielleicht nur Telefonberatung machen. Also von daher würde ich das nicht so verallgemeinern. Also ich glaube schon, dass unser PSP in der Vergangenheit gut gearbeitet hat und anders gearbeitet hat als PSPs. Liegt auch daran, wir bekommen eine Stelle refinanziert. [...] Also von daher würde ich diese Aussage nur für den [Name Landkreis] gelten lassen wollen, dass uns das [gemeint ist das ReKo-Projekt] vielleicht nicht ganz so viel was gebracht hat.“ (I-5-2).*

In diesem Zusammenhang wurde ebenfalls bemängelt, dass der Landkreis nicht durch mehrere Case Manager*innen dezentral besetzt wurde, sondern lediglich eine Stelle für den PSP vorgesehen gewesen sei. Der Fokus im Aufbau der CM-O lag in diesem Landkreis bei den Krankenhäusern, wodurch die Implementierung von CM-Strukturen erschwert gewesen sei. Unterdessen wurde dem ReKo-CM aber auch eine gewisse Signalkraft zugeschrieben, die in der kommunalen Politik zu einer „Sensibilisierung“ für pflegerische Entwicklungen geführt habe:

„Zusatznutzen sicherlich dadurch, dass durch ReKo die Politik und die Verwaltungsleitung für die ganze Thematik Pflege sensibilisiert worden ist. Also ich glaube dadurch ist eine Sensibilisierung in der politischen Ebene passiert ist, weil Pflege ist ja etwas, das sind diese sozialen Themen, die man nicht in Beton oder Verkabelung oder so messen kann. Das ist ja ganz schwierig in der Politik für diese weichen Faktoren zu sensibilisieren. Ich

glaube das durch ReKo eine große Sensibilisierung stattgefunden hat, was jetzt in den politischen Gremien angekommen ist.“(ebd.)

Eine Leitungsperson des Medizinischen Dienstes teilte mit, dass eine gute Netzwerkarbeit bestand und die ReKo-Case Manager*innen fallsteuernde Aufgaben übernommen haben:

„Auch grundsätzlich ist das ReKo-Projekt sehr gut angekommen auch bei den Gutachtern an sich, weil es endlich mal wirklich diese Zusammenarbeit war und dieses hier kümmert sich einer und die haben aber trotzdem alle Netzwerke im Blick. Weil sowas gab es vorher irgendwie nicht, außer dass ich Versicherte vielleicht mal hilflos an den PSP gewandt haben, der dann aber auch ja nicht so breit aufgestellt war, wie es dann durch dieses ReKo-Projekt war.“ (I-5-3)

Die teilnehmenden Landkreise und Kommunen der ReKo-Intervention zogen abschließend eine positive Bilanz. Die Vertreter*innen der Landkreise beschrieben in beiden Landkreisen Stellen für das ReKo-CM für eine begrenzte Zeit nach Projektabschluss zur Verfügung zu stellen. Dazu werden bzw. wurden nach Aussage der Interviewten dezentrale kommunale Stellen zumeist in den Familienzentren der Kommunen eingerichtet (I-5-1; I-5-2). Abschließend sei jedoch die zukünftige Finanzierung von CM-Strukturen zu klären. Hiernach übernehme die Kommune aktuell eine Vorleistung, die originär durch die Pflegekassen zu tragen sei (I-5-2). Auch in den t0-Erhebungen äußerte sich bereits eine geschäftsführende Person eines Wohlfahrtsverbandes zur Frage der Finanzierung, hiernach sei das CM als Kassenleistung abzurechnen:

„Grundsätzlich halte ich CM für eine gute Idee, aber es sollte bei Pflege angesiedelt werden, nicht bei den Hausärzten. Häufig reklamieren in Deutschland für sich das Thema Case Manager, weil sie sind ja die Ärzte. Die WHO spricht sich ganz klar da für Pflege aus und nicht für Ärzte. Das sollte man auch für Deutschland vorsehen. Dann sollte das eine ganz normale Kassenleistung sein, die mit der normalen Kasse, die wir dann einfach in der Pflegeberatung ab. Das müsste so einfach wie zum Hausarzt, zur Vorsorgeuntersuchung einmal im Jahr zu gehen. Das müsste so einfach, so niedrigschwellig sein, dass ich genauso ein Büro habe oder wie ich eine Arztpraxis habe, habe ich einen ambulanten Pflegedienst, da gehe ich hin, lege meine Karte vor und kriege meine Beratungsleistung abgerechnet und mein CM, meine Fachberatung oder wie auch immer.“ (I-5-04)

Forschungsfragen (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
F4: Wo sollte die CM Organisation zukünftig angebunden werden? F5: Welchen Einfluss hat die Verortung der ReKo-CM auf die (interdisziplinäre Zusammen)Arbeit?	T0: - ISA T1: - ISA - CM-Interviews (n=17)	Infrastrukturanalyse; Qualitative Einzelinterviews

Die Vorteile für die interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Implementation von Case-Management in bestehende Strukturen wurden bereits hinreichend dargelegt (siehe dazu Kapitel 3.19). Die Frage nach der konkreten Anbindung wurde zudem im Rahmen der CM-Interviews vor allem zu t0 thematisiert. Dabei wurde deutlich, dass die CM vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen mit dem ReKo-CM, die CMO vor allem (10 von 17 CM) kommunal ansiedeln würden (vgl. Abbildung 106). Weiterhin würden 6 CM, die Case Manager*innen sowohl bei der Kommune als auch bei den Krankenhäusern anbinden. Diese Anbindung wurde innerhalb des Modellprojekts gewählt, wobei Träger der CM-O nicht die Kommune, sondern der freie Träger GEU war.

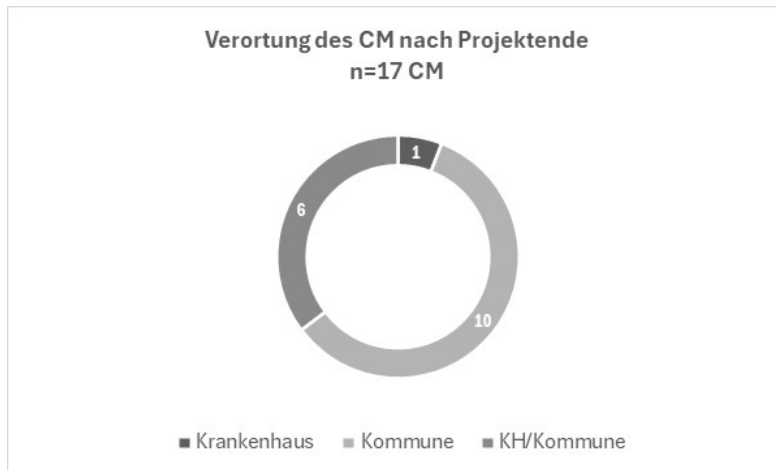


Abbildung 106: Verortung des CM nach Projektende, eigene Darstellung.

Die Gründe für die Entscheidung zur (mitunter) kommunalen Anbindung folgen bei allen CM einer ähnlichen Argumentation. So wird bei der Verortung von einem **niedrigschwelligen und vertrauten Zugang zur Leistung** berichtet, wie dieses Zitat verdeutlicht:

„Und ich glaube, dass es auch für die Klienten oder für die Bürger dann wirklich schön ist, wenn die eine feste Ansprechpartnerin vor Ort haben. Ein Gesicht und das so, das gibt, glaube ich, Verlässlichkeit so, wenn die wissen und da kann ich hingehen. Und wenn es noch nicht mal ein Gesicht ist, wenn es ein Gebäude ist, wie dieses Familienservicebüro, also, dass man wirklich weiß so, egal, ich weiß jetzt nicht genau, aber da gehe ich jetzt erstmal hin.“ (IG-S-013_Q). Vor allem für den ländlichen Raum, ist eine Verortung in den jeweiligen Kommunen wichtig, damit eine zuständige Ansprechperson sichtbar ist (IG-S-006_Q, IG-S-011_Q).

Dabei spielen neben einem sichtbaren Büro, bspw. in im Rahmen des Familienservicebüro, auch die zugehenden Hausbesuche eine wichtige Rolle.

„[...] auch mit den Möglichkeiten der Hausbesuche, nee, Sie können nicht kommen, so. Das fällt Ihnen schwer, dann komme ich.“ Das ist schon der erste Punkt zu: "Okay. Ich nehme das wahr und zitiere Sie nicht hierhin, weil dann müssten Sie jetzt einfach mal gucken, wie Sie hierhinkommen." Ich meine, viele Akteure können in Behörden oder wie auch immer, da ist es einfach so, die können nicht anders agieren. Oder es ist in den Strukturen

nicht so vorgesehen. Aber wir konnten das ja machen. Und das war schon oft dieses: "Ah, das ist ja toll, dass Sie kommen." (IG-S-013_Q).

Weiterhin wird in den Interviews berichtet, dass die kommunale Anbindung bspw. in Familienservicebüros zu **einer guten (örtliche) Vernetzung mit den anderen kommunalen Akteur*innen** führt, wie bspw. das folgende Zitat herausstellt:

„Und es ist einfach/ es sind schon mehrere Beratungsanbieter vor Ort, sage ich mal. Das heißt, dass wir dann wirklich kurze Wege haben, dass ich weiß, so, jeden Dienstag ist die vom Jugendamt, die für Bentheim zuständig ist, da. Wir können auch mal eben persönlich in den Austausch gehen, dass da Renten sage ich mal, so Rentensachen beraten werden. Wo ich dann noch mal nachfragen kann. Also, ich muss zentral sitzen und am besten schon viele Netzwerkpartner bei mir haben. Und das ist wirklich, in diesem Familien Servicebüro, gerade in Bentheim wirklich richtig gut gegeben. Ist ein Mehrwert, auf jeden Fall. Da ist der sozial-psychiatrische Dienst. Mit dem kann man dann noch mal kurz eine Fallbesprechung machen, oder sagen, na/ Also, das ist wirklich richtig gut. Das läuft. Aber, auf jeden Fall vor Ort. Also, in den einzelnen Kommunen.“ (IG-S-003_Q).

Dieses „Vernetzt-Sein“ wird vor allem in Abgrenzung zu Angeboten (i. d. R. Pflegeberatung gem. § 7 a SBX XI) der Pflegekassen genannt. Soweit die Pflegekassenmitarbeitenden nicht vor Ort sind, wird von einer mangelnden regionalen Kenntnis und Vernetzung berichtet, wie bspw. das folgende Zitat verdeutlicht:

„Also, das ist ja das, was man hört, wenn man Klienten, Versicherte hört, wie denn Pflegeberatung erfolgt. Wenn Pflegekassen eine Pflegeberatung eher anonym durchführen, weil sie nicht vor Ort sitzen, dann, behaupte ich mal, ist es schwierig, die örtlichen- die örtlichen Anbieter zu kennen, die örtlichen Strukturen zu kennen. Und das ist das Thema, was mir aus der CM-Schulung am, (3) ja, prägnantesten im Gedächtnis blieb, dass es hieß, CM steht und fällt mit dem Vernetztsein. Komplexe Fälle erfordern mitunter (.) komplexe oder neue Interventionen, den Standardweg eben nicht einschlagen, und das geht nur im Dialog, in der Vernetzung, im Wissen um örtliche Ansprechpersonen. Dann braucht es eine (.) örtliche Verortung. Und im Idealfall ist sie so, (.) ich will mal sagen, so kleinräumig, dass sie dort sitzt, wo die Personen, ja, wohnen. Und das ist die Gemeinde und in einer größeren Stadt vielleicht (.) ein Stadtteil oder nur eine Zusammenfassung mehrerer Stadtteile.“ (IG-S-015_Q).

Das Zitat geht ebenfalls darauf ein, dass die **starke Vernetzung der wesentliche Erfolgsfaktor im Rahmen der Begleitung von komplexen Fällen**, die in der Regel außerhalb der Regelversorgung liegen, ist. Von der Vernetzung der verschiedenen Akteur*innen im Gesundheits- und Sozialsektor unter dem Dach der Kommune, wurde auch im Sinne einer „ganzheitlichen Beratung, in der nicht jeder sein Süppchen kocht“ gesprochen (IG-S-014_Q).

Eine kommunale Anbindung wurde weiterhin als vorteilhaft für die Neutralität des Angebots und zur Vermeidung einseitiger Beratung erachtet, da die Anbieter*innen von Gesundheits- und Pflegeleistungen durchaus im Wettbewerb untereinanderstehen (IG-S-017_Q).

Die Personen, die sich für eine Anbindung bei den Kommunen und Krankenhäusern in den jeweiligen Regionen ausgesprochen haben, verdeutlichen in der Regel, dass die kommunale Anbindung immens wichtig ist, es jedoch auch ein Pendant innerhalb der Überleitungsprozesse aus der akutstationären Versorgung bedarf, da die **Sozialdienste im Rahmen des etablierten Entlassmanagements nicht ausreichend Ressourcen für den Aufbau eines häuslichen Sorgenetzwerks** haben (IG-S-009_Q). In diesem Zusammenhang wird auch auf die Vermeidung eines Drehtüreffekts eingegangen:

„Ich muss sagen, dass ich die Verortung sehr gut in den Krankenhäusern fände, weil ich finde, dass es ein tolles Qualitätsmerkmal für ein Krankenhaus wäre zu sagen: "Wir begleiten unsere Patienten, die die das benötigen, auch nach Entlassung noch weiter", weil es da ja einfach häufig dadurch, dass sie nicht aufgefangen werden, zu Hause diesen Drehtüreffekt gibt, selbst wenn sich das Entlassmanagement um eine Kurzzeitpflege kümmert und derjenige wird dann aber wieder in sein nicht gut versorgtes Zuhause entlassen, dann bringt das Ganze ja wenig.“ (IG-S-010_Q).

Forschungsfragen (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
F6: Inwiefern ist das ReKo-CM auf andere Regionen übertragbar?	T0: - ISA T1: - ISA - CM-Interviews (n=17)	Infrastrukturanalyse; Qualitative Einzelinterviews

Die Übertragbarkeit der Intervention auf andere Regionen wurde in allen Erhebungsmethoden positiv bewertet, da, wie in Kapitel 3.6 berichtet, die Befragten eine positive Veränderung durch das ReKo-CM erfahren haben. Alle Case Manager*innen (IG-S-001-17_Q) bewerten das ReKo-CM als übertragbares Konzept für andere Regionen. Innerhalb der Ausgestaltung der Implementierung in andere Regionen wurden unterschiedliche Hinweise gegeben, die im Folgenden innerhalb einer Triangulation der Forschungsdaten zur besseren Nachvollziehbarkeit zusammengeführt wurden.

Innerhalb der CHA-Fokusgruppeninterviews und der CM-Interviews wurde betont, dass eine **Implementierung unbedingt auf die bestehende Versorgungsinfrastruktur aufbauen sollte** und sie bestenfalls ergänzen sollte, **um Parallelstrukturen und damit verbundenen Konkurrenzen entgegenzuwirken**. Dabei wird auch wieder die Rolle der kommunalen Akteur*innen im Rahmen der Daseinsvorsorge betont, wie dieses exemplarische Zitat zeigt:

„man sollte sich auf jeden Fall da immer mit den Zuständigkeitsbereichen finde ich zusammen setzen und da versuchen gemeinsam, also einmal mit

Pflegekassen, mit den Entscheidern da vor Ort, also mit Kommune, Landkreis, wer auch immer da zuständig ist, gemeinsam da einen Weg finden, das auf jeden Fall diese Daseinsfürsorge sozusagen gesichert wird und nachhaltig auch verbessert werden kann.“ (IG-S-008_Q).

Um konkrete Ansatzpunkte für den Aufbau zu erhalten, könnte nach Einschätzung der CHA-Fokusgruppenteilnehmenden eine **Versorgungsinfrastrukturanalyse**, ähnlich wie im ReKo-Projekt, durchgeführt werden. Weiterhin sollten viel Zeit und weitere Ressourcen zur Aufklärungsarbeit bzgl. der CMO eingeplant werden. Sowohl die CHA-Fokusgruppenteilnehmenden als auch die CM-Interviewten stellten heraus, dass die anfänglichen Vorbehalte innerhalb der Regionen vor allem durch viel Aufklärungs- und Netzwerkarbeit angebaut werden konnten. Bei einer Übertragung sollten diese Aufwände eingeplant werden. Bezüglich der Ressourcen stellten vor allem die CHA-Fokusgruppenteilnehmenden der zuleitenden Stellen heraus, dass auch diese Ressourcen für die Integration und später auch für die Zusammenarbeit benötigen. Eine **Refinanzierung der Leistungen rund um das CM auch bei den zuleitenden Stellen** wurde innerhalb von ReKo nicht systematisch in den Blick genommen. Außer innerhalb der CHA-Fokusgruppeninterviews wurde dieser Befund noch für die Zusammenarbeit mit Ärzt*innen innerhalb der CM-Interviews betont (IG-S-001_Q, IG-S-011_Q). Für einen Übertrag müssten folglich auch die Ärzt*innen in den Regionen stärker eingebunden werden und es müsste eine Refinanzierung für die Zusammenarbeit mit den Case Manager*innen für die Akteur*innen aus der Sozial- und Gesundheitsbranche sichergestellt werden, damit die zusätzliche Fall- und Netzwerkarbeit auch innerhalb der kooperierenden Stellen zeitlich und finanziell kompensiert werden kann.

Hinsichtlich der Verankerung des Angebots nennen die Befragten verschiedene Optionen (siehe Kap. 3.19) für die Übertragung auf andere Regionen. Die Ansiedelung sollte wohnortnah sowie über kurze Wege und niedrigschwellig erreichbar sein. Vorstellbar sind dazu die Verortung im Familienservicebüro oder direkt bei der Kommune. Außerdem sehen die Teilnehmenden eine Eingliederung im Krankenhaus, z. B. zur Unterstützung des Entlassmanagements oder als Angebot im Anschluss an dieses, als sinnvolle Option an. Wichtig sei dabei die Zusammenarbeit mit der Kommune, sodass ein CM als effektive Schnittstelle fungieren kann.

Für die Zuleitung der Fälle wurde innerhalb der CHA-Fokusgruppen betont, dass potenzielle Klient*innen nicht weggeschickt werden sollten, wenn sie für ein CM nicht in Frage kommen, **sondern angehört und weitervermittelt werden**, damit die Niedrigschwelligkeit der Leistung erhalten bleibt.

Als elementarer Faktor für das Gelingen des ReKo-CM wurden die **Hausbesuche** herausgestellt (IG-S-002-, -004-, -006, 009, -011-, -012-, -013-, -015-, -016-, -017_Q). Dabei wurde die Bedeutung sowohl inhaltlich als auch beziehungsorientiert begründet. Vor allem für die CM, die im Krankenhaus gearbeitet haben, stellte sich in der Häuslichkeit häufig eine ganz andere Versorgungssituation dar als zunächst von den Klient*innen beschrieben, wie das folgende Zitat verdeutlicht:

„Ich finde das sehr gut, dass man in die Häuslichkeit geht. Weil da kriegt man einen ganz, ganz anderen Einblick. Und man hat die ja manchmal

auch schon im Krankenhaus erlebt. Und dann aber zu Hause, und zu Hause sind die ganz, ganz anders. (IG-S-006_Q).

Teildiskussion Regionale Versorgungsentwicklung

Bezugnehmend auf die einzelnen Fragestellungen lassen sich zusammenfassend verschiedene regionale Entwicklungen im Verlauf des ReKo-CM beschreiben. Hinsichtlich der Analyse der Versorgungsinfrastruktur zeigt sich die grundsätzliche **Herausforderung der Datenverfügbarkeit**. Viele Sekundärdaten zu regionalen Strukturen wurden zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten der ISA nicht aktualisiert oder sind zum Zeitpunkt der Veröffentlichung wieder veraltet. Hier besteht ein Problem im Datenmonitoring, da bisher keine umfassenden strukturierten Datenbanken mit einem aktuellen Überblick über die Versorgungsinfrastruktur etabliert sind und für gezielte Analysen eine Recherche über verschiedene Datenätze hinweg notwendig ist. Gemeinsame verlässliche Datenquellen schaffen Transparenz und die Grundlage für die Messbarkeit von Entwicklungen (Schicker 2008; Klie 2020a). In den ergänzenden Befragungen zur ISA beschreiben die Akteur*innen aus dem Versorgungsumfeld die Ausweitung einiger Angebote (z. B. SAPV, ausländische Fachpersonen, Hauswirtschaft) bei gleichzeitiger Verringerung bzw. Kapazitätsmangel, u. a. aufgrund der COVID-19-Pandemie, anderer Angebote (z. B. Ehrenamt, Facharzt*innentermine, vollstationäre Pflegeeinrichtungen) zwischen den Erhebungszeitpunkten t0 und t1.

Das ReKo-CM konnte nach der Anfangs- und Aufbauphase gut in bestehende Strukturen integriert und eingebunden werden und dadurch Einfluss auf regionale Koordinierungs-, Abstimmungs-, Planungsstrukturen und -verfahren nehmen. Zum einen durch das konkrete Handeln/Unterstützen im Versorgungsprozess und zum anderen durch das Bestreben des Einwirkens auf strukturelle Prozesse und die Anregung des Lernens aus Einzelfällen, welches die Weiterentwicklung von Versorgungs-Mix-Strukturen vorantreiben sollte. Bei dem Aufgreifen von Impulsen auf strategischer Ebene im Sinne des **Care Managements** (z. B. bzgl. der Angebotsschaffung), der Umstrukturierung von Prozessen und dem langfristigen regionalen Lernen konnte das ReKo-Projekt im Projektzeitraum lediglich **erste regionale Impulse** geben und Strukturen vorbereiten. Nachhaltige Effekte sind zum Zeitpunkt der Erhebung nicht erkennbar.

Grundlegend von Bedeutung war die Netzwerkarbeit der ReKo-CMO, der stetige Austausch sowie das Knüpfen neuer Kontakte. Zu Beginn des Projektes bestanden teils Hemmungen, Vorbehalte und Konkurrenzdenken, welche nur durch eine aufwendige und pflegeintensive Netzwerkarbeit und viel Aufklärung abgebaut werden konnten. Die Vernetzung wird als wesentlicher Erfolgsfaktor in der Fallarbeit wahrgenommen, insbesondere bei der Begleitung komplexer Fälle.

Die sinnvolle Verankerung eines CM wird primär in kommunalen Strukturen gesehen. Gründe hierfür sind der niedrighschwellige und vertraute/bekannte Zugang zur Leistung für die Bürger*innen sowie die Möglichkeit der guten Vernetzung mit anderen Akteur*innen für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung. Wichtig bei der Verankerung sind die Bereitstellung von genügend Ressourcen, sowohl personell als auch zeitlich und finanziell. Als Kernelement eines CM ist die Durchführung von Hausbesuchen zu betonen, da sich nur dadurch ein umfassendes Bild der Versorgungslage der Klient*innen ergeben kann. Außerdem

ist der Einbezug aller Beteiligten des Sorgenetzwerks der Klient*innen wichtig, dazu gehören insbesondere auch Hausärzt*innen, mit welchen die Kooperationen im ReKo-CM noch ausbaufähig waren.

Hinsichtlich des Transfers und der Übertragbarkeit auf andere Regionen ist die Relevanz des Aufbaus auf regional bereits vorhandene Versorgungsinfrastruktur hervorzuheben. Dadurch wird der Schaffung von Parallelstrukturen und Konkurrenzdenken entgegengewirkt. Um dies gut realisieren zu können, ist auch die Durchführung einer ISA sinnvoll, um eine Datengrundlage zu schaffen sowie regionale Herausforderungen und Entwicklungen erkennen zu können (Jalaß et al. 2024).

3.21 Regionale IT-Infrastruktur

Forschungsfragen (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
F1a: Wie hat sich die digitale Infrastruktur in den Regionen über den Projektverlauf entwickelt? F1b: Welche Initiativen konnten abgerufen werden, um die Digitalisierung auszubauen?	t0: • ISA • 16 Interviews t1: • ISA • 10 Interviews	Infrastrukturanalyse; Qualitative Einzelinterviews
Zentrale Ergebnisse		
Die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Studien weisen keine messbaren unmittelbaren Effekte einer ReKo-CM-Organisation auf die regionale IT-Infrastrukturentwicklung aus. Vielmehr sind demnach übergreifende politische Entwicklungen (z. B. Digitalisierungsgesetze im Gesundheits- und Pflegewesen) sowie zielgerichtete regionale Projekte zum Ausbau der digitalen Infrastruktur bedeutsame Impulsgeber. Eine ReKo-CM-Organisation kann in diesem Zusammenhang jedoch wichtige Impulse für eine gezielte digitale Vernetzung zu pflegebezogenen Aspekten liefern.		

Die Veränderungen der IT-Infrastruktur innerhalb der Modellregionen wurde im Rahmen der ISA im Prä-Post-Design (t0/t1) untersucht. Die Daten hierzu wurden öffentlichen Datenbanken, Websites, semi-strukturierten Interviews mit Stakeholder*innen des Gesundheitswesens, insgesamt 16 im Zeitraum t0 und 10 im Zeitraum t1 entnommen.

Digitale Initiativen

Zum Zeitpunkt der t0-Erhebung wurde in Niedersachsen die Vernetzung der Sektoren durch verschiedene Projekte und Maßnahmen verstärkt, darunter das digitale Notfallmanagementsystem IVENA. Das System erleichtert den Austausch zwischen Krankenhäusern, Leitstellen und Rettungswagen. Bis Anfang 2021 nutzten 23 von 30 Leitstellen und 102 Krankenhäuser die internetbasierte Software für den Echtzeitdatenaustausch über Betten- und Behandlungskapazitäten. Das

Krankenhauszukunftsgesetz vom 29. Oktober 2020 gewährte Niedersachsen 420 Mio. Euro aus dem Gesundheitsfonds, um die digitale Infrastruktur der Krankenhäuser zu erweitern.

Das Projekt ReKo (Regionales Pflegekompetenzzentrum) wurde als Erweiterung der Regelversorgung durch PSPs und Krankenhaussozialdienste entwickelt. ReKo kooperiert mit regionaler Pflegeberatung, medizinischer und pflegerischer Versorgung sowie Mobilitäts- und Entlastungsleistungen über das System Quovero. Ein Patient*innenportal wurde 2022 entwickelt, um Pflegebedürftigen und Angehörigen eine selbstständigere Pflegeplanung zu ermöglichen.

Neben ReKo gab es weitere Initiativen, die sich mit der Verbesserung der Pflege in der IG beschäftigten. Unter anderem die Initiative RubiN (Regional ununterbrochen betreut im Netz) (van den Berg et al., 2024), die sich mit der Vernetzung und Verbesserung der Strukturen und Prozesse rund um die Versorgung geriatrischer Patient*innen befasste.

Eine weitere digitale Initiative ist im Landkreis Emsland mit Genial eG initiiert worden. Die "genial eG - GesundheitsNetz im Altkreis Lingen" ist ein 2008 gegründetes genossenschaftliches Netzwerk von 71 Haus- und Fachärzten in 31 Praxen aus Lingen und Umgebung. Ziel ist die effiziente, menschliche und qualitativ hochwertige Versorgung von Patient*innen im Lingener Raum durch dezentrale ambulante Versorgung ohne Erfragen der Krankenversicherung und lange Wartezeiten. Das Netzwerk ist von der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen anerkannt. Die genial eG fördert sektorenübergreifende Zusammenarbeit, erkennt frühzeitig Missstände, entwickelt Versorgungsstrukturen weiter, konzipiert innovative Lösungen und nutzt die Software "mediQuu". Die genial eG organisiert Fortbildungen, Qualitätszirkel, Seminare und Kongresse, bündelt die politische und wirtschaftliche Kraft der Ärzteschaft und vertritt gemeinsame Interessen gegenüber Politik und Krankenkassen.

Des Weiteren arbeitet die Berliner Technologiefirma "Recare" gemeinsam mit dem "GwiNet Kompetenzzentrum Gesundheitswirtschaft e.V." an einem Pflegeportal für die Weser-Ems-Region. Das Projekt namens "Entwicklung und Erprobung eines Pflegeportals Weser-Ems" zielt darauf ab, die Suche und Vermittlung freier Pflegeplätze in der Region zu optimieren. Recare, mit Erfahrung in der digitalen Versorgungskoordination, entwickelt die Plattform für den direkten Einsatz durch Fachpersonal und Bürger*innen. Finanziert wurde das Projekt durch das Niedersächsische Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten sowie anschließend durch die Arbeitsgemeinschaft von 17 Landkreisen und kreisfreien Städten in der Region Weser-Ems. Nach dem Start im Dezember 2020 befindet sich das Projekt in der 3. Projektphase und soll im April 2025 abgeschlossen werden. Das Pilotprojekt soll Fachnutzer*innen in Senioren- und PSPs sowie Sozialdiensten eine datenschutzkonforme Suchmöglichkeit bieten und Pflegeeinrichtungen bei der Bearbeitung von Suchanfragen unterstützen. Privatpersonen sollen detaillierte Informationen zu verfügbaren Kapazitäten erhalten, und eine spontane Pflegeplatzsuche wird ermöglicht. Ziel ist es, Koordinationsprozesse im Überleitungsmanagement zu verbessern und die Verweildauer von Patient*innen zu steuern.

In der IG sowie KG konnten zu t1 ebenfalls verschiedene Projekte im Gesundheitswesen ausgemacht werden, die seit der ISA zu t0 gestartet sind.

Flächendeckend kann die Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) genannt werden, die sich in fünf Säulen gliedert: Personalaufbau, Steigerung der Attraktivität des ÖGD, Digitalisierung, Umsetzung der Internationalen Vorschriften zur Gesundheitssicherheit sowie Zukunftsfähige Strukturen des ÖGD. Die Säule Digitalisierung wird vom Bund mit 800 Mio. Euro gefördert und unterstützt bis 2026 Initiativen zur Erhöhung des Digitalisierungsgrads der Einrichtungen des ÖGD. Das „Ziel der Digitalisierung ist es, eine Interoperabilität über alle Ebenen hinweg sicherzustellen.“ Gefördert werden die Landkreise mit einem Fördervolumen von 158.000 Euro bis zu 1,2 Mio., um dezidierte Eckpfeiler der Digitalisierung zu etablieren (BMG, 2023).

Des Weiteren führt der Landkreis Cloppenburg in Kooperation mit der Universität Oldenburg Einsätze mit Augmented-Reality-Brillen durch, wie etwa in Pflegeheimen, „um sowohl die nicht-akuten Telesprechstunden als auch die Notfallversorgung als Anwendungsgebiete zu testen.“ Das Ziel ist es, das 5G-Netz weiter auszubauen und diese mobilen Anwendungsfälle künftig auch im Rettungsdienst etablieren zu können (Universität Oldenburg, 2023).

Schließlich wurde mit dem "DigitalPakt Alter", unterstützt vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie der BAGSO, eine langfristige Initiative auf dem Weg gebracht, um die digitale Teilhabe älterer Menschen in verschiedenen Lebensbereichen zu stärken. Das Projekt fördert 200 digitale Erfahrungsorte in Kommunen, wo ältere Menschen digitale Geräte ausprobieren können. Senioren-Internet-Initiativen erhalten Schulungen und finanzielle Unterstützung, um den digitalen Kompetenzerwerb zu fördern. Die Erfahrungsorte dienen als Best-Practice-Beispiele und sollen den Austausch mit anderen lokalen Akteuren fördern. Langfristig strebt der DigitalPakt Alter an, in jeder Kommune digitale Kompetenzerwerbsangebote für Ältere zu etablieren, besonders auch auf dem Land. Die Initiative berücksichtigt verschiedene Gruppen, einschließlich Menschen mit Migrationsgeschichte, hochaltrige oder pflegebedürftige Menschen, und bietet sowohl klassische Schulungen als auch Veranstaltungen zur nebenbei erfolgenden Kompetenzerweiterung an.

Gesetze zur Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen

Das GKV-Modernisierungsgesetz (Gesetzliches Krankenversicherungsgesetz) im Jahr 2003 wird im Allgemeinen als Startpunkt der digitalen Entwicklung im deutschen Gesundheitswesen betrachtet (Dockweiler, 2020, S. 110). Die Konzeption der Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) mit Einbindung einer elektronischen Patient*innenakte (ePA) begann 2004. Auf Grundlage des GKV-Modernisierungsgesetzes wurde die GKV weiterhin verpflichtet, bis 2006 eine Telematikinfrastruktur (TI) zur Einbindung der ePA zu realisieren (§ 291 a (7) GKV-Modernisierungsgesetz). Das Kernziel der TI besteht darin, dass sie eine geschlossene Vernetzung verschiedener IT-Systeme ermöglicht und dabei den sicheren Informationsaustausch zwischen den Stakeholdern des Gesundheitswesens gewährleisten soll. Hierzu nahm ab Anfang 2005 die gematik GmbH ihre Arbeit auf. Die tatsächliche Implementierung der TI begann mit der Anbindung der Leistungserbringenden 2017 und sollte bis 2020 umgesetzt sein. Die technische Anbindung ist allerdings noch nicht bei allen Leistungserbringenden erfolgt.

Ein weiterer Schritt des Bundesgesetzgebers für die Implementierung digitaler Anwendungen stellt das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen

(E-Health-Gesetz) aus dem Jahr 2015 dar. In dem Gesetz wird unter anderem die Einführung des elektronischen Medikationsplans (eMP), des Versichertenstammdatenmanagements (VSDM), des elektronischen Arztbriefes (eArztbrief) und des elektronischen Patient*innenfaches (ePF) gefordert.

Mit dem 2019 eingeführten Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (DVG) können sich Patient*innen digitale Gesundheits-Apps (DiGA) sowie Arzneimittel von Ärzt*innenverschreiben lassen. Außerdem können Versicherte von telemedizinischen Angeboten Gebrauch machen. Das elektronische Rezept (eRezept) ist seit September 2022 verfügbar, und seit Januar 2024 verpflichtend für verschreibungspflichtige Medikamente.

Gemäß Referentenentwurf vom 15.11.2020 wird durch das Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG) der Leistungsumfang der Telematikinfrastruktur (TI) konkretisiert sowie erweitert. Mit dem DVPMG soll der TI-Nutzerkreis um weitere Berufsgruppen wie zahnmedizinische Labore ergänzt werden. Mit dem Gesetz werden auch Entlastungen für die Leistungserbringenden bei Datenschutzaspekten in Aussicht gestellt, indem die Zuständigkeit um eine zentrale, gesetzliche Datenschutz-Folgeabschätzung ergänzt wird.

Mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) wurde ein umfangreiches Investitionsprogramm im Hinblick auf die Digitalisierung der Krankenhäuser konzipiert. Für die Implementierung und Weiterentwicklung einer digitalen Infrastruktur erhalten Krankenhausträger seit 2021 die Option, Mittel durch den Krankenhauszukunftsfonds (KHZF) abzurufen. Zudem werden Ausgaben für die IT- und Cybersicherheit gefördert.

Darüber hinaus wurde das Innovationsforum „Digitale Gesundheit 2025“ ins Leben gerufen (BMG, 2020). Durch das „Health Innovation Hub“ werden außerdem innovative digitale Versorgungslösungen entwickelt (HIH, 2020).

Mit einer Fördersumme von rund 4,3 Mrd. Euro stellte sich das KHZG als größte Gesetzesänderung heraus. Da die KHZG-Projekte erst im Jahr 2022 bzw. noch später starten können, sind kurzfristig zu t1 noch keine Effekte messbar gewesen. Erst ab dem 30.06.2023 soll eine Messung hierüber starten (BMG, 2022). Im Februar 2023 titelte das Ärzteblatt (2023) bereits, dass nahezu alle Fördergelder vollständig ausgezahlt seien. Diese sind vorgesehen, „um Investitionen in die digitale Infrastruktur und die Informationssicherheit deutscher Kliniken zu ermöglichen.“

Bis Ende 2021 seien rund 6.000 Anträge zur Förderung der Digitalisierung gestellt worden. Diese werden vor Allem für „die Einrichtung von Patient*innenportalen, Systeme zur elektronischen Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen und digitale Medikationsmanagements“ verwendet (Ärzteblatt, 2023).

Seit dem 1. Januar 2024 trat zudem das Gesundheitsdatennutzungsgesetz in Kraft. Das Gesundheitsdatennutzungsgesetz zielt darauf ab, bürokratische Hürden im Umgang mit Gesundheitsdaten abzubauen und den Zugang zu Forschungsdaten zu erleichtern. Eine zentrale Datenzugangs- und Koordinierungsstelle soll etabliert werden, die erstmals eine Verknüpfung von Daten aus verschiedenen Quellen ermöglicht. Diese Zugangsstelle fungiert als zentrale Anlaufstelle für Datenanfragende.

Das Gesetz erweitert die datenschutzrechtliche Aufsicht für länderübergreifende Forschungsvorhaben im Gesundheitswesen. Diese Zuständigkeit wird durch eine/n Landesdatenschutzbeauftragte/n koordiniert. Das Forschungsdatenzentrum Gesundheit (FDZ) beim BfArM wird weiterentwickelt, wobei die Antragsberechtigung nicht mehr von der Antragstellerin/dem Antragsteller, sondern von den im Gemeinwohl liegenden Nutzungszwecken abhängt.

Ein neues Opt-Out-Verfahren wird für die Datenfreigabe aus der elektronischen Patient*innenakte (ePA) eingeführt. Dies soll die Nutzung von ePA-Daten zu den zulässigen Zwecken des FDZ verbessern. Ein einfaches Verwaltungssystem für Widersprüche ermöglicht es Patient*innen, über die Freigabe ihrer Daten für Forschungszwecke oder andere Zwecke zu entscheiden.

Im Rahmen des Gesetzes erhalten Kranken- und Pflegekassen die Befugnis zur Datenverarbeitung, sofern dies nachweislich dem individuellen Schutz der Gesundheit der Versicherten dient. Dies kann beispielsweise die Arzneimitteltherapiesicherheit, die Erkennung von Krebserkrankungen oder seltener Erkrankungen umfassen.

In Tabelle 163: Fachbezogene relevante Gesetzesentwürfe seit t0
Tabelle 163 werden die das Gesundheitswesen betreffenden und bereits in Kraft getretenen Gesetze, die nach der ISA zu t0 erhoben werden konnten, aufgelistet.

Tabelle 163: Fachbezogene relevante Gesetzesentwürfe seit t0

Akronym	Titel	Ebene	Datum	Wesentl. Inhalte
PUEG	Pflegeunterstützung s- und entlastungsgesetz	Bund	Inkrafttreten : 01.07.2023	Regelungen zur Entlastung in der Pflege (z. B. Anstieg Beitragssatz zur Sozialen Pflegeversicherung)
				Zu 2024 sollen Pflegegeld und ambulante Pflegesachleistungsbeträge angehoben werden
NKHG	Niedersächsisches Krankenhausgesetz	Land	Beschluss: 01.01.2023	zukünftige Einteilung von Krankenhäusern in Versorgungsstufen. (Häuser der Grund- und Regelversorgung, Schwerpunktkliniken & Maximalversorger)
				Gliederung von Niedersachsen in acht Versorgungsregionen

				Verpflichtende Teilnahme an IVENA-System zur Stärkung der Notfallversorgung -> Beantwortung von Fragen zu Standort u. Versorgungsauftrag nach tatsächlichem Bedarf
KHPfIEG	Krankenhauspflegeentlastungsgesetz	Bund	Inkrafttreten : 29.12.2022	Pflegekräfte bekommen mehr Zeit für Patient*innen Einführung einer Krankenhaustagesbehandlung Regelungen zur Verbesserung der digitalen Anwendungen im Bereich der medizinischen und pflegerischen Versorgung: insbes. Nutzerfreundlichkeit stärken Förderung für Geburtshilfe und Pädiatrie
GKV-FinStG	GKV-Finanzstabilisierungsgesetz	Bund	Inkrafttreten : 15.11.2022	Finanzreformen in allen Bereichen der gesetzlichen Krankenversicherung Schnellere Facharzttermine Arzneimittel ohne Zusatznutzen werden billiger
PfIBG	Pflegebonusgesetz	Bund	Inkrafttreten : 30.06.2022	Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern & Langzeitpflege während der Pandemie
	Corona-Pflegesonderregelungsverordnung	Bund	Inkrafttreten : 11.03.2022	Sonderregelungen umfassen digitale Pflegebegutachtung und Pflegeberatung Flexiblerer Entlastungsbetrag im Pflegegrad ausgeweitetes Pflegeunterstützungsgeld
		Bund		

	Gesetz zur Zusammenführung von Krebsregisterdaten		Inkrafttreten : 01.01.2022	Zusammenführung von Datensätzen am Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD)
				Daten in kooperativen Datenverbund von ZfKD und Akteuren aus Versorgung und Forschung zusammenführen

Netzausbau

Eine unzureichende Bandbreite und Empfangsqualität sowie Areale mit schlechter Netzabdeckung sind wichtige Faktoren, die die digitale Vernetzung im Gesundheitswesen der untersuchten Regionen zu t0 beschreiben. Praxisärzt*innen bemängeln, dass es in ländlichen Bereichen nahezu keine Netzabdeckung gibt, wodurch die Anwendung mobiler Applikationen zur Dokumentation oder Vernetzung ganz und gar unmöglich ist. Dies sieht man in Abbildung 107. In den IG ist 5G nur in Teilen der Städte Haren und Meppen zu empfangen. 5G DSS ist noch in den städtischen Gebieten zu empfangen, in den ländlichen Gebieten nur 4G, teilweise nur 2G. In den KG ist die Stadt Steinfeld die einzige Stadt mit 5G Empfang, in den anderen städtischen und ländlichen Gebieten sieht die Netzabdeckung ähnlich aus wie in den IGen.

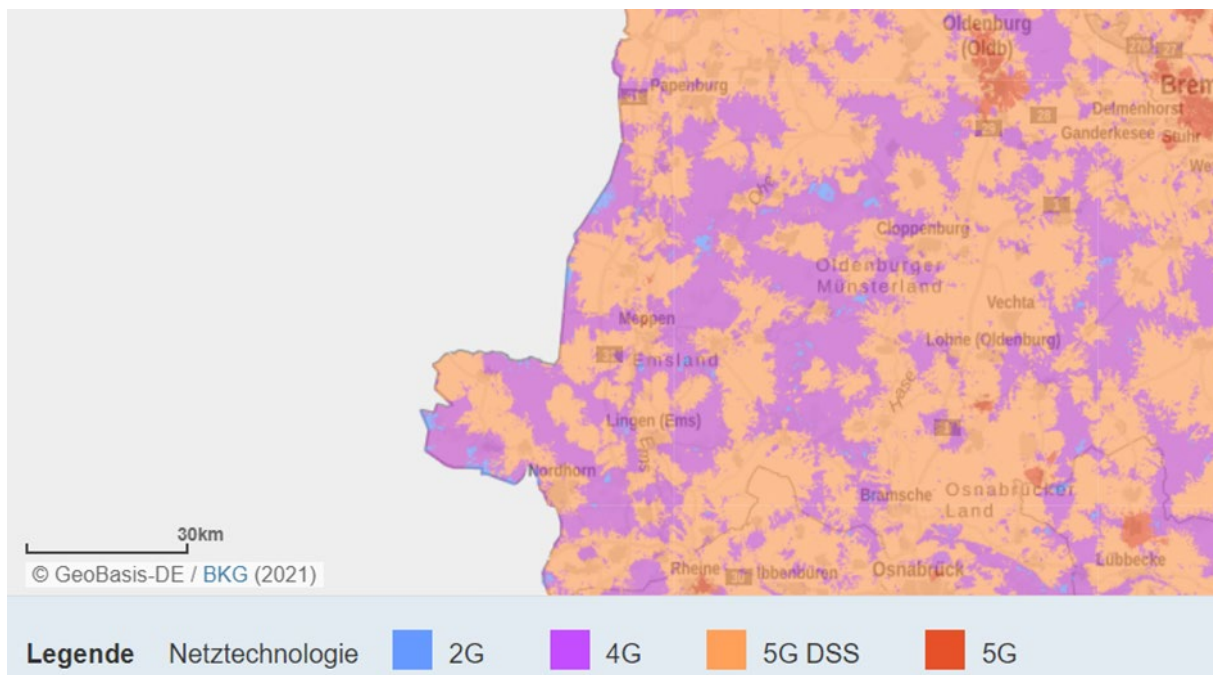


Abbildung 107: Netzabdeckung der Intervention- und der Kontrollregionen Quelle: <https://www.breitband-monitor.de/mobilfunkmonitoring/karte>

Aus den Interviews ging hervor, dass überlastete lokale Netzwerke als großer Hinderungsgrund betrachtet werden. So sei es teilweise nicht einmal möglich nach bildgebenden Verfahren eine Datei für andere Akteure auf eine gemeinsame Plattform hochzuladen, da die Übertragungsrate zu gering sei. Hierbei würden Uploads auch nachts vorgenommen, um die dann größere Verfügbarkeit der Bandbreite auszuschöpfen.

Die Landesregierung Niedersachsens hat mit dem Beschluss zum sogenannten Masterplan Digitalisierung einen weiteren Schritt in Richtung Infrastrukturausbau vorgenommen. So soll in den kommenden Jahren mehr als eine Milliarde Euro für den Transformationsprozess Digitalisierung bereitgestellt werden. Hiermit sollte bis 2021 die Versorgung durch ein flächendeckendes LTE-Netz in ganz Niedersachsen gewährleistet werden. Ab 2022 sollte die Initiierung des 5G-Standards daran anknüpfen (NMfW, 2019).

Bei den Befragungen wurden zwischen der IG und der KG unterschiedliche Wahrnehmungen des Netzausbaus, der Datenübertragung und der WLAN-Stärke festgestellt. Während die Institutionen der IG über gute bis sehr gute Internetverbindungen berichten, sieht es in der KG anders aus. Hier wird im Speziellen bei den ambulanten Pflegediensten über unzureichende mobile Datenübertragung im ländlichen Raum berichtet. Dies sei insbesondere bei Hausbesuchen festzustellen und problematisch, da keine Daten in die Apps eingespeichert werden könnten.

Im Vergleich zur ISA zu t0 zeigt Abbildung 108 ein deutlich abweichendes Bild der verfügbaren Bandbreite. Während damals nur vereinzelte Regionen identifiziert werden konnten, in denen 5G verfügbar war, vermittelt die rot eingefärbte Fläche nun einen gegenteiligen Eindruck. Nahezu alle Gebiete in der IG und KG verfügen über 5G, und in seltenen Fällen über 4G. Lediglich minimale Flächenanteile sind in blau gekennzeichnet, was einem 2G-Netz entspricht.

Die Wahrnehmung der praktizierenden Stakeholder*innen zeichnet jedoch ein differenzierteres Bild. Aus den Interviews ging hervor, dass Stakeholder*innen nach wie vor Verbindungsabbrüche oder sehr geringe Down- und Uploadraten sowohl im Mobilfunk als auch im Festnetz erleben. Abhängig vom Anbieter (Vodafone, Telekom, O2, usw.) variieren die Störungen in ihrer Häufigkeit und Intensität. Die ländlichen Gebiete scheinen in der subjektiven Wahrnehmung jedenfalls nicht die erwartete Bandbreite aufzuweisen, wie es die Breitbandkarten vermuten lassen.

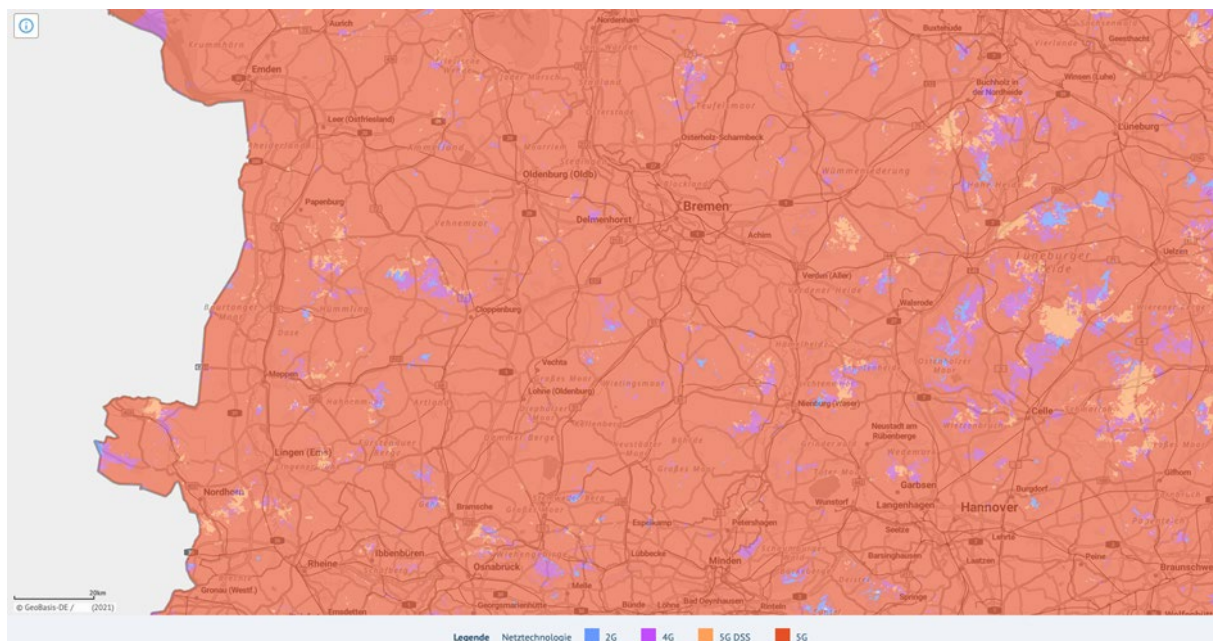


Abbildung 108: Netzabdeckung der Intervention- und der Kontrollregionen Quelle:

<https://gigabitgrundbuch.bund.de/GIGA/DE/MobilfunkMonitoring/>

Weitere Indikatoren für die Netzabdeckung innerhalb der Regionen stellen KPIs wie die Anzahl an gebauten Funk- oder Holzmasten oder verlegten Glasfaserleitungen dar. Diese lassen erkennen, dass sowohl die IG als auch KG durchschnittlich über weniger Funkmasten verfügen als der niedersächsische Durchschnitt. Auch die Länge an verlegten Glasfaserleitungen in beiden Regionen sind unterdurchschnittlich, wobei in der IG in beiden Kategorien noch niedrigere Werte als in der KG verzeichnet werden können.

Demgegenüber ist die Zahl der verbauten Holzmasten in IG und KG signifikant höher als im niedersächsischen Durchschnitt. Dies ist in der ländlichen Struktur der beiden Gebiete zu begründen, aufgrund derer sie Beobachtungsobjekt des Projekts sind.

Tabelle 164: Netzabdeckung der Intervention- und der Kontrollregionen. Quelle:

https://data.bundesnetzagentur.de/Bundesnetzagentur/GIGA/DE/Breitbandatlas/Downloads/bba_06_2023.xls

x

Region		Funkmast [Anzahl]	Glasfaserleitung [km]	Holzmast [Anzahl]	Fläche in km ²
Land Niedersachsen	Gesamt	7.653	68.736	330.124	47.614
	Normiert je Fläche (km ²)	0,16	1,44	6,93	
KG	Gesamt	1.878	22.119	117.556	16.607
	Normiert je Fläche (km ²)	0,12	1,43	7,61	
IG	Gesamt	399	5.414	45.181	2.708
	Normiert je Fläche (km ²)	0,10	1,40	11,69	

Da über diese Holzmasten ebenfalls Kommunikationsleitungen verlegt werden, lässt sich auch die im Vergleich hohe Bandbreite im Bereich des Festnetzes erklären.

Hier liegt die IG in hohen Intervallen der Bandbreite (≥ 200 Mbit/s) vor der KG, bezogen auf die Festnetzversorgung von Krankenhäusern (vgl. Abbildung 109). Es gilt jedoch zu berücksichtigen, dass 12 % der Krankenhäuser im Landkreis Emsland eine Bandbreite von 16 Mbit/s nicht erreichen.

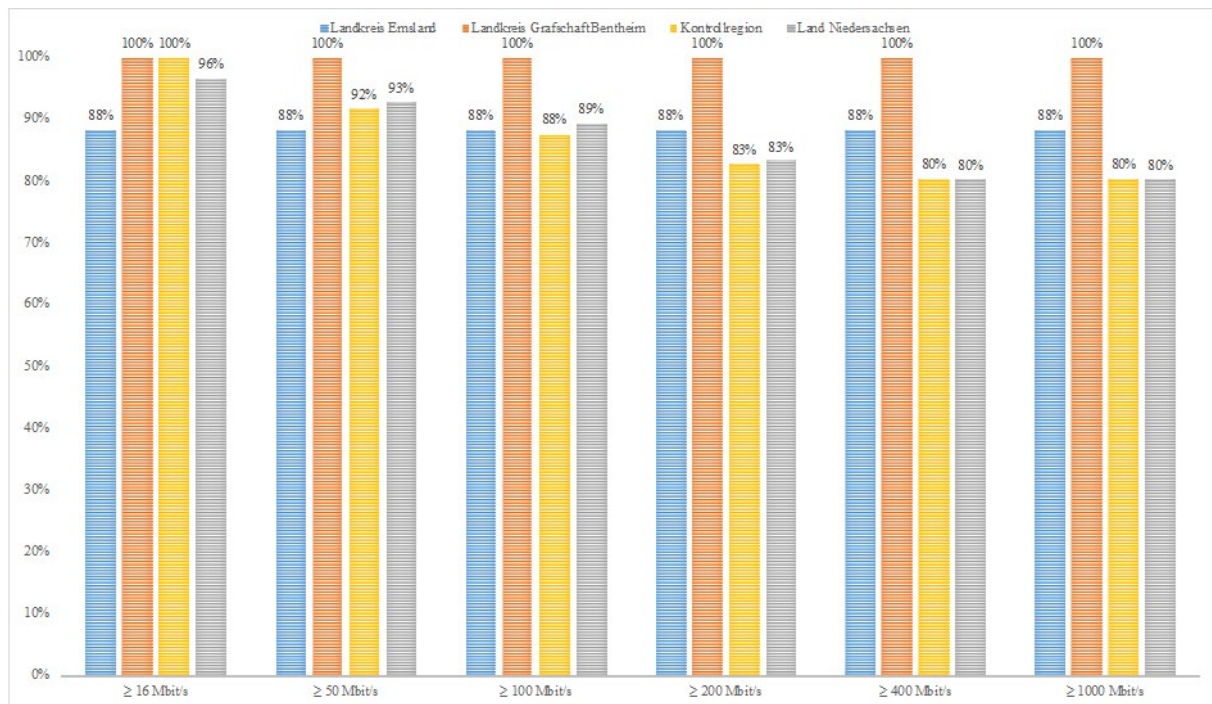


Abbildung 109: Festnetzverfügbarkeit an Krankenhäusern in Niedersachsen, der Intervention- und der Kontrollregionen. Quelle:

https://data.bundesnetzagentur.de/Bundesnetzagentur/GIGA/DE/Breitbandatlas/Downloads/bba_06_2023.xlsx

Ähnlich wie für Krankenhäuser zeichnet sich auch das Bild für private Haushalte ab. Hier ist die IG bereits ab einer gängigen Bandbreite von ≥ 30 Mbit/s gegenüber der KG und dem niedersächsischen Durchschnitt überlegen (vgl. Abbildung 110).

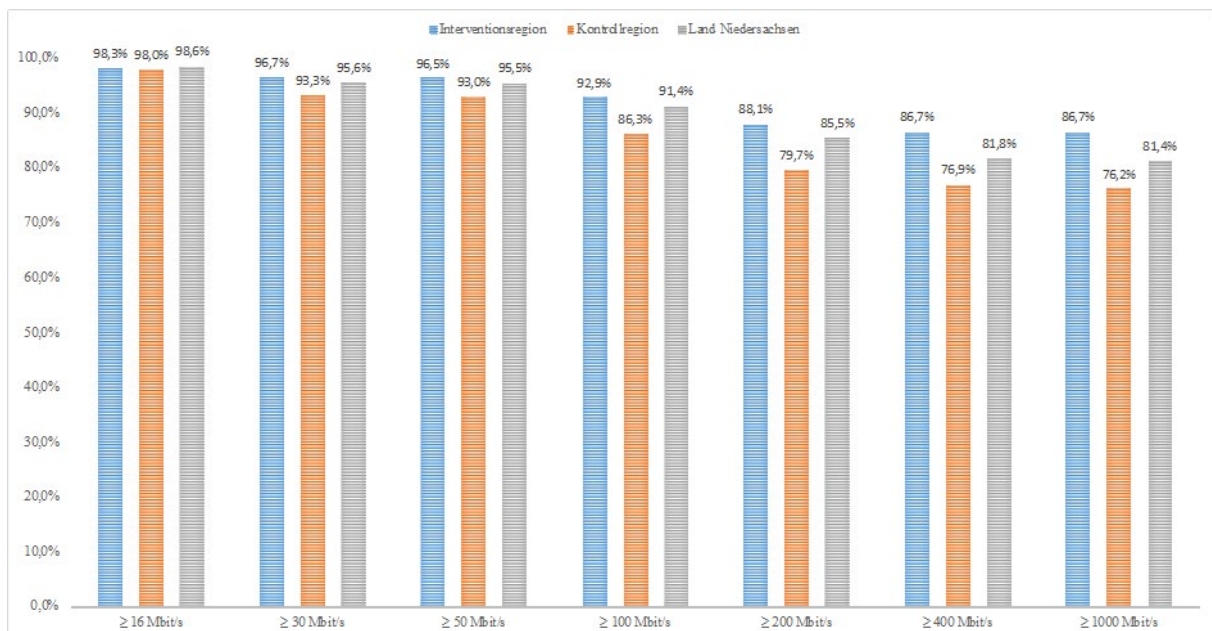


Abbildung 110: Festnetzverfügbarkeit für Privathaushalte in Niedersachsen, der Intervention- und der Kontrollregionen. Quelle:

https://data.bundesnetzagentur.de/Bundesnetzagentur/GIGA/DE/Breitbandatlas/Downloads/bba_06_2023.xlsx/

Die Statistiken zeigen also, dass in der IG sowohl mobil als auch über Glasfaser- und herkömmliche Kommunikationsleitungen moderate bis hohe Bandbreiten erreicht werden.

Aus den durchgeführten Befragungen geht jedoch hervor, dass die mobile und stationäre Netzabdeckung kein befriedigendes Ergebnis in der Praxis liefert. So werden, vergleichbar zum letzten Bericht zur digitalen Infrastruktur, noch immer Uploads über Nacht getätigt, um eine höhere Bandbreite zu erzielen. Im mobilen Bereich berichten die Case-Manager*innen, dass sie nicht nur 5G bei ihrer mobilen Arbeit überwiegend nicht erreichen, sondern häufig nur Zugang zum Edge Netzwerk bekommen. Durch die hohe Pingzeit in diesen Netzwerken ist eine Kommunikation mit der CM Software dann nicht möglich.

Hardware

Über alle Institutionen hinweg lässt sich zu t0 feststellen, dass ähnliche Hardware-Produkte im IT-Bereich im Berufsalltag genutzt werden. Hierzu zählen im Besonderen PCs bzw. Laptops bei allen einschlägigen Institutionen.

Bei den Pflegediensten sieht die Ausstattung je nach Pflegedienstanbieter unterschiedlich aus. Während ein befragter Anbieter lediglich einen Laptop für den gesamten Pflegedienst zur Verfügung hat, sind andere Pflegedienste ebenfalls mit Smartphones und Tablets ausgestattet. Smartphones werden insbesondere bei Touren genutzt, um Zeiten für die Pflege zu planen und Routen festzulegen. Ein Pflegedienstleiter berichtet, dass Erstgespräche bei den Patient*innen häufig mit Tablets stattfinden, bei dem die Patient*innenerfassung digital inklusive digitaler Unterschrift stattfindet. Ein Einsatz von Laptops vor Ort sei im Vergleich zu Tablets weniger sinnvoll, da die Akzeptanz von Patient*innen bei Tablets höher sei als bei Laptops. In Pflegeheimen dienen Tablets bei den Befragten im Speziellen der Beschäftigung und Betreuung der Bewohner. Vorteile des Tablets im Vergleich zum Laptop liegen, den Befragten zufolge im vereinfachten Transport und der Möglichkeit, Dinge schneller und anschaulicher zeigen zu können. Während einige PSPs ausschließlich PCs nutzen, haben andere auch Mobiltelefone für Hausbesuche. Bei den Sozialdiensten der Krankenhäuser kommen zusätzlich noch Visitenwagen mit mobilen Geräten zum Einsatz.

Zu t1 finden wenige Abweichungen statt. Hausärzte setzen auf Rechner für administrative Aufgaben, besitzen jedoch auch weiterhin Faxgeräte. Die mobile Abrufung von Patient*innenakten erfolgt vereinzelt über Smartphones und Tablets, über die auch Laborbefunde abgerufen werden können. Ein Pflegedienst nutzt sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich Smartphones und Tablets für die Dokumentation. In einem Pflegeheim gibt es einen eigenen Server und Rechner auf allen Ebenen. Ein hauseigenes Projekt zur Einführung von Tablets für Ärzt*innenvisiten stößt jedoch auf Desinteresse seitens der Ärzt*innen. Ein PSP plant eine Erneuerung der Rechnerstruktur und die Anschaffung neuer Tablets und Notebooks mithilfe von Fördermitteln. Sozialdienste streben Standardisierung an, indem sie Rechner desselben Herstellers nutzen. Dennoch ist Individualisierung für Software und Zugänge erforderlich. Auch hier werden Smartphones und Tablets bei Visiten zur Dokumentation verwendet. Ein anderer PSP zeigt Zufriedenheit mit der aktuellen Hardware- und Softwareausstattung. Die Verknüpfung des Telefons mit dem Rechner und die Nutzung

eines Notebooks für Mobilität sind bereits etabliert. Jedoch besteht kein Interesse an einem Diensthandy aufgrund der negativen Betrachtung der ständigen Erreichbarkeit.

Software

Im Gesundheitswesen sind vielfältige Softwarelösungen im Einsatz, wie folgender Vernetzungsmatrix (Anlage 9) entnommen werden kann. Ärzt*innen verwenden vor allem Allbus und TurboMed als Verwaltungssysteme, die das analoge Karteisystem ablösen und für Dokumentation sowie Datenmanagement genutzt werden. Der Trend zur Digitalisierung in Ärzt*innenpraxen zeigt sich durch den Einsatz dieser Produkte und den Wunsch, papierlos zu arbeiten. Pflegedienste nutzen Medifox, Vivendi, Factis und lokale EDV wie EDV aus Garrel sowie DM7 für die Tourenplanung, (Wund-)Dokumentation, Zeit- und Datenerfassung, Leistungserfassung, Abrechnungen und Patient*innenverwaltung. Eine zentrale Plattform ist das deutsche Medizinrechenzentrum für Tourenplanung, Patient*innen- und Mitarbeiter*innenverwaltung, Abrechnung und Dienstplanung. Die Nutzung von Apps zur Tourenkoordination verbessert die Pflegeplanung und ermöglicht Echtzeit-Tracking von Mitarbeiter*innen. Pflegeheime setzen Software für die Dokumentation über ein elektronisches System und die interne Kommunikation ein, inklusive papierloser Lohn- und Gehaltsabrechnungen. PSPs nutzen Quovero, Humax und NBA zur Pflegegradbestimmung, während CareCM in der KG für Pflegeberatung, Dokumentation und Gutachten verwendet wird. Sozialdienste in Krankenhäusern verwenden Software für die Dokumentation, Entlassplanung und digitale Befundberichtsbearbeitung. Die Vorgehensweise variiert, da einige Sozialdienste die Dokumentation analog durchführen, während andere digitale Methoden anwenden. Der Sozialpsychiatrische Dienst nutzt Fachanwendungen, Statistiksoftware und Citrix für seine Aufgaben.

Die Befragung zum Zeitpunkt t1 weist eine vergleichbare Fülle an genutzten Softwarelösungen auf, die bereits in t0 genannt wurden (Anlage 9). Neuerungen in diesem Zusammenhang stellen vereinzelte Lösungen dar, die fortfolgend erläutert werden. Zusätzlich findet die Software Connext Vivendi Erwähnung auf Seiten der Pflegedienste. Auf Ebene der Ärzt*innenpraxen wurde erstmals Medical Office von INDAMED genannt. Sie unterstützt im Praxismanagement und ermöglicht via App den Zugang zu Laborergebnissen.

Anbindung an die TI

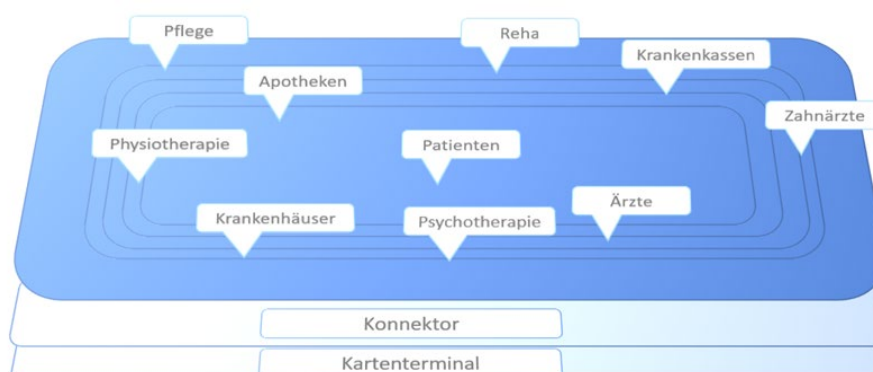


Abbildung 111: High Level Architektur der TI mit zu vernetzenden Leistungserbringern sowie zentralen Komponenten, eigene Darstellung

Für eine zu t0 zutreffende Darstellung der Systemarchitektur im deutschen Gesundheitswesen spielt die TI mit ihren zentralen Komponenten und den beteiligten Leistungserbringer*innen (vgl. Abbildung 111) eine zentrale Rolle, auch wenn die digitalen Komponenten sukzessive entwickelt werden und einige Bestandteile im Jahr 2022 noch nicht vollumfänglich genutzt werden. Die TI vernetzt dabei die Beteiligten im Gesundheitswesen wie Ärzt*innen, Zahnärzt*innen, Psychotherapeut*innen, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Apotheken und Krankenkassen miteinander. Medizinische Informationen der Patient*innen, die für die Behandlung benötigt werden, sind somit schnell und einfach verfügbar. 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 Patient*innenakte (ePA) sowie die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU). Außerdem ist im Rahmen des TI-Ausbaus seit September 2022 die Einführung des E-Rezepts umgesetzt worden, und seit Januar 2024 für alle verschreibungspflichtigen Medikamente verpflichtend. Der Zugang zur TI erfolgt dabei über einen in jeder teilnehmenden Einrichtung notwendigen Konnektor sowie das E-Health Kartenterminal.

Zu t1 konnte festgestellt werden, dass im Rahmen der KIM-Verzeichnis-Analyse in easyTI die Sozialen Dienste Nordhorn (SDN) als Mitglied der GEU über eine KIM-Adresse verfügen und somit erfolgreich an die TI angebunden sind. Diese Information wurde durch weitere Recherchen bestätigt, welche zeigten, dass die SDN sogar über curenect (u. a. opta data) an die TI angebunden sind. Bemerkenswert ist die Mitteilung der Gematik, wonach derzeit (Stand November 2023) lediglich 271 von etwa 300.000 Pflegeeinrichtungen deutschlandweit über einen elektronischen Praxisausweis (Security Module Card Type B, SMC-B) und eine KIM-Adresse verfügen. In der Modellregion sind es somit mindestens zwei Einrichtungen, nämlich die GEU als komplementäre ReKo-Pflegeeinrichtung & CM-O und die SDN.

Der erzielte Fortschritt ist vielversprechend und zeigt, dass in der Interventionsregion eine positive Entwicklung hinsichtlich der Implementierung der TI verzeichnet werden kann. Die erfolgreiche Umsetzung dieses Schrittes durch sowohl die Gesundheitsregion als auch die SDN spiegelt das gemeinsame Engagement für eine moderne und vernetzte Gesundheitsversorgung wider. Es besteht den Verantwortlichen der Organisationen zufolge Interesse daran, diesen Erfolg weiter zu vertiefen und mögliche Synergien zu nutzen, um die Nutzung der TI in der Region voranzutreiben.

Umsetzung ePA

Einen möglichen Meilenstein, der redundante Prozesse verhindern und die Reaktionsgeschwindigkeit bei Behandlungen erhöhen sollte, sahen die Interviewteilnehmer*innen in der elektronischen Patient*innenakte. Aufgrund fehlender einheitlicher Standards und Schnittstellen zwischen den Gesundheitsakteur*innen, ist zumindest die ePA ein Lösungsweg, der einheitliche Patient*innendaten durch Selbstverwaltung ebendieser, den jeweiligen behandelnden Instanzen zur Verfügung stellt.

Doch auch diese Selbstverwaltung durch die Patient*innen ist es, die den Fortschritt torpediert. Nach Auffassung des Bundesdatenschutzbeauftragten müsse jeder Patient den Zugriff über jedes Dokument in seiner ePA zu jedem Zeitpunkt kontrollieren können, anstatt bestimmten Personen Einsicht in die Akte zu gewähren. Diese vollumfassende informationelle Selbstbestimmung sollte erst ab 2022 der Fall sein, jedoch nur für jene Nutzer*innen, die ein Smartphone oder Tablet besitzen. Zudem war die Nutzung der ePA für die Patient*innen freiwillig. In Bezug auf die Digitalisierung von Gesundheitsdaten reagierten die Menschen hingegen noch skeptisch. Ergo konnte eine flächendeckende Einführung der ePA zum Zeitpunkt t0 nicht erfolgen. Auch hieraus ergeben sich ein Vertrauens- und damit Akzeptanzproblem seitens der Patient*innen.

Ab dem 1. Juli 2021 waren sämtliche Ärzt*innenpraxen in der Pflicht für die Umsetzung der ePA der Status „ePA-ready“ zu erlangen. Dies beinhaltet das Vorhalten eines Konnektors und eines ePA-Moduls. Können die Praxen dies nicht aufweisen, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen angehalten das Honorar ebendieser Praxen um 1 % zu kürzen (KVNO, 2022). In Niedersachsen seien laut Kassenärztlicher Vereinigung 96,6 % der Arztpraxen ePA-ready (Handelsblatt, 2023). Demgegenüber steht eine geringe Nutzerakzeptanz auf Seiten der Patient*innen. Stand Mai 2024 haben lediglich 1.206.387, knapp 1,6 % der 74,3 Millionen gesetzlich Versicherten, die ePA beantragt. Bislang wird jeder gesetzlich versicherten Person selbst überlassen, ob sie die eigene ePA nutzen möchte (Opt-in-Verfahren). Die Hürden hierfür scheinen bislang jedoch größer als das Interesse zur Nutzung zu sein (Ärzteblatt, 2023). Das BMG arbeitet jedoch zum jetzigen Zeitpunkt an einer Änderung des Verfahrens. Ab Ende 2024 soll die ePA für alle gesetzlich Versicherten verbindlich und nutzbar sein, ohne diese proaktiv beantragen zu müssen. Zudem lässt Gesundheitsminister Karl Lauterbach erkennen, dass Digitalisierung im 21. Jahrhundert zur Medizin dazugehören müsse und viele Dinge zu kompliziert gemacht würden. Daher sollen künftig schnellere Entscheidungen und Maßnahmen ergriffen werden: „Und wir warten nicht, bis es für alle Befunde eine standardisierte Datenstruktur gibt. Für den Anfang wird es möglich sein, ganz einfach pdf- oder Word-Dateien einzuspeisen. Bereits das ist schon ein riesiger Fortschritt.“ (BMG, 2023)

Die Befragung von Stakeholder*innen im Gesundheitswesen im Rahmen des Projekts ReKo bringt hervor, dass die Praxen auf die Nutzung der ePA vorbereitet sind, vereinzelt aber Probleme mit Schnittstellen zu bereits genutzter Software besteht. Der Abruf der Patient*innenakte bei Hausbesuchen stellt vereinzelt jedoch immer noch eine Herausforderung dar. Jedoch ist die Wahrnehmung deckungsgleich mit den o. g. Erkenntnissen: Es liegt eine mangelnde Nutzung der ePA durch Patient*innen vor. Andere Stakeholder*innen wie Seniorenstützpunkte oder Soziale Pflegedienste geben an, dass sie keinerlei Nutzung von IT-Dienstleistungen wie der ePA, dem eRezept oder der TI anstreben.

Umsetzung eRezept

Seit der Veröffentlichung der ISA zu t0 wurde das eRezept in den Testregionen Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe eingeführt. Nach einigen Testläufen und daraus resultierenden Datenschutzbedenken wurde in den beiden Regionen jedoch der Test nach Absprache der Kassenärzt*innen abgebrochen (heise online, 2022).

Bis Mai 2024 wurden deutschlandweit 185.756.663 eRezepte eingelöst. Seit Ende 2023 steigt diese Anzahl exponentiell, Anfang Dezember 2023 waren es noch unter 10 Millionen Rezepte.

Auch die Anzahl der Apotheken, die eRezepte einlösen wuchs seit Mai 2024 auf 17.447. Ende 2022 wurden nur von 2.091 medizinische Einrichtungen eRezepte ausgestellt. Bis Ende Mai 2024 stieg diese Anzahl auf 86.276 (gematik, 2024). Demgegenüber steht eine Gesamtzahl von 462 Millionen in Apotheken eingelösten GKV-Rezepten (Ärzteblatt, 2023) pro Jahr. Die Entwicklungen im ersten Quartal 2024 lassen darauf hindeuten, dass das E-Rezept deutlich an Popularität gewinnt.

Die am Projekt teilnehmenden Hausärzt*innen geben an, ebenfalls eRezepte ausstellen zu können und dies auch in seltenen Fällen zu machen. Allerdings sei hierbei die Zeitersparnis keinesfalls gegeben. Je nach verfügbarer Bandbreite in ländlichen Regionen und der momentanen Auslastung des Servers der Gematik sei dies oftmals eine zeitraubende Tätigkeit, die mit langen Wartezeiten und Systemabstürzen verbunden sei. Ebenfalls kämen Patient*innen oft unvorbereitet, also ohne vorhandene App in die Praxis, sodass das eRezept nach wie vor ausgedruckt werden müsse. Es wird einhellig postuliert, dass das Ausstellen von herkömmlichen Rezepten weniger Zeit kostet. Gleichzeitig schauen die Akteur*innen positiv in die Zukunft und sehen das Ausstellen von eRezepten in einem reibungslos funktionierenden System als großen Mehrwert an, der Sicherheit schafft, Wechselwirkungen schneller erkennen lässt, effizienter ist und mehr Transparenz schafft, durch die auch das Wegwerfen von Medikamenten eingegrenzt werden kann.

Die teilnehmenden Apotheken bemängeln ebenfalls die Zuverlässigkeit des Systems und benennen Use-Cases, bei denen es in der Apotheke zu Wartezeiten der Kund*innen kommt, da die Kommunikation mit der Schnittstelle eine große Ladedauer aufweist. Ebenfalls fühlen sie sich eingeschränkt durch die Stringenz der Anwendung, die keine in der Praxis geübten Ausnahmen zulässt und somit den gewohnten Workflow torpediert. Gleichwohl sind auch die Apotheken davon überzeugt, dass eine flächendeckende Umsetzung des eRezepts viele Ressourcen schonen wird. Insbesondere die Nachbearbeitung der papierbasierten Rezepte im Backoffice, die in vielen Apotheken mehrere Stunden einnehmen kann, könnten automatisch auf Richtigkeit und Abrechnungsfähigkeit geprüft werden.

Pflegedienste haben eigenen Aussagen zufolge noch keinerlei Berührungspunkte mit dem eRezept. Laut Gematik sollen jedoch künftig Sammelbestellungen für Heimbewohner*innen durchgeführt werden, um somit die Arztpraxen zu entlasten und eine durchgehende Versorgung der Bewohner*innen gewährleisten zu können. Es muss festgehalten werden, dass die Interviews im Jahr 2022 und 2023 durchgeführt wurden. Die neuesten Nutzungszahlen lassen darauf schließen, dass viele der Problematiken im ersten Quartal 2024 bereits behoben werden konnten.

Teildiskussion

Aus den Erhebungen zu t0 und t1 mittels Datenbankanalysen, IT-Reports sowie Interviews mit den verschiedenen Stakeholder*innen des Gesundheitswesens wurde die Entwicklung der IT-Infrastruktur im Projektverlauf erhoben mit maßgeblichem Fokus auf die Breitbandabdeckung und Initiativen zur Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen.

Auf gesetzlicher Ebene sind das GKV-Modernisierungsgesetz, das E-Health-Gesetz, das Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (DVG), das Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG) und das

Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) entscheidende Meilensteine. Mit einem Fördervolumen von rund 4,3 Mrd. Euro ist das KHZG die größte Gesetzesänderung, die vor allem auf die Digitalisierung der Krankenhäuser abzielt. Ein weiteres zukunftsweisendes Gesetz, das ab dem 26. März 2024 in Kraft getreten ist, ist das Gesundheitsdatennutzungsgesetz, das bürokratische Hürden abbaut und den Zugang zu Forschungsdaten erleichtert.

Die Umsetzung und Nutzung der TI steht nach wie vor in vollem Gange. **Gerade die Entwicklungen im ersten Quartal 2024 lassen jedoch auf eine steigende Akzeptanz und Umsetzung bei den Leistungserbringenden und Nutzer*innen** schließen. Darüber hinaus ist anzumerken, dass die **Ausstattung sowie die eingesetzte Hardware und Software der Leistungserbringenden weiterhin sehr heterogen** sind. Es bestehen nicht **nur unterschiedliche Entwicklungsstände im Bereich der Digitalisierung**, sondern es kommen auch eine Vielzahl verschiedener IT-Lösungen zum Einsatz.

Diese vielfältigen Maßnahmen und Gesetze verdeutlichen das engagierte Streben nach einer umfassenden Digitalisierung im Gesundheitswesen, sowohl auf regionaler als auch nationaler Ebene, mit dem Ziel, die Versorgung zu optimieren und die digitale Teilhabe zu fördern. **Kurzfristige Effekte sind hierbei jedoch nur in Ansätzen** festzustellen. Da nahezu alle Fördergelder der Maßnahmen abgerufen wurden, kann jedoch davon ausgegangen werden, dass sich mittelfristig Effekte einstellen werden.

Es bleibt ebenfalls positiv zu vermerken, dass der Breitbandausbau im Projektverlauf eine positive Entwicklung genommen hat. Wohingegen zu t0 in der IG und KG hauptsächlich 4G Netz verfügbar war, färbt sich derselbe geografische Raum inzwischen fast vollständig rot und ist weitgehend mit verfügbarem 5G Netz ausgestattet. Dabei muss als Limitation ergänzt werden, dass es sich hierbei um die gemessenen Werte aus dem Gigabit Grundbuch handelt. Die im Projekt durchgeführten Interviews und Umfragen haben demgegenüber ergeben, dass viele Stakeholder*innen unzufrieden mit der mobilen Netzabdeckung sind und diese als Grund dafür sehen, dass viele Schritte in der Digitalisierung noch nicht begangen werden konnten. Die betroffenen Personen haben keine Zuverlässigkeit der mobilen Netzabdeckung wahrgenommen und sind in der Realität nicht konform mit den herausgegebenen offiziellen Zahlen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die **IT-Infrastruktur ein wichtiger Faktor für die erfolgreiche Umsetzung eines digital unterstützen CMs** ist. Ein flächendeckender Netzausbau ist nötig, um Case-Manager*innen auch in ländlichen Regionen Zugang zu digitalen Lösungen zu ermöglichen. Auch die fortschreitende Umsetzung der TI und weitergehende Digitalisierung im Gesundheitswesen wird das CM entscheidend unterstützen. Durch die Integration der TI, beispielsweise durch die Einbindung von E-Rezepten und der ePA, in das ReKo-Portal, können Prozesse der Datenerhebung und Aufbereitung vereinfacht und optimiert werden.

3.22 Kosten der Intervention

Hypothesen (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
H1a: Im Zeitverlauf verringern sich die Kosten für das CM durch Lernkurveneffekte und Prozessverbesserungen. H1b: Im Zeitverlauf verringert sich die durchschnittliche Betreuungszeit je Proband*in.	Einschreibungs- und Betreuungszahlen aus Quovero	Beobachtungen; Kostenaufstellung ReKo-CMO
Zentrale Ergebnisse		
Die Analyse zeigte, dass trotz gleichbleibender Gesamtkosten mehr Fälle betreut wurden. Dadurch sanken die Fallkosten, sodass beide Hypothesen bestätigt werden konnten. Vergleichsstudien zeigen ähnliche Kostenniveaus, allerdings sind direkte Vergleiche aufgrund unterschiedlicher CM-Ansätze nur begrenzt möglich und sinnvoll. Limitationen bestehen bei der Annahme zur CM-Arbeitszeit und tariflichen Eingruppierungen. Künftige Forschung sollte längere Zeiträume betrachten und Effizienzgewinne durch Digitalisierung und Automatisierung von Prozessen untersuchen.		

Ein Bestandteil für eine korrekte ökonomische Analyse der ReKo-Intervention ist die Erfassung der Interventionskosten. In diesem Zusammenhang sind in erster Linie die Personalkosten für die betreuenden Case-Manager*innen, aber auch für weitere CM-Koordinationsstellen zu nennen. Neben den Personalkosten als Hauptbestandteil der Interventionskosten sind die Sach- und Verwaltungskosten zu berücksichtigen. Diese setzen sich zum einen zusammen aus den direkt der Intervention zuordbaren Soft- und Hardware-Kosten, die die Bereitstellung von Quovero als zentrale CM Software beinhalten. Dies sind Wartungs- bzw. Supportkosten und Lizenzkosten. Zum anderen sind, teilweise anteilig im Rahmen ihres Einsatzanteils für die ReKo-Intervention, weitere Kosten für Internetzugänge, Büromieten und -materialien sowie Infoveranstaltungen anzusetzen. Zusammenfassend lassen sich entsprechend folgende Interventionskosten konstatieren:

- Personalkosten
- Personalkosten CM
- Personalkosten Leitungsebene
- Personalkosten Verwaltung
- Sach- und Infrastrukturkosten
- Wartungskosten/Systemsupport Soft- und Hardware
- Internetzugang
- Lizenzkosten Quovero
- Büromieten und -materialien
- Reisekosten (Fahrten zu Häuslichkeiten, Infoveranstaltungen)

Eine Quantifizierung der beschriebenen Kostenblöcke aus dem Jahr 2022 ist Tabelle 165 zu entnehmen, wobei für die Personalkosten die Arbeitgeberbruttokosten verwendet wurden.

Tabelle 165: Interventionskosten im ReKo-Projekt

Personalkosten (monatlich)			
Gruppierung/Stufe	Beschreibung	FTE	Kosten je Monat (EUR)
E12/6	Koordinator*innen Case Management Organisation	1,30	10.839,27 €
E9/4	Case Manager*innen	10,00	53.739,48 €
Laufende Sach- und Infrastrukturkosten (monatlich)			
	Beschreibung		Kosten je Monat (EUR)
	Wartungskosten/Systemsupport Software und Hardware durch Dritte		300,00 €
	Internet-Zugang		300,00 €
	Lizenzkosten Software		654,00 €
	Sonstige laufende Infrastrukturkosten (Büromiete, Büromaterialien,...)		1.200,00 €
	Reisekosten Case ManagerInnen (Klienten in Häuslichkeit aufsuchen) und Projektleitung/-assistenz (Networking, Infoveranstaltungen)		1.500,00 €
Monatliche Gesamtkosten			68.532,75 €
Jährliche Gesamtkosten			822.392,97 €

Im Anschluss können die Interventionskosten den erreichten Fallzahlen gegenübergestellt werden, um die Fallkosten zu berechnen. Da der Interventionszeitraum je Proband*in ab Einschreibung zwölf Monate betragen hat und ab August 2020 eingeschrieben worden ist, wurden als für die Evaluator*innen geeigneter Betrachtungszeitraum die Zeitspannen (Z1) August 2020 bis Juli 2021 sowie (Z2) August 2021 bis Juli 2022 gewählt, sodass auf H1a und H1b eingegangen werden konnte. H1a und H1b sind dabei im Zusammenhang zu betrachten, da eine Bestätigung von H1b: „Im Zeitverlauf verringert sich die durchschnittliche Betreuungszeit je Proband*in“ auch einen positiven Einfluss auf H1a: „Im Zeitverlauf verringern sich die Kosten für das CM“ beinhaltet, wenn die Fallkosten zu Grunde gelegt werden. So wären bei einer Erhöhung der Fallzahl bei gleichbleibenden Personalkosten und gleichbleibenden weiteren Interventionskosten geringere Kosten je Fall die Folge. Zwischen Einschreibungsbeginn im August 2020 und Juli 2022 konnten die absoluten Interventionskosten je Monat als in etwa gleich angenommen werden, da sich die Anzahl der Mitarbeitenden in diesem Zeitraum grundsätzlich nicht verändert hat.

Der Zeitraum Z2 wurde für weitere Berechnungen in zwei Halbjahreszeiträume (Z3 und Z4) unterteilt, um die Entwicklung der Fallzahlen und -kosten kleinteiliger analysieren zu können. Dabei wurde Z4 zum einen analog der anderen Zeiträume kalkuliert (Z4.Kalkulation1). Zum anderen wurde in einer weiteren Berechnung (Z4.Kalkulation2) mithilfe von Daten und Auskünften der beteiligten Mitarbeitenden realistische Zeitanteile ausschließlicher CM-Tätigkeiten in die Berechnungen inkludiert, da die Case-Manager*innen neben der Fallarbeit teilweise in weitere projektbedingte Aufgaben wie Berichtserstellungen und Projekttreffen eingebunden waren.

Z1

Durchschnittlich waren in diesem Zeitraum je Monat 217,75 Proband*innen eingeschrieben, was bei zehn Vollkostenstellen der Case-Manager*innen durchschnittlich 21,78 Fälle pro Vollkostenstelle bedeutet hat. Dies wird in Abbildung 112 verdeutlicht, die zudem den minimalen und maximalen Wert (1,4 und 50,4) sowie den Median (18,65) inkludiert. Die geringen aktiven Fallzahlen zu Beginn sind insbesondere damit zu begründen, dass in den ersten Einschreibungsmonaten zunächst ein Klient*innenstamm aufgebaut worden ist.

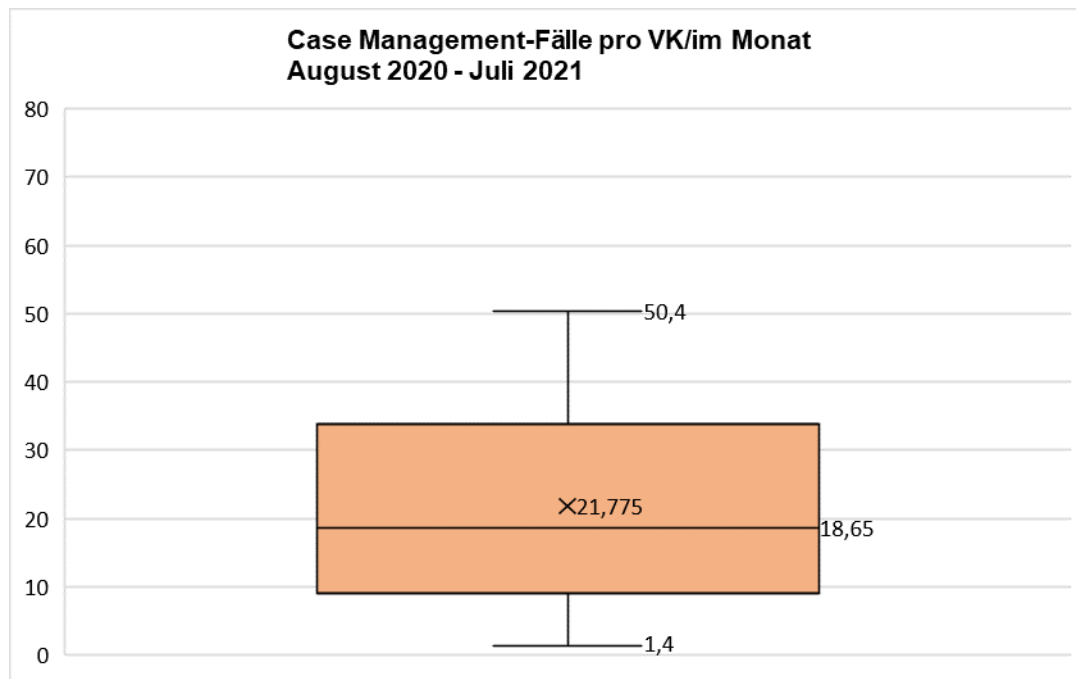


Abbildung 112: CM-Fälle je Vollkostenstelle für den Zeitraum August 2020 bis Juli 2021:

Durch die Ermittlung der direkten Interventionskosten sowie der Anzahl der betreuten Fälle in einem 12-Monatszeitraum konnten die Fallkosten ermittelt werden. Die monatlichen bzw. jährlichen Gesamtkosten können durch die Gesamtzahl der betreuten Fälle dividiert werden, sodass die monatlichen bzw. jährlichen Fallkosten resultieren (Tabelle 166). Die inkludierten Kosten beinhalten dabei neben den Personalkosten für die CM-Stellen auch die weiteren in Tabelle 165 beschriebenen Interventionskosten.

Tabelle 166: Fallkosten mit der Fallverteilung zwischen August 2020 bis Juli 2021

Fallverteilung August 2020 - Juli 2021		
Durchschnitt monatlich betreuter Fälle insgesamt		218
Anzahl Vollzeitstellen		10
Monatliche Kosten je Fall		314,37 €
Jährliche Kosten je Fall		3.772,44 €

Z2

Ab August 2021 wurden Proband*innen ausgeschrieben und der Klient*innenstamm musste nicht mehr ausgebaut werden. Zudem sind anfängliche Lerneffekte eher zu vernachlässigen als zu Beginn der Intervention. Durchschnittlich waren in diesem Zeitraum je Monat 629,67 Proband*innen eingeschrieben, was bei zehn Vollkostenstellen der Case-Manager*innen durchschnittlich 62,97 Fälle pro Vollkostenstelle bedeutet hat. Dies wird in Abbildung 113 verdeutlicht, die zudem den minimalen und maximalen Wert (55,3 und 67,2) sowie den Median (64,4) inkludiert. Beim Vergleich der Zeiträume Z1 und Z2 können die Hypothesen H1a und H1b folglich bestätigt werden.

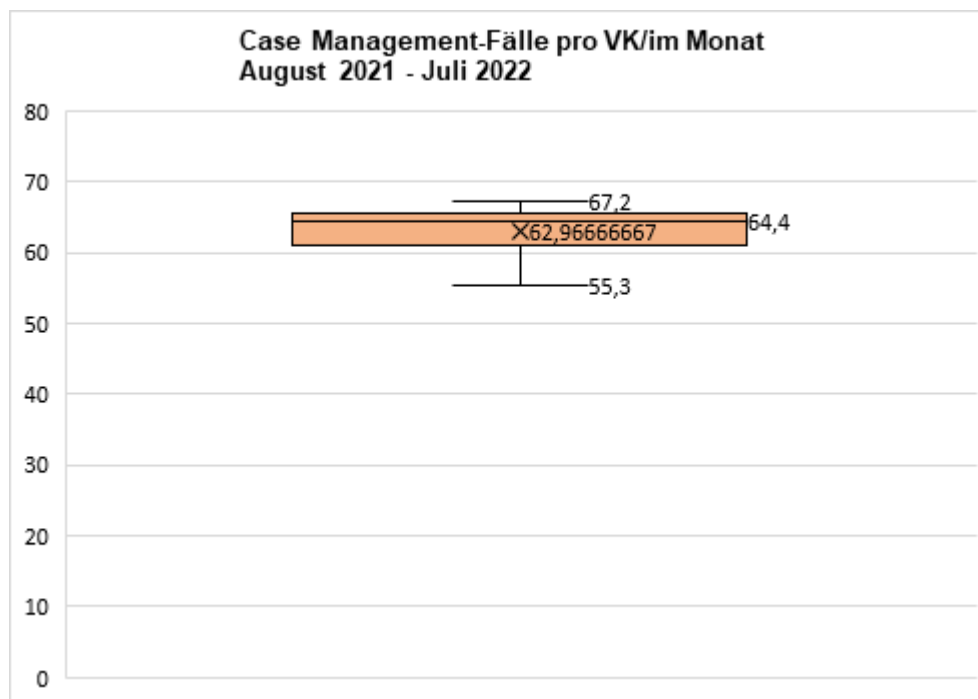


Abbildung 113: CM-Fälle je Vollkostenstelle für den Zeitraum August 2021 bis Juli 2022

Durch die Ermittlung der direkten Interventionskosten sowie der Anzahl der betreuten Fälle in einem 12-Monatszeitraum konnten die Fallkosten ermittelt werden. Die monatlichen bzw. jährlichen Gesamtkosten können durch die Gesamtzahl der betreuten Fälle dividiert werden, sodass die monatlichen bzw. jährlichen Fallkosten resultieren (Tabelle 167).

Tabelle 167: Fallkosten mit der Fallverteilung zwischen August 2021 und Juli 2022

Fallverteilung August 2021 - Juli 2022		
Durchschnitt monatlich betreuter Fälle insgesamt		630
Anzahl Vollzeitstellen		10
Monatliche Kosten je Fall		108,78 €
Jährliche Kosten je Fall		1.305,39 €

Beim Vergleich der Zeiträume Z1 und Z2 können die Hypothesen H1a und H1b folglich bestätigt werden, denn die Fallkosten konnten deutlich reduziert werden. Wie beschrieben ist hierbei aber zu beachten, dass zwischen August 2020 und Juli 2021 der Klient*innenstamm aufgebaut worden ist und die ersten regulären Ausschreibungen nach 12 Monaten ab dem 01.08.2021 erfolgt sind. Um den Effekt des Aufbauzeitraums eingeschriebener Klient*innen exkludieren zu können, sollen zusätzlich die Zeiträume Z3 zwischen August 2021 und Januar 2022 sowie Z4 zwischen Februar 2022 und Juli 2022 betrachtet werden. In diesen Zeiträumen wurde sowohl regulär ein- als auch regulär ausgeschrieben.

Z3

Durchschnittlich waren in diesem Zeitraum je Monat 601,17 Proband*innen eingeschrieben, was bei zehn Vollkostenstellen der Case-Manager*innen durchschnittlich 60,17 Fälle pro Vollkostenstelle bedeutet hat. Dies wird in Abbildung 114 verdeutlicht, die zudem den minimalen und maximalen Wert (55,3 und 64,8) sowie den Median (60,5) inkludiert.

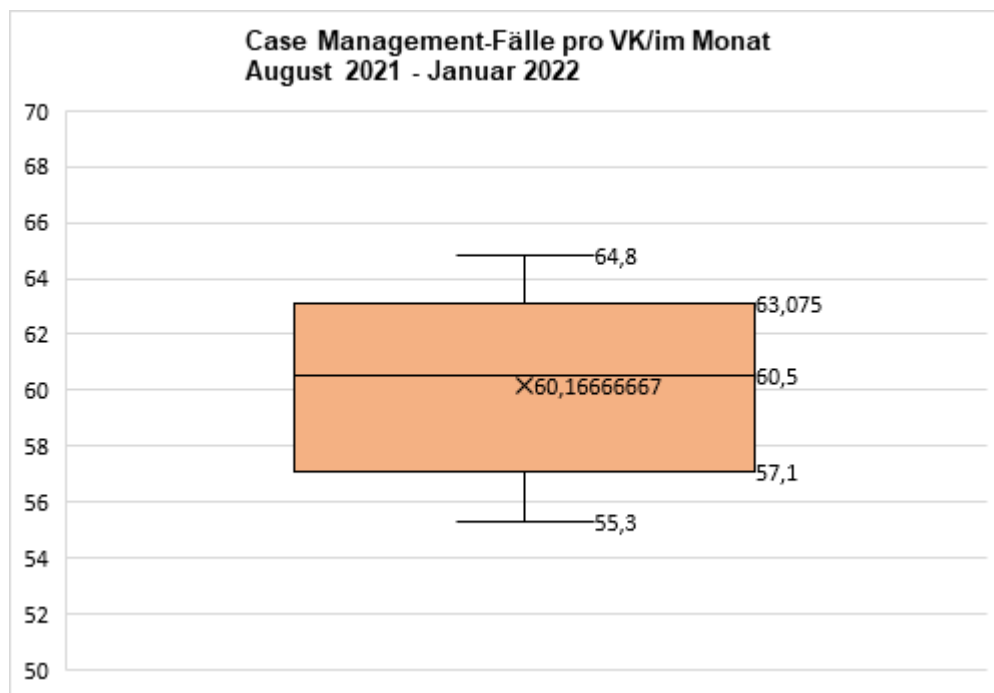


Abbildung 114: CM-Fälle je Vollkostenstelle für den Zeitraum August 2021 bis Januar 2022

Auch für diesen Zeitraum konnten die Fallkosten ermittelt werden. Die monatlichen bzw. hochgerechneten jährlichen Gesamtkosten können durch die Gesamtzahl der betreuten Fälle dividiert werden, sodass die monatlichen bzw. jährlichen Fallkosten resultieren (Tabelle 168).

Tabelle 168: Fallkosten mit der Fallverteilung zwischen August 2021 und Januar 2022

Fallverteilung August 2021 - Januar 2022		
Durchschnitt monatlich betreuter Fälle insgesamt		602
Anzahl Vollzeitstellen		10
Monatliche Kosten je Fall		113,84 €
Jährliche Kosten je Fall		1.366,10 €

Z4: Kalkulation 1

Durchschnittlich waren in diesem Zeitraum je Monat 657,7 Proband*innen eingeschrieben, was bei zehn Vollkostenstellen der Case-Manager*innen durchschnittlich 65,77 Fälle pro Vollkostenstelle bedeutet hat. Dies wird in Abbildung 115 verdeutlicht, die zudem den minimalen und maximalen Wert (65,2 und 66,55) sowie den Median (65,8) inkludiert. Auch für diesen Zeitraum konnten die Fallkosten ermittelt werden. Die monatlichen bzw. hochgerechneten jährlichen Gesamtkosten können durch die Gesamtzahl der betreuten Fälle dividiert werden, sodass die monatlichen bzw. jährlichen Fallkosten resultieren (Tabelle 169).

Im Vergleich zwischen Z4 und Z3 ist, analog zum Zeitraum Z2 und Z1, eine weitere Erhöhung der betreuten Fälle und somit eine weitere Reduzierung der Fallkosten ersichtlich. So können je Vollzeitstelle im Zeitraum Z4 65,76 Fälle betreut werden, wohingegen im Zeitraum Z3 je Vollzeitstelle durchschnittlich 60,17 Fälle betreut werden konnten, was eine Erhöhung um weitere ca. 5,59 Fälle je Vollzeitstelle bedeutet. Im Vergleich zu den Zeiträumen Z1 und Z2 fällt diese Erhöhung allerdings geringer aus, da in Z3 und Z4 jeweils regulär ausgeschrieben worden ist, was in Z1 nicht der Fall gewesen ist. Somit ist der Effekt des Aufbaus eines

Klient*innenstamms ohne reguläre Ausschreibungen im Vergleich zwischen Z3 und Z4 nicht mehr enthalten. Dementsprechend basiert diese (nun geringere) Erhöhung auf anderen Faktoren, wie beispielsweise weiteren Lern- und Erfahrungseffekten der zuständigen Case-Manager*innen.

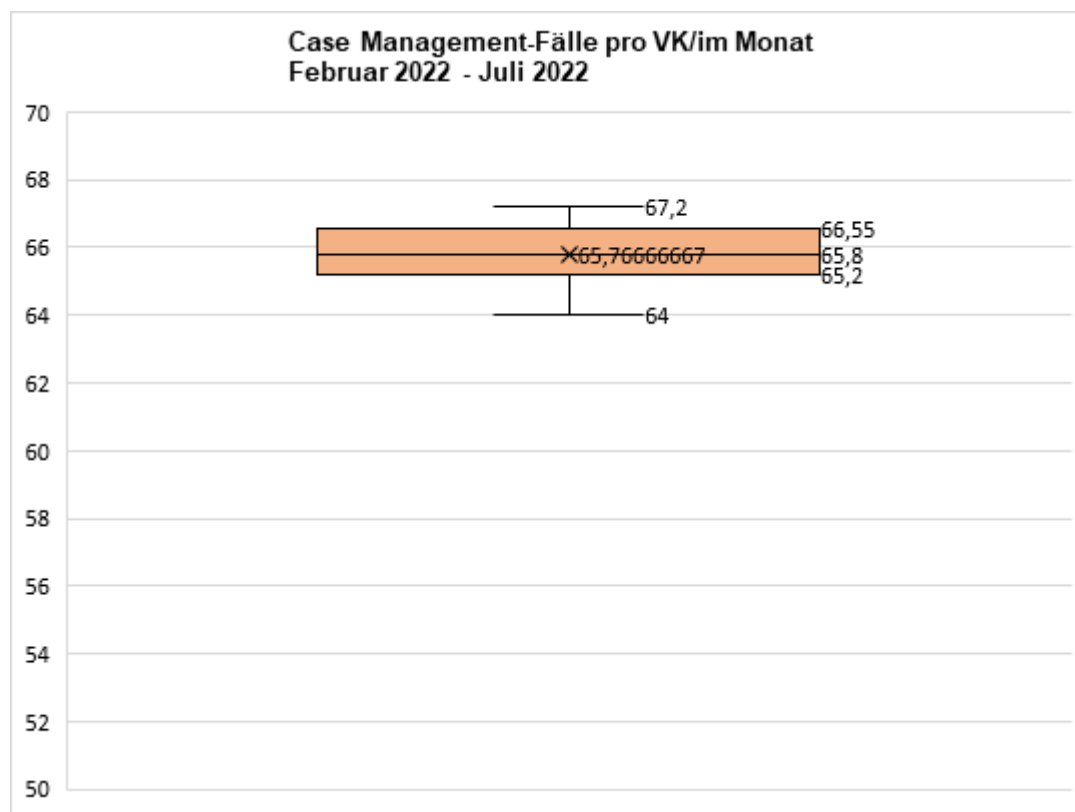


Abbildung 115: CM-Fälle je Vollkostenstelle für den Zeitraum Februar 2022 bis Juli 2022

Tabelle 169: Fallkosten mit der Fallverteilung zwischen Februar 2022 und Juli 2022

Fallverteilung Februar 2022 - Juli 2022		
Durchschnitt monatlich betreuter Fälle insgesamt		658
Anzahl Vollzeitstellen		10
Anteil Case Management		1
Monatliche Kosten je Fall		104,15 €
Jährliche Kosten je Fall		1.249,84 €

Es ist zu ergänzen, dass bei den Fallkosten potenziell weitere Kostenreduktionen über einen längeren Zeitraum durch Lerneffekte zu erwarten sind. Außerdem ist zu betonen, dass bei den Personalkosten in ReKo teilweise auch projektbezogene Tätigkeiten enthalten sind, welche sich beispielsweise in zusätzlichen Projekttreffen oder Quartalsberichterstattungen für das Projekt äußern. Würden diese nicht exakt quantifizierbaren Zusatzaufgaben aus den Personalkosten exkludiert werden und ausschließlich die direkten interventionsbezogenen Personalkosten in Form der CM Leistungen zu Grunde gelegt, wäre eine weitere Reduzierung der Fallkosten die Folge (siehe nachfolgend Z4: Kalkulation 2).

Z4: Kalkulation 2

Es wird in diesem Fall, analog zu Z4.K1, der Halbjahreszeitraum Februar 2022 bis Juli 2022 betrachtet. Allerdings wird nun ein realistischer Zeitanteil der Stellen nicht in die Fallkosten

mit einbezogen. Dies liegt daran, dass im ReKo Projekt weitere projektadministrative Tätigkeiten wie bspw. Quartalsberichterstellungen, Projekttreffen und die Partizipation an Verbesserungsmöglichkeiten der CM Software erfolgt sind, welche in der Regelversorgung entfallen würden. Ebenfalls wurde projektbegleitend im Rahmen der Tätigkeit der Case-Manager*innen die Qualifikation zur/m Case Manager*in nach den Normen der DGCC erlangt. Für einen etwaigen Transfer in die Praxis darf dies als Einstellungsvoraussetzung gelten, sodass es hierfür keine zeitlichen Ressourcen zu veranlassen gilt. Als realistische Größe wird folglich ein Zeitanteil von 60 % der Personalstellen für die ausschließliche fallbezogene Arbeit angenommen. Die weiteren Kosten wie Softwarelizenzkosten und Reisekosten für das Aufsuchen der Klient*innen in der Häuslichkeit bleiben zu 100 % bestehen. Die Fallkosten für die einjährige Betreuung liegen mit 778,75 € nun bei unter 800 € (Tabelle 170).

Tabelle 170: Fallkosten mit der Fallverteilung zwischen Februar 2022 und Juli 2022 und Berücksichtigung eines reduzierten Anteils der CM-Arbeit (60 %) durch Projektpflichten

Fallverteilung Februar 2022 - Juli 2022		
Durchschnitt monatlich betreuter Fälle insgesamt		658
Anzahl Vollzeitstellen		10
Anteil Case Management		0,6
Monatliche Kosten je Fall		64,90 €
Jährliche Kosten je Fall		778,75 €

CM Tätigkeiten

Im Rahmen einer Beobachtungsstudie wurden die Tätigkeiten und Aufgaben von Case-Manager*innen untersucht (n=5). Dabei wurde der zeitliche Aufwand für jede beobachtete Tätigkeit erfasst. Eine Zusammenfassung des zeitlichen Aufwands für verschiedene Case-Management-Aufgaben ist in Abbildung 116 dargestellt. Es zeigt sich, dass Case-Manager*innen etwa ein Viertel ihrer Arbeitszeit damit verbrachten, Klient*innen aktiv zu beraten. Ein weiteres Viertel wurde für die Koordination und Organisation von Aktivitäten für die Proband*innen aufgewendet. Etwa ein Fünftel der Zeit wurde für Besprechungen und Abstimmungen innerhalb des CM-Teams verwendet. Die Dokumentation und Verwaltung von Fällen beanspruchte knapp 15 % der Arbeitszeit. Die Begleitung von Klient*innen zu Terminen machte mehr als 7 % des gesamten zeitlichen Aufwands aus. Andere Aufgaben wie interdisziplinäre Fallbesprechungen, interne Fallbesprechungen sowie die Pflege von Kontakten und Öffentlichkeitsarbeit machten nur einen geringen Teil der Arbeitszeit aus.

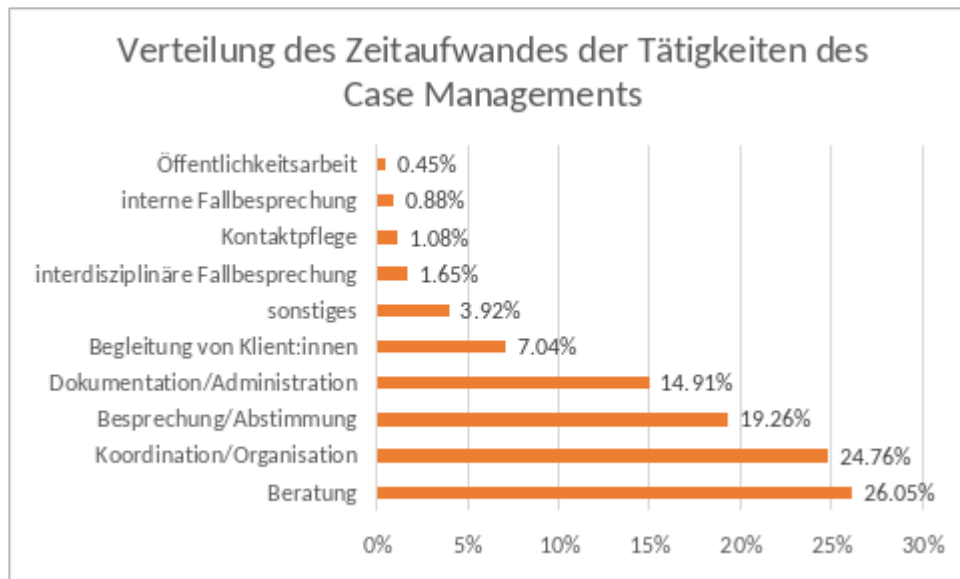


Abbildung 116: Prozentuale Verteilung des Zeitaufwandes der Tätigkeiten des CMs

Teildiskussion

In Anbetracht der Hypothese H1a „Im Zeitverlauf verringern sich die Kosten für das CM“ sowie der letztlich damit zusammenhängenden Hypothese H1b „Im Zeitverlauf verringert sich die durchschnittliche Betreuungszeit je Proband*in“ wurden verschiedene Zeiträume der ReKo-Intervention über den Zeitverlauf (Z1-Z4) betrachtet. Für die Berechnungen wurden zum einen die Interventionskosten berechnet, bei denen die Personalkosten mit den CM-Stellen sowie weitere Sach- und Infrastrukturkosten inkludiert wurden. Zudem wurde die Anzahl der betreuten Fälle je Monat für die Berechnung der Fallkosten im Zeitverlauf berücksichtigt, um letztlich die Fallkosten für die verschiedenen Zeiträume berechnen zu können.

Die Ergebnisse zeigen auf, dass über den **Zeitverlauf mehr Fälle von den Case-Manager*innen betreut werden konnten, sodass H1b bestätigt** werden kann. Die absoluten Kosten sind über den Zeitverlauf zwar in etwa gleich geblieben, allerdings reduzieren sich die Fallkosten durch die **höhere Fallzahl im Zeitverlauf erkennbar, sodass unter Einbeziehung der Fallkosten für H1a auch diese Hypothese bestätigt** werden kann. Eine kleinteiligere Analyse war durch die Aufteilung des Zeitraums Z2 in die Halbjahreszeiträume Z3 und Z4 möglich. Für den letzten Zeitraum Z4 wurden weitere begründete Berechnungsoptionen inkludiert, da im Rahmen der Projektphase durch projektbezogene Tätigkeiten die zur Verfügung stehende Zeit nicht vollumfänglich für die reine Fallarbeit genutzt werden konnte. Unter Einschluss dieser Annahme liegen die inflationsbereinigten Fallkosten nicht über denen anderer CM-Interventionen (Gilmer et al. 2007; Mostardt et al. 2012). Gilmer et al. (2007) untersuchten CM für Diabetes-Patient*innen. Neben jährlichen Administrationskosten von 95 \$, sowie 111.52 \$ für die Erstberatung, entstanden Kosten in Höhe zwischen 15.16 \$ und 53.40 \$ für Nachfolgeberatungen. Mostardt et al. (2012) befassten sich mit dem Case-Management von Demenzpatient*innen. Pro Patient*in, kamen sie auf monatliche Kosten von knapp 100 € je Fall. Zu ergänzen ist außerdem, dass insgesamt nur eine sehr geringe Anzahl an ökonomischen Studien zu CM-Interventionen vorliegt (Brinkmann et al. 2023). Folglich ist aufgrund der geringen Anzahl an Vergleichsstudien, aber auch durch die teils unterschiedlichen

Ausrichtungen sowie Intensitäten der anderen CM-Interventionen die Vergleichbarkeit teilweise eingeschränkt.

Obwohl die Annahme von 60 % reiner CM-Arbeit infolge von Rückfragen bei verschiedenen beteiligten Akteur*innen und Case Manager*innen sorgfältig ausgewählt wurde, liegt hierbei eine Limitation vor, da die Angabe nicht zweifelsfrei exakt belegbar ist. Außerdem sind die tariflichen Eingruppierungen, die grundlegend für die Personalkosten und folglich die Interventionskosten sind, nicht generalisierbar, auch wenn sie für Referenzprogramme eine solide Orientierung bieten können.

Da ein begrenzter Projektzeitraum für die Analysen zur Verfügung stand, sind weitere Forschungsbedarfe identifizierbar, sodass zukünftig auch ein längerer Zeitraum analysiert werden könnte, um zu eruieren, inwiefern die Fallzahl durch Lernkurveneffekte weiter erhöht werden und inwiefern die Reduktion paralleler Projektarbeit neben der der Fallarbeit die Fallzahlen erhöhen könnte und welche Effizienzgewinne durch IT-Unterstützung und weitere Digitalisierung bzw. Automatisierung von Prozessen (z. B. im Bereich Dokumentation, Fallbearbeitung und Entscheidungsunterstützung), auch unter Einsatz von KI, realisierbar sind.

3.23 Individuelle Kosten: Gesamtkosten

Hypothesen (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
H1: Die individuellen Kosten (die Gesamtkosten) der Krankenkassen in der IG zu t0 weichen nicht signifikant von denen in der KG ab. H2: Die individuellen Kosten der KK (die Gesamtkosten) in der IG sind in t1 höher als in t0. H3: Die Veränderung der individuellen Kosten der KK (der Gesamtkosten) von t0 zu t1 ist in der IG negativer als in der KG.	N = 1192 IG = 554 KG = 638 Berechnungen mit Komplexität: N = 1108 IG = 541 KG = 567	Routinedaten-Auswertung
Zentrale Ergebnisse		
Die ökonomischen Analysen zeigen, dass das Case Management (CM) die durchschnittlichen individuellen Gesamtkosten erhöhte, insbesondere im Bereich der Pflegekosten. Während stationäre Kosten in beiden Gruppen um etwa 30 % sanken, blieb der Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe bestehen. Insgesamt führte die ReKo-Intervention zu höheren Kosten im GKV-System.		

Definition des Gegenstandes

Der Endpunkt individuelle Kosten mit Bezug auf die Gesamtkosten kann auf verschiedene Arten untersucht werden. Als Grundlage fungieren die GKV-Routinedaten der Krankenkassen. Um ein übersichtliches und differenziertes Bild über den Endpunkt der individuellen Kosten mit dem Teilbereich der Krankenhauskosten zu ermöglichen, wird die Verteilung der Gesamtkosten sowohl mit als auch ohne Ausreißer betrachtet.

Die Gesamtkosten lassen Rückschlüsse darauf zu, ob sie sich zwischen der IG zu t0 nicht signifikant von denen in der KG unterscheiden (Hypothese 1). Die Hypothese ist, dass die Gesamtkosten sich zu t0 zwischen der IG und der KG nicht signifikant voneinander unterscheiden und somit allgemein eine Vergleichbarkeit dieser Gruppen gewährleistet ist.

Die Gesamtkosten lassen innerhalb der IG außerdem Rückschlüsse darauf zu, ob sie in der IG zu t1 durch den Einsatz des CMs signifikant geringer ausfallen als zu t0 (Hypothese 2). Die Hypothese lautet, dass die Gesamtkosten der Krankenkassen in der IG in t1 insgesamt höher ausfallen als in t0. Diese Hypothese ist in der Annahme begründet, dass die Proband*innen in verschiedenen Teilbereichen der Routinedatenkosten, wie z. B. den Pflegekosten oder den Hilfsmittelkosten, vermehrt durch die Case-Manager*innen auf ihnen zustehende Leistungen bzw. eine Unterversorgung aufmerksam gemacht werden. Die nähere Betrachtung von Teilbereichen der Routinedaten erfolgt in den nachfolgenden Teilkapiteln.

Die Gesamtkosten lassen schließlich auch Rückschlüsse darauf zu, ob die Veränderung der Kosten in der IG von t0 zu t1 durch den Einsatz des CMs anders ausfällt als in der KG (Hypothese 3). Die Hypothese lautet, dass die Veränderung der Gesamtkosten in der IG von t0 zu t1 negativer ausfällt als in der KG in dem Sinne, dass insgesamt mehr Routinedatenkostenerhöhungen anfallen als in der KG. Weitere Umwelteinflüsse, wie beispielsweise die Auswirkungen von Corona auf die Kosten, können durch eine Bestätigung dieser These widerlegt werden. Eine Bestätigung der These wäre gleichbedeutend mit signifikanten Unterschieden zwischen den beiden Gruppen über den Zeitverlauf. Diese Unterschiede wären auf die Interventionsleistungen zurückzuführen.

Datenbereinigung und Datenvorbereitung

In den bereitgestellten Routinedaten wurden verschiedene Kostenpunkte abgebildet. Diese umfassen die stationären Kosten, die Rehakosten, Kosten der ambulant ärztlichen Leistungen, Fahrtkosten, Medikamentenkosten, Heilmittelkosten, Hilfsmittelkosten, Pflegekosten nach SGB XI sowie die Kosten der häuslichen Krankenpflege. Die Zuordnung der Kosten zum Interventions- oder Vorinterventionszeitraum musste, aufgrund der Datengrundlage, auf verschiedene Weisen erfolgen. Bei den stationären Kosten, den Rehakosten sowie den Kosten der häuslichen Krankenpflege und die Kosten Pflegekosten nach SGB XI erfolgte die Zuordnung über den Beginn des Aufenthalts oder dem Beginn der Leistung. Das bedeutete, dass auch bei Zeitraumüberschreitungen der Leistungen, die Zuordnung immer auf erstauftretenden Zeitraum entfiel. Bei den Kosten der Hilfsmittel, der Heilmittel sowie der Medikamente erfolgte die Zuordnung über den Tag der Verordnung. Schwieriger gestaltete sich die Zuordnung der Fahrtkosten sowie die Kosten der ambulant ärztlichen Leistungen. Da in beiden Kategorien Leistungen teilweise oder insgesamt quartalsweise abgerechnet wurden, konnte keine eindeutige Zuordnung zu einem Zeitraum erfolgen. Aus diesem Grund wurde

entschieden, dass Kosten, die nicht eindeutig einem Zeitraum zugewiesen werden konnte, prozentual anhand des Einschreibedatums der Proband*in zugeordnet wird. Das bedeutet, dass eine Einschreibung früh im Quartal dazu führt, dass ein größerer Kostenanteil des Quartals zum Interventionszeitraum zugerechnet wird, als bei Proband*innen die später im Quartal eingeschrieben werden. Dafür werden Kosten bei Ausschreibung aus der Studie prozentual weniger stark gewichtet.

Zudem war auffällig, dass einige teilnehmende Krankenkassen bei der Lieferung der Heilmittel unterschiedliche Ansätze wählten. Bei einigen Daten waren die Heilmittel Kosten je Fall bereits addiert, während sie in anderen Fällen je Leistung aufgezeigt waren. Aus diesem Grund wurden die Daten so bereinigt, dass je Proband*in, Fall, Datum der Verordnung sowie der genauen Kosten nur ein Eintrag möglich war. Dadurch wurden doppelte Zählungen von aufaddierten Kosten vermieden.

In allen Leistungsbereichen wurden die Kosten aus der Perspektive der Krankenversicherung betrachtet. In allen Leistungsbereichen wurden nur die Kosten betrachtet, die von der Krankenversicherung getragen wurden. Zu betonen ist, dass für die Berechnung der Gesamtkosten (ohne Interventionskosten) zwei Kalkulationen durchgeführt wurden. In der ersten Berechnung sind für alle Fälle die Gesamtkosten erfasst worden. Dieser bildet sich aus der Summe der Einzelkosten. Neben der Analyse des gesamten Datensatzes wurde auch eine Analyse durchgeführt, bei der hohe Ausreißerwerte entfernt wurden, da gerade bei den Kosten starke Extremwerte beobachtet werden konnten. Dafür wurden 5 % der Proband*innen mit den höchsten Gesamtkosten über alle Zeiträume aus dem Datensatz entfernt.

Übersicht der Gesamtkosten inklusive der Teilkostenbereiche

Tabelle 171 stellt die Gesamtkosten in der Interventionsgruppe übersichtlich dar und schlüsselt diese auf die verschiedenen Kostenarten auf. Zu diesen zählen stationäre Kosten, Rehakosten, ambulante Kosten, Fahrtkosten, Medikamentenkosten, Heilmittelkosten, Hilfsmittelkosten, Pflegekosten nach XI sowie die Kosten der häuslichen Krankenpflege. Somit werden 9 Teilbereiche miteingeschlossen. Es sind die Kosten für den Zeitraum t0, die Kosten für den Zeitraum t1 sowie die Delta-Beträge dargestellt.

Tabelle 171: Kostenübersicht in der Interventionsgruppe

Kostenart	Zeitraum	Interventionsgruppe				
		Durchschnitt	Median	Standard-abweichung	Minimum	Maximum
stationäre Kosten	t0	10.344 €	3.918 €	20.037 €	- €	222.976 €
	t1	7.253 €	1.596 €	13.779 €	- €	110.968 €
	delta	- 3.090 €	- €	21.009 €	- 211.092 €	103.868 €
Reha Kosten	t0	458 €	- €	1.788 €	- €	17.287 €
	t1	529 €	- €	2.072 €	- €	34.047 €
	delta	71 €	- €	2.439 €	- 17.287 €	21.693 €
ambulante Kosten	t0	1.555 €	928 €	2.987 €	- €	34.255 €
	t1	2.059 €	1.141 €	3.817 €	- €	32.538 €
	delta	503 €	192 €	2.921 €	- 12.561 €	27.747 €
Fahrtkosten	t0	745 €	49 €	1.482 €	- €	15.412 €
	t1	1.065 €	29 €	2.812 €	- €	38.569 €
	delta	320 €	- €	2.651 €	- 15.061 €	34.808 €
Medikamenten-kosten	t0	2.502 €	1.060 €	6.856 €	- €	114.090 €
	t1	3.797 €	1.399 €	8.483 €	- €	90.107 €
	delta	1.295 €	137 €	6.193 €	- 23.983 €	75.822 €
Heilmittelkosten	t0	677 €	11 €	1.779 €	- €	19.463 €
	t1	986 €	199 €	2.072 €	- €	22.086 €
	delta	309 €	- €	1.222 €	- 5.280 €	9.966 €
Hilfsmittelkosten	t0	981 €	257 €	1.987 €	- €	21.104 €
	t1	1.636 €	497 €	4.954 €	- €	86.668 €
	delta	654 €	82 €	4.154 €	- 9.353 €	70.052 €
Pflege Kosten nach XI	t0	3.284 €	446 €	13.714 €	- 316 €	298.345 €
	t1	5.986 €	3.743 €	7.554 €	- €	57.665 €
	delta	2.702 €	1.517 €	12.539 €	- 244.774 €	57.665 €
Kosten der häuslichen Krankenpflege	t0	987 €	- €	10.107 €	- €	234.141 €
	t1	1.748 €	- €	17.799 €	- €	416.694 €
	delta	760 €	- €	7.955 €	- 8.210 €	182.553 €
Gesamtkosten	t0	21.534 €	12.648 €	36.508 €	- €	633.763 €
	t1	25.059 €	14.722 €	34.151 €	- €	563.652 €
	delta	3.525 €	1.889 €	24.884 €	- 164.650 €	150.375 €

Tabelle 172 stellt die Gesamtkosten in der KG dar und berücksichtigt ebenfalls die verschiedenen Kostenarten für eine detaillierte Betrachtung. Es sind, wie auch für die IG, die Kosten für den Zeitraum t0, die Kosten für den Zeitraum t1 sowie die Delta-Beträge dargestellt.

Tabelle 172: Kostenübersicht in der Kontrollgruppe

Kostenart	Zeitraum	Kontrollgruppe				
		Durchschnitt	Median	Standard-abweichung	Minimum	Maximum
stationäre Kosten	t0	4.737 €	0 €	12.287 €	0 €	173.400 €
	t1	3.355 €	0 €	8.676 €	0 €	91.694 €
	delta	-1.382 €	0 €	12.587 €	-102.588 €	67.524 €
Reha Kosten	t0	249 €	0 €	960 €	0 €	9.635 €
	t1	168 €	0 €	902 €	0 €	12.353 €
	delta	-81 €	0 €	1.289 €	-6.931 €	12.353 €
ambulante Kosten	t0	1.591 €	1.036 €	3.063 €	0 €	40.467 €
	t1	1.800 €	1.205 €	3.460 €	19 €	37.228 €
	delta	208 €	139 €	2.062 €	-29.962 €	24.689 €
Fahrtkosten	t0	600 €	0 €	2.308 €	0 €	50.210 €
	t1	629 €	0 €	2.594 €	0 €	51.959 €
	delta	29 €	0 €	1.559 €	-10.303 €	17.499 €
Medikamenten-kosten	t0	4.091 €	1.173 €	14.560 €	0 €	242.344 €
	t1	4.222 €	1.188 €	12.952 €	0 €	134.137 €
	delta	132 €	8 €	9.760 €	-144.656 €	116.925 €
Heilmittelkosten	t0	1.058 €	231 €	1.944 €	0 €	13.189 €
	t1	1.165 €	248 €	2.081 €	0 €	14.254 €
	delta	107 €	0 €	1.011 €	-5.080 €	9.060 €
Hilfsmittelkosten	t0	915 €	314 €	2.058 €	0 €	40.212 €
	t1	985 €	363 €	1.802 €	0 €	20.009 €
	delta	70 €	0 €	2.223 €	-37.705 €	19.467 €
Pflege Kosten nach XI	t0	1.871 €	411 €	4.214 €	-805 €	43.779 €
	t1	1.543 €	708 €	2.950 €	0 €	37.791 €
	delta	-328 €	0 €	4.543 €	-42.654 €	23.791 €
Kosten der häuslichen Krankenpflege	t0	384 €	0 €	1.411 €	0 €	20.030 €
	t1	560 €	0 €	1.882 €	0 €	22.639 €
	delta	176 €	0 €	965 €	-3.191 €	11.242 €
Gesamtkosten	t0	15.496 €	8.035 €	23.097 €	0 €	243.564 €
	t1	14.427 €	8.012 €	19.286 €	19 €	159.344 €
	delta	-1.070 €	-18 €	18.277 €	-142.599 €	111.188 €

Eine weitere vergleichende Übersicht der Gesamtkosten zwischen der IG und der KG ist in Tabelle 173 abgebildet und stellt sowohl für die Gesamtkosten als auch für die einzelnen Kostenarten Differenzwerte zwischen der IG und der KG zu t0 und zu t1 dar. Tabelle 173 veranschaulicht abschließend die Deltabeträge zwischen den beiden Kohorten, die die Veränderung der Gruppendifferenzen zwischen t0 und t1 ermöglicht. Hier wird auffällig, dass bereits im Zeitraum t0 drastische Kostenunterschiede zwischen der IG und KG vorliegen. Sowohl Durchschnitt als auch Median haben eine Abweichung von über 35 %, beziehungsweise sogar über 55 %. Bei nicht Betrachtung der stationären Kosten, reduziert sich der Unterschied im Durchschnitt auf weniger als 5 % im Zeitraum t0. Zusätzlich sind die Extremwerte und hohe Standardabweichung sehr auffällig. Die Standardabweichung ist ungefähr 1,5-mal so hoch wie der Durchschnitt und die Extremwerte erreichen das 30-fache des Durchschnitts in der Interventionsregion. Aus diesem Grund werden neben dem gesamten Datensatz (Berechnung 1), Analysen mit Entfernung von Ausreißern (Berechnung 2) und ohne

Berücksichtigung stationärer Kosten (Berechnung 3) durchgeführt, um verschiedene Perspektiven zu berücksichtigen.

Tabelle 173: Kostendifferenzen zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe über den Zeitverlauf

Kostenart	Zeitraum	IG - KG	
		Durchschnitt	Median
stationäre Kosten	t0	5.606 €	3.918 €
	t1	3.899 €	1.596 €
	delta	-1.708 €	0 €
Reha Kosten	t0	209 €	0 €
	t1	361 €	0 €
	delta	153 €	0 €
ambulante Kosten	t0	-36 €	-109 €
	t1	259 €	-64 €
	delta	295 €	54 €
Fahrtkosten	t0	145 €	49 €
	t1	436 €	29 €
	delta	291 €	0 €
Medikamenten- kosten	t0	-1.589 €	-113 €
	t1	-425 €	212 €
	delta	1.163 €	128 €
Heilmittelkosten	t0	-380 €	-220 €
	t1	-179 €	-49 €
	delta	201 €	0 €
Hilfsmittelkosten	t0	66 €	-57 €
	t1	651 €	133 €
	delta	585 €	82 €
Pflege Kosten nach XI	t0	1.413 €	34 €
	t1	4.443 €	3.035 €
	delta	3.030 €	1.517 €
Kosten der häuslichen Krankenpflege	t0	603 €	0 €
	t1	1.188 €	0 €
	delta	585 €	0 €
Gesamtkosten	t0	6.037 €	4.613 €
	t1	10.633 €	6.710 €
	delta	4.595 €	1.907 €

Zusätzlich soll auf Basis der auffälligen Teilkostenbereiche in den folgenden Teilkapiteln einzelne Kostenarten detaillierter betrachtet werden. Positive Werte in der Tabelle im Zeitraum t0 oder t1 deuten auf höhere Kosten in der IG hin, während negative Werte höhere Kosten in der KG suggerieren. Negative Delta Werte implizieren Kostensenkungen in der IG, positive Werte bedeuten Kostensteigerungen gegenüber der KG. Delta-Unterschiede zwischen der IG und der KG mit Delta-Werten von mindestens 400 € liegen bei den stationären

Kosten, den Medikamentenkosten, den Hilfsmittelkosten, den Pflegekosten nach XI sowie den Kosten der häuslichen Krankenpflege vor, deren Analyseergebnisse im Anschluss näher erläutert werden.

Berechnung 1: Gesamtkosten mit allen Werten

In Abbildung 117 ist die Verteilung der Gesamtkosten in den Studiengruppen zu den Studienzeiträumen veranschaulicht. Erkennbar ist, dass der Großteil der Proband*innen Kosten zwischen 0 und 50.000 € aufweist. Außerdem sind Extremwerte in beiden Gruppen erkennbar, wobei die Maximalwerte in der IG größer sind als in der KG.

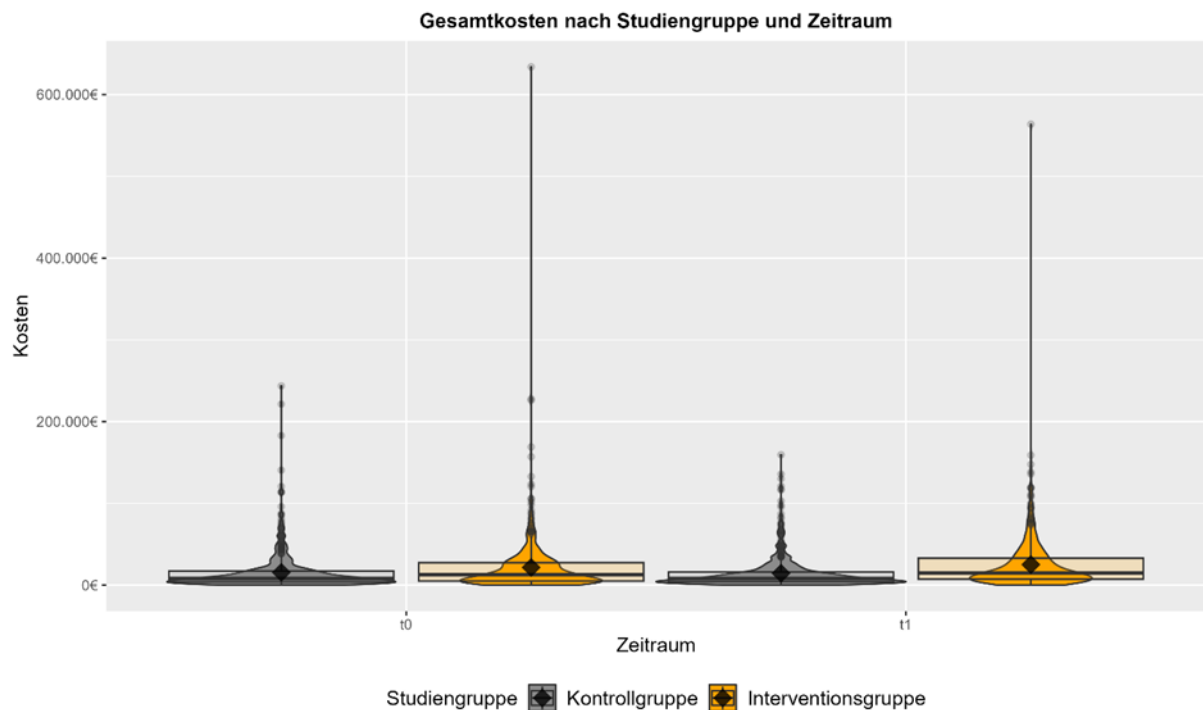


Abbildung 117: Gesamtkosten je Zeitraum und Gruppe

Für eine detailliertere Analyse dient Abbildung 118. Hier wird die Skala auf einen Maximalwert von 50.000 € limitiert, die die meisten Fälle erfasst. Zu t0 unterscheiden sich die Verteilungen dahingehend, dass in der KG ein geringerer Median und Mittelwert vorliegen. Außerdem gibt es einen breiteren Verteilungssockel mit Gesamtkosten bis zu maximal 5.000 €. In der KG betrifft dies folglich mehr Fälle als in der IG. Auch der Boxplot indiziert, dass das 75 %-Quantil in der IG einen deutlich höheren Betrag aufweist als in der KG.

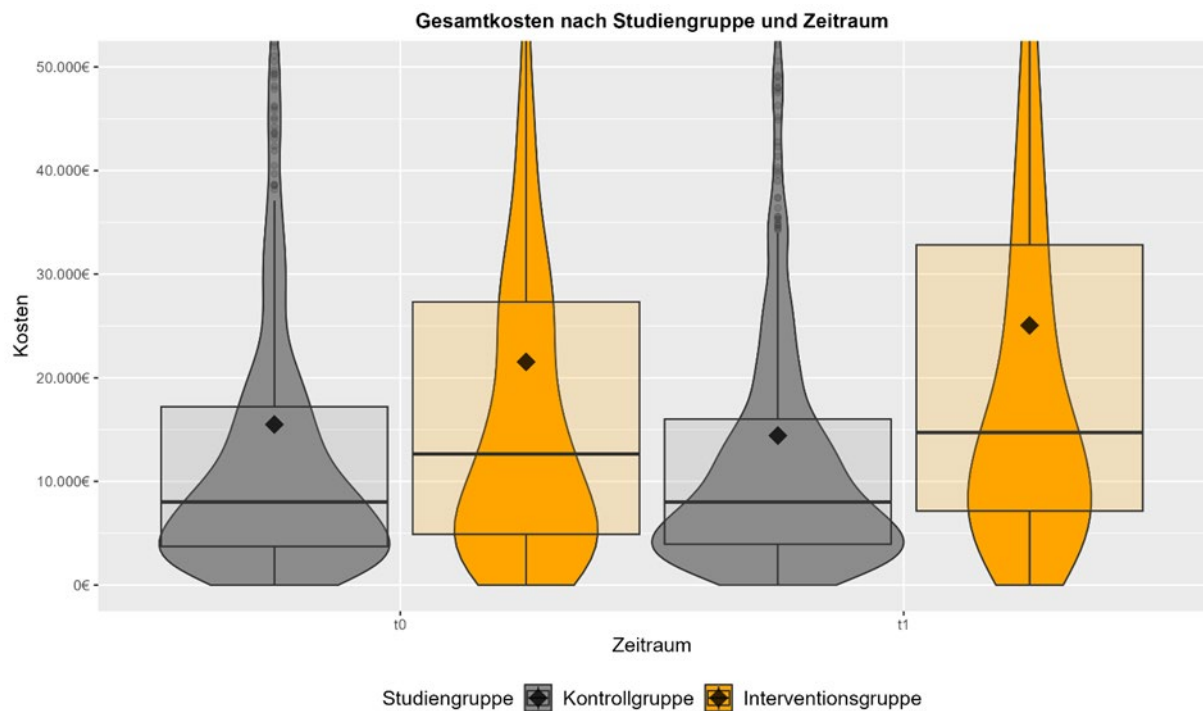


Abbildung 118: Ausschnitt der Gesamtkosten je Zeitraum und Gruppe

Zu t1 verstärkt sich das Verteilungsbild, dass in der IG höhere Gesamtkosten vorliegen. Während in der KG keine Erhöhungen des Mittelwertes sowie des Medians erkennbar sind, ist dies in der Verteilung der Gesamtkosten in der IG klar ersichtlich, was sich auch in den diesbezüglichen Kennzahlen äußert. Zu t1 zeigt die Abbildung 118 einen breiter werdenden Verteilungssockel in der KG, wohingegen dieser in der IG schmaler wird. Entsprechend steigt der Boxplot mit dem 25 %- sowie dem 75 %-Quantil in der IG zu t1 erkennbar an. Tabelle 174 fasst die deskriptiven Kennzahlen der Gesamtkosten zusammen.

Tabelle 174: Deskriptive Statistiken der Gesamtkosten

Studien- gruppe	t	n	$\bar{x}$	Median	SD	Min.	Max.	25 %-Q.	75 %-Q.
IG	t0	554	21.533,89	12.647,92	36.508,39	0,00	633.762,66	4.911,12	27.329,01
IG	t1	554	25.059,15	14.722,26	34.151,02	0,00	563.651,74	7.145,24	32.831,29
KG	t0	638	15.496,40	8.034,60	23.097,30	0,00	243.563,86	3.738,41	17.216,66
KG	t1	638	14.426,53	8.012,44	19.286,11	18,75	159.344,09	3.941,05	16.008,06

Tabelle 175: Gruppenunterschiede der Gesamtkosten insgesamt

Gruppen	T	df	p-Wert	Cohen's d
IG t0 – t1	-2.07	553.00	0.038952*	-0.10
KG t0 – t1	1.19	637.00	0.236336	0.05
t0 – IG vs. KG	-3.36	908.93	0.000820***	-0.20
t1 – IG vs. KG	-6.49	845.45	0.000001***	-0.39
Delta IG vs. KG	-3.58	1001.62	0.000354***	-0.21
Delta komplexe Fälle (IG vs. KG)	-0.38	368.74	0.707693	-0.04
Delta weniger komplexe Fälle (IG vs. KG)	-4.12	596.65	0.000043***	-0.32

Wie in Tabelle 175 zu erkennen ist, zeigen die Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests auf einem Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$ signifikante Unterschiede zwischen den Zeiträumen t1 und t0 in der IG ($t = -2,07$, $p = 0,04$), nicht aber in der KG ($t = 1,19$, $p = 0,24$). Die Effekte sind dabei nach Cohen's D in der IG minimal stärker als in der KG (IG: $d = -0,10$, KG: $d = 0,05$). Diese Werte belegen die Beobachtungen in der deskriptiven Analyse.

Die Ergebnisse der T-Tests bestätigen signifikante Unterschiede zwischen den Proband*innen der KG und IG zum Zeitpunkt t0 sowie zum Zeitpunkt t1. Diese Effekte nach Cohen's D sind zu t1 deutlich größer als zu t0 (Cohen 2013).

Die Delta-Analyse der stationären Kosten führt zu dem Ergebnis, dass signifikante Effekte mit einer eher geringen Effektstärke zu konstatieren sind. Folglich unterscheidet sich die Veränderung der stationären Kosten zwischen IG und KG signifikant.

Die abschließende Analyse führt durch die Bildung von Subsamples in komplexe Fälle und weniger komplexe Fälle zu einem statistisch signifikanten Unterschied der Delta-Variable bei den nicht komplexen Fällen, nicht aber bei den komplexen Fällen. Der Effekt nach Cohen's D wird bei den nicht komplexen Fällen als eher gering eingeschätzt.

Berechnung 2: Gesamtkosten ohne Ausreißerwerte

In Abbildung 119 ist die Verteilung der Gesamtkosten ohne Ausreißerwerte in den Studiengruppen zu den Studienzeiträumen veranschaulicht. Erkennbar ist, dass der Großteil der Proband*innen Kosten zwischen 0 und 25.000 € aufweist. Durch den Ausschluss der Extremwerte verringern sich die Maximalwerte im Vergleich zu Berechnung 1. Darüber hinaus sind weitere Ähnlichkeiten im Vergleich zu Berechnung 1 erkennbar, wie beispielsweise die höheren Mittel- und Medianwerte in der IG, die zu t1 in der IG steigen, nicht aber in der KG, die zudem den breiteren Verteilungssockel aufweist.

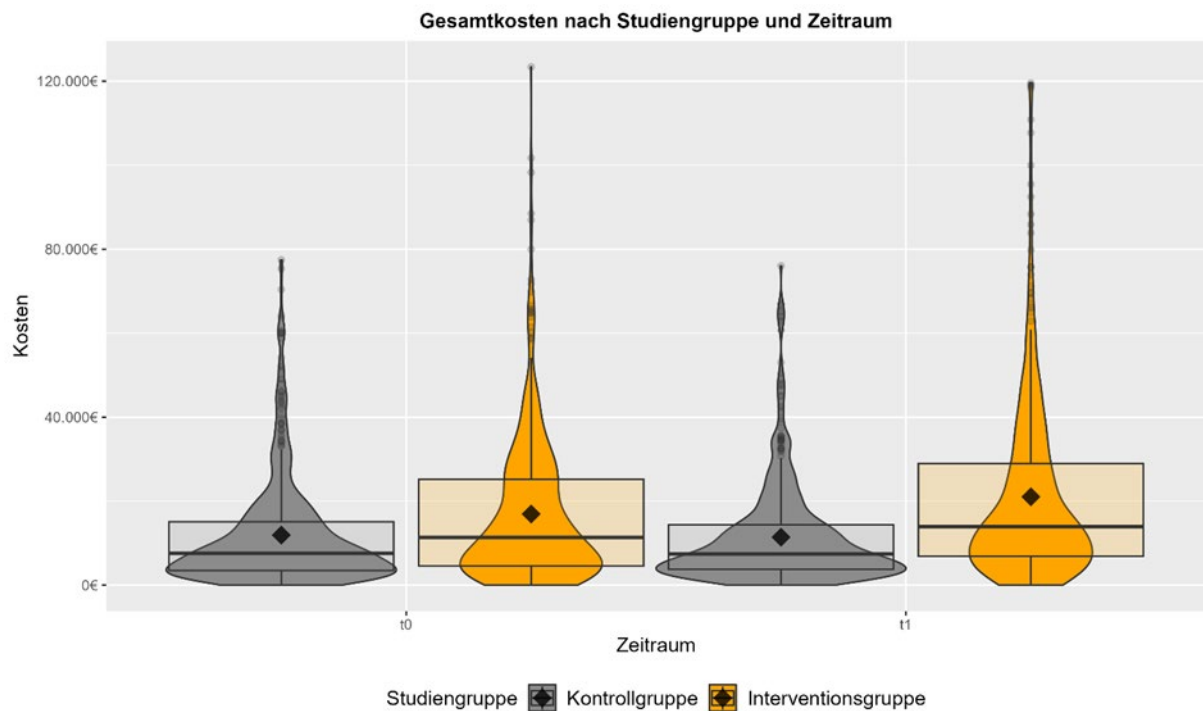


Abbildung 119: Gesamtkosten je Zeitraum und Gruppe

Für eine detailliertere Betrachtung dient Abbildung 120. Hier wird die Skala auf einen Maximalwert von 50.000 € limitiert, die die meisten Fälle erfasst. Zusammenfassend sind auch hier große Ähnlichkeiten im Vergleich zur Berechnung mit allen Daten (Berechnung 1) zu erkennen. Zu t0 unterscheiden sich die Verteilungen ebenfalls dahingehend, dass in der KG ein geringerer Median und Mittelwert vorliegt. Insgesamt sind die Mittelwerte durch die Exklusion der Ausreißer in beiden Gruppen deutlich geringer als in Berechnung 1 mit allen Daten.

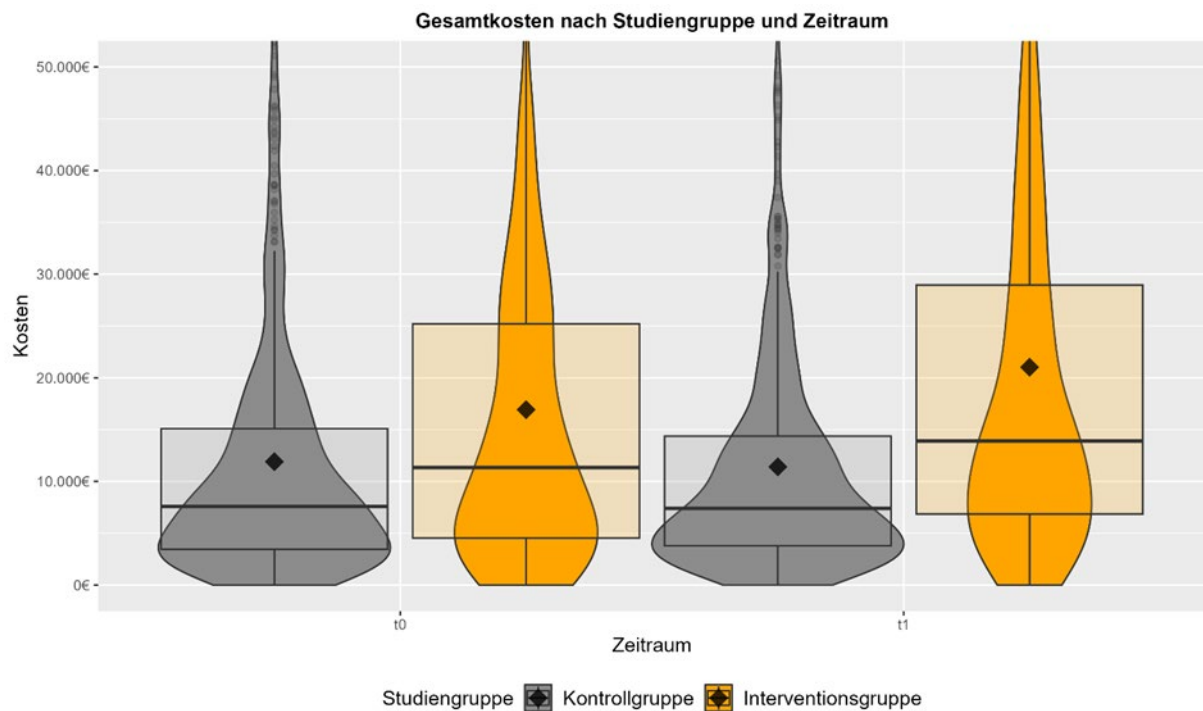


Abbildung 120: Ausschnitt der Gesamtkosten je Zeitraum und Gruppe

Zu t1 sind in der KG keine Erhöhungen des Mittelwertes sowie des Medians erkennbar, wohingegen dies in der Verteilung der Gesamtkosten in der IG deutlich wird, was sich auch in den entsprechenden Kennzahlen äußert und insgesamt eine Analogie zu Berechnung 1 darstellt. Eine weitere Ähnlichkeit zu Berechnung 1 ist, dass die Abbildung einen breiter werdenden Verteilungssockel in der KG aufzeigt, wohingegen dieser in der IG schmaler wird. Folglich erhöht sich der Boxplot mit dem 25 %- sowie dem 75 %-Quantil in der IG zu t1. Wie bei t0 reduziert sich der Mittelwert in beiden Gruppen durch den Ausschluss von Ausreißern deutlich. Tabelle 176 stellt die entsprechenden Kennzahlen übersichtlich dar.

Tabelle 176: Deskriptive Statistiken der Gesamtkosten ohne Ausreißerwerte

Studien- gruppe	t	n	$\bar{x}$	Median	SD	Min.	Max.	25 %-Q.	75 %-Q.
IG	t0	526	16.925,77	11.339,04	17.153,07	0,00	123.413,40	4.531,77	25.197,53
IG	t1	526	21.024,06	13.890,67	20.762,21	0,00	119.599,93	6.862,10	28.958,77
KG	t0	606	11.906,96	7.575,21	12.751,82	0,00	77.449,00	3.454,01	15.084,30
KG	t1	606	11.410,68	7.398,19	11.782,99	18,75	76.023,22	3.787,76	14.376,08

Tabelle 177: Gruppenunterschiede der Gesamtkosten ohne Ausreißerwerte

Gruppen	T	df	p-Wert	Cohen's d
IG t0 – t1	-5.82	525.00	0.000001***	-0.22
KG t0 – t1	1.07	605.00	0.283458	0.04
t0 – IG vs. KG	-5.53	958.30	0.000001***	-0.34
t1 – IG vs. KG	-9.39	805.06	0.000001***	-0.58
Delta IG vs. KG	-4.41	848.45	0.000012***	-0.27
Delta komplexe Fälle (IG vs. KG)	-1.52	339.21	0.128803	-0.15
Delta weniger komplexe Fälle (IG vs. KG)	-4.19	480.56	0.000033***	-0.34

Auch wenn einzelne Zahlen sich in den Testergebnissen verändern (vgl. Tabelle 177), sind die Kernaussagen der Testergebnisse in Berechnung 2 (ohne Ausreißerwerte) identisch mit den Kernergebnissen in Berechnung 1, weswegen diesbezüglich auf weitere Ausführungen verzichtet und für die Erkenntnisse bzw. Kernaussagen der Testergebnisse auf Berechnung 1 verwiesen wird.

Berechnung 3: Gesamtkosten ohne stationäre Kosten

Wie bereits beschrieben, deuten die Statistiken der Teilkostenbereiche darauf hin, dass ein Großteil der Kostenunterschiede im Zeitraum t0 auf Unterschiede im stationären Bereich zurückzuführen sind. Aus diesem Grund ist eine zusätzliche Betrachtung der Kosten ohne diesen Teilkostenbereich sinnvoll.

In Abbildung 121 ist die Verteilung der Gesamtkosten ohne stationäre Kosten in den Studiengruppen zu den Studienzeiträumen veranschaulicht. Erkennbar war, dass der Großteil der Proband*innen Kosten zwischen 0 und 25.000 € aufwiesen. Weiterhin auffällig war, dass die höchsten Extremwerte in der IG auftraten.

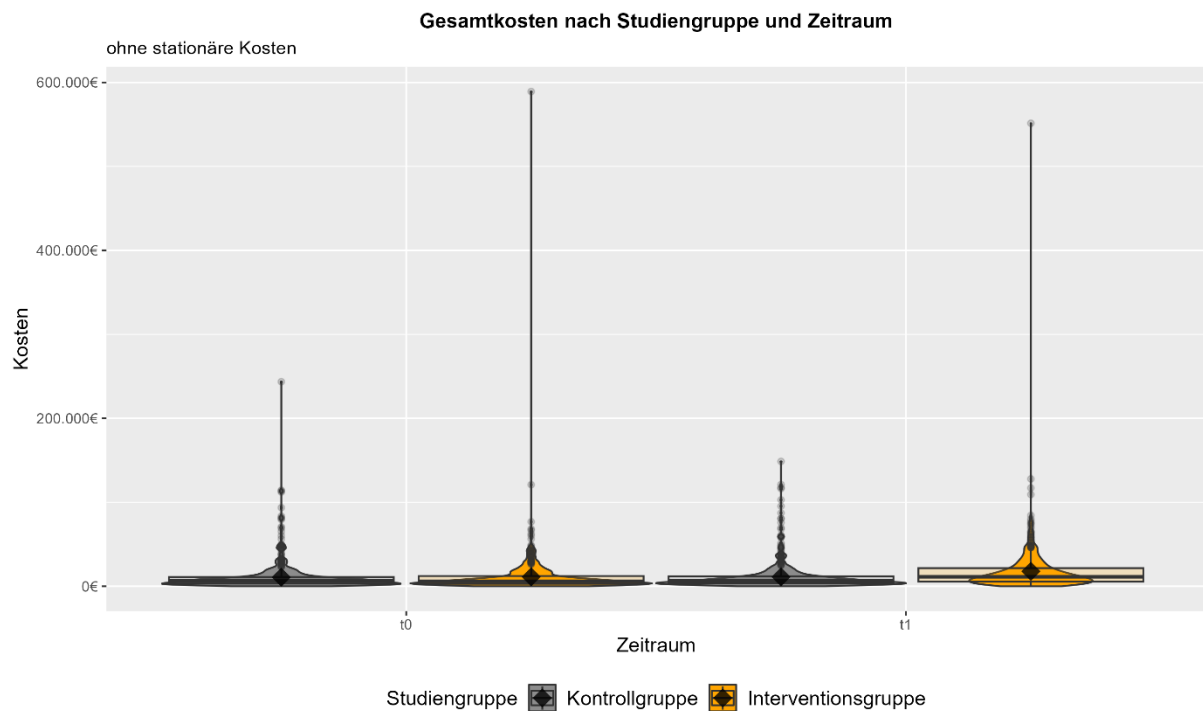


Abbildung 121: Gesamtkosten ohne stationäre Kosten je Zeitraum und Gruppe

Für eine detailliertere Betrachtung dient Abbildung 122. Hier wird die Skala auf einen Maximalwert von 50.000 € limitiert, die die meisten Fälle erfasst. Zusammenfassend sind auch hier große Ähnlichkeiten im Vergleich zur Berechnung mit allen Daten (Berechnung 1) in der KG zu erkennen. Jedoch unterscheidet sich die IG gerade im Zeitraum t0 deutlich von Berechnung 1. In diesem Fall, ähneln sich die Verteilungen der IG und KG zu t0 stark. Abweichungen von Durchschnitt und Median sind deutlich geringer. Interessant ist, dass der Durchschnitt in der IG, der Median jedoch in der KG, höher ist.

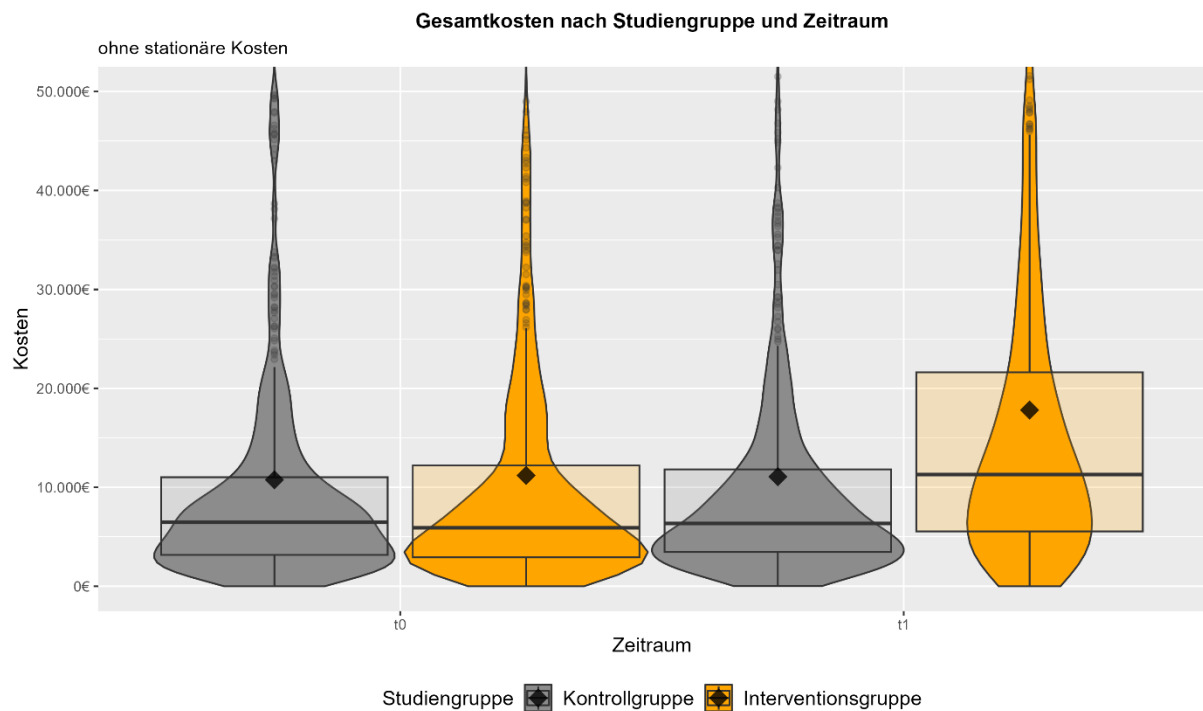


Abbildung 122: Ausschnitt der Gesamtkosten ohne stationäre Kosten je Zeitraum und Gruppe

Zu t1 sind in der KG kaum Erhöhungen des Mittelwertes sowie des Medians erkennbar, wohingegen dies in der Verteilung der Gesamtkosten in der IG sehr deutlich wird, was sich auch in den entsprechenden Kennzahlen äußert und insgesamt noch stärker als in Berechnung 1 erkennbar wird. Eine weitere Ähnlichkeit zu Berechnung 1 ist, dass die Abbildung einen breiter werdenden Verteilungssockel in der KG aufzeigt, wohingegen dieser in der deutlich IG schmaler wird. Folglich erhöht sich der Boxplot mit dem 25 %- sowie dem 75 %-Quantil in der IG zu t1. Tabelle 178 stellt die entsprechenden Kennzahlen übersichtlich dar.

Tabelle 178: Deskriptive Statistiken der Gesamtkosten ohne stationäre Kosten

Studien- gruppe	t	n	$\bar{x}$	Median	SD	Min.	Max.	25 %-Q.	75 %-Q.
IG	t0	554	11.197,36	5.908,97	27.477,70	0,00	589.167,81	2.922,00	12.206,26
IG	t1	554	17.809,47	11.291,98	28.426,35	0,00	551.392,37	5.546,48	21.625,45
KG	t0	638	10.759,18	6.473,32	16.861,46	0,00	243.563,86	3.168,09	11.022,27
KG	t1	638	11.071,60	6.350,60	15.812,02	18,75	148.668,81	3.459,84	11.811,16

Tabelle 179: Gruppenunterschiede der Gesamtkosten ohne Ausreißerwerte

Gruppen	T	df	p-Wert	Cohen's d
IG t0 – t1	-4.00	553.00	0.000073***	-0.24
KG t0 – t1	-0.34	637.00	0.735022	-0.02
t0 – IG vs. KG	-0.33	891.06	0.744624	-0.02
t1 – IG vs. KG	-4.95	837.58	0.000001***	-0.30
Delta IG vs. KG	-8.71	1104.46	0.000001***	-0.51
Delta komplexe Fälle (IG vs. KG)	-3.82	385.83	0.000154***	-0.38
Delta weniger komplexe Fälle (IG vs. KG)	-7.50	641.60	0.000001***	-0.58

Die Erkenntnisse aus den Grafiken werden auch durch die statistischen Tests belegt. Im Zeitraum t0 gibt es nun keine statistisch relevanten Unterschiede mehr zwischen IG und KG.

Die Unterschiede im Zeitraum t1 bleiben jedoch mit einer ähnlichen Effektgröße zur Berechnung 1. Dadurch, dass die Kosten im Zeitraum t0 in der IG nun deutlich niedriger sind, werden die Unterschiede im Kosten Delta noch offensichtlicher. Sowohl für die gesamte Studienpopulation als auch komplexe und nicht komplexe Fälle sind statistisch signifikante Unterschiede erkennbar und deutlich stärker als bei Betrachtung der gesamten Daten in Berechnung 1.

Zusammenführung der Ergebnisse

Die Untersuchung der Gesamtkosten bringt vielfältige Ergebnisse hervor, die im Zusammenhang mit den vorab definierten Hypothesen zu betrachten sind. Es können statistisch **signifikante Unterschiede zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 in der IG beobachtet** werden. H2 kann folglich hinsichtlich einer signifikanten Änderung zu t1 bestätigt werden. Zu betonen ist in diesem Zusammenhang die **Erhöhung der Gesamtkosten in der IG**, die sich nicht nur in einem höheren Mittelwert zu t1 ausdrückt, sondern auch in einem um höheren Medianwert. Dies verdeutlicht, dass die Erhöhung der durchschnittlichen Gesamtkosten in der IG nicht nur durch Ausreißer zu erklären ist, sondern viele Proband*innen betrifft. Auch die Analyse ohne Ausreißerwerte und die Analyse ohne stationäre Kosten kommen zum gleichen Schluss.

Statistisch signifikante Unterschiede lassen sich aber auch zwischen der IG und der KG sowohl zu t0 als auch zu t1 feststellen. Jedoch muss beachtet werden, dass sich dieser Unterschied vor allem auf die stationären Kosten bezieht. H1 kann somit nicht in allen Analysen abgelehnt, weil ein signifikanter Unterschied der Gesamtkosten zwischen der IG und der KG zu t0 nicht in allen Analysen festgestellt werden kann.

H3 wird aufgrund der Testergebnisse bestätigt, da ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Veränderung der Gesamtkosten von t0 zu t1 zwischen der IG und der KG festgestellt

werden konnte. In der IG sind zudem **eindeutig Erhöhungen der Gesamtkosten zu konstatieren**. Auch diese Entwicklung lässt sich in der Analyse ohne Ausreißer und in der Analyse ohne stationäre Kosten bestätigen.

Zu betonen sind zudem die **signifikanten Delta-Unterschiede bei den nicht komplexen Fällen**, die die Vermutung aufkommen lassen, dass vor allem in diesen Fällen durch das CM auf zustehende Leistungen in Teilbereichen der Routinedaten aufmerksam gemacht werden konnte. Auch hier ändert sich die Interpretation der Ergebnisse durch die Betrachtung der Werte ohne Ausreißer nicht.

In Bezug auf die Teilkostenbereiche fällt auf, dass die stationären Kosten einen großen Anteil an den Gesamtkosten ausmachen. Zusätzlich ist auffällig, dass diese besonders stark (gerade in der IG) zurückgehen. Allerdings ist festzuhalten, dass sich die Ausgangslage zwischen der IG und KG zu t0 schon sehr stark unterscheidet, die durchschnittlichen Kosten der stationären Aufenthalte sind im Zeitraum t0 mehr als doppelt so hoch wie in der KG. Zusätzlich kann in beiden Gruppen eine Reduzierung um knapp 30 Prozent beobachtet werden, was darauf schließen lässt, dass der starke Rückgang nicht unbedingt mit der Intervention zusammenhängt. Besonders auffällig sind in diesem Zusammenhang außerdem die Pflegekosten. Gerade in der IG steigen sie deutlich stärker als in der KG. Final sind noch die Arzneimittelkosten zu nennen. Auch hier zeigt sich in der IG eine deutliche Steigerung, die sich in der KG nicht beobachten lässt. Im Folgenden werden diese Teilkostenbereiche genauer betrachtet.

Individuelle Kosten: Teilbereich stationäre Kosten

Definition des Gegenstandes

Der Endpunkt individuelle Kosten mit dem Teilbereich der stationären Kosten kann auf verschiedene Arten untersucht werden. Als Grundlage fungieren die GKV-Routinedaten der Krankenkassen. Um ein übersichtliches und differenziertes Bild über den Endpunkt der individuellen Kosten mit dem Teilbereich der Krankenhauskosten zu ermöglichen, wird die Verteilung der stationären Kosten betrachtet.

Die Kosten für stationäre Aufenthalte bzw. die Kosten der Krankenhausaufenthalte können Rückschlüsse darauf zulassen, ob diese sich zwischen der IG zu t0 nicht signifikant von denen in der KG unterscheiden (Hypothese 1). Die Hypothese ist, dass die stationären Kosten sich zu t0 zwischen der IG und der KG nicht signifikant voneinander unterscheiden und somit allgemein eine Vergleichbarkeit dieser Gruppen gewährleistet ist.

Die Kosten für stationäre Aufenthalte bzw. für Krankenhausaufenthalte lassen innerhalb der IG außerdem darauf schließen, ob die stationären Kosten der Krankenkassen in der IG zu t1 durch den Einsatz des CMs signifikant geringer ausfallen als zu t0 (Hypothese 2). Die Hypothese lautet, dass die stationären Kosten der Krankenkassen in der IG in t1 geringer ausfallen als in t0. Proband*innen wären somit durch die bessere Versorgung auf weniger stationäre Aufenthalte angewiesen, was sich in geringeren stationären Kosten äußert. So könnten Hospitalisierungen aufgrund fehlender Unterstützung im Haushalt verhindert werden, da die Begleitung der Proband*innen durch die Case-Manager*innen eine enger betreute, koordinierte und zielgerichtete Behandlung zulässt, die unnötige Krankenhauskosten vermeidet.

Die Kosten für stationäre Aufenthalte bzw. für Krankenhausaufenthalte lassen schließlich Rückschlüsse darauf zu, ob die Veränderung der stationären Kosten der Krankenkassen in der IG von t0 zu t1 durch den Einsatz des CMs positiver ausfällt als in der KG (Hypothese 3). Die Hypothese lautet, dass die Veränderung der stationären Kosten der Krankenkassen in der IG von t0 zu t1 positiver ausfällt als in der KG. Weitere Umwelteinflüsse, wie beispielsweise die Auswirkungen von Corona auf die stationären Kosten, können durch eine Bestätigung dieser These widerlegt werden. Eine Validierung der These wäre gleichbedeutend mit signifikanten Unterschieden zwischen den beiden Gruppen über den Zeitverlauf. Diese Unterschiede wären auf die Interventionsleistungen zurückzuführen.

Datenbereinigung und Datenvorbereitung

In den Routinedaten werden stationäre Aufenthalte über verschiedene Variablen abgebildet. Der Einschlusszeitpunkt zum jeweiligen Zeitraum wurde über das Datum der Krankenhausaufnahme operationalisiert. Dadurch wurden Krankenhausaufenthalte, auch bei Zeitraumüberschneidungen, immer dem ersten Zeitraum zugeordnet. Die Daten wurden auf doppelte und inkonsistente Datensätze überprüft und bereinigt, sodass auch falsche doppelte Kostenerfassungen ausgeschlossen werden konnten. Des Weiteren wurde der Datensatz auf typische Probleme der Operationalisierung stationärer Routinedaten untersucht. Weitere Erläuterungen zu den Datenbereinigungen und -vorbereitungen finden sich in den Kapiteln 2.4.3 und 2.5.3.

Zu betonen ist, dass während der Datenanalyse festgestellt werden konnte, dass die Anzahl der Krankenhausaufenthalte vor allem in der IG um den Zeitpunkt des Einschreibedatums stark ansteigt. Dieses Phänomen konnte darauf zurückgeführt werden, dass viele Proband*innen in der IG im Krankenhaus eingeschrieben worden sind. Um diesen (verzerrenden) Effekt auch hinsichtlich der erfassten Kosten zu reduzieren, wurden in einer zusätzlichen Kostenanalyse die stationären Aufenthalte jeweils 2 Monate vor und nach Einschreibedatum nicht gewertet.

Ergebnisse

In Abbildung 123 ist die Verteilung der stationären Kosten in den Studiengruppen zu den Studienzeiträumen veranschaulicht. Deutlich erkennbar ist, dass der Großteil der Proband*innen sich durch Kosten zwischen 0 und 25.000 € auszeichnet. Auffällig sind zudem größere Ausreißer in der IG im Zeitraum t0, bei denen eine Person Kosten in Höhe von ca. 222.975,74 € aufweist.

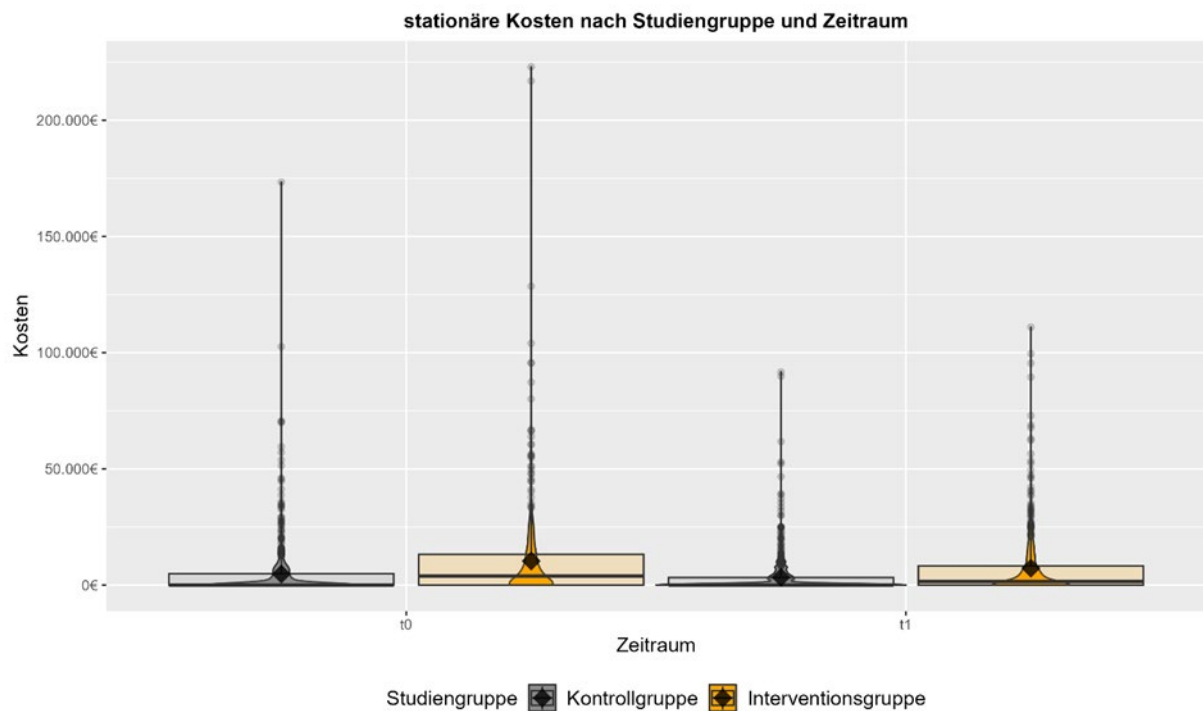


Abbildung 123: Stationäre Kosten je Zeitraum und Gruppe

Für eine detailliertere Analyse dient Abbildung 124. Hier wird die Skala auf einen Maximalwert von 20.000 € begrenzt. Zu t_0 unterscheiden sich die Verteilungen besonders bei den Proband*innen, die keine stationären Kosten aufweisen. In der KG sind dies deutlich mehr als in der IG. Auch der Boxplot indiziert, dass die Verteilung der stationären Kosten in der IG zu t_0 durch deutlich mehr Fälle mit stationären Kosten gekennzeichnet ist, die größer sind als 0 €. Außerdem kommen in der IG mehr Fälle vor, die hohe stationäre Kosten aufweisen. Während 75 % der Fälle in der IG unter 13.264,64 € im Zeitraum t_0 liegen, erreichen 75 % der Proband*innen der KG im Jahr vor der Intervention stationäre Kosten, die nicht höher sind als 4.906,72 € pro Jahr. Die Mittelwerte und der Median verdeutlichen dieses Resultat. Auch diese sind in der KG niedriger als in der IG. Der Median in der KG liegt zu t_0 bei gar 0 €, wohingegen er sich in der IG bei ca. 2.500 € befindet.

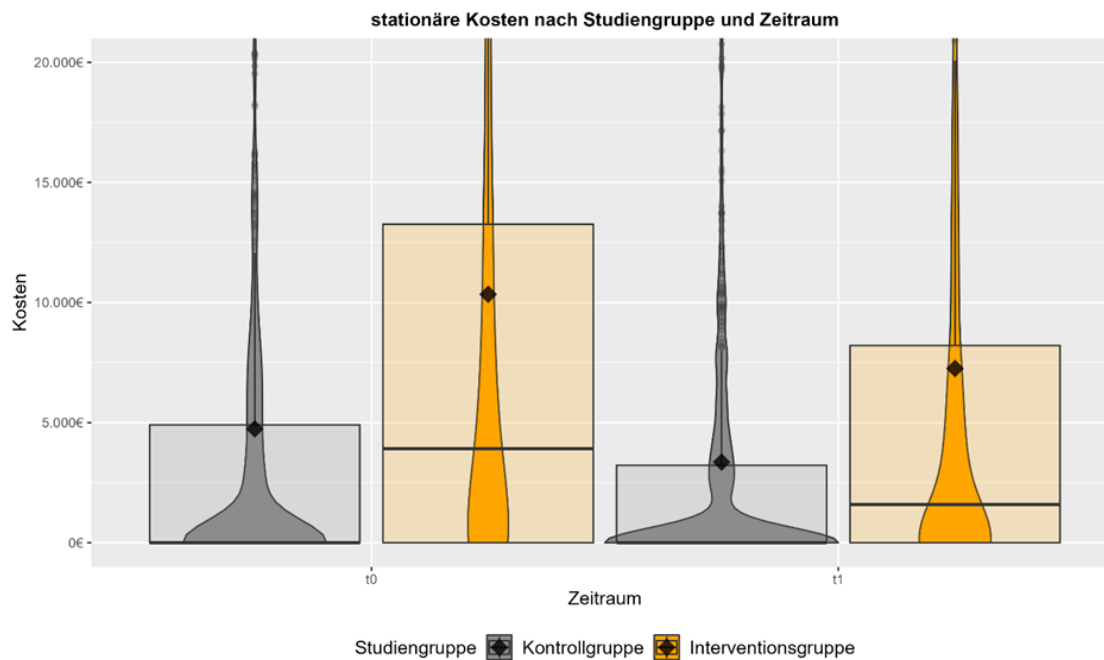


Abbildung 124: Ausschnitt der Ausschnitt der stationären Kosten je Zeitraum und Gruppe

Zu t1 zeigt sich einerseits ein ähnliches Bild, wenn die KG mit der IG verglichen wird. Auch hier verdeutlicht die Verteilung, dass in der KG mehr Proband*innen vorhanden sind, die keine stationären Kosten vorweisen. Die Verteilung der KG in t1 ähnelt der Verteilung des vorherigen Zeitraums, geht aber andererseits mit leicht sinkenden Kennzahlen einher. So befindet sich das 75 %-Quantil bei über 3.200 €, der Durchschnittswert sinkt auf etwas über 3.350 € und der Median verbleibt bei 0 €. In beiden Gruppen kann eine Reduzierung der Werte mit sehr hohen stationären Kosten beobachtet werden. Größere Änderungen sind in der IG ersichtlich. Die Anzahl der Proband*innen mit nicht existenten Krankenhauskosten steigt an. Dies spiegelt sich im deutlich geringeren Median wider, der nun im Gegensatz zu t0 bei 1.595,65 € liegt. Auch der Durchschnitt in der IG sinkt und das 75 %-Quartil ist mit nun 8.211,37 € um ca. 3.000 € ebenfalls erkennbar reduziert worden. In Tabelle 180 sind die entsprechenden Kennzahlen aufgelistet.

Tabelle 180: Deskriptive Statistiken der stationären Kosten

Studien- gruppe	t	n	$\bar{x}$	Median	SD	Min.	Max.	25 %-Q.	75 %-Q.
IG	t0	554	10.343,54	3.918,08	20.036,53	0	222.975,74	0	13.264,64
IG	t1	554	7.253,44	1.595,65	13.778,55	0	110.967,93	0	8.211,37
KG	t0	638	4.737,22	0,00	12.287,02	0	173.399,56	0	4.906,72
KG	t1	638	3.354,93	0,00	8.675,90	0	91.694,15	0	3.222,01

Tabelle 181: Gruppenunterschiede der stationären Kosten

Gruppen	T	df	p-Wert	Cohen's d
IG t0 – t1	9.63	553.00	0.000001***	0.18
KG t0 – t1	8.60	637.00	0.000001***	0.13
t0 – IG vs. KG	-5.72	890.67	0.000001***	-0.34
t1 – IG vs. KG	-5.74	906.08	0.000001***	-0.34
Delta IG vs. KG	1.67	877.46	0.095156	0.10
Delta komplexe Fälle (IG vs. KG)	2.34	322.82	0.019686*	0.22
Delta weniger komplexe Fälle (IG vs. KG)	-0.06	553.27	0.952123	-0.00

Wie in Tabelle 181 zu erkennen ist, zeigen die Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests auf einem Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$ signifikante Unterschiede zwischen den Zeiträumen t1 und t0 in der IG und ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen den Zeiträumen t1 und t0 in der KG. Die Effekte sind dabei nach Cohen's D in der IG minimal stärker als in der KG. Diese Werte belegen die Beobachtungen in der deskriptiven Analyse.

Die Ergebnisse der T-Tests bestätigen ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen den Proband*innen der KG und IG zum Zeitpunkt t0 sowie zum Zeitpunkt t1. Diese Effekte können laut Cohen's D als mittel eingeschätzt werden (Cohen 2013).

Die Delta-Analyse der stationären Kosten führt zu dem Ergebnis, dass keine signifikanten Effekte zu konstatieren sind und eine geringe Effektstärke zu verzeichnen ist. Folglich unterscheidet sich die Veränderung der stationären Kosten zwischen IG und KG nicht signifikant.

Die abschließende Analyse, durch die Bildung von Subsamples in komplexe Fälle und weniger komplexe Fälle, führt zu einem statistisch signifikanten Unterschied der Delta-Variable bei den komplexen Fällen, nicht aber bei den weniger komplexen Fällen. Auffällig ist, dass insbesondere bei komplexen Fällen eine signifikante Kostenreduzierung durch das CM erzielt werden kann. Der Effekt nach Cohen's D kann bei den komplexen Fällen als mittel eingeschätzt werden.

Zusätzliche Analyse ohne die zwei Monate vor und nach Einschreibung

Ergebnisse

In Abbildung 125 ist die Verteilung der stationären Kosten in den Studiengruppen zu den Studienzeiträumen veranschaulicht, ohne die zwei Monate vor und nach der Einschreibung zu inkludieren. Auf den ersten Blick sind keine drastischen Veränderungen im Vergleich zu den zwölfmonatigen Beobachtungszeiträumen zu erkennen.

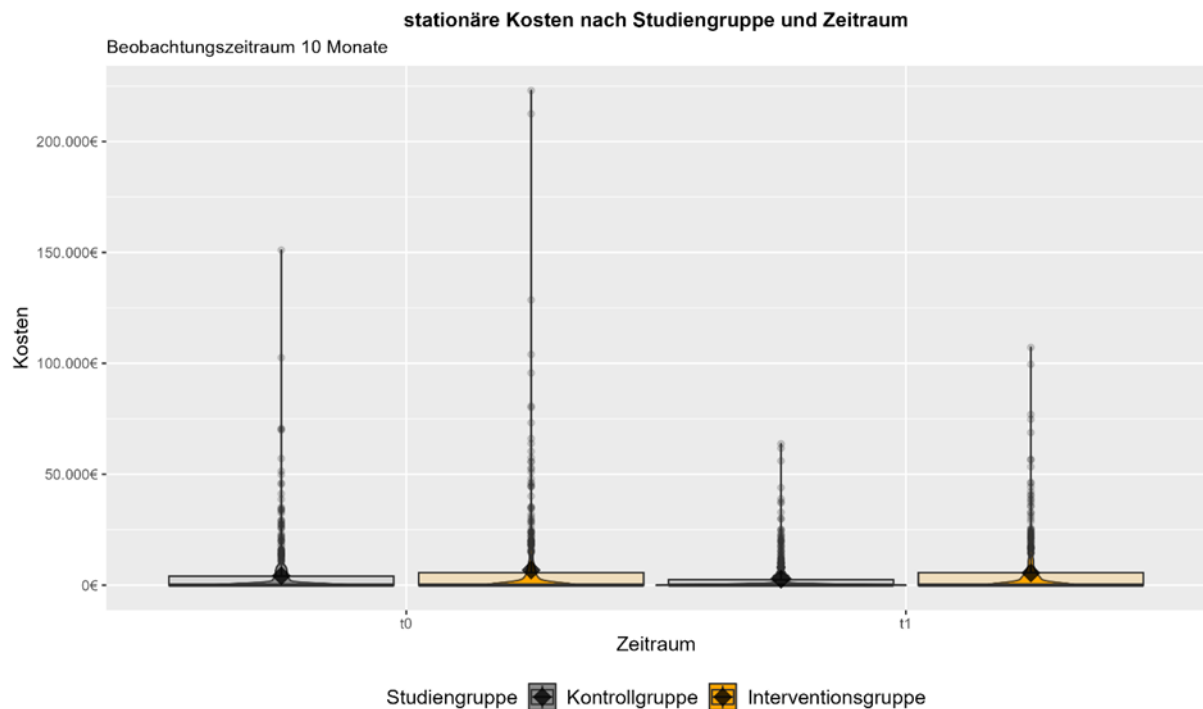


Abbildung 125: Stationäre Kosten je Zeitraum und Gruppe (Beobachtungszeitraum 10 Monate)

Für eine detailliertere Analyse dient Abbildung 126. Hier wird die Skala auf einen Maximalwert von 20.000 € begrenzt. Wohingegen bei der KG zu t0 keine wesentlichen Veränderungen zum 12-Monatszeitraum erkennbar sind, gibt es diese in der IG, bei der deutlich geringere Werte zu konstatieren sind. Dies wird durch eine deutliche Senkung des Medians auf nun 0 € bekräftigt. Die Werte zum zehnmonatigen t1-Zeitraum gehen - wie beim Zwölfmonatszeitraum –sowohl in der IG als auch in der KG mit einer Reduzierung einher.

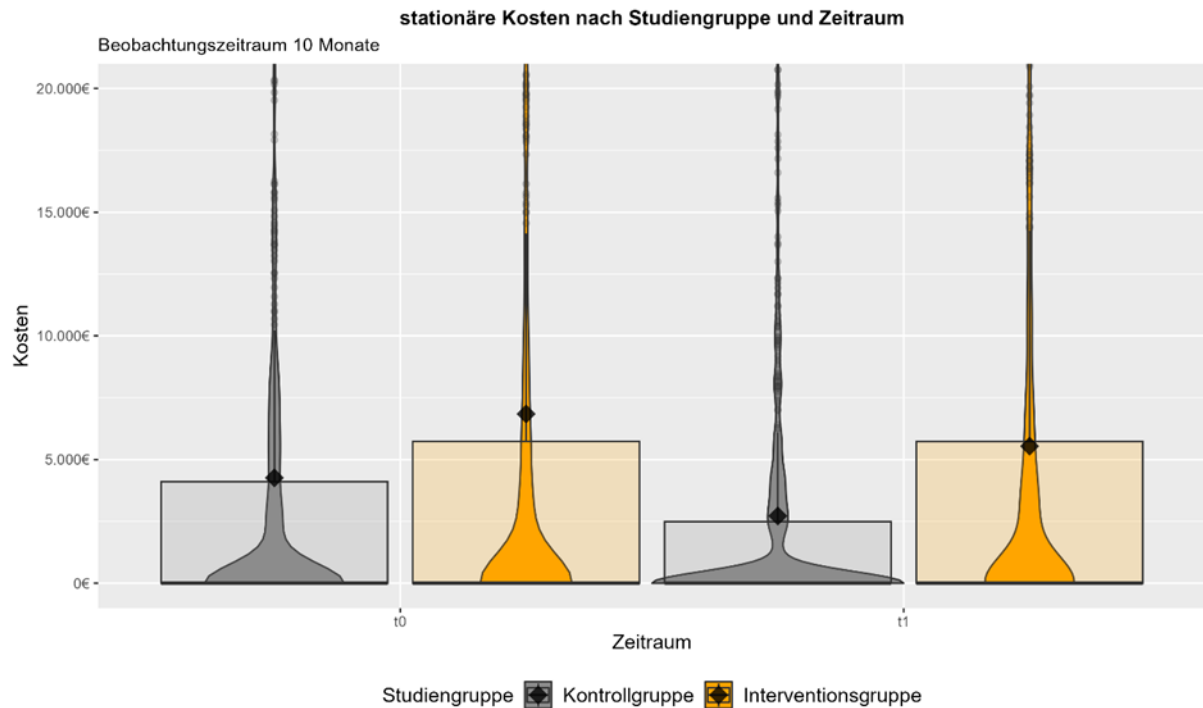


Abbildung 126: Ausschnitt der stationären Kosten je Zeitraum und Gruppe (Beobachtungszeitraum 10 Monate)

Eine Zusammenfassung der deskriptiven Statistiken der stationären Kosten für den kürzeren Zeitraum ist in Tabelle 182 dargestellt.

Tabelle 182: Deskriptive Statistiken der stationären Kosten (Beobachtungszeitraum 10 Monate)

Studien- gruppe	t	n	$\bar{x}$	Median	SD	Min.	Max.	25 %-Q.	75 %-Q.
IG	t0	554	6.843,48	0,00	19.055,66	0,00	222.975,74	0,00	5.730,12
IG	t1	554	5.542,77	0,00	11.939,83	0,00	107.174,89	0,00	5.726,62
KG	t0	638	4.261,16	0,00	11.383,52	0,00	151.022,19	0,00	4.104,06
KG	t1	638	2.720,23	0,00	6.951,53	0,00	63.718,27	0,00	2.494,88

Tabelle 183: Gruppenunterschiede der stationären Kosten (Beobachtungszeitraum 10 Monate)

Gruppen	T	df	p-Wert	Cohen's d
IG t0 – t1	3.84	553.00	0.000139***	0.08
KG t0 – t1	8.12	637.00	0.000001***	0.16

t0 – IG vs. KG	-2.79	875.82	0.005436	-0.17
t1 – IG vs. KG	-4.89	861.65	0.000001***	-0.29
Delta IG vs. KG	-0.25	858.01	0.804547	-0.01
Delta komplexe Fälle (IG vs. KG)	1.04	322.29	0.297201	0.10
Delta weniger komplexe Fälle (IG vs. KG)	-1.24	542.75	0.214794	-0.10

Wie in Tabelle 183 zu erkennen ist, zeigen die Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests auf einem Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$ bis auf wenige Ausnahmen hinsichtlich der Signifikanzergebnisse dieselben Ergebnisse wie bei den Zwölfmonatszeiträumen. Im Folgenden soll deswegen vor allem auf die Unterschiede zum regulären Zwölfmonatszeitraum eingegangen werden.

Allgemein lässt sich hierzu festhalten, dass die Effektstärken geringere Werte aufweisen als beim regulären Zwölfmonatszeitraum. Dies ist mit dem Rückgang der stationären Kosten zu t0 in der IG zu erklären, da hier, ähnlich wie bei der KG, aufgrund des verkürzten Zeitraums mehr Werte ohne stationäre Kosten vorliegen, da mehrere Einschreibungen in stationären Einrichtungen nun nicht mehr zur Geltung kommen.

Die Delta-Analyse der stationären Kosten führt zu dem Ergebnis, dass keine signifikanten Effekte zu konstatieren sind, was auch durch einen sehr hohen p-Wert indiziert.

Während im Zwölfmonatszeitraum noch eine Signifikanz über den Zeitverlauf bei der Subgruppe der komplexen Fälle festgestellt werden konnte, ist dies im verkürzten Zeitraum nicht mehr der Fall.

Zusammenführung der Ergebnisse

Statistisch signifikante Unterschiede lassen sich aber zwischen der IG und der KG sowohl zu t0 als auch zu t1 feststellen. **H1 muss folglich verworfen werden**, da ein **signifikanter Unterschied der stationären Kosten zwischen der IG und der KG zu t0 vorhanden bei Betrachtung des gesamten Beobachtungszeitraums** ist. Es ist zu bemerken, dass bei einem verkürzten Beobachtungszeitraum diese Unterschiede deutlich reduziert werden können. Das lässt darauf schließen, dass viele der stationären Kosten um Zeitraum t0 kurz vor der Intervention anfallen.

Die Untersuchung der stationären Kosten bringt vielfältige Ergebnisse hervor, die im Zusammenhang mit den vorab definierten Hypothesen zu betrachten sind. Sowohl im gesamten Datensatz sowie im bereinigten Datensatz können **statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Zeitpunkten t0 und t1** sowohl in der IG als auch in der KG beobachtet werden. **H2 kann folglich bestätigt werden.**

H3 muss ebenfalls verworfen werden, da kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Veränderung stationärer Kosten von t0 zu t1 zwischen der IG und der KG festgestellt werden konnte.

Individuelle Kosten: Teilbereich Medikamentenkosten

Definition des Gegenstandes

Der Endpunkt individuelle Kosten mit dem Teilbereich Medikamentenkosten kann auf verschiedene Arten untersucht werden. Als Grundlage fungieren die GKV-Routinedaten der Krankenkassen. Um ein übersichtliches und differenziertes Bild über den Endpunkt der individuellen Kosten mit dem Teilbereich der Medikamentenkosten zu ermöglichen, wird die Verteilung dieser betrachtet.

Die Medikamentenkosten können Rückschlüsse darauf zulassen, ob diese sich zwischen der IG zu t0 nicht signifikant von denen in der KG unterscheiden (Hypothese 1) und sich die beiden Gruppen zu t0 somit nicht signifikant voneinander unterscheiden. Die Hypothese ist, dass sich die Medikamentenkosten zu t0 zwischen der IG und der KG nicht signifikant voneinander unterscheiden und somit allgemein eine Vergleichbarkeit dieser Gruppen gewährleistet ist.

Die Entwicklung der Medikamentenkosten lässt innerhalb der IG außerdem Rückschlüsse darauf zu, ob sie für die Krankenkassen in der IG zu t1 durch den Einsatz des CMs signifikant geringer ausfallen als zu t0 (Hypothese 2). Die Hypothese lautet, dass die Medikamentenkosten in der IG in t1 geringer ausfallen als in t0. Proband*innen wären somit durch die bessere Versorgung auf weniger Medikamente angewiesen, was sich in geringeren Kosten diesbezüglich äußert.

Die Entwicklung der Medikamentenkosten lässt schließlich Rückschlüsse darauf zu, ob die Veränderung der Medikamentenkosten in der IG von t0 zu t1 durch den Einsatz des CMs positiver ausfällt als in der KG (Hypothese 3). Die Hypothese lautet, dass die Veränderung der Medikamentenkosten der Krankenkassen in der IG von t0 zu t1 positiver ausfällt als in der KG. Weitere Umwelteinflüsse, wie beispielsweise die Auswirkungen von Corona auf die Medikamentenkosten, können durch eine Bestätigung dieser These widerlegt werden. Eine Validierung der These wäre gleichbedeutend mit signifikanten Unterschieden zwischen den beiden Gruppen über den Zeitverlauf. Diese Unterschiede würden auf die Interventionsleistungen zurückzuführen sein.

Ergebnisse

In Abbildung 127 ist die Verteilung der Medikamentenkosten in den Studiengruppen zu den Studienzeiträumen veranschaulicht. Erkennbar ist, dass der Großteil der Proband*innen Kosten zwischen 0 und 10.000 € aufweist. Auffällig sind zudem einzelne extreme Ausreißer in der KG zu t0, bei der ein Fall Medikamentenkosten beinhaltet, die höher als 250.000 € sind.

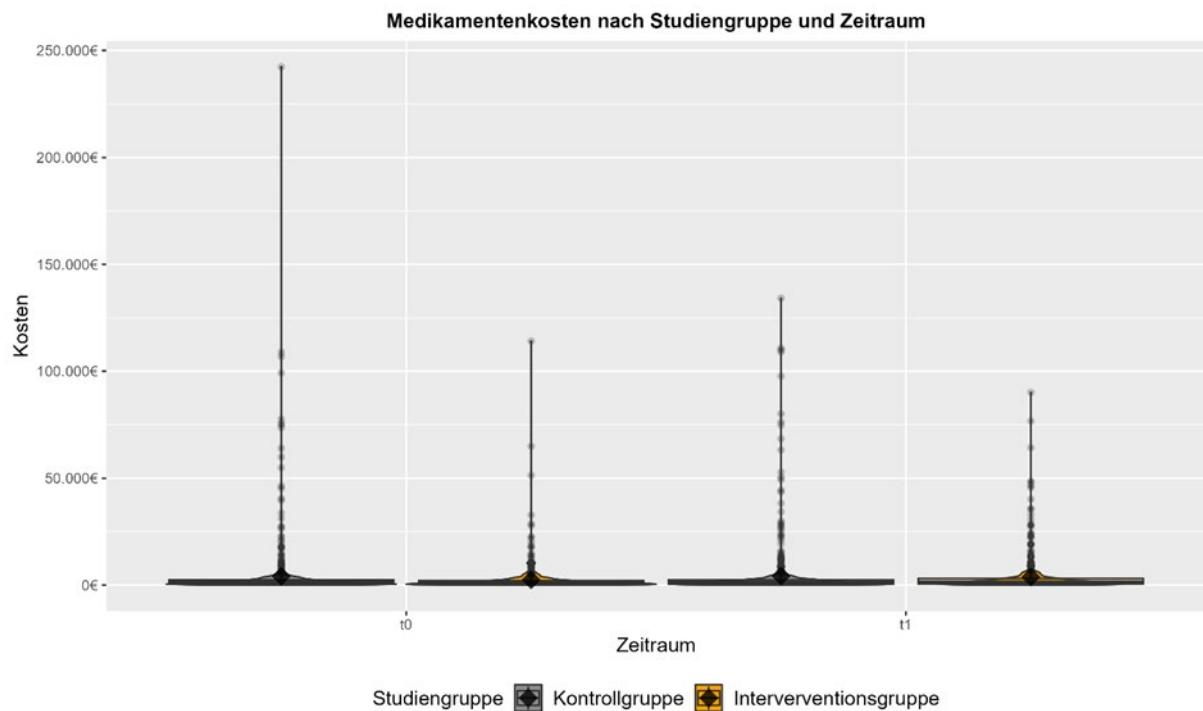


Abbildung 127: Medikamentenkosten je Zeitraum und Gruppe

Für eine detailliertere Analyse fungiert Abbildung 128. Hier wird die Skala für die Medikamentenkosten auf einen Maximalwert von 20.000 € eingegrenzt. Zu t0 unterscheiden sich die Verteilungen insofern, dass das 75 %-Quantil, der Median und vor allem der Durchschnitt in der KG etwas größer ist als in der IG.

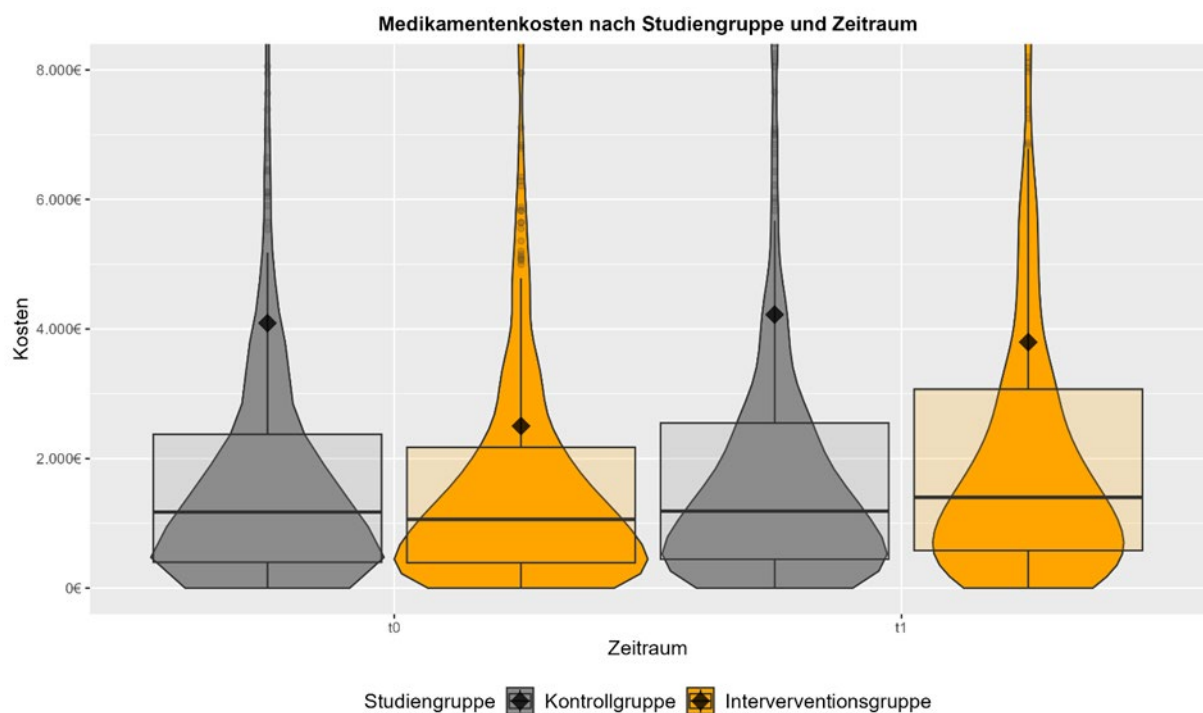


Abbildung 128: Ausschnitt der Medikamentenkosten je Zeitraum und Gruppe

Zu t1 lässt sich konstatieren, dass die Verteilung in der KG sehr ähnlich bleibt, in der IG allerdings Erhöhungen des Durchschnitts und des Medians im Vergleich zu t0 erkennbar sind. In der IG kann zu t1 ein schmalerer Verteilungssockel und folglich auch eine Erhöhung des Boxplots mit dem 75 %-Quantil identifiziert werden. Die Anzahl der Proband*innen mit nicht existenten bzw. sehr geringen Medikamentenkosten steigen in beiden Gruppen an. Die Gesamtübersicht der Kennzahlen für die Medikamentenkosten kann Tabelle 184 entnommen werden.

Tabelle 184: Deskriptive Statistiken der Medikamentenkosten

Studien- gruppe	t	n	Ø	Median	SD	Min.	Max.	25 %-Q.	75 %-Q.
IG	t0	554	2.501,68	1.060,01	6.855,63	0	114.089,89	390,61	2.174,74
IG	t1	554	3.796,85	1.399,47	8.482,81	0	90.106,82	579,04	3.070,13
KG	t0	638	4.090,53	1.173,08	14.560,39	0	242.343,97	398,69	2.374,42
KG	t1	638	4.222,27	1.187,61	12.952,36	0	134.137,22	443,26	2.547,97

Tabelle 185: Gruppenunterschiede der Medikamentenkosten

Gruppen	T	df	p-Wert	Cohen's d
IG t0 – t1	-9.48	553.00	0.000001***	-0.17
KG t0 – t1	-0.75	637.00	0.454660	-0.01
t0 – IG vs. KG	2.46	933.68	0.014072*	0.14
t1 – IG vs. KG	0.68	1109.81	0.497434	0.04
Delta IG vs. KG	-2.49	1093.82	0.012969*	-0.14
Delta komplexe Fälle (IG vs. KG)	0.22	214.86	0.823595	0.02
Delta weniger komplexe Fälle (IG vs. KG)	-2.90	693.40	0.003866**	-0.21

Wie in Tabelle 185 zu erkennen ist, zeigen die Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests auf einem Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$ signifikante Unterschiede zwischen den Zeiträumen t1 und t0 in der IG allerdings keine signifikanten Unterschiede zwischen den Zeiträumen t1 und

t0 in der KG. Die Effekte sind dabei nach Cohen's D in der IG stärker als in der KG. Diese Werte belegen die Beobachtungen in der deskriptiven Analyse.

Die Ergebnisse der T-Tests bestätigen signifikante Unterschiede zwischen den Proband*innen der KG- und IG zu t0, nicht aber zu t1.

Der T-Test der Delta-Analyse der Medikamentenkosten führt zu dem Ergebnis, dass signifikante Effekte zu beobachten und mit einer relativ geringen Effektstärke zu verzeichnen sind. Folglich unterscheidet sich die Veränderung der Medikamentenkosten zwischen IG und KG signifikant.

Die abschließende Analyse führt durch die Bildung von Subsamples in komplexe Fälle zum einen und weniger komplexe Fälle zum anderen, zu einem statistisch signifikanten Unterschied der Delta-Variable bei den nicht komplexen Fällen, nicht aber bei den komplexen Fällen. Folglich unterscheidet sich die Veränderung der Medikamentenkosten zwischen der IG und der KG bei den weniger komplexen Fällen signifikant. Der Effekt nach Cohen's D ist zwar auch bei den weniger komplexen Fällen insgesamt gering ($d = -0,21$), weist aber im Vergleich der sieben T-Tests der Medikamentenkosten hier den höchsten Wert auf.

Zusammenführung der Ergebnisse

Statistisch signifikante Unterschiede lassen sich zwischen der IG und der KG zu t0 feststellen. Die Ausgaben für Medikamente sind in der KG deutlich höher. **H1 muss folglich verworfen** werden. Die Verteilungen unterstützen diese Annahme. Die Datenpunkte in der KG weisen eine höhere Streuung auf, die größere Ausreißer mit extrem hohen Medikamentenkosten beinhalten.

Es können **statistisch signifikante Unterschiede zwischen t0 und t1** in der IG beobachtet werden. Daher **kann H2 folglich bestätigt** werden.

Da ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Veränderung der Kosten von t0 zu t1 zwischen der IG und der KG festgestellt werden konnte, kann H3 bestätigt werden.

Interessant sind auch die signifikanten Delta-Unterschiede bei den weniger komplexen Fällen. Diese lassen unter anderem den Rückschluss zu, dass die Extremwerte zu t0 in der KG den weniger komplexen Fällen zuzuordnen sind. Bei den komplexen Fällen konnte hingegen kein signifikanter Unterschied zwischen der IG und der KG festgestellt werden.

Individuelle Kosten: Teilbereich Pflegekosten SGB XI

Definition des Gegenstandes

Der Endpunkt individuelle Kosten im Teilbereich Pflegekosten SGB XI kann auf verschiedene Arten untersucht werden. Als Grundlage fungieren die GKV-Routinedaten der Krankenkassen. Um ein übersichtliches und differenziertes Bild über den Endpunkt der individuellen Kosten mit dem Teilbereich der Pflegefallkosten zu ermöglichen, wird die Verteilung dieser betrachtet.

Die Pflegefallkosten lassen Rückschlüsse darauf zu, ob signifikante Kostenunterschiede zu t0 zwischen der IG und der KG vorliegen (Hypothese 1) und sich die beiden Gruppen zu t0 somit nicht signifikant voneinander unterscheiden. Die Hypothese ist, dass die Pflegefallkosten sich

zu t0 zwischen der IG und der KG nicht signifikant voneinander unterscheiden und somit allgemein eine Vergleichbarkeit dieser Gruppen gewährleistet ist.

Die Entwicklung der Pflegefallkosten lassen innerhalb der IG außerdem Rückschlüsse darauf zu, ob sie für die Krankenkassen in der IG zu t1 durch den Einsatz des CMs signifikant höher ausfallen als zu t0 (Hypothese 2). Die Hypothese lautet, dass die Pflegefallkosten in der IG in t1 höher ausfallen als in t0. Proband*innen würden somit durch die bessere Versorgung und Koordination der Case-Manager*innen ihre finanziellen Leistungen für die Pflege besser geltend machen können, was sich in höheren diesbezüglichen Kosten für die Krankenkassen äußert.

Die Entwicklung der Pflegefallkosten lässt schließlich Rückschlüsse darauf zu, ob die Veränderung der Pflegefallkosten in der IG von t0 zu t1 durch den Einsatz des CMs negativer ausfällt als in der KG (Hypothese 3). Die Hypothese lautet, dass die Veränderung der Pflegefallkosten der Krankenkassen in der IG von t0 zu t1 negativer ausfällt als in der KG. Weitere Umwelteinflüsse, wie beispielsweise die Auswirkungen von Corona auf die Pflegefallkosten, können durch eine Bestätigung dieser These widerlegt werden. Eine Bestätigung der These wäre gleichbedeutend mit signifikanten Unterschieden zwischen den beiden Gruppen über den Zeitverlauf. Diese Unterschiede würden auf die Interventionsleistungen zurückzuführen sein.

Ergebnisse

In Abbildung 129 ist die Verteilung der Pflegefallkosten in den Studiengruppen zu den Studienzeiträumen veranschaulicht. Erkennbar ist, dass der Großteil der Proband*innen Kosten zwischen 0 und 10.000 € aufweist. Auffällig sind zudem einzelne extreme Ausreißer mit einem Maximum in der IG zu t0 in Höhe von ca. 300.000 €.

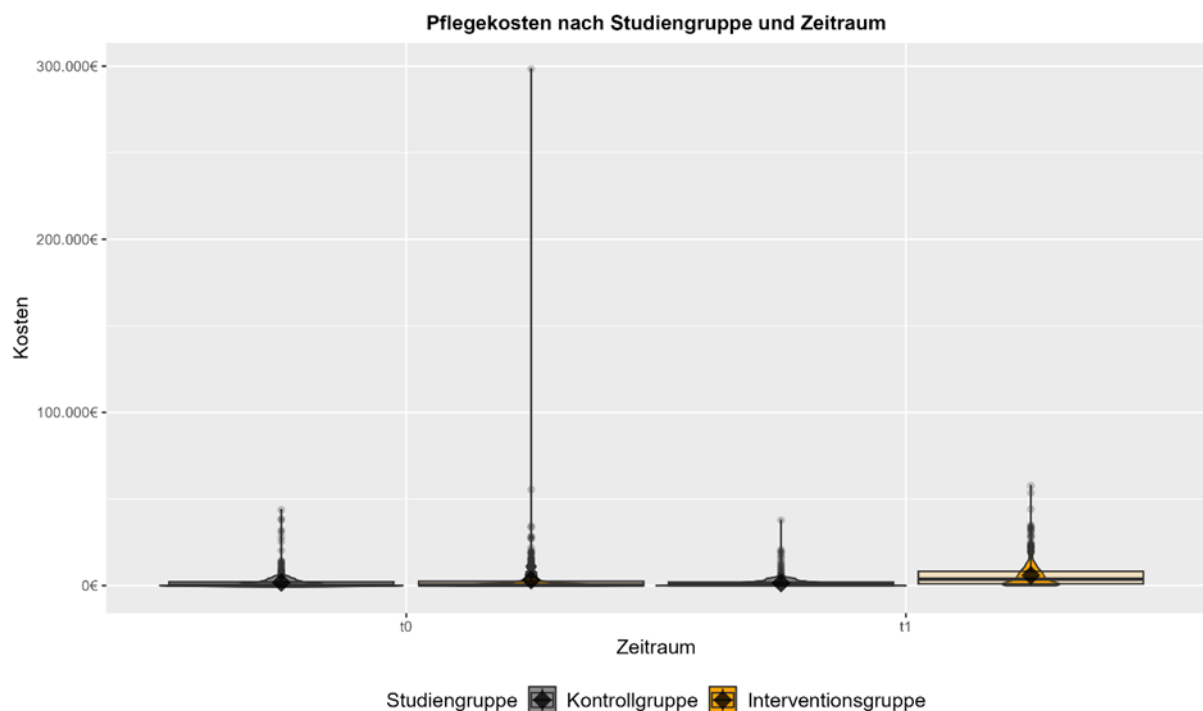


Abbildung 129: Pflegefallkosten je Zeitraum und Gruppe

Für eine detailliertere Analyse dient Abbildung 130. Hier wird die Skala für die Pflegefallkosten bis zu einem Wert von 20.000 € abgebildet. Zu t0 unterscheiden sich die Verteilungen dahingehend, dass der Mittelwert in der IG etwas höher ist, das 75 %-Quantil in der KG größer ist als in der IG. Die Boxplots und Medianwerte sind hingegen in beiden Gruppen ähnlich.

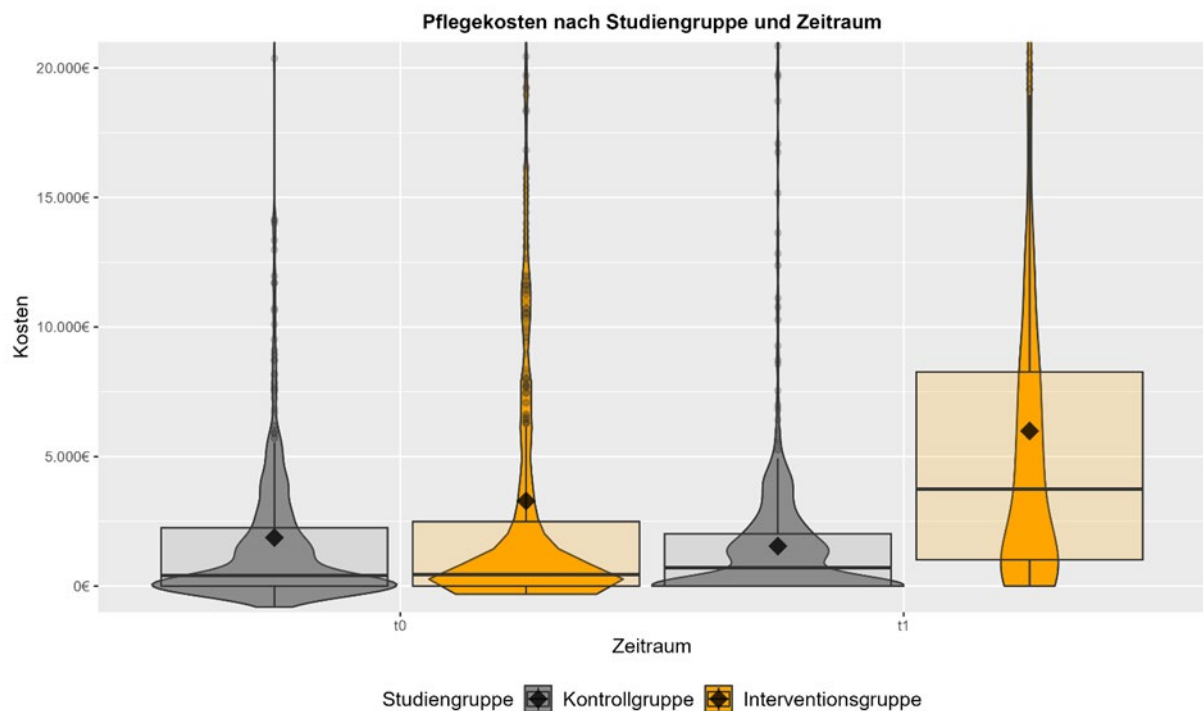


Abbildung 130: Ausschnitt der Pflegekosten je Zeitraum und Gruppe

Zu t1 lässt sich konstatieren, dass in der KG keine größeren Veränderungen im Vergleich zu t0 erfolgen. Der Median steigt etwas an und der Mittelwert sinkt leicht. In der IG hingegen erhöhen sich die Kosten sehr deutlich. Dies geht bei einer Betrachtung des Boxplots damit einher, dass deutlich weniger als 25 % der Proband*innen keine Pflegefallkosten aufweisen als zu t0. Es gibt zu t1 folglich deutlich mehr Proband*innen in der IG, die Pflegefallkosten aufweisen. Grundsätzlich lässt sich aufgrund der breiteren Verteilung im Bereich zwischen 2.500 € und 10.000 € erkennen, dass in diesem Bereich in der IG zu t1 deutlich mehr Fälle auftreten. Eine vollumfängliche Übersicht zu den deskriptiven Statistiken der Pflegekosten ist in Tabelle 186 ersichtlich.

Tabelle 186: Deskriptive Statistiken der Pflegekosten

Studien- gruppe	t	n	Ø	Median	SD	Min.	Max.	25 %-Q.	75 %-Q.
IG	t0	554	3.283,94	445,53	13.714,04	-316	298.345,21	0.00	2.485,30
IG	t1	554	5.986,05	3.743,00	7.553,67	0	57.664,66	1.018,98	8.269,36
KG	t0	638	1.870,95	411,40	4.213,58	-805	43.778,64	0.00	2.247,25
KG	t1	638	1.542,86	708,07	2.950,06	0	37.790,85	0.00	2.014,84

Tabelle 187: Gruppenunterschiede der Pflegekosten

Gruppen	T	df	p-Wert	Cohen's d
IG t0 – t1	-5.97	553.00	0.000001***	-0.24
KG t0 – t1	5.68	637.00	0.000001***	0.09
t0 – IG vs. KG	-2.33	643.62	0.020039*	-0.14
t1 – IG vs. KG	-13.01	698.55	0.000001***	-0.80
Delta IG vs. KG	-5.39	678.60	0.000001***	-0.33
Delta komplexe Fälle (IG vs. KG)	-2.00	249.84	0.046161*	-0.19
Delta weniger komplexe Fälle (IG vs. KG)	-8.35	481.00	0.000001***	-0.67

Wie in Tabelle 187 zu erkennen ist, zeigen die Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests auf einem Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$ signifikante Unterschiede zwischen den Zeiträumen t1 und t0 in der IG und ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen den Zeiträumen t1 und t0 in der KG. Die Effekte sind dabei nach Cohen's D in der IG stärker als in der KG. Diese Werte belegen die Beobachtungen in der deskriptiven Analyse.

Die Ergebnisse der T-Tests bestätigen ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen den Proband*innen der KG und IG zu t0 und zu t1. Vor allem zu t1 liegt hier ein sehr hoher Wert für Cohen's D vor. Auch diese Ergebnisse belegen die Analyse der Verteilungsabbildungen, da hier zu t1 eine große Veränderung in der IG erfolgt ist, sodass deutlich mehr Fälle mit Pflegefallkosten vorliegen.

Der T-Test der Delta-Analyse der Pflegefallkosten führt zu dem Ergebnis, dass signifikante Effekte mit einer geringen bis mittleren Effektstärke zu verzeichnen sind. Folglich unterscheidet sich die Veränderung der Pflegefallkosten zwischen IG und KG signifikant. In diesem Zusammenhang ist auf die größeren Veränderungen in der IG hinzuweisen.

Die abschließende Analyse, durch die Bildung von Subsamples in komplexe Fälle zum einen und weniger komplexe Fälle zum anderen, führt zu einem statistisch signifikanten Unterschied der Delta-Variable bei den nicht komplexen Fällen und bei den komplexen Fällen. Insbesondere bei den weniger komplexen Fällen ist zudem eine große Effektstärke zu verzeichnen.

Zusammenführung der Ergebnisse

Statistisch signifikante Unterschiede lassen sich auch zwischen der IG und der KG zu t0 feststellen. H1 muss folglich verworfen werden, da ein signifikanter Unterschied der Pflegekosten zwischen der IG und der KG bereits zu t0 vorhanden ist.

Es können statistisch **signifikante Unterschiede zwischen t0 und t1 sowohl in der IG als auch in der KG beobachtet** werden. **H2 kann folglich bestätigt** werden. Festzuhalten ist im Hinblick auf die Verteilungen auch, dass die Pflegekosten in der IG zu t1 ansteigen.

Da ein **signifikanter Unterschied hinsichtlich der Veränderung der Kosten von t0 zu t1** zwischen der IG und der KG festgestellt werden konnte, **kann H3 bestätigt** werden. Die Pflegekosten von t0 zu t1 gehen in der IG mit größeren Steigerungen einher (siehe Werte für Median, Durchschnitt und 75 %-Quantil), während sie in der KG sogar fallen.

Interessant sind auch die signifikanten Delta-Unterschiede bei den weniger komplexen Fällen. Diese lassen unter anderem den Rückschluss zu, dass gerade bei den weniger komplexen Fällen Fälle im Zeitverlauf durch das CM vermehrt pflegerische Leistungen in Anspruch genommen wurden.

Individuelle Kosten: Teilbereich Hilfsmittelkosten

Definition des Gegenstandes

Der Endpunkt individuelle Kosten mit dem Teilbereich Hilfsmittelkosten kann auf verschiedene Arten untersucht werden. Als Grundlage fungieren die GKV-Routinedaten der Krankenkassen. Um ein übersichtliches und differenziertes Bild über den Endpunkt der individuellen Kosten mit dem Teilbereich der Hilfsmittelkosten zu ermöglichen, wird die Verteilung dieser betrachtet.

Die Kosten für die häusliche Krankenpflege können Rückschlüsse darauf zulassen, ob diese sich zwischen der IG zu t0 nicht signifikant von denen in der KG unterscheiden (Hypothese 1) und sich die beiden Gruppen zu t0 somit nicht signifikant voneinander unterscheiden. Die Hypothese lautet, dass die Hilfsmittelkosten Krankenpflege sich zu t0 zwischen der IG und der KG nicht signifikant voneinander unterscheiden und somit allgemein eine Vergleichbarkeit dieser Gruppen gewährleistet ist.

Die Entwicklung der Hilfsmittelkosten lassen innerhalb der IG außerdem Rückschlüsse darauf zu, ob sie für die Krankenkassen in der IG zu t1 durch den Einsatz des CMs signifikant höher

ausfallen als zu t0 (Hypothese 2). Die Hypothese lautet, dass die Hilfsmittelkosten in der IG in t1 höher ausfallen als in t0.

Die Entwicklung der Hilfsmittelkosten lässt schließlich Rückschlüsse darauf zu, ob die Veränderung der Kosten in der IG von t0 zu t1 durch den Einsatz des CMs negativer ausfällt als in der KG (Hypothese 3). Die Hypothese lautet, dass die Veränderung der Kosten der Krankenkassen in der IG von t0 zu t1 negativer ausfällt als in der KG. Weitere Umwelteinflüsse, wie beispielsweise die Auswirkungen von Corona auf die Hilfsmittelkosten, können durch eine Bestätigung dieser These widerlegt werden. Eine Bestätigung der These wäre gleichbedeutend mit signifikanten Unterschieden zwischen den beiden Gruppen über den Zeitverlauf. Diese Unterschiede würden auf die Interventionsleistungen zurückzuführen sein.

Ergebnisse

In Abbildung 131 ist die Verteilung der Kosten für die Hilfsmittelkosten in den Studiengruppen zu den Studienzeiträumen veranschaulicht. Erkennbar ist, dass der Großteil der Proband*innen Kosten zwischen 0 und 2.000 € aufweist. Auffällig sind zudem Ausreißer in beiden Gruppen, sodass in der IG zu t1 auch Hilfsmittelkosten in Höhe von mehr als 85.000 € auftreten und in der KG zu t0 in Höhe von ca. 40.000 €.

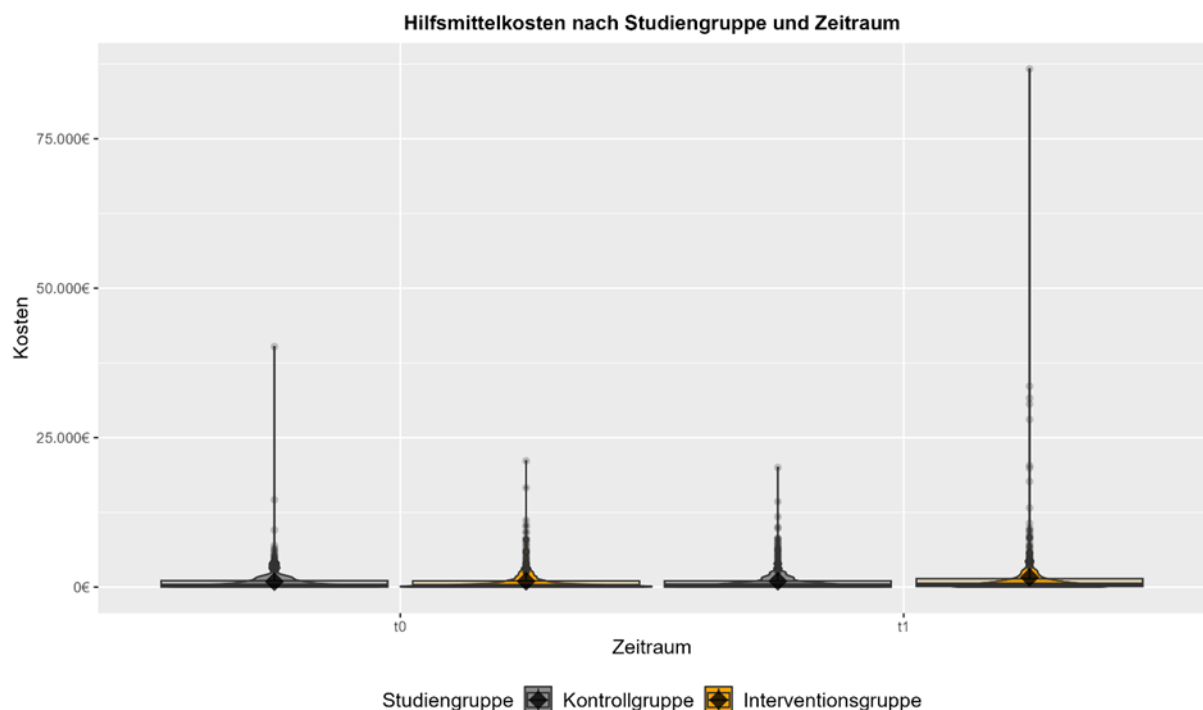


Abbildung 131: Hilfsmittelkosten je Zeitraum und Gruppe

Für eine detailliertere Analyse dient Abbildung 132. Hier wird die Skala für die Hilfsmittelkosten bis zu einem Wert von 3.000 € abgebildet. Zu t0 unterscheiden sich die Verteilungen wenig, aber die Mittel- und Medianwerte sowie das 75 %-Quantil sind in der KG geringfügig höher. In der IG gibt es zudem deutlich mehr Fälle mit sehr geringen bzw. keinen Hilfsmittelkosten.

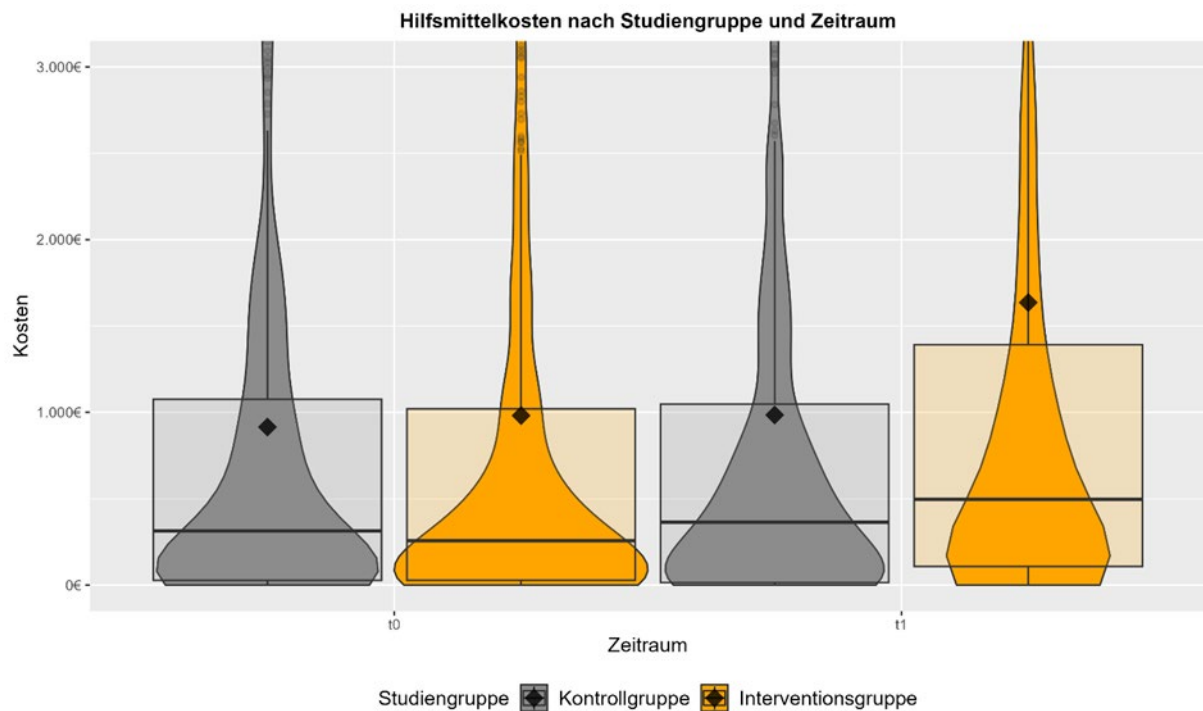


Abbildung 132: Ausschnitt der Hilfsmittelkosten je Zeitraum und Gruppe

Zu t1 lässt sich konstatieren, dass die Kosten in der IG erkennbar steigen, was in der KG kaum der Fall ist. Insgesamt sehen die Verteilungen zwischen IG und KG zu t1 ähnlich aus und weisen auch einen nahezu identischen Median auf. Der deutlich höhere Mittelwert in der IG kann durch den Ausreißerwert (siehe oben) begründet werden. Die statistischen Kennzahlen der Hilfsmittelkosten sind für eine bessere Übersicht in Tabelle 188 zusammengefasst.

Tabelle 188: Deskriptive Statistiken der Hilfsmittelkosten

Studien- gruppe	t	n	$\bar{x}$	Median	SD	Min.	Max.	25 %-Q.	75 %-Q.
IG	t0	554	981,27	256,62	1.986,70	0	21.104,44	27,85	1.020,02
IG	t1	554	1.635,72	496,81	4.953,82	0	86.668,12	108,19	1.392,21
KG	t0	638	914,96	313,64	2.057,61	0	40.212,43	27,61	1.075,71
KG	t1	638	984,75	363,40	1.801,90	0	20.009,16	13,79	1.048,25

Tabelle 189: Gruppenunterschiede der Hilfsmittelkosten

Gruppen	T	df	p-Wert	Cohen's d
IG t0 – t1	-4.67	553.00	0.000004***	-0.17
KG t0 – t1	-1.98	637.00	0.048293*	-0.04
t0 – IG vs. KG	-0.57	1176.69	0.571993	-0.03
t1 – IG vs. KG	-2.93	679.58	0.003511**	-0.18
Delta IG vs. KG	-2.97	818.27	0.003115**	-0.18
Delta komplexe Fälle (IG vs. KG)	-1.78	250.75	0.076151	-0.16
Delta weniger komplexe Fälle (IG vs. KG)	-2.30	604.20	0.021967*	-0.18

Wie in Tabelle 189 zu erkennen ist, zeigen die Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests auf einem Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$ signifikante Unterschiede zwischen den Zeiträumen t1 und t0 in der IG, allerdings keinen signifikanten Unterschied zwischen den Zeiträumen t1 und t0 in der KG. Die Effekte sind dabei nach Cohen's D sowohl in der IG als auch in der KG gering. Diese Werte belegen die Beobachtungen in der deskriptiven Analyse.

Die Ergebnisse der T-Tests bestätigen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Proband*innen der KG und IG zu t0, allerdings eine unterschiedliche Verteilung zu t1.

Der T-Test der Delta-Analyse der Hilfsmittelkosten führt zu dem Ergebnis, dass signifikanten Effekte zu beobachten sind. Folglich unterscheidet sich die Veränderung der Kosten zwischen IG und KG signifikant. Dies deckt sich mit den Beobachtungen der Verteilungen, da nur bei der IG deutliche Veränderungen der Kosten (in Form von Erhöhungen) über den Zeitverlauf erkennbar gewesen sind.

Die abschließende Analyse, durch die Bildung von Subsamples in komplexe Fälle und weniger komplexe Fälle, führt zu einem statistisch signifikanten Unterschied der Delta-Variable bei den nicht komplexen Fällen. Bei den komplexen Fällen lässt sich hingegen kein Gruppenunterschied feststellen.

Zusammenführung der Ergebnisse

Statistisch signifikante Unterschiede zwischen der IG und der KG zu t0 sind nicht nachweisbar. Daher kann H1 ebenfalls belegt werden.

Es können statistisch signifikante Unterschiede zwischen t0 und t1 in der IG und KG beobachtet werden. H2 kann folglich bestätigt werden.

Da ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Veränderung Kosten von t0 zu t1 zwischen der IG und der KG festgestellt werden konnte, kann H3 bestätigt werden. Die Kosten in der IG steigen signifikant stärker als in der KG.

Interessant sind auch die signifikanten Delta-Unterschiede bei den weniger komplexen Fällen. Diese lassen unter anderem den Rückschluss zu, dass in der IG gerade bei den weniger komplexen Fällen im Zeitverlauf Proband*innen vermehrt finanzielle Zuwendungen der Krankenkassen für die Hilfsmittelkosten erhalten haben.

Individuelle Kosten: Teilbereich ambulante Kosten

Definition des Gegenstandes

Der Endpunkt individuelle Kosten mit dem Teilbereich der ambulanten Kosten kann auf verschiedene Arten untersucht werden. Als Grundlage fungieren die GKV-Routinedaten der Krankenkassen. Um ein übersichtliches und differenziertes Bild über den Endpunkt der individuellen Kosten mit dem Teilbereich der Krankenhauskosten zu ermöglichen, wird die Verteilung der ambulanten Kosten betrachtet.

Die Kosten für ambulante Behandlungen können Rückschlüsse darauf zulassen, ob diese sich zwischen der IG zu t0 nicht signifikant von denen in der KG unterscheiden (Hypothese 1). Die Hypothese ist, dass die stationären Kosten sich zu t0 zwischen der IG und der KG nicht signifikant voneinander unterscheiden und somit allgemein eine Vergleichbarkeit dieser Gruppen gewährleistet ist.

Die Kosten für stationäre Aufenthalte bzw. für Krankenhausaufenthalte lassen innerhalb der IG außerdem Rückschlüsse darauf zu, ob die ambulanten Kosten der Krankenkassen in der IG zu t1 durch den Einsatz des CMs signifikant höher ausfallen als zu t0 (Hypothese 2). Die Hypothese lautet, dass die ambulanten Kosten der Krankenkassen in der IG in t1 höher ausfallen als in t0. Proband*innen würden durch die bessere Versorgung auf weniger stationäre Aufenthalte angewiesen sein, aber mehr abgestimmte ambulante Behandlungen erhalten.

Die ambulanten Kosten lassen schließlich Rückschlüsse darauf zu, ob die Veränderung der ambulanten Kosten der Krankenkassen in der IG von t0 zu t1 durch den Einsatz des CMs negativer ausfällt als in der KG (Hypothese 3). Die Hypothese lautet, dass die Veränderung der ambulanten Kosten der Krankenkassen in der IG von t0 zu t1 negativer ausfällt als in der KG. Weitere Umwelteinflüsse, wie beispielsweise die Auswirkungen von Corona auf die ambulanten Kosten, können durch eine Bestätigung dieser These widerlegt werden. Eine Bestätigung der These wäre gleichbedeutend mit signifikanten Unterschieden zwischen den beiden Gruppen über den Zeitverlauf. Diese Unterschiede würden auf die Interventionsleistungen zurückzuführen sein.

Ergebnisse

In Abbildung 133 ist die Verteilung der ambulanten Kosten in den Studiengruppen zu den Studienzeiträumen veranschaulicht. Deutlich erkennbar ist, dass der Großteil der Proband*innen Kosten zwischen 0 und 5.000 € aufweist. Auffällig sind zudem größere Ausreißer in beiden Gruppen, die zu Maximalwerten bis zu über 40.000 € führen (z. B. 40.467,08 € in der KG zu t0).

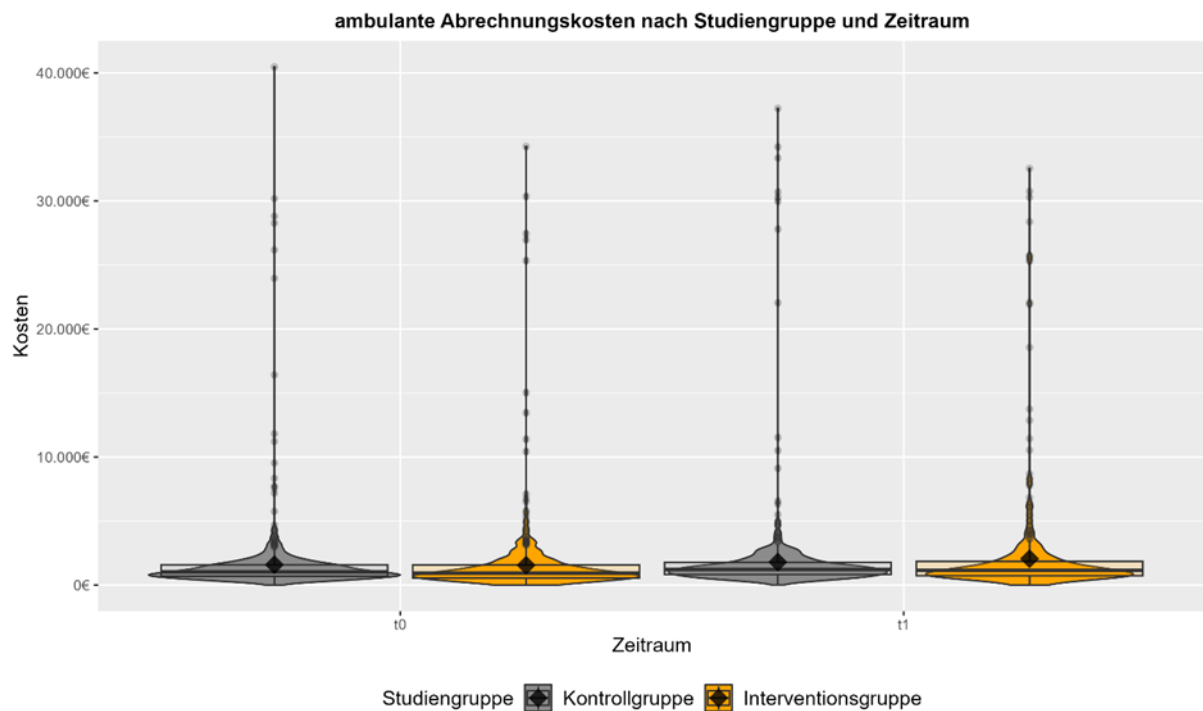


Abbildung 133: Ambulante Kosten je Zeitraum und Gruppe

Für eine detailliertere Analyse der Verteilung ohne Inkludierung der Extremwerte dient Abbildung 134. Hier wird die Skala auf einen Maximalwert von 5.000 € begrenzt. Zu t0 sind leichte Unterschiede dahingehend zu erkennen, dass in der IG mehr Proband*innen keine ambulanten Kosten aufweisen als in der KG, was zu einem geringeren Medianwert führt ($\tilde{x}_{IGt0} = 927,82 \text{ €}$; $\tilde{x}_{KGt0} = 1.036,34 \text{ €}$). Dennoch ist der Mittelwert in der IG höher, da es hier auch mehr Fälle mit sehr hohen ambulanten Kosten (größer als 3.000 €) gibt ($\bar{\phi}_{IGt0} = 1.555,42 \text{ €}$; $\bar{\phi}_{KGt0} = 1.591,49 \text{ €}$).

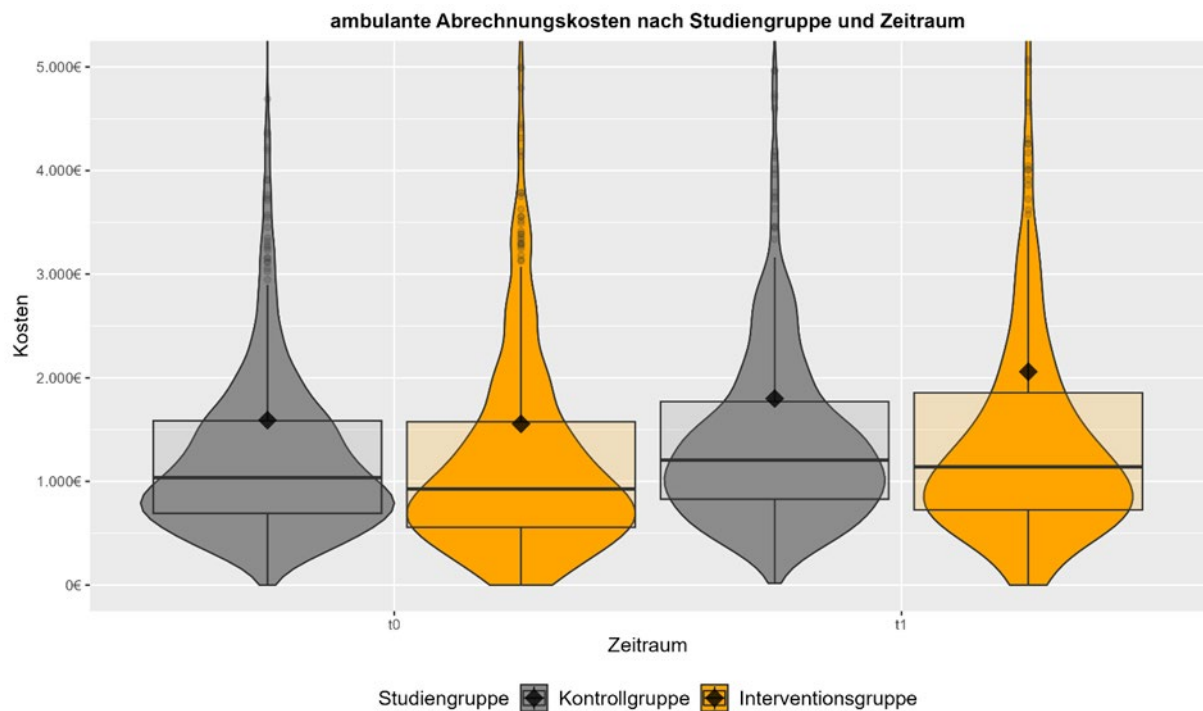


Abbildung 134: Ausschnitt der Ambulante Kosten je Zeitraum und Gruppe

Zu t1 zeigt sich ein ähnliches Bild. Auch hier verdeutlicht die Verteilung, dass in der IG mehr Proband*innen keine ambulanten Kosten vorweisen, aber auch mehr Proband*innen sehr hohe ambulante Kosten mit mehr als 3.000 € aufweisen. Insgesamt steigen die ambulanten Kosten in beiden Gruppen leicht an, was sich in höheren Werten für den Median, Mittelwert und das 75 %-Quantil niederschlägt. Die deskriptiven Statistiken der ambulanten Kosten sind in Tabelle 190 abgebildet.

Tabelle 190: Deskriptive Statistiken der ambulanten Kosten

Studien- gruppe	t	n	$\bar{\phi}$	Median	SD	Min.	Max.	25 %-Q.	75 %-Q.
IG	t0	554	1.555,42	927,82	2.986,78	0,00	34.254,67	558,14	1.574,85
IG	t1	554	2.058,77	1.141,08	3.816,55	0,00	32.537,69	726,41	1.856,86
KG	t0	638	1.591,49	1.036,34	3.063,24	0,00	40.467,08	693,34	1.585,79
KG	t1	638	1.799,95	1.205,44	3.459,69	18,75	37.227,84	830,05	1.769,25

Tabelle 191: Gruppenunterschiede der ambulanten Kosten

Gruppen	T	df	p-Wert	Cohen's d
IG t0 – t1	-2.82	553.00	0.004979**	-0.15
KG t0 – t1	-2.52	637.00	0.012086*	-0.06
t0 – IG vs. KG	0.21	1174.16	0.837242	0.01
t1 – IG vs. KG	-1.22	1126.03	0.222976	-0.07
Delta IG vs. KG	-1.99	976.29	0.047390*	-0.12
Delta komplexe Fälle (IG vs. KG)	-2.36	247.64	0.019234*	-0.22
Delta weniger komplexe Fälle (IG vs. KG)	-0.70	664.41	0.482839	-0.05

Wie in Tabelle 191 zu erkennen ist, zeigen die Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests auf einem Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$ signifikante Unterschiede zwischen den Zeiträumen t1 und t0 in der IG und ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen den Zeiträumen t1 und t0 in der KG. Die Effekte sind dabei nach Cohen's D in beiden Gruppen gering.

Die Ergebnisse der T-Tests bestätigen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Proband*innen der KG und IG zum Zeitpunkt t0 sowie zum Zeitpunkt t1.

Die Delta-Analyse der ambulanten Kosten führt jedoch bei einem Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$ zu statistisch signifikantem Unterschied, mit einem Cohen's D Wert von -0,12.

Unterschiedliche Ergebnisse ergeben sich bei Betrachtung der Subgruppen komplexe Fälle einerseits und weniger komplexe Fälle andererseits. Bei den komplexen Fällen indizieren die Testergebnisse noch einen deutlicheren Unterschied mit einem Effektmaß von -0,22. In der Gruppe der weniger komplexen Fälle lassen sich jedoch keine Effekte.

Zusammenführung der Ergebnisse

Die Untersuchung der ambulanten Kosten bringt Ergebnisse hinsichtlich der formulierten Hypothesen hervor. Es können **statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 sowohl in der IG als auch in der KG beobachtet werden. H2 wird folglich bestätigt.**

Statistisch signifikante Unterschiede lassen sich auch zwischen der IG und der KG sowohl zu t0 als auch zu t1 feststellen. H1 wird entsprechend bestätigt, da kein signifikanter **Unterschied der ambulanten Kosten zwischen der IG und der KG zu t0** vorhanden ist. Allerdings ist auch zu t1 kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen nachweisbar. Jedoch zeigt die Deltaanalyse, dass die **Kosten in der IG signifikant stärker steigen als in der KG**. Damit kann **H3 bestätigt** werden.

Zwischendiskussion für die individuellen Kosten

Im Teilkapitel der individuellen Kosten in Form der Routinedatenkosten der Krankenkassen wurden sowohl für die gesamten individuellen Kosten als auch für ausgewählte Teilbereiche der individuellen Kosten verschiedene Fragestellungen formuliert. Die Ergebnisse deuten auf eine **Erhöhung der durchschnittlichen individuellen Gesamtkosten durch das CM** hin. Ein **besonders starker Effekt konnte bei den Pflegekosten** festgestellt werden. Weitere nachweisbare Effekte waren bei den **Kosten der Medikamente, Hilfsmitteln und ambulanten Versorgung** zu beobachten. Trotz der vergleichsweise großen absoluten Werte der Kostenunterschiede im Bereich der stationären Kosten, konnte hier kein signifikanter Effekt festgestellt werden. Das beruht zu großen Teilen auf dem großen Kostenunterschied, der bereits zu t0 zu beobachten war. Sowohl in der IG als auch in der KG ließ sich eine Kostensenkung um ungefähr 30 Prozent beobachten.

Die Beantwortung der Hypothesen und die Analyse der Kostenverteilungen mit den konkreten ermittelten Werten liefern wichtige neue Erkenntnisse im Rahmen der ökonomischen Analyse von CM-Interventionen in der pflegerischen Versorgung. Dabei lassen sich einzelne Erkenntnisse durchaus in bestehende Literatur einordnen lassen.

Zur Überprüfung der Hypothesen wurden T-Tests als Gruppenvergleiche durchgeführt. Die Ergebnisse variieren je nach betrachtetem Teilbereich. Bei den Gesamtkosten kann zwar Hypothese 2 bestätigt werden, nicht aber Hypothese 1. Eine **Gruppengleichheit zwischen der IG und KG zu t0 ist entsprechend nicht belegbar** (vgl. H1), wohl aber **signifikante Kostenänderungen im Zeitverlauf in der IG**. Auch Hypothese 3 wird bestätigt und bedeutet, dass die **Gesamtkostenänderungen in der IG signifikant höher ausfallen als in der KG**.

Bei den Teilbereichen sind die Ergebnisse differenziert zu betrachten. Aufgrund unterschiedlicher Kostenausgangslagen im Zeitraum t0 stehen hohe absolute Kostenänderungen nicht unbedingt für statistisch signifikante Änderungen. In einzelnen Bereichen wie den stationären Kosten sind höhere Kostenreduzierungen in der IG auffällig, jedoch nicht statistisch relevant. Die Beobachtung geringerer stationärer Kosten und dem Klient*innenverbleib in der Häuslichkeit durch die Leistungen des CMs sind, ähnlich zu Erläuterungen bestehender Literatur (Reibnitz et al. 2015; Wild 2012), auf längere Sicht zu erwarten, aber aufgrund des vergleichsweise kurzen Beobachtungszeitraums nicht zu belegen. Viele andere Bereiche wie insbesondere die Pflegefallkosten, aber auch die Hilfsmittelkosten gehen in der IG mit signifikanten Kostenerhöhungen einher. In Anbetracht der Aufgaben der Case-Manager*innen in der Serviceplanung und Linkingphase (Löcherbach 2003) sind diese Kostensteigerungen verständlich, da es die Case-Manager*innen sind, die die Leistungsangebote für die Klient*innen initiieren und diese folglich auf die ihnen zustehenden Leistungen aufmerksam machen. Besonders auffällig werden diese Effekte auch bei der Betrachtung des Median. Während dieser für die Gesamtkosten in der KG mehr oder weniger konstant bleibt, ist in der IG auch bei Berücksichtigung des Medians eine Kostensteigerung zu beobachten. Besonders auffällig ist auch hier die Veränderung des Teilkostenbereichs der Pflegekosten nach SGB XI, die eine Kostensteigerung von mehr als 80 % im Durchschnitt und eine Gesamtkostensteigerung des Medians von über 300 % aufzeigte. Das deutet darauf hin, dass die Pflegefallkosten für sehr viele der Proband*innen der Intervention in besonderem Maße ansteigen. Auch die Analyse der weniger komplexen Fälle bestätigt diese Erkenntnis,

Cohens D erreicht hier einen Wert von 0,67, der als hoch bis sehr hoch einzustufen ist. Gleichzeitig müssen die unterschiedlichen Umstände der Proband*innen im Zeitraum t0 berücksichtigt werden. Die hohen stationären Kosten sowie die Ergebnisse aus Kapitel 3.11 zeigen, dass kurz vor der Intervention eine große Anzahl an Krankenhausaufenthalten in der IG zu beobachten war. Aus der Literatur kann abgeleitet werden, dass Krankenhausaufenthalte auch in den Folgemonaten, je nach Ursache des Aufenthalts, zu Kostensteigerungen in anderen Gesundheitsbereichen führen können, beispielsweise durch Veränderungen des Medikamentenplans oder ambulante Nachfolgeuntersuchungen (Salari et al. 2023; Tran et al. 2018). Das deutet daraufhin, dass ein Teil der Kostensteigerungen auf dieses Phänomen zurückgeführt werden kann und nicht ausschließlich mit dem CM zusammenhängt. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass **die Intervention zu höheren Kosten der Krankenkassen** führt.

Die Ergebnisse verdeutlichen aber auch weiteren Forschungsbedarf. So wäre die Kostenerfassung über einen längeren Zeitraum interessant, um zu ermitteln, ob die Gesamtkosten in der IG bei längerfristigen Zeiträumen (wie etwa einer Dekade) geringer ausfallen als in der KG und somit die kurzfristigen Kosten- und Leistungssteigerungen mit langfristigen Effizienzen und positiven Effekten einhergehen. Als Limitation ist zu ergänzen, dass durch die Berücksichtigung aller Fälle einzelne Extremwerte einen sehr hohen Einfluss auf einzelne Kennzahlen wie etwa den Mittelwert haben, der daher teilweise nur bedingt interpretierbar ist. Daher wurde zudem der Median als weitere wichtige Kennzahl (Lageparameter) der Verteilung in die Analysen inkludiert.

3.24 Kosten-Nutzen-Analyse

Hypothesen (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
H1: Die (etwaige) Erhöhung der individuellen Kosten und die Interventionskosten sind mit positiven Effekten verbunden.	Einschreibungs- und Betreuungszahlen aus Quovero Angaben über Interventionskosten der GEU Ergebnisse der Analysen der individuellen Kosten	Kostengegenüberstellung
Zentrale Ergebnisse		
Die Kosten-Nutzen-Analyse zeigt, dass das ReKo-CM die Gesundheitsstabilität und Alltagsbewältigung der Teilnehmenden aus der ReKo-IG verbessern konnte. ICER-Berechnungen deuten auf eine Kosteneffizienz ab einer Zahlungsbereitschaft von 2100–3200 Euro pro Jahr und Person hin. Es ist anzunehmen, dass die Gesundheitskosten nicht nur im Zusammenhang mit der Intervention durch das Case Management stehen, sondern z. B. auch mit erhöhten Krankenhausaufenthalten kurz vor der Intervention. Daher können sich die Gesundheitskosten auch unabhängig von der Intervention entwickeln. Während sich Faktoren in Bezug auf Gesundheit/Pflege und Alltagsbewältigung in der Kontrollgruppe verschlechterten oder stagnierten, zeigte die Interventionsgruppe deutliche Verbesserungen. Die qualitative Analyse hebt zudem positive Effekte für Betroffene, Angehörige, Versorgungsakteure und die Region hervor. Eine reine ICER-Bewertung reicht bei komplexen Interventionen nicht aus, um den umfassenden Nutzen abzubilden, sodass neue Bewertungsmethoden erforderlich sind.		

Definition der Effektmaße

In Kapitel 3 wurden bisher verschiedene Effekte und Effektmaße untersucht. Im Zuge der Kosten-Nutzen-Analyse soll nun eine Evaluation erfolgen, um gerade die Effektmaße darzustellen, die keine direkte Kostenrelation aufweisen. Dies umfasst insbesondere die Daten, die durch Fragebögen oder klinische Assessments erhoben wurden. Ein Vorselektieren der relevanten Skalen fand dahingehend statt, dass nur Effekte mit signifikanter Verbesserung für die Kosteneffektivitätsanalyse herangezogen wurden. Dies betrifft zum einen das Effektmaß Barthel-Index, dass sich auf körperliche Fähigkeiten im Bereich des täglichen Lebens bezieht (Kapitel 3.7). Zum anderen wurden auch beim Effektmaß zur Untersuchung der psychischen Gesundheit, dem SF-36, eine signifikant positive Änderung beobachtet (Kapitel 3.4). Des Weiteren werden die Ergebnisse der Subskala Gesundheit des FLZ (Kapitel 3.3) für die Betrachtung durch den ICER herangezogen. Höhere Werte dieser Skalen sind als Verbesserung zu interpretieren.

Signifikante Effekte wurden auch bei den RAI-Erhebungen (Kapitel 3.7) festgestellt. Diese umfassten die Effektmaße CHESS, IADLCH, CPS und MAPLe. Die CHESS-Skala untersuchte die Stabilität des Gesundheitszustands, wobei hohe Werte eine instabile Situation indizierten. IADLCH quantifizierte die Fähigkeiten in der Alltagsbewältigung, wobei negative Veränderungen eine erhöhte Unabhängigkeit signalisierten. Die CPS-Skala beurteilte die kognitive Leistungsfähigkeit in verschiedenen Bereichen, wobei höhere Werte eine stärkere Beeinträchtigung anzeigten. MAPLe untersuchte den Unterstützungsbedarf unter Berücksichtigung verschiedener Faktoren, wobei hohe Werte einen höheren Bedarf darstellten. Diese vier genannten Effektmaße verwendeten eine inverse Skala, bei der niedrigere Werte eine Verbesserung und höhere Werte eine Verschlechterung anzeigten. Diese Skalen werden in Folge invers analysiert, also höhere Werte bedeuten eine Verbesserung, um eine leichtere Interpretation und Vergleichbarkeit mit den anderen Effektmaßen zu ermöglichen.

Diese Effektmaße werden im Folgenden näher betrachtet. Grundlage der Kostenberechnungen sind in den vorangegangenen Kapiteln zu finden.

Methodik

Im Zuge der Kosten-Nutzen-Analyse wird, wie in Kapitel 2.4.4 beschrieben, der ICER genutzt um die Ergebnisse der Effektmessung zu quantifizieren. Neben der Analyse der Durchschnittskosten, werden die Kosten-Nutzen auch mittels der Mediankosten aus der Interventions- und Kontrollgruppe untersucht. Damit soll ein ganzheitliches Bild der beobachteten Effekte und Kosten in der Gesamtpopulation gezeigt werden. Nicht für alle Proband*innen lagen vollständige Daten für alle Zeitpunkte vor. Aus diesem Grund wurden die durchschnittlichen Effekte und Kosten aus allen Datensätzen gezogen, nicht nur aus den Datenpunkten die vollständig vorlagen.

Im Rahmen der Kosteneffektivitätsanalyse mittels ICER wurde die durchschnittliche Veränderung der Gesamtkosten je Proband*in zwischen t0 und t1 ermittelt. Dabei wurden die Interventionskosten mit Z4.K3 (vgl. Kapitel 3.22) inkludiert. Der wesentliche Teil der Gesamtkosten lag auch in der Interventionsgruppe in den routinedatenbezogenen Gesundheitskosten. Die Differenz der Gesamtkosten ohne Interventionskosten der

Interventionsgruppe betrug 3.525,26 € je Proband*in der Zielgruppen 1 und 2. Unter Berücksichtigung der Interventionskosten pro Person in Höhe von 778,75 € wird der Betrag auf 4.304,01 € Euro vergrößert. In der Kontrollgruppe ist lediglich die Veränderung der Gesundheitskosten relevant, da hier keine Interventionskosten angefallen sind. Diese ist in der Kontrollgruppe mit einer Verringerung um -1.069,87 € verbunden.

Wie beschrieben wurde für die weitergehende Kosten-Effektivitäts-Analyse unterschiedliche Effektmaße herangezogen. Mit den Kosten- und Effektwerten kann das durchschnittliche Cost-Effectiveness-Ratio (CER) innerhalb der Gruppen berechnet werden, Durch das CER wird die Kostenänderung im Verhältnis zu einer Veränderung einer Einheit des betrachteten Effekts (Schwappach 2012) dargestellt. Anschließend kann ICER berechnet werden, um die Kostenwirksamkeit der Intervention im Vergleich zur Kontrollgruppe zu analysieren. Der ICER zeigt den zusätzlichen Betrag in Euro, der investiert wurde, um eine Veränderung um einen Effektpunkt auf der Skala im Vergleich zur Regelversorgung zu erreichen. Da die erfassten Effekte auf verschiedenen Skalen gemessen werden, wurden die Effektmaße in einer weiteren Analyse Z-standardisiert, um die Kosteneffizienz zu normalisieren. Dies ermöglicht einen Vergleich der ICER-Werte basierend auf der Veränderung um eine Standardabweichung, um die Effektmaße innerhalb dieser Studie vergleichbar zu machen.

Zur umfassenden Untersuchung der Kosteneffektivität einer bestimmten Intervention wurde eine probabilistische Sensitivitätsanalyse (PSA) durchgeführt. Dabei handelt es sich um eine Methode, die es ermöglicht, die Unsicherheit in der ökonomischen Bewertung gesundheitlicher Interventionen systematisch zu quantifizieren und darzustellen (Fenwick und Byford 2005). Um diese Analyse zu realisieren, wurde ein nicht-parametrisches Bootstrap-Verfahren angewendet. Das Bootstrap-Verfahren basiert auf wiederholtem zufälligem Ziehen von Stichproben mit Zurücklegen aus der ursprünglichen Datenbasis. Dabei wurden 1000 Datenpunkte für jede Gruppe generiert, indem Proband*innen wiederholt und zufällig aus der Grundgesamtheit ausgewählt wurden. Durch dieses Verfahren kann jede Beobachtung mehrfach in der neu erstellten Stichprobe vertreten sein, was die Variabilität innerhalb der Daten widerspiegeln soll. Ein wesentlicher Vorteil dieser Methode ist die Möglichkeit, die resultierende Unsicherheit in grafischer Form darzustellen. Dies geschieht hauptsächlich durch Kosten-Effektivitäts-Diagramme (Cost-Effectiveness Planes), die die Streuung der simulierten Kosteneffektivitätsverhältnisse verdeutlichen. Dadurch wird ersichtlich, wie robust die Ergebnisse der Kosten-Nutzen-Analyse gegenüber den inhärenten Unsicherheiten in den Eingangsdaten sind. Die Kosten-Effektivitäts-Diagramme visualisieren die inkrementellen Kosten im Verhältnis zu den inkrementellen Effekten in einem Streudiagramm und sind in 4 Quadranten unterteilt, die Aussagen über die Kosteneffizienz der Intervention zulassen (Fenwick et al. 2004). Datenpunkte im nord-westlichen Quadranten sind immer nicht kosteneffektiv, da hier sowohl höhere inkrementelle Kosten als auch eine negative inkrementelle Effektivität zu beobachten ist. Genau das Gegenteil ist im süd-östlichen Quadranten zu sehen, hier sind die Datenpunkte abgebildet, die mit niedrigeren Kosten und höherer Veränderung des untersuchten Effektmaßes einhergehen. Punkte im süd-westlichen und nord-östlichen Quadranten lassen sich nicht eindeutig zuordnen, da sie entweder mit sinkenden Kosten und sinkender Effektmaßen einhergehen oder mit steigenden Kosten und steigenden Effektmaßen. Hier müssen die Veränderungen der Kosten gegen die Veränderungen der Effektmaße abgewogen werden. Die Ellipsen geben dabei genaueren

Aufschluss über die Verteilung der Datenpunkte. In den Ellipsen sind jeweils 5 %, 25 %, 50 % und 75 % der gesamten Datenpunkte abgedeckt.

Zusätzlich wurden Kosten-Effektivität-Akzeptanz-Kurven (Cost-Effectiveness Acceptability Curves, CEACs) berechnet. Diese Kurven illustrieren für verschiedene Schwellenwerte der Zahlungsbereitschaft (Willingness-to-Pay, WTP) die Wahrscheinlichkeit, dass die untersuchte Intervention kosteneffektiv ist. Die Zahlungsbereitschaft bezieht sich auf den Betrag in Euro, den Entscheidungsträger bereit sind, für eine zusätzliche Einheit des Gesundheitseffektes, beispielsweise ein gewonnenes Lebensjahr oder eine verhinderte Krankheit, zu bezahlen.

Durch die Analyse unterschiedlicher Schwellenwerte wird in den Kosten-Effektivität-Akzeptanz-Kurven aufgezeigt, innerhalb welcher Zahlungsbereitschaftsgrenzen die Intervention voraussichtlich eine kosteneffektive Option darstellt (Fenwick et al. 2004). Diese Darstellung bietet Entscheidungsträgern eine flexible und nachvollziehbare Basis für die Einschätzung der ökonomischen Attraktivität der Intervention bei unterschiedlichen ökonomischen Rahmenbedingungen und Präferenzen bezüglich der maximierten Gesundheitsgewinne. Die Umsetzung der Methodik orientierte sich an Baio et al. (2017).

Ergebnisse

Die Veränderung der Effektmaße ergeben sich aus der Differenz aus den Durchschnittswerten der Zeitpunkte t0 und t1 in der Interventions- und Kontrollgruppe. Für alle Effektmaße wurden statistisch signifikante Ergebnisse beobachtet. Die Ergebnisse der ICER Berechnungen mittels der Durchschnittskosten sind in Tabelle 192 dargestellt. Der dargestellte ICER bezieht sich auf die Kosten pro Punktveränderung in der jeweiligen Skala. Da sich die Skalen stark unterscheiden, sind die dargestellten ICER Ergebnisse nicht miteinander vergleichbar.

Tabelle 192: ICER Berechnung Durchschnittskosten

Effektmaß		Barthel	SF-36	FLZ	CHES	IADLCH	CPS	MAPle
Veränderung des Effektmaßes	IG	-1,07	1,47	1,2	0,22	-0,09	-0,07	-0,08
	KG	-4,05	-0,22	0,56	-0,15	-0,29	-0,17	-0,2
	Differenz	2,98	1,69	0,64	0,37	0,2	0,1	0,12
Interventionskosten		778,75 €						
Veränderung der Gesundheitskosten	IG	3.525,26 €						
	KG	-1.069,87 €						
	Differenz	5.373,88 €						
CER			2.927,90	3.586,68	19.563,6	-	-	-
	IG	-4.022,44 €	€	€	8 €	47.822,3 3 €	-61.485,86 €	-53.800,13 €
	KG	264,17 €	4.863,05 €	1.910,48 €	7.132,47 €	3.689,21 €	6.293,35 €	5.349,35 €
ICER		1.803,32 €	3.179,81 €	8.396,69 €	14.524,0 0 €	26.869,4 0 €	53.738,80 €	44.782,33 €

Die Kosten mittels Kostenmedian sind in Tabelle 193 zu finden. Aufgrund der hohen Standardabweichung der Kosten ist auch eine Betrachtung der Kosteneffektivität durch die Mediankosten sinnvoll. Es ist davon auszugehen, dass der ICER für einen Probanden ICER im Bereich zwischen den beiden angegebenen Werten liegt.

Tabelle 193: ICER Berechnung Mediankosten

Effektmaß		Barthel	SF-36	FLZ	CHESS	IADLCH	CPS	MAPle
Veränderung des Effektmaßes	IG	-1,07	1,47	1,2	0,22	-0,09	-0,07	-0,08
	KG	-4,05	-0,22	0,56	-0,15	-0,29	-0,17	-0,2
	Differenz	2,98	1,69	0,64	0,37	0,2	0,1	0,12
Interventionskosten		778,75 €						
Veränderung der Gesundheitskosten	IG	1.888,89 €						
	KG	-18,06 €						
	Differenz	2.685,70 €						
CER		-2.493,12	1.814,72	2.223,03	12.125,6	-	-	
	IG	€	€	€	4 €	4 €	4 €	-33.345,50 €
	KG	4,46 €	82,09 €	-32,25 €	120,40 €	62,28 €	106,24 €	90,30 €
ICER		901,24 €	1.589,17 €	4.196,41 €	7.258,65 €	13.428,5 0 €	26.857,0 0 €	22.380,83 €

Die ICER Berechnung mittels Z-Standardisierung bietet Einblicke in die finanziellen Aufwendungen, die erforderlich waren, um eine Veränderung um eine Standardabweichung je Proband*in zu erzielen. Dies ermöglicht eine interpretative Einschätzung darüber, welcher Bereich im Vergleich zu den anderen Assessments der Studie die kosteneffektivste Veränderung aufweist. Insbesondere zeigt die Analyse der Stabilität des Gesundheitszustands anhand der Chess-Skala eine vergleichsweise große Kosteneffizienz. Ebenso erreichen die Skalen, die sich mit der Bewältigung alltäglicher Aktivitäten (Barthel, IADLCH) oder der kognitiven Leistungsfähigkeit (CPS) im Alltag befassen, im Vergleich zu anderen Assessments ebenfalls kosteneffektive Veränderungen. Im Kontrast dazu ist die Veränderung der psychischen Gesundheit, gemessen durch den SF-36, weniger kosteneffektiv als die zuvor genannten Assessments. Des Weiteren liegen die Veränderungen der Subskala Gesundheit des Messinstrumentes FLZ sowie die Messung des Unterstützungsbedarfs, erfasst durch das MAPle-Instrument, hinter den genannten Assessments. In Zusammenfassung lässt sich festhalten, dass die kosteneffektivsten quantitativen Veränderungen gemessen am Z-Score bei der Stabilität des Gesundheitszustands sowie bei der Bewältigung alltäglicher Aktivitäten festgestellt wurden.

Tabelle 194: ICER Berechnung Durchschnittskosten (Z-Standardisierung)

Effektmaß		Barthel	SF-36	FLZ	CHESS	IADLCH	CPS	MAPle
Veränderung des Effektmaßes	IG	0,1077	0,0833	0,0590	0,1948	-0,2735	-0,3380	-0,2027
	KG	-0,1249	-0,0686	-0,0358	-0,2343	-0,4739	-0,5174	-0,3179
	Differenz	0,2326	0,1519	0,0948	0,4291	0,2004	0,1793	0,1153
Interventionskosten		778,75 €						
Veränderung der Gesundheits- kosten	IG	3.525,26 €						
	KG	-1.069,87 €						
	Differenz	5.373,88 €						
CER		39.980,5	51.662,1	72.980,4	22.096,0	-	-	
	IG	9 €	0 €	2 €	8 €	15.734,3 0 €	12.731,9 1 €	-21.236,16 €
	KG	8.565,56 €	15.599,6 2 €	29.882,6 0 €	4.566,90 €	2.257,55 €	2.067,83 €	3.365,15 €
ICER		23.107,8 8 €	35.379,1 8 €	56.700,0 8 €	12.525,0 0 €	26.820,4 0 €	29.964,9 0 €	46.626,78 €

Probabilistische Sensitivitätsanalyse

In Abbildung 135 sind für jedes der Effektmaße die Kosten-Effektivitäts-Diagramme auf Basis der vorgestellten Methodik dargestellt.

Festzuhalten ist bei allen Abbildungen, dass die Ellipsen für jedes der Effektivitätsmaße über alle vier Quadranten verteilt sind. Das bedeutet, dass keine eindeutige Aussage über die Kosteneffektivität der gesamten Verteilung getroffen werden kann. Weder die Interventionsgruppe noch die Kontrollgruppe stellen eine dominante Strategie dar. Es ist außerdem festzuhalten, dass ein größerer Teil der Datenpunkte der Stichprobe im nordöstlichen Quadranten liegt. Das bedeutet, dass es einen größeren Anteil an Proband*innen gibt, bei denen sowohl steigende Kosten als auch steigende Effekte beobachtet werden konnten.

Auf Basis dieser Ergebnisse konnten nun Kosten-Effektivitäts-Akzeptanz-Kurven berechnet werden. Da weder die Interventions- noch die Kontrollgruppe eine eindeutig dominante Strategie beweisen konnten, kann durch die Kosten-Effektivitäts-Akzeptanz-Kurve die Wahrscheinlichkeit der Kosteneffektivität für verschiedene Zahlungsbereitschaften von 0 bis 50.000 Euro dargestellt werden.

Es können unterschiedliche Verläufe der Wahrscheinlichkeit der Kosteneffizienz bei den Effektmaßen festgestellt werden. Die geringste Wahrscheinlichkeit der Kosteneffizienz zeigen die Kosten-Effektivitäts-Akzeptanz-Kurven der IADLCH-, CPS- und MAPle-Skala. Bei diesen Effektmaßen blieb die Wahrscheinlichkeit der Kosteneffizienz auch bei steigender Zahlungsbereitschaft unter 50 %. Die Wahrscheinlichkeit der Kosteneffizienz des CHESS-Wertes steigt bei knapp 16.800 Euro auf über 50 % und erreicht ihren Sättigungspunkt bei knapp unter 60 %. Deutlich früher erreichen der Barthel-Index sowie die untersuchten Skalen

des SF-36 und des FLZ eine Wahrscheinlichkeit von über 50 % der Kosteneffizienz bei knapp 2.100, 2.200 und 3.200 Euro. Auch diese drei Skalen erreichen ihren Sättigungspunkt bei knapp unter 60 %.

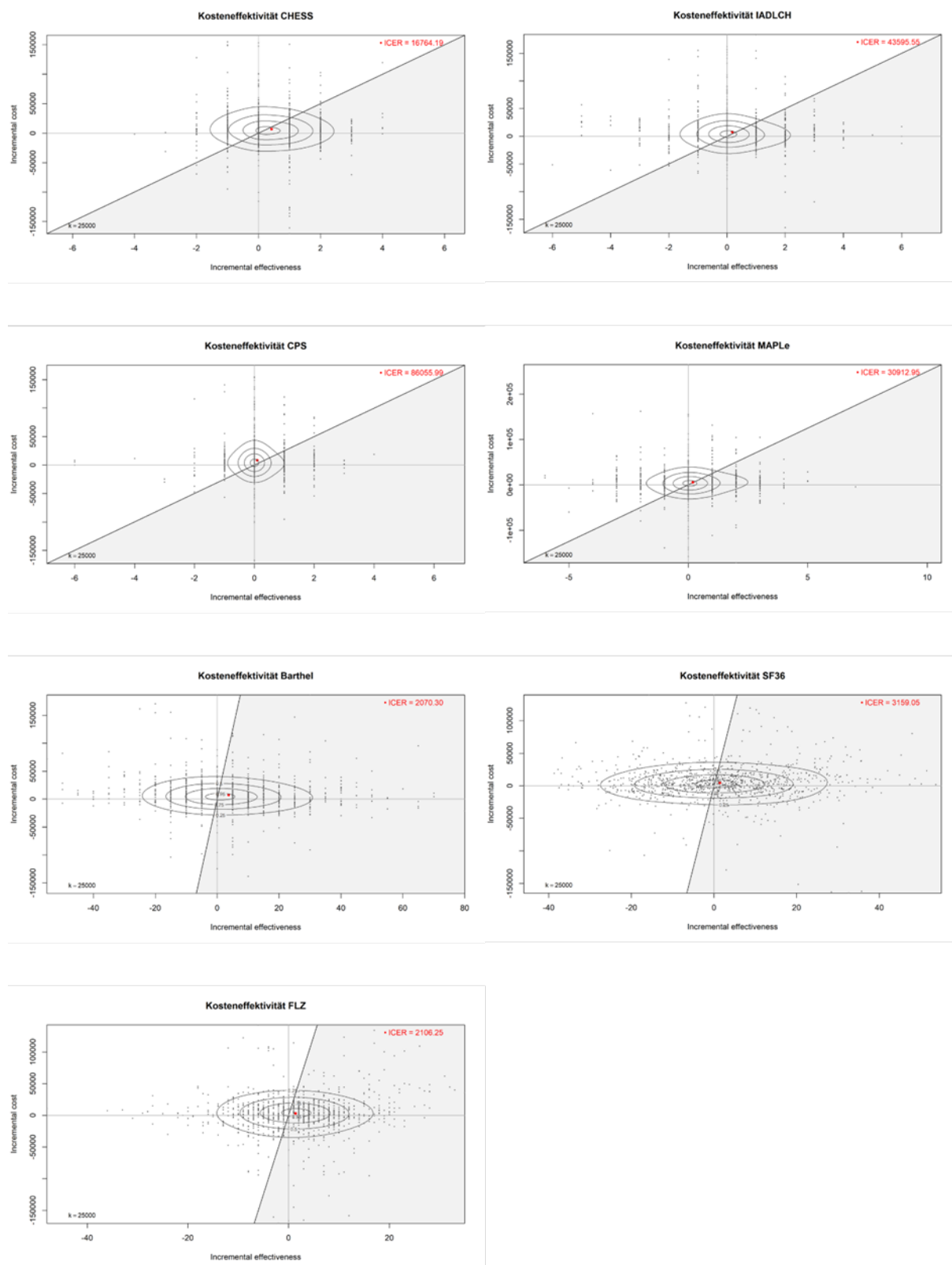


Abbildung 135: Streudiagramme Kosteneffektivität

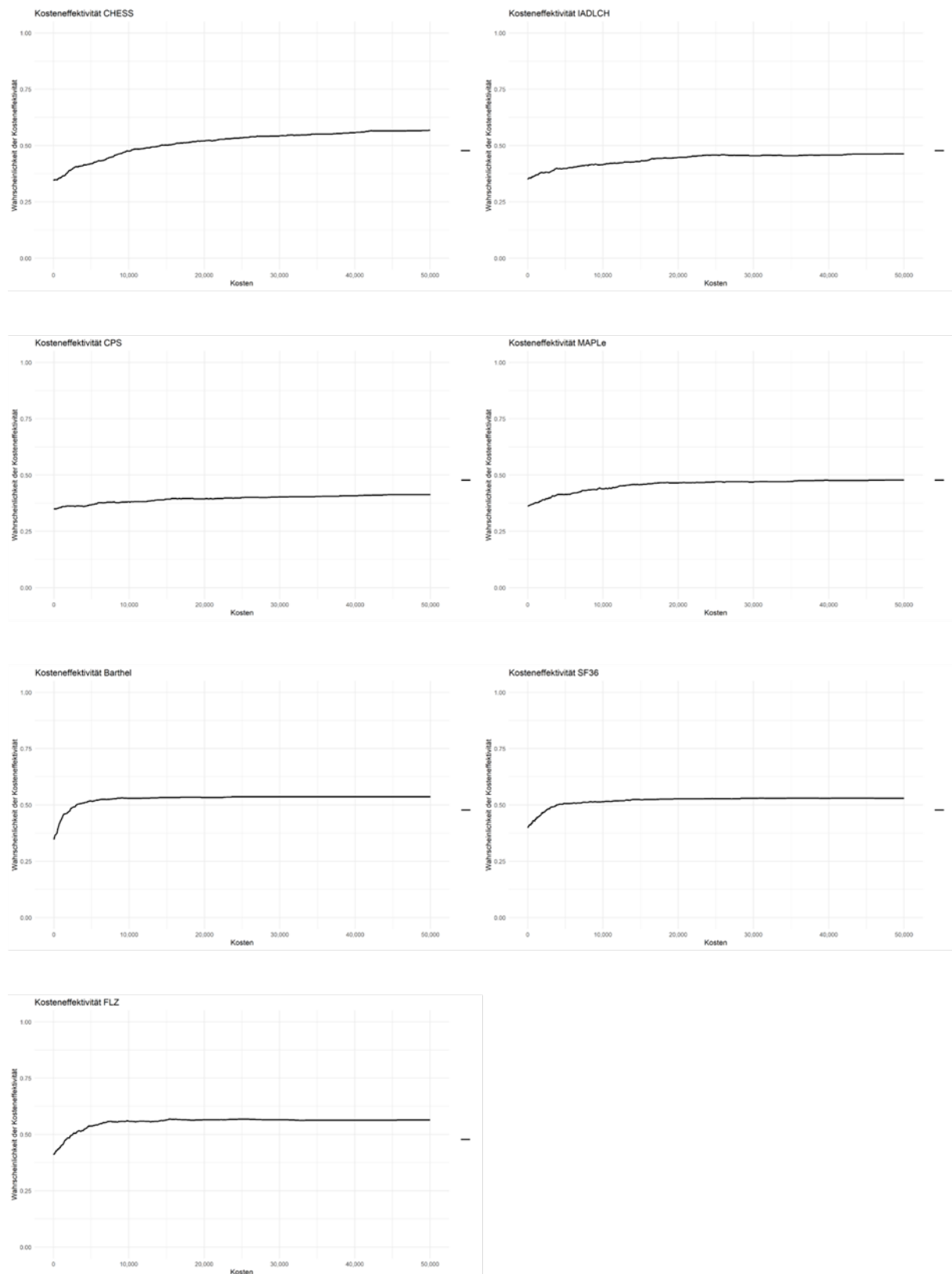


Abbildung 136: Kosten-Effektivitäts-Akzeptanz-Kurve

Teildiskussion

Im Rahmen der Kosten-Nutzen-Analyse sollten der erzielte Nutzen des Projekts und die angefallenen Kosten ins Verhältnis gesetzt werden. Bei der Effektivitätsmessung konnten verschiedene Maße ermittelt werden, die eine positive Entwicklung durch das Case Management aufzeigten. Durch die ICER-Berechnungen konnten Kosteneffektivitätsmaße berechnet werden, die eine Vergleichbarkeit der Intervention mit anderen Interventionen ermöglichen, die dieselben Effektmaße untersuchen. **Die stärksten Effekte wurden bei den Messinstrumenten festgestellt, die die Stabilität des Gesundheitszustands sowie die Bewältigung alltäglicher Aktivitäten untersuchen.** Bisher gibt es wenige Studien, die die Effektivität von Case Management mit ähnlichen Effektmaßen messen. Ähnliche Untersuchungen wurden im Rahmen des Innofondsprojektes Rubin durchgeführt, dass die Effekte von Care und Case Management bei geriatrischen Patient*innen untersuchte (van den Berg et al., 2024). Hier wurde zur Effektmessung der Barthel-Index herangezogen. Je nach Datengrundlage wird ein ICER von 511,79 Euro bzw. von -931,50 Euro erreicht. Ein negativer ICER resultierte daraus, dass bei der zweiten Datengrundlage geringere Effekte in der Interventionsgruppe als in der Kontrollgruppe beobachtet wurden. Es muss festgehalten werden, dass der im Projekt Rubin berechnete positive ICER ein besseres Kosten-Nutzen-Ergebnis und der negative ICER ein schlechteres Ergebnis im Vergleich zur ReKo-Intervention darstellt. Zudem ist zu beachten, dass die Intervention im Rubin-Projekt deutlich geringere Kosten verursachte, diese jedoch auch mit deutlich niedrigeren Differenzen im Effektmaß Barthel einhergingen.

Mit Hilfe der probabilistischen Sensitivitätsanalyse konnten tiefere Erkenntnisse gewonnen werden. Dabei wurde festgestellt, dass die Intervention in Bezug auf die psychische Gesundheit (SF-36), die Gesundheitsskala des FLZ sowie die körperlichen Fähigkeiten (Barthel-Index) **ab einer Zahlungsbereitschaft zwischen 2100 und 3200 Euro pro Jahr und Proband*in**, in Bezug auf die Veränderungen der Gesundheitskosten sowie die Kosten der Intervention, als **kosteneffizient** gilt. Ab diesem Schwellenwert überwiegen die Effizienzgewinne der Effektmaße der Intervention dem Kostenanstieg. Für die anderen Effektmaße wird die Kosteneffizienz erst deutlich später erreicht. Es ist anzunehmen, dass die Gesundheitskosten nicht nur im Zusammenhang mit der Intervention durch das Case Management stehen, sondern auch mit erhöhten Krankenhausaufenthalten kurz vor der Intervention. Daher können sich die **Gesundheitskosten auch unabhängig von der Intervention entwickeln.** Festzuhalten ist, dass die Effektivität des Case Managements deutlich wird. Während sich die Effektivitätsmaße in der Kontrollgruppe nicht verbessern und teilweise verschlechtern, lassen sich positive Entwicklungen in der Interventionsgruppe beobachten. **Besonders die Skalen, die die Stabilität des Gesundheitszustands sowie die Alltagsbewältigung betreffen, zeigen positive Entwicklungen in der Interventionsgruppe und gleichzeitig negative Trends in der Kontrollgruppe.** Es muss weiterhin untersucht werden, wie sich die Gesundheitskosten und die untersuchten Effektivitätsmaße langfristig entwickeln. Zu diskutieren ist in diesem Zusammenhang, ob ein Assessment wie der ICER, der eher bei rein klinischen Studien Anwendung findet für eine Intervention anzuwenden ist, wo positive Effekte auf allen Ebenen (Mikro-, Meso und Makroebene) nachweisbar sind, die jedoch insbesondere in den qualitativen Analysen deutlich werden. Eine reine Kosten-Nutzen Abwägung über Summenscores einzelner themenspezifischer Fragebögen scheint nicht ausreichend für die

Nutzendarstellung einer so umfassenden Intervention, wie die der Implementation einer Case Management-Organisation. Die qualitativen Auswertungen liefern deutliche Hinweise darauf, dass eine **Verbesserung der Versorgung von Menschen mit komplexen Problemlagen durch die ReKo-Case Manager*innen erreicht** werden konnte. Sowohl für die Menschen mit (angehendem) Pflegebedarf sowie die An- und Zugehörigen (Verbesserung der Versorgungsqualität, erlebte Versorgungssicherheit, Stabilisierung von Sorgenetzwerken, Entlastungserleben), den professionellen Dienstleister*innen im Versorgungsumfeld (Entlastungserleben bei der Versorgung von Menschen mit komplexen Problemlagen, bessere Zusammenarbeit durch verantwortliche Zuständigkeiten) als auch für die gesamte Interventionsregion (lernende Region, Netzwerkarbeit, Umgang mit Versorgungslücken) konnten positive Effekte durch die Implementierung von Case Management Strukturen konstatiert werden. Diese Effekte können durch die einseitige Betrachtung des ICER alle nicht ausreichend berücksichtigt werden, um eine umfassende Kosten-Nutzen-Analyse der vielseitigen Intervention (Implementation einer CM-O) in Gänze Rechnung zu tragen. Leider findet sich in der aktuellen Literatur dazu keine geeignete Methodik. Ein Desiderat, welchen sich zukünftig Forscher annehmen sollten.

3.25 ReKo und IT

Forschungsfragen (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage	Methodisches Vorgehen
F1: Wie hat sich die Einstellung zu digitalen Hilfsangeboten von t0 zu t1 verändert? F2: Inwiefern haben bestehende Gewohnheiten die Bereitschaft zur Nutzung von digitalen Hilfsangeboten beeinflusst? F3: Wie hat das CM die Bereitschaft zur Nutzung von digitalen Hilfsangeboten beeinflusst?	T0: • ZG 1-2: 20 Interviews • ZG 3: 20 Interviews • ZG 3: Fokusgruppeninterview mit 3 Teilnehmenden (KG) T1: • ZG 1-2: 11 Interviews • ZG 3: 7 Interviews Standardisierte ReKo-Fragebögen (spezifiziert im Unterkapitel Quantitative Erhebungen) • ZG 1-2: N = 2040 über drei Messinstrumente (IG + KG) • ZG 3: N = 991 über drei Messinstrumente (IG + KG)	Qualitative Einzelinterviews; Fokusgruppeninterviews; Fragebogenerhebung, Instrumente: Fragebogen zur Technikbereitschaft (Neyer und Gebhardt 2012); Fragebogen zum Vertrauen in technologische Strukturen (McKnight et al. 2002; McKnight et al. 2009)
Zentrale Ergebnisse		
Die Technikakzeptanz der ReKo-Leistungsempfänger*innen war gering, und viele Proband*innen hielten eine Auseinandersetzung mit IT für wenig lohnenswert. Für Leistungserbringende zeigte das ReKo-Portal Vorteile, insbesondere durch digitale Vernetzung und Zeitersparnis. Herausforderungen sehen die Befragten bei Aspekten des Datenschutzes sowie durch uneinheitliche Softwarelösungen und begrenzte Technikakzeptanz im Gesundheitswesen.		

Im Zuge der Entwicklung und Umsetzung des CM wurde IT entwickelt, um die Intervention zu unterstützen. Neben einem ReKo-Portal zur aktiven Unterstützung und Vernetzung der Case-Manager*innen wurde auch ein Patient*innenportal entwickelt, dass die Vernetzung zwischen den Proband*innen und den Leistungserbringer*innen unterstützen und vereinfachen soll. Im Zuge dieses Kapitels, sollen die entwickelten Systeme kurz vorgestellt und anschließend ihr Mehrwert für das Case-Management analysiert werden. Dazu werden zuerst die Einschätzungen der Leistungsempfänger*innen und Leistungserbringer*innen zur Nutzungsabsicht digitaler Angebote sowie der Einfluss von ReKo für die digitalen Angebote im Gesundheitswesen dargestellt. Anschließend werden die entwickelten digitalen Lösungen vorgestellt und die Erkenntnisse der Nutzer*innen diskutiert.

3.25.1 Kriterien zur Bewertung der IT-Akzeptanz/-Infrastruktur

Perspektive der Leistungsempfangenden (ZG1+2 und 3)

Allgemeine IT-Situation

Im Gesundheitswesen ist eine erfolgreiche Digitalisierung nur möglich, wenn die Leistungsempfangenden als zentrale Nutzer*innengruppe in die Gestaltung und Umsetzung der IT-Systeme einbezogen werden. Das Projekt ReKo fokussiert sich auf den Pflegebereich und befragt daher Pflegebedürftige sowie pflegende Angehörige. Die positive Einstellung zur digitalen Unterstützung im Gesundheitswesen wird als Voraussetzung für den Erfolg angesehen. Die Bereitschaft zur Nutzung von IT-Geräten im häuslichen Umfeld dient als erstes Indiz für die Akzeptanz von digitalen Lösungen. Fehlende IT-Geräte können auf eine IT-Aversion und ein Gefühl des Abgehängt-Werdens hinweisen.

Die IT-Situation und -Ausstattung im Haushalt wurde bei Proband*innen der ZG 1 und 2 zu t0 erhoben. Einige zeigten Abwehrverhalten gegenüber Technik, was sich in der fehlenden Bereitschaft zur Nutzung von digitalen Gesundheitsportalen manifestieren könnte. Sogar bei vorhandenen IT-Geräten äußern Befragte Vorbehalte gegenüber digitalen Kommunikationsmöglichkeiten, was auf eine generelle IT-Aversion hinweist.

Die Interviews deuten darauf hin, dass die Technikaffinität generell gering ist, mit wenigen Ausnahmen. Einzelne Befragte fühlen sich durch die Digitalisierung sozial ausgeschlossen, was jedoch nicht in einer Bereitschaft zu Schulungen oder Fortbildungen mündet. Vielmehr wird die Auseinandersetzung mit IT-Themen im Alter als wenig lohnenswert erachtet. Einige Befragte sehen die Überwindung der Hürden für die Nutzung digitaler Geräte als zu anstrengend an und neigen daher zur Ablehnung.

Die Befragungen zu t1 fanden statt, nachdem das Patient*innenportal eingeführt wurde. Ein Teil der Befragten zeigte eine limitierte Technikbereitschaft, trotz der Verfügbarkeit des Portals. Einige lehnten sogar kostenlose Tablets ab. Die Interviewten nutzen zwar verschiedene Endgeräte, jedoch bleiben bestehende Gewohnheiten erhalten, wie die Verwaltung von Terminen auf Papierkalendern. Eine ablehnende Haltung gegenüber neuen IT-Lösungen beruht oft auf bestehenden Gewohnheiten.

ZG 1 und 2 weisen eine geringe IT-Affinität und -Kompetenz auf. Insbesondere bei Befragten mit Lese-Rechtschreibschwäche zeigt sich eine erhöhte Nachfrage nach Speech-to-Text oder Audio-Optionen. Trotz geringer IT-Kompetenz besteht der Wunsch, besser mit IT umgehen zu

können, vor allem für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Die Nutzung von Tablets erfolgt häufig durch Geschenke der Familie und wird oft von Familienmitgliedern unterstützt.

Die niedrige IT-Kompetenz bleibt zu t1 bei vielen Proband*innen bestehen, wodurch Technostress und ein erhöhtes Stressempfinden bei der Nutzung von digitalen Anwendungen auftreten können. Der Wunsch nach einer Speech-to-text Funktion wird erneut geäußert.

IT-Ausstattung

Im Gegensatz zu einigen abwehrenden Proband*innen geben die restlichen Befragten zu t0 einheitlich an, internetfähige Geräte im Haushalt zu besitzen. Zu den gängigsten Geräten gehören Smartphones, Tablets, PCs bzw. Laptops. Die Mehrheit verfügt außerdem über WLAN und mobiles Internet. Ein kleinerer Teil besitzt einen Notfallknopf. Einige haben auch Amazon Alexa bzw. Smart-Home-Geräte, die jedoch selten genutzt werden, da sie nicht auf die Bedürfnisse der Befragten abgestimmt sind und oft von Familienmitgliedern angeschafft werden.

Ähnlich wie zu t0 gibt die Mehrheit der Befragten zu t1 an, entsprechende Hardware zu besitzen. Hauptsächlich werden Laptops oder Desktop-PCs genannt, die zumindest gelegentlich für Internetzwecke genutzt werden (vgl. I-12-41 bis I-12-43; I-12-44 bis I-12-45). Ein wesentlicher Unterschied zu t0 besteht darin, dass einige Proband*innen in der IG ein Tablet erhalten haben, um das Patient*innenportal zu nutzen. Über das ReKo Projekt wurden 138 Proband*innen die Nutzung von Tablets ermöglicht (vgl. I-12-44 bis I-12-45). Es gibt Fälle, in denen weder Interesse am Patient*innenportal besteht, noch die Grundvoraussetzung eines eingerichteten Internetzugangs vorhanden ist (I-12-49). Wenn mehrere internetfähige Geräte zur Verfügung stehen, werden manchmal Präferenzen identifiziert, sodass letztlich nur ein bestimmtes Gerät für die Internetnutzung bevorzugt wird (vgl. I-12-42).

Auch zu t1 ist in mehreren Haushalten ein Notfallknopf bzw. Hausnotrufsystem vorhanden (vgl. I-12-41, I-12-44, I-12-49, I-12-51). I-12-41 gibt an, einen Notfallknopf von den Maltesern erhalten zu haben, während I-12-51 darauf hinweist, über ein am Handgelenk befestigtes Armband den Hausnotruf absetzen zu können. Eine befragte Person gibt jedoch an, keinen Notfallknopf oder Ähnliches im Haushalt zu haben, obwohl der/die zuständige Case-Manager*in auf die Relevanz eines Notfallknopfes bzw. Hausnotrufsystems hingewiesen hat (vgl. I-12-42).

Im Gegensatz zu den pflegenden Angehörigen weist keiner der Befragten aus den ZG 1 und 2 aktiv auf die Alexa-App hin.

Auch bei den Interviews mit pflegenden Angehörigen der ZG 3 wurde in den Interviews zum Zeitpunkt t0 die Haushaltssituation in Bezug auf die IT-technische Ausstattung erfragt. Nur eine befragte Person gibt an, über keine IT im Haushalt zu verfügen (vgl. I-3-1). Diese Person besitzt lediglich ein Handy ohne Internetzugang mit großen Ziffern, da sie aufgrund schlechter Sehkraft keine Internetverbindung wünscht (vgl. I-3-17). Die übrigen Befragten sind weitgehend ganzheitlich ausgestattet, was IT und Technik im Haushalt angeht, und verfügen über einen Laptop bzw. PC sowie ein Smartphone und ein Tablet. Eine Ausstattung mit diesen Gegenständen und einen WLAN-Zugang wird von den Befragten als selbstverständlich angesehen (vgl. I-3-8). Die Minderheit der Befragten besitzt zudem Smart-Home-Geräte. Während die Mehrheit der Smart-Home-Geräte cloudbasierte Sprachsteuerungen wie

Amazon Alexa oder Echo Dot sind (vgl. I-3-8), hat I-3-7 einen smarten Backofen und Dampfgarer, deren Netzwerkfähigkeiten jedoch nicht vollständig genutzt werden. Zudem werden bei I-3-4 verschiedene Funktionen im Haus über Smart-Home reguliert.

Die pflegebedürftigen Angehörigen haben in vielen Fällen einen Notfallknopf oder sogar ein Notfallsystem im Haushalt. Dieser wird von den Betroffenen in der Regel als Kette um den Hals oder als Armband getragen (vgl. I-3-11). Problematisch ist laut I-3-13, dass die Pflegebedürftigen den Notfallknopf nicht akzeptieren. Die Nutzung wird vehement abgelehnt. I-3-12 hat bisher keinen Notfallknopf für ihren Angehörigen, dennoch wird seit längerem darüber nachgedacht, einen solchen einzusetzen. Die pflegenden Angehörigen zeigen extreme Dankbarkeit dafür, dass Technik dieser Art die Sicherheit in Notfallsituationen erhöht und ihnen die Sorgen nimmt, wenn sie gerade nicht vor Ort sein können (vgl. I-3-8). I-3-19 hat bei ihrem Betroffenen sogar ein ganzes Notfallsystem installieren lassen, das ebenfalls über einen Notfallknopf funktioniert und bei Betätigung erst die Familie und dann bei deren Absenz den Pflegedienst anruft.

Auch zu t1 wird bei den pflegenden Angehörigen auf Smart-Home-Geräte verwiesen. Eine Probandin beschreibt, dass im Haushalt die Alexa-App zur Lichtsteuerung genutzt wird (vgl. I-12-43-6). Die Mehrheit der Befragten zu t1 verfügt ebenfalls über mehrere IT-Geräte, darunter Smartphones und Tablets (vgl. I-3-41 bis I-3-47). Zusätzlich zählen Notfallsysteme und -knöpfe zur (Smart-Home) IT-Ausstattung, die auch zu t0 von einigen Befragten angegeben werden (vgl. I-3-46; I-3-48).

IT-Nutzung

Bei der dritten Fragestellung wird näher auf die direkten ReKo-Interventionen eingegangen, die im Hinblick auf die Bereitstellung von IT-Lösungen mit den Proband*innen der ZG 1-3 als zentrale Nutzer*innengruppe relevant sind. Zentral ist in diesem Zusammenhang das Patient*innenportal zu nennen. Darüber hinaus gehört aber auch die ReKo-Homepage hierzu, durch die die Teilnehmenden die Möglichkeit erhalten haben, nach Hilfsangeboten zu suchen, was einen Teil des digitalen IT-Ökosystems des Projektes darstellt. Etwa die Hälfte der Befragten gibt an, dass ihnen die Homepage noch nicht bekannt ist, die andere Hälfte kennt die Homepage bereits zum Zeitpunkt t0. Lediglich zwei Befragte der ZG 1 und 2 haben die Homepage bereits besucht, alle übrigen Befragten haben die Homepage noch nicht besucht. Die Suche nach Hilfsangeboten auf der ReKo-Homepage ist exemplarisch in Abbildung 137 dargestellt.

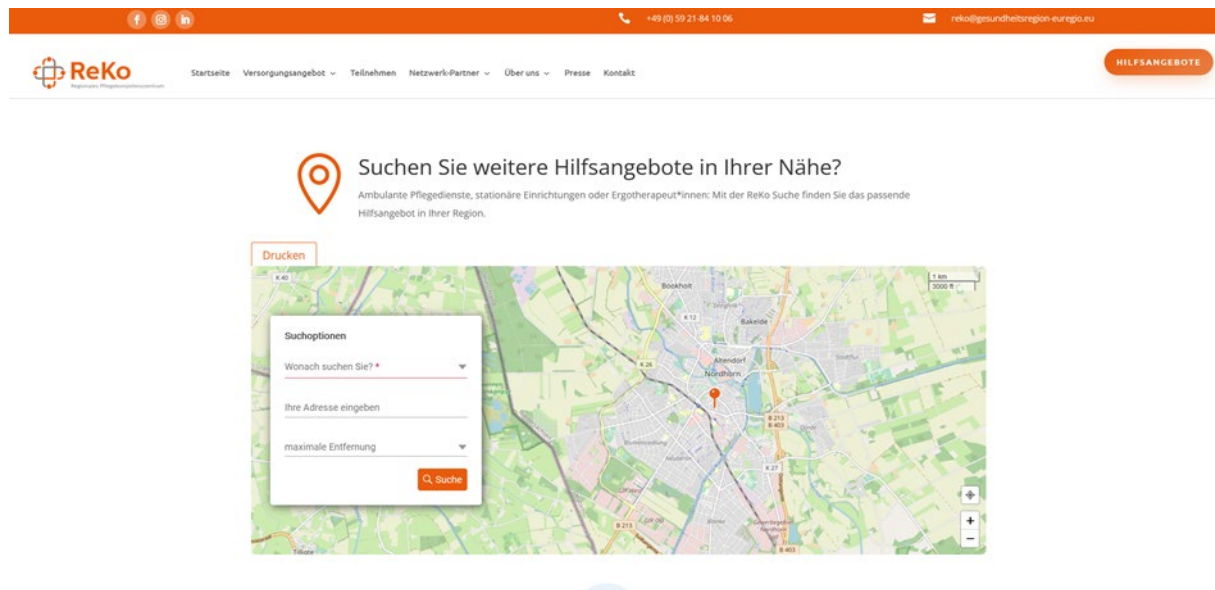


Abbildung 137: Suche nach Hilfsangeboten auf der ReKo-Homepage
(<https://www.ReKopflege.de/versorgungsangebot/suche-externe-hilfsangebote/>)

Diejenigen Befragten, denen die Homepage bekannt ist und sie besucht haben, haben sie genutzt, um Informationen über das Projekt zu erhalten. I-12-20 hat den Bereich der Hilfsangebote nicht bewusst wahrgenommen bzw. sich nicht an diesen Bereich erinnert. Seiner/Ihrer Einschätzung nach benötigte er/sie noch keine Hilfsangebote, da der/die Case-Manager*in ihn/sie bereits mit ausreichend Informationen und Adressen von Ansprechpartnern versorgt hat. I-12-17 war die einzige befragte Person, die sich an den Bereich der Hilfsangebote erinnert hat. Sie hatte nach der Möglichkeit geschaut, Ärzt*innentermine oder Ärzt*innen zu suchen und nach Medikamentenplänen für eine bessere Koordination und Selbstständigkeit. Die grundsätzliche Struktur und Erreichbarkeit der Seite hat hierbei Lob erfahren:

„Das ist ja sehr gut strukturiert. Ich habe dann auch irgendwie, genau, ich habe das dann von ReKo auf irgendeiner der Infoblättchen, war das auch aufgeführt. Da war schon die Homepage aufgeführt und von da aus habe ich mich dann da so durchgestöbert.“ (I-12-17)

Zu t1 hat die Mehrheit der Befragten die ReKo-Website in der letzten Zeit nicht genutzt. Als Begründung wird aufgeführt, dass dies nicht nötig gewesen sei, da projektspezifische Rückfragen auch direkt mit dem/der zuständigen Case-Manager*in hätten geklärt werden können (vgl. I-12-42; I-12-46). Teilweise bestand zudem auch Unkenntnis über die Existenz der Website, was folglich mit der Nichtnutzung einherging (vgl. I-12-43, I-12-45).

Zusammenfassend ist, bis auf Ausnahmen, festzuhalten, dass häufig weder die Notwendigkeit der Websitenutzung noch die Kenntnis über diese bestand. Es ist daher anzunehmen, dass die ReKo-Websitenutzung vor allem für potenzielle nicht eingeschriebene Proband*innen und damit eher zu t0 relevant gewesen ist, um sich vor einer etwaigen Teilnahme am Projekt besser über dieses informieren zu können. Es ist anzunehmen, dass für die eingeschriebenen Proband*innen (ZG 1-3) der IG die Case Manager*innen als persönliche Ansprechpartner*innen, aber auch die Nutzung des Patient*innenportals als digitale

Informations- und Kommunikationsmöglichkeit die Nutzung der ReKo-Homepage weniger relevant gemacht hat.

Bei der ZG 3 hat sich I-3-20 ausgiebiger mit der Homepage beschäftigt und die Homepage sogar als Standardseite auf ihrem Bildschirm eingepflegt. Die meisten derjenigen, die die Homepage bereits besucht hatten, haben nach Informationen zum Projekt gesucht sowie nach Ansprechpartner*innen und Standorten (vgl. I-3-12). Der Aspekt, den Ansprechpartner*innen ein Gesicht zuordnen zu können, wird auch von I-3-13 angesprochen und scheint ein relevanter Nutzungszweck der Homepage zu sein. Hinzu kommt der Grund der Legitimation, um sicherzustellen, dass die Studie seriös ist und kein kriminelles Instrument, um Daten zu sammeln (vgl. I-3-8). Den Reiter „Hilfsangebote“ hat bisher niemand der Befragten genutzt und ist bis auf einer Person niemandem aufgefallen. I-3-8 sieht in der Nutzung aktuell kein Erfordernis, da er/sie über den/die Case Manager*in bereits genug Informationen bekommt, er/sie die Hilfsangebote über die Homepage jedoch bei Bedarf künftig in Anspruch nehmen würde:

„Aber brauchte ich ja auch nicht. Weil ich ja im Moment über meine direkte Ansprechpartnerin über ReKo genug Inputs bekommen hab. Also das Bedürfnis da nochmal nachzugucken hatte ich überhaupt nicht. Ich weiß aber, dass ich das kann und wenn ich wollte und müsste auch in Anspruch nehmen würde.“ (I-3-8)

Während einige Befragte noch nie eine Schulung im IT-Bereich, d.h. Schulungen für Computer, Internet o. ä., besucht haben, geben andere an, dass sie in der Regel vor vielen Jahren an einer Schulung im Umgang mit Computern teilgenommen haben. Hierbei ging es vor allem um den ersten Umgang bzw. Grundlagen der Computer. Die Mehrheit gibt an, nicht mehr viel davon behalten zu haben (vgl. I-12-10). Vorzugsweise setzen die Befragten auf Unterstützung aus der Familie, wenn Probleme mit IT-Themen aufkommen. Die Familie nimmt hierbei häufig eine Beratungs- oder Unterstützungsfunktion ein, wenn es darum geht, Computer oder Smartphones einzurichten (vgl. I-12-19).

Quantitative Erhebungen

Datengrundlage		
Messinstrument aus den Fragebögen	N aus Zielgruppe 1 und 2	N aus Zielgruppe 3
Technikbereitschaft	IG: 325 KG: 398	IG: 218 KG: 126
Vertrauen in technologische Strukturen (Propensity to Trust in General Technology)	IG: 271 KG: 375	IG: 198 KG: 119
Vertrauen in technologische Strukturen (Institution-based Trust in Technology)	IG: 288 KG: 383	IG: 208 KG: 122

Technikbereitschaft

Zielgruppen 1 und 2

Zur Messung der Technikbereitschaft der jeweiligen ZG, wurden Selbstauskünfte in den Fragebögen zu t0, t1 und t2 erhoben. Abbildung 138 zeigt die Verteilung der Technikbereitschaft nach Neyer und Gebhardt (2012). Diese basiert auf einer dreifaktoriellen Struktur aus Technikakzeptanz, Technikkompetenz und Technikkontrollüberzeugungen, jeweils gemessen auf einer 5-Punkt-Likert-Skala.

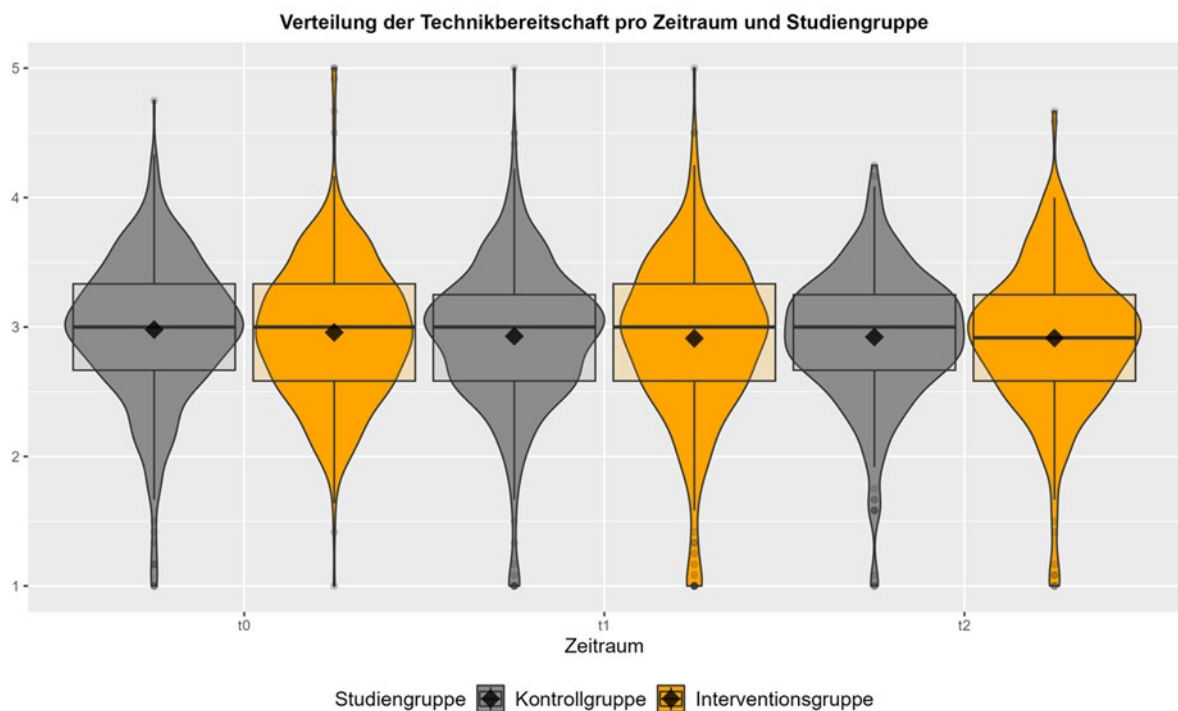


Abbildung 138: Verteilung der Technikbereitschaft nach Studiengruppe und Zeitraum

Die Anzahl an eingeschlossenen Proband*innen weicht in IG und KG zu allen Untersuchungszeitpunkten nur gering voneinander ab (vgl. Tabelle 195). Der Median ($\tilde{x}$) IGt0=3; $\tilde{x}$ KGt0=3) und der Durchschnitt ($\bar{x}$) IGt0=2,96; $\bar{x}$ KGt0=2,98) beider Gruppen sind zu t0 sehr ähnlich und nehmen tendenziell zu t1 ($\bar{x}$ IGt1=2,91; $\bar{x}$ KGt1=2,93) und t2 ($\bar{x}$ IGt2=2,91; $\bar{x}$ KGt2=2,92) eher ab.

Tabelle 195: Deskriptive Statistiken der Technikbereitschaft von Zielgruppen 1 und 2

Studiengruppe	t	n	$\bar{x}$	Median	SD	Min.	Max.	25 %-Q.	75 %-Q.
IG	t0	325	2.94	2.92	0.49	1	4.50	2.58	3.25
IG	t1	325	2.92	3.00	0.61	1	4.50	2.58	3.33
KG	t0	398	2.95	3.00	0.53	1	4.33	2.67	3.25
KG	t1	398	2.94	3.00	0.53	1	5.00	2.67	3.25

In den Gruppenunterschiedstests (Tabelle 196) innerhalb beider Studiengruppen zwischen den Studienzeiträumen zeigen sich auf einem Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ keine signifikanten Zeiteffekte. Beide Studiengruppen weisen ähnliche Werte auf, die Effektstärke ist für alle untersuchten Gruppenunterschiede ($d<0,05$) als sehr gering einzuschätzen (Cohen 2013). Es lässt sich hinsichtlich der Technikbereitschaft der ZG 1 und 2 sagen, dass keine signifikanten Verbesserungen, bzw. Verschlechterungen im Zeitverlauf festgestellt werden konnten.

Tabelle 196: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests der Technikbereitschaft von Zielgruppen 1 und 2

Gruppen	T	df	p-Wert	Cohen's d	n
IG t0 – t1	0.46	324.00	0.645448	0.04	325
KG t0 – t1	0.17	397.00	0.862852	0.01	398
t0 – IG vs. KG	0.06	707.33	0.948390	0.00	724
t1 – IG vs. KG	0.38	640.52	0.703675	0.03	724
Delta IG vs. KG	0.29	669.11	0.772585	0.02	724

Zielgruppe 3

Abbildung 139 zeigt die Verteilung der Technikbereitschaft nach Neyer und Gebhardt (2012). Diese basiert wie auch für die ZG 1 und 2 auf einer dreifaktoriellen Struktur aus Technikakzeptanz, Technikkompetenz und Technikkontrollüberzeugungen, jeweils gemessen auf einer 5-Punkt-Likert-Skala.

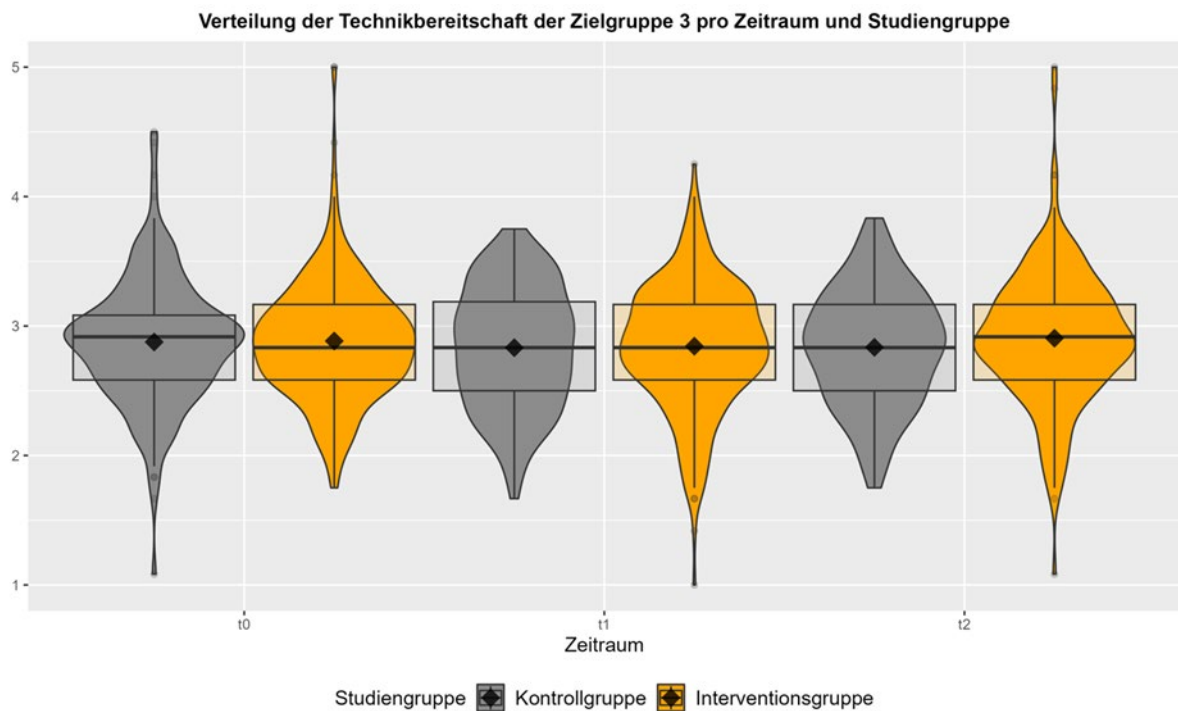


Abbildung 139: Verteilung der Technikbereitschaft nach Studiengruppe und Zeitraum

Die Anzahl an eingeschlossenen Proband*innen ist in der IG zu t0 um 76 %, zu t1 um 110 % und zu t2 um 70 % höher als in der KG und weicht somit maßgeblich voneinander ab (siehe Tabelle 197). Der Median ($\tilde{x}_{IGt0}=2,83$; $\tilde{x}_{KGt0}=2,92$) und der Durchschnitt ($\bar{x}_{IGt0}=2,88$; $\bar{x}_{KGt0}=2,88$) beider Gruppen sind zu t0 sehr ähnlich, bzw. identisch und nehmen tendenziell zu t1 ab ($\bar{x}_{IGt1}=2,84$; $\bar{x}_{KGt1}=2,83$) und lassen zu t2 ($\bar{x}_{IGt2}=2,92$; $\bar{x}_{KGt2}=2,83$) keine eindeutige Tendenz erkennen.

Tabelle 197: Deskriptive Statistiken der Technikbereitschaft von Zielgruppe 3

Studiengruppe	t	n	$\bar{x}$	Median	SD	Min.	Max.	25 %-Q.	75 %-Q.
IG	t0	218	2.87	2.92	0.39	1.75	4.42	2.58	3.08
IG	t1	218	2.84	2.83	0.48	1.42	4.00	2.58	3.17
KG	t0	126	2.87	2.92	0.47	1.08	4.17	2.58	3.15
KG	t1	126	2.83	2.83	0.47	1.67	3.75	2.50	3.17

In den Gruppenunterschiedstests (Tabelle 198) innerhalb beider Studiengruppen zwischen den Studienzeiträumen zeigen sich auf einem Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ keine signifikanten Zeiteffekte. Beide Studiengruppen weisen ähnliche Werte auf mit minimalen

Abweichungen nach oben und unten. Die Effektstärke ist für alle untersuchten Gruppenunterschiede ($d < 0,05$) als sehr gering einzuschätzen (Cohen 2013). Es lässt sich hinsichtlich der Technikbereitschaft der ZG 3 sagen, dass keine signifikanten Verbesserungen, bzw. Verschlechterungen im Zeitverlauf festgestellt werden konnten.

Tabelle 198: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests der Technikbereitschaft von Zielgruppe 3

Gruppen	T	df	p-Wert	Cohen's d	n
IG t0 – t1	0.85	217.00	0.398312	0.08	218
KG t0 – t1	0.69	125.00	0.488414	0.09	126
t0 – IG vs. KG	0.01	224.63	0.991320	0.00	344
t1 – IG vs. KG	-0.09	265.69	0.930713	-0.01	344
Delta IG vs. KG	-0.09	284.45	0.924812	-0.01	344

Vertrauen in technologische Strukturen

Quantitative Erhebung für die Zielgruppen 1 und 2

Zur Messung der Technikbereitschaft der jeweiligen ZG, wurden Selbstauskünfte in den Fragebögen zu t0, t1 und t2 erhoben. Das Konstrukt von McKnight et al. (2009) setzt sich aus den Teilkonstrukten „Propensity to Trust General Technology“, „Institution-based Trust in Technology“ und „Trusting Beliefs-Specific Technology“ zusammen. Da nicht alle Teilnehmenden die Möglichkeit hatten eine dezidierte Softwareanwendung zu testen, wurde das letzte Konstrukt dementsprechend nicht erhoben, da es keine Rückschlüsse auf die tatsächliche, sondern bestenfalls eine fiktive Einstellung bzgl. einer hypothetischen Software zulassen würde.

Abbildung 140 zeigt die Verteilung des „Propensity to Trust General Technology“ der ZG 1 und 2, jeweils gemessen auf einer 7-Punkt-Likert-Skala.

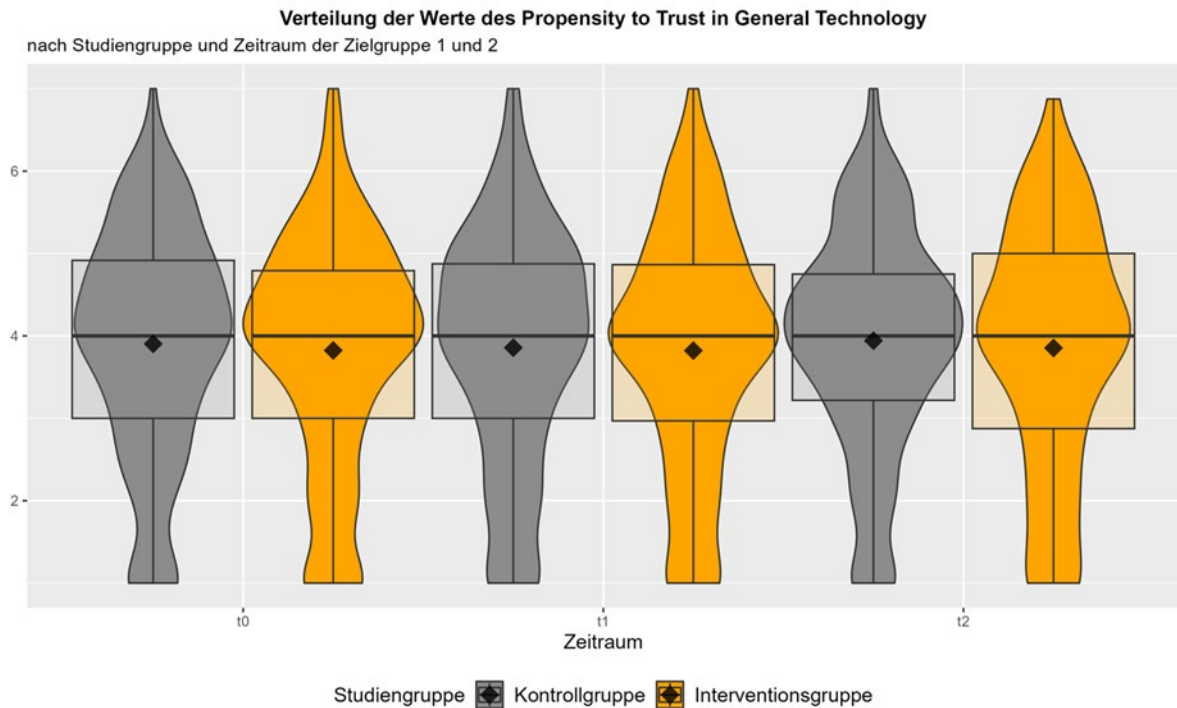


Abbildung 140: Verteilung der "Propensity to Trust in General Technology" nach Studiengruppe und Zeitraum

Die Anzahl an eingeschlossenen Proband*innen in IG und KG weicht zu allen Untersuchungszeitpunkten nur gering voneinander ab (siehe Tabelle 199). Der Median ($\tilde{x}_{IGt0}=4$; $\tilde{x}_{KGt0}=4$) und der Durchschnitt ($\bar{x}_{IGt0}=3,82$; $\bar{x}_{KGt0}=3,90$) beider Gruppen sind zu t0 sehr ähnlich und nehmen tendenziell zu t2 ($\bar{x}_{IGt2}=3,85$; $\bar{x}_{KGt2}=3,94$) eher zu.

Tabelle 199: Deskriptive Statistik der "Propensity to Trust General Technology" von Zielgruppen 1 und 2

Studiengruppe	t	n	$\bar{x}$	Median	SD	Min.	Max.	25 %-Q.	75 %-Q.
IG	t0	271	3.82	4	1.40	1	7	3.00	t0
IG	t1	271	3.91	4	1.42	1	7	3.00	t1
KG	t0	375	3.88	4	1.41	1	7	3.04	t0
KG	t1	375	3.85	4	1.42	1	7	3.00	t1

In den Gruppenunterschiedstests (vgl. Tabelle 200) innerhalb beider Studiengruppen zwischen den Studienzeiträumen zeigen sich auf einem Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ keine signifikanten Zeiteffekte. Beide Studiengruppen weisen ähnliche Werte auf, die Effektstärke ist für alle untersuchten Gruppenunterschiede ($d<0,07$) als sehr gering einzuschätzen (Cohen 2013). Es lässt sich hinsichtlich der Neigung Technologie im Allgemeinen zu vertrauen in den

ZG 1 und 2 sagen, dass keine signifikanten Verbesserungen, bzw. Verschlechterungen im Zeitverlauf festgestellt werden konnten.

Tabelle 200: Ergebnisse der Gruppenunterschiedstests der "Propensity to Trust General Technology" von Zielgruppen 1 und 2

Gruppen	T	df	p-Wert	Cohen's d	n
IG t0 – t1	-0.73	270.00	0.467746	-0.73	271
KG t0 – t1	0.22	374.00	0.828640	0.22	375
t0 – IG vs. KG	0.51	583.10	0.612706	0.51	647
t1 – IG vs. KG	-0.50	582.18	0.619611	-0.50	647
Delta IG vs. KG	-1.03	569.10	0.301515	-1.03	647

Für die ZG 3 hat ein identisches Vorgehen zu vergleichbaren Ergebnissen geführt, sodass auch in dieser ZG kein wesentlicher Unterschied zwischen der IG- und KG besteht, oder ein signifikanter Zuwachs oder eine Abnahme im Zeitverlauf vorliegt. Bezogen auf das Konstrukt „Institution-based Trust in Technology“ decken sich die Ergebnisse mit den bereits erwähnten, weshalb auf eine Darstellung der Outputs und Grafiken verzichtet wird. Anhand der Tests zeigt sich jedoch ein Unterschied zwischen den ZG 1 und 2 und der ZG 3, indem die ZG 3 durchweg ein höheres Vertrauen in technologische Strukturen aufweist. Dieses Ergebnis war in Anbetracht des Altersunterschieds zu erwarten und untermauert die grundsätzliche Verlässlichkeit der durchgeführten Analyse.

Durch die Interviews konnten weitere Erkenntnisse gewonnen werden, wodurch im Wesentlichen zwei Faktoren identifiziert werden, die das Vertrauen in digitale Anwendungen reduzieren können: Zum einen sind dies nutzer*innenbezogene Attribute, die sich vor allem in einer geringen wahrgenommenen IT-bezogenen Anwenderkompetenz äußern und zu Beginn von Kapitel 3.25 beschrieben worden sind. Zum anderen sind Datenschutzbedenken zu nennen, die im Folgenden erläutert werden.

Perspektive der Leistungserbringenden

Allgemeine IT-Situation

Forschungsfragen (Gesamtübersicht s. Anlage 1)	Datengrundlage
F4: Halten die Leistungserbringer und die Netzwerkakteure die IT-Infrastruktur in ReKo für sinnvoll und nutzen Sie diese? F5: Sind bei den Leistungserbringern in der IG durch ReKo Veränderungen in der Digitalisierung im Vergleich zur KG erkennbar?	T0: • ZG 4: 18 Interviews aus IG und KG • ZG 5+: 10 Interviews aus IG und KG T1: • ZG 4: 18 Interviews aus IG und KG • ZG 5+: 10 Interviews aus IG und KG

Um den Digitalisierungsstand bei den Leistungserbringenden und Netzwerkakteur*innen zu erheben, wurde in beiden Gruppen, jeweils zu t0 und t1, die IT-Ausstattung erfragt.

Hardware in der Interventionsgruppe

Die ambulanten Pflegedienste geben an, dass ihre Mitarbeiter*innen mit Handys ausgestattet sind (I-4-01, I-4-04). I-4-04 ergänzt zudem, dass sie ebenfalls Tablets zur Verfügung haben, allerdings werden diese nicht genutzt, weil die Verträge ausgelaufen sind. Ebenfalls verfügt der Pflegedienst über eine interne Festplatte, auf der alle Daten geschützt abgelegt werden. Die Festplatte wird als Ersatz für einen Server gesehen, da hier alle Daten gespeichert werden und diese kaum Platz wegnimmt. Bei den befragten Hausärzt*innen berichtet I-4-02, dass er/sie über keinen Serverraum verfügt, dieser aber in Zukunft geplant ist. I-4-11 verfügt über Smartphones und zwölf PC-Plätze. Der Sozialpsychiatrische Dienst hat lediglich PCs vor Ort. Der Sozialdienst I-4-08 gibt an, dass alle Mitarbeitenden feste PC-Arbeitsplätze haben. Darüber hinaus gibt es Visitenwagen, mobile Geräte und PCs auf den Stationen, die mitbenutzt werden können. I-4-07 verfügt lediglich über einen PC. Die stationäre Pflegeeinrichtung teilt mit, dass jeder Wohnbereich mit zwei stationären Rechnern ausgestattet ist. Außerdem gibt es flächendeckendes WLAN im Haus. Der PSP I-4-12 verfügt über Rechner, Internetzugang sowie über einen Laptop und ein Fax-Gerät. I-4-03 verfügt ebenfalls über einen PC sowie Smartphones. Die Tagespflege I-4-10 berichtet, dass sie lediglich über Laptops verfügen. Ein Tablet wäre ihr zufolge allerdings praktisch zur Informationsweitergabe und Veröffentlichung für andere. I-4-05 gibt an, über Laptops und PCs zu verfügen und dass die Mitarbeitenden Smartphones für Hausbesuche nutzen. Zudem verfügt die Tagespflege über ein Faxgerät. Teilweise werden auch Thinkpads genutzt, auf denen per Hand geschrieben werden kann, um Notizen zu machen. Darüber hinaus gibt es einen Serverraum, über den täglich Sicherheitsbackups gemacht werden.

Im Rahmen der Interviews zu t1 kann zusammenfassend festgehalten werden, dass viele Befragte auf Diensthandys (vgl. IG-4-3), fest installierte Rechner (vgl. IG-4-1, IG-4-3, IG-4-5, IG-5-4) und auch Laptops (vgl. IG-4-4) zurückgreifen. Die mitarbeitende Person im Familienservicebüro gibt an, dass es vorteilhaft sei, mit dem Computer in den Büroräumlichkeiten zu arbeiten, da ihr so mehrere Bildschirme zur Verfügung stehen (vgl. IG 4-5). Eine befragte Person der Freiwilligenagentur (vgl. IG-5-5) gibt an, dass ihre Einrichtung im letzten Jahr 5000 Euro aus einem Sonderfonds erhalten hat, was zur Beschaffung von leistungsfähigeren Rechnern beigetragen hat. Aus der Tagespflege wird berichtet, dass ein Laptop zur Verfügung steht, sodass auch sehr gut aus dem Home-Office gearbeitet werden könne (vgl. IG 4-4). Durch Diensthandys oder auch Tablets (vgl. IG-4-3) kann ortsunabhängiges und damit flexibles Arbeiten gewährleistet werden, was auch bei den zahlreichen notwendigen Hausbesuchen einiger Befragter von größerer Bedeutung ist. Auf der anderen Seite gibt es einzelne Akteur*innen, die Defizite in der Hardwareausstattung beschreiben. So gibt beispielsweise der/die Mitarbeitende des Sozialdiensts an, dass auch weiterhin viele Prozesse papierbasiert verlaufen. Der/Die Mitarbeitende eines ambulanten Pflegedienstes im Landkreis Emsland räumt ein, dass bei ihnen

„noch gar nicht digital“ (IG-4-14)

gearbeitet werde. Bezüglich der weiterhin analogen Falldokumentation erläutert er/sie, dass weiterhin alles handschriftlich in Mappen organisiert sei. Auch traditionelle Hardwareausstattung wie das Faxgerät findet weiterhin Verwendung (vgl. IG-4-8).

Hardware in der Kontrollgruppe

Der PSP verfügt über PCs, Laptops und Smartphones mit Kamera für Videokonferenzen (K-4-06). Der Sozialdienst nutzt alte, robuste Tablets und Diensthandys ohne Internetzugang (K-4-02). Ambulante Pflegedienste haben Smartphones, Computer und teilweise Tablets (K-4-01, K-4-02, K-4-04, K-4-05). Ein Pflegeservicebüro-Mitarbeiter hat ein Diensthandy, PC und Notebook (KG-4-1). Der PSP bietet PCs, Laptops und Diensthandys an (KG-4-5, KG-4-6). Das bevorzugte Setup scheint aus PC, Laptop und separatem Smartphone zu bestehen, mit individuellen Präferenzen.

Software und Datenaustausch in der Interventionsgruppe

Ambulanter Pflegedienst I-4-01 nutzt MediFox; I-4-04 arbeitet mit der Plattform des Deutschen Medizinrechenzentrums. Rezepteinholungen führen zu Fehlern, Leerfahrten und Zeitaufwand, daher wird vornehmlich der analoge Weg gewählt oder das Fax. Hausärzte (vgl. I-4-02) nutzen TurboMed und Albus für die Praxisverwaltung. Sozialpsychiatrischer Dienst I-4-06 verwendet eine Fachanwendung für Dokumentationen und um Statistiken für das Landesministerium und -gesundheitsamt zu erstellen sowie das System Citrix. Die Kommunikation mit dem Gesundheitsamt findet per Mail oder Telefon statt. Sozialdienste (vgl. I-4-10) haben Email-Konten für alle Mitarbeitenden. I-4-07 nutzt Software für Dokumentation und Einsicht in die ePA. Stationäre Pflegeeinrichtung I-4-09 arbeitet weitgehend papierlos. Ein WLAN-Netz ist verfügbar und Videovisiten für die hausärztliche Versorgung werden seit 2020 angeboten. Die Kommunikation mit Sozialdiensten wird meist durch Initiative der Sozialdienste selbst angestoßen, um freie Plätze zu erfragen. PSP I-4-12 nutzt

"NBA für Kommunen," (PSP I-4-12)

die ReKo-Software Quovero sowie Humax. E-Mail-Kommunikation mit Krankenhäusern findet per E-Mail statt. I-4-03 nutzt Butler und Quovero, wobei Quovero lediglich zur Übermittlung von Klient*innen eingesetzt wird und als Art Doppelstruktur fungiert. Bei der Tagespflege wird eine Mediathek der AOK genutzt, über die Fortbildungen kostenlos im Bereich Gesundheitspräventionen für Mitarbeitende angeboten werden (I-4-10). I-4-10 nutzt E-Mail-Programme sowie eine digitale Dienstplanung. I-4-05 nutzt EDV aus Garrel sowie DM und DL7 für den ambulanten Bereich. IT wird für den Datenaustausch, Tourenplanung, Abrechnungen sowie Pflegedokumentationen genutzt und es werden Patient*innendaten, Kostenträger, Ansprechpartner*innen und Betreuer*innen digital hinterlegt. Der Datenaustausch mit Ärzt*innen erfolgt in der Regel postalisch oder per Fax, welches von I-4-10 als veraltet und überholt beschrieben wird. Die Mitarbeitenden der unabhängigen Beratungsstelle (vgl. IG-4-2) geben an, dass seit einem halben Jahr eine Onlineberatung für die Klient*innen angeboten wird, welche aber bisher selten genutzt worden ist. Im Sozialpsychiatrischen Dienst wird die Software GUMAX insb. für Dokumentationszwecke genutzt (vgl. IG-4-3). In der Tagespflege wiederum wird das DAN-Programm als elektronische Akte verwendet (vgl. IG-4-4). Hier wird die Klient*inneninformation weiter unterteilt in ein Stammbblatt und die

Pflegedokumentation. Zudem gibt es kalendarische Übersicht über die einzelnen Tage, an denen die Tagesgäste vorstellig werden sowie eine Einstellmöglichkeit eingescannter Dokumente wie den Tagespflegevertrag oder ärztliche Zeugnisse. Eine für den Sozialdienst tätige Person verweist auf das dort genutzte Programm ReCare zu dem es bei Einführung auch eine entsprechende Schulung gegeben hat (vgl. IG-4-6). Das Programm wird dabei bisher dazu verwendet, Kurzzeitpflegeplätze zu filtern. Weitere spezifische Gesundheits- bzw. Pflegeprogramme sind Agfa Orbis (vgl. IG-4-7), Kompass (vgl. IG-5-6), Medifox (vgl. IG-5-4) und Medical Office (vgl. IG-4-8). Durch das Programm Kompass können auch organisationsübergreifend Fälle ohne doppelte manuelle Dateneinträge angelegt bzw. übernommen werden, nachdem eine Fallanfrage vom Senior*innenstützpunkt gestellt worden ist. Fallanfragen können andersherum auch von den anderen Organisationseinheiten, der Wohnberatung oder der Senior*innenbegleitung kommen und von dem/der Mitarbeitenden im Senior*innenstützpunkt freigegeben werden (vgl. IG-5-6). Einzelne Interviewpartner*innen berichten davon, dass für die nahe Zukunft ein Softwarewechsel geplant ist. So gibt der/die Mitarbeitende des Senior*innenstützpunktes an, dass bald (wie auch im Projekt ReKo) die Fallmanagementsoftware Quovero eingeführt werden soll (vgl. IG-5-6). Er/Sie betont weiterhin, dass Quovero auf seine/ihre tägliche Arbeit angepasst werden soll, sodass unter anderem die Senior*innenbegleitung besser dargestellt werden kann. Ein*e weitere*r Mitarbeiter*in eines anderen Senior*innenstützpunktes in der IG gibt an, dass bereits Quovero genutzt wird (vgl. IG-5-7).

Das Telefon wurde entlang der Interviews als häufigstes Kommunikationsmittel erwähnt. Der/Die Mitarbeiter*in der Tagespflege schlägt zur besseren Vernetzung bzw. für einen besseren Datenaustausch eine digitale Plattform für eine vereinfachte Interaktion der zahlreichen Akteur*innen vor, die nicht nur die anderen Leistungserbringenden, sondern auch die Klient*innen selbst beinhaltet (vgl. IG4-4). Case Manager*innen monieren fehlende direkte Kommunikation über Quovero mit externen Leistungserbringenden.

Software und Datenaustausch in der Kontrollgruppe

Im PSP dominiert Microsoft Office, inklusive Faxnutzung. Pflegegrade werden mit einem Pflegegradrechner des "Mensch und Medien-Verlags" ermittelt. CareCM und das Programm von inteksoft dienen der Pflege- und Senior*innenberatung sowie der Begutachtung. Der Sozialdienst nutzt "Gerda" für die Geriatrie und kommuniziert per E-Mail und Fax. Internet wird für die Kontaktsuche mit Pflegeeinrichtungen und Navigation genutzt. Medico ist im Einsatz, Orbis wird jedoch gewünscht, aber finanzielle Hürden existieren (vgl. K-4-02). Ambulante Pflegedienste nutzen Medifox (vgl. K-4-01), Vivendi (vgl. K-4-05), Factis und Multicom (vgl. K-4-04) sowie PalliDoc für Palliativversorgung. Die Zusammenarbeit mit Hausärzt*innen über PalliDoc wird positiv bewertet, da Änderungen an bspw. Medikationsplänen von beiden Seiten einsehbar sind. K-4-03 betont die gestiegene Akzeptanz der IT-Nutzung im Pflegepersonal, kritisiert aber, dass die zusätzlich papierbasierte Pflegedokumentation die Digitalisierung verhindere. Ein Pflegeservicebüro und zwei PSPs verwenden zu t1 Office-Programme, vor allem Outlook und Excel für die eigene Dokumentation:

„Wir haben unsere eigene Dokumentation entwickelt, wo wir eben die Daten aufnehmen, wo das Anliegen beschreiben wird, wo das weitere

Vorgehen beschrieben wird und ob es statistisch erfasst ist. [...] Das machen wir in Form einer Excel-Tabelle.“ (vgl. KG-4-5).

Darüber hinaus gibt es aber auch spezialisierte fachbereichsbezogene Softwarelösungen. So geben die Mitarbeitenden eines PSPs an, dass sie das Programm CRCM für die Dokumentation der Pflegeberatung nutzen (vgl. KG-4-2; KG-4-3), das auch für die Statistikerstellung genutzt wird (vgl. KG-4-1). Weitere genannte Softwareprodukte sind Connex Vivendi, eine Softwarelösung für die Altenhilfe und das Sozialwesen, die im Senior*innen- und PSP als Beratungsprogramm und Statistiktool genutzt wird (vgl. KG-4-4), sowie Avaya, das in der Gesundheitsregion Vechta zum Einsatz kommt (vgl. KG-5-1). Der/Die Mitarbeitende des PSPs gibt an, dass bei ihnen eine spezielle Softwarelösung für Gutachten des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) zur Verfügung steht (vgl. KG-4-6).

Zufriedenheit mit der IT-Situation in der Interventionsgruppe

Der ambulante Pflegedienst I-4-04 hebt die hohe Akzeptanz seiner IT-Systeme hervor. Trotz anfänglicher Berührungsängste der Mitarbeitenden mit Digitalisierungsaspekten hat sich die Nutzung mittlerweile gut eingespielt, und die Softwareprodukte werden positiv bewertet. Im Gegensatz dazu äußern Hausärzt*innen eine extreme Unzufriedenheit mit ihrer IT-Situation. I-4-11 führt dies unter anderem darauf zurück, dass sie nicht über ausgebildete IT-Spezialisten verfügen und örtliche EDV-Geschäfte nicht auf ihre Bedürfnisse spezialisiert sind. Zudem wird die Forderung nach einem IT-Spezialisten für jede Ärzt*innenpraxis und die Kritik an gesetzlichen Entscheidungen ohne Einbeziehung der Ärzt*innen betont (vgl. I-4-11). Die Unzufriedenheit mit der IT hat in den letzten Jahren erheblich zugenommen, besonders aufgrund der Schwierigkeiten, gesetzliche Anforderungen und digitale Umsetzung in Einklang zu bringen. Der Sozialpsychiatrische Dienst berichtet von Funktionsstörungen im IT-Bereich, die auf Überlastungen durch Home-Office-Arbeit und Ausfallzeiten zurückzuführen sind, wodurch zeitweise ein halber Arbeitstag beeinträchtigt wird (vgl. I-4-06). Die Sozialdienste betonen einheitlich die Notwendigkeit einer Verbesserung der aktuellen IT-Situation. I-4-08 merkt an, dass zwar Verbesserungen möglich wären, aber die IT-Hersteller gut auf die Bedürfnisse des Sozialdienstes eingehen. I-4-07 bemängelt die Langsamkeit der Rechner und den Mangel an IT-Personal aufgrund des Fachkräftemangels. Bei der stationären Pflegeeinrichtung I-4-09 besteht ebenfalls Potenzial zur Verbesserung, da es häufig zu Systemüberlastungen kommt, insbesondere während der Mittagszeit, wenn viele Mitarbeitende Leistungen dokumentieren, was sich negativ auf die Programmschnelligkeit auswirkt. Die PSPs bewerten ihre IT-Situation positiv. I-4-12 berichtet von einer Anschubfinanzierung, die zu einer guten IT-Situation geführt hat. Im Vergleich zu anderen Gesundheitsberufen fühlen sie sich gut aufgestellt. Die Tagespflege äußert aufgrund wahrgenommener Langwierigkeit in IT-Prozessen eine geringere Zufriedenheit. I-4-10 gibt an, dass die Situation grundsätzlich positiv ist, aber noch Potenzial nach oben besteht, und I-4-05 betont, dass die Software DM Jahre braucht, um auf den aktuellen Stand zu kommen, wodurch die Umsetzung deutlich hinterherhinkt.

Die Zufriedenheit mit der IT-Situation zu t1 lässt sich auf verschiedene Teilbereiche herunterbrechen, darunter die Soft- und Hardwareausstattung, Datenaustausch und Kommunikation sowohl intern als auch mit externen Akteur*innen. Mehrere Beteiligte äußern sich zufrieden zur vorhandenen IT-Ausstattung (vgl. IG-4-4, IG-4-5). Der/Die Mitarbeitende des

Familienservicebüros hebt positiv hervor, dass durch die Anbindung an eine Behörde eine komplette IT-Abteilung zur Verfügung steht (vgl. IG-4-5). Schwierigkeiten ergeben sich bei neu eingeführten Programmen oder der Telefonanlage, beeinträchtigen jedoch nicht die insgesamt gute IT-Ausstattung (vgl. IG-4-5). Der Sozialdienst betont, dass nicht nur die befragte Person, sondern alle Kolleg*innen eine hohe Zufriedenheit mit der IT-Situation teilen (IG-4-6). Ein/e Schulleiterin in einer Klinik betont die Relevanz der Digitalisierung, um den Gewohnheiten der jüngeren Schüler*innen gerecht zu werden (vgl. IG-4-7). Die Leitung eines Pflegedienstes erklärt den Digitalisierungsprozess, der es ermöglicht, auf die Trennung zwischen digitalen und handschriftlichen Prozessen zu verzichten (vgl. IG-5-4). Der/Die interviewte Sozialdezernent*in nimmt innerhalb der Treffen mit den Pflegetischen eine steigende Offenheit für digitale Lösungen wahr (vgl. IG-5-2). Finanzielle Unterstützung in Form von Sonderfonds für digitale Ausrüstung trägt zur Zufriedenheit und Akzeptanz bei (vgl. IG-5-5). Eine implizite Ablehnung gegenüber der Digitalisierung zeigt sich durch das Festhalten an bestehenden Gewohnheiten wie persönlichen Treffen oder Telefongesprächen (vgl. IG-4-2, IG-4-14).

Zufriedenheit mit der IT-Situation in der Kontrollgruppe

Die Zufriedenheit mit der gegenwärtigen IT-Situationen sieht bei den Befragten der Versorgungspraxis sehr unterschiedlich aus.

Beim Sozialdienst zeigt sich, dass die Mitarbeitenden sehr unzufrieden mit der aktuellen Situation sind. (vgl. K-4-02). PSPs berichten darüber, dass es gelegentlich vorkommt, dass die Softwareprogramme abstürzen, was in Datenverlusten resultiert (vgl. K-4-06). Jedoch steht der PSP in einem stetigen Austausch mit dem IT-Anbieter CareCM. Die Beratung dort sowie mit Inteksoft läuft problemlos und man bekomme zeitnah Hilfe bei Problemen. Die Schulungen der Firmen sind ebenfalls positiv wahrgenommen worden. Die ambulanten Pflegedienste berichten, dass die Akzeptanz der IT-Dienste innerhalb der Institutionen hoch ist, was zu Beginn der Einführung in die Softwareprodukte nicht absehbar war. Viele Mitarbeitende traten der Digitalisierung skeptisch gegenüber, da K-4-03 zufolge Pflege und EDV komplett konträr seien. Bei K-4-01 hinkt die Umsetzung der IT allerdings noch weit den Bedarfen hinterher. Oft stürzen Hardwareprodukte ab, sodass eine Arbeit mit ihnen unmöglich ist. Zudem sind viele Potenziale der Software noch unbekannt, die dem Pflegedienst weitere Möglichkeiten geben würden, zu denen sie allerdings Stand jetzt noch nicht von den IT-Anbietern informiert worden sind (vgl. K-4-05). Es kann konstatiert werden, dass im Bereich der Digitalisierung zwar Fortschritte gemacht werden, die zu einer moderaten Zufriedenheit mit der IT führen, es jedoch weiterhin großes Verbesserungspotenzial besteht (vgl. K-4-05, K-4-04).

Auch zu t1 drücken Befragte ihre Unzufriedenheit über die organisationale IT-Situation aus. Der/Die Mitarbeitende eines PSPs (vgl. KG-4-6) kritisiert, dass es eine Softwarelösung für eine schnellere Datenerfassung gibt, diese aber immer noch nicht zur Verfügung stehe und vieles papierbasiert dokumentiert werden müsse. Der/Die Leiter*in des Pflegenetzwerks eines Landkreises in der KG bemängelt das Fehlen einer digitalen Plattform, die die Informationsbereitstellung und Kommunikation der Akteur*innen untereinander vereinfachen würde. Das Problem liegt ihrer Ansicht nach daran, dass eine solche Plattform nicht konsequent mit aktuellen Daten gepflegt werden würde. Dass ein

solches Pflegeportal eine deutliche Verbesserung zum Status Quo darstellen würde, stellt auch der/die Mitarbeitende des Pflegeservicebüros fest (vgl. KG-4-1). Für ihn/sie wäre es eine große Arbeitserleichterung, dort direkt einsehen zu können, in welchen Heimen es freie Plätze geben würde. Dennoch betont er/sie in der Gesamtbetrachtung, dass er/sie mit der IT-Situation grundsätzlich zufrieden sei (vgl. KG-4-1). Der/Die Mitarbeitende eines weiteren PSPs drückt ebenfalls seine/ihre Zufriedenheit aus, die sich in dem Fall aber auf die Geräteausstattung bezieht. Demnach haben die Bediensteten einen eigenen Arbeitsplatz mit iPad, Laptop und/oder einen PC zur Verfügung stehen (vgl. KG-4-3).

Neuerungsprozess in der Interventionsgruppe

In Bezug auf IT-Neuerungen berichtet der ambulante Pflegedienst (vgl. I-4-01), dass aufgrund seiner relativen Neugründung vor wenigen Jahren keine festen Prozesse für die Einführung neuer Software existieren. Der/Die Hausärzt*in I-4-02 gibt an, dass Softwareunternehmen neue Produkte vorstellen, während sonstige Neuerungen nur bei gesetzlichem Zwang umgesetzt werden. Der Sozialpsychiatrische Dienst I-4-06 prüft die Kompatibilität und Datenschutzaspekte, bevor ein neues System implementiert wird. Im Sozialdienst erfolgt die Veränderungsinitiative entweder durch die EDV selbst oder auf Anfrage des Sozialdienstes, wobei die technische Prüfung und Umsetzung in enger Absprache mit der EDV geschieht (vgl. I-4-08).

In stationären Pflegeeinrichtungen erfolgen Softwareumstellungen durch Gremienentscheidungen. Die Einrichtungen haben wenig Entscheidungsfreiheit und lassen sich von Softwareanbietern präsentieren. Ratschläge und Erfahrungen von Kollegen beeinflussen die Entscheidungsfindung (vgl. I-4-09). PSPs erhielten vor Jahren Anschubfinanzierung für neue Software, wobei die Auswahl in Absprache mit dem Gesundheitsamt und der EDV-Abteilung erfolgte. Quovero wurde bei I-4-03 durch Fortbildungen eingeführt, und regelmäßige automatisierte Updates informieren über Softwareneuerungen. In der Tagespflege entscheidet die Geschäftsführung über neue Softwareprodukte (vgl. I-4-10).

Der Erfolg von Neuerungsprozessen hängt von organisatorischen Maßnahmen und der Nutzerakzeptanz ab. Gewohnheiten können die Adoption beeinträchtigen, wie bei der Teilhabeberatung, die weiterhin auf Telefonkommunikation setzt. Ein/e Hausarzt*in sieht Videotelefonie kritisch, bevorzugt telefonische Kommunikation und betont die Unmöglichkeit einer vollständigen Vor-Ort-Behandlung über Video. Pflegedienstleitungen bevorzugen traditionelle Kommunikationsmethoden, und eine Pflegedienstleiterin kritisiert den bestehenden Papierworkflow in der Kommunikation mit Ärzten (vgl. IG-5-4).

Datenschutz stellt eine Barriere für effizienten Datenaustausch dar. Ein Sozialdezernent weist auf internationale Unterschiede hin, wo in Ländern wie China durch Big Data Früherkennung ermöglicht wird, während Datenschutzrichtlinien in Deutschland den Informationsaustausch verlangsamen. Ein Mitarbeitender des Familienservicebüros betont, dass Datenschutzrichtlinien den schnellen Informationsaustausch in digitalen Netzwerken behindern (vgl. IG-4-5).

Neuerungsprozess in der Kontrollgruppe

In den Institutionen der Interviewpartner*innen verlaufen Neuerungen zu t0 in der lokalen IT-Architektur unterschiedlich. Der PSP führt bei Softwareumstellungen Mitarbeitende durch Einweisungen der Entwicklerfirma ein (vgl. K-4-06). Ambulante Pflegedienste setzen auf Fortbildungen, Testläufe und die Zusammenarbeit mit der EDV-Abteilung, wobei Programme zunächst in einzelnen Bereichen getestet und bei positiver Bewertung auf die gesamte Institution ausgedehnt werden (vgl. K-4-03, K-4-04, K-4-05). Doppelstrukturen werden zeitweise genutzt, bis die neue Software sich bewährt hat (vgl. K-4-05). Ein gescheiterter Probelauf einer digitalen Plattform zur Vernetzung von Pflegediensten, Krankenhäusern und Hausärzt*innen betonte Schwierigkeiten bezüglich der Ärzteakzeptanz und technischen Umsetzung (vgl. K-4-03).

Der Implementierungsprozess neuer IT-Komponenten zu t1 verläuft ebenfalls unterschiedlich. Ein Mitarbeitender des Senior*innen- und PSPs bemängelt die fehlende Bereitschaft der Anbieter, eine digitale Plattform für die Vernetzung unterschiedlicher Leistungserbringender bereitzustellen (vgl. KG-4-4). Die Verwendung verschiedener Softwarelösungen bei Leistungserbringern erschwert eine Umstellung auf eine zentrale Softwarelösung, wie der Koordinator*in der Gesundheitsregion Vechta feststellt (vgl. IG-5-1). In einem PSP wurden Dokumentationsvorlagen ohne spezifizierte Software erstellt, was als Verbesserungspotenzial betrachtet wird (vgl. KG-4-5).

Die Einführung zentraler Softwarelösungen gestaltet sich aufgrund langjähriger Nutzung unterschiedlicher Softwarelösungen bei Leistungserbringern als problematisch, was zu zeitlichen Verzögerungen und langen Dauern einzelner Digitalisierungsmaßnahmen führt (vgl. KG-4-6).

3.25.2 Das ReKo-Portal

Das ReKo-Portal als Vernetzungsplattform für die Leistungserbringenden

Das ReKo-Portal wurde entwickelt um die Leistungserbringer*innen im Zuge des CMs zu unterstützen. Dafür wurde neben einer App auch eine Webentwicklung implementiert um die Zugänglichkeit auf allen Geräten zu ermöglichen. Die Hauptfunktion umfasste ein neben einem Dashboard, einem Kalender einer Zeiterfassung auch ein CM Modul nach den Vorsätzen der DGCC, dass alle 6 Phasen des CM umfasste (Abbildung 141). Während des Falles wird eine Entscheidungsunterstützung bereitgestellt, die die Case Manager*innen durch Vorschläge durch die nächsten Prozesse führt. Auch steht eine Falldokumentation zur Verfügung. Zur Dokumentation der Pflegeberatung können Benutzer die Inhalte der relevanten Datenfelder abfragen und in Listen exportieren. Verschiedene Standardbewertungen sowie wissenschaftliche Bewertungen sind in die Software integriert. Darüber hinaus ist eine klare Skalierung des Hilfebedarfs über eine Prioritätsskala enthalten. Das CMS kann verwendet werden, um geeignete Partner für Therapiemaßnahmen zu finden (Verknüpfung) und anschließend den Therapieverlauf zu überwachen (Überwachung) (Kus et al. 2021).

The screenshot displays the Quovero-Software interface for a client named Schmidt, Klaus. The top navigation bar includes icons for Dashboard, Karteibox, Dokumentation, Kalender, Zeiterfassung, and Berichte. The left sidebar contains a 'Menü mit Phasen des Case Managements' with items like 'Evaluation', 'Serviceplan', 'Assessment', 'Klärungsphase', and 'Verlaufsdokumentation'. The main area shows an 'Überblick' section with status indicators and a grid of evaluation phases: 'Klärungsphase', 'Assessment', 'Serviceplan', 'Linking', and 'Monitoring'. Each phase displays progress bars, star ratings, and a list of tasks. Callouts highlight the 'Auswahl des Dashboards, Kalender oder Zeiterfassung' and the 'Nutzer Interface mit Auswahl des CM-Prozesses "Evaluation"'. The interface is designed for Case Manager (CM) to track and manage client cases, including documentation, scheduling, and evaluation phases.

Abbildung 141: Screenshot der Quovero-Software aus (Kus et al. 2021)

Über das Dashboard wurden weitere Funktionen für die Leistungserbringer*innen bereitgestellt, die eine Übersicht über die CM-Fälle, anstehende Termine und eine Klient*innenakte umfasst. Die Klient*innenakte bietet eine übersichtliche Darstellung der Daten aller Klient*innen, einschließlich chronologischer Verläufe und Verknüpfungen zu beteiligten Netzwerkpartnern. Der integrierte Versorgungsplan zeigt alle relevanten Informationen über die Klient*innen. Die Bewertungsergebnisse werden automatisch in den integrierten Versorgungsplan übertragen. Daher kann der Benutzer Probleme, Maßnahmen, Ziele und Zeitrahmen überwachen.

Im Laufe des Projekts wurde das ReKo-Portal, unter Einbeziehung des Feedbacks der Leistungserbringer*innen, kontinuierlich weiterentwickelt. Neben kleineren, regelmäßigen Änderungen zur Verbesserung der Benutzerfreundlichkeit und Bedienbarkeit, wie das Hinzufügen neuer Optionen und Auswahlmöglichkeiten im CM-Prozess oder der Beseitigung von Fehlern, wurde die Plattform erfolgreich an die TI angebunden. Dadurch konnte der Austausch zwischen den Leistungserbringer*innen des CMs sowie den Leistungserbringer*innen im Gesundheitswesen vereinfacht werden. Zusätzlich erfolgte die Integration einer Chatfunktion, die die Kontaktaufnahme zwischen Case-Manager*innen und den Klient*innen innerhalb der Software ermöglichte.

ReKo-Portal für die Interventionsgruppe

Funktionen und Anwendungsbereiche

Das ReKo-Portal erfüllt zahlreiche Funktionen, die von Leistungserbringenden stark nachgefragt werden. Eine zentrale Anforderung ist die Austausch-Funktion, über die die Leistungserbringenden und die Case Manager*innen miteinander kommunizieren und Daten austauschen können (vgl. I-4-01, I-4-04, I-4-11, I-4-06, I-4-12, I-4-09, I-4-05). Diese Funktion umfasst beispielsweise die Fallbesprechung, die über eine einfach zu bedienende Maske laufen könnte (vgl. I-4-06). Hierbei wird betont, dass eine Einbindung der Kostenträger sinnvoll wäre, um beispielsweise Verordnungen digital von Ärzt*innen an den ambulanten Pflegedienst zu schicken und die Abrechnung direkt den Krankenkassen zur Verfügung zu stellen (vgl. I-4-04).

Ein weiteres zentrales Bedürfnis betrifft die Informationsbeschaffung, insbesondere für Pflegebedürftige, die über das Portal Tipps zu einer gesunden Lebensweise erhalten könnten und Informationen zur Hilfesuche und Unterstützungsangeboten (vgl. I-4-10, I-4-05). Die stationäre Pflegeeinrichtung (vgl. I-4-09) wünscht sich zudem Informationen über freie Pflegeplätze, Veränderungen des Projektes und aktuelle Besuchsregelungen während der Pandemie. Hier wird betont, dass alle Leistungserbringenden im Umfeld der Patient*innenversorgung Informationen über die Versorgung der jeweils anderen erhalten sollten, um alle Involvierten auf dem aktuellen Stand zu halten (vgl. I-4-07).

Weitere gewünschte Funktionen umfassen ein integriertes Lebensmittelbestellwesen (vgl. I-4-09), eine Anwendung zur Dokumentenablage (vgl. I-4-01), eine Übersicht über Kontaktdaten und Ansprechpersonen (vgl. I-4-03), eine Funktion zur Erstellung einer Fallstatistik (vgl. I-4-06), individuelle Versorgungslösungen (vgl. I-4-09), Verlaufsdokumentation (vgl. I-4-02, I-4-4), Pflegeplatzfindung (vgl. I-4-09, I-4-03) und Schnittstellen zu anderen Bereichen und IT-Systemen (vgl. I-4-07). Eine Speech-to-Text Funktion wird als wünschenswert erachtet (vgl. I-4-12), ebenso wie eine integrierte Möglichkeit zur Außendarstellung oder Werbung für die Tagespflege (vgl. I-4-10).

Trotz dieser Bedürfnisse und Funktionen wird darauf hingewiesen, dass nur wenige Befragte das ReKo-Portal aktiv nutzen. Die Registrierungsmöglichkeit für Leistungserbringende wurde zwar eingerichtet, dennoch gibt es geringe Nutzungszahlen. Einige Case Manager*innen nutzen das Portal, während andere Organisationen, wie der Sozialdienst oder die stationäre Pflegeeinrichtung, weiterhin Diskussionen über die Einführung führen. Eine Herausforderung besteht darin, die umfangreiche Vernetzung mit anderen Leistungserbringenden zu gewährleisten.

Insgesamt wird deutlich, dass das ReKo-Portal eine Vielzahl von Funktionen bietet, die den Bedarf der Leistungserbringenden decken, jedoch die Nutzungshürden noch überwunden werden müssen, um eine breitere Anwendung zu ermöglichen.

Vorteile und Mehrwerte des Portals

Der größte Vorteil digitaler Vernetzung über das ReKo-Portal wird über diverse Institutionen hinweg in der erwarteten Zeiteinsparung gesehen (vgl. I-4-01, I-4-09, I-4-12, I-4-05, I-4-07). Durch digitale Vernetzung und dem digitalen Datenaustausch könnten Prozesse wie

Rezeptabwicklungen und Medikamentenbestellungen verkürzt und effizienter gestaltet werden, indem Fahrtwege zwischen Ärzt*innenpraxen, Apotheken und Pflegediensten sowie Telefonate und Post- sowie Faxesendungen reduziert werden. Dies wird insbesondere vom ambulanten Pflegedienst und der Tagespflege erwartet, um die dadurch gewonnene Zeit für die Pflege der Patient*innen aufwenden zu können (I-4-04, I-4-05). Der PSP I-4-12 und der Sozialdienst I-4-07 sehen eine Zeitersparnis dadurch, dass die wichtigsten Daten des/der Patient*in bereits digital vorliegen könnten und nicht in jeder Institution neu aufgenommen werden müssten. Dies geschehe im besten Fall direkt veranlasst durch den Sozialdienst oder Pflegedienst (vgl. I-4-12). Dadurch ließe sich die Doppeldokumentation sparen und es würden zeitliche Kapazitäten frei werden (vgl. I-4-12). Die Tagespflege I-4-05 sieht zeitliches Einsparpotenzial in einer möglichen Sprachsteuerung der Plattform für Patient*innen, sodass eine schnellere Hilfe erfolgen könnte, wenn direkt mit dem Pflegedienst kommuniziert werden kann als wenn dies über Angehörige erfolgt. Der ambulante Pflegedienst I-4-01 und der PSP I-4-12 sehen einen Mehrwert darin, dass der Überblick nicht verloren geht.

Auch zum Zeitpunkt t1 wird ein wesentlicher Vorteil eines gemeinsamen Portals bzw. einer gemeinsamen Plattform letztlich in einer Zeitersparnis gesehen. Dabei beschreibt der/die interviewte Heimleiter*in, dass so durch eine effizientere und gemeinsame Datennutzung insbesondere verhindert werden kann, dass die gleichen Datensätze nicht wiederholt von verschiedenen Akteur*innen eingetragen werden müssen und so redundante, mühselige Dateneinträge verhindert werden können (vgl. IG-4-1). Ähnliche Vorteile werden von einer/einem interviewten Case Manager*in geäußert, die die mittlerweile in Quovero verknüpften Datensätze positiv hervorhebt (vgl. IG-4-11), die eine bessere Übersicht und folglich auch eine Zeitersparnis ermöglicht. Der/Die Mitarbeitende des Senior*innenstützpunkts sieht einen weiteren Vorteil darin, dass durch ein organisationsübergreifend genutztes Portal zum einen nicht so viel telefoniert werden müsse, zum anderen durch eine Dateiablagefunktion im Portal auch das Problem von E-Mails mit zu großen Dateianhängen eliminiert werden könnte (vgl. IG-5-6). Generell ist die Vernetzungsmöglichkeit durch das Portal als wesentlicher Vorteil zu betrachten, wie der/die ehrenamtliche Seniorenbegleiter*in feststellt:

„Ich bin immer für Vernetzung. Gerade wenn es digitalisiert ist, finde ich es immer toll, weil es sehr unkompliziert ist. Je mehr Leute sich an diesem Netzwerk beteiligen würden, desto mehr Austausch gäbe es. Im Moment weiß der eine gar nicht, dass es den anderen gibt. Wenn man sich über eine solche Software vernetzen könnte, gäbe es vielleicht jemanden, der auf eine Frage einen Rat weiß“ (vgl. IG-4-13).

Herausforderungen

Von den Befragten werden diverse Herausforderungen genannt, welche eine Einführung und Nutzung eines Patient*innenportals erschweren könnten. Hierbei wird vor allem der Datenschutz als von Hausärzt*innen kritisch gesehen, dem Sozialpsychiatrischen Dienst, dem ambulanten Pflegedienst und dem PSP genannt (vgl. I-4-02, I-4-11, I-4-06, I-4-04, I-4-12). Da im Patient*innenportal sensible Gesundheitsdaten hinterlegt sind, ist ein besonderer Schutz der Daten und die Sicherheit dieser von Relevanz. Diese müssten so gesichert werden, dass kein Zugriff von Dritten oder Hackerangriffe erfolgen können (vgl. I-4-11). Insbesondere der

PSP äußert Sorgen in Bezug auf Datenschutzmechanismen (vgl. I-4-12). Eine weitere Hürde liegt im erwarteten Mehraufwand. Dieser Aspekt wird hauptsächlich von den Hausärzt*innen und einem PSP angesprochen (vgl. I-4-02, I-4-11, I-4-03). I-4-02 gibt an, dass der Mehrwert dieses Portals für ihn/sie nicht erkennbar ist und ausschließlich ein zeitlicher Mehraufwand für ihn/sie vorliegen würde, weshalb eine Nutzung für ihn/sie nicht vorteilhaft erscheint. Ähnlich sieht es I-4-11. Für den PSP I-4-03, welche das Portal bereits nutzen, ist dies aktuell eine Doppelstruktur, da das Portal neben anderen Programmen genutzt wird. Weitere Herausforderungen werden im Bereich der Einarbeitungsschwierigkeiten verortet. Dies geben ein ambulanter Pflegedienst, der Sozialpsychiatrische Dienst, eine Tagespflege und ein*e Hausärzt*in an (vgl. I-4-01, I-4-02, I-4-06, I-4-05). Die Einarbeitung sollte in Form einer Mitarbeiter*innenschulung erfolgen, um die Einstiegsschwierigkeiten so gering wie möglich zu halten (vgl. I-4-01). I-4-06 spricht in diesem Zusammenhang auch die Überwindung alter Gewohnheiten an, welche bei der Etablierung neuer Arbeitsabläufe eine Barriere darstellt. Ebenso spielt der Wille, sich in neue Programme einzuarbeiten, eine entscheidende Rolle (vgl. I-4-06). Darüber hinaus wird das gehobene Alter der Patient*innen von einem/einer Hausärzt*in, eines/einer Tagespfleger*in und einem PSP als Hürde genannt (vgl. I-4-11, I-4-12, I-4-05). Mit steigendem Alter der Patient*innen würde das Interesse, eine neue Software zu erlernen und zu nutzen, sinken (vgl. I-4-12). Der Sozialpsychiatrische Dienst I-4-06 sieht eine Herausforderung in der Abstimmung über Institutionsgrenzen hinweg. Hierbei sei es relevant, Informationen vor unrechtmäßigen Zugriffen zu schützen, sodass Rechte- und Rollenkonzepte etabliert werden müssten. Zudem wird berichtet, dass die IT-Bereitschaft im gesamten Gesundheitsamt unterschiedlich stark ausgeprägt sei. Während der Sozialpsychiatrische Dienst Neuerungen in diesem Bereich eher aufgeschlossen gegenübersteht, gebe es andere Bereiche, die resistenter sind und IT generell nur für das Nötigste nutzen. Die Tagespflegen I-4-10 und I-4-05 berichten, dass es im ländlichen Raum generell eine allgemeine Skepsis gegenüber Veränderungen und Neuerungen gebe, welche eine Neueinführung von Plattformen erschwert. Des Weiteren kritisiert der Sozialdienst I-4-08 die Lukrativitätsplanungen von Pflegeheimen, welche eine Einführung behindern könnten. Der/Die Hausärzt*in I-4-02 gibt darüber hinaus zu bedenken, dass die Refinanzierbarkeit des zusätzlichen Zeitaufwandes durch solch ein Portal nicht gegeben ist. Eine Nutzung wäre für ihn/sie nur dann auch interessant, wenn der Zeitaufwand bzw. die Zeitersparnis dokumentiert werden kann. Eine weitere Barriere ist für den ambulanten Pflegedienst I-4-04 die Angst davor, die Software falsch zu bedienen und Daten an falsche Stellen zu schicken. Der PSP I-4-03 gibt als weitere Hürde den unzureichenden Breitbandausbau in ländlichen Regionen an. Hierbei kommt es häufig zu Funklöchern und langsamen Internetverbindungen. Der Pflegedienst I-4-12 regt an, dass es bei der Nutzung der Software zu Schnittstellen- und Kompatibilitätsproblemen mit bestehenden anderen Softwareprodukten kommen könnte. Hier wird erwartet, dass eine etwaige Umprogrammierung finanziell teuer und mit viel Aufwand verbunden wäre.

Ein Aspekt, der bei den Interviews zu t1 eine Herausforderung zur erfolgreichen Implementierung des Portals darstellt, sind die an anderer Stelle bereits erwähnten Datenschutzmaßnahmen. So erklärt der/die Mitarbeitende in der Eingliederungsstelle des Jobcenters, dass eine Portalnutzung davon abhängig sei, wie die eigene EDV-Abteilung das Portal datenschutzrechtlich beurteilt (vgl. IG-4-10). Darüber hinaus ist es für die erfolgreiche Nutzung eines solchen Portals und eine potenziell organisationsübergreifende Dateneinsicht

unabdingbar, dass die jeweiligen Institutionen Klient*innendaten im System hinterlegen. Der/Die leitenden Mitarbeitenden der Teilhabeberatung verdeutlicht jedoch, es kritisch sei, eigene Klient*innendaten auch anderen Leistungserbringenden zur Verfügung zu stellen, weshalb dies in der eigenen Organisation nicht umgesetzt werden wird (vgl. IG-4-2).

Eine weitere Herausforderung für die Digitalisierung im Allgemeinen, aber auch für die Portalnutzung im Speziellen kann in der Technikaversion einzelner Leistungserbringenden identifiziert werden, die folglich den digitalen Wandel in der beteiligten Organisation beeinträchtigen können. So gibt der/die interviewte Hausärzt*in an, dass er/sie einen Widerstand bei den Leistungserbringenden feststellt und beispielsweise viele Prozesse noch über Briefversand ablaufen würden (vgl. IG-4-8). Der/Die Sozialdezernent*in gibt an, dass er/sie ein Pflegeportal wie das in ReKo geplante grundsätzlich für sehr sinnvoll hält, dann aber auch alle Beteiligten mitmachen müssten, was nicht der Fall sein würde. Zu den Gründen erläutert er/sie im Hinblick auf die Pflegeheime Folgendes, was eine Mischung aus dem Festhalten an alten Gewohnheiten, fehlender Notwendigkeit sowie einer generellen Technikaversion beschreibt. Die Pflegedienstleitung eines ambulanten Pflegedienstes sieht hier speziell bei den älteren Leistungserbringenden Probleme, die sich vor der Digitalisierung sträuben würden, weil sie weniger Berührungspunkte hiermit haben würden (vgl. IG-5-4).

Selbst wenn keine Aversion gegen die Digitalisierung bzw. das genannte ReKo-Portal festgestellt wird, ist die Implementierung mit einem Einarbeitungsaufwand verbunden. Besonders schwierig scheint es zu sein, wenn es sich um eine kleine Organisation handelt, die keine IT-Zuständigkeiten besitzt, wie der/die Mitarbeitende der Teilhabeberatung erläutert. Ihm/Ihr fehle in seiner lokalen Einrichtung mit zwei Mitarbeitenden für bestimmte dann auftretende IT-Rückfragen die Struktur, da er/sie keine Zuständigkeiten kontaktieren könne, die dann Anleitungen und Erklärungen geben können (vgl. IG-4-2). Es gebe zwar eine externe Firma, die für einige digitale Belange kontaktiert werden kann, allerdings liege hier eine größere Hemmschwelle zur Kontaktaufnahme vor, da dies auch mit Rechnungen verbunden sei.

Abschließend kann ein Problem im Zusammenhang mit der Nutzung des ReKo-Portals darin gesehen werden, dass es neben den bereits genutzten Systemen in der jeweiligen Einrichtung eine weitere Softwarelösung bedeuten würde, die zu einer größeren Komplexität in der Dateneinsicht und insgesamt zu einem verschlechterten Überblick führen könnte, wie der/die Heimleiter*in in der IG ausführt:

„Ganz ehrlich. Ich habe zunehmend bei der ganzen Digitalisierung das Gefühl, dass es dadurch nicht einfacher wird, sondern eher komplexer. Und das Ende vom Lied ist, dass wir irgendwann zig Zugänge zu irgendwelchen Datenbanken haben, wo wir irgendwas eintragen müssen oder irgendwas nachschlagen müssen oder über die in irgendeiner Form Kommunikation läuft und da das ja alles wahnsinnig sicher sein muss, sind dann die Verschlüsselungen da und die Passwörter und irgendwann steigt man da nicht mehr durch find ich“ (vgl. IG-4-1).

Nutzungsszenarien

Sowohl der/die Hausärzt*in (vgl. I-4-02) als auch der PSP (vgl. I-4-03) und das Entlassmanagement (vgl. I-4-07) geben an, das Portal je nach Bedarf zu nutzen. Hierbei zeigt sich, dass die Nutzungshäufigkeit nur schwer eingeschätzt werden kann. Der Sozialpsychiatrische Dienst (vgl. I-4-06), der PSP (vgl. I-4-12) und der ambulante Pflegedienst (vgl. I-4-04) planen eine integrierte Nutzung im Arbeitsalltag, sodass sie dieses Portal täglich nutzen würden. Die Tagespflege (vgl. I-4-10) ist in der Einschätzung etwas konservativer und kann sich vorstellen, das Portal wöchentlich zu nutzen. Der ambulante Pflegedienst (vgl. I-4-01) gibt an, dass er persönlich das Portal nicht nutzen würde, sondern eher die Leitungsebene, um mit ReKo in Kontakt zu bleiben und zusammenzuarbeiten.

Endgerätenutzung

Das Portal wird potenziell in gleichem Maße von den Befragten vom PC (vgl. I-4-01, I-4-10, I-4-11, I-4-04, I-4-09, I-4-12, I-4-05), Smartphone (vgl. I-4-10, I-4-04, I-4-08, I-4-09, I-4-05, I-4-07) und Tablet (vgl. I-4-10, I-4-06, I-4-09, I-4-12, I-4-05) genutzt werden. Eine klare Präferenz für ein einziges Endgerät ist nicht erkennbar. Das Portal sollte somit auf allen drei Endgerätoptionen verfügbar sein, da auch innerhalb der Institutionen diverse Endgeräte genutzt und präferiert werden. Der PC wird eher für Büroarbeiten genutzt, sodass er bei Angestellten im Büro bevorzugt wird (vgl. I-4-01). Bei dem/der Hausärzt*in I-4-11 sind die Laptops in der Praxis miteinander vernetzt, sodass er/sie dieses Endgerät präferiert. I-4-09 gibt an, dass das Smartphone eine höhere räumliche Flexibilität hat, sodass dies auch für unterwegs nutzbar wäre. Ein ähnliches Argument führt I-4-06 für das Tablet an, sodass es ein Vorteil wäre,

„wenn man auch von unterwegs auf die Plattform zu greifen könnte.“ (I-4-06)

Finanzierung

Die Finanzierung des Portals zeigt kein einheitliches Bild über verschiedene Institutionen. Die Sozialdienste I-4-08 und I-4-07 kennen ihr Budget für solche Softwarelösungen nicht. PSPs (vgl. I-4-12, I-4-03) und der Sozialpsychiatrische Dienst (vgl. I-4-06) sind in einer ähnlicher Lage. I-4-07 erklärt, dass die Finanzierung in der Verantwortung der Geschäftsführung liegt, Anwender haben keine Informationen dazu. I-4-03 hat zwar Gelder, aber Krankenkassen, Landkreise und Städte sind zurückhaltend. Die Stationäre Pflegeeinrichtung (vgl. I-4-09) und Tagespflege (vgl. I-4-05) stimmen zu, dass der Mehrwert entscheidend ist. Bei Sinnhaftigkeit sind Kosten kein Hindernis. Der Ambulante Pflegedienst (vgl. I-4-04) schlägt eine anteilige Kostenstruktur vor, abhängig von betreuten Patient*innen oder Portalzugriffen. I-4-10 bevorzugt eine monatliche Gebühr, I-4-11 und I-4-02 möchten keine zusätzlichen Kosten. Ambulanter Pflegedienst (vgl. I-4-01) schlägt Refinanzierungen durch Kostenträger vor. Hausärzt*in (vgl. I-4-11) und die stationäre Pflegeeinrichtung (vgl. I-4-09) favorisieren eine Mischkalkulation aus öffentlichen Geldern und finanzieller Beteiligung aller Institutionen.

Wünsche

Die Interviews mit der Versorgungspraxis enthüllen diverse Wünsche bezüglich der IT. PSP (vgl. I-4-03), Sozialdienst (vgl. I-4-07) und Tagespflege (vgl. I-4-10) betonen den Bedarf an

vereinfachter Dokumentation und der Reduktion von Aufwänden, einschließlich der Vermeidung von Doppeldokumentation (vgl. I-4-07). Der ambulante Pflegedienst (vgl. I-4-01) wünscht sich eine digitale Dokumentationsmappe und die Möglichkeit digitaler Unterschriften von Krankenkassen. I-4-07 strebt mobile Geräte für die Dokumentation an, um diese direkt auf Station durchzuführen und digital an Ärzt*innen und Kostenträger weiterzuleiten. Allgemein wird der Ruf nach mehr Digitalisierung und weniger Papierdokumenten laut. Hausärzt*in I-4-02 beschreibt den Weg zur Papierlosigkeit und wünscht sich mehr Einbezug der Ärzt*innen bei IT-Neuerungen. Tagespflege (vgl. I-4-07) wünscht eine stärkere digitale Vernetzung der Akteur*innen, während der Sozialpsychiatrische Dienst (vgl. I-4-06) ein Tablet für Hausbesuche und schnellen Informationszugriff begehrt. Eine App, die handschriftliche Notizen umwandeln kann, wäre ideal. PSP (vgl. I-4-12) bevorzugt Speech-to-Text-Funktionen bei Softwareprodukten. Tagespflege (vgl. I-4-05) möchte mehr erklärende Videos für Pflegebedürftige und Angehörige sowie die Möglichkeit, den Lesestatus von Nachrichten einzusehen. Eine modernere, weniger datenschutzbeschränkte Kommunikation wird gewünscht. Zusätzlich äußert die Tagespflege den Wunsch nach Kundenakquise durch ein gemeinsames Portal (vgl. IG-4-4).

Herausforderungen

Bei der Digitalisierung im Tagesgeschäft stehen die Befragten vor verschiedenen Herausforderungen. Der ambulante Pflegedienst (vgl. I-4-01) beklagt, dass der MDK handschriftliche Dokumentationen fordert, was zu Doppeldokumentationen führt. Dies wird als gesundheitspolitisch verordnet und hinderlich für digitale Kommunikation betrachtet. Der Sozialpsychiatrische Dienst (vgl. I-4-06) sieht in bürokratischen Hürden, wie langwierigen Antragsprozessen für IT-Ausstattung, eine Herausforderung. Die Tagespflege (vgl. I-4-05) bemängelt die geringe Bereitschaft der Ärzt*innen zur Digitalisierung, da diese auf Post und Fax bestehen. Der/Die Hausärzt*in (vgl. I-4-02) berichtet von Problemen bei Videosprechstunden, sowohl technisch als auch in der Übermittlung von Eindrücken. Auch mangelt es an guter Schulung für diese Form der Kommunikation. Zusätzlich fehlt eine klare ZG für Neuerungen wie Apps auf Rezept. Der/Die Hausärzt*in (vgl. I-4-11) erkennt die Herausforderung, dass lokale IT-Anbieter nicht auf das Gesundheitswesen spezialisiert sind und daher nicht immer bei spezifischen Problemen helfen können. Die Praxissystem-Anbieter sind überfordert. Der PSP (vgl. I-4-12) hat Geld für IT, aber keine passende Software für PSPs. Der PSP (vgl. I-4-03) führt die stockende Digitalisierung auf mangelnde Netzwerkverbindungen, Datenschutzauflagen und fehlende Schnittstellen zu wichtigen Institutionen zurück. Der Sozialdienst (vgl. I-4-08) kämpft mit unzureichender Infrastruktur im Büro, was beispielsweise das Scannen von Dokumenten verhindert. Zudem fehlt es an Zeit und Personal, sich intensiv mit der Digitalisierung auseinanderzusetzen.

(ReKo-)Portal für die Kontrollgruppe

Das ReKo-Portal betrifft die KG in erster Linie nicht direkt. Der Fokus des Portals liegt im Projekt darauf, die Stakeholder der Institutionen des Gesundheitswesens über die ReKo-Plattform zu vernetzen, um Daten miteinander austauschen zu können. Da die KG hierbei nicht direkt involviert ist, wurde die generelle Bereitschaft, ein solches Portal zur Vernetzung zu nutzen, erörtert sowie die relevanten Funktionen, Anwendungsbereiche, erwartete Mehrwerte und Herausforderungen bei der Nutzung erfragt.

Funktionen und Anwendungsbereiche

Die befragten Einrichtungen, darunter ambulante Pflegedienste, das Entlassmanagement/der Sozialdienst und der PSP, äußern den Wunsch nach einer Vernetzungsplattform mit Funktionen zur (Verlaufs-)Dokumentation (vgl. K-4-01, ZG4_K-05, ZG4_K-03). Digitalisierte Pflegedokumentation wird als effizienter Königsweg betrachtet, obwohl vorhandene Technologien dies ermöglichen. Politische Restriktionen verhindern jedoch eine reindigitale Dokumentation (vgl. K-4-03). Der Sozialdienst betont den Bedarf an einsehbaren Dokumentationen für Ärzt*innen und Pflege, was aktuell aufgrund von Schnittstellenproblemen nicht realisierbar ist (vgl. K-4-02). Informationsbeschaffung und Angebotsabfragen sind weitere Funktionen des gewünschten Portals. Anbieter könnten ihre Pflegeangebote transparent darstellen (vgl. K-4-03), und die Einrichtungen wünschen sich Informationen zu Kostenübernahmen von Krankenkassen sowie klare Zuständigkeiten für Leistungen (vgl. K-4-02, K-4-05). Eine Austauschfunktion für institutionsübergreifenden Datenaustausch wird von ambulanten Pflegediensten, dem PSP und dem Sozialdienst gewünscht (vgl. K-4-01, K-4-05, K-4-03, K-4-02, K-4-06). Dies ermöglichte effektive Kommunikation mit Kliniken, Ärzt*innen und Krankenkassen (vgl. K-4-01, K-4-04, K-4-03). Der Medikationsplan ist eine sinnvolle Funktion, um Patient*innen Medikamente und mögliche Nebenwirkungen übersichtlich zu zeigen (vgl. K-4-03, K-4-06). Digitale Verordnungen von Rezepten, Terminbuchungsoptionen und eine niedrigschwellige digitale Austauschmöglichkeit mit Ärzt*innen werden ebenso gewünscht (vgl. K-4-05, K-4-02, K-4-03, K-4-04). Weitere gewünschte Funktionen umfassen Speech-to-Text-Funktionen, digitale Kürzel bzw. Unterschriften, freigegebene digitale Patient*innendokumentationen, digitale Leistungsnachweise und die Möglichkeit, freie Pflegeplätze anzugeben (vgl. K-4-01, K-4-05, K-4-02). Diese Bedürfnisse wurden auch in vorherigen Umfragen (t1) identifiziert.

Vorteile und Mehrwerte des Portals

Die Befragten sehen vielfältige Vorteile und Mehrwerte bei der Nutzung einer Vernetzungsplattform wie dem ReKo-Portal. K-4-02 betont besonders den Mehrwert für Sozialdienste in der Arbeitserleichterung durch IT-Unterstützung und erwartet eine Zeiteinsparung (vgl. K-4-02, K-4-03, K-4-03, K-4-04). Ambulante Pflegedienste sehen besonders in der Zeiteinsparung den größten Mehrwert (vgl. K-4-05). Die Umgehung telefonischer Nicht-Erreichbarkeit von Ärzt*innen, digitale Übermittlungen von Verordnungen und ein schneller Informationsaustausch durch digitale Patient*innenakten werden als Gründe für die Zeiteinsparung genannt (vgl. K-4-05). Die Einbindung der Option, über das Portal Rezepte zu bestellen, wird als erhebliche Zeiteinsparung betrachtet, ebenso wie eine digitale Terminbuchung bei Ärzt*innen (vgl. K-4-05, K-4-04). Eine schnellere Datenabrufgeschwindigkeit, eine Reduktion von Doppelstrukturen und eine schnellere Rechnungsstellung werden ebenfalls erwartet (vgl. K-4-04). Der vorzeitige Abruf von Änderungen in Medikationen wird als Mehrwert für die Patient*innensicherheit gesehen (vgl. K-4-01). Das Portal ermöglicht nicht nur Mitarbeiter*innen, sondern auch pflegenden Angehörigen und Ärzt*innen einen direkten Überblick über die Situation der Klient*innen (vgl. K-4-01). Eine verbesserte Kommunikation und Erreichbarkeit, insbesondere mit Ärzt*innen, wird als Vorteil betrachtet (vgl. K-4-01, K-4-03). Die Vernetzungsplattform entlastet pflegende Angehörige, bietet schnellere Auskünfte und reduziert bürokratische Belastungen (vgl. K-4-02, K-4-04). Eine Fehlerreduktion wird durch digitale Dokumentation ermöglicht, und eine

verbesserte Organisation und Planung, z. B. für Beratungstermine, ist möglich (vgl. K-4-01, K-4-03). Die Synchronisation über verschiedene Endgeräte ermöglicht eine stets aktuelle und zeitgleiche Nutzung von Informationen (vgl. K-4-01, K-4-05).

Herausforderungen

Die Nutzung des ReKo-Portals stellt für ambulante Pflegedienste und den PSP eine erhebliche Herausforderung dar, insbesondere im Hinblick auf das hohe Alter der Klient*innen (vgl. K-4-05, K-4-03, K-4-06). Ein intuitives Design ist notwendig, um älteren Nutzer*innen die Bedienung zu erleichtern und Hürden wie vergessene Passwörter zu reduzieren (vgl. K-4-05). Die Akzeptanz bei älteren Klient*innen ist gering, da sie oft IT-avers sind und wenig Affinität zu technischen Neuerungen zeigen (vgl. K-4-03). Ein Ansatz zur Überwindung dieser Aversion könnte in speziellen Einstellungen für Senior*innen liegen, die eine intuitive und vereinfachte Nutzung ermöglichen (vgl. K-4-03). Datenschutz stellt eine weitere Herausforderung dar, besonders bei der Informationsbeschaffung und Antragstellung für Klient*innen (vgl. K-4-01, K-4-03, K-4-02, K-4-06). Der PSP sieht hier keine zeitnahe Verbesserung, selbst bei Vernetzungsportalen (vgl. K-4-06). Technikaversion und mangelnde IT-Affinität bei Nutzer*innen sind ebenfalls Problemfelder (vgl. K-4-05, K-4-03, K-4-04). K-4-05 betrachtet Technikaversion als kurzfristiges Problem, das durch die erwartete Arbeitserleichterung nach der Covid-Pandemie abnehmen und einer höheren Akzeptanz für digitale Lösungen weichen könnte. K-4-04 erwartet, dass sich die Technikaversion in den Folgegenerationen legen wird. Einarbeitungsschwierigkeiten der Mitarbeitenden sind eine zusätzliche Hürde (vgl. K-4-05, K-4-02). Um diese zu überwinden, schlägt K-4-04 eine mehrtägige Schulung mit Nutzer*innen vor. Funklöcher und schwache Internetverbindungen, vor allem bei Hausbesuchen, sind weitere Probleme (vgl. K-4-01, K-4-05, K-4-04). WLAN-Probleme innerhalb von Institutionen beeinträchtigen die Arbeit zusätzlich (vgl. K-4-04). Mangelnde Datenpflege und die Gefahr, dass Daten im Tagesgeschäft untergehen, werden als Herausforderungen zur Implementierung genannt (vgl. K-4-04). K-4-05 sieht Schwierigkeiten bei älteren Klient*innen, die sich oft keine Passwörter merken können. Auch zum Zeitpunkt t1 wurden Datenschutzprobleme im Zusammenhang mit der Portalnutzung berichtet, insbesondere aufgrund unterschiedlicher institutioneller Richtlinien (vgl. KG-4-3).

Nutzungsszenarien

K-4-05 und K-4-06 geben an, die Vernetzungsplattform bei Bedarf nutzen zu wollen. Nutzungsszenarien könnten sich K-4-05 zufolge dann ergeben, wenn ein Ärzt*innenbesuch anstünde, dessen Ergebnisse und Befunde dann in die Plattform gespielt würden und zur Abrufung durch den Pflegedienst bereitgestellt würden. Neben Ärzt*innenbesuchen könnten auch Physiotherapeuten dort ihre Daten eingeben, welche dann für den Pflegedienst abrufbar wären. K-4-04 könnte sich eine Nutzung bei der Patient*innenaufnahme vorstellen, um sich darüber erste Informationen zu holen. Der Sozialdienst gibt an, das Portal täglich nutzen zu wollen, als fest-integrierte Nutzung im Arbeitsalltag bei Patient*innen, deren Versorgungssituation nicht klar ist. K-4-01 ist der Ansicht, das Portal ebenfalls als Integration in den Alltag zu nutzen, vor allem dann, wenn eine Kommunikation mit anderen Einrichtungen notwendig ist.

Generell fällt es den Befragten schwer, klare Situationen zu benennen, in denen sie sich eine Nutzung des Portals vorstellen könnten. Es wird mit "bei Bedarf" oder „immer“ geantwortet, ohne einen präzisen Anwendungsfall für sich selbst feststellen zu können.

Endgerätenutzung

Zur Nutzung des Vernetzungsportals geben die Befragten an, dies sowohl an einem PC als auch über Smartphones und Tablets anwenden zu wollen. Der Sozialdienst sieht den Vorteil der Nutzung hauptsächlich über das Tablet (vgl. K-4-02). Die Vorteile des Tablets liegen ihm/ihr zufolge in der simplen Bedienung, des größeren Bildschirms und der erhöhten Übersichtlichkeit im Vergleich zum Handy. Dem schließt sich der ambulante Pflegedienst K-4-01 an und ergänzt, dass Tablets den Vorteil haben, dass sie von den Mitarbeitenden mobil genutzt werden können. K-4-04 würde das Portal am ehesten über den PC im Büro nutzen. Die Vorteile des PCs liegen demnach in der Größe des Bildschirms, der Umgehung einer potenziell unzureichenden WLAN-Verbindung und der Situation, in Ruhe im Büro zu sitzen. Der PSP sieht diese Vorteile ebenso und sieht einen weiteren Mehrwert in der Möglichkeit, eine ordentliche Tastatur nutzen zu können, welches bei Tablets und Smartphones nicht gegeben ist. K-4-05 gibt an, ein Smartphone zur Nutzung zu präferieren, da man dies stets zur Hand hat. Zudem seien Smartphones in Haushalten gängiger und einfacher zu nutzen als PCs. K-4-04 sieht die Situation ähnlich, da in seinem/ihrem Pflegedienst alle Mitarbeiter*innen mit Smartphones ausgestattet sind, was eine Nutzung hierüber mit weniger Aufwand verbinden würde. Sie räumt jedoch ein, dass eine Nutzung über Tablets angenehmer wäre, da diese größer sind als Smartphones.

Finanzierung

Im Bereich der Finanzierung eines Vernetzungsportals im Sinne von ReKo wird deutlich, dass die Befragten keine klare Präferenz dazu haben, wie die Finanzierung aussehen soll oder welches Budget für solche IT zur Verfügung stünde. K-4-06 vom PSP gibt dazu an, dass er/sie das Budget für IT dieser Art nicht kennt und auch froh ist, dass das nicht auf seiner/ihrer Ebene geregelt wird. Im Gegensatz dazu gibt K-4-05 an, dass für andere Softwareprodukte wie Vivendi ca. 45.000 € ausgegeben wurden. Ihm/Ihr zufolge muss der Mehrwert und Nutzen eines Portals gegeben sein, dann wäre auch die Finanzierung machbar, welche im Bereich um die 20.000 € verortet werden würde. K-4-01 würde eine Finanzierung über Förderprogramme oder den Weg der Refinanzierung bevorzugen, insbesondere über ein länderspezifisches Förderprogramm des Landes Niedersachsen, bei welchem die Refinanzierung ca. 90 % beträgt.

Sonstiges

Ambulante Pflegedienste und der Sozialdienst äußern den Wunsch nach einer vereinfachten Dokumentation, insbesondere durch verstärkte Digitalisierung (vgl. K-4-01, K-4-03, K-4-02). Die Notwendigkeit der Pflegedokumentation bei den Klient*innen vor Ort führt zu Doppeldokumentationen, die zeitaufwendig sind und der Digitalisierung im Weg stehen (vgl. K-4-03). Besonders die handschriftliche Dokumentation bei den Klient*innen vor Ort ist aufwendig und sollte durch digitale Lösungen, wie die Software DAN, ersetzt werden. Diese ermöglicht die digitale Weitergabe von Dokumentationen an Ärzt*innen und Angehörige, automatische Synchronisation auf den Endgeräten und könnte somit Papier-Akten überflüssig machen. Die digitale Übermittlung von Leistungsnachweisen und Rechnungen an

Krankenkassen wird von K-4-05 befürwortet. Ähnlich wünscht sich K-4-05 eine digitale Schnittstelle für Verordnungen zwischen Ärzt*innen, Pflegediensten und Krankenkassen, um den Prozess zu vereinfachen. Erschwerend wirken sich derzeitige Unterschriften und Kürzel aus, die postalisch übermittelt werden müssen. Hardware-seitig besteht der Wunsch bei K-4-02 nach Tablets, um Arbeitswege zu verkürzen und Effizienz im Tagesgeschäft zu steigern. K-4-03 betont die Notwendigkeit, Anwender*innen aktiv in die Digitalisierung einzubeziehen, um praxisnahe Lösungen zu schaffen. Neben den Wünschen offenbaren Interviews Herausforderungen wie Internetprobleme und Mobilfunkstörungen, die die Arbeit über Softwareprogramme beeinträchtigen (vgl. K-4-04). Ein Ausbau des Glasfasernetzes könnte Abhilfe schaffen. Ältere Menschen stehen Digitalisierung skeptisch gegenüber, was den Einsatz digitaler Tools bei Hausbesuchen erschwert. Der Sozialdienst (vgl. K-4-02) sieht ähnliche Probleme im geriatrischen Bereich, wo Kommunikation hauptsächlich telefonisch erfolgt, da viele Patient*innen keine E-Mails schreiben oder faxen können. Finanzielle Barrieren erschweren eine flächendeckende Digitalisierung in Krankenhäusern. Die Geschäftsführung priorisiert das Entlassmanagement nicht ausreichend, was zu unzureichenden Softwaremaßnahmen führt. Veränderungsresistenz der Mitarbeitenden stellt eine weitere Hürde für die Digitalisierung im Sozialdienst dar.

Nutzungsstatistiken

Erkenntnisse hinsichtlich des Nutzungsverhaltens der CM-spezifischen Softwaretools konnten aus den (anonymisierten) Nutzungsstatistiken von Quovero sowie des Patient*innenportals abgeleitet werden. Für Quovero wurden unter anderem aggregierte Nutzungsstatistiken aus dem Jahr 2023 gesammelt, in dem die CM-Lösung mit ihren Funktionalitäten und Unterseiten bereits relativ weit fortgeschritten war. In Bezug auf die Nutzung der Seitentitel lässt sich konstatieren, dass die Verlaufsdocumentation die meisten Aktionen (z. B. Anklicken eines Links oder Dateidownload) nach Seiteneintritt verzeichnet (6853). Dies unterstreicht die Bedeutung der Dokumentationstätigkeiten in der Softwarelösung. Die zweitmeisten Aktionen nach Seiteneintritt werden dem Serviceplan zuteil (5065), der damit innerhalb der spezifischen CM-Phasen eine besonders wichtige Rolle in Quovero einnimmt. Demgegenüber weisen die vorangehende Klärungsphase (539) und das Assessment (243) deutlich weniger Aktionen auf. Auch die abschließende Evaluationsphase weist mit 1090 Aktionen deutlich weniger als der Serviceplan auf. Dies deutet darauf hin, dass der Serviceplan wiederholt angepasst oder zumindest kontrolliert wird, wohingegen andere Phasen wie die Klärungsphase und die Evaluation weniger iterativ, sondern eher initial bzw. abschließend bearbeitet werden. Eine weitere wichtige Seite stellt das Dashboard als Startseite dar, was 4419 Aktionen nach Seiteneintritt zu verzeichnen hat. Darüber hinaus sind Bearbeitungen in den Stammdaten (1751) und der Fallakte (845) relevant. Weitere Seitentitel, die vor allem den Kalender, Chat und das Aufrufen des Patient*innenportals beinhalten, weisen kumuliert 2079 Aktionen auf. Die Verteilung der Seitenaufrufe mit Aktionen wird in Abbildung 142 veranschaulicht.

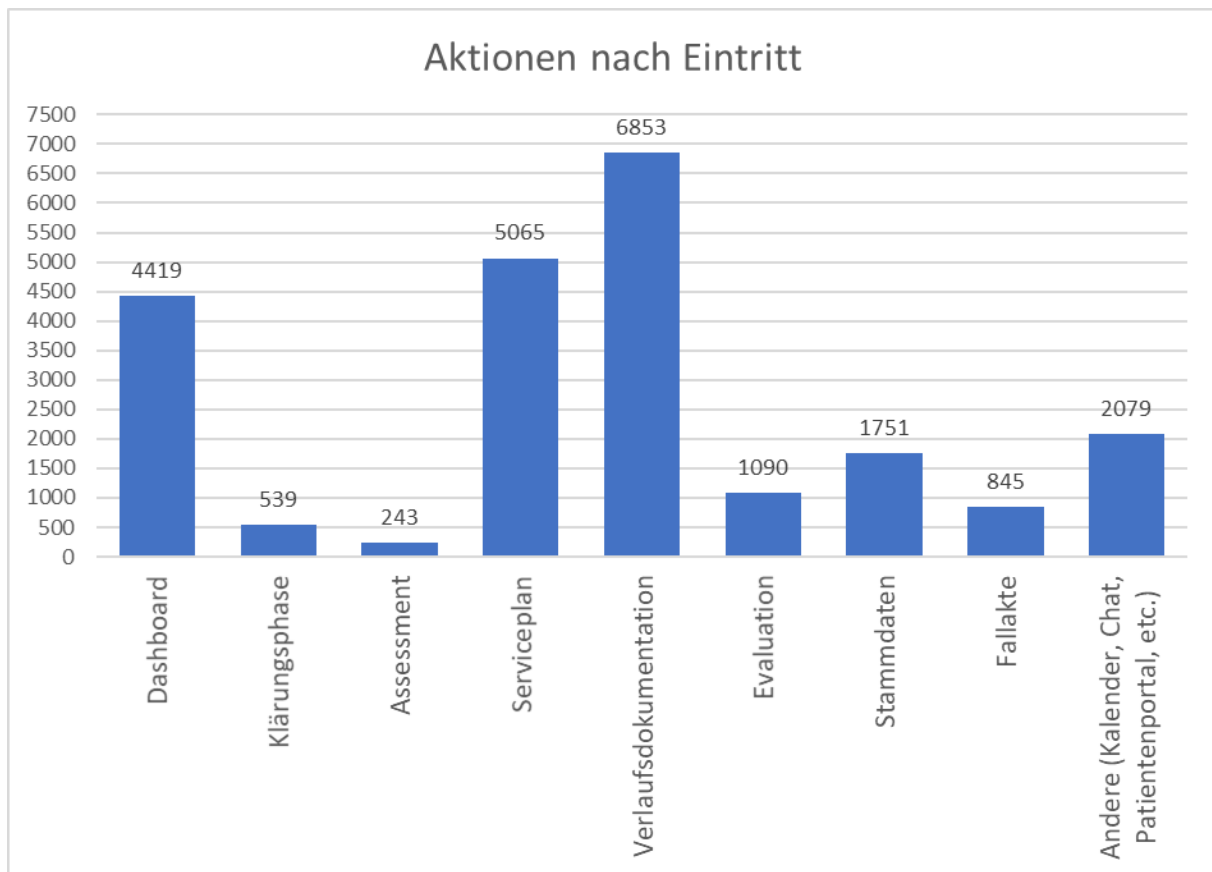


Abbildung 142: Häufigkeit der Aktionen je Seitentitel in Quovero

Teildiskussion

In der IG benutzen demnach bereits vereinzelte Institutionen das ReKo-Portal in ihrem Betriebsalltag. Diese Verwendung, bis auf eine Ausnahme, stellt jedoch eine Doppelstruktur dar, um projektspezifisch Klient*innen zu übermitteln. Lediglich ein Seniorenstützpunkt hat die Einführung des Portals als dominierende Software implementiert und musste diese auf den eigenen Tätigkeitsbereich anpassen lassen.

Es wird deutlich, dass die Verantwortlichen in den Einrichtungen das Potential einer Vernetzungssoftware erkennen und grundsätzlich große Vorteile darin sehen. Es wird allerdings auch deutlich, dass bereits viele Programme in der Pflegelandschaft genutzt werden, mit denen die einzelnen Institutionen täglich arbeiten. Große Schwierigkeiten werden darin gesehen die Software auch von den Klient*innen bedienen zu lassen, da der Gesundheitszustand und das fortgeschrittene Alter dies meist nicht zulassen. Zudem wird bemängelt, dass keine ganzheitliche Nutzung der Software möglich ist, da noch nicht alle Funktionen zu den Erhebungen zur Verfügung standen. Ebenfalls sei eine Nutzung auch dann von besonderem Mehrwert, wenn eine Zeitersparnis damit einhergeht, die bspw. durch den schnelleren Kontakt mit anderen Stakeholder*innen entstehen würde. Hier spielt die Netzwerktheorie eine entscheidende Rolle, die besagt, dass die Software durch die Integration weiterer User stetig an Wert gewinnt. Da im vorliegenden Fall jedoch nur wenige Akteur*innen partizipierten, konnte in der IG, verglichen zur KG kein herausstechender

Mehrwert in der IT-Infrastruktur festgestellt werden, der auf die Vernetzung durch ReKo zurückzuführen wäre.

Eine grundsätzliche Vereinheitlichung der Systeme wäre für die Patient*innenversorgung ein großer Mehrwert, wenn auch nicht alle Institution dieselben Aufgabengebiete abdecken. Ein Ansatz wäre es, die Software derart konfiguriert werden, wie im Falle des Seniorenstützpunktes, dass sie für den entsprechenden Zweck nutzbar ist. Andererseits müsste weitere Entwicklungsarbeit geleistet werden, um Plug-Ins für jegliche Software in der Pflegelandschaft bereitzustellen, sodass jede Einrichtung, unabhängig von der verwendeten Software, auf die Quovero Datenbank zugreifen kann und die notwendigen Funktionalitäten wie etwa die Chatfunktion, Medikationspläne und Vernetzungen zu anderen Stakeholder*innen zu nutzen.

3.25.3 Patient*innenportal

Das Patient*innenportal wurde im Juni 2022 zur Nutzung freigegeben. Es wurde zusammen mit dem ReKo-Portal entwickelt. Hauptzweck des Patient*innenportals war jedoch nicht die Unterstützung der Leistungserbringer*innen in der Umsetzung des CM, sondern die Vernetzung und Selbstorganisation der Klient*innen innerhalb des Gesundheitssystems. Somit standen Funktionen wie Text-, Sprach- und Videochat mit Case-Manager*innen und anderen Parteien des Gesundheitssystems, sowie Zugriff auf relevante Daten der Dokumentation des eigenen Falls der ReKo-Plattform, und die Ablage eigener relevanter Daten und Dokumente. Neben Klient*innen selber wurde der Zugriff auch für Angehörige, sowie weitere Leistungserbringer des Gesundheitswesens ermöglicht.

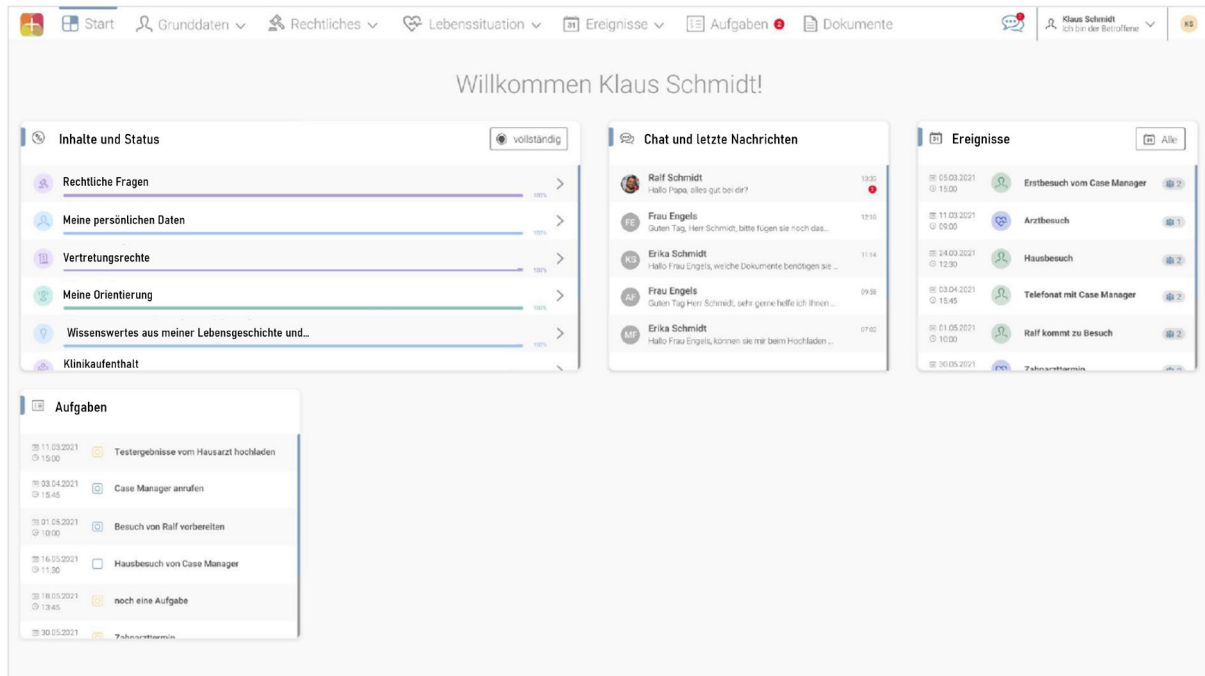


Abbildung 143: Screenshot des Patient*innenportals

Wie das ReKo-Portal wurde auch das Patient*innenportal unter Einbeziehung des Feedbacks der potentiellen Nutzer*innen, kontinuierlich weiterentwickelt. Neben kleineren, regelmäßigen Änderungen zur Verbesserung der Benutzerfreundlichkeit und Bedienbarkeit,

wie das hinzufügen neuer Optionen und Auswahlmöglichkeiten im CM-Prozess oder der Beseitigung von Fehlern, wurde die Plattform erfolgreich an die TI angebunden. Dadurch konnte der Austausch zwischen den Leistungserbringer*innen des CMs sowie den Leistungserbringer*innen im Gesundheitswesen vereinfacht werden. Zusätzlich erfolgte die Integration einer Chatfunktion, die die Kontaktaufnahme zwischen Case-Manager*innen und den Klient*innen innerhalb der Software ermöglichte.

Erkenntnisse zum Patient*innenportal für die Zielgruppen 1-2

Das eigens in ReKo entwickelte Patient*innenportal stellt einen weiteren Untersuchungsgegenstand dafür dar, den Projekteinfluss auf die Nutzungsbereitschaft der Proband*innen der ZG 1-3 für digitale Hilfsangebote zu analysieren. Wohingegen die Befragungen zu t0 zu einem Zeitpunkt stattgefunden haben, an dem das Patient*innenportal noch nicht zur Verfügung stand, sind zu t1 gezielt Proband*innen befragt worden, die über einen Benutzer*innenzugang für das Portal verfügten.

Keiner der Befragten zu t0 gab an, jemals vorher ein Patient*innenportal jeglicher Art genutzt zu haben oder Patient*innenportale überhaupt zu kennen. Somit lassen sich alle Befragten als Nicht-Nutzer*innen von Patient*innenportalen identifizieren. Eine befragte Person (I-12-20) hatte im Vorfeld des Interviews das Patient*innenportal im ReKo-Projekt bereits einmal im Rahmen der Fragebögen getestet. Auf sie machte das Portal den Eindruck, unfertig zu sein. In Erinnerung blieb dabei die Funktion des Eintragens der Krankheitsgeschichte. Bei ihr wird deutlich, dass der starke Wunsch nach einer einheitlichen digitalen Patient*innenakte existiert, die über Ärzt*innen und Institutionen hinweg die Historie für jede*n Akteur*in digital beinhaltet, sodass die Patient*innen selbst nicht ständig ihre Dokumente zu jedem/jeder (neuen) Ärzt*in mitnehmen müssen. Es wurde eine leichte Frustration deutlich, da auf Proband*innenseite davon ausgegangen wird, dass das digitale Eintragen der Krankengeschichte aufgrund von Datenschutzthemen nicht vorangetrieben werden kann.

Funktionen des ReKo-Patient*innenportals

Die Vorstellungen und Funktionswünsche der Befragten sind vielseitig und lassen sich in die Kategorien Suchen und Buchungen, Informationen, Schnittstellen, Gesundheit und Vorsorge, Soziale Teilhabe und Medikation einteilen. Eine Übersicht über die genannten Funktionen lässt sich Abbildung 144 entnehmen.

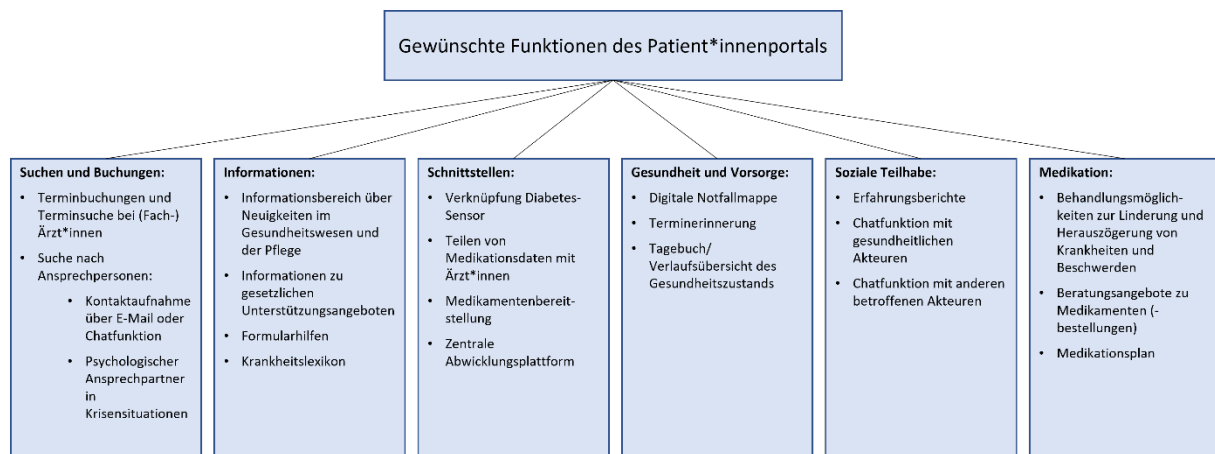


Abbildung 144: Gewünschte Funktionen des Patient*innenportals der Zielgruppen 1 und 2

Die Befragten äußern vielfältige Wünsche bezüglich Funktionen des Patient*innenportals in ReKo. Besonders gewünscht wird die Möglichkeit, online freie Termine bei (Fach-)Ärzt*innen einzusehen und bei Bedarf zu buchen (vgl. I-12-1). Eine häufig genannte Funktion ist die Chatfunktion zur direkten Kommunikation mit Case Manager*innen, Ärzt*innen und anderen Betroffenen (vgl. I-12-2). Eine weitere gewünschte Funktion ist die Möglichkeit, geeignete Ansprechpersonen über das Patient*innenportal zu finden, einschließlich Ärzt*innen, Case Manager*innen und Ehrenamtliche (vgl. I-12-5). Ein gesonderter Bereich zu Neuigkeiten in der Pflege wird angeregt, um über aktuelle Entwicklungen im Gesundheitswesen informiert zu bleiben (vgl. I-12-4). Informationen zu gesetzlichen Unterstützungsangeboten werden ebenfalls nachgefragt, da ein erhöhter Informationsbedarf besteht (vgl. I-12-5).

Zusätzlich wünschen sich die Befragten ein Gesundheitslexikon mit Informationen zu Krankheiten (I-12-1) sowie eine Tagebuch-Funktion zur Dokumentation von Krankheitsverläufen und Befunden (vgl. I-12-2). Die Funktion zur Medikamentenbestellung und Beratung zu Medikamenten wird ebenfalls genannt, mit dem Wunsch nach Informationen zu seriösen Online-Anbietern (vgl. I-12-4). Die Befragten heben hervor, dass sie mehr Informationen zu ihren Krankheiten wünschen und das ReKo-Projekt als seriös und vertrauenswürdig betrachten (vgl. I-12-4).

Die Befragten möchten das Patient*innenportal als zentrale Abwicklungsplattform nutzen, um alle gesundheitsrelevanten Daten und Vorgänge zu verwalten. Dies soll eine Erleichterung für die Betroffenen darstellen, die nicht bei jedem Ärzt*innenbesuch eine Vielzahl von Dokumenten mitführen müssen (vgl. I-12-20). Die Implementierung des Patient*innenportals in ReKo zu t1 wird betont, wobei die verfügbare Version nicht alle diskutierten Inhalte von t0 enthält. Dennoch sind bestimmte Funktionen wie der Dokumentenupload vorhanden und werden als nützlich bewertet (vgl. I-12-42-I-12-44). Die Chatfunktion als Kommunikationsmittel mit dem Case Manager*in wird als besonders vorteilhaft empfunden, ebenso die potenzielle Kommunikation mit anderen Leistungserbringenden und Pflegebedürftigen (vgl. I-12-42; I-12-44-I-12-45; I-12-47). Die Kalenderfunktion wird diskutiert, wobei einzelne Befragte weiterhin einen papierbasierten Kalender bevorzugen (vgl. I-12-48).

Nutzungsabsicht und Nutzertypen

Eine Person zeigte überhaupt keine potenzielle Nutzungsbereitschaft von Patient*innenportalen. Sie gab an, dass sie sich weder Vorstellungen davon machen könne, was ein Patient*innenportal sein könnte, noch dass sie es jemals nutzen würde (vgl. I-12-18).

Diejenigen Befragten, die einen Mehrwert im Patient*innenportal sehen, geben überwiegend an, bei Bedarf in das Portal zu schauen. Bedarfe zeigen sich dann, wenn I-12-19 zufolge Medikamente aufgebraucht sind oder I-12-5 zufolge, wenn Situationen vorliegen, in denen ein erhöhter Informationsbedarf auftritt (vgl. I-12-14). Des Weiteren besteht ein ausgeprägter Bedarf nach sozialer Teilhabe und der Suche nach Kontakten zum Erfahrungsaustausch und zur Kommunikation. I-12-13 beschreibt außerdem, dass er/sie das Portal nutzen würde, wenn sich der Krankheitszustand verändert und dieser dokumentiert werden muss, damit Ärzt*innen im Ernstfall direkt über den aktuellen Zustand und den Krankheitsverlauf informiert sind. Eine regelmäßige bzw. tägliche Nutzung wird auch von weiteren Proband*innen erwartet. I-12-2 sieht den Vorteil einer täglichen Nutzung daran, dass Verläufe dokumentiert werden können und eine Übersicht über Medikamenteneinnahmen erzielt werden kann. Proband*in I-12-8 gibt an, das Portal täglich aktiv zu nutzen.

Bedienbarkeit

Bezogen auf die Bedienbarkeit des Patient*innenportals lassen sich aus den Interviews einige Kriterien ableiten. Wichtig für die Befragten ist vor allem, dass das Portal intuitiv und mit wenig Aufwand genutzt werden kann sowie eine klare Struktur aufweist, die eine einfache Handhabung garantiert. Zudem sollte eine Sprachfunktion integriert sein, über die das Portal gesteuert werden kann (vgl. I-12-17). Eine Speech-to-Text-Funktion sollte I-12-9 zufolge ebenfalls integriert sein, um Daten mündlich einzugeben. Dies sei insbesondere bei Personen relevant, die eine Lese-Rechtschreib-Schwäche haben. Dieser Aspekt betrifft den Bereich der Barrierefreiheit, die insbesondere bei vulnerablen ZG gegeben sein sollte. Neben der Barrierefreiheit sollte das Portal eine einfache Sprache aufweisen und wenig bis keine Fachbegriffe (vgl. I-12-17). Statt medizinischer Fachbegriffe sollte auf einfache Beschreibungen gesetzt werden, die simpel und verständlich erklärt sind (vgl. I-12-5). Das Design des Portals sollte laut I-12-14 einen fröhlichen Charakter besitzen und nicht direkt an Krankheit oder Behinderung erinnern. Des Weiteren sollte das Portal eine nachvollziehbare und durchleitende Menüführung aufweisen. Hierbei sollte mit Stich- Unterpunkten gearbeitet werden, um eine leichtverständliche Struktur zu schaffen (vgl. I-12-17). In diesem Zusammenhang sollten möglichst wenig Zusätze wie z. B. Cookie-Banner eingesetzt werden, die die Proband*innen in der Nutzung stören.

Herausforderungen und Hürden

Die Interviewten äußern insbesondere Hürden bei der Einarbeitung in das Portal. Es werden Herausforderungen bei der anfänglichen Nutzung des Portals gesehen, die zu einem erhöhten Einarbeitungsaufwand führen, insbesondere bei älteren Proband*innen (I-12-15). Diese werden jedoch als überwindbar eingeschätzt, da der erwartete Nutzen des Portals als hoch eingeschätzt wird. I-12-4 gibt an, dass keine Schwierigkeiten oder Probleme erwartet werden, da der Anbieter über das ReKo-Projekt als seriös und vertrauensvoll angesehen wird.

Eine weitere Hürde wird in der fehlenden Unterstützung gesehen. I-12-5 merkt an, dass vor allem die älteren Proband*innen ggf. keine ausreichende Unterstützung bei der Einarbeitung in das Portal bekommen und hier vor großen Herausforderungen stehen könnten. Eine Befürchtung eines/einer Proband*in besteht darin, als gläserner Mensch gesehen werden zu können. Andererseits gibt er/sie auch an, keine Angst davor zu haben, da er nichts zu verbergen habe (vgl. I-12-8). Sorgen haben die Befragten auch vor Datenmissbrauch und Hackerangriffen (vgl. I-12-14). Zudem könnten laut I-12-14 technische Probleme bestehen, insbesondere die Möglichkeit, eines Serverabsturzes, der zu einem Verlust der Daten führen würde. Eine Schwierigkeit besteht den Proband*innen zufolge auch in einer unzureichenden Netzabdeckung für WLAN und Telefonleitungen (vgl. I-12-2).

Vorteile und Mehrwert

Der Mehrwert des Patient*innenportals wird in einer erhöhten Selbstständigkeit der Nutzer*innen gesehen (vgl. I-12-17). Die erhöhte Selbstständigkeit geht einher mit der gefühlten Sicherheit, die Einnahme von Medikamenten nicht zu vergessen (vgl. I-12-10). Zu den erwarteten Mehrwerten dieses Portals zählt für I-12-2 ebenfalls die schnelle Kontaktaufnahme mit Case Manager*innen und Ärzt*innen, welche zu einer Zeitersparnis auf Seiten der Nutzer*innen führen könnte. I-12-17 sieht als großen Vorteil eine Alltagserleichterung und eine erweiterte Hilfestellung und erste Unterstützung im undurchsichtigen Pflegesystem. Des Weiteren sehen I-12-20 und I-12-10 als Mehrwert den bewussteren Umgang mit Krankheiten und der eigenen Situation. Insbesondere Verlaufsdokumentationen werden als Zugewinn gesehen, um einen ständigen Überblick über den Gesundheitszustand zu behalten. Zudem bringt das Patient*innenportal aus Sicht der Proband*innen eine Erleichterung bei Ärzt*innenbesuchen, da nicht mehr alle papierbasierten Dokumente mitgenommen werden müssen.

Endgerätenutzung

Bei den Präferenzen zur Endgerätenutzung des Patient*innenportals zeigt sich ein gemischtes Bild. Sowohl Computer als auch Smartphones und Tablets waren bei den Befragten die gewünschten Endgeräte zur Bedienung des Portals. Die Vorteile des Computers werden insbesondere in der gewohnteren Bedienbarkeit gesehen. Im Vergleich zum Tablet kann beim Computer z. B. mit einer Maus gearbeitet werden, welches die Bedienung vereinfacht. Andere Befragte bevorzugen den Computer, da der Bildschirm groß und deshalb angenehmer für die Augen ist sowie die Situation als bequemer wahrgenommen wird (vgl. I-12-1). Die Vorteile des Smartphones werden darin gesehen, dass man es ständig griffbereit hat sowie in der Praktikabilität, da es deutlich leichter ist als beispielsweise ein Computer oder Laptop (vgl. I-12-20). Aus den Aussagen von I-12-17 lässt sich ableiten, dass das Smartphone für das Patient*innenportal eher genutzt wird, wenn man gerade unterwegs ist und den Laptop eher zuhause. Ein weiterer Vorteil vom Smartphone im Vergleich zum Laptop wird laut I-12-14 in der Schnelligkeit gesehen. Während das Smartphone immer präsent und eingeschaltet ist, muss der Laptop erst hochgefahren und häufig noch ans Stromnetz angeschlossen werden. Diejenigen, die angeben, das Patient*innenportal bevorzugt vom Tablet zu nutzen, weisen darauf hin, dass ihnen indes der große Bildschirm am Tablet gefällt. Dabei ließe sich auch die Schriftgröße unkompliziert anpassen, was zu einem Vorteil vom Tablet gegenüber anderen Endgeräten führt. Beim Smartphone sei man hingegen bei vielen Informationen häufig schnell

überfordert (vgl. I-12-4) und das Tippen auf dem größeren Touchscreen sei einfacher als beim Smartphone, wo schnell falsche Icons o. ä. angetippt würden (vgl. I-12-10). Verglichen mit dem Computer hat das Tablet den Vorteil, dass es schneller greifbar und somit unkomplizierter und schneller in der Bedienung ist (I-12-19).

Schulungen und Unterstützung zur Nutzung des Patient*innenportals

Einige Befragte sehen sich selbst in der Lage, das Patient*innenportal ohne externe Hilfe erlernen zu können. Sie erwarten, dass sie die Einarbeitung durch

„learning by doing“ (I-12-17)

selbst schaffen (vgl. I-12-17). Für ZG, die bisher wenig Kontakt und Erfahrung mit dem Internet haben, werden Schulungen jedoch als sinnvoll angesehen. Die Mehrheit der Befragten gibt an, dass sie sich Unterstützung bei der Einarbeitung zur Nutzung des Patient*innenportals wünschen. Die Gestaltung der Unterstützung reicht hierbei von individuellen Einzelschulungen, über Online- oder Gruppenschulungen bis hin zur Unterstützung durch Familienmitglieder oder reinen Ansprechpartner*innen. Die Gruppen sollten den Befragten zufolge allerdings nicht zu groß sein, da der Lerneffekt sonst stark verringert würde (vgl. I-12-4). Die Mehrheit der Befragten befürwortet individuelle Schulungen. Dies wird mit Praktikabilität, Einfachheit und Vertrauen verbunden (vgl. I-12-19). I-12-13 sieht in individuellen Schulungen im eigenen Zuhause den Vorteil, dass Personen mit Beeinträchtigungen nicht die Anstrengungen auf sich nehmen müssten, in die Stadt zu fahren. I-12-15 gibt an, dass das Verständnis bei individuellen Schulungen vor Ort im Vergleich zu Online-Schulungen deutlich gesteigert ist. I-12-4 sieht individuelle Schulungen vorteilhafter, da es im Alter schwieriger wird, unter Zeitdruck zu lernen, sodass individuelle Betreuungen und Unterstützungen auf die ZG zugeschnitten wären und ein nachhaltigeres Verständnis zur Folge hätten.

Einige der Befragten geben an, dass sie sich eine Schulung durch die Case Manager*innen im Rahmen eines Hausbesuches gut vorstellen könnten. Neben der Unterstützung durch die Case Manager*innen wird bei einigen auch die familiäre-Unterstützung durch Kinder oder Enkel hervorgehoben (vgl. I-12-10). Eine Unterstützung im Sinne eines/einer Ansprechpartner*in sieht insbesondere I-12-14, der/die sich erst selbst so gut wie möglich in das System einarbeiten würde und bei Rückfragen einen Ansprechpartner*innen an der Seite zu Rate ziehen würde.

Im Rahmen der t1-Befragungen betonen mehrere Befragte die Bedeutung der Schulungen bzw. Anleitungen, um mit dem Patient*innenportal besser zurechtzukommen und letztlich die erfolgreiche Adoption von diesem zu forcieren (vgl. Ie; I-12-43; I-12-44; I-12-47). Es wurde bereits als große Hilfe wahrgenommen, dass die jeweils zuständigen Case Manager*innen eine Einführung in das Patient*innenportal gegeben haben, um mit den wichtigsten Funktionalitäten von diesem vertraut gemacht zu werden (vgl. I-12-47). Allerdings können diese informellen Einführungen mögliche Rückfragen und Unklarheiten während der Nutzung des Patient*innenportals nicht gänzlich verhindern, sodass ebenfalls der Wunsch geäußert worden ist, verstärkt Anleitungen sowie Hilfestellungen in das Patient*innenportal zu integrieren, um notwendige Komponenten auch während der Nutzung erlernen zu können

(vgl. I-12-47). Doch auch eine größer angelegte initiale Schulung für einen besseren Einstieg in das Portal wird als Wunsch geäußert (vgl. I-12-41, I-12-43).

Datenschutz

Ein relevantes Thema in Bezug auf die potenzielle Nutzung des Patient*innenportals für die ZG 1 und 2 ist der Datenschutz. Viele Befragte sehen den Datenschutz nicht sehr eng, sondern zeigen stattdessen eine Offenheit, ihre gesundheitsbezogenen Daten in dem Patient*innenportal anzugeben:

„Sicherlich könnte man jetzt sagen, ja, das ist ja noch mehr gläsern, [...] Aber wenn dieses Portal als Datensystem nicht weiß, welche Medikamente ich nehme ... und ich das nicht gewissenhaft eintrage, dann kann ich auch keine Planung erwarten. Also von daher, nein, ich habe da keine Bedenken, überhaupt nicht.“ (I-12-17).

I-12-2 und I-12-13 betonen, dass ihnen eine eigene Einstellung bzw. eine Selbstverwaltung ihrer Gesundheitsdaten wichtig ist. Es sollte den Nutzer*innen überlassen bleiben, festzulegen, welche Personengruppen welche Daten einsehen können. Dazu sollte eine Möglichkeit geschaffen werden, zwischen Ärzt*innen, Apotheker*innen, Case Manager*innen oder sonstigen Personengruppen die Zugriffsrechte individuell anzupassen (vgl. I-12-2). Hierbei wird deutlich, dass Ärzt*innen das höchste Vertrauen und die höchste Relevanz in Bezug auf Gesundheitsdaten beigemessen wird. Andere Patient*innen, mit denen ggf. über einen Gruppenchat o. ä. kommuniziert werden könnte, sollten dabei nur die notwendigsten Daten sehen. Kontodaten werden generell bei den Befragten als die schützenswertesten Daten angesehen. Bei finanziellen Angaben kommt bei I-12-13 die Sorge auf, dass dadurch zwischen verschiedenen Personengruppen anhand ihres finanziellen Status differenziert werden könnten und Bevorzugungen oder Benachteiligungen die Folge wären. Ebenfalls sollte dort keine Angabe darüber getätigt werden, ob jemand privat oder gesetzlich versichert ist, um potentielle Ungleichbehandlungen zu vermeiden (vgl. I-12-13).

Zum Schutz der eigenen Person, wünscht sich I-12-14, dass eine Anmeldung im Patient*innenportal nur über einen Nickname funktioniert, ohne dass sensible Daten wie Name, Adresse oder Geburtsdatum angegeben werden müssen. Für ihn/sie sind diese Daten sensibler und schützenswerter als etwa Krankheiten oder Gesundheitsdaten. Daten, die I-12-17 nicht angeben würde, wären Informationen zur psychischen Gesundheit. Sonstige Daten zur Gesundheitssituation werden allerdings als unproblematisch angesehen.

Einige Befragten geben an, dass sie der Datenangabe mit Vorsicht gegenüberstehen. Hier steht insbesondere die Sorge im Vordergrund, sich Viren einzufangen oder Opfer von Datenmissbrauch zu werden. Insbesondere bei Werbung und beim Surfen im Internet sind die Proband*innen mit Bedacht unterwegs, um nicht auf Betrüger*innen hereinzufallen.

Datenschutzbedenken sind für die meisten Interviewpartner*innen auch zu t1 kein Grund für die Nichtnutzung einzelner Technologien oder eine IT-Aversion im Generellen (vgl. I-12-41; I-12-42; I-12-43; I-12-44; I-12-45, I-12-51). Teilweise konnte im Laufe des Projekts auch die Bindung zu den Case Manager*innen dazu beitragen, dass das Vertrauen in die Einhaltung des Datenschutzes beim Patient*innenportal gestärkt wurde (vgl. I-12-51). Lediglich eine zu t1

befragte pflegebedürftige Person nimmt aufgrund der Sorge vor Cyberkriminalität und Datenschutzmissbrauch Abstand von digitalen Anwendungen (vgl. I-12-50).

Bei den pflegenden Angehörigen variieren die Meinungen generell stärker als bei den Pflegebedürftigen und reichen von Offenheit gegenüber dem Thema bis hin zu extremer Vorsicht. Mehrere Befragte geben demnach an, dass sie kein Problem damit haben, Daten im Patient*innenportal preiszugeben. Neben der Offenheit gegenüber gesundheitlichen Daten, sieht I-3-20 generell kein Problem, Daten preiszugeben. Ihm/Ihr zufolge seien Daten längst nicht mehr privat, sondern offen zugänglich. Wenn man nichts zu verbergen habe, könne man ihm/ihr zufolge in dem Fall keine Probleme erwarten. I-3-4 sieht den Vorteil in der Datenpreisgabe gesundheitsbezogener Daten auch darin, dass dies dem Wohlbefinden zuträglich wäre, weshalb er/sie alle Daten, die sich auf das Wohlbefinden auswirken, preisgeben würde.

Andere sind hingegen deutlich zurückhaltender. Für einige Befragte ist es z. B. in Ordnung, Grundinformationen preiszugeben, wie Namen, Adresse oder Geburtsdatum. Bei spezifischeren Informationen und detaillierteren Angaben wäre I-3-12 allerdings vorsichtiger.

Ein Aspekt, den viele Befragte kritisch sehen, ist die Angabe von Bankdaten wie der IBAN. Diese sollte in dem Patient*innenportal keine Rolle spielen. Bei Angaben zu Bankverbindungen oder Kontodaten wird große Vorsicht walten gelassen. Sobald eine App die Angabe der IBAN voraussetzt, wird diese den Befragten zufolge als suspekt eingeschätzt und häufig nur widerwillig angegeben (vgl. I-3-18).

Die Angabe von Gesundheitsdaten im Portal wird von einigen pflegenden Angehörigen ebenfalls kritisch gesehen. Bescheinigungen von Ärzt*innen, Krankheitsakten oder Gutachten würden sie nicht unbedingt dort hinterlegen. Andererseits wird hier jedoch auch erkannt, dass eine Nutzung des Portals nur dann Sinn ergibt, wenn gewisse Gesundheitsdaten hinterlegt werden (vgl. I-3-6). Dies führe zu einem inneren Zwiespalt der befragten Person.

Mehrere Befragte wünschen sich die Option, die eigenen Daten im Sinne einer eigenen Einstellung individuell zu verwalten. Auf diese Weise könnten sie selbst entscheiden, welche*r Akteur*in welche Daten einsehen kann und für welche Akteur*innengruppen bestimmte Daten ausgeblendet werden können. I-3-9 zufolge könnten Ärzt*innen demnach Einblick in die gesamte Krankengeschichte bekommen, andere Personengruppen könnten dann aber so verwaltet werden, dass sie diese Krankengeschichte nicht einsehen können.

Viele Angehörige der ZG 3 zeigen jedoch Vorsicht, wenn es das Thema Datenschutz geht und äußern Bedenken bezüglich der Datensicherheit. Ein paar Personen haben bereits negative Erfahrungen mit Datenmissbrauch gemacht, weshalb sie neuen Plattformen in Bezug auf Datenschutz sehr skeptisch gegenüberstehen (vgl. I-3-19). Während diese Skepsis bei einigen Befragten ausgeprägt ist, zeigt sich bei einigen allerdings auch ein konkretes Vertrauen gegenüber ReKo, sodass sie angeben, dass sie auf die Einhaltung des Datenschutzes im Projekt vertrauen:

„Da bin ich eigentlich skeptisch erst, aber ich weiß, bei Ihnen ist das alles so korrekt.“ (I-3-9).

Andere Befragte wünschen sich eine Sicherheit, indem das Portal passwortgeschützt ist, sodass nicht jeder in die Daten reinschauen kann (vgl. I-3-11).

Erkenntnisse zum Patient*innenportal für die Zielgruppe 3

Die pflegenden Angehörigen geben durchweg an, bisher noch kein Patient*innenportal in der Form, in der es in ReKo angeboten wird, genutzt zu haben. Die Mehrheit der Befragten wusste nicht, dass es in ReKo ein Patient*innenportal für Teilnehmende des Projektes geben wird und keiner der pflegenden Angehörigen hat dieses Patient*innenportal bisher genutzt.

Funktionen des Portals

Eine oft genannte Wunschfunktion im Patient*innenportal von ReKo ist die Buchung von (Fach-) Ärztinnterminen, wobei die Unzufriedenheit über lange Wartezeiten deutlich wird, und eine digitale Buchung als Lösung für pflegende Angehörige gesehen wird (vgl. I-3-15). Abbildung 145 zeigt eine Zusammenstellung aller gewünschten Funktionen.

Buchung von Arztterminen

- Reduzierung von Wartezeiten
- Mehr Unterstützung für die Patient*innen

Chatfunktion

- Hilfestellung und Erfahrungsaustausch
- Austausch mit Ärzt*innen, Case Manager*innen und anderen Pflegeangehörigen

Erinnerungsfunktion

- Check-up Termine und Routineuntersuchungen
- Medikationseingabe, Nachbestellung von Medikamenten und auslaufenden Rezepten

Lexikon zur Informationsbeschaffung

- Qualifizierte Informationen zum Pflegebereich
- Antworten auf häufige Fragen

Hilfsangebote und Ansprechpartner

- Zur Suche von Ärzt*innen und Ansprechpartner*innen vor Ort

Videosprechstunden

- Besprechungen zum Krankheitsverlauf mit Ärzt*innen

Abwicklungsplattform

- Zugriff auf Patienten und Notfallakte
- Datenaustausch

Digitalisierung des Schriftverkehrs

- Medikation, Rezepte, Überweisungen, Beschaffung von Medikamenten

Gesetzliche Unterstützung

- Übersichtliche Darstellung von Unterstützungsangeboten
- Formularhilfen

Weitere gewünschte Funktionen

- Kontinuierliche Glukosemessung von Diabetespatient*innen
- Unterhaltungskomponente (Online-Gesellschaftsspiele)
- Stand zum ReKo-Projekt

Abbildung 145: Gewünschte Funktionen des Portals aus Proband*innensicht

Eine weitere wichtige Funktion ist die Chatfunktion zum Austausch mit anderen pflegenden Angehörigen in einem Forum (vgl. I-3-18), um Erfahrungen zu teilen und gegenseitige Hilfe zu ermöglichen. Es besteht auch der Wunsch nach vereinfachter Kommunikation mit Ärzt*innen und Case Manager*innen (vgl. I-3-20). Die Proband*innen hoffen auf Erinnerungsfunktionen für Termine, insbesondere Check-Ups und Routineuntersuchungen bei Ärzt*innen (vgl. I-3-15). Eine spezifische Anfrage betrifft eine Erinnerung zur Medikamenteneinnahme, die Allergien oder Unverträglichkeiten berücksichtigt (I-3-10) sowie Erinnerungen, wann Medikamente nachbestellt werden müssen (vgl. I-3-20), um die Compliance zu steigern und Aufwände zu reduzieren.

Die Befragten wünschen sich ein Pflegelexikon im Patient*innenportal für seriöse Informationen (I-3-15) und die Suche nach Hilfsangeboten und Ansprechpartner*innen, ähnlich zur ReKo-Homepage (vgl. I-3-19 und I-3-17). Auch die Möglichkeit von Videosprechstunden wird genannt (vgl. I-3-9), wobei der Fokus auf digitale Besprechungen von Krankheitsverläufen und körperlichen Veränderungen liegt. Das Patient*innenportal sollte als zentrale Abwicklungsplattform dienen, wobei spezifische Daten für bestimmte Personengruppen freigegeben werden können, um Aufwände zu minimieren (vgl. I-3-12). Die Integration der Notfallmappe mit relevanten Daten, wie Patient*innenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Medikationen, wird betont (vgl. I-3-4), ebenso wie Schnittstellen für den Notfallzugriff durch Rettungsdienste (vgl. I-3-4). Weitere relevante Funktionen sind ein digitaler Medikationsplan, die digitale Bestellung von Medikamenten und Überweisungen. Einige Befragte wünschen sich Online-Bearbeitung von Rezepten, um Zeit zu sparen (vgl. I-3-7), und auch die Möglichkeit, Medikamente online zu bestellen, besonders außerhalb der regulären Öffnungszeiten von Apotheken (vgl. I-3-20).

Die pflegenden Angehörigen erwarten Informationen zu gesetzlichen Unterstützungsangeboten im Patient*innenportal, um den sich ändernden Regelungen und Ansprüchen gerecht zu werden (vgl. I-3-15). I-3-11 betont die Bedeutung einer klaren Übersicht über mögliche Ansprüche und Angebote, besonders für Neu-Pflegende, um Unsicherheiten zu reduzieren. Die Idee eines Starter-Pakets für pflegende Angehörige und Formularhilfen für die einfache Ausfüllung von Unterlagen werden ebenfalls genannt. Ein Patient*innenbuch zur Berechnung von Bedarfen und Ansprüchen wird als hilfreich für pflegende Angehörige gesehen (vgl. I-3-20). Weitere nützliche Funktionen könnten die Verknüpfung des Patient*innenportals mit einem Zuckermessgerät (digitales Diabetes-Tagebuch) für Diabetiker sein (vgl. I-3-16) und die Integration einer sozialen Unterhaltungs-Komponente, die Online-Gesellschaftsspiele mit anderen Betroffenen ermöglicht (vgl. I-3-3 und I-3-4). Zudem wird befürwortet, dass die bisherigen ReKo-Leistungen übersichtlich im Patient*innenportal dokumentiert und abrufbar sind.

Erwarteter Mehrwert des Portals

In Bezug auf die Nutzung des Patient*innenportals werden von Seiten der ZG 3 einige Vorteile und Mehrwerte identifiziert. Ein Mehrwert wird I-3-9 zufolge in einer Erleichterung und Anstrengungsreduktion gesehen, wenn man über das Portal digital mit Ärzt*innen kommunizieren und Daten austauschen könnte, da er/sie ihre pflegebedürftigen Eltern dann nicht mehr ständig zu Ärzt*innen fahren müsste. Ein weiterer Vorteil wird in der erhöhten Flexibilität gesehen, sodass man auch zu Tageszeiten digital Fragen an Personen der Versorgungspraxis stellen kann, an denen man sonst keinen mehr erreichen würde (vgl. I-3-11). I-3-20 sieht den Vorteil auch darin, dass die Infos per E-Mail oder per Sprachnachricht von Ärzt*innen zu den Zeiten abgerufen werden können, zu denen es den pflegenden Angehörigen passt. Zudem besteht auf Seiten der Befragten der Mehrwert auch darin, dass ein schnellerer Kontakt zu den Case Manager*innen und Ärzt*innen aufgebaut werden kann und ebenso schnell Antworten bekommt. Dies würde in Zeiteinsparungen resultieren und zu einem geringeren Aufwand führen (vgl. I-3-6). Für I-3-20 besteht der wichtigste Vorteil in der Sicherheit, nichts zu vergessen. Dies treffe insbesondere auf diejenigen pflegenden Angehörigen zu, die eine Doppelbelastung durch den Beruf haben. Das Portal könnte daher

den Proband*innen Sicherheit geben, keine Termine zu vergessen, indem beispielsweise Erinnerungen in das Portal eingepflegt werden können.

Ein weiterer Vorteil des Portals wird in der Übersichtlichkeit gesehen. Durch die digitalen Ärzt*innenbefunde, -berichte und Medikationspläne können alle Dokumente zentral an einem Ort abgelegt und gespeichert werden. Hierdurch entsteht nicht nur der Vorteil bei den Proband*innen selbst, sondern auch z. B. bei den Hausärzt*innen, die direkt alle Befunde und Medikationen an einem Ort einsehen können (vgl. I-3-16). Die Übersichtlichkeit ist I-3-4 zufolge insbesondere bei Notfällen von entscheidender Bedeutung, wenn es um schnelle Entscheidungen geht und so viele Erkrankungen vorliegen, dass sonst schnell der Überblick verloren gehen könnte.

Herausforderungen bei der Portalnutzung

Bei der Einarbeitung sowie der generellen Nutzung des Patient*innenportals werden von den pflegenden Angehörigen diverse Herausforderungen und potenzielle Schwierigkeiten herausgestellt. Die Herausforderungen bei der Einarbeitung werden insbesondere in der Überwindung gesehen, sich mit etwas Neuem und Fremden auseinanderzusetzen (vgl. I-3-15). Ein Problem könnte in fehlender Unterstützung liegen, weshalb es I-3-16 zufolge wichtig ist, eine*n Ansprechpartner*in zu haben, an den man sich bei Fragen und Problemen wenden kann. Laut I-3-18 ist die Komplexität des Patient*innenportals ein Problem, das für Personen mit geringen IT-Fähigkeiten und -Erfahrungen die Nutzung weiter erschwert. Ein weiterer Nachteil wird darin gesehen, dass die Einarbeitung und Nutzung als zeitaufwendig eingeschätzt wird und Zeit insbesondere bei pflegenden Angehörigen sehr rar ist, sodass I-3-13 die Zeit für die Nutzung des Portals eher in andere Dinge stecken würde. I-3-7 hingegen erwartet bei der Nutzung keine großen Probleme und schätzt es als selbsterklärend ein. Ihm/Ihr zufolge liegt die Schwierigkeit der Nutzung hauptsächlich bei älteren Personen. Des Weiteren wird eine Herausforderung in mangelnder Netzabdeckung und unzureichendem Breitbandausbau gesehen. Häufig ist die Internetabdeckung in der tt ausbaufähig, welches die Nutzung erschweren könnte. Diese Verbindungs- und Internetprobleme werden von vielen Proband*innen genannt (vgl. I-3-16). Eine Sorge wird I-3-13 zufolge auch darin gesehen, dass durch die zunehmende Digitalisierung das Gefühl aufkommt, ein

„gläserner Mensch“ (I-3-13)

zu werden, indem jegliche Daten über die eigene Person digital erfasst werden und in Portalen oder ähnlichen Apps hinterlegt sind. Die sich immer weiter entwickelnde Digitalisierung wird auch mit potenziellen Hackerangriffen in Verbindung gebracht. Hierbei besteht die Befürchtung, dass eventuell sensible Daten wie z. B. die Kommunikation mit Ärzt*innen oder Gesundheitsdaten wie bspw. ein Medikamentenplan in die Hände von Hacker*innen oder Dritten gelangen (vgl. I-3-7).

Nutzungsabsicht

Die überwiegende Mehrheit der Befragten gibt an, dass Patient*innenportal in Zukunft nutzen zu wollen. Lediglich zwei Befragte sehen keinen Vorteil in der Nutzung und können sich nicht vorstellen, das Portal für sich und ihre zu pflegenden Angehörigen zu nutzen. Für I-3-8 ergibt sich kein Mehrwert durch das Portal, da er/sie bereits örtlich gut mit der Versorgungspraxis vernetzt sei und Kontaktaufnahmen schnell und unkompliziert möglich seien. I-3-13 sieht es

ähnlich und sieht durch digitales Ausfüllen keine Erleichterung in seiner/ihrer Situation. Seiner/Ihrer Meinung nach ist ein Patient*innenportal eher etwas für jüngere Menschen und eine Generationenfrage. In Bezug auf eine potenzielle zukünftige Nutzung des Portals, werden bei einigen Interviewten zudem Berührungsängste deutlich und es stellt sich heraus, dass sich einige Proband*innen erst langsam an das Portal herantasten möchten, bevor sie es final nutzen würden (vgl. I-3-14). In diesem Zusammenhang zeigt sich, dass ein Umdenken stattfinden muss, bevor eine neue Plattform aktiv genutzt wird, insbesondere bei Personen, die eine geringe Technikaffinität aufweisen (vgl. I-3-15). Diejenigen, die sich vorstellen können, das Patient*innenportal zu nutzen, geben weitestgehend an, dieses bei Bedarf nutzen zu wollen. Bedarfe ergeben sich demnach durch einen Krankheitsfall oder anstehende Arzt*innenbesuche (vgl. I-3-7). Laut I-3-009 besteht eine Nutzungsabsicht auch bei Unklarheiten oder Fragen an die Case Manager*innen, wenn Termine geplant werden müssen oder auch wenn Tabletten bestellt werden (vgl. I-3-4).

Einige der ZG 3 erwarten, dass sie das Portal als festen Bestandteil des Alltags regelmäßig nutzen würden (vgl. I-3-11). Hierbei stehen die Neugierde und die Suche nach Neuigkeiten im Vordergrund. (vgl. I-3-19 und I-3-9).

Design und Bedienbarkeit

In Bezug auf die Bedienbarkeit des Patient*innenportals geben die Proband*innen der ZG 3 an, dass das Portal intuitiv, einfach, übersichtlich und selbsterklärend aufgebaut sein sollte (vgl. I-3-12). In diesem Zusammenhang werden auch erklärende Beschriftungen als vorteilhaft angesehen, die die Bedienbarkeit positiv beeinflussen könnten, was auch von I-3-6 gewünscht wird. I-3-5 wünscht sich eine step-by-step-Anleitung, die die einzelnen Schritte zur Nutzung verständlich aufzeigt. Zudem sollte das Öffnen zum Nutzen des Portals schnell gehen (vgl. I-3-10). I-3-11 wünscht sich zudem eine einfache Sprache, sodass man nicht allzu viel lesen muss. Ein Wunsch zur Bedienbarkeit und zum Aufbau des Patient*innenportals liegt den Proband*innen zufolge in einer Menüführung über verschiedene Rubriken (vgl. I-3-11). I-3-11 beschreibt den optimalen Aufbau des Menüs als

„beschriftet und aufgebaut, wie ein Seniorenhandy“.

Dies unterstreicht den Bedarf eines intuitiven, minimalistischen Portals, das für alle Altersgruppen verständlich und übersichtlich aufgebaut ist. Generell lässt sich feststellen, dass die Befragten über die Bedienbarkeit und den Aufbau des Portals keine präzisen Angaben machen könnten. Ihnen fehlt teilweise die Vorstellungskraft, sich dieses Portal final vorzustellen und Designwünsche zu äußern. Dies erklärt, weshalb die Bedienbarkeit und das Design des Portals von ihnen nur relativ oberflächlich beschrieben wurden.

Endgeräte

Als potenzielle Endgeräte zur Nutzung des Patient*innenportals werden sowohl der PC als auch Smartphones und Tablets präferiert. I-3-16 sieht einen Vorteil von PCs in der Sicherheit, da diese nicht so schnell abhanden kommen können wie beispielsweise Smartphones, welche man ständig unterwegs mit sich trägt und verloren oder gestohlen werden könnten. Ein weiterer Vorteil von PCs liegt darin, dass sich dort mehrere Bildschirme verbinden lassen, sodass zeitgleich mehrere Seiten geöffnet werden können (vgl. I-3-17). I-3-4 zufolge ist die Bearbeitung auf dem PC einfacher als von anderen Endgeräten, weshalb er/sie den PC zur

Nutzung des Patient*innenportals bevorzugen würden. Zum konzentrierten Arbeiten, bei welchem häufig auch Notizen gemacht werden müssen, wird ebenfalls der PC bevorzugt (vgl. I-3-7).

Das Tablet wird hingegen als der Mittelweg zwischen PC und Smartphone wahrgenommen. Der Mehrwert wird darin gesehen, dass die Lesbarkeit auf dem Smartphone aufgrund zu kleiner Schriften als schwierig angesehen wird, während der PC häufig als zu groß eingeschätzt wird. Verglichen mit PCs haben Tablets außerdem den Mehrwert, dass sie nicht erst hochgefahren werden müssen, sondern sofort nutzbar und stets handhabbar sind (vgl. I-3-2). I-3-4 sieht in der Tabletnutzung des Weiteren den Vorteil, dass sie auch zu Ärzt*innen mitgenommen werden können, um z. B. Ärzt*innenberichte oder die Krankengeschichte greifbar zu machen und direkt zeigen zu können.

Unterstützung bei der Portalnutzung

Einige Befragte möchten Unterstützung beim Portalgebrauch, während etwa die Hälfte ohne Schulungen selbstständig lernt („learning by doing“). Selbstlernende bevorzugen das Ausprobieren und Experimentieren im Portal (vgl. I-3-16, I-3-20). Einige bevorzugen einen Ansprechpartner für Fragen (I-3-20).

Andere Teilnehmer wünschen Schulungen oder Unterstützung, individuell oder in Gruppen, je nach Präferenz. Gruppenschulungen fördern den Austausch (vgl. I-3-14). Einzelunterstützung ermöglicht personalisierte Anpassungen und erhöht die Effektivität (vgl. I-3-8). I-3-15 bevorzugt Einarbeitung durch Case Manager*innen, die bei Fragen hilft und ins Portal einführt.

IT-Schulung der Zielgruppe 4

Im Folgenden wird die Train-the-Trainer-Schulung des Patient*innenportals vorgestellt, bei der die Case Manager*innen vom IT-Dienstleister bzgl. der Funktionalitäten und Anwendung geschult und Impulse vermittelt werden sollten, wie das Portal den Klient*innen am besten zugänglich gemacht werden kann. Zur Planung der IT-Schulung wurde vorab ein Schulungskonzept von dem IT-Dienstleister synectic erstellt. Ziel der IT-Schulung war allgemein den Umgang und Nutzung der Software Quovero und des Patient*innenportals kennenzulernen und anzuwenden. Zum einen sollten die Teilnehmer*innen die Zugangskonfiguration zum Patient*innenportal beherrschen, damit sie Zugangsdaten einer/s Patient*innen eigenständig anlegen und die Freischaltung einer/s Patient*innen durchführen können. Zum anderen sollen die Teilnehmer*innen die Kommunikationsfunktionen wie Text-, Audio- und Video-Chat anwenden und in der Lage sein, den Patient*innen die Nutzung dieser Funktionen zu erklären. Ein weiteres Ziel der IT-Schulung war, dass durch die Sammlung der Empfehlung für die zukünftigen Patient*innenschulungen und Durchführung einer Live-Simulation einer möglichen Patient*innenschulung, bereits erste Erfahrungswerte gesammelt werden können. Begleitet wird die IT-Schulung durch praktische Übung, sodass die Anwendung des Patient*innenportals direkt erprobt werden kann.

Die IT-Schulung beginnt mit einer Begrüßung der Teilnehmer*innen. Es wird kurz über den Zweck der Schulung informiert sowie über die zur Verfügung stehende Zeit. Es werden die im Folgenden aufgeführten Teile (siehe Tabelle 201) angesprochen und deren ungefähre zeitliche Dauer erläutert. Voraussetzung für den weiteren Verlauf der Schulung ist, dass die

grundsätzliche Bedienung von Quovero bekannt ist und von den Teilnehmer*innen hinreichend sicher beherrscht wird. Daher werden Funktionen wie z. B. Feldtypen (Listen, Datumsfelder etc.) und Konzepte wie Verknüpfungen nicht näher erläutert.

Tabelle 201: Schulungsagenda der Train-the-Trainer Schulung

Teil	Titel	Inhalt
0	Begrüßung und Voraussetzungen	
1	Wie kommt ein/e Patient*in ins Patient*innenportal?	Quovero-Patient*innenportal: Konfiguration Zugang Freischaltungen: Patient*innen, Familienangehörige, Leistungserbringende Zugangsdaten: Erzeugung, Übermittlungsmethoden, temporäre Speicherung
2	Aufruf des Patient*innenportals	Patient*innenportal: Quovero-Oberfläche für Patient*innen Module: Stammdaten, Diagnosen, Termine, Dokumente/Bilder
3	Kommunikation	Text-Chat, Audio-Chat und Video-Chat
4	Demonstration des Text-Chats	Live Demonstration
5	Übungen Chat-Modul	Anlegen eines Patient*innenprofils Freischaltung eines Patient*innen
5.1	Übung Text-Chat	Anmeldung im Patient*innenportal Text-Chat starten
5.2	Übung Video-Chat	Video-Chat starten
6	Termine	Anlage und Übermittlung eines Termins
7	Dokumente/Bilder	Dokumenten/Bilder Upload
8	Vorschläge zur Patient*innenschulung	Empfehlung zur Durchführung einer Patient*innenschulung
9	Simulation einer Patient*innenschulung	Live Demonstration
10	Fragerunde	

Aufgrund der Corona Pandemie wurde die IT-Schulung online in Microsoft Teams durchgeführt und dauerte insgesamt 3,5 Stunden. Zur Orientierung wurde zu Beginn der IT-

Schulung eine Agenda von der Schulungsleistung über den Bildschirm geteilt und verbal erläutert. Die Voraussetzungen für die Schulungen werden genannt und das Unternehmen Quovero vorgestellt. Durch die Teilung des Bildschirms konnte die Schulungsleitung die Handzeichen bzw. Wortmeldungen von den Teilnehmenden nicht wahrnehmen. Auf Nachfrage wurden die Teilnehmenden ermutigt während der gesamten Schulung Fragen zu stellen und nicht erst am Abschnittsende. Bei der Didaktik wurde vermittelt wie die Teilnehmenden bei den Klient*innen Lernappetit durch Erfolgserlebnisse anregen können und die Aufmerksamkeit durch das individuelle Interessensgebiet der/s Klient*innen fördern können. Ein konkretes Konzept für den Wissenstransfer wurde nicht genannt. Es wurden Übungen am Patient*innenportal durchgeführt, aber aufgrund von technischen Schwierigkeiten konnte nicht jede Funktion durch die Teilnehmenden getestet werden. Eine allgemeine Vorstellung im Rahmen eines Rollenspiels wurde erst auf Nachdruck der Teilnehmenden ein Mal vorgetragen. Die Schulungsleitung ermutigt die Teilnehmenden zur Interaktion, beantwortet Fragen und verhält sich ruhig. Die Schulung hatte sich überwiegend auf die Wissensvermittlung um das Patient*innenportal fokussiert, wobei der Praxisbezug von den Teilnehmenden eigenständig vermittelt wurde. Technische Hinweise zum Patient*innenportal wurden ebenfalls genannt. Die Teilnehmenden reagieren auf die Inhalte beispielsweise durch Verständnisfragen oder Verbesserungsvorschläge im Chat. Die Schulung folgte einem 10-Punkte Plan, wobei die didaktischen Inhalte kurz ausfielen und im Laufe der Schulung unvorhergesehene Pausen aufgrund von technischen Schwierigkeiten auftraten. Dabei wurde zuerst der Grundaufbau des Portals erläutert bevor man sich einzelnen Modulen tiefergehend gewidmet hat. Beim Test der Module sind technische Schwierigkeiten aufgetreten. Hintergrundwissen zum technischen Aufbau der Software wurde nicht thematisiert, da der Fokus auf der Anwendung lag. Beim Punkt Verfügbarkeit wurde beobachtet, dass jeder Teilnehmende einen Zugang zu Quovero während der Schulung erhalten hat und sie sollten während der Schulung einen eigenen Account in der Software anlegen. Die Anwendung der Software ist nicht allen Teilnehmenden leichtgefallen, vor allem haben die älteren Teilnehmenden Anwendungsschwierigkeiten gemeldet. Auf Nachfrage wurden in der Testumgebung die Test-Accounts auch nach der Schulung verfügbar gemacht, unter der Bedingung, dass die Teilnehmenden eigenständig diese Accounts löschen.

Zu Beginn der Schulung wurden die Teilnehmer*innen nach ihren Erwartungen gefragt. Die Mehrheit war gespannt, das Patient*innenportal kennenzulernen und seine Funktionen wie den Dokumentenaustausch und die Chatmöglichkeiten zu verstehen. Erwartungsgemäß wurde auch eine einfache Bedienbarkeit betont, und einige Teilnehmer*innen wünschten sich Schulungsmaterialien wie Handbücher oder Videos. Nach der Schulung gaben die meisten Teilnehmer*innen an, dass sich ihre Erwartungen erfüllt hatten, obwohl es Verbesserungspotenziale bei der Nutzung und der Software Quovero, insbesondere der Chatfunktion, gab. Die virtuelle Schulungsdurchführung wurde von den Teilnehmer*innen positiv hinsichtlich der praktischen Anwendungen und des Austauschs aufgenommen, jedoch gab es auch technische Schwierigkeiten, die den Lernprozess beeinflussten.

Im Vergleich der beiden Befragungszeitpunkte $t=0$ und $t=1$ zeigte sich insgesamt eine Verbesserung der Zufriedenheit mit der Schulung: Die anfänglichen Beurteilungen verbesserten sich deutlich nach vier Monaten. Die Wahrnehmung der Nützlichkeit für die Arbeit blieb relativ stabil, während der Lernerfolg gemischt bewertet wurde, mit einigen

Teilnehmer*innen, die weiterhin Schwierigkeiten bei der Anwendung hatten. Die meisten Teilnehmer*innen konnten eine positive Veränderung ihrer Gelassenheit in Bezug auf berufliche Schwierigkeiten berichten. Die Befragten äußerten zudem unterschiedliche Meinungen zur Integration des Patient*innenportals in ihren Arbeitsalltag. Einige fanden es hilfreich, um Kommunikation und Transparenz zu verbessern, während andere noch Herausforderungen bei der praktischen Implementierung sahen.

Zu den vorgeschlagenen Verbesserungen gehörten eine strukturiertere Schulung mit mehr technischer Unterstützung und der Wunsch, die Schulung in Präsenz abzuhalten. Die Reflexionsphase nach dem Training trug erheblich zu vertieftem Verständnis und zur Klärung von Fragen bei, was die Teilnehmer*innen ermutigte, das neue Wissen in ihrem Arbeitsalltag umzusetzen. Obwohl einige Teilnehmer*innen keine spezifischen Erfahrungen mit dem Portal gemacht haben, sahen viele in der Schulung eine wertvolle Grundlage, um das Patient*innenportal erfolgreich in ihre Arbeit zu integrieren. Dennoch wurden Anpassungen an der Software und zusätzliche Ressourcen angeregt, um zukünftige Schulungen effektiver zu gestalten.

Für die Durchführung von zukünftigen Schulungen mit dem Thema „Train-the-Trainer“ können folgende Empfehlungen abgeleitet werden. Zum einen sollte die Anwendung der Software durch einen Pre-Test der Technik sichergestellt werden, damit während der Schulung keine technischen Schwierigkeiten auftreten. Sollten dennoch technische Schwierigkeiten auftreten, dann den Support schnellstmöglich kontaktieren und in der Zwischenzeit die Teilnehmenden mit Schulungsinhalten aktivieren bzw. zeigen wie sie sich in solchen Situationen verhalten sollen. Die Durchführung der digitalen Schulung kann beispielsweise durch eine/n ergänzende/n Moderator*in verbessert werden, der auf die Fragen und andere Belange der Teilnehmenden per Chat reagieren kann. Bei den didaktischen Inhalten zum Wissenstransfer und dem Praxisbezug kann mehr differenziert werden. Durch die Vorstellung eines konkreten Konzepts für den Wissenstransfer, den die Teilnehmenden nach Schulung in der Praxis anwenden können sowie „Best-Practices“ zur technischen Anwendung. Obwohl sich bei der Mehrheit der Teilnehmenden die Erwartungen an die Schulung bestätigt haben, sollte zu Beginn der Schulung ein Erwartungsmanagement angewendet werden und während der Schulung gesteuert werden.

Nutzungsstatistiken

Analog wurden auch die Nutzungsstatistiken in 2023 zum Patient*innenportal erfasst. Dieses stand aufgrund der späteren Bereitstellung insgesamt für einen kürzeren Zeitraum zur Verfügung und wurde insgesamt von wenigen Proband*innen genutzt. Dennoch konnten hier, vor allem hinsichtlich der von Nutzern verbrachten Zeit auf einzelnen Unterseiten, relevante Erkenntnisse abgeleitet werden. Demzufolge hat bei der Nutzung des Patient*innenportals die Chatfunktion mit den jeweils verantwortlichen Case Managerinnen eine zentrale Rolle eingenommen. Außerdem kam dem Dokumentenupload mit der einhergehenden Dokumentenübersicht eine größere Relevanz zugeordnet werden. Für das Patient*innenportal wurde ebenfalls eine Kategorisierung hinsichtlich der aufgerufenen Seiten vorgenommen, sodass die Häufigkeit der einzelnen Seitenansichten ermittelt werden konnte. Dies ist in Abbildung 147 ersichtlich. Daher ist die meistaufgerufene Seite das Dashboard bzw. die Hauptübersicht (340 Ansichten). 197 Aufrufe sind für den Chat hinterlegt

und 97 Ansichten sind bei der Dokumentenansicht zu verzeichnen, welche sowohl die Einsicht in Dokumente als auch den Upload neuer Dateien ermöglicht. Darüber hinaus sind 49 Ansichten für den Kalender und Termine sowie 28 Ansichten für die Stammdaten zu konstatieren.

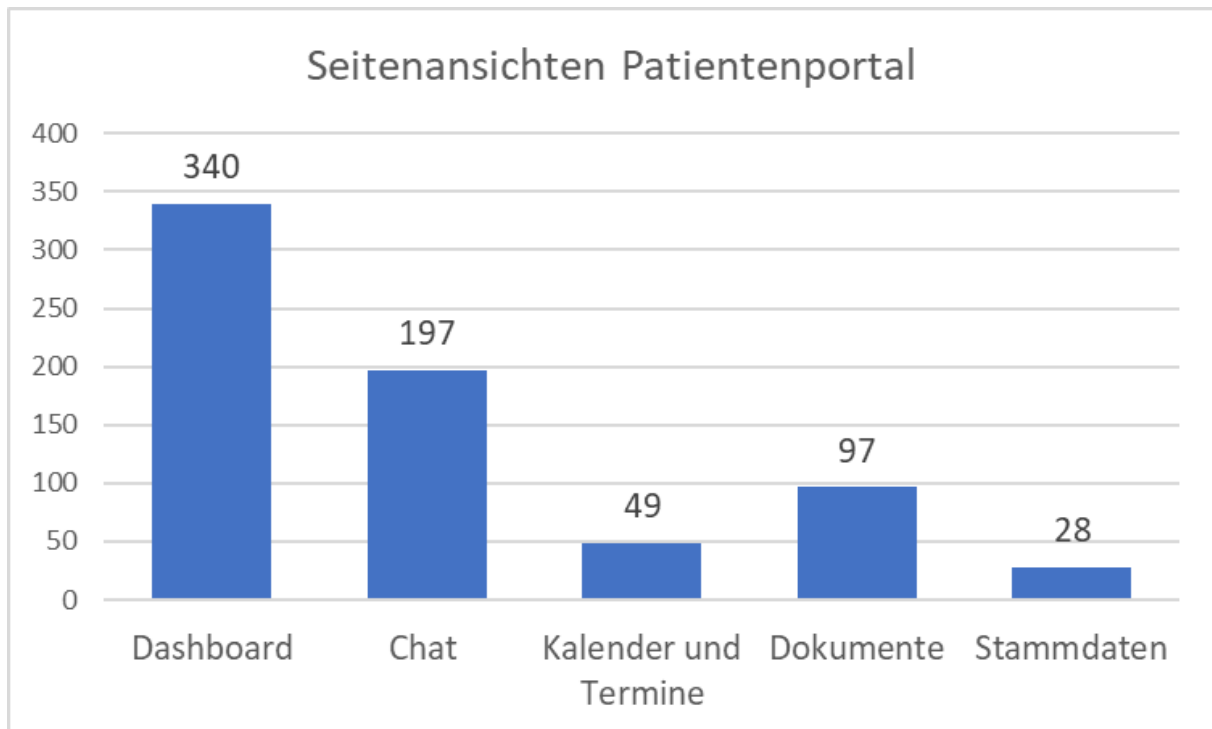


Abbildung 146: Häufigkeit der Seitenansichten im Patient*innenportal

Teildiskussion

In Bezug auf die IT wurden sowohl quantitative als auch qualitative Methoden verwendet, um den Umgang der Zielgruppen mit den entwickelten Softwarelösungen zu evaluieren. Während die quantitativen Erhebungen keine signifikanten Veränderungen im IT-Umgang aufzeigten, lieferten die qualitativen Befragungen ein detaillierteres Bild des IT-Verhaltens der Leistungserbringenden und -empfangenden.

Insbesondere zeigte sich bei den Leistungsempfängenden vor der Intervention eine **generell geringe Technikaffinität**. Einige Befragte fühlten sich durch die Digitalisierung sozial ausgeschlossen, was jedoch nicht zu einer erhöhten Bereitschaft für Schulungen oder Fortbildungen führte. Vielmehr wurde die **Auseinandersetzung mit IT-Themen im fortgeschrittenen Alter als wenig lohnenswert** erachtet. Einige Befragte empfanden die Überwindung der Hürden bei der Nutzung digitaler Geräte als zu anstrengend und neigten daher zur Ablehnung. Nach der Einführung des Patient:innenportals zeigte sich weiterhin eine begrenzte Technikbereitschaft, trotz der Verfügbarkeit des Portals. Zwar nutzen die Interviewten verschiedene Endgeräte, dennoch blieben bestehende Gewohnheiten, wie die Verwaltung von Terminen auf Papierkalendern, weitgehend erhalten. Jedoch äußerten einige Probandinnen nun den **Wunsch, besser mit IT umgehen** zu können, insbesondere um gesellschaftliche Teilhabe zu verbessern. Häufig erfolgte der Umgang mit IT nun durch Unterstützung von Familienmitgliedern.

Aus Sicht der Leistungserbringenden wurden verschiedene positive Effekte des ReKo-Portals festgestellt. Der größte Mehrwert liegt in der **verbesserten digitalen Vernetzung und der damit verbundenen Zeitersparnis**. Durch digitale Vernetzung und digitalen Datenaustausch könnten Prozesse wie Rezeptabwicklungen und Medikamentenbestellungen verkürzt und effizienter gestaltet werden, indem Fahrtwege zwischen Ärztinnenpraxen, Apotheken und Pflegediensten sowie Telefonate und Post- sowie Faxesendungen reduziert werden.

Probleme werden bei allen Softwarelösungen insbesondere im Bereich des **Datenschutzes** gesehen. Befragte betonen die **Bedeutung individueller Einstellungen und der Selbstverwaltung ihrer Daten**. Insbesondere Ärzt*innen wird das höchste Vertrauen zugeschrieben, während andere Nutzergruppen nur begrenzten Zugang haben sollten. Datenschutzbedenken beziehen sich auch auf finanzielle Angaben, da die Befürchtung besteht, dass diese zu Ungleichbehandlungen führen könnten. Zusätzlich betonen gerade auch die Leistungserbringenden die Herausforderung einer **Technikaversion im Gesundheitswesen**. Viele Prozesse werden nach wie vor nicht digital, sondern analog über Briefe oder Faxgeräte abgewickelt. Zudem werden die **Komplexität und Vielfalt von Softwarelösungen im Gesundheitswesen** als problematisch angesehen. Durch die Vereinheitlichung und Integration von IT-Lösungen könnten viele Synergien und Zeitersparnisse gewonnen werden.

4 Diskussion der Projektergebnisse

4.1 ReKo-CM verbessert die subjektiv erlebte Versorgungssicherheit

Ein stabiles Sorgenetzwerk aufzubauen und sicherzustellen, birgt einige Herausforderungen und Anforderungen. Oft ist dies durch Unsicherheiten und Unwissenheit zu Leistungsangeboten, aber auch durch individuelle Beeinträchtigungen erschwert. Welchen Einfluss die Einrichtung einer CM-O auf Personen mit (angehender) Pflegebedürftigkeit (ZG 1-2), pflegenden An- und Zugehörigen (ZG 3) und Vertreter*innen der Versorgungspraxis (ZG 4) in Bezug auf das Erleben von Versorgungssicherheit nimmt, zeigen die Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Erhebungen im Prä-Post-Vergleich.

Über die ZG hinweg beschreiben die Menschen ihre Sorgen und Ängste vor instabilen Sorgenetzwerken. Das zeigen die Ergebnisse der qualitativen Erhebungen vor der ReKo-Intervention (t0) eindeutig. Komplexe Problemlagen führten zu einer Überforderung und Überlastung bei der Sicherstellung und Stabilisierung der Versorgung der Betroffenen und stellt die Versorgungspraxis regelmäßig vor Herausforderungen. Nach Analyse der Problemlagen lässt sich die Komplexität von einschlägigen Problemlagen in die Dimensionen ›Individuelle Faktoren‹, ›Sorgerressourcen‹ und ›Regionale Versorgungsstrukturen‹ ausdifferenzieren. Individuelle Faktoren wie gesundheitliche Beeinträchtigungen, pflegerischer Bedarf, fehlende Compliance, Suchtproblematiken oder prekäre Wohnverhältnisse der Menschen mit (angehender) Pflegebedürftigkeit und Überforderung und Überlastung bei der Sicherstellung des Sorgearrangements An- und Zugehöriger, begrenzte Sorgerressourcen durch kleine, instabile oder nicht vorhandene Sorgenetzwerke und die regionale Versorgungsstruktur, die durch fehlende oder mangelnde Beratungs- und

Versorgungsangebote gekennzeichnet sind, führten zu dynamischen komplexen Anforderungen beim Aufbau und der Aufrechterhaltung von stabilen Sorgenetzwerken. Zielgruppen von Case Management sind, dem Stand des Fachdiskurses folgend, Menschen mit multikomplexen Problemlagen, wo sich Arbeitsbereiche professioneller Helfer häufig überschneiden. Eine Person mit komplexen Problemlagen ist nicht in der Lage „mit den ihr verbliebenen Ressourcen ihre Bedürfnisse und Wünsche zu realisieren“. Zur Unterstützung reicht eine einfache Beratung nicht aus, herzustellen ist vielmehr eine „stabile kontinuierliche, und vertrauensvolle Beziehung, um sich ihrer komplexen Situation zu stellen und sie zu verändern“ (Neuffer 2007, S. 419f.).

Über die ZG (ZG 1-4) hinweg wurde der Wunsch nach einer Ansprechperson für versorgungs- und pflegerelevante Herausforderungen geäußert, die fallsteuernd die Lücken in der Versorgung auffängt.

Durch die Einrichtung einer ReKo-CM-O in den Interventionsregionen ist es über die Projektlaufzeit gelungen, Sorgenetzwerke aufzubauen und zu stabilisieren und so zu einer Verbesserung der erlebten Versorgungssicherheit beizutragen. Die Auswertung der Befragung zu den Sorgenetzwerken der Menschen mit (angehender) Pflegebedürftigkeit (ZG 1+2) weisen darauf hin, dass die Anzahl der Personen im Sorgenetzwerk während der CM-Begleitung (t0-t1) signifikant angestiegen ist. Nach einem Jahr ReKo-Intervention gaben bereits 26 % der befragten Personen der ZG 1 bis 2 die ReKo-Case Manager*innen als die verantwortlichste Ansprechperson im Sorgenetzwerk an, die sie am ehesten bei Unterstützungsbedarf kontaktierten. Die qualitativen Ergebnisse zeigen diese Entwicklung noch deutlicher. Hier wird bei den Leistungsempfängenden das ReKo-CM (ZG 1-3) und damit die Verfügbarkeit einer festen Ansprechperson als zentraler Faktor für die Verbesserung der subjektiv erlebten Versorgungssicherheit genannt. Diese Verbesserung zeigt sich durch die soziale Unterstützung, die langfristige Begleitung, die Unterstützung bei administrativen Aufgaben und die Koordination des Sorgenetzwerkes durch die ReKo-Case Manager*innen. Die Beziehung zu den ReKo-Case Manager*innen wird über den Projektverlauf als vertrauensvoll und emotional unterstützend beschrieben. Eine vertrauensvolle, zugewandte Beziehung ist die Grundlage für den Erfolg eines Beratungsprozesses (Großmann 2009; Wendt 2007). Die ReKo-Case Manager*innen ergänzten durch ihre Verfügbarkeit als Ansprechperson das Sorgenetzwerk, welches für die Befragten bereits eine erste spürbare Entlastung und Stabilisierung darstellte. Zudem erweiterten sie das Sorgenetzwerk durch die Informationsbereitstellung zu und die Einbindung und Koordination von informellen und formellen Akteur*innen, um auch langfristig eine stabile Versorgung sicherzustellen. Neben der bloßen Verfügbarkeit, trug die dezentrale, wohnortnahe Verortung der ReKo-Case Manager*innen in den Kommunen der Interventionsregion sowie die aufsuchende Beratung zu einer erlebten Versorgungssicherheit bei.

Eine Zunahme der Versorgungsunsicherheit lässt sich durch die Entwicklung des Belastungserlebens bei den An- und Zugehörigen konstatieren. Die Ergebnisse der quantitativen Befragung (Messung über die HPS-Skala) weisen im Vergleich zur Referenzgruppe zu Beginn der ReKo-Intervention (t0) zunächst ein geringes Belastungserleben auf. Eine mögliche Begründung dafür ist, dass eine Studienteilnahme zeitliche Ressourcen erforderte, die stark belastete (pflegende) An- und Zugehörige eher von einer Teilnahme abhielt. Für An- und Zugehörige demenzerkrankter Menschen wurde in der

IG dagegen eine mittelgradige Belastung mit einem erhöhten Risiko für psychosomatische Beschwerden gemessen (Gräbel und Behrndt 2016; Gräbel und Leutbecher 1993). Im ReKo-Projekt war besonders diese Gruppe relativ stark vertreten, da der Zugang für demenziell erkrankte Pflegebedürftige selbst nicht möglich war. Die Einschreibung und Durchführung der Intervention erfolgten in diesen Fällen eher über und für deren An- und Zugehörige. Weiterhin sind hohe Standardabweichungen vom Summenscore zu allen Erhebungszeitpunkten und für beide Gruppen auffällig. Das Belastungserleben ist demnach aus quantitativer Sicht sehr heterogen verteilt. Die Personen der ZG 3 berichteten dagegen in den qualitativen Interviews vor Beginn der ReKo-Interventionen von zahlreichen materiellen bzw. finanziellen, sozialen, psychischen und physischen Belastungen. Diese zeigten sich durch Begrenzungen der Arbeitszeit bis hin zum Austritt aus der Erwerbstätigkeit, durch Einbußen der freien Alltagsgestaltung, durch einen hohen psychischen Leidensdruck, Überforderung und Überlastung bei administrativen Aufgaben bis hin zu psychischen Erkrankungen wie Burn-Out und bzw. oder körperliche Verschlechterungen des Allgemeinzustandes. Weiterhin beschreiben die interviewten Personen zu t0 vielfach, dass sie sich zu Beginn des CM-Prozesses in einer „Auswegs- und Hilflosigkeit“ befunden haben. Die Situation der pflegenden An- und Zugehörigen kann als kongruent zum wissenschaftlichen Diskurs bewertet werden, in dem vielfach die vielfältigen Herausforderungen aufgezeigt wurden (exemplarisch Rothgang und Müller 2018). Hier sind dringend Entlastungsangebote zu schaffen, die die Situation von pflegenden An- und Zugehörigen verbessern. Brüker et al. (2017) fordert daher ein eigenständiges CM-Konzept für Angehörige. In der Studie von Auth et al. (2018, S. 63) ist die Etablierung von CM für Angehörige „aus einer präventiven sozialpolitischen Perspektive von hoher Bedeutung, sowohl für den Eintritt in die Pflegesituation, aber auch während der häufig langandauernden Phase der Aufrechterhaltung, in der eine fortschreitende Pflegebedürftigkeit immer wieder neue Gestaltungs- und Entscheidungsanforderungen an die Pflegeorganisation stellt.“ Der Beirat zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf hat in seinen Empfehlungen zur Verbesserung der Situation von pflegenden berufstätigen Angehörigen erst kürzlich den Einsatz von Case Manager*innen empfohlen. Pflegende Angehörigen wünschen sich demnach eine „Beratung aus einer Hand“ sowie „eine feste, fachlich kompetente Ansprechperson vor Ort, die die regionalen Angebote kennt und sie kontinuierlich – bei Bedarf und bei sich verändernden Rahmenbedingungen – individuell durch den Pflegeprozess begleitet.“ (Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf 2023, S. 59).

In der Entwicklung des Belastungserlebens der standardisierten Werte der An- und Zugehörigen zeigt sich zwischen beiden Gruppen (IG und KG), dass der Verlauf signifikant unterschiedlich ist. In der KG, welche keine Begleitung durch das ReKo-CM erfuhr, kann eine signifikante Zunahme des Belastungserlebens von pflegenden An- und Zugehörigen zwischen t0 und t1 nachgewiesen werden, die auf progrediente Pflegeverläufe und entsprechend zunehmende Anforderungen und objektive Belastungen der Pflegenden zurückzuführen ist. Nimmt man vergleichbare Phänomene und Entwicklungen auch für die IG an, verweist das hier stagnierende bzw. leicht sinkende Belastungsniveau zwischen t0 und t1 darauf, dass das ReKo-CM sich präventiv auf eine Zunahme des Belastungserlebens auswirkt. Zwischen t1 und t2 steigt das Belastungserleben der IG allerdings wieder an, was auf den Wegfall der Unterstützung durch das ReKo-CM zurückgeführt werden könnte. In der KG ist ein kontinuierlicher Anstieg erkennbar. Die Werte der IG und der KG gleichen sich aufgrund dieser Entwicklung im Zeitverlauf an und unterscheiden sich bereits zu t1 nicht mehr signifikant. Die

Auswertung der qualitativen t1-Erhebungen zeigt auf, dass pflegebezogenes CM für eine subjektive und objektive Entlastung (Gräbel und Behrndt 2016) sorgen kann. Objektive Entlastung konnte erreicht werden, indem auf der Dimension der materiellen und finanziellen Belastungen bspw. durch die Erweiterung des Sorgenetzwerkes und Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit, die Ermöglichung einer beruflichen Weiterentwicklung oder die Durchsetzung eines unbeachteten sozialrechtlichen Leistungsanspruches, eingewirkt wurde. Auch die seelische Belastung wurde reduziert, indem Behandlungsoptionen und begleitende Dienste für stark belastete pflegende An- und Zugehörige mit psychischen Erkrankungen aufgezeigt und vermittelt wurden. Einschränkungen des sozialen Lebens konnten durch die Vermittlung von Angeboten zur Betreuung der zu pflegenden Personen gemindert und die eigene Gesundheit gestärkt werden. Die Ergebnisse der Interviews mit den An- und Zugehörigen zeigen allerdings auch auf, dass das ReKo-CM keinen Einfluss auf den allgemein belastenden Umstand hatte, der mit der Rolle als zuständige An- und Zugehörige und den prodienten Verläufen der zu Pflegenden zusammenhängt.

Die Akteur*innen der Versorgungspraxis gaben in den Erhebungen zu Beginn der ReKo-Intervention (t0) an, bei der Begleitung von komplexen Problemlagen regelmäßig an ihre Grenzen zu stoßen. Dies führte zu Überlastungen und Unsicherheiten der Zuständigkeit sowie zu zusätzlichen Arbeiten, die zum einen aus personeller und zeitlicher Knappheit nicht zu bewältigen und zum anderen leistungswirtschaftlich nicht abrechenbar sind. Oft berichteten die Leistungsanbieter*innen entgegen ihrem beruflichen Ethos handeln zu müssen, indem umfangreiche Begleitungen der Hilfe- und Ratsuchenden nicht in Gänze erfüllt werden können. In den Ergebnissen der Evaluation der PSPs nach Braeseke et al. (2018b) stellte sich beispielsweise heraus, dass knappe personelle Ressourcen in den PSPs dazu führen, dass „ein Anspruch an vielfältige Kooperations- und Vernetzungstätigkeiten angesichts dieser Situation nicht erfüllbar ist.“ (ebd. S. 189). Weiterhin wird das CM beispielsweise in Form der Pflegeberatung nach §7a SGB XI meist nicht konzeptionell durchgeführt (Wolff et al. 2023). Laut Braeseke et al. (2018a) führen neben der personellen Struktur auch nicht ausreichende Refinanzierungen des Versorgungsauftrages zu nicht gedeckten Versorgungsbedarfen, die nicht zuletzt auch eine sektorenübergreifende Kooperation erfordere. Der Sachverständigenrat (SVR) stellt in seinem Gutachten aus dem Jahr 2009 bereits fest, dass für die zugeschriebenen hausärztlichen Tätigkeiten in Koordination und Fallsteuerung keine Kapazitäten vorhanden seien (Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009). Unter dieser Maßgabe werden Forderungen im Siebten Altenbericht laut, dass zukünftige koordinierende und fallsteuernde Tätigkeiten an „hierfür zusätzlich qualifizierte Professionen (z. B. Fachkräfte aus der Pflege und der sozialen Arbeit als Case-Manager und -Managerinnen) zu übertragen“ seien (BMFSFJ 2016, S. 151). Durch die zunehmende Differenzierung der verschiedenen Leistungen des Sozial-, Gesundheits- und Pflegewesens ist nicht nur eine Person gefordert, die die Begleitung der (angehenden) pflegebedürftigen Menschen sowie ihrer An- und Zugehörigen durch eine transparente Darstellung des Leistungsgeschehens und die Unterstützung zur Sicherstellung eines stabilen Sorgenetzwerkes übernimmt, sondern zudem eine fallverantwortliche steuernde Instanz im gesamten Versorgungsumfeld, die u. a. die Schnittstelle zwischen sozialrechtlich agierenden Akteur*innen darstellt und die Koordination übernimmt.

Die Hypothese, dass sich das Belastungserleben der professionellen Helfer*innen im Verlauf der Zeit in der IG stärker verringert als in der KG kann auf Basis der quantitativen Daten rein deskriptiv bestätigt werden. Signifikante Werte bestehen aufgrund der heterogenen Gruppen jedoch nicht. Hier ist allerdings auch festzuhalten, dass die befragten Gruppen zu den Erhebungszeitpunkten recht heterogen waren und auch die Gruppengröße gering. In der IG zeigt sich zwischen den Zeitpunkten eher eine Verringerung der Arbeitsbelastung, während diese in der KG eher ansteigt. Beide Gruppen sind psychisch weniger belastet als die Referenzstichprobe. Die Herausforderungen bzw. Belastungen scheinen daher eher im Bereich der Koordination und Information zu liegen. In den Interviews mit den Vertreter*innen der Versorgungspraxis nach der ReKo-Intervention gaben diese an, eine Entlastung bei der Versorgung von Menschen mit komplexen Problemlagen zu erleben. Durch die fallsteuernde Übernahme der ReKo-Case Manager*innen, den gemeinsamen Hausbesuchen und die gute Zusammenarbeit fühlten die Interviewten sich sicherer im Umgang mit komplexen zumeist pflegerelevanten aber auch sozialgesetzbuchübergeifenden Anforderungen. Durch die ReKo-Case Manager*innen wurde außerdem neues Wissen zu Leistungsangeboten aufgebaut, wodurch die eigene Handlungskompetenz gefördert und das Netzwerk erweitert wurde.

4.2 ReKo-CM verbessert die subjektiv erlebte Versorgungsqualität

Im Kontext der ReKo-Evaluationen wurde neben der Versorgungssicherheit auch die Versorgungsqualität in den Blick genommen. Ergebnisse sowohl der qualitativen als auch der quantitativen Erhebungen geben einen Aufschluss darüber, welchen Einfluss das ReKo-CM auf die Versorgungsqualität genommen hat.

Zu Beginn der ReKo-Intervention (t0) zeigen die Interviews mit den ZG 1 bis 3 Defizite in der Beratungs- und Versorgungsstruktur auf. Die Menschen berichteten in diesem Zusammenhang insbesondere von fehlenden Kenntnissen und erschwerten Zugängen zu Beratungsleistungen und unvollständigen und erschwerten Informationslagen. Die Informationsbeschaffung zu Leistungsangeboten gestaltete sich als herausfordernd und die Qualität und der Zugang der Beratungsprozesse als heterogen, komplex und kompliziert. Daraus resultierend ist für die befragten Personen ein Informationsdefizit zu sozialrechtlichen Fragen zu konstatieren. Konkret benannten die Personen Unterstützungsbedarfe bei den Themen ›Haushalt‹, ›Pflege‹, ›Soziale Teilhabe‹ und ›Wohnraumanpassung‹. Mit Blick auf Pflegeberatungsleistungen in Deutschland sind entsprechende Defizite bekannt (Wolff et al. 2020; Bruker und Klie 2018; Hielscher et al. 2017). In der Erhebung von Hielscher et al. (2017) gaben knapp ein Drittel der befragten Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen an, dass ihnen keine Informationen zu Pflegeberatungsleistungen vorlagen. Bei Wolff et al. (2020, S. 131) war das Angebot knapp 38 % der erstantragstellenden Versicherten nicht bekannt. Informationsdefizite auf Seiten von Menschen mit Pflegerisiko oder Pflegebedarf sowie bei pflegenden An- und Zugehörigen können zu Unterversorgung führen und die Problemlagen bei den Betroffenen insgesamt verschärfen – dies wird auch aus Perspektive der Leistungsempfangenden kritisch betrachtet (Bruker und Klie 2018).

Die Ergebnisse der Interviews mit den ZG 1, 2 und 3 nach der ReKo-Intervention (t1) zeigen auf, die ReKo-Case Manager*innen stellten Informationen bereit und unterstützten bei der

Koordination und Administration von sozialrechtlichen Leistungen, pflegerischen, medizinischen und psychosozialen Leistungsangeboten, Angeboten zur Mobilitätssteigerung sowie rechtlichen Themen wie der Einrichtung einer Betreuung. Insbesondere die intensive Begleitung durch das ReKo-CM war den befragten Personen bis dahin aus Angeboten der Regelversorgung nicht bekannt. Diese Unterstützung bei der Sicherstellung des Sorgenetzwerkes und die erlebte hohe Zufriedenheit mit dem ReKo-CM führte bei den Menschen zu einer erlebten Verbesserung der Versorgungsqualität.

Im Bereich der Servicequalität erlebten die befragten ZG zum t1-Erhebungszeitpunkt die ReKo-Case Manager*innen als kompetente Fachkräfte, die sich durch ihr Fachwissen, professionelles Handeln, ihren empathischen Umgang, ihre Vertraulichkeit und gute Erreichbarkeit sowie gute Zugänglichkeit, sowohl durch die aufsuchende Beratung als auch die Verfügbarkeit in wohnortnaher Anbindung auszeichnete. Insbesondere der »pflegerische Blick« wurde von den Befragten positiv hervorgehoben. Die Qualifikationsanforderung der pflegerischen Grundqualifikation scheint in diesem Kontext von besonderer Bedeutung für die Falleinschätzung/-bearbeitung zu sein.

Bei den ZG 1,2 und 3 zeigen sich über den Projektverlauf zudem Effekte bei den standardisierten Erhebungen, die auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität weisen. Eine Verbesserung der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit ließ sich für diese ZG zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 in der IG nachweisen. Dieser Effekt bleibt bei den pflegenden An- und Zugehörigen auch 6 Monate nach der Intervention (t2) bestehen. Die Verbesserung der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit scheint für die IG somit auch nach dem CM erhalten zu bleiben und damit nachhaltig zu sein.

Auf eine Steigerung der allgemeinen Lebenszufriedenheit (FLZ) verweisen die Ergebnisse der pflegenden An- und Zugehörigen. Hier zeigte sich im Gegensatz zur Kontrollregion, bei denen diese sich sogar verschlechtert hat, eine positive Veränderung. Die ZG 3 war nach der ReKo-Intervention zudem zufriedener mit der Freizeit, während sich auch hier die KG eher verschlechtert hat.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität im Bereich (SF-36) der psychischen Gesundheit verbessert sich im Projektverlauf im Vergleich zur KG für die Menschen mit angehender Pflegebedürftigkeit und den (pflegenden) An- und Zugehörigen. Besonders positive Entwicklungen sind in den Bereichen des psychischen Wohlbefindens, der sozialen Funktionsfähigkeit und der Vitalität erkennbar. Diese positive Veränderung zeigt sich insbesondere bei den komplexen Fällen der ZG 1 und 2. Auch die körperliche Gesundheit verbessert sich bei der ZG 1 und 2 in der IG, allerdings ist dieser Wert nicht signifikant im Vergleich zur KG.

Zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität haben auch die bereits benannten Entlastungen der An- und Zugehörigen in den qualitativen Erhebungen nach der ReKo-Intervention beigetragen. Die ZG 3 gab an, u. a. durch die Stabilisierung des Sorgenetzwerkes, durch Unterstützung bei administrativen Aufgaben und die emotionale Entlastung auch durch die Verfügbarkeit einer festen Ansprechperson und dem Gefühl die Verantwortung zu teilen, der Sorgearbeit deutlich entspannter entgegenzutreten. Innerhalb der Versorgung beschrieben die Befragten eine Umverteilung der Aufgaben, wo durch die Sicherstellung der Versorgung und Erweiterung der Beteiligten im Sorgenetzwerk mehr zeitliche Ressourcen für

die Begleitung und Betreuung der Pflegebedürftigen zur Verfügung stand. In dem Bewusstsein, dass familiär erbrachte Versorgung immer prekärer wird und die Angehörigen zunehmend belastend sind, sind Überlegungen hin zu einem wohlfahrtstaatlichen Engagement zu überlegen (Bode 2015). Dienstleistungsorientierte Länder zeigen bereits, wie eine Entlastung von Angehörigen erreicht werden könnte (Bode 2016; Haberkern und Szydlík 2008).

Die Vertreter*innen der Versorgungspraxis beklagten in den Interviews zu Beginn der ReKo-Intervention (t0) die bereits benannten begrenzten Ressourcen zur intensiven Begleitung von Menschen mit komplexen Problemlagen, es fehlte ihnen zudem an einer fallsteuernden und koordinierenden Instanz, die die Schnittstellen verbindet.

Nach der ReKo-Intervention (t1) konnte bereits eine Entlastung vor allem für den Umgang mit komplexen Fällen konstatiert werden. Aber auch die gelungene Zusammenarbeit mit den Case Manager*innen in bereits bestehende Angebote der Regelversorgung zeigen eine Qualitätsverbesserung vor allem für Menschen mit komplexen Problemlagen. Die befragten Personen der ZG 4, wobei es sich um Personen aus allen Sektoren handelte, benannten bis auf ein/e einzelne/r Vertreter*in der Ärzteschaft, die ReKo-Case Manager*innen als wertvolle Ergänzung der Regelversorgung. Während der Projektlaufzeit ist es gelungen, vor allem in Strukturen in denen die ReKo-Case Manager*innen direkt an bestehende Angebote der Regelversorgung ansässig waren, wie dem Krankenhaussozialdienst, Familienservicebüros oder Pflegestützpunkten, systematische Weiterleitungsprozesse zu etablieren. Auch die Software Quovero konnte dazu in einzelnen Fällen genutzt werden. Nach Ansicht der befragten Vertreter*innen besteht der Mehrwert des ReKo-CM in der Durchführung von gemeinsamen aufsuchenden Beratungen, gemeinsamen Fallbesprechungen, in den Vereinbarungen zu Themenschwerpunkten und der zentralen Steuerung von komplexen Fällen durch die ReKo-Case Manager*innen. In der Versorgungsrealität wird die Netzwerkarbeit häufig durch heterogene Verantwortungsbereiche, gesetzliche Bestimmungen, heterogene Träger und Konkurrenzen be- und verhindert. Ein Verständnis über alle Dienstleistungsbereiche zur Sinnhaftigkeit des CM-Konzeptes und die Erkenntnis des eigenen Nutzens für den jeweiligen Arbeitsbereich sind daher für eine zielführende Netzwerkarbeit und erfolgreiche Case-Management-Implementation erforderlich (Neuffer 2007). Auf die Sinnhaftigkeit und den eigenen Nutzen konnten sich die meisten befragten Personen der ZG 4 aus den Bereichen Krankenhaussozialdienst, Langzeitpflegedienstleistung, kommunaler Beratungsangebote (Pflegestützpunkt, Sozialpsychiatrischer Dienst, Eingliederungshilfe, Jobcenter) verständigen. Die Ergebnisse der qualitativen Erhebung zeigen aber auch, dass die Allgemeinmedizin nicht durch das ReKo-CM erreicht werden konnte. Limitierend ist zu nennen, dass trotz hohem Bemühen nur eine Person aus dem Bereich Allgemeinmedizin für den t1-Erhebungszeitpunkt rekrutiert werden konnte. Die Hintergründe können nur mutgemaßt werden. Gelungen ist die Implementation von CM-Strukturen dagegen vor allem in kommunalen Strukturen und kooperierenden Krankenhäusern. Laut Siebtem Altenbericht sind Case Manager*innen in „Allgemeinarztpraxen, Pflegestützpunkten und geriatrischen Zentren“ einzusetzen, um Allgemeinärzt*innen von ihren zurzeit „nicht wahrgenommenen Aufgaben der Fallsteuerung“ zu entlasten (BMFSFJ 2016, S. 151). Dass eine Implementation von CM-Strukturen in Allgemeinarztpraxen gelingen kann, zeigt beispielsweise das Innofonds-Projekt „Rubin“ (Engler et al. 2023).

4.3 ReKo-CM verbessert den Zugang zum Versorgungssystem

Im Rahmen dieser Evaluationsstudie wurden die Versorgungssysteme des SGB V und des SGB XI untersucht. Diese umfassen sowohl ambulante und stationäre Versorgungsoptionen des SGB V, bspw. Fach- und Hausärztinnen und -ärzte, Krankenhäuser oder die häusliche Krankenpflege, als auch ambulante und stationäre Versorgungsangebote des SGB XI, operationalisiert unter anderem über das Pflegegradesystem. Der Zugang zu diesen Versorgungssystemen kann eingeschränkt sein. Vertikale und horizontale Stratifizierung über soziale Ungleichheiten durch Armut oder Bildungsunterschiede, aber auch durch gleichordnende Unterschiede wie Alter, Geschlecht oder Wohnort sind im Bereich der gesundheitsbezogenen Versorgung nachgewiesen (Knabe et al. 2021; Lampert und Hoebel 2019; Schöllgen et al. 2010; Janßen et al. 2009) und können auch im Zugang zu diesen Versorgungssystemen wirken.

Das ReKo-CM verbessert für die Proband*innen in der IG den Zugang zu den Versorgungssystemen. Dieser Effekt ist sowohl in Bezug auf SGB XI- als auch hinsichtlich SGB V-Leistungen evident. Das ReKo-CM fokussiert in seinem Vorgehen insbesondere komplexe Einzelfälle, die im Rahmen der Regelversorgung unter- oder fehlversorgt sind. Ein eingeschränkter Zugang zu den Versorgungssystemen kann ein Grund einer solchen Unter- oder Fehlversorgung sein. Dieser eingeschränkte Zugang kann in der Komplexität der Einzelfälle begründet sein. Die Komplexität lässt sich aus den Analysen der qualitativen Interviews als eine analytische Ausdifferenzierung von typischen Komplexitätsdimensionen im Kontext pflegespezifischer Bedarfslagen definieren, die als ›Individuelle Faktoren‹, ›Sorgetressourcen‹ und ›Regionale Versorgungsstrukturen‹ bezeichnet werden können. Pflegebezogene Komplexität ist also multidimensional und im Sinne des CMs individuell begründet. Die konkreten Anlässe und Krisensituationen aus den benannten Komplexitätsdimensionen verdichten sich bei komplexen CM-Fällen im Umfeld von Pflegerisiko und -bedarf in der Regel zu Komplexitätsnetzen, die die Klient*innen selbst nicht mehr entflechten können und auch die Akteure der Gesundheitsversorgung regelmäßig an ihre Grenzen bringt. Die Komplexität von Einzelfällen im Umfeld von Pflegerisiko und Pflegebedarf ist nicht allein im Gesundheitszustand und Pflegebedarf von Klient*innen begründet, sondern vielmehr in der Verbindung einer Vielzahl von möglichen Anlässen und Krisenereignissen, die neben gesundheits- und pflegespezifischen Aspekten eben auch weitere lebensweltliche Aspekte sozialer, finanzieller oder auch kultureller Art umfasst. In dieser Gemengelage multidimensionaler Komplexitätsbegründungen kann ein eingeschränkter Zugang zu den Versorgungssystemen begründet liegen.

Für das Versorgungssystem des SGB XI zeigt die Analyse der Pflegegrade, dass 30 % der komplexen Fälle in der IG zu t0 keinen Pflegegrade vorwiesen und erst durch das ReKo-CM hier einen Zugang zum System erhielten, indem sie in t1 einen Pflegegrad anerkannt bekamen. Das ReKo-CM konnte hier bedeutenden Einfluss nehmen, indem es Menschen erreichte, die bislang keinen sozialrechtlich festgestellten Eingang in das Pflegesystem über einen Pflegegrad gefunden haben, obwohl ihre komplexe Pflegebedürftigkeit dies objektiv nahelegt. Der Anteil der Proband*innen der IG, die zu t0 keinen Pflegegrad hatten, konnte zu t1 um 19 Prozentpunkte gesenkt werden. Hier wurden Menschen erreicht, die nun durch einen Pflegegrad Hilfen in Anspruch nehmen können, welche einen progredienten Verlauf in Zukunft

verlangsamen könnten. Dies bestätigen die Ergebnisse in Bezug auf den BI: Zu t0 wies ein hoher Anteil der Proband*innen aus der KG (37,8 %) den Zustand kompletter Selbstständigkeit auf, während dies lediglich bei 8,6 % der Personen aus der IG der Fall war. Allerdings verfügten ähnlich viele Personen aus der KG (30,1 %) und der IG (31,9 %) über keinen Pflegegrad zu t0. Demnach ergeben sich Hinweise darauf, dass ein hoher Anteil der Personen der IG einen Pflegebedarf aufwies, allerdings vor der Intervention keinen Pflegegrad erhalten hatte. Die über die Geschlechter aufgeschlüsselten Analysen zeigten, dass in beiden Stichproben zu t0 besonders Männer keinen Pflegegrad aufwiesen. Zu t1 war dieser Geschlechterunterschied in der IG nicht mehr erkennbar. Dass Männer häufiger zunächst ohne Pflegegrad verbleiben und dann bei Ersteinstufung höher eingestuft werden, ist bekannt. Argumentiert wird mit der abfedernden Rolle der Partnerinnen, die die Pflege- und Sorgeaufgaben häufig lange übernehmen und eine Hinwendung zu Hilfen durch das Pflegesystem erst vollzogen wird, sobald diese Kompensationsleistungen nicht mehr aufrecht zu erhalten sind. Daraus folgt für Männer initial häufig eine Einstufung in einen hohen Pflegegrad (Blüher et al. 2021, S. 97-98). Zu t1 war der Anteil der Männer ohne Pflegegrad in der IG vergleichbar mit dem der Frauen, während in der KG das Ungleichgewicht verblieb. Es scheint, als könne das CM den großen Anteil der Männer ohne Pflegegrad reduzieren. Das würde dann die Angehörigen, besonders die Partnerinnen, entlasten und dazu führen, dass auch Männer früher einen niedrigen Pflegegrad erhalten, der Unter- und Fehlversorgung verhindert.

Die Ergebnisse des interRAI HC-Assessments in Bezug auf die Stabilisierung des Gesundheitszustandes (CHESS) konnten zeigen, dass sich die Stabilität des Gesundheitszustandes in der IG signifikant und vergleichsweise effektstark verbessert. In der KG hingegen nimmt die Stabilität des Gesundheitszustandes signifikant ab. Auch die meisten anderen Indikatoren zeigten in der KG einen Anstieg der Pflegebedürftigkeit. Eine Einstufung in einen Pflegegrad ist aus der Sicht des Gesundheitssystems zunächst mit mehr Kosten verbunden, allerdings ergibt sich in der Folge eine gesundheitlich stabilere Situation, in welcher die pflegebedürftigen Menschen länger verbleiben könnten, ohne in umfangreichere und für das Gesundheitssystem teurere Pflegegrade eingestuft werden zu müssen.

Im Bereich der Krankenhausaufenthalte zeigte sich keine durch das ReKo-CM erklärbare Entwicklung. Die Krankenhausaufenthalte waren in der IG, insbesondere durch das Einschreibungsverhalten der Intervention bedingt, bereits zu t0 höher als in der KG. In beiden Gruppen entwickelten sich die Krankenhausaufenthalte rückläufig, was, insbesondere pandemiebedingt, im Einklang mit der Gesamtentwicklung in Deutschland steht (Augurzky et al. 2023). Eine kurzfristige Reduktion der stationären Krankenhausaufenthalte konnte in der IG durch das ReKo-CM nicht erreicht werden. Ein verbesserter Zugang zum Versorgungssystem und eine erhöhte Inanspruchnahme der zur Verfügung stehenden Hilfeleistungen und Unterstützungen wurde durch das ReKo-CM allerdings auch erst im Zuge der Intervention erarbeitet. Ein gleichzeitiger Rückgang der stationären Krankenhausaufenthalte ist in dieser kurzen Frist nicht zu erwarten. Die dargelegten Befunde eines verbesserten Zugangs zum Versorgungssystem könnten hingegen langfristig einen solchen reduzierenden Einfluss auf die stationären Krankenhausaufenthalte haben. Insbesondere deshalb, weil auch im Bereich der SGB-V-Leistungen die Analysen eine erhöhte Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen zeigen, die ebenfalls mit einem verbesserten Zugang zum ärztlichen Versorgungssystem in Zusammenhang stehen und

stationäre Aufenthalte möglicherweise langfristig substituieren. Im Detail wurde in Bezug auf die ärztlichen Abrechnungskontakte festgestellt, dass vor der Intervention ein signifikanter Gruppenunterschied zwischen IG und KG bestand, der jedoch im Laufe der Intervention ausgeglichen werden konnte. Diese Veränderung wurde insbesondere durch den Anstieg der Abrechnungskontakte und Abrechnungen in der IG ausgelöst, die zu t0 noch weniger Arztkontakte aufwiesen als die KG, zu t1 jedoch das Niveau der KG erreichten. Zusätzlich ist festzuhalten, dass stärkere Effekte bei komplexen Einzelfällen gemessen werden konnten.

Mit einem durch das ReKo-CM verbesserten Zugang zu den Versorgungssystemen und insbesondere den ambulanten Angeboten der Versorgungssysteme, eröffnet sich für die pflegebedürftigen Menschen die Möglichkeit, Leistungen in Anspruch zu nehmen, die perspektivisch einen längeren Verbleib in der Häuslichkeit ermöglichen.

4.4 ReKo-CM erhöht die Inanspruchnahme von Leistungen zum Verbleib in der Häuslichkeit

Neben dem Zugang zu den Versorgungssystemen erhöht das ReKo-CM auch die Inanspruchnahme der Leistungen der Versorgungssysteme, insbesondere jene Leistungen, deren Ziel u. a. der Verbleib in der Häuslichkeit ist.

Die Analysen konnten zeigen, dass vor der Intervention in der durchschnittlichen Inanspruchnahme von Leistungen nach SGB XI und SGB V zwischen den Studiengruppen kein oder nur ein geringer Unterschied bestand. Im Jahr nach der Intervention hingegen konnten Unterschiede festgestellt werden. Die ReKo-CM-Intervention hatte zur Folge, dass die Leistungsanspruchnahme in der IG in beiden Sozialgesetzbüchern anstieg. Auch in der KG stieg die Leistungsanspruchnahme signifikant an, jedoch in geringerem Umfang als in der IG. Angesichts progredienter Krankheitsverläufe und fortschreitender Alterung, aber auch durch in der KG ebenfalls existierende Beratungsexpertisen wie bspw. Pflegestützpunkte, sind diese Entwicklungen erklärbar. Im Bereich des SGB XI konnte dargelegt werden, dass insbesondere ambulante und teilstationäre Leistungen zu t1 in der IG in großem Umfang in Anspruch genommen werden.

Im Rahmen des bereits diskutierten verbesserten Zugangs zu den Versorgungssystemen stieg die Inanspruchnahme von einigen vormals unterversorgten Proband*innen an. Gleichzeitig stieg sie jedoch ebenfalls bei jenen Personen, die auch vor der Intervention bereits Leistungen, jedoch in geringerem Umfang, in Anspruch nahmen.

Dass durch das ReKo-CM die Inanspruchnahme insbesondere ambulanter und teilstationärer SGB XI-Leistungen zunimmt, ist sowohl im Sinne des Vorranges ambulanter vor stationärer Versorgung als auch im Sinne der Pflegegradlogik des SGB XI zu begrüßen. Der Umfang der beantragbaren Leistungen eines Pflegegrades ist gesetzlich festgelegt, die Einordnung in einen Pflegegrad wird durch die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst vorgenommen. Ist ein bestimmter Pflegegrad dem Begutachtungsinstrument folgend für eine pflegebedürftige Person vergeben, so ist es folgerichtig, dass diese Person die mit dem entsprechenden Pflegegrad einhergehenden Leistungen auch in Anspruch nimmt, da der Bedarf dieser Leistungen durch die Begutachtung festgestellt wurde. Personen, die zwar einen Pflegegrad erhalten haben, die entsprechenden Leistungen jedoch nicht in Anspruch nehmen,

müssen folglich als von Unterversorgung bedroht angenommen werden, andernfalls wäre die Einstufung in den entsprechenden Pflegegrad irrtümlich. In einem solchen Fall wäre der gesetzlich festgelegte Vorrang ambulanter Versorgung bedroht, da diese als nicht gewährleistet anzunehmen wäre. Die nach SGB XI als pflegebedürftig eingestuften Personen werden zwar als solche sozialrechtlich anerkannt, nehmen aber die entsprechenden Leistungen nicht wahr. So wird die stationäre Versorgung also nicht durch Ambulantisierung substituiert, sondern möglicherweise durch keine oder eine zu geringe Versorgung. Das CM sorgt in seinem individuellen Beratungszugang und durch darauffolgende Koordinierungsleistungen dafür, dass die durch den Medizinischen Dienst als notwendig eingestuften Leistungen auch in Anspruch genommen werden (können). Das Problem unvollständiger oder fehlender Beratung, bspw. durch die fehlende Aufklärung der Pflegeversicherung über nicht in Anspruch genommene Leistungen, ist bekannt und belegt (Büscher et al. 2023, S. 172; Hielscher et al. 2017). Der Inanspruchnahme der Pflegeleistungen nach SGB XI nach zu urteilen, konnte das ReKo-CM diese Beratungslücke schließen. Dass dieser Effekt bei einer Unterscheidung nach der Komplexität des Einzelfalles unverändert bleibt, eher komplexe und eher weniger komplexe Einzelfälle also gleichermaßen vom CM in Bezug auf die Wahrnehmung der Pflegeleistungen nach SGB XI und SGB V profitieren, zeigt, dass der Bedarf unabhängig von der Komplexität ist.

Neben der gestiegenen Inanspruchnahme von Leistungen zum Verbleib in der Häuslichkeit aus der Pflegeversicherung und den krankenpflegerischen Bereichen der Krankenversicherung stieg auch die Inanspruchnahme medizinisch-ärztlicher Leistungen im ambulanten Bereich, wie man an den gesteigerten ärztlichen Abrechnungskontakten sehen konnte. Eine direkte Auswirkung auf die stationären Krankenhausaufenthalte war in der einjährigen Interventionsfrist, wie bereits diskutiert, nicht nachzuweisen. Die hier gesteigerte Inanspruchnahme könnte, gemeinsam mit der erhöhten Inanspruchnahme der pflegerischen Versorgung, langfristig jedoch reduzierende Effekte auf die stationären Krankenhausaufenthalte zeigen. Im sozialrechtlich verankerten Vorrang ambulanter Versorgung vor stationärer Versorgung ist dieses präventive Potential verankert. Die durch das ReKo-CM wahrgenommene Inanspruchnahme notwendiger ambulanter Leistungen macht eine langfristige Reduktion der stationären Versorgung im Einzelfall erst möglich, da der Vorrang ambulanter Versorgung real durch tatsächliche Versorgung umgesetzt wird. Die vorliegende Evaluationsstudie konnte im Rahmen des interRAI HC-Assessments erfassen, dass das Institutionalisierungsrisiko durch das ReKo-CM konstant gehalten werden konnte, während es in der KG anstieg. Ob die stationäre Versorgung notwendigerweise langfristig tatsächlich gesenkt wird, ist durch weitere, längerfristig angelegte Studien zu erforschen.

4.5 Veränderung der Pflegebedürftigkeit und Institutionalisierungsrisiko

Die ReKo-Intervention stellte Menschen in den Mittelpunkt, die pflegebedürftig oder von Pflegebedürftigkeit bedroht sind. Die Veränderung dieser Pflegebedürftigkeit im Zeitraum der Intervention war ebenfalls Gegenstand der Evaluation. Sie wurde multiperspektivisch in den Blick genommen, vorrangig durch Analysen der Pflegegrade, des BI sowie des interRAI HC-Assessments. Das ReKo-CM konnte auf die Pflegebedürftigkeit der Proband*innen dabei größtenteils keinen reduzierenden Einfluss nehmen. Angesichts progredienter Pflege- und

Krankheitsverläufe ist dies, gerade in einer Studiengruppe komplex pflegebedürftiger Menschen, wenig verwunderlich. Das ReKo-CM konnte jedoch stabilisierend auf die Pflegebedürftigkeit der Proband*innen wirken. Lediglich die kognitive Leistungsfähigkeit verschlechterte sich in der IG, während in der KG, abgesehen vom Bereich der Alltagsbewältigung, die Pflegebedürftigkeit in allen gemessenen Skalen des interRAI HC anstieg. Der stabilisierende Effekt des ReKo-CMs zeigt sich insbesondere in der positiven Entwicklung des CHESS-Scores, der zeigen konnte, dass die Stabilität des Gesundheitszustandes in der IG signifikant zugenommen hat. In der KG hingegen nahm die Stabilität des Gesundheitszustandes signifikant ab. Die Ergebnisse des interRAI HC-Assessments zeigten außerdem, dass die IG zu t0 ein signifikant höheres Institutionalisierungsrisiko aufwies als die KG. Im Zeitraum der Intervention stagnierte das Institutionalisierungsrisiko in der IG, während es in der KG signifikant anstieg.

Der prolongierende Effekt des ReKo-CM auf die Pflegebedürftigkeit und die Steigerung der gesundheitlichen Stabilität kann mit der erhöhten Inanspruchnahme und dem verbesserten Zugang zu den Versorgungssystemen erklärt werden. Durch die qualitativ belegte Funktion der Case Manager*innen als zentrale Ansprechperson, die beratend, koordinierend und vernetzend für die Klient*innen wirkt, werden die Zugänge zu und die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten, wie oben diskutiert, gefördert. Dabei bekommen jene Klient*innen, deren pflegerische Situation eine stationäre Versorgung notwendig macht, eine solche, während in anderen Fällen die ambulante Versorgung intensiviert wird. In der Folge stabilisiert sich der Gesundheitszustand und die Pflegebedürftigkeit stagniert oder entwickelt sich im Vergleich zur KG nur noch verlangsamt. In Folge dessen stagniert, bei einer gelingenden Versorgung das Institutionalisierungsrisiko in der IG, während es in der KG ansteigt.

Festzuhalten ist limitierend, dass sich beide Studiengruppen in Bezug auf ihre Pflegebedürftigkeit und auf das Institutionalisierungsrisiko zu t0 unterschieden. In der IG waren zu t0 20 % der Proband*innen alarmierend von einer Institutionalisierung bedroht, während es in der KG lediglich 10 % waren. Für die eher komplexen Einzelfälle war dieser Unterschied noch größer. Auch der BI und weitere Skalen des interRAI HC-Assessments wiesen die IG zu t0 als signifikant pflegebedürftiger aus als die KG. Inwiefern diese unterschiedlichen Baseline-Ausgangspunkte einen Einfluss auf den Effekt des ReKo-CMs haben, ist nicht abschließend zu beurteilen. Möglich und denkbar ist, dass die in der IG entdeckten Effekte auf einem geringeren Startniveau der Pflegebedürftigkeit, vergleichbar mit dem der KG, im Sinne einer frühzeitigeren Prävention (noch) größer ausfielen.

4.6 Lernende Region

Im Rahmen der ReKo-Evaluation wurde untersucht, inwiefern sich durch das ReKo-Case und Care Management eine Weiterentwicklung von Versorgungs-Mix-Strukturen, regionale Lernprozesse und neuen Netzwerkstrukturen ergeben haben. Dazu erfolgten eine Versorgungsinfrastrukturanalyse und qualitative Erhebungen.

Hinsichtlich der Analyse der Versorgungsinfrastruktur zeigt sich die grundsätzliche Herausforderung der Datenverfügbarkeit. Viele Sekundärdatensätze zu regionalen Strukturen wurden zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten der Infrastrukturanalysen nicht

aktualisiert oder sind zum Zeitpunkt der Veröffentlichung wieder veraltet. Hier besteht ein Problem im Datenmonitoring, da bisher keine umfassenden strukturierten Datenbanken mit einem aktuellen Überblick über die regionalen Versorgungsinfrastrukturen etabliert sind und für gezielte Analysen eine Recherche über verschiedene Datenätze hinweg notwendig ist. Gemeinsame verlässliche Datenquellen schaffen Transparenz und die Grundlage für die Messbarkeit von Entwicklungen (Klie 2020a; Schicker 2008).

Das ReKo-CM war den Analysen folgend gut in die bestehenden regionalen Strukturen integriert und eingebunden und konnte im Projektverlauf Einfluss auf regionale Koordinierungs-, Abstimmungs- und Planungsstrukturen und -verfahren nehmen. Dies zum einen durch das konkrete Handeln/Unterstützen in den konkreten Versorgungsprozessen auf der Mikroebene der Fallbearbeitung und zum anderen durch Aktivitäten zur regionalen Strukturentwicklung auf Basis der einzelfallgebundenen Erfahrungen zu Versorgungsmängeln und Versorgungslücken in der Modellregion. Bei dem Aufgreifen von Impulsen auf strategischer Ebene im Sinne des Care Managements (z. B. bzgl. der Angebotsschaffung), der Umstrukturierung von Prozessen und dem langfristigen regionalen Lernen konnte das ReKo-Projekt erste Impulse geben und die Weiterentwicklung von Strukturen vorbereiten. Dazu wurden innerhalb der ReKo-CM-O eigene Prozesse zum Lernen aus Einzelfällen für die Region und für die Weitergabe an regionale Entscheidungsinstanzen entwickelt, die diese für Netzwerktreffen oder die Erstellung von kommunalen Pflegeberichten nutzen konnten. Objektiv messbare Effekte der nachhaltigen regionalen Strukturentwicklung konnten über die angestellten Infrastrukturanalysen jedoch nicht festgestellt werden – hier bedarf es langfristig angelegter Studien, um entsprechende Effekte systematisch zu untersuchen. Die Etablierung einer sektorenübergreifenden Software (wie Quovero) könnte einen wichtigen Beitrag zu Langzeitstudien dieser Art leisten, insofern sie ein systematisches regionales Datenmonitoring zur regionalen Infrastrukturentwicklung unterstützen.

Hinsichtlich des Transfers und der Übertragbarkeit des ReKo-Ansatzes auf andere Regionen ist die Relevanz des Anschlusses an regional bereits vorhandene Versorgungsinfrastruktur hervorzuheben. Dadurch wird der Schaffung von Parallelstrukturen und Konkurrenzdenken entgegengewirkt. Weiterhin ist die Etablierung von regelhaften Infrastrukturanalysen auf Basis geeigneter Softwareansätze zu empfehlen, um regionale Infrastrukturentwicklung über solide Datengrundlagen betreiben und evaluieren zu können (Jalaß et al. 2024).

4.7 IT-Infrastrukturentwicklung

Für den erfolgreichen Einsatz von IT und Softwarelösungen für das CM im ländlichen Raum sind eine funktionsfähige IT-Infrastruktur sowie Technikkompetenzen und -akzeptanz auf Seiten der Leistungserbringenden und Leistungsempfangenden unerlässlich. Diese Voraussetzungen für eine erfolgreiche digitale Transformation im Gesundheitswesen wurden auch vom Gesetzgeber erkannt und mit entsprechenden Maßnahmen zur Unterstützung der digitalen Transformation hinterlegt. Im Laufe der ReKo-Projektlaufzeit wurden auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene verschiedenste Gesetze und Projekte identifiziert, die sich für eine Stärkung der digitalen Infrastruktur einsetzen. Sowohl der Ausbau von Grundvoraussetzungen, wie ein flächendeckender Breitbandausbau und eine umfängliche Netzabdeckung, als auch die Verbesserung der Integration und der Akzeptanz der

Telematikinfrasturktur konnten im Laufe des Beobachtungszeitraums positive Entwicklungen verzeichnen. Neben den technischen Grundvoraussetzungen sind für einen erfolgreichen Einsatz von IT die Befähigung und Akzeptanz der Nutzenden entscheidend. Die im Zuge der Evaluation durchgeführten Analysen zeigen, dass sich die allgemeine IT-Befähigung und Akzeptanz stark zwischen Nutzergruppen unterscheiden. Aus den quantitativen Erhebungen ging hervor, dass sowohl für die pflegenden Angehörigen als auch für die Gepflegten selbst im Vergleich zu den Leistungserbringenden eine geringere Akzeptanz gegenüber digitalen Lösungen besteht. Die Akzeptanz gegenüber allgemeiner Technologie muss allerdings nicht zwangsläufig einen Einfluss auf die Akzeptanz bestimmter Technologien haben, solange diese die Bedürfnisse älterer Personen adressieren (Hauk et al. 2018). Dies unterstreicht wiederum, dass gerade Technologien, die sich an Gepflegte und pflegende Angehörige richten, genau an die Bedürfnisse dieser Nutzergruppen angepasst werden müssen. Die ReKo-Evaluationen verweisen darauf, dass die ReKo-Interventionen keinen Einfluss auf die allgemeine IT-Akzeptanz, auf das Vertrauen in technologische Strukturen und auf Bedenken zu Aspekten des Datenschutzes auf Seiten der CM-Klient*innen haben. IT-Schulungen wurden auf Seiten der ReKo-Proband*innen zwar begrüßt, hatten aber kaum Einfluss auf die grundlegend begrenzte Technikbereitschaft und das konkrete Nutzungsverhalten in Bezug auf das ReKo-Proband*innen-Portal. Das bedeutet, dass auch bei einer längerfristigen Auseinandersetzung mit IT-Lösungen kein Einfluss auf die IT-Akzeptanz der Leistungsempfahenden zu beobachten war. Im Fachdiskurs wird davon ausgegangen, dass sich die geringe IT-Akzeptanz von Pflegebedürftigen auch bei einem Generationenwechsel fortsetzt (Hauk et al. 2018; Friemel 2016). Dieser Aspekt verdeutlicht, wie entscheidend die Einbeziehung von Nutzergruppen in den Entwicklungsprozess ist, um die Nutzung einer entwickelten Technologie zu gewährleisten.

Die im Projektverlauf iterativ entwickelte Software-Lösung (Quovero) wurde zur Kommunikation im Rahmen der CM-Prozesse zwischen den Leistungserbringenden rege genutzt. Der Fachdiskurs weist allerdings darauf hin, dass Kommunikationstechnologien erst durch flächendeckenden Einsatz ihre Effektivität entfalten können (McIntyre et al. 2021). Gerade das Gesundheitswesen sticht durch die Vielfalt an unterschiedlichen Softwarelösungen hervor. Hier müssen Aspekte der Kompatibilität der Systeme vorangetrieben werden, um den Mehrwert der digital gestützten Zusammenarbeit unabhängig von je konkret verwendeten Softwarelösungen erschließen zu können. Über die Software-Lösung Quovero wurde dazu ein systematischer Anschluss an die Telematikinfrasturktur ermöglicht und zur Nutzung durch das ReKo-CM im Projektverlauf umgesetzt.

4.8 Kosten-Nutzen-Analyse

Für die ökonomischen Evaluationen wurden sowohl die Kosten der Intervention (Personal- und Sachkosten) als auch die individuellen Gesundheitskosten berücksichtigt. Die Ergebnisse der Analysen zeigen, dass sich die Prozesskosten für das ReKo-Angebot im Projektverlauf zunehmend reduzierten. Die reduzierten Kosten im Zeitverlauf lassen sich über wachsende Erfahrungen und Routinen mit der neuen Versorgungsform eines pflegebezogenen CM sowie mit der unterstützenden IT erklären (Halm et al. 2002), die über eine stetig anwachsende

Anzahl an betreuten CM-Fällen pro Case Manager*in deutlich wurde. In der Spitze konnten ca. 66 Fälle parallel durch eine Case Managerin betreut werden. Weitere Effizienzgewinne sind in Zukunft durch die Integration und zunehmende Nutzung der Telematikinfrastruktur zu erwarten, die Prozesse innerhalb des Case Managements erleichtern wird.

Neben den Kosten der Intervention sind Entwicklungen der fallbezogenen GKV-Kosten beobachtet worden. Diese Kosten steigen im Projektverlauf in der IG, während sie in der Kontrollgruppe stagnieren. Auffällig ist, dass sich die beiden Gruppen bereits vor der Intervention unterscheiden, wie bereits zu anderen Fragestellungen der Evaluation festgestellt. Vor der Intervention sind die Kosten innerhalb der Interventionsgruppe bereits um fast 40 Prozent im Durchschnitt, beziehungsweise um über 57 Prozent im Median höher als in der Kontrollgruppe. Gerade die Kosten der stationären Versorgung fallen in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe hoch aus. Bei nicht Berücksichtigung dieses Teilkostenbereichs verändert sich der Unterschied der durchschnittlichen Kosten auf knapp 5 Prozent. Zusätzlich lässt sich bei den stationären Kosten im Zeitverlauf ein starker Rückgang beobachten, der, prozentual gesehen, jedoch sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe auf ähnliche Weise zu beobachten ist. Das deckt sich auch mit den Ergebnissen aus den Analysen zu den Krankenhausaufenthalten und -tagen, auch hier ließ sich kein statistisch signifikanter Unterschied im Zeitverlauf feststellen. Die stark unterschiedlichen stationären Kosten im Zeitraum t0 lassen sich damit begründen, dass viele Proband*innen der IG über Krankenhausaufenthalten rekrutiert wurden (s. Kap. 3.13). Stationäre Aufenthalte können, je nach gesundheitlichem Zustand und Diagnose, auch in den Folgemonaten starke Auswirkungen auf die Gesundheitskosten in anderen Bereichen haben (Salari et al. 2023; Tran et al. 2018). Das lässt den Schluss zu, dass die Kostenveränderungen nicht nur im Zusammenhang mit dem Case Management stehen, sondern teilweise auch mit der erhöhten Anzahl an stationären Aufenthalten in der Intervention zusammenhängt.

Auch die Kosten der Arzneimittel wachsen in der Interventionsgruppe stark an. Allerdings ist hier festzuhalten, dass sie trotz des Anstiegs immer noch unter den durchschnittlichen Kosten der Kontrollgruppe sind. Die Analyse der Arzneimittelverschreibungen deutet nicht auf diese Entwicklung hin. Im Gegensatz zu den Kosten, lässt sich hier kein signifikanter Unterschied beobachten. Das lässt den Schluss zu, dass zwar die durchschnittliche Anzahl der verschriebenen Arzneimittel nicht ansteigt, sondern möglicherweise teurere Arzneimittel verschrieben werden. Es gibt einen deutlichen Anstieg der Krankenhausaufenthalte der Proband*innen kurz vor Start der Intervention. Gerade nach einem Krankenhausaufenthalt, kommt es häufig zu Steigerungen der Arzneimittelkosten (Daliri et al. 2021). Erwartbar ist auch, dass sich neben diesem Effekt, auch die Case Manager*innen mit der Verbesserung der Medikationspläne auseinandersetzen, um so die Gesundheitsversorgung ihrer Klient*innen zu verbessern.

Ein besonders starker Einfluss durch die Intervention des Case Managements lässt sich bei den Pflegekosten beobachten. Festzuhalten ist hier, dass die Pflegekosten bereits zu Beginn der Intervention in der Interventionsgruppe im Durchschnitt 70 Prozent höher als in der KG ausfallen, während sie im Median fast identisch sind. Im Zuge der Intervention kommt es zu einem Anstieg um mehr als 80 Prozent im Durchschnitt, während die Kosten in der Kontrollgruppe sogar leicht fallen. Im Median ist diese Entwicklung noch deutlich stärker zu sehen, mit einem Anstieg um knapp 800 Prozent. Auch dies deckt sich mit den Ergebnissen

der Analysen zu den Pflegeleistungen nach SGB XI, in welchen ein starker Anstieg in der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen zu beobachten war. Durch die Unterstützung der Case Manager*innen bekommen die Proband*innen die Pflegegrade zugeteilt, die mit Blick auf die objektiven Pflegebedarfe (interRAI HC, BI, siehe oben) sachgerecht sind und mit einem größeren Angebot an sozialrechtlich refinanzierten Leistungen einhergehen. Der Zugang zu Pflegeleistungen ist sowohl für Gepflegte als auch für pflegende Angehörige durch hohe Bürokratie aber auch Informationsdefizite und fehlende Zugangsmöglichkeiten erschwert (Lamura et al. 2006). Gerade hier unterstützt das Case Management nicht nur durch Informationen zu gesetzlich legitimierte Leistungen, sondern auch durch Unterstützung bei der bürokratisch-administrativen Umsetzung. Die gleiche Argumentation gilt für die Hilfsmittelkosten und die Kosten der häuslichen Krankenpflege, denn in beiden Fällen lässt sich ein Anstieg von knapp 60 Prozent in der Interventionsgruppe beobachten, während der Anstieg in der Kontrollgruppe deutlich niedriger ausfällt. Festzuhalten ist hier, dass es sich bei einigen dieser Leistungen nicht um wiederkehrende Kosten handelt, sondern Proband*innen von den Case-Manager*innen auch auf einmalige Unterstützungen wie wohnumfeldverbessernde Maßnahmen hingewiesen werden. Zu untersuchen bleibt, wie sich die benannten Kostensteigerungen im Evaluationszeitraum auf die langfristigen Kostenentwicklungen bei komplexen Fällen auswirkt.

Im Rahmen der Kosten-Nutzen-Analyse konnten mehrere Erkenntnisse gewonnen werden. Die stärksten Nutzen-Effekte des Case Managements wurden bei den Messinstrumenten festgestellt, die die Stabilität des Gesundheitszustands sowie die Bewältigung alltäglicher Aktivitäten untersuchen. Jedoch gibt es bisher nur wenige Studien, die sich in ähnlicher Weise mit dem Case Management und der Effektmessung beschäftigten. Die Berechnungen des ICER führten auch nicht zu eindeutigen Ergebnissen, die eine eindeutig bessere oder schlechtere Einordnung ermöglichten. Die probabilistischen Sensitivitätsanalysen zeigten, dass ab einer Zahlungsbereitschaft ab 2.100-3.200 Euro die Wahrscheinlichkeit der Kosteneffizienz für einige der Effektmaße (Barthel, SF-36 (psychische Gesundheit), FLZ (Gesundheit)), über 50 % steigen. Limitationen zu diesen Berechnungen ergeben sich aus den beschriebenen möglichen Verzerrungseffekten. Um abschließende Aussagen über die Kosteneffizienz des ReKo-Case Managements treffen zu können, sind Langzeitstudien erforderlich, die insbesondere die Hospitalisierungsrate sowie weitere SGB V und SGB XI-Leistungen langfristig evaluieren. Zu erwarten ist, dass gerade die positiven Effekte der Messinstrumente der Gesundheit auf längere Sicht nicht nur zu positiven Effekten in Bezug auf die wahrgenommene Gesundheit und Versorgungssicherheit führen, sondern sich auch in langfristiger verbesserter Gesundheit widerspiegeln. Das würde wiederum zu geringeren Kosten der und Belastung des Gesundheitssystems führen.

4.9 Limitationen der Evaluation

Die ReKo-Evaluation untersuchte eine Intervention, die im Projektverlauf konzeptuell und organisatorisch iterativ weiterentwickelt wurde. Dies betrifft etwa Klärungen in Bezug auf die Komplexität der CM-Fälle oder die Unterstützung durch eine iterativ weiterentwickelte CM-spezifische Software. Diese Bedingungen limitieren die Aussagekraft der Evaluationsergebnisse. Grundlegend leistete die vorliegende Evaluation keine

Konzeptevaluation, sondern eine Ergebnisevaluation. Das Konzept des ReKo-CM war kein Gegenstand der Evaluation, was die Aussagen der Ergebnisevaluation limitiert.

In die Intervention konnten keine demenzerkrankten Menschen und Personen in der präfinalen und finalen Lebensphase eingeschlossen werden. Die Evaluation kann folglich über jene Personengruppen keine Aussagen zur Wirkung einer ReKo-CM-Intervention leisten.

Die Evaluation der Wirkungen des ReKo-CM auf die untersuchte Gruppe der pflegenden An- und Zugehörigen untersuchte nicht systematisch die Pflegebedürftigkeit und Erkrankungssituation der pflegebedürftigen Menschen, für die diese Unterstützung leisteten. So konnten keine Rückschlüsse von der Pflegebedürftigkeit der zu Pflegenden auf die gemessene Belastungssituation der An- und Zugehörigen gezogen werden. Zukünftige Evaluationen sollten diesen Zusammenhang in den Blick nehmen, um die Wirkungen des CM systematisch für verschiedene Angehörigengruppen untersuchen zu können.

Die Evaluation fokussierte eine Reihe verschiedener Outcomes und Effekte. In ihrem explorativen Vorgehen zeigte sich dabei, dass in einigen der anvisierten Outcome- und Effektdimensionen keine Veränderungen durch die CM-Intervention nachzuweisen waren, bspw. in der Entwicklung der Krankenhaustage oder der Arzneimittelverschreibung. CM stellt in erster Linie eine soziale Intervention dar. In seinen Handlungen kann CM dann unter anderem medizinisch-pflegerisch (bspw. durch vermittelte pflegerische oder ärztliche Maßnahmen), pharmazeutisch (bspw. durch neu eingestellte Medikationspläne) oder auch sozial (bspw. durch Selbsthilfegruppen) wirken. CM ist jedoch keine systematische medizinische oder pharmakologische Intervention, deren Effekte oder Outcomes hinsichtlich einiger Desiderate kurz- bis mittelfristig sichtbar werden könnten. Eine Limitation der Evaluation ist es daher, dass diese vorrangig soziale Intervention einige Desiderate möglicherweise in der kurzfristigen Betrachtung der einjährigen Intervention nicht erfüllen kann. Die Betrachtungen der Evaluation sind möglicherweise hinsichtlich der potenziellen Wirkungen zu kurzfristig.

Weiterhin limitierend ist die Schwierigkeit des Nachweises von Präventionseffekten. CM kann sowohl akut eingreifen, um bereits eingetretene Krisen zu bewältigen, es kann jedoch auch präventiv eingesetzt werden, um zukünftige gesundheitliche Krisen zu verhindern. Das ReKo-CM betont insbesondere den präventiven Ansatz. Die Wirkungen dieser Präventionsleistungen sind jedoch aus Evaluationssicht schwer messbar: Einerseits ist dazu möglicherweise eine längere Beobachtungszeit notwendig, andererseits aber vor allem eine passgenaue Vergleichsgruppe, die die Präventionseffekte erst sichtbar werden lässt. CM geht in seinem Prozess des Case Findings kriteriengeleitet vor, ist aber gleichzeitig offen für die einzigartige Komplexität eines Einzelfalles. Aus eben jenen Einzelfällen, so das Ziel einer CM-O, soll für die Regelversorgung gelernt werden. Wäre von vorneherein also eindeutig, welche Fälle CM-Fälle sind, benötigte man kein CM, sondern könnte die Regelversorgung entsprechend anpassen, sodass jene identifizierten Fälle ebenfalls adäquat versorgt wären. Dieses fall-induktive Element im Case Finding macht die Auswahl einer Kontrollgruppe auf der Individualebene herausfordernd. Um Präventionseffekte nachweisbar zu machen, benötigt man einen möglichst identischen Einzelfall in einer Kontrollgruppe. Einzig sind die Kriterien dieser Gleichheit in Bezug auf CM im Umfeld von Pflegebedürftigkeit unklar und stellen ein Forschungsdesiderat dar. Darüber hinaus bleibt ohnehin fraglich, ob man bspw. in einem

Propensity-Score-Matching-Verfahren jene Kriterien adäquat berücksichtigen könnte. Limitierend für die Aussagekraft der Evaluation, insbesondere hinsichtlich der Untersuchung von Präventionseffekten, ist also die Auswahl einer geeigneten Kontrollgruppe.

Die Fragebogenerhebungen und die klinischen Assessments waren abhängig vom Mitwirken der Proband*innen, die aufgrund ihrer vulnerablen Situation nicht zu jedem Zeitpunkt bereit oder in der Lage waren, an den Erhebungen teilzunehmen. Trotz umfänglicher Erhebungsbemühungen (Study-Nurses, Telefon-Hotline, mehrmalige schriftliche und telefonische Erinnerungen) konnte keine Vollerhebung erreicht werden. Wenngleich fehlende Erhebungen in Längsschnittstudien üblich sind, können dadurch Selektionseffekte ausgelöst werden, wenn die Nicht-Teilnahme an Erhebungswellen (auch) auf einen kritischen Gesundheitszustand zurückzuführen sein könnte, wie hier anzunehmen ist. In einem solchen Fall nehmen systematisch jene Proband*innen nicht an den Teilerhebungen teil, deren Gesundheitszustand den Einbezug und damit die Wirkung des CM notwendig macht. Die Evaluation ist hier also insofern limitiert, als dass sie Effekte des CM in den Fragebogenerhebungen und den klinischen Assessments möglicherweise unterschätzt.

Verzögerte IT-Entwicklungen in der Umsetzung des Projektes machten die Evaluation der IT-Interventionen herausfordernd. Durch verspätete Bereitstellungen einiger Teile der IT-Intervention konnten keine ausreichend großen Stichproben erhoben werden, die eine belastbare Aussage über die Wirkungen der IT-Intervention bei den Proband*innen zuließen.

5 Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators

5.1 Nachweis der Versorgungsverbesserung im Überblick

Um den Nachweis der Versorgungsverbesserung angesichts der umfassenden und multiplen evaluatorischen Zugriffe nachvollziehen zu können, werden im Unterkapitel 5.1.1 die Hauptergebnisse und Schlussfolgerungen mit Blick auf die antragsgerecht untersuchten Endpunkte dargelegt. Danach folgen sieben Unterkapitel, die dezidiert einzelne Perspektiven der Versorgungsverbesserung behandeln, die sich im Überblick der in den Ergebniskapiteln dargelegten Evaluationen zeigten.

5.1.1 Hauptergebnisse und Schlussfolgerungen hinsichtlich der untersuchten Endpunkte

Hinsichtlich der beiden **primären Endpunkte der Effektevaluation**, Hospitalisierungsrate und Veränderung der Pflegebedürftigkeit, zeigten sich in der Evaluation unterschiedliche Ergebnisse in Bezug auf die Wirksamkeit des ReKo-CM. Zur Frage der Hospitalisierungsrate wurden keine signifikanten Hinweise auf eine reduzierte Wirkung durch das ReKo-CM gefunden. Die Untersuchung der Hospitalisierungsrate ergab, dass die IG zu Beginn der Studie eine signifikant höhere Rate aufwies als die KG. Trotz einer erweiterten Datenbereinigung konnte kein signifikanter Einfluss der ReKo-Interventionen auf die Hospitalisierungsrate im Verlauf festgestellt werden. Methodische Einschränkungen, wie die Einschreibung vieler IG-Proband*innen während oder kurz nach einem Krankenhausaufenthalt und die fehlende Unterscheidung zwischen unterschiedlichen Arten von Hospitalisierungen, könnten die Ergebnisse beeinflusst haben. Untersuchungen zur Veränderung der Pflegebedürftigkeit

wurden entlang der sozialrechtlich anerkannten Pflegegrade auf der einen und entlang der Erhebungen der interRAI-Home-Assessments durchgeführt. In letzterem zeigte sich eine stabilisierende Wirkung des ReKo-CM in der Interventionsgruppe: Die Stabilität des Gesundheitszustandes verbesserte sich in der IG, während er sich in der KG verschlechterte. In der IG konnte durch das CM eine prolongierende Wirkung auf die Pflegebedürftigkeit erreicht und eine schnelle und starke Verschlechterung konnte im Durchschnitt verhindert werden, während die KG stärker pflegebedürftig wurde. Bei angesichts progredienter Krankheits- und Pflegeverläufen üblichen tendenziellen Erhöhungen der Pflegebedürftigkeit ist diese stagnierende Wirkung des CMs als positiver Effekt zu werten. Es zeigte sich in Bezug auf die Einstufung in Pflegegrade nach SGB XI, dass insbesondere in der Gruppe der eher komplexen Fälle eine erstmalige Einstufung in einen Pflegegrad und die damit möglichen Leistungen des SGB XI zu einer Angleichung der Studiengruppen in der Verteilung der Pflegegrade führten und dann in der Gesamtwirkung des CMs zu einer stagnierenden Entwicklung der Pflegebedürftigkeit. Zu t0 waren vor allem die eher komplexen CM-Klient*innen der Interventionsgruppe systematisch in keine oder geringere Pflegegrade eingestuft als die Kontrollgruppe. Festzuhalten ist, dass die Pflegegrade in der IG signifikant stärker steigen als in der KG, wenn auch bei eher geringer Effektstärke. Die Pflegebedürftigkeit hingegen, beobachtbar in den Analysen des BI und des interRAI HC-Assessments, steigt in der KG stärker an als in der IG.

In den Untersuchungen zu den **sekundären Endpunkten der Effektevaluation** konnten vielfältige Wirkungen des ReKo-CMs nachgewiesen werden. Hinsichtlich der Lebenszufriedenheit konnte gezeigt werden, dass die An- und Zugehörigen, die durch das ReKo-CM begleitet wurden, eine signifikant höhere Lebenszufriedenheit nach dem ReKo-CM aufwiesen als die An- und Zugehörigen der Kontrollgruppe. Dieser positive Gesamteffekt ist ebenfalls in Bezug auf die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit evident. Im Hinblick auf die Lebenszufriedenheit der pflegebedürftigen oder von Pflegebedürftigkeit bedrohten Personen, die ein ReKo-CM erhielten, sind keine Wirksamkeitseffekte erkennbar gewesen. Die Studiengruppen unterscheiden sich bereits zu t0 signifikant und weisen daher eine unterschiedliche Ausgangslage auf. Dieser Unterschied bleibt im Zuge der Intervention bestehen - es ist jedoch eine Tendenz der Angleichung beider Gruppen erkennbar, da sich die Lebenszufriedenheit der Interventionsgruppe tendenziell verbessert, während die Kontrollgruppe wenig Veränderungen aufweist. Die Entwicklung der Subskala ›Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit‹ zeigt für die IG eine signifikante Verbesserung des Mittelwertes zwischen den Zeitpunkten t0 und t1. Hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zeigt sich innerhalb der Interventionsgruppe ein signifikant verbessernder Effekt im Bereich der psychischen Subskalen. Besonders positive Entwicklungen sind in den Bereichen des psychischen Wohlbefindens, der sozialen Funktionsfähigkeit und der Vitalität erkennbar. Die Verbesserung zeigt sich insbesondere für als eher komplex eingeordnete ReKo-CM-Fälle. Die Kontrollgruppe weist zu beiden Erhebungszeitpunkten eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität auf, was Vergleiche zwischen den Gruppen erschwert. Die Entwicklungen der körperlichen Lebensqualitätssubskalen waren nicht signifikant. Für die An- und Zugehörigen zeigen sich ähnliche Effekte einer signifikanten Verbesserung der psychischen Lebensqualität - hier sind zu t1 trotz anfänglicher Unterschiede zu t0 keine Unterschiede in der Lebensqualität mehr erkennbar. Die An- und Zugehörigen der Interventionsgruppe haben sich durch eine signifikante Verbesserung der Kontrollgruppe angepasst. Für die körperliche Lebensqualität

zeigt sich ein anderes Bild bei den An- und Zugehörigen: Hier ist der Unterschied zwischen den Studiengruppen zum Zeitpunkt t0 nicht signifikant. Für die IG ergibt sich zwischen t0 und t1 eine Verschlechterung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

In der Anzahl der Arztkontakte zeigte sich vor der ReKo-Intervention ein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG - die Inanspruchnahme sowohl haus- als auch fachärztlicher Leistungen war in der IG geringer. Dieser Gruppenunterschied wurde zu t1 verringert, da die ambulanten Abrechnungskontakte in der Interventionszeit in der Interventionsgruppe signifikant anstiegen. Für eher komplexe Fälle ist dieser Effekt besonders ausgeprägt zu beobachten gewesen. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Ergebnisse auf eine stärkere Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung durch die ReKo-Intervention hinweisen. Die Anzahl der Krankenhausaufenthalte zeigte signifikant mehr Krankenhausaufenthalte in der IG zu t0 als in der KG. Ein großer Teil der ReKo-CM-Fälle wurde an Krankenhäusern in die Intervention aufgenommen, durch ReKo-CMs, die dort ihren Standort hatten. Durch diesen systematischen Rekrutierungsunterschied zur Kontrollgruppe lassen sich die Unterschiede zu t0 erklären. Die Analysen zu den Krankenhausaufenthalten sind dadurch auch in der Folge verzerrt. Sowohl die Analyse der Anzahl der Krankenhausaufenthalte als auch die Ergebnisse der Krankenhaustage deuten darauf hin, dass sich die Entwicklung im Laufe der Intervention in der IG nicht signifikant von der KG unterschied. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die ReKo-Interventionen keinen signifikanten Einfluss auf die Anzahl der Krankenhausaufenthalte und -tage bei den ReKo-IG-Proband*innen nehmen konnten. Angesichts der systematischen Einschreibung in das Projekt an Krankenhäusern der Modellregionen und des damit einhergehenden Unterschiedes zwischen IG und KG war die Feststellung eines potentiellen Effektes allerdings erschwert. Die Analysen zur Entwicklung der Arzneimittelverschreibung zeigten keinen Effekt des ReKo-CMs auf die Arzneimittelentwicklung. In beiden Studiengruppen entwickeln sich die Verordnungen, die Arzneimittelmenge und die Anzahl unterschiedlicher Arzneimittel rückläufig, in der KG gar stärker. Insgesamt, so kann zusammengefasst werden, lässt sich kein gesicherter Effekt des ReKo-CMs auf die Entwicklung von Arzneimittelverschreibungen und die Entwicklung der Arzneimittelnutzung feststellen.

Untersuchungen zur Art und Dauer der Pflegeleistungen nach SGB XI und SGB V konnten zunächst zeigen, dass sich die Nutzung der Pflegeleistungen zwischen der IG und der KG im Zeitraum t0 nicht signifikant unterscheidet. Im Verlauf der Intervention war die Veränderung in beiden sozialrechtlichen Leistungsbereichen in der IG signifikant stärker als in der KG. In beiden Leistungsbereichen führt das CM dazu, dass die Proband*innen der IG im Jahr der Intervention mehr Leistungen in Anspruch nehmen als vor der Intervention. Die ReKo-CM-Intervention hatte damit zur Folge, dass die Leistungsanspruchnahme in der IG in beiden Sozialgesetzbüchern anstieg. Im Bereich des SGB XI konnte dargelegt werden, dass insbesondere ambulante und teilstationäre Leistungen zu t1 in der IG in großem Umfang in Anspruch genommen werden. Das ReKo-CM sorgt in seinem individuellen Beratungszugang und durch darauffolgende Koordinierungsleistungen dafür, dass die durch den Medizinischen Dienst als notwendig eingestuften Leistungen auch in Anspruch genommen werden (können). Zur Frage nach Wirkungen der ReKo-CMs auf privat finanzierte Pflegeleistungen konnten sowohl hinsichtlich Pflege- als auch Alltagsgestaltung und Haushaltsführung keine Effekte nachgewiesen werden.

Hinsichtlich des Belastungserlebens professioneller Leistungserbringer im Umfeld des ReKo-CMs zeigten sich entlastenden Effekte. Quantitativ zeigte sich in der IG zwischen den Erhebungszeitpunkten eher eine Verringerung der Arbeitsbelastung, während diese in der KG eher anstieg. Qualitativ beschrieben die befragten professionellen Leistungserbringer der IG vor der Intervention vorwiegend Herausforderungen bei der Sicherstellung eines stabilen Sorgenetzwerkes bei komplexen Versorgungsbedarfen. Nach der ReKo-CM-Intervention erlebten die Befragten der IG durch das ReKo-CM eine Sicherheit bei dem Aufbau und Aufrechterhalten von instabilen Sorgenetzwerken. Die ReKo-Case Manager*innen ergänzten das fallbezogene Netzwerk und übernahmen eine fallsteuernde Verantwortung, die als Entlastung erlebt wurde.

Auch hinsichtlich des Belastungserlebens der in das ReKo-Projekt eingeschriebenen pflegenden Angehörigen konnten Effekte nachgewiesen werden: War das Belastungsausmaß der IG zum Zeitpunkt t0 noch signifikant höher als das der KG, zeigt sich im zeitlichen Verlauf der Intervention eine Stagnation bzw. ein leichter Rückgang des Belastungserlebens in der IG, während es in der KG kontinuierlich ansteigt. Angesichts progredienter Pflegeverläufe und entsprechend zunehmender Anforderungen und objektiver Belastungen der Pflegenden, die in der KG sichtbar werden, kann von einer das Belastungserleben bremsenden Wirkung durch das ReKo-CM gesprochen werden. Zwischen t1 und t2 steigt das Belastungserleben der IG wieder an, was auf den Wegfall der Unterstützung durch das ReKo-CM zurückgeführt werden könnte. In der KG ist ein kontinuierlicher Anstieg weiterhin erkennbar. Die Werte der IG und der KG gleichen sich aufgrund dieser Entwicklung im Zeitverlauf an und unterscheiden sich bereits zu t1 nicht mehr signifikant. Die Auswertung der qualitativen t1-Erhebungen zeigt, dass pflegebezogenes CM für eine subjektive und objektive Entlastung sorgen kann. Zusammenfassend wird die ReKo-Intervention von nahezu allen interviewten Personen als subjektiv entlastende Unterstützungsleistung beschrieben. Besonders herauszuheben ist die Bedeutung der vielfach beschriebenen Ressource: „soziale Unterstützung“, die durch eine kontinuierliche Begleitung durch das CM ausgebaut und im Sinne eines Sorgenetzwerkes gefördert wurde. Hier spielte vor allem die zentrale Ansprechperson, die die ReKo-CMs darstellen, eine maßgebliche Rolle. Weiterhin wurde auch die Förderung von Ressourcen zur Koordination und Steuerung von administrativen Herausforderungen als wichtige Entlastung durch die Befragten wahrgenommen.

Die durchgeführten Infrastrukturanalysen zur Versorgungsinfrastruktur und zur IT-Infrastruktur gehörten zur **Prozessevaluation** und zeigten keine quantitativ messbaren Veränderungen der Infrastrukturen, die direkt auf das Wirken der ReKo-CM-O zurückzuführen sind. Die sowohl in der IT- als auch der Versorgungsinfrastruktur in den Blick genommenen regionalen Entwicklungen, bspw. der Netzausbau und das eRezept oder die Weiterentwicklung von Angeboten der Tagespflege, sind von größeren bundes-, landes- und kommunal-politischen Prozessen abhängig - die ReKo-CM-O kann hier lediglich als Impulsgeberin agieren und tat dies auch, was in den qualitativen Erhebungen der Infrastrukturanalysen deutlich wurde. Die in den Blick genommenen Entwicklungen sind jedoch ebenfalls quantitativ stark vom Datenzugang abhängig, welcher insbesondere im Bereich der Versorgungsinfrastruktur nicht jährlich aktualisierte Daten bereitstellt und eine dezidierte Analyse einschränkte. Die quantitativen Analysen litten somit unter dem Fehlen eines regelmäßigen regionalen Pflegemonitorings zur Projektzeit. Hinsichtlich der

Zusammenarbeit der ReKo-CM-O im Versorgungsmix der Modellregionen konnte in Interviews mit Leistungserbringern der Regionen eine gelungene Integration in die regionale Versorgungslandschaft aufgezeigt werden. Die Interviewten berichteten meist von erfolgreicher fallbezogener Netzwerkarbeit in Fällen, wo die ReKo-Case Manager*innen in bestehende Angebote der Regelversorgung integriert waren. Des Weiteren beschrieben die Interviewten das ReKo-CM Angebot als wertvolle Ergänzung der Regelversorgung und berichteten von zahlreicher Zusammenarbeit bei meist komplexen Problemlagen. Anfängliche Befürchtungen Doppelstrukturen und Konkurrenz unter den Anbieter*innen zu schaffen, konnten nach der Intervention nicht bestätigt werden. Eine dezentrale Verortung der ReKo-CMs wurde von den Interviewten präferiert. Der niedrighschwellige Zugang zum CM scheint demnach nicht allein für die Leistungsempfänger*innen eine zentrale Bedeutung zu spielen, sondern wurde auch von den Interviewten bei nichtbestehen als Hemmnis für eine fallbezogenen Zusammenarbeit benannt.

Im Rahmen der Untersuchungen zum durch die ReKo-CM-O eingeführten digitalen Ökosystem wurden Gelingenskriterien wie Technikakzeptanz der Leistungsempfänger*innen untersucht. Insbesondere zeigte sich bei den Leistungsempfängenden vor der Intervention eine generell geringe Technikaffinität. Einige Befragte fühlten sich durch die Digitalisierung sozial ausgeschlossen, was jedoch nicht zu einer erhöhten Bereitschaft für Schulungen oder Fortbildungen führte. Vielmehr wurde die Auseinandersetzung mit IT-Themen im fortgeschrittenen Alter als wenig lohnenswert erachtet. Auch nach der Einführung des Patient*innenportals zeigte sich weiterhin eine begrenzte Technikbereitschaft, trotz der Verfügbarkeit des Portals. Zwar nutzen die Interviewten verschiedene Endgeräte, dennoch blieben bestehende Gewohnheiten, wie die Verwaltung von Terminen auf Papierkalendern, weitgehend erhalten. Jedoch äußerten einige Probandinnen nun den Wunsch, besser mit IT umgehen zu können, insbesondere um gesellschaftliche Teilhabe zu verbessern. Häufig erfolgte der Umgang mit IT nun durch Unterstützung von Familienmitgliedern. Aus Sicht der Leistungserbringenden wurden verschiedene positive Effekte des ReKo-Portals festgestellt. Der größte Mehrwert liegt in der verbesserten digitalen Vernetzung und der damit verbundenen Zeitersparnis. Durch digitale Vernetzung und digitalen Datenaustausch könnten Prozesse wie Rezeptabwicklungen und Medikamentenbestellungen verkürzt und effizienter gestaltet werden. Probleme werden bei allen Softwarelösungen insbesondere im Bereich des Datenschutzes gesehen. Befragte betonen die Bedeutung individueller Einstellungen und der Selbstverwaltung ihrer Daten. Zusätzlich betonen gerade auch die Leistungserbringenden die Herausforderung einer Technikaversion im Gesundheitswesen. Viele Prozesse werden nach wie vor nicht digital, sondern analog über Briefe oder Faxgeräte abgewickelt. Zudem werden die Komplexität und Vielfalt von Softwarelösungen im Gesundheitswesen als problematisch angesehen. Durch die Vereinheitlichung und Integration von IT-Lösungen könnten viele Synergien und Zeitersparnisse gewonnen werden.

Die **ökonomischen Analysen** zeigten eine Erhöhung der durchschnittlichen individuellen Gesamtkosten durch das CM. Die Kosten stiegen im Projektverlauf in der IG, während sie in der Kontrollgruppe stagnierten. Ein besonders starker Effekt konnte bei den Pflegekosten festgestellt werden. Weitere nachweisbare Effekte waren bei den Kosten der Medikamente, Hilfsmitteln und ambulanten Versorgung zu beobachten. Auffällig ist, dass sich die beiden Gruppen bereits vor der Intervention unterscheiden, wie bereits zu anderen Fragestellungen

der Evaluation festgestellt. Vor der Intervention sind die Kosten innerhalb der Interventionsgruppe bereits um fast 40 Prozent im Durchschnitt, beziehungsweise um über 57 Prozent im Median höher als in der Kontrollgruppe. Die stark unterschiedlichen stationären Kosten im Zeitraum t0 lassen sich damit begründen, dass viele Proband*innen der IG über ReKo-CMs in Krankenhäusern, also während eines Krankenhausaufenthaltes rekrutiert wurden. Sowohl in der IG als auch in der KG ließ sich eine Kostensenkung im Bereich der stationären Kosten um ungefähr 30 Prozent beobachten, doch trotz der vergleichsweise großen absoluten Werte der Kostenunterschiede konnte hier kein signifikanter Effekt zwischen IG und KG festgestellt werden. Gerade die Kosten der stationären Versorgung fallen also in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe sowohl zu t0 als auch zu t1 hoch aus. Bei Nicht-Berücksichtigung dieses Teilkostenbereichs verändert sich der Unterschied der durchschnittlichen Kosten zwischen IG und KG auf knapp 5 Prozent und wird damit trotz der ebenfalls festgestellten Steigerungen, u. a. im Bereich der Pflegekosten, erheblich kleiner. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Intervention zu höheren Kosten des GKV-Systems führt.

5.1.2 ReKo verbessert die subjektiv erlebte Versorgungssicherheit und -qualität

Die Auswertung der standardisierten Befragung zur Entwicklung von Sorgenetzwerken der Menschen mit (angehender) Pflegebedürftigkeit (Selbsteinschätzung Zielgruppe 1–2) zeigt, dass die durchschnittliche *Anzahl der beteiligten Personen in den Sorgenetzwerken* der durch ein ReKo-Case Management begleiteten Personen in der ReKo-Interventionsregion im Vergleich zur Kontrollgruppe über den Projektverlauf (t0-t1) *signifikant* gestiegen ist. Die qualitativen Befragungen in den ReKo-Modellregionen verweisen auf eine *deutliche Verbesserung der subjektiv erlebten Zufriedenheit mit der Versorgungssituation durch die ReKo-Interventionen* bei allen befragten Zielgruppen. Die befragten Menschen mit Pflegerisiko und Pflegebedarf sowie die pflegenden An- und Zugehörigen geben an, dass die ReKo-Case Manager*innen für sie zur zentralen Ansprechperson im Sorgenetzwerk geworden sind und den zentralen Faktor für die Verbesserung der subjektiv erlebten *Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität darstellen*. Die *Erfolgsfaktoren* des ReKo-CM sind demnach: ›Soziale Unterstützung‹, ›Kontinuierliche Begleitung‹, ›Unterstützung bei administrativen Aufgaben‹ und ›Koordination des Sorgenetzwerkes‹. Zudem werden Aspekte der vertrauensvollen und emotional unterstützenden Zusammenarbeit zwischen ReKo-CM und den Sorgenetzwerken sowie der zugehenden Beratung und Unterstützung als hoch relevant beschrieben. Auch die Analysen der standardisierten Erhebungen verweisen auf eine *Verbesserung der Versorgungsqualität* durch die ReKo-Interventionen aus Perspektive der Zielgruppen 1, 2 und 3. In Bezug auf die Entwicklung der *Lebensqualität für den Bereich der körperlichen Gesundheit* (Fragebogen SF-36) zeigen sich bei den Menschen mit Pflegerisiko und Pflegebedarf (Zielgruppe 1 und 2) im Projektverlauf Verbesserungen in der ReKo-Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe, die allerdings nicht statistisch signifikant sind. Die *Lebensqualität in Bezug auf die psychische Gesundheit* verbessert sich dagegen im Projektverlauf in der ReKo-Interventionsgruppe signifikant stärker als in der Kontrollgruppe. Besondere Effektstärken sind diesbezüglich bei den *komplexen ReKo-Case Management-Fällen* der Zielgruppe 1 und 2 festzustellen. Signifikante Verbesserungen der Lebensqualität im Bereich der psychischen Gesundheit sind auch bei den (pflegenden) An- und Zugehörigen in der ReKo-Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe nachweisbar. Die Subskala

„Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit“ des „Fragebogen zur Lebenszufriedenheit“ (FLZ, Fahrenberg et al. 2000) weist für die Zielgruppe 1 und 2 über den Projektverlauf Verbesserungen in der Interventionsgruppe aus. Bei den (pflegenden) An- und Zugehörigen ist über den Projektverlauf in der Interventionsgruppe ebenfalls eine Verbesserung der „Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit“ gemäß FLZ festzustellen, während dieser Aspekt sich in der Zielgruppe 3-Kontrollgruppe über die drei Messzeitpunkte im Projektverlauf kontinuierlich verschlechtert. Dass die „Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit“ bei den An- und Zugehörigen der Interventionsgruppe auch sechs Monate nach der ReKo-Intervention (t2) stabil bleibt, verweist darauf, dass die ReKo-Intervention diesbezüglich nachhaltig wirksam ist. Über die FLZ-Analysen zeigen sich bei den (pflegenden) An- und Zugehörigen in der ReKo-Interventionsregion weiterhin positive Veränderungen im Bereich *„Zufriedenheit mit der Freizeit“*, während sich die entsprechenden Werte in der ReKo-Kontrollgruppe über den Projektverlauf verschlechtern. Im Bereich des subjektiven *Belastungserlebens* zeigen sich *signifikante Veränderungen bei An- und Zugehörigen* (HPS-Skala): Während das Belastungserleben in der ReKo-Kontrollgruppe über den Projektverlauf signifikant zunimmt (progrediente Pflegeverläufe), ergeben sich für die An- und Zugehörigen in der ReKo-Modellregion stagnierende, bzw. leicht sinkende Werte. Die qualitativen Befragungen weisen darauf hin, dass An- und Zugehörige in der ReKo-Modellregion *objektive Entlastungen insbesondere in Bezug auf materielle und finanzielle Aspekte* erfahren, die sich in neuen Möglichkeiten zur Wiederaufnahme oder Erweiterung von Erwerbstätigkeiten durch Stabilisierung von Sorgenetzwerken und Genehmigung sozialrechtlicher Leistungsansprüche begründen, die die Befragten auf die Unterstützung durch das ReKo-CM zurückführen. Das Belastungserleben von pflegenden An- und Zugehörigen konnte weiterhin im Bereich der seelischen Belastung sowie mit Blick auf Einschränkungen des sozialen Lebens reduziert werden. Aus Sicht der Befragten der Zielgruppe 1–3 kann das ReKo-Case Management, diesen Befunden folgend, instabile Sorgennetzwerke stabilisieren, die subjektiv erlebte Versorgungssicherheit und -qualität verbessern und spürbare Entlastung erreichen. Im Bereich der *Servicequalität* weisen die qualitativen Befragungen der Zielgruppe 1-3 die ReKo-Case Managerinnen und -Case Manager als *kompetente Fachkräfte* aus, die sich durch ihr Fachwissen, professionelles Handeln, empathischen Umgang, Verlässlichkeit und gute Erreichbarkeit sowie gute Zugänglichkeit durch aufsuchende Beratung und Verfügbarkeit in wohnortnaher Anbindung auszeichnen. Eine neutrale und wertfreie Herangehensweise an die Problemlagen habe dazu geführt, dass die ReKo-Klientinnen und -Klienten im Case Management-Prozess auch über sensible Themen sprechen konnten. Die befragten ReKo-Case Managerinnen und -Case Manager führten die durch die ReKo-Klientinnen und Klienten skizzierte Expertise in Bezug auf ein *pflegebezogenes Case Management* auf ihre spezifische *Ausbildung und Berufserfahrung in der beruflichen Pflege* zurück. Case Management wird vor dem Hintergrund dieser beruflichen Sozialisation demnach mit besonderer Sensibilität für die pflege- und alltagsspezifischen Herausforderungen der begleiteten Klientel erbracht.

Die Ergebnisse der qualitativen Befragungen von Vertretern der Versorgungspraxis verweisen auf eine hohe Zufriedenheit mit den ReKo-Interventionen. Demnach ergeben sich durch die Etablierung einer CM-Organisation *keine Doppelstrukturen* im regionalen Versorgungssystem. Vielmehr wird eine deutliche *Entlastung des etablierten Systems* und insbesondere eine *Qualitätsverbesserung bei der Begleitung von komplexen Fällen* beschrieben. Die Zusammenarbeit zwischen ReKo-CM und den etablierten Strukturen wird als sehr gut

beschrieben und führe zu einer *Erweiterung der Handlungskompetenzen* auch auf Seiten der etablierten Akteure. Mehrwerte ergeben sich demnach insbesondere durch gemeinsame aufsuchende Beratungen, Fallbesprechungen und Abstimmungen zu Aufgabenverteilungen bei komplexen Fällen. Die pflegespezifischen Kompetenzen der ReKo-CM*innen stellen demnach eine relevante *Bereicherung der erforderlichen Expertise zur Steuerung komplexer Fälle* dar. Das subjektiv erlebte *Belastungserleben der professionellen Helfer*innen* (Fragebogen zur Selbsteinschätzung der Arbeitsbelastung in der Krankenpflege) im etablierten Versorgungssystem verringert sich im Projektverlauf in der ReKo-Interventionsregion stärker als in der Kontrollregion, dies aber nicht statistisch signifikant. Eine dezentrale Verortung von ReKo-CM in Einrichtungen der Regelversorgung (z. B. Krankenhaussozialdienst, Familienservicebüros, Pflegestützpunkten) sowie eine digitale Unterstützung und Vernetzung mit dem Versorgungssystem wird als sinnvoll und erfolgreich erlebt, um den systematischen und sektorenübergreifenden Informationsfluss zu unterstützen und weiterzuentwickeln.

5.1.3 CM verbessert den Zugang zum Versorgungssystem

Der Zugang zum Versorgungssystem kann, so die aktuelle Literaturlage (z. B. Knabe et al. 2021; Lampert und Hoebel 2019; Schöllgen et al. 2010; Janßen et al. 2009) durch vertikal und horizontal bedingte Stratifizierungsfaktoren (z. B. Bildung, Einkommen, Vermögen, aber auch Alter, Geschlecht oder Wohnort) eingeschränkt sein. In komplexen Fallkonstellationen führt dies häufig zu Unter- und/oder Fehlversorgungen, die mittel- bis langfristig hohe Folgekosten für das Gesundheits- und Pflegesystem nach sich ziehen. Die bedarfsgerechte Eröffnung von Zugangswegen zum Versorgungssystem geht in der Regel kurzfristig mit erhöhten Kosten für das Sozialsystem einher, ermöglicht aber als präventive Maßnahme ggf. mittel- bis langfristige Einsparungen.

Die ReKo-Evaluationen weisen nach, dass das ReKo-Case Management den Zugang zu den Versorgungssystemen für die Probandinnen und Probanden in der ReKo-Interventionsgruppe verbessert. Dieser Effekt kann sowohl in Bezug auf SGB XI- als auch hinsichtlich SGB V-Leistungen über statistische Analysen ausgewiesen werden. Die Analysen der GKV-Routinedaten in der ReKo-Interventionsregion zeigen auf, dass 30 % der komplexen ReKo-Fälle zu Interventionsbeginn keinen *Pflegegrad* aufweisen, obwohl dieser (den RAI-Analysen folgend) erforderlich wäre, um eine angemessene Versorgung sicherzustellen. Über die ReKo-Interventionen konnte im Projektverlauf der Anteil an Proband*innen mit komplexen Problemlagen, die keinen Pflegegrad haben, um 19 Prozentpunkte gesenkt werden. Diesen Menschen wurde ein systematischer Zugang zum System eröffnet, der kontinuierliche Unterstützungsleistungen und präventive Maßnahmen in Aussicht stellt. Weiterhin zeigen die Analysen der GKV-Routinedaten der Interventionsgruppe eine *erhöhte Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher SGB-V-Leistungen* über den Interventionszeitraum. Dies verweist auf einen verbesserten Zugang der Proband*innen zum ärztlichen Versorgungssystem, der durch entsprechende Unterstützungs- und Vermittlungsleistungen des ReKo-CM erklärbar ist. Konkret wurde in Bezug auf die ärztlichen Abrechnungskontakte festgestellt, dass vor der ReKo-Intervention ein signifikanter Gruppenunterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe besteht: Die Proband*innen der Interventionsgruppe weisen zu Interventionsbeginn signifikant weniger Arztkontakte und Abrechnungen auf, als die der Kontrollgruppe. Dieser Unterschied wurde im Projektverlauf ausgeglichen, die Anzahl an

Arztkontakten und Abrechnungen in der Interventionsregion erreicht zum Ende der Messzeitpunkte das Niveau der Kontrollgruppe. Besonders starke Effekte konnten diesbezüglich in Bezug auf komplexe Einzelfälle gemessen werden. In Bezug auf *SGB XI-Leistungen* stieg die Inanspruchnahme von ambulanten und teilstationären Leistungen in der Interventionsgruppe im Verlauf der ReKo-Interventionen deutlich, insbesondere bei Proband*innen, bei denen (unabhängig von der Komplexität der Problemlagen) zu Interventionsbeginn eine Unterversorgung in Bezug auf die identifizierte (und im Projektverlauf oft auch sozialrechtlich legitimierte) Bedarfslage festgestellt werden konnte. Das ReKo-CM sorgt, so die Folgerung, durch individuelle Beratungs-, Unterstützungs- und Koordinationsleistungen dafür, dass bedarfsgerechte Leistungsangebote durch die Klient*innen auch in Anspruch genommen werden (können) und einer fortschreitenden Verschlechterung des Zustandes entgegengewirkt werden kann.

Die ReKo-Interventionen verbessern, so kann gefolgert werden, den Zugang zum Versorgungssystem, was kurzfristig zu einer Erhöhung der Ausgaben des Sozialsystems führt, mittel- bis langfristig aber einen verlängerten Verbleib in der Häuslichkeit und damit Einsparungen im Sozialsystem in Aussicht stellt.

Diese mittel- bis langfristigen Effekte konnten über die ReKo-Evaluationen lediglich ansatzweise identifiziert werden: Im Rahmen der interRAI-Erhebungen konnte aufgezeigt werden, dass das Institutionalisierungsrisiko bei der ReKo-Interventionsgruppe (trotz durchschnittlich größerer Beeinträchtigungen gemäß Barthel-Index und interRAI-Scores) konstant gehalten werden konnte, während es in der ReKo-Kontrollgruppe anstieg. Der Gesundheitszustand der Proband*innen in der ReKo-Interventionsgruppe konnte über die ReKo-Interventionen (gemäß interRAI CHESS-Skala) signifikant und vergleichsweise effektstark verbessert werden. Mit Blick auf die Anzahl stationärer Krankenhausaufenthalte (GKV-Routinedaten) konnten im Projektverlauf jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen der ReKo-Interventionsgruppe und der ReKo-Kontrollgruppe festgestellt werden. Die Anzahl der Krankenhausaufenthalte war mit Beginn der Erhebungen in der ReKo-Interventionsgruppe höher als in der Kontrollgruppe. In beiden Gruppen entwickelten sich die Krankenhausaufenthalte über den Projektverlauf dem (ggf. pandemiegeschuldeten) Gesamttrend in Deutschland folgend zurück (Augurzyk et al. 2023). Dass sich die skizzierten Stabilisierungen im Bereich Gesundheitszustand und Institutionalisierungsrisiko in der Interventionsgruppe nicht sichtbar auf die Hospitalisierungsrate niederschlägt, wird hier auf den zeitlich begrenzten Projektrahmen (die follow-up-Erhebung konnte lediglich den Zeitraum von sechs Monaten nach Interventionsende erfassen) zurückgeführt.

5.1.4 CM erhöht die Inanspruchnahme von Leistungen zum Verbleib in der Häuslichkeit

Neben einem generell verbesserten Zugang zu den Versorgungssystemen erhöht das ReKo-Case Management auch die Inanspruchnahme von konkreten Leistungen jener Versorgungsangebote, die einen Verbleib in der Häuslichkeit adressieren (z. B. Häusliche Krankenpflege, Entlastungs- und Betreuungsangebote, Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege, Wohnumfeldverbesserung u. a. m.). Die Analysen der ReKo-Evaluationen (GKV-Routinedaten) zeigen, dass sich die durchschnittliche Inanspruchnahme von entsprechenden Leistungen nach SGB V und SGB XI vor den ReKo-Interventionen zwischen den Studiengruppen kaum unterschieden. Nach Beendigung der ReKo-Interventionen ist ein signifikanter Anstieg der

Leistungsinanspruchnahme in der Kontrollgruppe sichtbar, was angesichts der durchschnittlichen progredienten Entwicklung von Krankheits- und Pflegeverläufen erklärbar ist. Die ReKo-Interventionsgruppe weist in Bezug auf Leistungsangebote beider Sozialgesetzbücher ebenfalls eine signifikant erhöhte Inanspruchnahme aus, dies allerdings mit deutlich stärkeren Effekten als in der Kontrollgruppe. Besonders starke Veränderungen sind im Bereich der ambulanten und teilstationären Leistungen des SGB XI erkennbar. Mit Blick auf entsprechende SGB V-Leistungen fällt für die ReKo-Interventionsgruppe ein starker Anstieg in Bezug auf „Häusliche Pflegeleistungen“ nach § 37 Absatz 2 (sogenannte „Behandlungspflege“) auf, der ggf. auf Phänomene der Unter- oder Fehlversorgung bei Probandinnen und Probanden der Interventionsgruppe vor Beginn der ReKo-Interventionen verweist. Das ReKo-Case Management stellt, so die hier angestellte Folgerung, auch in diesen Zusammenhängen einen verbesserten Zugang zum Versorgungssystem her und unterstützt damit unter medizinisch-pflegerischen Gesichtspunkten potenziell einen verlängerten Verbleib der Probandinnen und Probanden in der eigenen Häuslichkeit. Die starken Effekte in Bezug auf SGB XI-Angebote zum Verbleib in der Häuslichkeit (Entlastungs- und Betreuungsangebote, Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege, Wohnumfeldverbesserung) unterstützen diese Folgerung und können auch zur Begründung subjektiv erlebter Entlastungseffekte bei An- und Zugehörigen aus den qualitativen Analysen der ReKo-Evaluationen herangezogen werden.

5.1.5 Veränderung der Pflegebedürftigkeit und Institutionalisierungsrisiko

Die *Entwicklung von Pflegegraden* (GKV-Routinedaten) und *objektiven Pflegebedarfen* (Barthel-Index sowie interRAI HC-Assessments) im Projektzeitraum stellt eine hoch relevante Fragestellung der Evaluationsstudien dar. Interventions- und Kontrollgruppe unterscheiden sich zu Interventionsbeginn nicht signifikant in Bezug auf den Pflegegrad. Signifikante Unterschiede zeigen sich jedoch in Bezug auf Pflegebedarfe und Institutionalisierungsrisiko: In der Interventionsgruppe weisen zu Interventionsbeginn 20 % der Proband*innen ein hohes Institutionalisierungsrisiko (gemäß interRAI) auf, in der Kontrollgruppe lediglich 10 %. Bei Proband*innen mit komplexen Problemlagen zeigt sich dieser Unterschied zwischen den Studiengruppen noch stärker. Der Barthel-Index und verschiedene Subskalen des interRAI HC-Assessments weisen für die Interventionsgruppe zu Interventionsbeginn signifikant höhere Unterstützungs- und Pflegebedarfe aus als für die Kontrollgruppe.

Zum Ende des Interventionszeitraums zeigt sich zunächst *für beide Studiengruppen die Tendenz einer Verstärkung der Pflegebedürftigkeit*, die durch typischerweise progredient verlaufende Krankheits- und Pflegeverläufe erklärt werden kann. In Bezug auf die Entwicklung von Pflegegraden ergibt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Studiengruppen: Die *Interventionsgruppe ist signifikant (bei sehr geringer Effektstärke) in höhere Pflegegrade eingruppiert als die Kontrollgruppe*. Diese Entwicklung kann auf die Interventionen des ReKo-CM zurückgeführt werden, die durch Beratungs-, Unterstützungs- und Koordinationsleistungen der tendenziell stärker beeinträchtigten Interventionsgruppe dafür gesorgt haben, dass ein bedarfsgerechter Zugang zum Versorgungssystem hergestellt wurde, der als *pflegepräventive Maßnahme* gelten kann. Während das ReKo-Case Management also auf die Pflegebedürftigkeit der Probandinnen und Probanden gemäß SGB XI (Pflegegrade) keinen reduzierenden Einfluss nehmen konnte, bestätigen die Ergebnisse der ReKo-

Evaluationen erwünschte Effekte in Bezug auf Veränderungen des objektiven Pflegebedarfs: Der objektive Unterstützungsbedarf gemäß Barthel-Index erhöht sich in der Interventionsgruppe über den Projektverlauf signifikant geringer als in der Kontrollgruppe. Dieser Effekt ist im Vergleich der komplexen Fälle der Studienpopulation besonders ausgeprägt. Der objektive Pflegebedarf gemäß interRAI HC erhöht sich in der Interventionsgruppe über den Projektverlauf nicht, in der Kontrollgruppe steigt dieser signifikant an. Weiterhin zeigen die Ergebnisse der CHESS-Subskala des interRAI HC-Assessments, dass sich der Gesundheitszustand der Probandinnen und Probanden in der Interventionsgruppe durch die ReKo-Interventionen signifikant und vergleichsweise effektstark stabilisiert. In der Kontrollgruppe hingegen nimmt die Stabilität des Gesundheitszustandes signifikant ab. Lediglich die kognitive Leistungsfähigkeit verschlechterte sich in der Interventionsgruppe, während in der Kontrollgruppe, abgesehen vom Bereich der Alltagsbewältigung, die objektiven Pflegebedarfe in allen gemessenen Skalen des interRAI HC anstiegen. Die Eingruppierung in höhere Pflegegrade geht auf Seiten der ReKo-Interventionsgruppe, diesen Analysen folgend, mit einem (effektstark signifikant) verbesserten Gesundheitszustand der Proband*innen einher (interRAI HC-CHESS-Skala). Insbesondere für die komplexen ReKo-Fälle lässt sich in der Interventionsgruppe zeigen, dass die Gewährung eines Pflegegrades nach SGB XI mit einer Stabilisierung der Pflegebedürftigkeit (gemäß Barthel-Index und interRAI HC) einhergeht. In der Kontrollgruppe hingegen nimmt die Stabilität des Gesundheitszustandes (der interRAI HC-CHESS-Skala folgend) signifikant ab. Auch der Barthel-Index sowie weitere Subskalen des interRAI HC-Assessments verweisen auf einen Anstieg der Unterstützungs- und Pflegebedürftigkeit in der Kontrollgruppe. Diese Befunde schlagen sich letztlich auch auf das Institutionalisierungsrisiko der Probandinnen und Probanden nieder (operationalisiert über „Alarmzeichen“ des interRAI HC): Vor Beginn der ReKo-Interventionen weist die ReKo-interventionsgruppe ein signifikant höheres Institutionalisierungsrisiko auf als die ReKo-Kontrollgruppe – im Zeitraum der Intervention stagnierte das Institutionalisierungsrisiko in der Interventionsgruppe, während es in der Kontrollgruppe signifikant ansteigt.

Insgesamt führt das ReKo-CM, diesen Analysen folgend dazu, dass die ReKo-Proband*innen durchschnittlich in höhere Pflegegrade eingestuft werden. Einerseits ist dieser Effekt auf eine *bedarfsgerechte Eröffnung von Zugangswegen zum Versorgungssystem* zurückzuführen, insofern die ReKo-Interventionsgruppe zu Projektbeginn höhere Pflegebedarfe ausweist als die Kontrollgruppe. Der Anstieg der Pflegegrade in der ReKo-Interventionsgruppe wird hier als Nachholeffekt gedeutet. Andererseits geht die Einstufung der Interventionsgruppe in höhere Pflegegrade mit einer Stabilisierung der Pflegebedarfe, einer Verbesserung des Gesundheitszustandes sowie einem verringerten Institutionalisierungsrisiko einher, was – zumindest perspektivisch – mit einem verlängerten Verbleib in der eigenen Häuslichkeit und ggf. erheblichen Einsparungen in Sozialsystem verbunden sein kann.

5.1.6 Vernetzung und Unterstützung durch digitales Ökosystem

Die Unterstützung des Versorgungssystems durch digitale Anwendungen und Vernetzung wird seit einigen Jahren bundesweit u. a. auch für den ländlichen Raum engagiert vorangetrieben. Ein ReKo-Projektziel bestand entsprechend darin, ein bedarfsgerechtes digitales Ökosystem bereitzustellen und zu etablieren, dass die Prozessgestaltung und -

dokumentation des ReKo-Case Managements und der ReKo-Case Management-Organisation angemessen unterstützt, eine Anbindung und bedarfsgerechte Vernetzung von Klient*innen und An- und Zugehörigen sowie weiteren Leistungserbringern im Versorgungssystem ermöglicht und Schnittstellen für eine Einbindung in übergreifende digitale Ökosysteme (Telematikinfrastruktur) ermöglicht. Die ReKo-IT-Evaluationen verweisen zunächst darauf, dass über den Projektzeitraum hinweg in der ReKo-Modellregion verschiedenste regulatorische Impulse von Seiten des Bundes, des Landes oder auch der Kommunen gesetzt wurden, um die digitale Transformation und Vernetzung im Gesundheits- und Pflegesystem systematisch voranzutreiben. In diesem Zusammenhang sind Verbesserungen im Bereich des Breitbandausbaus, der Netzabdeckung sowie der Integration und Akzeptanz der Telematikinfrastruktur erkennbar.

Mit dem im Zuge der ReKo-Arbeiten iterativ entwickelten und erprobten *Software-Ansatz Quovero* wurde ein System bereitgestellt, das eine Anbindung der ReKo-Arbeiten an die Telematikinfrastruktur ermöglicht, die Prozessgestaltung und -dokumentation des ReKo-Case Managements und der ReKo-Case Management-Organisation unterstützt und ein Patienten*innenportal zur Vernetzung und Kommunikation zwischen Klient*innen, An- und Zugehörigen sowie den Leistungserbringern im Versorgungssystem (inklusive ReKo-CM) bereithält. Die ReKo-IT-Evaluationen verweisen darauf, dass die Technikbereitschaft (gemäß Kurzska Technikbereitschaft) und das Vertrauen in Technik (Trust in Technology Construct) auf Seiten von Menschen mit Pflegerisiko, mit Pflegebedarf und pflegenden An- und Zugehörigen über den Erprobungszeitraum des *Patientenportals Quovero* auf niedrigem Level unverändert bleiben. Die Nutzungsstatistiken zeigen, dass das Patientenportal Quovero durch diese Zielgruppen eher selten genutzt wurde, wobei die Chat-Funktion mit dem begleitenden ReKo-CM die häufigsten Aufrufe erfuhr. Auf Seiten der an den Versorgungsprozessen beteiligten Institutionen (Sozialdienste im Krankenhaus, Pflegestützpunkte, Pflegedienste, Hausärzte) wird hervorgehoben, dass die Nutzung eines gemeinsamen Portals bzw. einer gemeinsamen Plattform zur besseren (sektorenübergreifenden) Übersicht mit Blick auf das Management von Einzelfällen sowie einer verbesserten Vernetzung unter den beteiligten Akteuren beitragen und damit insgesamt zu einer Zeitersparnis führen können, dieser Mehrwert jedoch im Rahmen des Modellprojektes durch den Aufbau von digitalen Doppelstrukturen (Nutzung eines etablierten Softwaresystems plus Quovero-Software) und die begrenzte Einbindung von Akteuren (z. B. waren Haus- und Fachärzte nicht bereit, das System zu nutzen) derzeit nicht eingelöst werden könne. Weiterhin sei die Bereitstellung von erweiterten Speicherressourcen durch das System von Vorteil. Bedenken im Umgang mit dem System beziehen sich insbesondere auf Aspekte von Datenschutz und Refinanzierung. Die Quovero-Software wurde auf Seiten des Case Managements, so zeigen die Nutzungsstatistiken, regelmäßig für alle Phasen des CM-Zyklus genutzt.

5.1.7 Regionale Entwicklung als ›Lernendes System‹

Ein zentrales Ziel des ReKo-Konzeptes besteht in der Etablierung von regionalen Lernprozessen, die den Aufbau neuer Netzwerkstrukturen und eine Weiterentwicklung von Versorgungs-Mix-Strukturen durch Verbindung von Case- und Care Management im Rahmen einer regionalen Case Management-Organisation (ReKo-CM-O) ermöglichen. Die ReKo-Evaluationen haben entsprechende Entwicklungen über systematische

Pflegeinfrastrukturanalysen (Community Health-Assessment) untersucht, die Sekundärdatenanalysen und qualitative Interviews mit Akteuren in den Modellregionen umfassten.

Ein relevantes Ergebnis dieser Arbeiten besteht in der Erkenntnis, dass relevante regionale Steuerungsdaten häufig verteilt vorliegen (z. B. verschiedene Kommunalverwaltungen und/oder Landesbehörden) und/oder veraltet und/oder gar nicht verfügbar sind. In der Folge sind hohe Aufwendungen erforderlich, um entsprechende Datensätze zu identifizieren, zu integrieren und/oder über neue Primärerhebungen einzuholen und auszuwerten. Ein systematisches, kontinuierliches *Datenmonitoring zur Pflegeinfrastrukturentwicklung* in einer Region ist jedoch unverzichtbar, um eine gezielte Strukturentwicklung zu betreiben und entsprechende Effekte zu evaluieren.

Die Ergebnisse der Analysen zeigen weiterhin, dass ein systematisch begründetes (CM-Zyklus gemäß DGCC) und digital gestütztes (Software Quovero) Case Management dazu geeignet ist, *regionale Versorgungslücken und Strukturgrenzen* zu identifizieren und für die institutionelle Mesoebene (z. B. Pflegedienste, Krankenhäuser, Verwaltungen etc.) und regionale Makroebene (Kommunal- und Regionalplanung) auf der Basis objektiver Struktur- und Prozessdaten kommunizierbar und verhandelbar zu machen. So wurden im Projektverlauf durch das ReKo-Case Management 195 *Versorgungslücken in den beiden ReKo-Interventions-Landkreisen identifiziert* und dokumentiert (insbesondere zu den Themen ›Ambulante Pflegedienste‹, ›Kurzzeitpflege‹, ›Alltagsunterstützung‹). 37 dokumentierte Versorgungslücken konnten im Projektverlauf kurz- bis mittelfristig geschlossen werden. Eine ReKo-CM-O kann damit relevante Planungsdaten für die regionale (Pflege)Strukturentwicklung bereitstellen. Entsprechende Datensätze wurden im Rahmen der ReKo-Projektlaufzeit im Sinne des Care Management in etablierte regionale Strukturen (z. B. Pflegetische, Pflegekonferenzen) eingebracht, um *Impulse für konkrete Weiterentwicklungen* zu liefern.

Weiterentwicklungen sind weiterhin in Bezug auf den *Auf- und Ausbau von regionalen Netzwerken zur Weiterentwicklung* der regionalen Pflegeinfrastruktur nachzuweisen. Insbesondere konnte, so die Rückmeldung aus der ReKo-Modellregion, der *sektorenübergreifende Austausch zwischen den einschlägigen Akteursgruppen verbessert* werden. Ein Desiderat stellt hier die systematische Einbindung von haus- und fachärztlichen Vertretungen in entsprechende Netzwerke dar, die über die ReKo-Aktivitäten kaum nachhaltig adressiert werden konnten. Eine ReKo-Case Management-Organisation kann, so die Folgerung, wichtige Impulse und Handlungsgrundlagen für eine datenbasierte Pflegeinfrastrukturentwicklung im Sinne einer lernenden Region bereitstellen und kontinuierlich befördern.

5.1.8 Kosten und Nutzen der ReKo-Case Management-Intervention

Die skizzierten Effekte in Bezug auf die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und die Entwicklung von Pflegegraden bei der Interventionsgruppe schlagen sich auf *Kosten-Nutzen-Analysen* des ReKo-CM nieder. Kostenseitig sind dazu *Investitionskosten* (Personal- und Sachkosten) zur Etablierung des Case Managements sowie die *Entwicklung von individuellen Gesundheitskosten* auf Seiten der ReKo-Klient*innen in Rechnung zu stellen. Auf Seiten der

Investitionskosten sind, so die Analysen, bei durchschnittlich ca. 66 bearbeiteten ReKo-CM-Fällen je ReKo-CM-Vollkostenstelle ca. 65,- Euro pro Fall pro Monat zu veranschlagen. Die Entwicklung der *individuellen Gesundheitskosten* wurde über GKV-Routinedaten analysiert (SGB V und SGB XI). Die Ergebnisse deuten auf eine *Erhöhung der durchschnittlichen individuellen Gesamtkosten durch das CM* hin. Aufgrund der Entwicklung des Inanspruchnahmeverhaltens ist der starke Effekt bei den Pflegekosten sowie bei der Verschreibung von Hilfsmitteln und im Bereich der ambulanten Versorgung plausibel. Über eine Kosteneffektivitätsanalyse (ICER) zeigt sich, dass Stabilisierungen im Bereich des Gesundheitszustandes (interRAI-CHESS-Skala) und der Bewältigung alltäglicher Aktivitäten (Barthel-Index) die kosteneffektivsten ReKo-Interventionen darstellen.

5.1.9 Limitationen

In die ReKo-Interventionen wurden demenziell erkrankte Menschen sowie Personen in der präfinalen und finalen Lebensphase und Menschen unter 18 Lebensjahren nicht eingeschlossen. Als ReKo-Probandinnen und -Probanden wurden weiterhin ausschließlich gesetzlich krankenversicherte Personen berücksichtigt, privat versicherte Personen dagegen nicht. Die ReKo-Evaluation kann folglich über jene Personengruppen keine Aussagen zur Wirkung einer ReKo-Case Management-Intervention leisten. Unter methodischen Gesichtspunkten ergeben sich Limitationen durch unterschiedliche Datenquellen, Subjektivität, Erhebungsmethoden, zeitlich begrenzter Analysezeitraum sowie Gütekriterien der Instrumente (s. Kap. 4.9).

5.2 Transferkonzeption

5.2.1 Gelingensbedingungen zur regionalen Etablierung von ReKo-Case Management

Die im folgenden vorgestellten Gelingensbedingungen skizzieren einen Rahmen von Maßnahmen, Komponenten und Gestaltungsaspekten, die sich im Projektverlauf empirisch oder theoretisch als zentral für eine gelingende CM-O wie ReKo dargestellt haben. Einige dieser Bedingungen sind in der Projektimplementierung in einer Art und Weise umgesetzt worden, die sich in der Evaluation als gelingend erwiesen haben, andere Bedingungen sind die Reaktion auf beobachtete Optimierungsmöglichkeiten. Die Gelingensbedingungen können weder als vollständig noch als gegen alle potenziell möglichen alternativen Gestaltungsoptionen getestet angesehen werden. Vielmehr beschreiben sie die Gestaltungsart, die sich im Projektverlauf als günstig für eine gelingende ReKo-CM-O erwiesen haben.

Die Gelingensbedingungen werden im Folgenden sortiert auf den Analyseebenen der Makro-, Meso- und Mikroebene vorgestellt.

Auf der Mikroebene, der CM-Arbeit in der CM-O, zeigen sich sowohl bestimmte Charakteristika im Ausführen der CM-Arbeit als auch eine spezifische Teamzusammensetzung und Qualifizierung der Case Manager*innen als Bedingungen des Gelingens. Das ReKo-CM konnte zugehend arbeiten und Hausbesuche durchführen, was sowohl aus Sicht der Case Manager*innen als auch der Klient*innen als sinnvoll eingeschätzt wurde. In Kombination mit einer dezentralen Verortung an verschiedenen Stellen in den Landkreisen (Krankenhäuser,

Pflegestützpunkt, Familienservicebüros etc.) konnte so eine ausgeprägte Niedrigschwelligkeit gewährleistet werden: an verschiedenen Stellen konnte man mit ReKo in Kontakt treten und die ReKo-Case Manager*innen dann gegebenenfalls einen Hausbesuch einrichten. Ein physischer Erstkontakt in einer der dezentralen Stellen war möglich, aber nicht notwendig. Ebenfalls charakteristisch für die Arbeit des ReKo-CM war die Neutralität in der Beratung, die durch die Unabhängigkeit von einem zentralen Träger erreicht werden konnte. Die ReKo-CM-O war beim Konsortialpartner GEU organisatorisch verortet und im Projektzusammenhang frei von eigenen finanziellen Interessen. Die lokale Verortung des ReKo-CMs war darüber hinaus dezentral, es wurden also verschiedene Interessen durch die unterschiedlichen Verortungen ins Gespräch gebracht, wobei die ReKo-CM-O keine eigenen finanziellen Interessen einbrachte. Eine solche organisatorische Unabhängigkeit von finanziellen Interessen ist eine zentrale Gelingensbedingung, um Neutralität in der Beratung gewährleisten und die Klient*innen frei von eigenen inhaltlichen Interessen beraten zu können. Sind gerade diese Gelingensbedingungen erfüllt, ist eine Orientierung des CM-Prozesses an den Bedarfen und Bedürfnissen der Klient*innen möglich. In diesem Zusammenhang zeigte sich auch das Vorgehen entlang der Phasen des CM-Prozesses als Gelingensbedingung, dessen formal standardisiertes Vorgehen systematisch die Klient*innen mit ihren Bedarfen und Bedürfnissen, aber auch Ressourcen in den Mittelpunkt des Prozesses stellte und interpersonell einen Qualitätsstandard in der Fallarbeit ermöglichte. Zur Umsetzung dieses Prozesses zählt als Gelingensbedingung auch die Qualifizierung der ReKo-Case Manager*innen einerseits als nach der DGCC zertifizierte Case Manager*innen und andererseits im Umfeld der Pflegebedürftigkeit als in der Pflege ausgebildete und erfahrene Fachpersonen. Die Zusammenstellung der ReKo-CM-Teams, also die Teamzusammensetzung in den beiden Studienlandkreisen, erwies sich insbesondere in der interprofessionellen Zusammenarbeit als gelingend bzw. wurde als Gelingensbedingung für zukünftige Teams geäußert. Eine Mischung aus unterschiedlichen Professionen wie Pflege und Sozialarbeit, aber auch unterschiedliche berufliche Hintergründe innerhalb der Pflege sind Gelingensbedingungen für die CM-Arbeit im die Sozialgesetzbücher übergreifenden Handlungsfeld. In der täglichen Arbeit der Case Manager*innen kann ein ausgewogener Case Mix zwischen hochkomplexen und (noch) weniger komplexen Fällen als Gelingensbedingung formuliert werden, da so persönlichen Arbeitsüberlastungen besser vorgebeugt werden kann. Auf der Mikroebene ist außerdem, als Gelingensbedingung für die gesamte CM-O, ein systematisches Pflege- und Datenmonitoring unerlässlich, da erst durch dieses systematische Lernen im und aus dem Einzelfall heraus die Versorgungslücken einer Region auf der Mesoebene formuliert und auf der Makroebene bearbeitet werden können. In diesem Punkt bekommt das systematische Vorgehen im Prozess des CM erneut eine grundsätzliche Bedeutung, da das Monitoring hier eine der Phasen darstellt.

Auf der Mesoebene werden Gelingensbedingungen der Mikroebene fortgeführt bzw. bilden die dortigen Voraussetzungen die Grundlage für eine gelingende Arbeit auf der Mikroebene. Die ReKo-CM-O stellte für jeden Landkreis eine Koordinationsstelle bereit, deren Existenz als Gelingensbedingung angesehen wird. Sie ist zuständig für die fallübergeordnete Vernetzung in der Region, bezieht andere Anbieter*innen des Versorgungssystems mit ein, insbesondere Pflegedienste und -einrichtungen und Ärztinnen und Ärzte sowie Ärztevertretungen. Sie ist also übergeordnet zuständig für Care Management, was dem CM der Mikroebene einerseits Handlungsspielräume der Zusammenarbeit eröffnet und andererseits dessen Impulse aus der

Fallarbeit über die Mesoebene auf die Makroebene im Sinne des regionalen Lernens übergibt. Teil dessen ist die Arbeit mit den Daten des Monitorings der Mikroebene. Um das systematische Lernen, aber auch die strukturierte Arbeit im Rahmen des CM-Prozesses auf der Mikroebene zu ermöglichen, stellt die Mesoebene der CM-O eine IT-Infrastruktur bereit, in welcher die Case Manager*innen softwaregestützt im CM-Prozess arbeiten und digital untereinander, aber auch mit der CM-O kommunizieren können. Regionales Lernen aus den Einzelfällen ist so digital erheblich erleichtert und erst möglich. Übergeordnet, und auf der Mikroebene bereits thematisiert, ist die Unabhängigkeit der CM-O eine Gelingensbedingung. Frei von finanziellen und inhaltlichen Eigeninteressen kann die CM-O das neutrale CM der Mikroebene gewährleisten und unvoreingenommen als freier Agent aus den Einzelfällen im Sinne der Klient*innen und der Region lernen. Ist die Unabhängigkeit verletzt und die CM-O abhängig in den organisationalen Strukturen und Finanzierungslogiken eines Trägers eingebunden, besteht die Gefahr, dass die Beratung und auch das regionale Lernen aus den Einzelfällen inhaltlich einseitig motiviert ist.

Auf der Makroebene werden die Gelingensbedingungen der ReKo-CM-O abstrakter und von den Einflüssen der Organisation selbst unabhängiger. Bundes- und landespolitische Aspekte stehen im Fokus. Dabei geht es insbesondere um die Ermöglichung und Stärkung regionaler Foren, die das systematische Lernen durch die Mittel der CM-O aufnehmen und Durchlässigkeit in kommunale sowie bundes- und landespolitische Prozesse herstellen. Gelingensbedingung ist hier eine progressive Pflegesystementwicklung auf den Makroebenen.

5.2.2 Szenarien der Anbindung im Spiegel der Gelingensbedingungen

Im Folgenden werden mögliche Szenarien der Anbindung anhand der vorgestellten Gelingensbedingungen diskutiert. Dabei soll kein Szenario als eindeutig zu bevorzugendes herausgestellt werden, sondern vielmehr mögliche Stärken und Schwächen der einzelnen Möglichkeiten ins Gespräch gebracht und abgewogen werden.

Grundlegende Optionen

Zunächst werden die drei grundlegenden Optionen einer Anbindung bei der Kommune/dem Landkreis, bei Leistungserbringern und bei Sozialversicherungsträgern diskutiert (Monzer 2017).

Kommune / Landkreis

Eine Anbindung der ReKo-CM-O bei der Kommune ermöglicht die Umsetzung der dargestellten zentralen Gelingensbedingungen grundsätzlich. In der Ausgestaltung des CM auf der Mikroebene sind alle Bedingungen potenziell erfüllbar. Hausbesuche und eine dezentrale Verortung sind möglich, wodurch auch ein niedrighschwelliger Zugang ermöglicht werden kann. Die dezentrale Verortung an unterschiedlichen relevanten Stellen in einem Landkreis ist möglicherweise gebunden an kommunale Strukturen wie Pflegestützpunkte, Familienservicebüros und Bürgerämter, kann jedoch regional unter Umständen auch auf externe Leistungserbringer wie Krankenhäuser erweiterbar sein. Der besonders zentrale Punkt der Neutralität und Unabhängigkeit kann im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge

bei einer Anbindung an die Kommune als gut erfüllt gelten. Zwar hat auch die Kommune eigene finanzielle Interessen, diese sind jedoch überwiegend in der Ressourcenknappheit und nicht in einem eigenständigen ökonomischen Antrieb begründet. Eine neutrale, also von finanzieller Motivation losgelöste Beratung und Betreuung erscheint hier möglich. Eine Stärke der Verortung bei der Kommune ist die systematische Verknüpfung der CM mit dem Care Management einer Koordinationsstelle, die durch die Verortung bei der Kommune in die regionalen Polit- und Verwaltungsprozesse direkt eingebunden sein kann. Gleiches gilt für ein zentrales Monitoring und die Aufbereitung der systematischen Lernprozesse der Mikroebene für die Region. Die Schnittstellen erscheinen hier günstig. Fraglich ist, ob die „funktionale Irritationsfunktion“ (Monzer 2017) eines CM, also jene Lernprozesse, die durch die Einzelfallarbeit auf das System, in welchem die CM-O verortet ist, wirken, auch willkommen und systemverändernd aufgenommen werden. Eine Anbindung bei der Kommune jedoch eröffnet systematisch die Möglichkeit solcher, das Pflegesystem und seine Entwicklung beeinflussender Effekte, wenn sie zugelassen werden.

Eine Anbindung bei der Kommune könnte grundsätzlich sowohl der ZG der pflegebedürftigen und von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen als auch pflegenden Angehörigen potentiellen Zugang zum CM ermöglichen. Der Case Finding-Prozess (Monzer 2018) könnte in dieser Anbindungsoption verschiedene ZG ansprechen. Ist jedoch kein Leistungserbringer wie bspw. Krankenhäuser, Arztpraxen oder Pflegedienste systematisch ins Case Finding eingebunden, erscheint fraglich, ob insbesondere eher komplexe Fälle der ZG der von Pflegebedürftigkeit bedrohten oder pflegebedürftigen Menschen identifiziert werden können.

Leistungserbringer

Eine Anbindung bei einem Leistungserbringer der Region, bspw. bei einem Krankenhaus, ermöglicht eine teilweise Umsetzung der zentralen Gelingensbedingungen. Unter Umständen verletzt wären die Bedingungen der Unabhängigkeit und der Neutralität, da Krankenhäuser mitunter auch nach eigenen ökonomischen Interessen handeln und ein CM in dieser Form nicht gesichert neutral beraten könnte. Ebenfalls verletzt wäre vermutlich eine dezentrale Anbindung, weil ein Krankenhaus typischerweise stationär verortet ist und handelt. Unter dieser Prämisse könnten auch Hausbesuche systematisch schwierig umsetzbar sein. Dadurch wäre die Niedrigschwelligkeit ebenfalls verletzt, da man mit dem CM lediglich im Krankenhaus in Kontakt käme. Eine Koordinationsstelle und damit ein Care Management wäre an einem Krankenhaus einrichtbar, aber in seiner fehlenden Unabhängigkeit ebenfalls weniger neutral und damit im Sinne einer ganzheitlich lernenden Region mutmaßlich weniger unparteiisch. Zudem wäre der Einfluss auf regionale politische Prozesse des Care Managements vermutlich begrenzt.

Ein ambulanter Pflegedienst als ein weiteres Beispiel einer Verortung bei einem Leistungserbringer ändert die Einschätzung nur marginal. Unabhängigkeit und Neutralität bleiben potentiell verletzt, wohingegen Hausbesuche und damit eine Form der Niedrigschwelligkeit gewährleistet werden könnten. Stationäre Anlaufstellen hingegen kann ein ambulanter Pflegedienst eher nicht zur Verfügung stellen. Durch den geringen Einfluss der Leistungserbringer auf ein übergeordnetes Care Management einer Region sind die

Lerneffekte und ihre systemverändernden Momente auf das System der Anbindung, also bspw. das Krankenhaus, begrenzt.

Eine Anbindung an einem Krankenhaus ermöglicht der Gruppe der pflegebedürftigen und von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen einen Zugang zum CM. Menschen, deren Versorgungsbedarfe sich im Krankenhaus als für die Regelsysteme zu komplex erweisen, können dem CM zugewiesen werden. Dabei ist insbesondere für Menschen ein Zugang gesichert, die sich in einer akuten gesundheitlichen Krisensituation befinden. Menschen, die in ihrer Versorgungskomplexität keine Behandlung im Krankenhaus haben, würden in diesem Szenario keinen Zugang zum CM haben. Es werden somit eher gesundheitliche Aspekte der komplexen Herausforderungen betont, da diese (in der Regel) notwendige Voraussetzung sind, um im Krankenhaus behandelt zu werden. Aus sozialen oder regionalen Gründen eher komplexe Versorgungsfälle hätten keinen systematischen Zugang.

Bei einer Anbindung bei einem Pflegedienst wäre der Zugang für pflegebedürftige Menschen gesichert. Diese Menschen werden auch in der Regelversorgung bereits von den ambulanten Pflegediensten betreut. Die Niedrigschwelligkeit hingegen wäre möglicherweise gefährdet, da auch in der Regelversorgung schon Menschen mit Versorgungsbedarfen keine Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst bekommen, weil sie entweder keinen Kontakt zu einem solchen herstellen können oder in ihrer (ländlichen) Region das Angebot an ambulanten Pflegediensten nicht ausreichend ist.

In beiden skizzierten Optionen einer Anbindung bei einem Leistungserbringer ist die ZG der pflegenden Angehörigen unterrepräsentiert. Pflegende Angehörige mit komplexen Versorgungssituationen würden lediglich über die pflegebedürftigen Angehörigen in Kontakt mit dem CM kommen.

Sozialversicherungsträger

Eine Anbindung bei einem Sozialversicherungsträger wie bspw. der gesetzlichen Krankenversicherung über die Krankenkassen oder der sozialen Pflegeversicherung in Form der Pflegekassen verletzt die zentrale Gelingensbedingung der Unabhängigkeit und der Neutralität. Im Umfeld der Pflegebedürftigkeit sind große Teile der zur Inanspruchnahme in Frage kommenden Leistungen SGB XI- oder SGB V-Leistungen, deren Kosten die Kassen selber tragen. Ein von den Kassen selbst finanziertes und beauftragtes CM liefe unter Umständen Gefahr, nicht als neutral wahrgenommen zu werden, da die Mutmaßung, das CM handle im Auftrag einer Sparlogik der jeweiligen Kasse, denkbar wäre. Gleichzeitig wäre das CM weniger sozialgesetzbuchübergreifend verortet und damit in seinem Handlungsspielraum eingeschränkt. Selbiges gilt auch für andere Sozialversicherungsträger, die allerdings ohnehin im Umfeld der Pflegebedürftigkeit eine geringere Relevanz haben als die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Ebenfalls grundsätzlich eingeschränkt wäre ein übergeordnetes Care Management, welches die regionale Pflegeentwicklung ins Zentrum stellt und nicht die dem Sozialversicherungsträger eigenen Systeme und Logiken. Regionales Lernen wäre hier nur eingeschränkt denkbar und angesichts häufig weniger regional, sondern eher auf Länder- oder Bundesebene operierenden Kassen systematisch gehemmt.

Das Case Finding wäre in Bezug auf die gesundheitlichen Dimensionen einer Versorgungskomplexität grundsätzlich sowohl für pflegebedürftige als auch von

Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen sowie für pflegende Angehörige durchführbar und erfolgsversprechend. Die Krankenkassen haben Zugriff auf die Gesundheitsdaten ihrer Versicherten und könnten, bei vorliegenden konzeptionellen Definitionen, jene Versicherten finden, deren Gesundheitsdaten über festgelegte Indikatoren auffällig sind. Ähnliches gilt für pflegende Angehörige, falls diese als Pflegeperson bei der Pflegekasse eingetragen sind.

In ihrem Zuschnitt auf Gesundheitsthemen können Kranken- und Pflegekassen weniger gut andere, komplexe Versorgungsbedarfe auslösende soziale Themenbereiche adressieren. Es werden also systematisch ZG im Case Finding unterrepräsentiert, die weniger über gesundheitliche Problemstellungen komplexe Bedarfe in der Versorgung aufweisen.

Ersetzt man Kranken- und Pflegekassen durch andere, alternative Sozialversicherungsträger, ändert sich die Domäne, es bleibt jedoch die Problematik des einseitigen Zuschnitts im Case Finding über die typischen Themen der jeweiligen Domäne. So könnte bei einem Sozialversicherungsträger wie der Arbeitslosenversicherung in Form der Arbeitsagenturen soziale Themen, die mit der Arbeits- bzw. Erwerbstätigkeit und -losigkeit in Kontakt stehen, im Zentrum des Case Findings stehen. Jedoch gerät die gesundheitliche Perspektive des Case Findings in der Folge in den Hintergrund. In einer Anbindung an einen Sozialversicherungsträger ist es also schwierig, die Grenzen der Sozialgesetzgebung im Sinne der Logik des CM zu sprengen.

Kooperative Anbindungsoptionen

Aus den einzelnen skizzierten Szenarien der grundlegenden und an einen Akteur gebundenen Anbindungen resultieren jeweils Vor- und Nachteile eines jeden Szenarios. Im Folgenden sollen zwei aufeinander aufbauende Optionen vorgestellt werden, die die jeweiligen Vorteile gewinnbringend kombinieren könnten.

Gesundheitsregionen

Gesundheitsregionen, in Niedersachsen seit 2014 in aktuell 39 Landkreisen und kreisfreien Städten etabliert (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V. 2024), sind kommunale Gesundheitsnetzwerke, die Akteure der gesundheitlichen Versorgung auf kommunaler Ebene zusammenbringen. Gesundheitsregionen stellen einen Rahmen dar, in welchem die kommunale Daseinsvorsorge regelhaft mit Leistungserbringern und Sozialversicherungsträgern der Region in Austausch kommen kann (Altgeld et al. 2024). In einem solchen Kooperationsrahmen könnten die vorher skizzierten Vorteile der einzelnen Anbindungsoptionen vereint werden. In einem von verschiedenen Akteuren getragenen Anbindungsszenario könnte eine dezentrale Verortung gelingend umgesetzt werden, ohne notwendigerweise bestimmte ZG systematisch auszuschließen. Es wäre umgekehrt möglich, die dezentrale Verortung des CM spezifisch entlang der ZG auszurichten. In der starken regionalen Verankerung der Gesundheitsregionen könnten regionale Unterschiede sowohl in der Versorgungsinfrastruktur als auch in den möglichen ZG des CM systematisch mitgedacht werden. Durch die regelhaften Netzwerkaktivitäten der Gesundheitsregionen, wie bspw. die Gesundheitskonferenzen, könnten die durch ein eigenes CM-Konsortium der Gesundheitsregionen im Care Management erarbeiteten Lerneffekte systematisch in die gemeinsame Entwicklung der Versorgungsinfrastruktur und -kultur der Region einfließen.

Angesichts multipler systemischer Belastungen im Bereich der gesundheitlichen Versorgung, die potenziell alle Stakeholder einer Gesundheitsregion betreffen, könnten alle beteiligten Akteure und Institutionen von einer gemeinsamen CM-O profitieren. CM als ein Systemgrenzen sprengendes Handlungskonzept könnte in seiner Wirkweise den beteiligten Akteuren zu Gute kommen, muss jedoch dazu als Kollektivgut begriffen werden, in welches die Akteure gemeinsam investieren, um es zum Wohle aller zur Verfügung stellen.

Genossenschaft

Eine mögliche Vergesellschaftungsform einer solchen Kooperation der an der gesundheitlichen Versorgung in einer Region beteiligten Akteure könnte eine Genossenschaft darstellen. Die beteiligten Stakeholder würden als Genossenschaft eine CM-O als gemeinsamen Geschäftsbetrieb gründen, dessen Ziel die Förderung der Versorgungssituation in der Region ist, in welcher die beteiligten Stakeholder operieren. Umgesetzt würde dieses Ziel durch ein CM für komplexe Versorgungsfälle. Die oben aufgestellten Gelingensbedingungen könnten, da verschiedene Akteure aus verschiedenen Systemlogiken kooperieren, regional und zielgruppenspezifisch umgesetzt werden. Jene komplexen Versorgungsfälle, deren Versorgung für die einzelnen Institutionen einer Region in der Regelversorgung nicht handhabbar ist, würden durch das gemeinsame CM zwischen den einzelnen Akteuren und Systemen vermittelt und koordiniert. Aus den Einzelfällen könnten die an der Genossenschaft beteiligten Akteure, im Idealfall sämtliche regionale Stakeholder der Gesundheitsversorgung, systematisch lernen. Es entstünde eine lernende CM-O als gemeinsamer Geschäftsbetrieb einer Genossenschaft, an der alle Stakeholder der Gesundheitsregion beteiligt sind. Zentrale Gelingensbedingungen wie Neutralität und Unabhängigkeit wären gewahrt, da es keine eigene und vorherrschende Systemlogik in einer Gemeinschaft aus verschiedenen Systemursprüngen gibt. Eine Genossenschaft folgt keiner Gewinnmaximierungslogik, sondern einzig dem Zweck des Mehrwertes für die, in diesem Fall systemlogisch heterogenen Genossenschaftsmitglieder. Konsequenterweise wäre eine solche gemeinsame CM-O eine sich selbst abschaffende Organisation, da sie an der Glättung von Systemschnittstellen durch die dem CM eigenen Lerneffekte arbeitet, die auf der Ebene des Care Managements in der Folge systematisch abgebaut werden könnten.

Szenarien der Anbindung bei aktuellen politischen Initiativen

Auch bei aktuell diskutierten politischen Initiativen (Weller 2024; Klapper 2024) wäre eine Anbindung einer CM-O denkbar. Teilweise werden die Initiativen selbst in ihrer Anbindung als kommunales Angebot gedacht und vorgeschlagen, sind in ihrem aktuellen gesetzlichen Erarbeitungsstand jedoch zum Teil (noch) nicht fertiggestellt, sondern Gegenstand einer dynamischen Diskussion (Lange et al. 2024). Zu nennen sind hier vorrangig vier Vorschläge und Gesetzesentwürfe, innerhalb derer das ReKo-CM als Handlungskonzept denkbar wäre: Gesundheitskioske, Primärversorgungszentren, Community-Health-Nursing und die Krankenhausreform mit den dort angedachten Level 1i-Krankenhäusern. Der Vorschlag der Gesundheitskioske für sozial benachteiligte Stadtviertel und strukturschwache ländliche Regionen wählt einen niedrigschwelligen Zugang im Sozialraum benachteiligter Bevölkerungsgruppen. Diskutiert wird eine geteilte Finanzierungsverantwortung zwischen den Krankenkassen und den Kommunen sowie auf freiwilliger Basis auch anderen Sozialversicherungsträgern vor Ort. Im kommunalen Initiativrecht ist ein regionaler Bezug

verankert. CM wird im Umfeld der Gesundheitskioske als Bestandteil mitdiskutiert, bislang jedoch ohne ersichtliche spezifische Schärfung. Der in ReKo erprobte pflegebezogene CM-Ansatz würde in der pflegerisch geleiteten Einrichtung diese Leerstelle im Vorschlag füllen können und insbesondere die im Vorschlag diskutierten mobilen Gesundheitskioske in ihrem aufsuchenden Angebot erweitern und spezifizieren. In der geteilten Finanzierungslogik zwischen Kommune und Krankenkassen wäre die Unabhängigkeit und Neutralität durch zwei zentrale Akteure gesichert. Grundlegende Gelingensbedingungen des ReKo-CM als Handlungskonzept auf der Mikroebene wären hier erfüllt, die weiterreichenden Gelingensbedingungen hinsichtlich einer CM-O zum Zwecke einer lernenden Region wären denkbar, sind in aktuellen Vorschlägen allerdings nicht diskutiert.

Primärversorgungszentren sind ein weiterer aktueller Vorschlag. Als Orte interdisziplinärer Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsberufe werden sie als niedrigschwelliges Angebot insbesondere in Regionen mit niedriger hausärztlicher Abdeckung vorgeschlagen. Mitgedacht wird eine enge Vernetzung mit anderen lokalen Akteuren der gesundheitlichen Versorgung. Wiederum in diesem Vorschlag aufgegriffen und damit als anschlussfähig diskutiert wird einerseits ein enger Einbezug akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen im multiprofessionellen Team eines PVZs, insbesondere Community-Health-Nurses, und andererseits eine Andockung eines PVZs an die im Zuge der Krankenhausreform vorgeschlagenen Level-1i-Krankenhäuser. Case Manager*innen werden im Vorschlag der Primärversorgungszentren gleichzeitig mit Community Health Nurses insbesondere als Schnittstelle in den Sozialraum diskutiert (Gruhl 2022), zeitgleich ist CM als Handlungskonzept auch Bestandteil des CHN-Konzeptes. Die CM-Arbeitsweise ist hier also bereits angelegt, eine spezifische inhaltliche Schärfung scheint hier jedoch ebenfalls nicht vorgenommen zu sein. Das in ReKo erprobte Handlungskonzept des pflegebezogenen CM kann auch hier in der Arbeit von multiprofessionellen Teams in einem Primärversorgungszentrum angewendet werden. Für die in den Vorschlägen der Krankenhausreform angedachten Level-1i-Krankenhäuser und die damit diskutierte sektorenübergreifende Versorgung zwischen ärztlicher und pflegerischer Versorgung und zwischen stationären und ambulanten Leistungen könnte das pflegebezogene ReKo-CM ebenfalls systematisch hilfreich sein. Das pflegebezogene CM als von pflegerischen Themen ausgehende Fallarbeit arbeitet systematisch vernetzend. In multidisziplinären Arbeitsräumen, sektorenübergreifenden Handlungsfeldern zwischen ambulanter und stationärer Versorgung könnte genau diese systematische Schnittstellenarbeit gelingend eingesetzt werden. Zu bedenken sind bei all diesen stationär verorteten neuen Versorgungsformen, dass das pflegebezogene ReKo-CM gerade in seiner offenen Arbeitsweise mit der Möglichkeit von Hausbesuchen Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Versorgung arrangieren und glätten konnte. In diesen neuen Versorgungsformen mit ursprünglich stationärer Verortung könnte eine Anbindung eines räumlich mobilen CM also eben jene Stärke ausspielen und die in den Konzepten angedachten Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Versorgung durch die konzeptuellen Erkenntnisse des ReKo-Projektes bearbeiten.

Zwischenfazit

Die Bedeutung regionaler Passgenauigkeit neuer Versorgungsformen wurde in der Diskussion um die gesundheitliche und sektorenübergreifende Versorgung mehrfach betont und in der aktuell diskutierten dynamischen Entwicklung des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes

des BMG auch adressiert. Regionale Passgenauigkeit und damit die besondere Rolle der Kommunen wurden schon im 7. Altenbericht (BMFSFJ 2016) angemerkt und in der aktuellen Debatte mehrheitlich geteilt (Lange et al. 2024). Bei der Vielfalt an vorliegenden und diskutierten Vorschlägen neuer oder veränderter Versorgungsformen wird die Wichtigkeit der Regionalität zwar unisono betont, in der Konsequenz jedoch häufig zentralisiert in ländlichen Regionen durch Primärversorgungszentren, Level-1i-Krankenhäuser oder Gesundheitskioske nach dem Walk-in-Prinzip angedacht. Organisational sinnvoll und mit dem Ziel einer Bündelung multiprofessioneller Kompetenz unumgänglich, fehlt diesen Konzepten die tatsächliche konzeptuelle Reichweite in den Sozialraum auch weniger mobiler Menschen im weitläufigen ländlichen Raum. Das pflegebezogene ReKo-CM könnte diese Vorschläge um eben diese Kompetenz erweitern und so einen wichtigen Beitrag zur sektorenübergreifenden Versorgung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung leisten. Auf einer übergeordneten Ebene fehlt den diskutierten Ansätzen eine angelegte systematische Lernkompetenz in Bezug auf das betonte regionale Versorgungsfeld. Der evaluierte Ansatz der ReKo-CM-O kann auch diese Leerstelle füllen. Im System des konsequenten Lernens aus Einzelfällen eines regelgeleiteten ReKo-CM könnten die Schnittstellen, die sich in der regionalen Versorgung zeigen, gelingend bearbeitet werden. Die vorgeschlagenen Konzepte würden so um eine systematisch Lernkomponente erweitert werden, die Bedeutung der Regionalität auch über die Gründung neuer Versorgungsformen hinaus erst einlöst und die Versorgungsformen für neue Versorgungskrisen der Zukunft regional flexibel hält. Aus Sicht des pflegebezogenen ReKo-CM und der ReKo-CM-O ist eine Anbindung dieser beiden gemeinsamen Konzepte unter den eingeführten Gelingensbedingungen also vielfältig realisierbar, die Konsequenzen der verschiedenen Optionen für die Versorgungsrealität wurden skizziert.

5.3 Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Das ReKo-Konzept wurde nach Abschluss des ReKo-Modellprojektes (März 2024) durch die beiden Landkreise der ReKo-Modellregion in Eigenfinanzierung (zunächst begrenzt auf zwei Jahre) aufgegriffen und durch die Einrichtung von kommunal verankerten CM-Stellen fortgeführt. Vor dem Hintergrund der empirischen Ergebnisse, der theoretischen Einsichten und der geäußerten Transferüberlegungen nehmen die Evaluator*innen Empfehlungen vor, die chronologisch in kurz-, mittel- und langfristige Perspektiven unterteilt dargestellt werden.

Kurzfristige Empfehlungen

Die ReKo-Evaluation konnte ein gestiegenes Inanspruchnahmeverhalten sowohl in Bezug auf SGB V- als auch SGB XI-Leistungen nachweisen. Die Intervention hatte auf beide sozialrechtlichen Bereiche einen evidenten Einfluss. Andere Sozialgesetzbücher, die in der ReKo-Evaluation nicht systematisch betrachtet werden konnten, wie bspw. SGB XII und SGB IX, liegen potenziell ebenfalls im unmittelbaren Wirkungsbereich des ReKo-CM, wie einzelne Interviewaussagen zeigen konnten. Die Evaluator*innen empfehlen auf Grundlage dieser engen Zusammenhänge der einzelnen Sektoren im Bereich der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung, sektorenübergreifende Angebote zu stärken.

Um den Nutzen digitaler Angebote für ältere Menschen zu erhöhen, wie bspw. eine digitale Unterstützungsplattform in Form des Patient*innen-Portals in ReKo, empfehlen die Evaluator*innen die IT-Befähigung älterer Menschen durch geeignete Angebote zu erhöhen. Die Evaluator*innen schließen sich hier den Empfehlungen des Achten Altersberichtes der Bundesregierung an.

Mittelfristige Empfehlungen

Mittelfristig empfehlen die Evaluator*innen eine Qualifizierung von ReKo-Case Manager*innen auf Bachelor- oder Masterniveau. Die ReKo-Case Manager*innen sollten eine pflegefachliche Berufsausbildung, pflegepraktische Berufserfahrung und eine DGCC-Weiterbildung als Bestandteil eines Masterstudiums aufweisen. Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, neben pflegefachlichen Kompetenzen, eine hohe Relevanz von Kompetenzen im Bereich der Sozialen Arbeit. Die Evaluator*innen empfehlen, dass Case Manager*innen in diesem Bereich geschult werden. Bei allen festgestellten und hier empfohlenen Kompetenzen ist darauf zu achten, eine hohe Durchlässigkeit auch für solche Personen und Berufsangehörige zu gewährleisten, die ihre Berufsausbildung in einer Zeit vor der fortschreitenden Akademisierung der Pflegeberufe absolviert haben. Die Evaluator*innen empfehlen, auch diesem Umstand in Form geeigneter Prüfungen (vgl. Z-Prüfung) Rechnung zu tragen.

Mittelfristig empfehlen die Evaluator*innen außerdem, die im Siebten Altersbericht der Bundesregierung dargelegte Verantwortung der Kommunen in der regionalen Daseinsvorsorge durch eine Stärkung lokaler und regionaler Sorgegemeinschaften einzulösen.

Langfristige Empfehlungen

Langfristig empfehlen die Evaluator*innen eine SGB-übergreifende Integration von Leistungen im Umfeld von Pflegebedürftigkeit. Die in den kurzfristigen Empfehlungen bereits dargelegten sektorenübergreifenden Angebote könnten so in einer SGB-übergreifenden Logik Synergieeffekte verstetigen und sowohl für die beteiligten sozialrechtlichen Stakeholder als auch die Patient*innen/Klient*innen verlässlich und unabhängig von der regionalen Verortung zugänglich machen.

Um Effekte eines ReKo-CM, aber auch der regionalen Pflegestrukturentwicklung erforschen und steuern zu können, empfehlen die Evaluator*innen ein regionales Datenmonitoring pflegerelevanter Daten. Dazu gehört auch, dass die Kranken- und Pflegekassen ein pflegespezifisches Monitoring einführen, welches in Form codierfähiger Pflegetaxonomien pflegerelevante und pflegespezifische Daten bereithält, die zur Untersuchung und Steuerung regionaler Steuerung im Bereich der Pflege genutzt werden können.

Empfehlungen für die Forschung

Aus den Projekterfahrungen ergeben sich aus Sicht der Evaluation ebenfalls Empfehlungen hinsichtlich zukünftiger Forschung und Forschungsförderung. Die Evaluator*innen empfehlen, Langzeitstudien im Bereich des pflegebezogenen CM durchzuführen. Erst in weitläufigeren Studienzeiträumen ist eine Untersuchung von substituierenden und präventiven Effekten einer gesteigerten Inanspruchnahme ambulanter Leistungen gegenüber stationären Leistungen möglich. Auf Grundlage dieser Studie ließ sich kein abschließendes Urteil fällen, ob

ReKo-CM die Krankenhaustage reduziert, lediglich dass ein solcher Effekt nicht innerhalb eines Jahres eintritt. Zukünftige Studien sollten solche langfristigen Effekte untersuchen.

Das pflegebezogene ReKo-CM sollte in zukünftigen Studien einer engeren Konzeptevaluation und formativen Entwicklung von konkreteren, zielgruppenspezifischen Konzepten für ein pflegebezogenes CM unterzogen werden. Analog dazu zeigt sich in der Deskription von Komplexität im Umfeld von Pflegebedürftigkeit weiterer Forschungsbedarfs, insbesondere hinsichtlich einer zielgruppenspezifischen Betrachtung und Beschreibung.

Im Rahmen zukünftiger Forschungsprojekte des G-BA-Innovationsfonds empfehlen die Evaluator*innen, Themen sozialer Ungleichheit in Bezug auf die Wirkung von Innovationen im Gesundheitswesen stärker zu fokussieren und soziale Bezüge zum notwendigen Bestandteil der Evaluationen zu ernennen.

Forschungsprojekte des G-BA-Innovationsfonds arbeiten zu großen Teilen mit großen Mengen sensibler Daten, die eine DTHS notwendig machen. Die Evaluator*innen empfehlen vor dem Hintergrund der Projekterfahrungen, eine zentrale DTHS beim G-BA-Innovationsfonds einzurichten. Es sind ausgeprägte Synergieeffekte zwischen den unterschiedlichen Projekten zu erwarten, wenn es standardisierte Prozesse mit der gleichen DTHS gibt.

Der G-BA-Innovationsfonds fördert häufig eine Reihe von Projekten, die ähnliche Gegenstände untersuchen, ähnliche Interventionen vorschlagen oder methodisch sehr ähnlich gelagert sind. Die Evaluator*innen sehen einen Bedarf, ähnliche Projekte durch begleitende Metaprojekte zu bündeln, um Synergieeffekte zwischen den Projekten und Innovationsansätzen zu erzeugen. Außerdem sollte die bereits begonnene Öffnung des G-BA-Innovationsfonds in Richtung einer stärkeren Förderung von SGB XI-Themen intensiviert werden und innovative und die Sozialgesetzbücher übergreifende Interventionsansätze und deren Erforschung verstärkt gefördert werden.

IV Literaturverzeichnis

Abraham, J.; Möhler, R. (2023): Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen in der Pflege. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 66 (5), S. 523–529. DOI: 10.1007/s00103-023-03689-1.

Altgeld, T.; Morys-Wortmann, C.; Preuß, M.; Haack, M. (2024): Chancen und Risiken eines stärkeren Kommunalen Engagements vor dem Hintergrund bisheriger Aktivitäten und Kooperationen. Gesundheitsregionen Niedersachsen. In: Joachim Lange, Thomas Altgeld, Marius Haack, Josef Hilbert und Maren Preuß (Hg.): Gesundheitversorgung in der Kommune stärken. Gesundheitsregionen - Gesundheitskioske - Primärversorgungszentren. Rehburg-Loccum (Loccumer Protokolle, 75/2023).

Angrist, J. D.; Pischke, J.-S. (2009): Mostly Harmless Econometrics: Princeton University Press.

Artetxe, A., Beristain, A., & Graña, M. (2018). Predictive models for hospital readmission risk: A systematic review of methods. In Computer Methods and Programs in Biomedicine (Vol. 164, pp. 49–64). Elsevier Ireland Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.cmpb.2018.06.006>

Augurzky, B.; Kottmann, R.; Leber, R.; Mensen, A.; Wuckel, C. (2023): Ambulante Leistungserbringung im deutschen Krankenhaussektor. Berlin: Barmer (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 43).

Auth, D., Discher, K., Kaiser, P., Leiber, S., Leitner, S., Varnholt, A. (2018): Sorgende Angehörige als Adressat_innen einer vorbeugenden Pflegepolitik: eine intersektionale Analyse (PflegeIntersek).. Düsseldorf. Online verfügbar unter <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-66680-1> [15.07.2024].

Baio, Gianluca; Berardi, Andrea; Heath, Anna (2017): Bayesian Cost-Effectiveness Analysis with the R package BCEA. Cham: Springer International Publishing.

Barmer (2024): Inanspruchnahme ambulante ärztliche Versorgung. Online verfügbar unter <https://www.bifg.de/publikationen/reporte/arztreport/arztreport-inanspruchnahme-ambulante-aerztliche-versorgung>, zuletzt geprüft am 15.03.2024.

Barmer Institut für Gesundheitsforschung. (2024, October 14). DRG Kataloge 2025. https://www.bifg.de/media/dl/Kataloge/DRG_Kataloge.xlsx

Bartholomeyczik, E. (2014): Arbeitsbelastung in der Krankenpflege. gesis - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS)). Online verfügbar unter <https://zis.gesis.org/skala/Bartholomeyczik-Arbeitsbelastung-in-der-Krankenpflege>, zuletzt geprüft am 05.01.2024.

Bateman, R. (2016): interRAI Contact Assessment telephone interview protocol. Information for assessors. Hg. v. interRAI™. Online verfügbar unter <https://www.interrai.co.nz/assets/Documents/ESS-Information-for-Assessors/d7b7800488/Contact-Assessment-telephone-protocol.pdf>, zuletzt aktualisiert am 2016, zuletzt geprüft am 20.10.2020.

Behrens, J. (2019): Theorie der Pflege und der Therapie. Grundlagen für Pflege- und Therapieberufe. Bern: Hogrefe.

Behrens, J.; Langer, G. (2016): Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung - Vertrauensbildende Entzauberung der "Wissenschaft". 4. überarb. und erg. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber.

Béland, S., Dumont-Samson, O., & Hudon, C. (2022): Case management and telehealth: a scoping review. *Telemedicine and e-Health*, 28(1), 11-23.

Bertelsmann Stiftung (2023): Indikator/Thema: Demografische Entwicklung. Landkreise: Emsland, Grafschaft Bentheim. Online verfügbar unter <https://www.wegweiser-kommune.de/daten/demografische-entwicklung+grafschafft-bentheim+emsland-lk+2017-2020+tabelle>, zuletzt aktualisiert am 04.04.2023.

Bläser, P.; Wirth, L. M.; Jalaß, I.; Ruppert, N.; Cordes, J.; Hülsken-Giesler, M. (2024): Professionelle pflegerische Bezüge eines Case Managements im Umfeld von Pflegebedürftigkeit. In: *Pflege & Gesellschaft* 29 (1), S. 56–69.

Bläser, P.; Wirth, L. M.; Jalaß, I.; Ruppert, N.; Hülsken-Giesler, M. (2023): Case Management im Umfeld von Pflegebedürftigkeit – Erste Erkenntnisse aus dem pflegebezogenen ReKo-Case Management. In: *Case Management* (1), S. 55–60.

Blüher, S.; Stein, T.; Schilling, R.; Grittner, U.; Kuhlmei, A. (2021): Vermeidung von Pflegebedürftigkeit – Herausforderungen für Forschung und Praxis. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmei, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger (Hg.): Pflege-Report 2021. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 91–102.

BMBF – Bundesministerium für Bildung und Forschung (2020): Miteinander durch Innovation. Forschungsprogramm ›Interaktive Technologien für Gesundheit und Lebensqualität‹. Bonn.

BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2016): Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune- Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung. Online verfügbar unter https://www.siebter-altenbericht.de/fileadmin/altenbericht/pdf/Der_Siebte_Altenbericht.pdf, zuletzt geprüft am 22.03.2024.

BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2021): Pflegende Beschäftigte brauchen Unterstützung. Leitfaden für eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Online verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/161690/afd185be09cf84ad9a6e38fbd3ee637a/pflegende-beschaeftigte-brauchen-unterstuetzung-data.pdf> [15.07.2024].

Böhle, F.; Weihrich, M. (2020): Das Konzept der Interaktionsarbeit. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 74, S. 9–22.

Bortz, J.; Schuster, C. (2010): Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Braeseke, G., Huster, S., Pflug, C., Rieckhoff, S., Ströttchen, J. et al. (2018a): Studie zum Versorgungsmanagement durch Patientenlotsen. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/IGES_Versorgungsmanagement_durch_Patientenlotsen_042018.pdf [15.07.2024].

Braeseke, Grit; Pflug, Claudia; Beikirch, Elisabeth (2018b): Studie zur Erfüllung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie der Qualitätssicherung in Pflegestützpunkten. Berlin: IGES Institut GmbH. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Endbericht_KVQSPS_IGES_gesamt_Final__20181220_.pdf, zuletzt geprüft am 22.03.2024.

Brinkmann, C.; Radic, M.; Kasprick, L. (2023): Kosteneffektivität von Case und Care Management bei älteren Populationen in Deutschland: Eine systematische Literaturübersicht. In: Gesundheitswesen 85 (4), S. 332–338. DOI: 10.1055/a-1845-1054.

Brüker, D., Leiber, S., Leitner, S. (2017): Vorbeugende Pflege- und Sorgpolitik: Herausforderungen und (kommunale) Gestaltungspotenziale in NRW. Düsseldorf. Online verfügbar unter <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-67761-6> [15.07.2024].

Brüngger, B., & Blozik, E. (2019). Hospital readmission risk prediction based on claims data available at admission: A pilot study in Switzerland. BMJ Open, 9(6). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028409>

Büscher, A.; Stelzig, S.; Peters, L.; Lübben, A.; Yalymova, I. (2023): VdK-Pflegestudie Abschlussbericht. Pflege zu Hause - zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Online verfügbar unter <https://www.vdk.de/themen/pflege/vdk-pflegestudie/>, zuletzt geprüft am 06.02.2024.

Canadian Institute for Health Information (2018): RUG-III Plus - Decision-Support Guide. Canadian Institute for Health Information. Ottawa, Kanada. Online verfügbar unter https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/rug-iiiplus-decision-support-guide-draft-1.3-en_0.pdf, zuletzt geprüft am 01.11.2022.

Cassells, H. B. (2015): The art and science of community health nursing. In: Albrecht Nies, M. & McEwen, M. (Hg.): The art and science of community health nursing. Community assessment. 6. Aufl. St. Louis, Miss (6. Aufl.), S. 92–105.

Centers for Disease Control and Prevention (2020): Infection Prevention and Control Assessment Tool for Nursing Homes Preparing for COVID-19, 08.05.2020. Online verfügbar unter <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/hcp/assessment-tool-nursing-homes.pdf>, zuletzt geprüft am 20.10.2020.

Cirkel, M., Crama, E., Enste, P. (2023): Bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum: Neue Chancen und Herausforderungen. IAT-Forschung aktuell 11/2023. DOI: <https://doi.org/10.53190/fa/202311> [15.07.2024].

Cohen, J. (1988): Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates.

Cohen, J. (2013): Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences: Routledge.

Dehl, T., Nolting, H.-D., Pflug, C., Rellecke, J., Rieckhoff, Wolff, J. (2020): Evaluation der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen gemäß § 7a Absatz 9 SGB XI. Abschlussbericht für den GKV-Spitzenverband. IGES. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/pflegeberatung/20200331_IGES_Evaluation_Pflegeberatung_Abschlussbericht.pdf, zuletzt geprüft am 21.06.23.

Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2020): Achter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Ältere Menschen und Digitalisierung. Online verfügbar unter <https://www.achter-altersbericht.de/bericht> [15.07.2024].

Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2016): Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung. Drucksache 18/10210 vom 02.11.2016. Berlin: Deutscher Bundestag.

DGCC (2020): Was ist Case Management (CM)? Offizielle Definition der DGCC. Online verfügbar unter <https://www.dgcc.de/case-management/>, zuletzt geprüft am 12.03.2024.

Diener, H.-C.; Lehmacher, W.; Kroth, E.; Lampert, A.; Weiser, T. (2023): Schmerzmittelgebrauch in Deutschland : Eine Erhebung über die Jahre 2008 bis 2019. In: Schmerz (Berlin, Germany) 37 (6), S. 461–466. DOI: 10.1007/s00482-022-00661-x.

Dimick, J. B.; Ryan, A. M. (2014): Methods for evaluating changes in health care policy: the difference-in-differences approach. In: JAMA 312 (22), S. 2401–2402. DOI: 10.1001/jama.2014.16153.

Ehlers, C.; Huchthausen, M. (2012): Beratung im Alter: Formate, Formen und Kompetenzen. In: Wolf Rainer Wendt (Hg.): Beratung und Case Management. Konzepte und Kompetenzen. Heidelberg: medhochzwei (Baustein: Casemanagement), S. 77–93.

Engler, F.; Fröhlich, F.; Götz, K.; Mergenthal, K. (2023): Koordinierte Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten aus ärztlicher Sicht: Erfahrungen aus einem kontrollierten Modellversuch in zertifizierten Praxisnetzen. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 181, S. 80–87. DOI: 10.1016/j.zefq.2023.04.007.

Englert, N.; Noelle, M.; Hülsken-Giesler, M.; Büscher, A. (2023a): Soziale Ungleichheit in der häuslichen Pflege: ein Scoping-Review zum Einfluss sozioökonomischer Ressourcen auf die Gestaltung häuslicher Pflegearrangements. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 178, S. 47–55. DOI: 10.1016/j.zefq.2023.02.004.

Englert, N.; Peters, L.; Przyssucha, M.; Noelle, M.; Hülsken-Giesler, M.; Büscher, A. (2023b): Häusliche Pflegearrangements: Untersuchung der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen im Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 66 (5), S. 540–549. DOI: 10.1007/s00103-023-03684-6.

Fahrenberg, J.; Myrtek, M.; Schumacher, J.; Brähler, E. (2000): Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ). Handanweisung. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Fehling, P. (2019): Entwicklungsstand der gegenwärtigen und künftigen technischen Assistenzsysteme. In: Pflege & Gesellschaft 24(3), 197-205.

Fenwick E, Byford S. A guide to cost-effectiveness acceptability curves. Br J Psychiatry. 2005 Aug;187:106-8. doi: 10.1192/bjp.187.2.106 . PMID: 16055820.

Fenwick, Elisabeth; O'Brien, Bernie J.; Briggs, Andrew (2004): Cost-effectiveness acceptability curves--facts, fallacies and frequently asked questions. In: Health economics 13 (5), S. 405–415. DOI: 10.1002/hec.903.

Fricke, U.; Günther, J.; Niepraschk-von-Dollen, K.; Zawinell, A. (2023): Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen für den deutschen Arzneimittelmarkt. ATC-Index mit DDD-Angaben. Hg. v. Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO). Berlin.

Friemel, Thomas N. (2016): The digital divide has grown old: Determinants of a digital divide among seniors. In: New Media & Society 18 (2), S. 313-331. DOI: 10.1177/1461444814538648.

Garms-Homolová, V. (Hg.) (2002): Assessment für die häusliche Versorgung und Pflege. Resident Assessment Instrument - Home Care (RAI HC 2.0). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

Garms-Homolová, V. (2020): interRAI Assessment System. interRAI Home Care (HC), Version 9.1.2. interRAI Assessment "Häusliche Versorgung und Pflege". Schulungsversion für Forschungszwecke und interne Verwendung. An deutschsprachige Erfordernisse angepasste,

originalgetreue Übersetzung der gegenwärtig gültigen Beschreibung zur Durchführung, Dokumentation und Anwendung des Assessmentinstruments interRAI HC. Berlin.

Geyer, J. (2016): Informell Pflegende in der deutschen Erwerbsbevölkerung: Soziodemografie, Pflegesituation und Erwerbsverhalten. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.): Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Berlin, S. 24–43. Online verfügbar unter https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Report_Vereinbarkeit_Beruf_Pflege_Pflegende_Angehoeerige.pdf [15.07.2024].

Gilmer, T. P.; Roze, S.; Valentine, W. J.; Emy-Albrecht, K.; Ray, J. A.; Cobden, D. et al. (2007): Cost-effectiveness of diabetes case management for low-income populations. In: Health services research 42 (5), S. 1943–1959. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2007.00701.x.

Giovannini, S.; van der Roest, H. G.; Carfi, A.; Finne-Soveri, H.; Garms-Homolová, V.; Declercq, A. et al. (2018): Polypharmacy in Home Care in Europe: Cross-Sectional Data from the IBenC Study. In: Drugs & Aging 35 (2), S. 145–152. DOI: 10.1007/s40266-018-0521-y.

Glick, H. A.; Doshi, J. A.; Sonnad, S. S. (2014): Economic evaluation in clinical trials. 2nd edition (Handbooks in health economic evaluation series).

Gnjidic, D.; Hilmer, S. N.; Blyth, F. M.; Naganathan, V.; Waite, L.; Seibel, M. J. et al. (2012): Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. In: Journal of clinical epidemiology 65 (9), S. 989–995. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2012.02.018.

Graf von der Schulenburg, J.-M.; Lange, A.; Neubauer, S.; Zeidler, J. (Hg.) (2017): Prozessorientierter Leitfaden für die Analyse und Nutzung von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Gräbel, E.; Behrndt, E.-M. (2016): Belastungen und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige. In: Klaus et al. Jacobs (Hg.): Pflege-Report 2016 - Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart: Schattauer, S. 169–183.

Gräbel, E.; Leutbecher, M. (1993): Häusliche Pflege-Skala, HPS, zur Erfassung der Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen. Ebersberg: Vless.

Grebe, C.; Brandenburg, H. (2015): Resident Assessment Instrument. Anwendungsoptionen und Relevanz für Deutschland. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 48 (2), S. 105–113. DOI: 10.1007/s00391-015-0855-6.

Großmann, R. (2009): Therapeutische Beziehungen: Distanze Nähe. In: Frank Nestmann und Karl Lenz (Hg.): Handbuch persönliche Beziehungen. Weinheim: Juventa (Handbuch), S. 545–565.

Gruhl, M. (2022): Voraussetzungen und Möglichkeiten der Implementierung und Ausgestaltung von Primärversorgungszentren im deutschen Gesundheitswesen. Eine Expertise im Auftrag der Robert Bosch Stiftung. Hg. v. Robert Bosch Stiftung.

Haack, G.; Haß, W. (2020): Evaluation. Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.).

Hämel, K. & Wolter, B. (2020): Alter(n) im ländlichen Raum. In: Aner, K. & Karl, U. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wiesbaden: Springer, S. 443-454.

Halm, Ethan A.; Lee, Clara; Chassin, Mark R. (2002): Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodologic critique of the literature. In: Annals of internal medicine 137 (6), S. 511-520. DOI: 10.7326/0003-4819-137-6-200209170-00012.

Hauk, Nathalie; Hüffmeier, Joachim; Krumm, Stefan (2018): Ready to be a Silver Surfer? A Meta-analysis on the Relationship Between Chronological Age and Technology Acceptance. In: Computers in Human Behavior 84, S. 304–319. DOI: 10.1016/j.chb.2018.01.020.

Hayes, V.; Morris, J.; Wolfe, C.; Morgan, M. (1995): The SF-36 Health Survey Questionnaire: Is it Suitable for use with Older Adults? In: Age and Ageing (24), S. 120–125.

Hermesen, T.; Löcherbach, P. (2018): Klientnetzwerke, professionelle Netzwerke und Integrationsnetzwerke in ihrer Bedeutung für die Pflegeberatung. In: Case Management 2 (18), S. 90–99.

Hielscher, V.; Kirchen-Peters, S.; Nock, L. (2017): Pflege in den eigenen vier Wänden. Zeitaufwand und Kosten ; Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung (Study der Hans-Böckler-Stiftung, 363).

Hintze, J. L.; Nelson, R. D. (1998): Violin Plots: A Box Plot-Density Trace Synergism. In: The American Statistician 52 (2), S. 181. DOI: 10.2307/2685478.

Hirdes, J. (2020): Guideline for completing long-term care facility-based interRAI Assessments during COVID-19 Pandemic. Hg. v. interRAI. Online verfügbar unter https://www.interrai.org/assets/files/Guideline%20for%20Completing%20interRAI%20Long%20Term%20Care%20Assessments_final.pdf, zuletzt geprüft am 20.10.2020.

Hirdes, J. P.; Poss, J. W.; Curtin-Telegdi, N. (2008): The Method for Assigning Priority Levels (MAPLe): a new decision-support system for allocating home care resources. In: BMC medicine 6, S. 9. DOI: 10.1186/1741-7015-6-9.

Hoberg, R., Klie, T. & Künzel, G. (2013): Strukturreform Pflege und Teilhabe. Politikentwurf für eine nachhaltige Sicherung von Pflege und Teilhabe. Bonn.

Hogeveen, S. E.; Chen, J.; Hirdes, J. P. (2017): Evaluation of data quality of interRAI assessments in home and community care. In: BMC medical informatics and decision making 17 (1), S. 150. DOI: 10.1186/s12911-017-0547-9.

Höhmman, U.; Bartholomeyczik, S. (2013): Komplexe Wirkungszusammenhänge in der Pflege erforschen: Konzepte statt Rezepte. In: Pflege & Gesellschaft 18 (4), S. 293–312.

Hülsken-Giesler, M. (2008): Der Zugang zum Anderen. Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimesis und Maschinenlogik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, unipress.

Hülsken-Giesler, M. (2017): Dynamiken im Berufsfeld Pflege und Folgen für die Fachkräftequalifizierung. Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis – BWP 1/2017, S. 6-9.

Hülsken-Giesler, M.; Daxberger, S. (2018). Robotik in der Pflege aus pflegewissenschaftlicher Perspektive. In: Oliver Bendel (Hg.): *Pflegeroboter*. Wiesbaden: Springer, S. 125–139.

Hülsken-Giesler, M., Dütthorn, N. & Kreutzer, S. (2022): Neue Technologien für die Pflege: Eine Einleitung in die Diskussion. In: Hülsken-Giesler, M., Kreutzer, S. & Dütthorn, N. (Hrsg.): *Neue Technologien in der Pflege. Grundlegende Reflexionen und pragmatische Befunde*. Göttingen.

Indiana Family & Social Services Administration (16.03.2020): COVID-19 Executive Order 20-02 Program Requirement Modifications. Online verfügbar unter https://www.ihca.org/wp-content/uploads/2020/04/Updated-Division-of-Aging-Covid-19-Program-Guidance-3_16_20.pdf, zuletzt geprüft am 20.10.2020.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2022): *Allgemeine Methoden*. Version 6.1 vom 24.01.2022. Version 6.1. Köln.

Jalaß, I.; Wirth, L. M.; Bläser, P.; Cordes, J.; Ruppert, N.; Hülsken-Giesler, M. (2023): Versorgungslücken im Umfeld von Pflegebedarf. Identifikation und Bearbeitung durch Case Management im Rahmen des ReKo-Projektes. In: *Case Management* (4), S. 157–161.

Jalaß, I.; Wirth, L. M.; Bläser, P.; Cordes, J.; Ruppert, N.; Hülsken-Giesler, M. (2024): Analyse der regionalen Versorgungsinfrastruktur als Basis für Lern- und Entwicklungsprozesse. In: *Pflege & Gesellschaft* (1), S. 42–55. Online verfügbar unter https://www.beltz.de/fachmedien/erziehungswissenschaft/zeitschriften/pflege_gesellschaft/artikel/52684-analyse-der-regionalen-versorgungsinfrastruktur-als-basis-fuer-lern-und-entwicklungsprozesse.html.

Jalaß, I., Wirth, L.; Cordes, J.; Ruppert, N.; Bläser, P.; Hülsken-Giesler, M. (2022): Regionales Pflegekompetenzzentrum – Innovationsstrategie für die Langzeitversorgung vor Ort (ReKo). Infrastrukturanalyse Interventionsregion ReKo. Basiserhebung t0, Basiserhebung t0, 2020/2021. Bericht im Auftrag des G-BA-Innovationsfonds. Hg. v. OsnDocs. Universität Osnabrück. Osnabrück.

Jamieson, H. A.; Abey-Nesbit, R.; Pickering, J. W. (2020): Effect of Capacity to Undertake Instrumental Activities of Daily Living on Entry to Aged Residential Care in Older People With Heart Failure. In: *Front. Med.* 7, S. 386. DOI: 10.3389/fmed.2020.00386.

Janßen, C.; Grosse Frie, K.; Dinger, H.; Schiffmann, L.; Ommen, O. (2009): Der Einfluss von sozialer Ungleichheit auf die medizinische und gesundheitsbezogene Versorgung in Deutschland. In: Matthias Richter und Klaus Hurrelmann (Hg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2., aktualisierte Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage, Wiesbaden, S. 149–165. Online verfügbar unter https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-531-91643-9_8.

Joo, J. Y., & Liu, M. F. (2017). Case management effectiveness in reducing hospital use: a systematic review. In *International Nursing Review* (Vol. 64, Issue 2, pp. 296–308). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/inr.12335>

Klapper, B. (2024): Stärkung der Gesundheit in der Kommune mit professioneller Pflege. In: Joachim Lange, Thomas Altgeld, Marius Haack, Josef Hilbert und Maren Preuß (Hg.): *Gesundheitversorgung in der Kommune stärken. Gesundheitsregionen - Gesundheitskioske - Primärversorgungszentren*. Rehburg-Loccum (Loccumer Protokolle, 75/2023).

Kleve, H. (2016): Komplexität gestalten. Soziale Arbeit und Case-Management mit unsicheren Systemen. Erste Auflage. Heidelberg: Carl-Auer Verlag GmbH.

Kliche, T.; Koch, U.; Lehmann, H.; Töppich, J. (2006): Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung. Probleme und Lösungsansätze zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung der Versorgung. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 49 (2), S. 141–150. DOI: 10.1007/s00103-005-1216-1.

Klie, T. (2020a): Care und Case Management - Steuerung im Kontext von Pflegebedürftigkeit. Hg. v. K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber und A. Schwinger. Berlin, Heidelberg (Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung.).

Klie, T. (2020b): Pflegeberatung und Pflegestützpunkte zwischen pflegepolitischer Bedeutung und Wirklichkeit. In: Peter Löcherbach (Hg.): Care und Case Management. Transprofessionelle versorgungsstrukturen und Netzwerke. 1. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer (Health Care- und Krankenhaus-Management), zuletzt geprüft am 26.04.2023.

Klie, T.; Monzer, M. (2018): Regionale Pflegekompetenzzentren. Innovationsstrategie für die Langzeitpflege vor Ort. Heidelberg, Neckar: medhochzwei Verlag (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Band 25).

Klie, T. (2022): Pflegereport 2022. Häusliche Pflege - das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven. Heidelberg: medhochzwei Verlag.

Knabe, A.; Keim-Klärner, S.; Klärner, A.; Neu, C. (2021): Lebenschancen in ländlichen Räumen: Gelegenheitsstrukturen als Dimension sozialer Ungleichheit. In: Rasmus Hoffmann, André Knabe und Christian Schmitt (Hg.): Ungleichheit, Individualisierung, Lebenslauf. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden (Sozialstrukturanalyse), S. 141–163.

Koalitionsvertrag 2021 - 2025 „Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit“, zwischen der SPD, BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und der FDP, vom 07.12.2021, Berlin. Online verfügbar unter <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/04221173eef9a6720059cc353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1> [15.07.2024].

Kus, K.; Arlinghaus, T.; Kajüter, P.; Teuteberg, F. (2021): Success Factors of Case Management Software Supporting Healthcare Patient Services - A User-Driven Perspective. In: AMCIS.

Lampert, T.; Hoebel, J. (2019): Soziale Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter. In: Z Gerontol Geriat 52 (Suppl 1), S. 91–99. DOI: 10.1007/s00391-018-01487-y.

Lamura, G.; Mnich, E.; Wojszel, B.; Nolan, M.; Krevers, B.; Mestheneos, L.; Döhner, H. (2006): Erfahrungen von pflegenden Angehörigen älterer Menschen in Europa bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen: Ausgewählte Ergebnisse des Projektes EUROFAMCARE. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39 (6), S. 429-442. DOI: 10.1007/s00391-006-0416-0.

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V. (2024): Gesundheitsregionen Niedersachsen. Online verfügbar unter <https://www.gesundheitsregionen-nds.de/>, zuletzt aktualisiert am 15.04.2024, zuletzt geprüft am 15.04.2024.

Lange, J.; Altgeld, T.; Haack, M.; Hilbert, J.; Preuß, M. (Hg.) (2024): Gesundheitversorgung in der Kommune stärken. Gesundheitsregionen - Gesundheitskioske - Primärversorgungszentren. Evangelische Akademie Loccum. Rehburg-Loccum (Loccumer Protokolle, 75/2023).

Lappe, V.; Dinh, T. S.; Harder, S.; Brueckle, M.-S.; Fessler, J.; Marschall, U. et al. (2022): Multimедication Guidelines: Assessment of the Size of the Target Group for Medication Review and Description of the Frequency of Their Potential Drug Safety Problems with Routine Data. In: *Pharmacoepidemiology* 1 (1), S. 12–25. DOI: 10.3390/pharma1010002.

Leitliniengruppe Hessen; DEGAM (2021): S3-Leitlinie Multimедikation (AWMF-Reg-Nr. 053-04). Online verfügbar unter https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-043l_S3_Multimedikation_2021-08.pdf.

Löcherbach, P.; Hermsen, T.; Arnold, J. (2013a): Effektivität und Effizienz des Case Managements in der ambulanten, sektorübergreifenden Basisversorgung Demenzkranker - Evaluationsstudie am Beispiel des Modellvorhabens „Ambulante Basisversorgung Demenz im Lotsentandem“. Abschlussbericht. Hg. v. Eigendruck. KH-Mainz.

Löcherbach, P.; Hermsen, T.; Arnold, J.; Monzer, M. (Hg.) (2013b): Wirkungsanalyse des Fallmanagements in der Eingliederungshilfe (WiFEin). Abschlussbericht. Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg. Stuttgart: KVJS Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS-Forschung). Online verfügbar unter https://www.kvjs.de/fileadmin/dateien/Forschung/Abgeschlossene_Forschungen/Fallmanagement/AB_WiFEin_Internet.pdf.

Löcherbach, P.; Hermsen, T.; Mennemann, H. (2009): Computergestütztes Case Management in der Kinder- und Jugendhilfe. Gemeinsamer Schlussbericht ; Berichtszeitraum: 01.01.2008 bis 31.12.2008. Mainz.

Löcherbach, P.; Klug, W.; Wendt, W. R.; Remmel-Faßbender, R. (Hg.) (2003): Case-Management: Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis. 2. Aufl. Neuwied: Hermann Luchterland Verlag.

Löffler, K.; Jerusalem, A.; Goldgruber, J.; Ziegl, A.; Weidinger, L. (2023): Pflege von Profis lernen. Evaluierung eines Edukationsprogrammes für pflegende Angehörige. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* (56), S. 215–220.

Lopez-Hartmann, M.; Wens, J.; Verhoeven, V.; Remmen, R. (2012): The effect of caregiver support interventions for informal caregivers of community-dwelling frail elderly: a systematic review. In: *International journal of integrated care* (12), S. 1–16.

Lübke, N. (2004): Hamburger Einstufungsmanual zum Barthel-Index. Hamburg. Online verfügbar unter <https://www.dimdi.de/static/.downloads/deutsch/hamburger-manual-nov2004.pdf>, zuletzt geprüft am 29.01.2024.

Lübke, N.; Meinck, M.; von Renteln-Kruse, W. (2004): Der Barthel-Index in der Geriatrie. Eine Kontextanalyse zum Hamburger Einstufungsmanual. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 37 (4), S. 316–326. DOI: 10.1007/s00391-004-0233-2.

Ludwig, W.-D.; Mühlbauer, B.; Seifert, R. (2022): Arzneiverordnungs-Report 2022. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Mahoney, F. I.; Barthel, D. W. (1965): Functional evaluation: The Barthel Index. In: Maryland state medical journal 14, S. 61–65.

March, S.; Zimmermann, L.; Kubat, D.; Neumann, A.; Schmitt, J.; Baum, F. et al. (2020): Methodische Herausforderungen bei der Nutzung von Daten von mehr als 70 gesetzlichen Krankenkassen – Ein Werkstattbericht aus der EVA64-Studie. In: Gesundheitswesen 82 (S 01), S4-S12. DOI: 10.1055/a-1036-6364.

Matzk, S.; Tsiasioti, C.; Behrendt, S.; Jürchott, K; Argüello Guerra, F.; Schwinger, A. (2023): Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Antje Schwinger, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Klaus Jacobs (Hg.): Pflege-Report 2023. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 235–268.

Mayring, P. (2015a): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12. Aufl. Weinheim: Beltz.

Mayring, P. (2015b): Qualitative Inhaltsanalyse: Beltz Verlagsgruppe.

McIntyre, David P.; Srinivasan, Arati; Chintakananda, Asda (2021): The persistence of platforms: The role of network, platform, and complementor attributes. In: Long Range Planning 54 (5), S. 101987. DOI: 10.1016/j.lrp.2020.101987.

McKnight, D. H.; Choudhury, V.; Kacmar, C. (2002): Developing and Validating Trust Measures for e-Commerce: An Integrative Typology. In: Information Systems Research 13 (3), S. 334–359. DOI: 10.1287/isre.13.3.334.81.

McKnight, H.; Carter, M.; Clay, P. (2009): TRUST IN TECHNOLOGY: DEVELOPMENT OF A SET OF CONSTRUCTS AND MEASURES. In: DIGIT 2009 Proceedings.

Meehan, B. (2020): Completing interRAI Contact Assessments over the Telephone. Hg. v. interRAI™ New Zealand. Online verfügbar unter <https://www.interrai.co.nz/assets/84ebaf2466/Guideline-for-Completing-interRAI-Contact-Assessments-over-the-phone.pdf>, zuletzt geprüft am 20.10.2020.

Midão, L.; Giardini, A.; Menditto, E.; Kardas, P.; Costa, E. (2018): Polypharmacy prevalence among older adults based on the survey of health, ageing and retirement in Europe. In: Archives of gerontology and geriatrics 78, S. 213–220. DOI: 10.1016/j.archger.2018.06.018.

Monzer, M. (2017): Case Management Organisation. Heidelberg: medhochzwei (Case Management in der Praxis).

Monzer, M. (2018): Case Management Grundlagen. 2. Auflage, revidierte Ausgabe. Heidelberg: medhochzwei Verlag (Case Management in der Praxis).

Morfeld, M.; Kirchberger, I.; Bullinger, M. (2011): SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Deutsche Version des Short Form-36 Health Survey. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Mostardt, S.; Matusiewicz, D.; Schröer, W.; Wasem, J.; Neumann, A. (2012): Wirksamkeit und Kostenwirksamkeit eines Case-Management-Programms bei Patienten mit Demenz. In:

Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 45 (7), S. 642–646. DOI: 10.1007/s00391-012-0298-2.

Navarro, D. (2015): Learning statistics with R: A tutorial for psychology students and other beginners. (Version 0.6). Sydney, Australia. Online verfügbar unter <https://learningstatisticswithr.com>.

Neuffer, M. (2007): Beziehungsarbeit im Case Management. In: Deutsches Zentralinstitut für soziale Fragen und Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales des Landes Berlin (Hg.): Soziale Arbeit, Bd. 56. Berlin: dzi, S. 417–424.

Neyer, F. J.; Felber, J.; Gebhardt, C. (2012): Entwicklung und Validierung einer Kurzskaala zur Erfassung von Technikbereitschaft. In: Diagnostica 58 (2), S. 87–99. DOI: 10.1026/0012-1924/a000067.

Onder, G.; Liperoti, R.; Fialova, D.; Topinkova, E.; Tosato, M.; Danese, P. et al. (2012): Polypharmacy in nursing home in Europe: results from the SHELTER study. In: The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences 67 (6), S. 698–704. DOI: 10.1093/gerona/glr233.

Painter, M. (2020): Guideline for completing community-based interRAI Assessments via live stream video. Online verfügbar unter <https://interrai.org/wp-content/uploads/2020/07/guideline-for-completing-community-based-interrai-assessments-via-live-stream-video.pdf>, zuletzt geprüft am 12.02.2024.

Panfil, E.-M.; Mayer, H. (2013): Quantitative Forschungsdesigns. In: Pflegewissenschaft ; 2: Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung. Bern: Verlag Hans Huber, 2013.

Pinquart, M.; Sörensen, S. (2003): Associations of Stressors and Uplifts of Caregiving With Caregiver Burden and Depressive Mood: A Meta-Analysis. In: Journal of Gerontology: Psychological Sciences (2), S. 112–128.

Pissarek, M.; Wild, J. (2018): Prä-/Post-/Follow-Up-Kontrollgruppendesign. In: Jan M. Boelmann (Hg.): Empirische Forschung in der Deutschdidaktik. Band 1: Grundlagen. Baltmannsweiler: Schneider, S. 215–236.

Poss, J. W.; Hirdes, J. P.; Fries, B. E.; McKillop, I.; Chase, M. (2008): Validation of Resource Utilization Groups version III for Home Care (RUG-III/HC): evidence from a Canadian home care jurisdiction. In: Medical care 46 (4), S. 380–387. DOI: 10.1097/MLR.0b013e31815c3b6c.

R. Core Team (2022): R: A Language and Environment for Statistical Computing. Vienna, Austria. Online verfügbar unter <https://www.R-project.org/>.

Rabe-Kleberg, U.; Krüger, H.; Karsten, M. E.; Bals, T. (1991): Dienstleistungsberufe in Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung. Bielefeld: Pro Person.

Remmers, H. (1997): Normative Dimensionen pflegerischen Handelns. Zur ethischen Relevanz des Körpers. In: Pflege 10 (5), S. 279–284.

Robert Koch-Institut, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und (2012): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Evaluation komplexer Interventionsprogramme in

der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? Unter Mitarbeit von Wolfgang Bödeker, Gudrun Braunegger-Kallinger, Thomas Elkeles, Diana Hart, Wolf Kirschner, Thomas Klische et al. 1., Aufl. Berlin: Robert Koch-Institut (Gesundheitsberichterstattung für Deutschland).

Röhrig, B.; Du Prel, J.-B.; Wachtlin, D.; Kwiecien, R.; Blettner, M. (2010): Sample size calculation in clinical trials: part 13 of a series on evaluation of scientific publications. In: Deutsches Arzteblatt international 107 (31-32), S. 552–556. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0552.

Rothgang, H., Müller, R.; Unger, R. (2012): Themenreport "Pflege 30". Was ist zu erwarten - was ist zu tun? Gütersloh. Online verfügbar unter <https://www.bertelsmannstiftung.de/de/publikationen/publikation/did/themenreport-pflege-2030> [15.07.2024].

Rothgang, H.; Müller, R. (2018): Pflegereport 2018. Hg. v. Barmer. Berlin, Wuppertal (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 12). Online verfügbar unter <https://www.barmer.de/resource/blob/1028518/9186b971bab3f80267fc329d65f8e5e/barmer-pflegereport-2018-band-12-data.pdf>.

Salari, Paola; Henrard, Séverine; O'Mahony, Cian; Welsing, Paco; Bhadhuri, Arjun; Jungo, Katharina Tabea et al. (2023): Healthcare Costs and Health-Related Quality of Life in Older Multimorbid Patients After Hospitalization. In: Health services insights 16, 11786329231153278. DOI: 10.1177/11786329231153278.

Schaeffer, D.; Kuhlmei, A. (2012): Neue Modelle für die pflegerische Versorgung alter Menschen - Herausforderungen in der ambulanten Pflege. Hg. v. Christian Günster und Klose, Joachim, Schmacke, Norbert (Versorgungs-Report).

Schaeffer, D.; Hämel, K., Ewers, M. (2015). Gesundheit und Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen. In: Dies.: Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Weinheim: Beltz/Juventa, S. 9-20.

Schicker, G. (2008): Praxisnetze im Gesundheitswesen. Hg. v. M. Böcher, M. Krott und S. Tränkner. Wiesbaden (Regional Governance und integrierte ländliche Entwicklung. Ergebnisse der Begleitforschung zum Modell- und Demonstrationsvorhaben "Regionen Aktiv").

Schöffski, O. (2011): Einführung. In: O. Schöffski und Graf von der Schulenburg, J.-M. (Hg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen. 4., vollst. überarb. Aufl. Berlin: Springer, S. 3–12.

Schöllgen, I.; Huxhold, O.; Tesch-Römer, C. (2010): Socioeconomic status and health in the second half of life: findings from the German Ageing Survey. In: European journal of ageing 7 (1), S. 17–28. DOI: 10.1007/s10433-010-0140-x.

Schröder, H. (2014): Arzneimittelverordnungen. In: Enno Swart, Peter Ihle, Holger Grothe und David Matusiewicz (Hg.): Routinedaten im Gesundheitswesen: Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber, S.74 - 85.

Schroeter, K. (2013): Der pflegerische Blick " The Nursing Gaze - Big Sister is Watching you". In: Peter Zängl (Hg.): Pflegeforschung trifft Pflegepraxis. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 19–48.

Schubert, I. (2022): Arzneimittel Epidemiologie und Arzneimittelverbrauchs-forschung auf der Basis von Krankenkassendaten: zentrale Untersuchungsfragen und methodische Hinweise. In: Präventive Gesundheitsf. DOI: 10.1007/s11553-022-00968-8.

Schwinger, A., Jürchott, K., Tsiasioti, C., Matzk, S. & Behrendt, S. (2023): Epidemiologie der Pflege: Prävalenz und Inanspruchnahme sowie die gesundheitliche Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 66(5), S. 479-489 <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03693-5>

Seiberth, J. M.; Moritz, K.; Küçükay, N.; Schiek, S.; Bertsche, T. (2020): What is the attitude towards and the current practice of information exchange during self-medication counselling in German community pharmacies? An assessment through self-report and non-participant observation. In: PloS one 15 (10), e0240672. DOI: 10.1371/journal.pone.0240672.

Spohn, U. & Lizarazo López, M. (2021): Potenziale sozialer Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege: Ergebnisse, Praxisbeispiele, Handlungsempfehlungen. Online verfügbar unter https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Fokuspapier_Soziale_Innovationen_in_der_ambulanten_Langzeitpflege1_2021.pdf [15.07.2024].

Statistisches Bundesamt (2022): Pflegestatistik 2021. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Regionaldatenbank Deutschland (2023): Fortschreibung des Bevölkerungsstandes. Online verfügbar unter <https://www.regionalstatistik.de/genesis/online?operation=previous&levelindex=0&step=0&titel=Statistik+%28Tabellen%29&levelid=1680592705871&acceptscookies=false#abreadcru mb>, zuletzt geprüft am 04.04.2023.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2023): Gemeindeverzeichnis-Informationssystem GV-ISys. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/_inhalt.html, zuletzt aktualisiert am 30.09.2023, zuletzt geprüft am 28.02.2024.

Stemmer, R.; Eicher, A. (2024): Die gemeinsame Entscheidungsfindung in der komplexen Versorgungssituation- Eine Case-Study im Kontext der APN-Versorgung multimorbider Patientinnen. In: Pflege & Gesellschaft (ISSN 1430-9653), Ausgabe 2, Jahr 2024, Seite 141 - 157

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2021): Digitalisierung für Gesundheit: Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems. Online verfügbar unter <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2021/> [15.07.2024].

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Online verfügbar unter https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Langfassung2014.pdf [15.07.2024].

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren

Lebens. Online verfügbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/16/137/1613770.pdf> [15.07.2024].

Swart, E.; Ihle, P.; Gothe, H.; Matusiewicz, D. (Hg.) (2014): Routinedaten im Gesundheitswesen: Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber.

Swart, E.; Gothe, H.; Geyer, S.; Jaunzeme, J.; Maier, B.; Grobe, T. G.; Ihle, P. (2015): Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS): Leitlinien und Empfehlungen. In: Gesundheitswesen 77 (2), S. 120–126. DOI: 10.1055/s-0034-1396815.

Thünen Institut (2018): Landatlas. Thünen Institut. Braunschweig. Online verfügbar unter www.landatlas.de, zuletzt geprüft am 30.04.2019.

Tran, Dat T.; Welsh, Robert C.; Ohinmaa, Arto; Thanh, Nguyen X.; Kaul, Padma (2018): Resource Use and Burden of Hospitalization, Outpatient, Physician, and Drug Costs in Short- and Long-term Care After Acute Myocardial Infarction. In: The Canadian journal of cardiology 34 (10), S. 1298-1306. DOI: 10.1016/j.cjca.2018.05.022.

Universitätsmedizin Mainz (2021): Gutenberg COVID-19 Studie. Anteil von verschobenen oder abgesagten Terminen in der COVID-19 Pandemie. Online verfügbar unter <https://www.unimedizin-mainz.de/GCS/dashboard/#/app/pages/MedVersorgung/Verschiebung>, zuletzt geprüft am 09.05.2023.

van den Akker, M.; Harder, S.; Dieckelmann, M.; Muth, C. (2022): Multimedikation. In: Helmut Schröder, Petra Thürmann, Carsten Telschow, Melanie Schröder und Reinhard Busse (Hg.): Arzneimittel-Kompass 2022. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 33–49.

van den Berg, Neeltje; Gloystein, Simone; Krause, Heiko; Amelung, Volker E.; Arnold, Matthias; Klähn, Ann-Kathrin et al. (2024): Regional ununterbrochen betreut im Netz. Online verfügbar unter <https://innovationsfonds.g-ba.de/beschluesse/rubin-regional-ununterbrochen-betreut-im-netz.221>.

van den Noortgate, W.; López-López, J. A.; Marín-Martínez, F.; Sánchez-Meca, J. (2013): Three-level meta-analysis of dependent effect sizes. In: Behav Res 45 (2), S. 576–594. DOI: 10.3758/s13428-012-0261-6.

Weiß, C., Stubbe, J., Naujoks, C., Weide, S. (2017): Digitalisierung für mehr Optionen und Teilhabe im Alter. Gütersloh. Online verfügbar unter https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Smart_Country/DigitaleTeilhabe_2017_final.pdf [15.07.2024].

Weller, M. (2024): Gesundheitsversorgung in der Kommune stärken. Gesundheitsregionen - Gesundheitskioske - Primärversorgungszentren - Medizinische Versorgungszentren. In: Joachim Lange, Thomas Altgeld, Marius Haack, Josef Hilbert und Maren Preuß (Hg.): Gesundheitsversorgung in der Kommune stärken. Gesundheitsregionen - Gesundheitskioske - Primärversorgungszentren. Rehburg-Loccum (Loccumer Protokolle, 75/2023).

Wendsche, J.; Tschetsche, L.; Lohmann-Haislah, A.; Schulz, A.; Schuller, K.; Schöllgen, I. (2023): Mentale Erholung von der Arbeit fördern: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA).

Wendt, W. R. (Hg.) (2012): Beratung und Case Management. Konzepte und Kompetenzen. Heidelberg: medhochzwei (Baustein: Casemanagement).

Wendt, W. R. (2015): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. 6., überarb. und erw. Aufl. Freiburg, Br.: Lambertus.

Wettreck, R. (2020): Am Bett ist alles anders. Perspektiven professioneller Pflegeethik. Lit.-Verlag

Wickham, H. (2016): ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis: Springer-Verlag New York. Online verfügbar unter <https://ggplot2.tidyverse.org>.

Wilz, G.; Gunzelmann, T. (2017): 4.3 Demenz und Angehörige. In: Claus-Werner Wallesch und Hans Förstl (Hg.): Demenzen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 383f., zuletzt geprüft am 10.01.2024.

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (2023a): Der GKV-Arzneimittelmarkt: Klassifikation, Methodik und Ergebnisse 2023. Unter Mitarbeit von Kenan Ajanovic, Salka Enners, Dr. Katja Niepraschk-von Dollen, Viola Paschke und Dr. Anette Zawinell. Hg. v. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). Berlin.

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (2023b): GKV-Arzneimittelindex Stammdateiplus. Allgemeine Informationen. Hg. v. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). Berlin. Online verfügbar unter <https://www.wido.de/forschung-projekte/arzneimittel/gkv-arzneimittelindex/>.

Witzel, A. (2000): Das problemzentrierte Interview. In: Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research (1), Art. 22. Online verfügbar unter <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228>.

Wolff, J. K., Pflug, C., Meier, D., Poll, P., Dehl, T., Topalov, L., Nolting, H.-D. (2023): Evaluation der Pflegeberatung und der Pflegeberatungsstrukturen gemäß der gesetzlichen Berichtspflicht nach §7a Ab. 9 SGB XI. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/pflegeberatung/20230622_IGES_Abschlussbericht_Evaluation_Pflegeberatung.pdf [15.07.2024].

Wolf-Ostermann, K.; Schmidt, A.; Preuß, B.; Heinze, F.; Seibert, K.; Friedrich, A.-C. et al. (2020): Pflege in Zeiten von Corona: Ergebnisse einer deutschlandweiten Querschnittbefragung von ambulanten Pflegediensten und teilstationären Einrichtungen. In: Pflege 33 (5), S. 277–288. DOI: 10.1024/1012-5302/a000761

Wunderlich, P., Wiegräbe, F., & Dörksen, H. (2023): Digital Case Manager—A Data-Driven Tool to Support Family Caregivers with Initial Guidance. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(2), 1215.

ZQP – Zentrum für Qualität in der Pflege (2023): Pflegende Angehörige in Deutschland. Online verfügbar unter <https://www.zqp.de/schwerpunkt/pflegende-angehoerige/> [15.07.2024].

V Anlagen

- Anlage 1: Tabellarische Darstellung der Forschungsfragen und Hypothesen je Endpunkt sowie die Datengrundlage
- Anlage 2: Beobachtungsprotokoll
- Anlage 3: Standardisierte Fragebogeninstrumente
- Anlage 4: Instrumente IT-Infrastrukturanalyse
- Anlage 5: Instrumente Regionale Infrastrukturanalyse
- Anlage 6: Erhebungsinstrumente IT-Schulung
- Anlage 7: Leitfäden Qualitative Interviews
- Anlage 8: Anhang mit ergänzenden Tabellen und Abbildungen
- Anlage 9: Vernetzungsmatrix

Anlage 1: Tabellarische Darstellung der Forschungsfragen und Hypothesen je Endpunkt sowie die Datengrundlage

Kapitel/Endpunkt	Forschungsfragen/Hypothesen	Datengrundlage		Methodisches Vorgehen	Evaluationstyp
3.1 Subjektiv erlebte Versorgungsqualität	F1: Wie schätzen die Proband*innen die Qualität von Angeboten der Regelversorgung ein? Welche Erfahrungen haben die Hilfe- und Pflegebedürftigen sowie die pflegenden An- und Zugehörigen vor der ReKo-CM-Intervention mit bestehenden Leistungen der Regelversorgung gemacht?	IG t0	ZG 1-2: 20 Interviews ZG 3: 20 Interviews	Qualitative Einzelinterviews; Fokusgruppeninterviews	Ergebnis-Evaluation
		KG t0	ZG 3: Fokusgruppeninterview (n=3)		
	F2: Welche Erfahrungen haben die professionellen Helfenden bei der Versorgung von komplexen Versorgungsbedarfen vor der ReKo-Intervention gemacht? Welchen Einfluss haben die benannten beruflichen Grenzen auf die Qualität und Stabilität der Versorgung? Welchen Einfluss haben finanzielle und rechtliche Aspekte?	IG t0	ZG 4: 12 Interviews ZG 5-7: 7 Interviews	Qualitative Einzelinterviews	
		KG t0	ZG 4: 6 Interviews ZG 5-7: 3 Interviews		
	F3a: Wie erlebten Menschen mit (angehender) Pflegebedürftigkeit und pflegende An- und Zugehörige die Unterstützung durch das ReKo-CM? Welche Veränderungen zeigen sich nach Abschluss der ReKo-Intervention in Bezug auf die Versorgungsqualität	IG t1	ZG 1-2: 19 Interviews ZG 3: 20 Interviews	Qualitative Einzelinterviews	

	F3b: Bei welchen Problemlagen konnte das ReKo-CM unterstützen?				
	F4a: Wie erlebten professionelle Leistungsanbieter das CM-Angebot und die Zusammenarbeit mit dem ReKo-CM? F4b: Wie schätzen die ReKo-Case Manager*innen die Qualität (regional und fallbezogen) der Versorgung zum Ende der ReKo-Interventionslaufzeit ein?	IG t1	ZG 4: 14 Interviews ZG 5-7: 6 Interviews CM: 17 Interviews	Qualitative Einzelinterviews	
3.2 Komplexität von pflegebezogenen CM-Fällen	F1a: Welche Anlässe/Krisen führen zu einer Inanspruchnahme des ReKo-CM?	IG t0	ZG 1-2: 20 Interviews ZG 3: 20 Interviews	Qualitative Einzelinterviews	Ergebnis-Evaluation
		IG t1	ZG 1-2: 19 Interviews ZG 3: 20 Interviews		
	F1b: Was macht einen komplexen CM-Fall aus? (CM-Interviews, Kategorie)	IG t0	ZG 4: 14 Interviews ZG 5-7: 7 Interviews CM: 17 Interviews	Qualitative Einzelinterviews	
		KG t0	ZG 4: 6 Interviews ZG 5-7: 3 Interviews		
		IG t1	ZG 4: 14 Interviews ZG 5-7: 7 Interviews CM: 17 Interviews		
		KG t1	ZG 4: 6 Interviews ZG 5-7: 3 Interviews		

3.3 Veränderung allgemeiner Lebenszufriedenheit	H1: Kein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG zum Zeitpunkt t0 auf der Summenskala und den einzelnen Subskalen.	ZG 1+2 t0-t2 IG + KG	972 Fragebögen	Fragebogenerhebung, Instrument: Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) (Fahrenberg et al. 2000)	Ergebnis-Evaluation
	H2-8: Positivere Veränderung zwischen t0 und t1 bei der IG als bei der KG auf der Summenskala und den einzelnen Subskalen (Gesundheit, finanzielle Lage, Freizeit, eigene Person, Freundes-/Bekanntenzirkel, Wohnung).	ZG 3 t0-t2 IG + KG	486 Fragebögen		
3.4 Veränderung gesundheitsbezogener Lebensqualität	H1: Kein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG zum Zeitpunkt t0 auf den beiden Subskalen (PSK und KSK).	ZG 1+2 t0-t2 IG + KG	1214 Fragebögen	Fragebogenerhebung, Instrument: Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36) (Morfeld et al. 2011)	Ergebnis-Evaluation
	H2-H3: Positivere Veränderung zwischen t0 und t1 bei der IG als bei der KG auf den beiden Subskalen (PSK und KSK).	ZG 3 t0-t2 IG + KG	538 Fragebögen		
3.5 Stabilisierung von Sorgenetzwerken	H1: Die Stabilität der Sorgenetzwerke steigt zwischen den Erhebungszeitpunkten t0 und t1 signifikant an.	ZG 1+2 IG t0-t1	560	Telefonische Erhebung eines selbst entwickelten Sorgenetzwerk-Fragebogens (nicht-validiert)	Ergebnis-Evaluation
	F1: Welchen Einfluss bzw. welche Rolle (über)nimmt das ReKo-CM bei unsicheren bzw. instabilen Sorgenetzwerken?	IG t0	ZG 1-2: 20 Interviews ZG 3: 20 Interviews & 89 Fragebögen	Qualitative Einzelinterviews; Fragebogenerhebung, Instrument: Selbst entwickelter CM-Fragebogen (nicht-validiert)	
		KG t0	Fokusgruppe n=3		
		IG t1	ZG 1-2: 19 Interviews		

			ZG 3: 20 Interviews & 89 Fragebögen CM: 17 Interviews		
3.6 Subjektiv erlebte Servicequalität und Kompetenzanforderungen	F1: Wie erleben Hilfe-Pflegebedürftigen, die pflegenden An- und Zugehörigen und die informellen und professionellen Akteur*innen im Versorgungsmix die Servicequalität des ReKo-CMs? F2: Welche Kompetenzen sind für den Aufbau, die Steuerung und die Koordination eines stabilen Sorgenetzwerkes erforderlich? F3: Inwiefern ist nach Einschätzung der pflegebedürftigen Personen, der An- und Zugehörigen, der informellen und professionellen Helfenden sowie der Case Manager:innen ein fachspezifischer Zugang im pflegebezogenen CM notwendig? F4: Wie bewerten die ReKo-CM die DGCC-Schulung als Vorbereitung für die Tätigkeiten im Rahmen des pflegebezogenen CM?	IG t1	ZG 1-2: 19 Interviews ZG 3: 20 Interviews ZG 4: 14 Interviews CM: 17 Interviews ZG 5-7: 7 Interviews	Qualitative Einzelinterviews	

3.7 Veränderungen von Pflegebedürftigkeit	H1: Die durchschnittliche Einstufung in Pflegegrade unterscheidet sich zum Zeitpunkt t0 zwischen IG und KG nicht signifikant. H2a: Die durchschnittliche Einstufung in Pflegegrade erhöht sich zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 in der IG signifikant.	ZG 1+2 IG t0-t1	554 Berechnungen mit Komplexität: 541	Routinedaten-Auswertung	Ergebnis-Evaluation
	H2b: Die durchschnittliche Einstufung in Pflegegrade erhöht sich zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 in der KG signifikant. H3: Die durchschnittliche Veränderung der Pflegegrade zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 erhöht sich in der IG stärker als in der KG. H4: Die durchschnittliche Veränderung der Pflegegrade von Proband*innen mit komplexem Pflegebedarf zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 verhält sich in der IG überproportional zu den Veränderungen der Pflegegrade von Proband*innen mit weniger komplexem Pflegebedarf.	ZG 1+2 KG t0-t1	638 Berechnungen mit Komplexität: 567		

	H5a: Die Pflegebedürftigkeit gemäß BI erhöht sich zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 in der Interventionsgruppe.	ZG 1+2 IG t0-t1	559	Assessment Barthel-Index (Mahoney und Barthel 1965; Lübke et al. 2004)	
	H5b: Die Pflegebedürftigkeit gemäß BI erhöht sich zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 in der Kontrollgruppe.				
	H6: Die Veränderung der Pflegebedürftigkeit gemäß BI erhöht sich in der Interventionsgruppe geringer als in der Kontrollgruppe zwischen den Zeitpunkten t0 und t1.	ZG 1+2 KG t0-t1	481		
	H7: Die Veränderung der Pflegebedürftigkeit gemäß BI zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 von Proband*innen mit initial niedriger Pflegebedürftigkeit gemäß BI verhält sich in der Interventionsgruppe überproportional zu der Veränderung der Pflegebedürftigkeit gemäß BI von Proband*innen mit initial hoher Pflegebedürftigkeit gemäß BI.				
	H8a-b, H9: Die Pflegebedürftigkeit im Sinne des interRAI HC erhöht sich zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 in der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe. In der Interventionsgruppe jedoch geringer.	ZG 1+2 IG t0-t1	558 Berechnungen mit Komplexität: 558	Assessment interRAI HC (Garms-Homolová 2002, 2020)	
		ZG 1+2 KG t0-t1	481 Berechnungen mit Komplexität: 479		

3.8 Art und Dauer von Pflegeleistungen SGB V/SGB XI	H1: Die Nutzung staatlicher Pflegeleistungen unterscheidet sich zwischen der IG und der KG im Zeitraum t0 nicht signifikant.	ZG 1+2 IG t0-t1	554 Berechnungen mit Komplexität: 541	Routinedaten-Auswertung	Ergebnis-Evaluation
	H2: In der IG verändert sich die Nutzung von staatlichen Pflegeleistungen im Vergleich der Zeiträume t0 und t1 stärker als in der KG.	ZG 1+2 KG t0-t1	638 Berechnungen mit Komplexität: 567		
3.9 Privat finanzierte Pflegeleistungen (Sozioökonomische Ressourcen in Privathaushalten)	F1: Welche privaten Ausgaben tätigen die Proband*innen durchschnittlich pro Monat für Pflegeleistungen?	IG t0	ZG 1-2: 554 Fragebögen ZG 3: 315 Fragebögen	Fragebogenerhebung, Instrument: Selbst entwickelte Abfrage im Fragebogen (nicht-validiert)	Ergebnis-Evaluation; Gesundheitsökonomische Evaluation
		KG t0	ZG 1-2: 560 Fragebögen ZG 3: 175 Fragebögen		
		IG t1	ZG 1-2: 455 Fragebögen ZG 3: 276 Fragebögen		
		KG t1	ZG 1-2: 460 Fragebögen ZG 3: 134 Fragebögen		
		IG t2	ZG 1-2: 356 Fragebögen ZG 3: 197 Fragebögen		
		KG t2	ZG 1-2: 388 Fragebögen ZG 3: 129 Fragebögen		
3.10 Privat finanzierte Alltagsgestaltung und Haushaltsführung (Sozioökonomische Ressourcen in Privathaushalten; Externe Unterstützung in der Alltagsgestaltung und Haushaltsführung)	F1: Welche privaten Ausgaben tätigen die Proband*innen durchschnittlich pro Monat für Leistungen zur Unterstützung der Alltagsgestaltung und Haushaltsführung?	IG t0	ZG 1-2: 554 Fragebögen ZG 3: 315 Fragebögen	Fragebogenerhebung, Instrument: Selbst entwickelte Abfrage im Fragebogen (nicht-validiert)	Ergebnis-Evaluation; Gesundheitsökonomische Evaluation
		KG t0	ZG 1-2: 560 Fragebögen ZG 3: 175 Fragebögen		
		IG t1	ZG 1-2: 455 Fragebögen ZG 3: 276 Fragebögen		
		KG t1	ZG 1-2: 460 Fragebögen ZG 3: 134 Fragebögen		
		IG t2	ZG 1-2: 356 Fragebögen ZG 3: 197 Fragebögen		
		KG t2	ZG 1-2: 388 Fragebögen ZG 3: 129 Fragebögen		

3.11 Hospitalisierungsrate	H1: Die durchschnittliche Hospitalisierungsrate unterscheidet sich im Zeitraum t0 zwischen der IG und der KG nicht signifikant.	ZG 1+2 IG t0-t1	554 Berechnungen mit Komplexität: 541	Routinedaten-Auswertung	Ergebnis-Evaluation
	H2: In der IG sinkt die durchschnittliche Hospitalisierungsrate vom Zeitraum t0 zum Zeitraum t1 signifikant stärker als in der KG.	ZG 1+2 KG t0-t1	638 Berechnungen mit Komplexität: 567		
3.12 Institutionalisierungsrisiko	H1: Die durchschnittliche Anzahl an Proband*innen mit Institutionalisierungsrisiko nach interRAI HC verringert sich zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 in der IG überproportional zur Anzahl an Proband*innen mit Institutionalisierungsrisiko in der KG.	ZG 1+2 IG t0-t1	510 Berechnungen mit Komplexität: 510	Assessment interRAI HC (Garms-Homolová 2002, 2020)	Ergebnis-Evaluation
		ZG 1+2 KG t0-t1	449 Berechnungen mit Komplexität: 447		
	F1: Wie verändert sich die Inanspruchnahme von stationären und teilstationären Leistungen im SGB XI in beiden Studiengruppen?	ZG 1+2 IG t0-t1	554 Berechnungen mit Komplexität: 541	Routinedaten-Auswertung	
		ZG 1+2 KG t0-t1	638 Berechnungen mit Komplexität: 567		
3.13 Anzahl der Krankenhausaufenthalte und -tage	H1: Die durchschnittliche Anzahl der Krankenhausaufenthalte und -tage unterscheidet sich im Zeitraum t0 zwischen der IG und der KG nicht signifikant.	ZG 1+2 IG t0-t1	554 Berechnungen mit Komplexität: 541	Routinedaten-Auswertung	Ergebnis-Evaluation
	H2: In der IG verändert sich die durchschnittliche Anzahl der Krankenhausaufenthalte und -tage im Vergleich der Zeiträume t0 und t1 stärker als in der KG.	ZG 1+2 KG t0-t1	638 Berechnungen mit Komplexität: 567		

3.14 Rehospitalisierungsrate	H1: Die durchschnittliche Anzahl der Rehospitalisierungen unterscheidet sich im Zeitraum t0 zwischen der IG und der KG nicht signifikant.	ZG 1+2 IG t0-t1	554 Berechnungen mit Komplexität: 541	Routinedaten- Auswertung	Ergebnis-Evaluation
	H2: In der IG sinkt sich die durchschnittliche Anzahl der Rehospitalisierungen im Vergleich der Zeiträume t0 und t1 stärker als in der KG.	ZG 1+2 KG t0-t1	638 Berechnungen mit Komplexität: 567		
3.15 Anzahl der Arztkontakte	H1: Die durchschnittliche Anzahl der Arztkontakte unterscheidet sich im Zeitraum t0 zwischen der IG und der KG nicht signifikant.	ZG 1+2 IG t0-t1	554 Berechnungen mit Komplexität: 541	Routinedaten- Auswertung	Ergebnis-Evaluation
	H2: In der IG verändert sich die durchschnittliche Anzahl der Arztkontakte im Vergleich der Zeiträume t0 und t1 stärker als in der KG.	ZG 1+2 KG t0-t1	638 Berechnungen mit Komplexität: 567		
3.16 Entwicklung der Arzneimittel- Verschreibungen, der Arzneimittel-Einnahme und des Schmerzempfindens	H1: Die durchschnittliche Anzahl der Arzneimittelverschreibungen unterscheidet sich im Zeitraum t0 zwischen der IG und der KG nicht signifikant.	ZG 1+2 IG t0-t1	554 Berechnungen mit Komplexität: 541 RAI: 558	Routinedaten- Auswertung; Assessment interRAI HC (Garms- Homolová 2002, 2020)	Ergebnis-Evaluation
	H2: In der IG verändert sich die durchschnittliche Anzahl der Arzneimittelverschreibung im Vergleich der Zeiträume t0 und t1 stärker als in der KG.	ZG 1+2 KG t0-t1	638 Berechnungen mit Komplexität: 567 RAI: 481		
3.17	H1: Das Belastungserleben der professionellen Helfer*innen zum Zeitpunkt t0 unterscheidet sich	ZG 4 + IG t0	14	Fragebogenerhebung, Instrument: Arbeitsbelastung in der	Ergebnis-Evaluation

Belastungen professioneller Helfer*innen	zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe nicht signifikant.	ZG 4 + IG t1	19	Krankenpflege (Bartholomeyczik 2014)	
	H2: Das Belastungserleben der professionellen Helfer*innen der Interventionsgruppe verringert sich zwischen den Zeitpunkten t0 und t1 stärker als bei den professionellen Helfer*innen der Kontrollgruppe.	ZG 4 + KG t1	13		
		ZG 4 + IG t2	16		
		ZG 4 + KG t2	15		
	F1: Wie erleben die (professionellen) Helfer*innen die Versorgung von komplexen Versorgungsbedarfen vor der Unterstützung durch das ReKo-CM?	ZG4 IG t0	12 Interviews	Qualitative Einzelinterviews	
		ZG4 KG t0	6 Interviews		
	F2: Wie erleben die (professionellen) Helfer*innen die Versorgung von komplexen Versorgungsbedarfen seit der Unterstützung durch das ReKo-CM?	ZG4 IG t1	10 Interviews	Qualitative Einzelinterviews	
		ZG4 KG t1	6 Interviews		
3.18 Belastungserleben pflegender Angehöriger	H1: Kein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG zum Zeitpunkt t0. H2a-c: Stärkere Verringerung zwischen den einzelnen Zeitpunkten (t0-t1, t1-t2, t0-t2) bei der IG als bei der KG.	ZG 3 IG + KG t0-t2	538 Fragebögen	Fragebogenerhebung, Instrument: Burden Scale for Family Caregivers (Gräbel und Leutbeche 1993)	Ergebnis-Evaluation

	F1: Wie erleben die pflegenden An- und Zugehörigen die Versorgung ihrer zu pflegenden An- und Zugehörigen vor der ReKo-CM-Intervention? F2: Wie erleben die pflegenden An- und Zugehörigen die Versorgung ihrer zu pflegenden An- und Zugehörigen nach der ReKo-CM-Intervention?	ZG 3 IG t0	20 Interviews	Qualitative Einzelinterviews; Fokusgruppeninterviews	
		ZG 3 KG t0	Fokusgruppeninterview (n=3)		
		ZG 3 IG t1	20 Interviews		
3.19 Zusammenarbeit im Versorgungsmix	F1a: Welche Erwartungen haben die Versorgungspartner*innen im Umfeld des CMs an das ReKo-Projekt?	ZG 4 IG t0	12 Interviews	Qualitative Einzelinterviews	Ergebnis-Evaluation
		ZG 4 KG t0	6 Interviews		
	F1b: Wie erleben die Case Manager*innen die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu Beginn der ReKo-Intervention?	ZG 4 IG t0	CM: 2 Fokusgruppeninterviews (n=16)	Fokusgruppeninterviews	
	F1a: Wie erleben die informellen, ehrenamtlichen und formellen Versorgungspartner*innen die Zusammenarbeit auf der fallspezifischen Netzwerkebene? F1b: Wie sind Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten innerhalb des Sorgenetzwerkes verteilt? Wie erleben die Akteure die hybride Führerschaft eines Falles? F1c: In welchen Bereichen bestehen Herausforderungen in der Zusammenarbeit?	IG t1	ZG 4: 14 Interviews CM: 17 Interviews ZG 5-7: 5 Interviews	Qualitative Einzelinterviews	
		KG t1	ZG 4: 6 Interviews		

3.20 Entwicklung der regionalen Versorgungsinfrastruktur	F1a: Welche Veränderungen in der Versorgungsinfrastruktur haben sich in der Interventionszeit in den Modellregionen ergeben? (ISA)	IG t0	ISA ZG 5-7: 7 Interviews	Infrastrukturanalyse, Qualitative Einzelinterviews, Teilauswertung strukturierter Dokumentationsdaten (Quovero)	Prozessevaluation
	F1b: Welchen Einfluss hat das ReKo-CM auf regionale Koordinierungs-, Abstimmungs- und Planungsstrukturen und -verfahren?	KG t0	ISA		
	F1c: Welchen Einfluss hat das ReKo-CM auf die Weiterentwicklung der Versorgungs-Mix-Strukturen? F2: Wie erleben die Netzwerkakteure die Zusammenarbeit auf der regionalen Netzwerkebene? F3: In welchen Versorgungsprozessen stellt das ReKo-CM eine Innovation dar? F4: Wo sollte die CM-Organisation zukünftig angebunden werden? F5: Welchen Einfluss hat die Verortung der ReKo-CM auf die (interdisziplinäre Zusammen)Arbeit? F6: Inwiefern ist das ReKo-CM auf andere Regionen übertragbar?	IG t1	ISA CM: 17 Interviews ZG 5-7: 7 Interviews		

3.21 Regionale IT-Infrastruktur	F1a: Wie hat sich die digitale Infrastruktur in den Regionen über den Projektverlauf entwickelt?	t0	ISA 16 Interviews	Infrastrukturanalyse, Qualitative Einzelinterviews	Prozessevaluation
	F1b: Welche Initiativen konnten abgerufen werden, um die Digitalisierung auszubauen?	t1	ISA 10 Interviews		
3.22 Kosten der Intervention	H1a: Im Zeitverlauf verringern sich die Kosten für das CM durch Lernkurveneffekte und Prozessverbesserungen.	IG t0	CM: 4 Beobachtungen	Beobachtungen; Kostenaufstellung ReKo- CMO	Gesundheitsökonomische Evaluation
	H1b: Im Zeitverlauf verringert sich die durchschnittliche Betreuungszeit je Proband*in.	IG t1	CM: 4 Beobachtungen		
3.23 Individuelle Kosten: Gesamtkosten	H1: Die individuellen Kosten (die Gesamtkosten) der Krankenkassen in der IG zu t0 weichen nicht signifikant von denen in der KG ab.	IG t0-t1	554 Berechnungen mit Komplexität: 541	Routinedaten- Auswertung	Gesundheitsökonomische Evaluation
	H2: Die individuellen Kosten der KK (die Gesamtkosten) in der IG sind in t1 höher als in t0. H3: Die Veränderung der individuellen Kosten der KK (der Gesamtkosten) von t0 zu t1 ist in der IG negativer als in der KG.	KG t0-t1	638 Berechnungen mit Komplexität: 567		
3.24 Kosten-Nutzen-Analyse	H1: Die (etwaige) Erhöhung der individuellen Kosten und die			Kostengegenüberstellung	Gesundheitsökonomische Evaluation

	Interventionskosten sind mit positiven Effekten verbunden.				
3.25 ReKo und IT – Kriterien zur Bewertung der IT-Akzeptanz/-Infrastruktur – Das ReKo-Portal – Patient*innenportal	F1: Wie hat sich die Einstellung zu digitalen Hilfsangeboten von t0 zu t1 verändert? F2: Inwiefern haben bestehende Gewohnheiten die Bereitschaft zur Nutzung von digitalen Hilfsangeboten beeinflusst? F3: Wie hat das CM die Bereitschaft zur Nutzung von digitalen Hilfsangeboten beeinflusst?	IG t0	ZG 1-2: 20 Interviews & 325 Fragebögen (Technikbereitschaft)/271 bzw. 288 Fragebögen (Vertrauen in technologische Strukturen) ZG 3: 20 Interviews & 218 Fragebögen (Technikbereitschaft)/198 bzw. 208 Fragebögen (Vertrauen in technologische Strukturen)	Qualitative Einzelinterviews; Fokusgruppeninterviews; Fragebogenerhebung, Instrumente: Fragebogen zur Technikbereitschaft (Neyer und Gebhardt 2012); Fragebogen zum Vertrauen in technologische Strukturen (McKnight et al. 2002; McKnight et al. 2009)	Prozessevaluation; Ergebnis-Evaluation
		KG t0	ZG 1-2: 398 Fragebögen (Technikbereitschaft)/375 bzw. 383 Fragebögen (Vertrauen in technologische Strukturen) ZG 3: Fokusgruppeninterview (n=3) & 126 Fragebögen (Technikbereitschaft)/119 bzw. 122 Fragebögen (Vertrauen in technologische Strukturen)		
		IG t1	ZG 1-2: 11 Interviews & 325 Fragebögen (Technikbereitschaft)/271 bzw. 288 Fragebögen (Vertrauen		

			in technologische Strukturen) ZG 3: 7 Interviews & 218 Fragebögen (Technikbereitschaft)/198 bzw. 208 Fragebögen (Vertrauen in technologische Strukturen)		
		KG t1	ZG 1-2: 398 Fragebögen (Technikbereitschaft)/375 bzw. 383 Fragebögen (Vertrauen in technologische Strukturen) ZG 3: 126 Fragebögen (Technikbereitschaft)/119 bzw. 122 Fragebögen (Vertrauen in technologische Strukturen)		

Anlage 2: Beobachtungsprotokoll

Beobachtungsprotokoll ReKo-Case Management

1. Fall

Case Manager*in/SIC: _____

Datum: _____ Nummer: ____ / ____ Beginn: _____ Ende: _____
(Fall / Beobachtungstag)

2. Kontakt / Tätigkeit

a. Kontakt	☐ ¹ kontaktlos ☐ ² Kontakt mit: ☐ ^a Angehörigen ☐ ^e informellem Sorgenetzwerk ☐ ⁱ MDK ☐ ^b Pflegedienst ☐ ^f Krankenhaus ☐ ^j Pflegeheim ☐ ^c Pflegekasse ☐ ^g Behörden ☐ ^k Finanzen ☐ ^d Hausarzt ☐ ^h Facharzt ☐ ^l Therapeut Name und Organisation:
b. Form	☐ ¹ Hausbesuch ☐ ⁴ Email ☐ ⁷ Chat ☐ ² Telefonat ☐ ⁵ schriftliche Notiz ☐ ⁸ sonstige: ☐ ³ Videokonferenz ☐ ⁶ Öffentlichkeitsarbeit
c. Art	☐ ¹ Beratung ☐ ⁷ Dokumentation ☐ ² Koordination/Organisation ☐ ^a handschriftlich ☐ ³ interdisziplinäre Fallbesprechung ☐ ^b CM Software/Quovero ☐ ⁴ Netzwerktreffen ☐ ^c andere Software ☐ ⁵ Vernetzung ☐ ⁶ Besprechung / Abstimmung mit: ☐ ⁸ Begleitung zu: ☐ ^a Arzt ☐ ^b Behörde ☐ ^c Therapeut ☐ ^d sonstige:
d. Bezug zu Fall	☐ ⁰ nein ☐ ¹ ja, Name: _____ SIC: _____

3. Phase im Case Management

a. Fallebene	☐ ¹ Klärungsphase ☐ ³ Serviceplan ☐ ⁵ Linking ☐ ² Assessment ☐ ⁴ Monitoring ☐ ⁶ Evaluation
b. Übergeordnete Ebene	☐ ¹ Systemsteuerung mit Angebotssteuerung ☐ ² Netzwerkaufbau und -pflege ☐ ³ operative Versorgungspraxis (i.S.v. Übernahme pflegerischer Tätigkeiten) ☐ ⁴ sonstiges:

4. Themenschwerpunkte

a. Gruppe	☐ ¹ Case Management ☐ ² Präventive Beratung ☐ ³ ANP
b. Grund der Kontaktaufnahme / der Tätigkeit	☐ ¹ Sozialrechtliche Fragen ☐ ^a SGB V ☐ ^d Pflegegrad Beantragung ☐ ^b SGB XI ☐ ^e Pflegegrad Höherstufung ☐ ^c SGB XII ☐ ^f sonstiges: ☐ ² Pflegebezogene Fragen ☐ ^a Mobilität ☐ ^d Kognition und Kommunikation ☐ ^b Selbstversorgung ☐ ^e Verhaltensweisen/psychische Problemlagen ☐ ^c Bewältigung ☐ ^f Alltagsleben/soziale Kontakte ☐ ^g sonstige:

Anlage 2: Beobachtungsprotokoll

Beobachtungsprotokoll ReKo-Case Management

1. Fall

Case Manager*in/SIC: _____

Datum: _____ Nummer: ____/____ Beginn: _____ Ende: _____
(Fall / Beobachtungstag)

☐⁴ organisatorische Fragen ☐⁵ Netzwerkarbeit
☐⁶ **Sektorenübergreifende Versorgung**, zwischen:

Feld-/Notizen:

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Anlage 2: Beobachtungsprotokoll

Beobachtungsprotokoll ReKo-Case Management

1. Fall

Case Manager*in/SIC: _____

Datum: _____ Nummer: ____ / ____ Beginn: _____ Ende: _____
(Fall / Beobachtungstag)

Anlage 3: Standardisierte Fragebogeninstrumente

Fragebogen ZG 1 und 2

Datenannahmestelle
Projekt Regionales Pflegekompetenzzentrum (ReKo)
c/o Universität Osnabrück

Postfach 44 69
49069 Osnabrück

Pflicht-Fragebogen zur Studie

ReKo - Regionales Pflegekompetenzzentrum

(für Probandinnen und Probanden, Interventions- und Kontrollregion)

SIC: _____

oder

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Derzeitiger **Wohnort** (Landkreis):

- ☐ Grafschaft Bentheim ☐ Emsland ☐ Vechta ☐ Cloppenburg ☐ Oldenburg
☐ Gifhorn ☐ Rotenburg (Wümme) ☐ Ammerland ☐ Delmenhorst ☐ Diepholz
☐ Aurich ☐ Celle ☐ Emden ☐ Nienburg (Weser) ☐ Northeim

Liebe*r Teilnehmer*in,

vielen Dank, dass Sie bereit sind, am Projekt ReKo und damit auch an der folgenden Befragung teilzunehmen.

Mit Ihrer Hilfe leisten Sie einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung in Ihrer Region. Aus Ihren Antworten und Ihrer Bereitschaft, aus Ihrer individuellen Lebenssituation zu berichten, lernen wir für die Versorgung zukünftiger Hilfeempfänger*innen. Vielen Dank, dass Sie uns bei der Verbesserung der Lebenssituation von Pflegebedürftigen, von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen und pflegenden Angehörigen unterstützen – wir schätzen Ihren Beitrag sehr!

Um welches Thema handelt es sich in diesem Fragebogen?

Diese Umfrage ist in zwei Abschnitte aufgeteilt. Der erste Teil fragt nach Ihrer Lebenssituation, insbesondere in Bezug auf Aspekte von Gesundheit und Pflege, der zweite Teil nach Ihren Einschätzungen zu technischen Neuerungen.

Vor jedem Abschnitt erläutern wir zunächst, welchem Zweck ein Frageblock dient und wie er zu bearbeiten ist. Das ist uns wichtig, damit Sie verstehen, aus welchem Grund wir gewisse Fragen stellen. Ihre Antworten helfen uns, die zukünftige Gestaltung von Angeboten für Gesundheit und Pflege in der Region besser zu planen und an Ihre Bedarfe anzupassen.

Was muss ich für die Umfrage wissen und beachten?

Es geht ausschließlich um **Ihre** persönlichen Einschätzungen. Folglich gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte lesen Sie die Fragen und nachfolgenden Erklärungen sorgfältig. Sollten Sie Rückfragen haben, so wenden Sie sich an die ReKo-Case Manager*innen (in der Interventionsregion) bzw. die Ansprechpartner*innen der Universität Osnabrück, die Sie unter folgenden Kontaktdaten erreichen können:

E-Mail: reko@uni-osnabrueck.de

Tel.: 0541/969 - 6400 (Di. - Do. von 8.00 bis 12.00 Uhr)

Sollten Ihnen die Fragen teilweise ähnlich erscheinen, dann haben Sie sorgfältig gelesen! Die Fragen sind von uns sehr gezielt ausgewählt und bewusst in dieser Form zusammengestellt. Bitte nehmen Sie sich die Zeit, um jede Frage zu beantworten.

Was passiert mit meinen Daten?

Die erhobenen Daten werden nicht an Dritte außerhalb des Forschungsteams ReKo weitergegeben und ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet. Sie werden ohne Personenbezug, das heißt ausschließlich in verschlüsselter Form, pseudonymisiert gespeichert. Bei der pseudonymisierten Form werden Namen und andere Identifikationsmerkmale durch eine mehrstellige Buchstaben- und Zahlenkombination (Pseudonym) ersetzt. Zudem unterliegen Ihre Daten der Schweigepflicht und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen (DS-GVO). Ihre Daten, die pseudonymisiert sind, werden nur zu Forschungszwecken gespeichert und verwertet.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Fragen zur Lebenssituation

In diesem Teil werden Ihnen Fragen zu Ihrem gesundheitlichen Zustand und Ihrer aktuellen Lebenssituation gestellt. Dies ist notwendig, da wir herausfinden möchten, ob und wie sich Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden im Laufe der Zeit verändern. Wir wenden uns mit diesen Fragen zu Beginn Ihrer Teilnahme am Projekt und zu zwei weiteren Zeitpunkten im Projektverlauf an Sie. Die Fragen basieren auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und sind nicht willkürlich entwickelt worden¹. Die Antworten ermöglichen uns Vergleiche mit Teilnehmer*innen anderer Studien und geben uns Hinweise für die konkrete Verbesserung zukünftiger Versorgungssituationen.

Wir wissen, dass einige der folgenden Fragen sehr persönlicher Natur sind. Wir betonen, dass Sie nur jene Fragen beantworten sollten, zu denen Sie bereit sind. Sollten Sie einzelne Fragen nicht bearbeiten wollen, bitten wir Sie dennoch sehr, mit den daran anschließenden Fragen fortzufahren. Wir vergewissern Ihnen, dass alle Fragestellungen sehr gut durchdacht sind und zur Erreichung des Forschungsziels beitragen, auch wenn nicht immer ein unmittelbarer Zusammenhang erkennbar ist.

Wir bitten Sie, die Fragen aufmerksam zu lesen und wahrheitsgemäß zu beantworten, damit wir feststellen können, wie die gesundheitliche Versorgung in Ihrer Region verbessert werden kann. Ihre Antworten werden vertraulich behandelt und verschlüsselt ausgewertet, sodass kein Rückschluss auf Ihre Person möglich ist.

¹ Mit freundlicher Genehmigung der Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

Angaben zu Ihrer Person

Alter: _____ Jahre

	Männlich	Weiblich	Divers	Keine Angabe
Geschlecht	☐	☐	☐	☐
Familienstand	☐ ledig	☐ in eingetragener Lebenspartnerschaft	☐ verheiratet	☐ in eheähnlicher Lebensgemeinschaft
	☐ Lebenspartner*in	☐ geschieden	☐ getrennt lebend	☐ verwitwet
Lebenssituation	☐ alleinlebend	☐ mit Familienangehörigen	☐ mit Partner*in	☐ mit sonstigen Personen

Höchster Bildungsabschluss	kein Abschluss	Hauptschule (Volksschule) oder vergleichbar	Realschule (Mittlere Reife) oder vergleichbar
	☐	☐	☐
	Fachhochschulreife	Allgemeine/ Fachgebundene Hochschulreife	Abgeschlossene Berufsausbildung
	☐	☐	☐
	Hochschulabschluss: Bachelor	Hochschulabschluss: Diplom/Staatsexamen	Hochschulabschluss: Master
	☐	☐	☐
	Promotion	Habilitation	
	☐	☐	

Beschäftigungsstatus Sind Sie berufstätig?	ja, Vollzeit	ja, Teilzeit	in Berufsausbildung	Minijob (450 €-Basis)
	☐	☐	☐	☐
- und/oder sind Sie:	Schülerin/ Schüler	Studentin/ Student	in Rente/Pension	ohne Berufstätigkeit, auf Suche
	☐	☐	☐	☐
	ohne Berufstätigkeit, nicht auf Suche	in Elternzeit/ sonstiger Beurlaubung	im Wehr-/ Zivil-/ Freiwilligendienst	nicht erwerbsfähig

Fragebogen zum Gesundheitszustand

Der eingesetzte SF-36 kann aus lizenzrechtlichen Gründen hier nicht abgebildet werden.

Der SF-36 setzt sich aus zwei Summenskalen, der körperlichen und psychischen Summenskala, zusammen, welche wiederum aus jeweils 4 Subskalen bestehen.

Körperliche Summenskala:

- Körperliche Funktionsfähigkeit
- Körperliche Rollenfunktion
- Schmerz
- Allgemeine Gesundheitswahrnehmung

Psychische Summenskala:

- Vitalität
- Soziale Funktionsfähigkeit
- Emotionale Rollenfunktion
- Psychisches Wohlbefinden

Der Fragebogen fragt außerdem die Gesundheitsveränderung durch den Vergleich mit dem vergangenen Jahr ab.

© Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen. Nachdruck und jegliche Art der Vervielfältigung verboten.

Im Folgenden geht es um Ihre privaten Ausgaben für Gesundheits- und Pflegeleistungen, das bedeutet jene Zahlungen, die Sie selbst tragen mussten, ohne dass diese bspw. von Ihrer Krankenkasse oder Pflegeversicherung zurückgezahlt wurden.

Bitte geben Sie die folgenden Werte möglichst genau in Euro an. Gefragt sind **monatliche Durchschnittsausgaben** mit Blick auf das **letzte Jahr** (abzüglich eventueller steuerlicher Rückzahlungen). Haben Sie keine privaten Ausgaben für eine der Leistungen getätigt, tragen Sie bitte eine 0 ein.

Stationäre Behandlung	Betrag in €
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für stationäre Behandlungen ?	
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für stationäre Rehamaßnahmen ?	
Ambulante Behandlung	Betrag in €
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für ambulante Rehamaßnahmen ?	
Arzneimittel	Betrag in €
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für Arzneimittel ?	
Heilmittel	Betrag in €
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für Heilmittel (z. B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Physiotherapie)?	
Hilfsmittel	Betrag in €
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für Hilfsmittel (z. B. Gehhilfen, Prothesen, Schuheinlagen)?	
Pflegeleistungen	Betrag in €
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für stationäre Langzeitpflege (dauerhafte Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung)?	
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für stationäre Kurzzeitpflege (Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung für eine begrenzte Zeit, z. B. in Krisensituationen oder im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt)?	
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für ambulante Pflegeleistungen (z. B. häusliche Krankenpflege, Tagespflege)?	
Betreuungsleistungen und Alltagsunterstützung	Betrag in €
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für Betreuungsleistungen und Alltagsunterstützung (z. B. „Essen auf Rädern“, Besuchsdienste, Urlaubsbegleitung, Entlastungsangebote für pflegende Angehörige)?	
Betreuungsleistungen und Alltagsunterstützung	Betrag in €
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für Haushaltshilfen ?	

Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für Schulungen im Umfeld von Betreuung und Pflege ?	
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für Beratungsangebote ?	

Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)

Der eingesetzte FLZ kann aus lizenzrechtlichen Gründen hier nicht abgebildet werden.

Der Fragebogen besteht aus zehn Skalen mit jeweils sieben Items. Die Skalen fragen die Zufriedenheit mit den folgenden Themenfeldern ab:

1. Gesundheit
2. Arbeit und Beruf
3. Freizeit
4. Finanzielle Lage
5. Ehe und Partnerschaft
6. Beziehung zu den eigenen Kindern
7. Sexualität
8. Eigene Person
9. Freunde und Bekannte
10. Wohnung.

© Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen. Nachdruck und jegliche Art der Vervielfältigung verboten.

Fragebogen zur Technikbereitschaft

Wir stellen Ihnen in diesem Teil generelle Fragen zu Ihrer Erfahrung mit digitalen Anwendungen, die Funktionen und Dienste zu Ihrer gesundheitlichen Versorgung bereitstellen und Ihrer Einstellung dazu. Ebenfalls bitten wir Sie um eine Angabe darüber, welche Anforderungen Sie an eine digitale Anwendung haben, damit sie Ihnen dabei helfen kann, Ihre gesundheitliche und pflegerische Versorgung zu verbessern. Sie haben damit keine Erfahrungen oder fühlen sich nicht sicher mit dem Thema? Kein Problem – zögern Sie bitte nicht, uns dies im Fragebogen genauso mitzuteilen.

Bitte bewerten Sie die folgenden 12 Aussagen je nach Ihrer Zustimmung von "stimmt gar nicht" bis "stimmt völlig".

Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage nur das Kästchen mit der Antwortmöglichkeit an, die am ehesten Ihre Ansicht widerspiegelt.

	stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teilweise	stimmt ziemlich	stimmt völlig
Hinsichtlich technischer Neuentwicklungen bin ich sehr neugierig.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich finde schnell Gefallen an technischen Neuentwicklungen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin stets daran interessiert, die neuesten technischen Geräte zu verwenden.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich Gelegenheit dazu hätte, würde ich noch viel häufiger technische Produkte nutzen, als ich das gegenwärtig tue.	☐	☐	☐	☐	☐
Im Umgang mit moderner Technik habe ich oft Angst zu versagen.	☐	☐	☐	☐	☐
Für mich stellt der Umgang mit technischen Neuerungen zumeist eine Überforderung dar.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe Angst, technische Neuentwicklungen eher kaputt zu machen, als dass ich sie richtig benutze.	☐	☐	☐	☐	☐
Den Umgang mit neuer Technik finde ich schwierig - ich kann das meistens einfach nicht.	☐	☐	☐	☐	☐
Ob ich erfolgreich in der Anwendung moderner Technik bin, hängt im Wesentlichen von mir ab.	☐	☐	☐	☐	☐
Es liegt in meiner Hand, ob mir die Nutzung technischer Neuentwicklungen gelingt – mit Zufall oder Glück hat das wenig zu tun.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich im Umgang mit Technik Schwierigkeiten habe, hängt es schlussendlich allein von mir ab, dass ich sie löse.	☐	☐	☐	☐	☐
Das, was passiert, wenn ich mich mit technischen Neuentwicklungen beschäftige, obliegt letztlich meiner Kontrolle.	☐	☐	☐	☐	☐

Fragebogen zum Vertrauen in technologische Strukturen

Im Folgenden befragen wir Sie zu Ihrem Vertrauen in technologische Strukturen zur gesundheitlichen Versorgung. Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen je nach Ihrer Zustimmung von "Stimme überhaupt nicht zu" bis "Stimme voll zu". Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage nur das Kästchen mit der Antwortmöglichkeit an, die am ehesten Ihre Ansicht widerspiegelt. Hinweis: Unter der digitalen Abwicklung bzw. Bearbeitung wird die Benutzung von digitalen Anwendungen wie mobilen Applikationen (Apps) oder die Zuhilfenahme von Online-Angeboten verstanden.

[illegible]

[illegible]

Fragebogen zu Funktionalitäten eines Gesundheitsportals

Unter einer digitalen Anwendung verstehen wir ein Hilfsmittel, das auf Ihrem Handy, Smartphone, Laptop oder Computer genutzt wird. Dieses Hilfsmittel/Programm soll Ihnen dabei helfen, Ihre gesundheitliche und pflegerische Versorgung besser zu organisieren und zu überblicken.

In Ihrem Gesundheitsportal, das eine digitale Anwendung ist, sollen Ihnen zahlreiche Funktionen bereitgestellt werden, die Ihre gesundheitliche Versorgung erleichtern. Welche Funktionalitäten sind Ihnen wichtig, um mit einer digitalen Anwendung eine bessere gesundheitliche Versorgung zu erzielen? Einzelne Funktionen listen wir nachfolgend für Sie auf. Bitte bewerten Sie diese je nach Ihrer für Sie empfundenen Wichtigkeit von "völlig unwichtig" bis "sehr wichtig". Wählen Sie dabei nur eine Antwortmöglichkeit aus. Beispiel: Wenn Sie der Meinung sind, dass Sie mit einer digitalen Anwendung unbedingt Rezepte und Medikamente bestellen möchten, dann wählen Sie "Sehr wichtig" aus. Wenn Sie auf keinen Fall Rezepte oder Medikamente mithilfe der digitalen Anwendung bestellen möchten, wählen Sie bitte „Völlig unwichtig“. Wenn Ihnen weitere wichtige Funktionen einfallen sollten, können Sie diese im darauffolgenden Freitext ergänzen. Bitte geben Sie auch in diesem Fall die für Sie empfundene Bedeutung an. Dadurch können wir Ihnen langfristig eine bessere digitale Gesundheitsversorgung ermöglichen.

[illegible]

[illegible]

Fallen Ihnen weitere mögliche Funktionen ein, die in Ihrem Gesundheitsportal zur Verfügung stehen sollten? Falls ja, nennen Sie diese bitte und geben Sie ebenfalls möglichst ihre jeweilige Wichtigkeit zwischen "völlig unwichtig" und "sehr wichtig" an.

Bewertung von Funktionalitäten des Gesundheitsportals	völlig unwichtig	unwichtig	weniger wichtig	eher wichtig	wichtig	sehr wichtig
Von Ihnen einzutragende Funktionalität:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Von Ihnen einzutragende Funktionalität:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Von Ihnen einzutragende Funktionalität:	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	ja	nein
Nutzen Sie bereits eine oder mehrere digitale Anwendungen, die Sie in Ihrer gesundheitlichen Versorgung unterstützen? Dies kann zum Beispiel eine Smartphone-App (z.B. für Diabetes-Management, generelle Gesundheitsapps, etc.) sein oder ein Online-Gesundheitsportal mit individuellen Zugangsdaten.	☐	☐
Wenn ja, nennen Sie bitte auch die Namen dieser digitalen Anwendungen.		

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an dieser Befragung! Sie helfen uns damit sehr und können dazu beitragen, die gesundheitliche Versorgung zu verbessern.

Datenannahmestelle
Projekt Regionales Pflegekompetenzzentrum (ReKo)
c/o Universität Osnabrück

Postfach 44 69
49069 Osnabrück

Zusatz-Fragebogen zur Studie

ReKo - Regionales Pflegekompetenzzentrum

(für Probandinnen und Probanden, Interventions- und Kontrollregion)

SIC: _____

oder

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Liebe*r Teilnehmer*in,

vielen Dank, dass Sie bereit sind, am Projekt ReKo und damit auch an der folgenden Befragung teilzunehmen.

Mit Ihrer Hilfe leisten Sie einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung in Ihrer Region. Aus Ihren Antworten und Ihrer Bereitschaft, aus Ihrer individuellen Lebenssituation zu berichten, lernen wir für die Versorgung zukünftiger Hilfeempfänger*innen. Vielen Dank, dass Sie uns bei der Verbesserung der Lebenssituation von Pflegebedürftigen, von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen und pflegenden Angehörigen unterstützen – wir schätzen Ihren Beitrag sehr!

Fragebogen zur Versorgungssituation

In diesem Fragebogen geht es um die Organisation und Strukturierung Ihrer Versorgung.

Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie **eine Antwortmöglichkeit** auswählen, die am besten auf Ihre persönliche Versorgungssituation zutrifft. Sollte die Auswahl mehrerer Antwortmöglichkeiten zulässig sein, ist dies angegeben.

Ihre Versorgungssituation und alle damit verbundenen Anforderungen werden in einigen der folgenden Fragen **als Fall** bezeichnet. Diese Zuschreibung beinhaltet für das Forschungsprojekt keinerlei Wertungen. Wir möchten damit deutlich machen, dass all Ihre Besonderheiten zu einem System gehören, dass wir hier als „Ihren Fall“ bezeichnen.

Verantwortliche sind Personen oder Institutionen, die Ihre Versorgungssituation zentral koordinieren und Sie bei Belangen bzgl. Ihrer Versorgungssituation unterstützen. Die Abgrenzung der Personen/Institutionen findet in der ersten Frage dieses Fragebogenabschnittes statt. Die hier von Ihnen angekreuzte Person/Institution ist in den folgenden Antwortmöglichkeiten Ihr Verantwortlicher.

An welche Verantwortlichen (Personen/ Institution) können Sie sich wenden, um in Ihrer Versorgungssituation unterstützt zu werden?	Individuelles Fallmanagement	Hausärztin/ Hausarzt	Fach-ärztin/ Facharzt	Pflege-stützpunkt	Kranken-kasse/ Pflegekasse
	☐	☐	☐	☐	☐
	Angehörige/ Bekannte	Ich muss mich selbst darum kümmern.		Ich kenne niemanden	Sonstiges
	☐	☐		☐	☐

	Ja	Ja, unterstützt durch meine Verantwortliche/ meinen Verantwortlichen (siehe Frage 1 dieses Fragebogens)	Nein, zu spät	Nein, gar nicht	Ich weiß es nicht
Wurde die Organisation Ihrer Versorgungssituation <i>rechtzeitig</i> durch eine zentrale Stelle (z. B. Hausärztin/Hausarzt, Fallmanagement) übernommen?	☐	☐	☐	☐	☐

	Ja	Ja, unterstützt durch meine Verantwortliche/ meinen Verantwortlichen	Nein	Ich weiß es nicht
Wurden alle wichtigen Informationen zu Ihrem Fall berücksichtigt?	☐	☐	☐	☐
Wurden alle wichtigen Personen bei der Einschätzung Ihres Falles beteiligt?	☐	☐	☐	☐

	Ja	Ja, zum Teil	Ja, unterstützt durch meine Verantwortliche/ meinen Verantwortlichen	Nein	Ich weiß es nicht
Können Sie aktuell nachvollziehen, wie mit Ihren personenbezogenen Daten umgegangen wird?	☐	☐	☐	☐	☐
Haben Sie das Gefühl, dass Ihre eigenen Einschätzungen in Ihrem Fall ausreichend Gehör gefunden haben?	☐	☐	☐	☐	☐

	Ja	Ja, zum Teil	Ja, unterstützt durch meine Verantwortliche/ meinen Verantwortlichen	Nein	Ich weiß es nicht
Wurden in Ihrem Fall die Unterstützungsangebote Ihres sozialen Umfelds einbezogen?	☐	☐	☐	☐	☐
Kennen Sie die Zielsetzungen, die bei den Entscheidungen in Ihrem Fall verfolgt werden?	☐	☐	☐	☐	☐
Konnten Sie Ihre eigene Zielsetzung bei der Organisation Ihres Falles durchsetzen?	☐	☐	☐	☐	☐

	Ja	Ja, zum Teil	Nein	Ich weiß es nicht
Sind Sie mit der Strategie (umgesetzte Maßnahmen/Angebote) zur Erreichung der Zielsetzung in Ihrem Fall einverstanden?	☐	☐	☐	☐

	Ja	Ja, zum Teil	Ja, unterstützt durch meine Verantwortliche/ meinen Verantwortlichen	Nein	Ich weiß es nicht
Wurden Ihnen von den Beteiligten zur Erreichung Ihrer Versorgungsziele verschiedene Möglichkeiten aufgezeigt?	☐	☐	☐	☐	☐

	Schriftlicher Widerspruch	Telefonat	E-Mail	Alternative umgesetzt	Persönliches Gespräch	Sonstiges	Bisher nicht not- wendig
Wie sind die Beteiligten in Ihrem Fall vorgegangen, wenn Ihre gewünschte Maßnahme/Ihr gewünschtes Angebot aus Kostengründen abgelehnt wurde? (Mehrfachantworten zulässig)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wie sind die Beteiligten in Ihrem Fall damit umgegangen, wenn Sie eine vorgeschlagene Maßnahme/ein Angebot abgelehnt haben?	akzeptiert, keine Alternative umgesetzt	akzeptiert, Alternative umgesetzt	Maßnahme/Angebot trotz Ablehnung umgesetzt
	☐	☐	☐
	mich von Umsetzung der Maßnahme/des Angebotes überzeugt	Sonstiges	Bisher habe ich keine Maßnahme/kein Angebot abgelehnt
	☐	☐	☐

	Ja	Ja, zum Teil	Ja, unterstützt durch meine Verantwortliche/ meinen Verantwortlichen	Nein	Ich weiß es nicht
Wurden bei den Maßnahmen und Angeboten Ihre individuellen Vorstellungen berücksichtigt?	☐	☐	☐	☐	☐
Sind die Beteiligten für Sie erreichbar, nachdem die Maßnahmen/Angebote einmal eingerichtet waren (z. B. für Beschwerden)?	☐	☐	☐	☐	☐
Führen die Maßnahmen/Angebote dazu, dass Sie Ihre ursprünglichen Ziele erreichen?	☐	☐	☐	☐	☐

Im Folgenden geht es um Ihre privaten Ausgaben für Gesundheits- und Pflegeleistungen, das bedeutet jene Zahlungen, die Sie selbst tragen mussten, ohne dass diese bspw. von Ihrer Krankenkasse oder Pflegeversicherung zurückgezahlt wurden.

Bitte geben Sie die folgenden Werte möglichst genau in Euro an. Gefragt sind **monatliche Durchschnittsausgaben** mit Blick auf das **letzte Jahr** (abzüglich eventueller steuerlicher Rückzahlungen). Haben Sie keine privaten Ausgaben für eine der Leistungen getätigt, tragen Sie bitte eine 0 ein.

Ambulante Behandlung	Betrag in €
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für ambulante ärztliche Versorgung ?	
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für ambulante zahnärztliche Versorgung ?	
Fahrten	Betrag in €
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für Fahrten im Zusammenhang mit Ihrer gesundheitlichen Versorgung ?	
Laborleistungen	Betrag in €
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für Laborleistungen (z. B. Bestimmung von Blutwerten)?	
Bildgebungsverfahren	Betrag in €
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für Bildgebungsverfahren (z. B. Röntgen, MRT, CT)?	
Informationsprogramme	Betrag in €
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für Informationsprogramme für Ihre Gesundheit (z. B. Raucherentwöhnung, Informationen zur Darmkrebsvorsorge/Herz-Kreislauf-Erkrankungen o. ä.)?	
Gesundheitsüberwachung	Betrag in €
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für Ihre Gesundheitsüberwachung (z. B. Überwachung Ihres Gesundheitszustands: Gewicht, Blutdruck, körperliche Funktionsfähigkeit)?	

Technische Assistenzsysteme

Im Folgenden möchten wir Sie zu Ihrer Einstellung und Ihren bisherigen Erfahrungen mit Anwendungen der „intelligenten“ Hausautomation (Smart Home bzw. altersgerechten Assistenzsystemen für ein umgebungsunterstütztes, gesundes und unabhängiges Leben (Ambient Assisted Living) befragen.

Unter Smart Home verstehen wir technische Gegenstände und Systeme in Wohnräumen, die eine Erhöhung der Wohn- und Lebensqualität, der Sicherheit in der häuslichen Umgebung und eine effiziente Energienutzung zum Ziel haben. Dies geschieht bspw. mithilfe vernetzter und fernsteuerbarer Geräte und Installationen sowie automatisierbarer Abläufe. Unter diesen Begriff fällt sowohl die Vernetzung von Haustechnik und Haushaltsgeräten (zum Beispiel Lichtquellen, Jalousien, Heizung, aber auch Herd, Kühlschrank und Waschmaschine), als auch die Vernetzung von Teilen der Unterhaltungselektronik (etwa die zentrale Speicherung und heimweite Nutzung von Video- und Audio-Inhalten). Weiterhin zählen wir auch Haushaltsrobotik wie Saug- und Mähroboter zu Smart Home.

Nutzen Sie bereits technische Assistenzsysteme (z.B. Smart Home Systeme zur Lichtsteuerung, Heizungssteuerung, Jalousiensteuerung oder Smart TV)?	
Ja	Nein
☐	☐

Falls nein , bitte nennen Sie uns die Gründe, warum Sie diese Systeme nicht nutzen. Kreuzen Sie bitte pro aufgeführtem Grund jeweils die am meisten für Sie zutreffende Aussage der Skala von „überhaupt nicht zutreffend“ bis „sehr zutreffend an“.					
Hinweis: Falls ja , springen Sie bitte direkt auf die übernächste Seite.					
Ich nutze die technischen Assistenzsysteme nicht, weil...					
	Überhaupt nicht zutreffend	Wenig zutreffend	Trifft weder zu noch nicht zu	Trifft eher zu	Sehr zutreffend
... ich Bedenken bezüglich des Datenschutzes habe.	☐	☐	☐	☐	☐
... ich Bedenken bezüglich der Datensicherheit habe.	☐	☐	☐	☐	☐
... die Anschaffungskosten zu hoch sind.	☐	☐	☐	☐	☐
... die Nutzungskosten zu hoch sind.	☐	☐	☐	☐	☐
... keine nutzerzentrierte Auswahl der Technologie möglich ist (Nutzeransprüche stehen nicht im Mittelpunkt).	☐	☐	☐	☐	☐
... ich wenig Unterstützung durch Bekannte (z.B. Freunde oder Familie) erhalte.	☐	☐	☐	☐	☐
... die Umgebungsbedingungen (z.B. die Wohnungseinrichtung) den Einsatz der technischen Assistenzsysteme erschweren.	☐	☐	☐	☐	☐

Ich nutze die technischen Assistenzsysteme nicht, weil...	Überhaupt nicht zutreffend	Wenig zutreffend	Trifft weder zu noch nicht zu	Trifft eher zu	Sehr zutreffend
... die Technologie von einer anderen Person ausgewählt worden ist.	☐	☐	☐	☐	☐
... unrealistische Erwartungen an die positiven Effekte des Hilfsmiteileinsatzes gestellt werden.	☐	☐	☐	☐	☐
... bei mir Schamgefühle beim Einsatz des Hilfsmittels aufkommen.	☐	☐	☐	☐	☐
... ich Veränderungen im Lebensstil durch den Einsatz des Hilfsmittels befürchte.	☐	☐	☐	☐	☐
... ich mangelnde Fähigkeiten im Umgang mit dem Hilfsmittel besitze.	☐	☐	☐	☐	☐
... ich Veränderungen meiner Fähigkeiten und Ziele (z.B. durch progrediente, also fortschreitende Erkrankungen) befürchte.	☐	☐	☐	☐	☐
... die Nutzung des Hilfsmittels unbequem und anstrengend wäre.	☐	☐	☐	☐	☐
... eine Inkompatibilität mit anderen Hilfsmitteln bestehen würde.	☐	☐	☐	☐	☐
... die Nutzung zu schwierig und komplex ist.	☐	☐	☐	☐	☐
... die Nutzung ineffizient ist.	☐	☐	☐	☐	☐
... keine erschwinglichen oder zeitgerecht angebotenen Servicedienstleistungen vorhanden sind.	☐	☐	☐	☐	☐
Erläutern Sie bitte nachfolgend, warum Sie keine technischen Assistenzsysteme nutzen, wenn Ihnen weitere Gründe einfallen, bzw. Sie die Gründe erläutern möchten.					
<u>Ihre Gründe:</u>					

Falls ja, bitte nennen Sie uns die Gründe, warum Sie diese Systeme nutzen. Kreuzen Sie bitte pro aufgeführtem Grund jeweils die am meisten für Sie zutreffende Aussage der Skala von „überhaupt nicht zutreffend“ bis „sehr zutreffend an“.

Ich nutze die technischen Assistenzsysteme, weil...

	Überhaupt nicht zutreffend	Wenig zutreffend	Trifft weder zu noch nicht zu	Trifft eher zu	Sehr zutreffend
... ich dadurch einen höheren Komfort in meinem Zuhause erziele.	☐	☐	☐	☐	☐
... ich mich dadurch in meinem Zuhause sicherer fühle.	☐	☐	☐	☐	☐
... ich dadurch unabhängiger leben kann.	☐	☐	☐	☐	☐
... eine nutzerzentrierte Auswahl der Technologie gewährleistet ist (Nutzeransprüche stehen im Mittelpunkt).	☐	☐	☐	☐	☐
... ich Unterstützung in der Bedienung durch Bekannte (z.B. Familie und Freunde) erhalte.	☐	☐	☐	☐	☐
... die Umgebungsbedingungen den Einsatz des Hilfsmittels vereinfachen.	☐	☐	☐	☐	☐
... die Technologie bewusst von mir selbst ausgewählt worden ist.	☐	☐	☐	☐	☐
... ich die Erwartungen an die positiven Effekte des Hilfsmitelesatzes genau einschätzen kann.	☐	☐	☐	☐	☐
... bei mir positive Gefühle beim Einsatz des Hilfsmittels aufkommen.	☐	☐	☐	☐	☐
... ich Verbesserungen im Lebensstil durch den Einsatz des Hilfsmittels erwarte bzw. wahrnehme.	☐	☐	☐	☐	☐
... ich ausreichende Fähigkeiten im Umgang mit dem Hilfsmittel besitze.	☐	☐	☐	☐	☐
... ich keine Veränderungen meiner Fähigkeiten und Ziele (z.B. durch progrediente, also fortschreitende Erkrankungen) befürchte.	☐	☐	☐	☐	☐

	Überhaupt nicht zutreffend	Wenig zutreffend	Trifft weder zu noch nicht zu	Trifft eher zu	Sehr zutreffend
... die Nutzbarkeit des Hilfsmittels bequem und einfach ist.	☐	☐	☐	☐	☐
... eine Kompatibilität mit anderen Hilfsmitteln besteht.	☐	☐	☐	☐	☐
... die Nutzung einfach ist.	☐	☐	☐	☐	☐
... die Nutzung effizient ist.	☐	☐	☐	☐	☐
...erschwingliche Servicedienstleistungen vorhanden sind.	☐	☐	☐	☐	☐
Erläutern Sie bitte nachfolgend, warum Sie technische Assistenzsysteme nutzen, wenn Ihnen weitere Gründe einfallen, bzw. Sie die Gründe erläutern möchten.					
<u>Ihre Gründe:</u>					

Im Folgenden werden wir Ihnen einige Smart Home- bzw. altersgerechte Assistenzsysteme auflisten. Bitte kreuzen Sie die Aussage an, die bezüglich Ihres Kenntnis- und Nutzungsstandes für das jeweilige System zutrifft.

	Kenne ich nicht	Kenne ich, nutze ich aber nicht	Kenne und nutze ich
Lichtsteuerung	☐	☐	☐
Heizungssteuerung	☐	☐	☐
Verdunklung (Jalousien-/ Rollladensteuerung)	☐	☐	☐
Unterhaltungssteuerung (Smart TV, Multiroom-System)	☐	☐	☐
Sicherheitssysteme (Einbruch- und Brandschutz, Wassermelder, Luftqualität)	☐	☐	☐
Apps zur Automation (zur Lichtsteuerung, Heizungssteuerung etc. sowie zur Vernetzung einzelner Komponenten)	☐	☐	☐
Smarte Funkschalter	☐	☐	☐
Sprachassistenten (z.B. Alexa, Google Home, Siri)	☐	☐	☐
Digitale Messgeräte für Körperfunktionen bzw. -zustände (z.B. kontinuierliche Blutzuckermessung mittels Sensoren und SmartWatch/Diabetes App)	☐	☐	☐
Türsteuerung (Öffnen und Schließen per Funk)	☐	☐	☐
Automatische Geräteabschaltung	☐	☐	☐
Terminerinnerung	☐	☐	☐
Informationsdisplay (z.B. über Raumtemperatureinstellung, Lampeneinstellung, Heizungssteuerung etc.)	☐	☐	☐
Bettsensoren (z.B. Drucksensoren)	☐	☐	☐
Notfallknopf	☐	☐	☐
Pflegeroboter	☐	☐	☐
Mähroboter	☐	☐	☐

	Kenne ich nicht	Kenne ich, nutze ich aber nicht	Kenne und nutze ich
Saugroboter	☐	☐	☐
Bewässerungscomputer	☐	☐	☐
Telemedizin-Kommunikationstechnologien	☐	☐	☐
Systeme zur Ernährungsüberwachung bzw. Trinküberwachung	☐	☐	☐
Schlafsensormatten	☐	☐	☐
Leitsysteme zur Orientierung in der Wohnung (z.B. optische, akustische, vibrierende Leitsysteme oder taktile Bodenleitsysteme)	☐	☐	☐
Intelligente Hausnotrufsysteme	☐	☐	☐
Produkte und Systeme für das Heben und Greifen von Objekten	☐	☐	☐
Mobilitätshilfen (z.B. Treppenlift)	☐	☐	☐
Fallen Ihnen weitere Systeme für Smart Home bzw. altersgerechte Assistenzsysteme ein? Wenn ja, nennen Sie sie bitte und geben Sie an ob Sie diese auch benutzen.			
<u>Weitere Systeme:</u> 			

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an dieser Befragung!

Fragebogen ZG 3

Datenannahmestelle
Projekt Regionales Pflegekompetenzzentrum (ReKo)
c/o Universität Osnabrück

Postfach 44 69
49069 Osnabrück

Pflicht-Fragebogen zur Studie

ReKo - Regionales Pflegekompetenzzentrum

(für (pflegende) Angehörige, Interventions- und Kontrollregion)

SIC: _____

oder

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Derzeitiger **Wohnort** (Landkreis):

- ☐ Grafschaft Bentheim ☐ Emsland ☐ Vechta ☐ Cloppenburg ☐ Oldenburg
☐ Gifhorn ☐ Rotenburg (Wümme) ☐ Ammerland ☐ Delmenhorst ☐ Diepholz
☐ Aurich ☐ Celle ☐ Emden ☐ Nienburg (Weser) ☐ Northeim

Liebe*r Teilnehmer*in,

Vielen Dank, dass Sie bereit sind, am Projekt ReKo und damit auch an der folgenden Befragung teilzunehmen.

Mit Ihrer Hilfe leisten Sie einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung in Ihrer Region. Aus Ihren Antworten und Ihrer Bereitschaft, aus Ihrer individuellen Lebenssituation zu berichten, lernen wir für die Versorgung zukünftiger Hilfeempfänger*innen. Vielen Dank, dass Sie uns bei der Verbesserung der Lebenssituation von Pflegebedürftigen, von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen und pflegenden Angehörigen unterstützen – wir schätzen Ihren Beitrag sehr!

Um welches Thema handelt es sich in diesem Fragebogen?

Diese Umfrage ist in zwei Abschnitte aufgeteilt. Der erste Teil fragt nach Ihrer Lebenssituation, insbesondere in Bezug auf Aspekte von Gesundheit und Pflege, der zweite Teil nach Ihren Einschätzungen zu technischen Neuerungen.

Vor jedem Abschnitt erläutern wir zunächst, welchem Zweck ein Frageblock dient und wie er zu bearbeiten ist. Das ist uns wichtig, damit Sie verstehen, aus welchem Grund wir gewisse Fragen stellen. Ihre Antworten helfen uns, die zukünftige Gestaltung von Angeboten für Gesundheit und Pflege in der Region besser zu planen und an Ihre Bedarfe anzupassen.

Was muss ich für die Umfrage wissen und beachten?

Es geht ausschließlich um **Ihre** persönlichen Einschätzungen. Folglich gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte lesen Sie die Fragen und nachfolgenden Erklärungen sorgfältig. Sollten Sie Rückfragen haben, so wenden Sie sich an die ReKo-Case Manager*innen (in der Interventionsregion) bzw. die Ansprechpartner*innen der Universität Osnabrück, die Sie unter folgenden Kontaktdaten erreichen können:

E-Mail: reko@uni-osnabrueck.de

Tel.: 0541/969 - 6400 (Di. - Do. von 8.00 bis 12.00 Uhr)

Sollten Ihnen die Fragen teilweise ähnlich erscheinen, dann haben Sie sorgfältig gelesen! Die Fragen sind von uns sehr gezielt ausgewählt und bewusst in dieser Form zusammengestellt. Bitte nehmen Sie sich die Zeit, um jede Frage zu beantworten.

Was passiert mit meinen Daten?

Die erhobenen Daten werden nicht an Dritte außerhalb des Forschungsteams ReKo weitergegeben und ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet. Sie werden ohne Personenbezug, das heißt ausschließlich in verschlüsselter Form, pseudonymisiert gespeichert. Bei der pseudonymisierten Form werden Namen und andere Identifikationsmerkmale durch eine mehrstellige Buchstaben- und Zahlenkombination (Pseudonym) ersetzt. Zudem unterliegen Ihre Daten der Schweigepflicht und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen (DS-GVO). Ihre Daten, die pseudonymisiert sind, werden nur zu Forschungszwecken gespeichert und verwertet.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Fragen zur Lebenssituation

In diesem Teil werden Ihnen Fragen zu Ihrem gesundheitlichen Zustand und Ihrer aktuellen Lebenssituation gestellt. Dies ist notwendig, da wir herausfinden möchten, ob und wie sich Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden im Laufe der Zeit verändern. Wir wenden uns mit diesen Fragen zu Beginn Ihrer Teilnahme am Projekt und zu zwei weiteren Zeitpunkten im Projektverlauf an Sie. Die Fragen basieren auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und sind nicht willkürlich entwickelt worden². Die Antworten ermöglichen uns Vergleiche mit Teilnehmer*innen anderer Studien und geben uns Hinweise für die konkrete Verbesserung zukünftiger Versorgungssituationen.

Wir wissen, dass einige der folgenden Fragen sehr persönlicher Natur sind. Wir betonen, dass Sie nur jene Fragen beantworten sollten, zu denen Sie bereit sind. Sollten Sie einzelne Fragen nicht bearbeiten wollen, bitten wir Sie dennoch sehr, mit den daran anschließenden Fragen fortzufahren. Wir vergewissern Ihnen, dass alle Fragestellungen sehr gut durchdacht sind und zur Erreichung des Forschungsziels beitragen, auch wenn nicht immer ein unmittelbarer Zusammenhang erkennbar ist.

Wir bitten Sie, die Fragen aufmerksam zu lesen und wahrheitsgemäß zu beantworten, damit wir feststellen können, wie die gesundheitliche Versorgung in Ihrer Region verbessert werden kann. Ihre Antworten werden vertraulich behandelt und verschlüsselt ausgewertet, sodass kein Rückschluss auf Ihre Person möglich ist.

² Mit freundlicher Genehmigung der Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

Angaben zu Ihrer Person

Alter: _____ Jahre

	Männlich	Weiblich	Divers	Keine Angabe
Geschlecht	☐	☐	☐	☐
Familienstand	☐ ledig	☐ in eingetragener Lebenspartnerschaft	☐ verheiratet	☐ in eheähnlicher Lebensgemeinschaft
	☐ Lebenspartner*in	☐ geschieden	☐ getrennt lebend	☐ verwitwet
Lebenssituation	☐ alleinlebend	☐ mit Familienangehörigen	☐ mit Partner*in	☐ mit sonstigen Personen

Höchster Bildungsabschluss	kein Abschluss	Hauptschule (Volksschule) oder vergleichbar	Realschule (Mittlere Reife) oder vergleichbar
	☐	☐	☐
	Fachhochschulreife	Allgemeine/ Fachgebundene Hochschulreife	Abgeschlossene Berufsausbildung
	☐	☐	☐
	Hochschulabschluss: Bachelor	Hochschulabschluss: Diplom/Staatsexamen	Hochschulabschluss: Master
	☐	☐	☐
	Promotion	Habilitation	
	☐	☐	

Beschäftigungsstatus Sind Sie berufstätig?	ja, Vollzeit	ja, Teilzeit	in Berufsausbildung	Minijob (450 €-Basis)
	☐	☐	☐	☐
- und/oder sind Sie:	Schülerin/ Schüler	Studentin/ Student	in Rente/Pension	ohne Berufstätigkeit, auf Suche
	☐	☐	☐	☐
	ohne Berufstätigkeit, nicht auf Suche	in Elternzeit/ sonstiger Beurlaubung	im Wehr-/ Zivil-/	nicht erwerbsfähig

			Freiwilligendienst	
	☐	☐	☐	☐

Berufsgruppe	Selbstständig	Freier Beruf (z. B. Ärztin/Arzt, Rechtsanwältin/ Rechtsanwalt,...)	Angestellt mit Tätigkeit nach Anweisung	Angestellt in Führungsposition
	☐	☐	☐	☐
	Hausfrau/ Hausmann	Beamtin/Beamter im einfachen/ mittleren Dienst	Beamtin/ Beamter im gehobenen Dienst	Landwirtin/ Landwirt
	☐	☐	☐	☐
	Sonstige	Nichtberufstätig	Ehrenamt	
	☐	☐	☐	

Fragebogen zum Gesundheitszustand

Der eingesetzte SF-36 kann aus lizenzrechtlichen Gründen hier nicht abgebildet werden.

Der SF-36 setzt sich aus zwei Summenskalen, der körperlichen und psychischen Summenskala, zusammen, welche wiederum aus jeweils 4 Subskalen bestehen.

Körperliche Summenskala:

- Körperliche Funktionsfähigkeit
- Körperliche Rollenfunktion
- Schmerz
- Allgemeine Gesundheitswahrnehmung

Psychische Summenskala:

- Vitalität
- Soziale Funktionsfähigkeit
- Emotionale Rollenfunktion
- Psychisches Wohlbefinden

Der Fragebogen fragt außerdem die Gesundheitsveränderung durch den Vergleich mit dem vergangenen Jahr ab.

© Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen. Nachdruck und jegliche Art der Vervielfältigung verboten.

Fragebogen bezüglich der Belastung für Familienmitglieder

Der eingesetzte Fragebogen zum Belastungserleben (HPS-Skala) kann aus lizenzrechtlichen Gründen hier nicht abgebildet werden.

Der Fragebogen besteht aus 28 Items, die die Situation (psychische und körperliche Verfassung, Zukunftsplanung, Aspekte der Belastung) der unterstützenden/pflegenden An- und Zugehörigen abfragen.

© Gräbel, E. & Leutbecher, M. (1993). Häusliche Pflege-Skala HPS zur Erfassung der Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen.

Im Folgenden geht es um Ihre privaten Ausgaben für Gesundheits- und Pflegeleistungen, das bedeutet jene Zahlungen, die Sie selbst tragen mussten, ohne dass diese bspw. von Ihrer Krankenkasse oder Pflegeversicherung zurückgezahlt wurden.

Bitte geben Sie die folgenden Werte möglichst genau in Euro an. Gefragt sind **monatliche Durchschnittsausgaben** mit Blick auf das **letzte Jahr** (abzüglich eventueller steuerlicher Rückzahlungen). Haben Sie keine privaten Ausgaben für eine der Leistungen getätigt, tragen Sie bitte eine 0 ein.

Stationäre Behandlung	Betrag in €
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für stationäre Behandlungen ?	
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für stationäre RehaMaßnahmen ?	
Ambulante Behandlung	Betrag in €
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für ambulante RehaMaßnahmen ?	
Arzneimittel	Betrag in €
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für Arzneimittel ?	
Heilmittel	Betrag in €
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für Heilmittel (z. B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Physiotherapie)?	
Hilfsmittel	Betrag in €
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für Hilfsmittel (z. B. Gehhilfen, Prothesen, Schuheinlagen)?	
Pflegeleistungen	Betrag in €
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für stationäre Langzeitpflege (dauerhafte Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung)?	
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für stationäre Kurzzeitpflege (Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung für eine begrenzte Zeit, z. B. in Krisensituationen oder im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt)?	
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für ambulante Pflegeleistungen (z. B. häusliche Krankenpflege, Tagespflege)?	
Betreuungsleistungen und Alltagsunterstützung	Betrag in €

Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für Betreuungsleistungen und Alltagsunterstützung (z. B. „Essen auf Rädern“, Besuchsdienste, Urlaubsbegleitung, Entlastungsangebote)?	
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für Haushaltshilfen?	
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für Schulungen im Umfeld von Betreuung und Pflege?	
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für Beratungsangebote?	

Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)

Der eingesetzte FLZ kann aus lizenzrechtlichen Gründen hier nicht abgebildet werden.

Der Fragebogen besteht aus zehn Skalen mit jeweils sieben Items. Die Skalen fragen die Zufriedenheit mit den folgenden Themenfeldern ab:

1. Gesundheit
2. Arbeit und Beruf
3. Freizeit
4. Finanzielle Lage
5. Ehe und Partnerschaft
6. Beziehung zu den eigenen Kindern
7. Sexualität
8. Eigene Person
9. Freunde und Bekannte
10. Wohnung.

© Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen. Nachdruck und jegliche Art der Vervielfältigung verboten.

Fragebogen zur Technikbereitschaft

Wir stellen Ihnen in diesem Teil generelle Fragen zu Ihrer Erfahrung mit digitalen Anwendungen, die Funktionen und Dienste zu Ihrer gesundheitlichen Versorgung bereitstellen und Ihrer Einstellung dazu. Ebenfalls bitten wir Sie um eine Angabe darüber, welche Anforderungen Sie an eine digitale Anwendung haben, damit sie Ihnen dabei helfen kann, Ihre gesundheitliche und pflegerische Versorgung zu verbessern. Sie haben damit keine Erfahrungen oder fühlen sich nicht sicher mit dem Thema? Kein Problem – zögern Sie bitte nicht, uns dies im Fragebogen genauso mitzuteilen.

Bitte bewerten Sie die folgenden 12 Aussagen je nach Ihrer Zustimmung von "stimmt gar nicht" bis "stimmt völlig".

Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage nur das Kästchen mit der Antwortmöglichkeit an, die am ehesten Ihre Ansicht widerspiegelt.

	stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teilweise	stimmt ziemlich	stimmt völlig
Hinsichtlich technischer Neuentwicklungen bin ich sehr neugierig.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich finde schnell Gefallen an technischen Neuentwicklungen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin stets daran interessiert, die neuesten technischen Geräte zu verwenden.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich Gelegenheit dazu hätte, würde ich noch viel häufiger technische Produkte nutzen, als ich das gegenwärtig tue.	☐	☐	☐	☐	☐
Im Umgang mit moderner Technik habe ich oft Angst zu versagen.	☐	☐	☐	☐	☐
Für mich stellt der Umgang mit technischen Neuerungen zumeist eine Überforderung dar.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe Angst, technische Neuentwicklungen eher kaputt zu machen, als dass ich sie richtig benutze.	☐	☐	☐	☐	☐
Den Umgang mit neuer Technik finde ich schwierig - ich kann das meistens einfach nicht.	☐	☐	☐	☐	☐
Ob ich erfolgreich in der Anwendung moderner Technik bin, hängt im Wesentlichen von mir ab.	☐	☐	☐	☐	☐
Es liegt in meiner Hand, ob mir die Nutzung technischer Neuentwicklungen gelingt – mit Zufall oder Glück hat das wenig zu tun.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich im Umgang mit Technik Schwierigkeiten habe, hängt es schlussendlich allein von mir ab, dass ich sie löse.	☐	☐	☐	☐	☐
Das, was passiert, wenn ich mich mit technischen Neuentwicklungen beschäftige, obliegt letztlich meiner Kontrolle.	☐	☐	☐	☐	☐

Fragebogen zum Vertrauen in technologische Strukturen

Im Folgenden befragen wir Sie zu Ihrem Vertrauen in technologische Strukturen zur gesundheitlichen Versorgung. Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen je nach Ihrer Zustimmung von "Stimme überhaupt nicht zu" bis "Stimme voll zu". Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage nur das Kästchen mit der Antwortmöglichkeit an, die am ehesten Ihre Ansicht widerspiegelt.

Hinweis: Unter der digitalen Abwicklung bzw. Bearbeitung wird die Benutzung von digitalen Anwendungen wie mobilen Applikationen (Apps) oder die Zuhilfenahme von Online-Angeboten verstanden.

[illegible]

[illegible]

Fragebogen zu Funktionalitäten eines Gesundheitsportals

Unter einer digitalen Anwendung verstehen wir ein Hilfsmittel, das auf Ihrem Handy, Smartphone, Laptop oder Computer genutzt wird. Dieses Hilfsmittel/Programm soll Ihnen dabei helfen, Ihre gesundheitliche und pflegerische Versorgung besser zu organisieren und zu überblicken.

In Ihrem Gesundheitsportal, das eine digitale Anwendung ist, sollen Ihnen zahlreiche Funktionen bereitgestellt werden, die Ihre gesundheitliche Versorgung erleichtern. Welche Funktionalitäten sind Ihnen wichtig, um mit einer digitalen Anwendung eine bessere gesundheitliche Versorgung zu erzielen? Einzelne Funktionen listen wir nachfolgend für Sie auf. Bitte bewerten Sie diese je nach Ihrer für Sie empfundenen Wichtigkeit von "völlig unwichtig" bis "sehr wichtig". Wählen Sie dabei nur eine Antwortmöglichkeit aus. Beispiel: Wenn Sie der Meinung sind, dass Sie mit einer digitalen Anwendung unbedingt Rezepte und Medikamente bestellen möchten, dann wählen Sie "Sehr wichtig" aus. Wenn Sie auf keinen Fall Rezepte oder Medikamente mithilfe der digitalen Anwendung bestellen möchten, wählen Sie bitte „Völlig unwichtig“. Wenn Ihnen weitere wichtige Funktionen einfallen sollten, können Sie diese im darauffolgenden Freitext ergänzen. Bitte geben Sie auch in diesem Fall die für Sie empfundene Bedeutung an. Dadurch können wir Ihnen langfristig eine bessere digitale Gesundheitsversorgung ermöglichen.

[illegible]

Fallen Ihnen weitere mögliche Funktionen ein, die in Ihrem Gesundheitsportal zur Verfügung stehen sollten? Falls ja, nennen Sie diese bitte und geben Sie ebenfalls möglichst ihre jeweilige Wichtigkeit zwischen "völlig unwichtig" und "sehr wichtig" an.

Bewertung von Funktionalitäten des Gesundheitsportals	völlig unwichtig	unwichtig	weniger wichtig	eher wichtig	wichtig	sehr wichtig
Von Ihnen einzutragende Funktionalität:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Von Ihnen einzutragende Funktionalität:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Von Ihnen einzutragende Funktionalität:	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	ja	nein
Nutzen Sie bereits eine oder mehrere digitale Anwendungen, die Sie in der gesundheitlichen Versorgung der pflegebedürftigen Person unterstützen? Dies kann zum Beispiel eine Smartphone-App (z.B. für Diabetes-Management, generelle Gesundheitsapps, etc.) sein oder ein Online-Gesundheitsportal mit individuellen Zugangsdaten.	☐	☐
Wenn ja, nennen Sie bitte auch die Namen dieser digitalen Anwendungen.		

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an dieser Befragung! Sie helfen uns damit sehr und können dazu beitragen, die gesundheitliche Versorgung zu verbessern

Datenannahmestelle
Projekt Regionales Pflegekompetenzzentrum (ReKo)
c/o Universität Osnabrück

Postfach 44 69
49069 Osnabrück

Zusatz-Fragebogen zur Studie

ReKo - Regionales Pflegekompetenzzentrum

(für (pflegende) Angehörige, Interventions- und Kontrollregion)

SIC: _____

oder

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Liebe*r Teilnehmer*in,

Vielen Dank, dass Sie bereit sind, am Projekt ReKo und damit auch an der folgenden Befragung teilzunehmen.

Mit Ihrer Hilfe leisten Sie einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung in Ihrer Region. Aus Ihren Antworten und Ihrer Bereitschaft, aus Ihrer individuellen Lebenssituation zu berichten, lernen wir für die Versorgung zukünftiger Hilfeempfänger*innen. Vielen Dank, dass Sie uns bei der Verbesserung der Lebenssituation von Pflegebedürftigen, von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen und pflegenden Angehörigen unterstützen – wir schätzen Ihren Beitrag sehr!

Fragebogen zur Versorgungssituation

In diesem Fragebogen geht es um die Organisation und Strukturierung Ihrer Versorgung. Als pflegende*r Angehörige*r bezieht sich die Situation auf die für Sie durchgeführten Unterstützungsleistungen.

Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie **eine Antwortmöglichkeit** auswählen, die am besten auf Ihre persönliche Versorgungssituation zutrifft. Sollte die Auswahl mehrerer Antwortmöglichkeiten zulässig sein, ist dies angegeben.

Ihre Versorgungssituation und alle damit verbundenen Anforderungen werden in einigen der folgenden Fragen **als Fall** bezeichnet. Diese Zuschreibung beinhaltet für das Forschungsprojekt keinerlei Wertungen. Wir möchten damit deutlich machen, dass all Ihre Besonderheiten zu einem System gehören, dass wir hier als „Ihren Fall“ bezeichnen.

Verantwortliche sind Personen oder Institutionen, die Ihre Versorgungssituation zentral koordinieren und Sie bei Belangen bzgl. Ihrer Versorgungssituation unterstützen. Die Abgrenzung der Personen/Institutionen findet in der ersten Frage dieses Fragebogenabschnittes statt. Die hier von Ihnen angekreuzte Person/Institution ist in den folgenden Antwortmöglichkeiten Ihr Verantwortlicher.

An welche Verantwortlichen (Personen/ Institution) können Sie sich wenden, um in Ihrer Versorgungssituation unterstützt zu werden?	Individuelles Fallmanagement	Hausärztin/ Hausarzt	Fach-ärztin/ Facharzt	Pflege-stützpunkt	Kranken-kasse/ Pflege-kasse
	☐	☐	☐	☐	☐
	Angehörige/ Bekannte	Ich muss mich selbst darum kümmern.		Ich kenne niemanden	Sonstiges
	☐	☐		☐	☐

	Ja	Ja, unterstützt durch meine Verantwortliche/ meinen Verantwortlichen (siehe Frage 1 dieses Fragebogens)	Nein, zu spät	Nein, gar nicht	Ich weiß es nicht
Wurde die Organisation Ihrer Versorgungssituation <i>rechtzeitig</i> durch eine zentrale Stelle (z. B. Hausärztin/Hausarzt, Fallmanagement) übernommen?	☐	☐	☐	☐	☐

	Ja	Ja, unterstützt durch meine Verantwortliche/ meinen Verantwortlichen	Nein	Ich weiß es nicht
Wurden alle wichtigen Informationen zu Ihrem Fall berücksichtigt?	☐	☐	☐	☐
Wurden alle wichtigen Personen bei der Einschätzung Ihres Falles beteiligt?	☐	☐	☐	☐

	Ja	Ja, zum Teil	Ja, unterstützt durch meine Verantwortliche/ meinen Verantwortlichen	Nein	Ich weiß es nicht
Können Sie aktuell nachvollziehen, wie mit Ihren personenbezogenen Daten umgegangen wird?	☐	☐	☐	☐	☐
Haben Sie das Gefühl, dass Ihre eigenen Einschätzungen in Ihrem Fall ausreichend Gehör gefunden haben?	☐	☐	☐	☐	☐

	Ja	Ja, zum Teil	Ja, unterstützt durch meine Verantwortliche/ meinen Verantwortlichen	Nein	Ich weiß es nicht
Wurden in Ihrem Fall die Unterstützungs-angebote Ihres sozialen Umfelds einbezogen?	☐	☐	☐	☐	☐
Kennen Sie die Zielsetzungen, die bei den Entscheidungen in Ihrem Fall verfolgt werden?	☐	☐	☐	☐	☐
Konnten Sie Ihre eigene Zielsetzung bei der Organisation Ihres Falles durchsetzen?	☐	☐	☐	☐	☐

	Ja	Ja, zum Teil	Nein	Ich weiß es nicht
Sind Sie mit der Strategie (umgesetzte Maßnahmen/Angebote) zur Erreichung der Zielsetzung in Ihrem Fall einverstanden?	☐	☐	☐	☐

	Ja	Ja, zum Teil	Ja, unterstützt durch meine Verantwortliche/ meinen Verantwortlichen	Nein	Ich weiß es nicht
Wurden Ihnen von den Beteiligten (z. B. Hausärztin/Hausarzt) zur Erreichung Ihrer Versorgungsziele verschiedene Möglichkeiten aufgezeigt?	☐	☐	☐	☐	☐

	Schriftlicher Widerspruch	Telefonat	E-Mail	Alternative umgesetzt	Persönliches Gespräch	Sonstiges	Bisher nicht notwendig
Wie sind die Beteiligten in Ihrem Fall vorgegangen, wenn Ihre gewünschte Maßnahme/Ihr gewünschtes Angebot aus Kostengründen abgelehnt wurde? (Mehrfachantworten zulässig)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wie sind die Beteiligten in Ihrem Fall damit umgegangen, wenn Sie eine vorgeschlagene Maßnahme/ein Angebot abgelehnt haben?	akzeptiert, keine Alternative umgesetzt	akzeptiert, Alternative umgesetzt	Maßnahme/Angebot trotz Ablehnung umgesetzt
	☐	☐	☐
	mich von Umsetzung der Maßnahme/des Angebotes überzeugt	Sonstiges	Bisher habe ich keine Maßnahme/kein Angebot abgelehnt
	☐	☐	☐

	Ja	Ja, zum Teil	Ja, unterstützt durch meine Verantwortliche/ meinen Verantwortlichen	Nein	Ich weiß es nicht
Wurden bei den Maßnahmen und Angeboten Ihre individuellen Vorstellungen berücksichtigt?	☐	☐	☐	☐	☐
Sind die Beteiligten für Sie erreichbar nachdem die Maßnahmen/Angebote einmal eingerichtet waren (z. B. für Beschwerden)?	☐	☐	☐	☐	☐
Führen die Maßnahmen/Angebote dazu, dass Sie Ihre ursprünglichen Ziele erreichen?	☐	☐	☐	☐	☐

Fragebogen zu Unterstützung und Pflege für Angehörige oder nahestehende Personen

Dieser Fragebogen soll uns helfen zu verstehen, wie Sie Angehörige oder andere Ihnen nahestehende Menschen in ihrem Alltag unterstützen und von welchen Personen oder professionellen Diensten Sie selbst Unterstützung erhalten.

Achtung: Uns geht es mit der Befragung nicht um die aktuell sicherlich erschwerte Situation in Zeiten der Corona-Krise. Bitte denken sie bei der Beantwortung des Fragebogens an die Zeit vor den Einschränkungen.

Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage nur eine Antwortmöglichkeit an, die für Sie zutrifft.

	Nein	Weniger als 20 Stunden	20-30 Stunden	Mehr als 30 Stunden
Sind Sie erwerbstätig und wenn ja, wie viele Stunden in der Woche?	☐	☐	☐	☐

Im Folgenden bitten wir Sie, diejenigen Menschen zu beschreiben, die in ihrem Alltag Unterstützung und Zuspruch oder Pflege von Ihnen erhalten oder um die Sie sich sorgen. Hierbei interessieren uns alle Menschen, die durch Sie Unterstützung erhalten (nähere Angehörige wie Lebenspartnerin/Lebenspartner und Familienmitglieder, als auch Ihre Nachbarinnen/Nachbarn oder Bekannte). Die Form der Unterstützung kann von persönlichen Gesprächen bis hin zu Unterstützung bei der Körperpflege reichen.

Im Sinne des Datenschutzes werden keine Namen der Personen abgefragt. Sie können bis zu 3 Personen aus Ihrem Umfeld eintragen (wenn Sie mehr als 3 wichtige Personen unterstützen, tragen Sie bitte die Personen ein, denen Sie am nächsten stehen).

Fahren Sie anschließend auf S. 17 mit dem Fragebogen fort.

Beschreibung der ersten Person

	männlich		weiblich	divers	
Geschlecht der Person	☐		☐	☐	
	unter 50 Jahre	50-64 Jahre	65-74 Jahre	75-84 Jahre	Älter als 85 Jahre
Alter der Person	☐	☐	☐	☐	☐

Art der Beziehung	Partner*in	Mutter/Vater	Großmutter/ Großvater
	☐	☐	☐
	Schwester/Bruder	Tante/Onkel	Kind/Enkelkind
	☐	☐	☐
	Andere Verwandte	Freund*in/ Nachbar*in/	Sonstige
	☐	☐	☐

	Lose Beziehung	Mittelstark	Enge Beziehung
Bewertung der Beziehung	☐	☐	☐

	im gleichen Haushalt	in einem anderen Haushalt	im Pflegeheim	in einer Einrichtung für betreutes Wohnen	Sonstiges
Wo lebt die Person, die Sie unterstützen?	☐	☐	☐	☐	☐
	Gleicher Haushalt	Fußläufig erreichbar	Bis 20 Min. mit Auto	Bis 1 Std. mit Auto	Weiter entfernt
Räumliche Distanz (wie viel Zeit brauchen Sie, um zu dieser Person zu gelangen?)	☐	☐	☐	☐	☐

	Nein, mir entstehen keine Kosten.	Weniger als 50 € im Monat.	Durchschnittlich 50-100 € im Monat.	Durchschnittlich 100-300 € im Monat.	Mehr als 300 € im Monat. Bitte geben Sie Ihre durchschnittlichen Ausgaben pro Monat für das letzte Jahr an. Ihre Angabe:
Entstehen für den Kontakt mit dieser Person finanzielle Aufwände (z. B. Ausgaben für Fahrten, Briefmarken oder Telefonate)?	☐	☐	☐	☐	☐

	Welche und wie viele Personengruppen oder Institutionen sind in die Pflege oder Unterstützung dieser Person involviert? Das Ankreuzen mehrerer Felder ist möglich.	Wie viele der Akteure oder Personen sind in der jeweiligen Gruppe beteiligt? Bitte tragen sie Ihre Angabe in das entsprechende Feld ein.
Familiäre Akteure	☐	
Nachbarschaft	☐	
Freundinnen/Freunde	☐	
Kirche	☐	
Ehrenamtliche/ Freiwillige	☐	
Vereine	☐	
Selbsthilfegruppen	☐	
Professionelle Pflege	☐	
Weitere Anbieter sozialer Hilfen (z. B. Diakonie)	☐	
Hilfen in Haus und Garten	☐	

Beschreibung der zweiten Person

	männlich	weiblich	divers		
Geschlecht der Person	☐	☐	☐		
	unter 50 Jahre	50-64 Jahre	65-74 Jahre	75-84 Jahre	Älter als 85 Jahre
Alter der Person	☐	☐	☐	☐	☐

Art der Beziehung	Partner*in	Mutter/Vater	Großmutter/ Großvater
	☐	☐	☐
	Schwester/Bruder	Tante/Onkel	Kind/Enkelkind
	☐	☐	☐
	Andere Verwandte	Freund*in/ Nachbar*in/	Sonstige
	☐	☐	☐

	Lose Beziehung	Mittelstark	Enge Beziehung
Bewertung der Beziehung	☐	☐	☐

	im gleichen Haushalt	in einem anderen Haushalt	im Pflegeheim	in einer Einrichtung für betreutes Wohnen	Sonstiges
Wo lebt die Person, die Sie unterstützen?	☐	☐	☐	☐	☐
	Gleicher Haushalt	Fußläufig erreichbar	Bis 20 Min. mit Auto	Bis 1 Std. mit Auto	Weiter entfernt
Räumliche Distanz (wie viel Zeit brauchen Sie, um zu dieser Person zu gelangen?)	☐	☐	☐	☐	☐

	Welche und wie viele Personengruppen oder Institutionen sind in die Pflege oder Unterstützung dieser Person involviert? Das Ankreuzen mehrerer Felder ist möglich.	Wie viele der Akteure oder Personen sind in der jeweiligen Gruppe beteiligt? Bitte tragen sie Ihre Angabe in das entsprechende Feld ein.
Familiäre Akteure	☐	
Nachbarschaft	☐	
Freundinnen/Freunde	☐	
Kirche	☐	
Ehrenamtliche/ Freiwillige	☐	
Vereine	☐	
Selbsthilfegruppen	☐	
Professionelle Pflege	☐	
Weitere Anbieter sozialer Hilfen (z. B. Diakonie)	☐	
Hilfen in Haus und Garten	☐	

Beschreibung der dritten Person

	männlich	weiblich	divers		
Geschlecht der Person	☐	☐	☐		
	unter 50 Jahre	50-64 Jahre	65-74 Jahre	75-84 Jahre	Älter als 85 Jahre
Alter der Person	☐	☐	☐	☐	☐

Art der Beziehung	Partner*in	Mutter/Vater	Großmutter/ Großvater
	☐	☐	☐
	Schwester/Bruder	Tante/Onkel	Kind/Enkelkind
	☐	☐	☐
	Andere Verwandte	Freund*in/ Nachbar*in/	Sonstige
	☐	☐	☐

	Lose Beziehung	Mittelstark	Enge Beziehung
Bewertung der Beziehung	☐	☐	☐

	im gleichen Haushalt	in einem anderen Haushalt	im Pflegeheim	in einer Einrichtung für betreutes Wohnen	Sonstiges
Wo lebt die Person, die Sie unterstützen?	☐	☐	☐	☐	☐
	Gleicher Haushalt	Fußläufig erreichbar	Bis 20 Min. mit Auto	Bis 1 Std. mit Auto	Weiter entfernt
Räumliche Distanz (wie viel Zeit brauchen Sie, um zu dieser Person zu gelangen?)	☐	☐	☐	☐	☐

	Welche und wie viele Personengruppen oder Institutionen sind in die Pflege oder Unterstützung dieser Person involviert? Das Ankreuzen mehrerer Felder ist möglich.	Wie viele der Akteure oder Personen sind in der jeweiligen Gruppe beteiligt? Bitte tragen sie Ihre Angabe in das entsprechende Feld ein.
Familiäre Akteure	☐	
Nachbarschaft	☐	
Freundinnen/Freunde	☐	
Kirche	☐	
Ehrenamtliche/ Freiwillige	☐	
Vereine	☐	
Selbsthilfegruppen	☐	
Professionelle Pflege	☐	
Weitere Anbieter sozialer Hilfen (z. B. Diakonie)	☐	
Hilfen in Haus und Garten	☐	

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Personen oder andere Akteure aus Ihrem persönlichen Umfeld, an die Sie sich wenden können, wenn Sie selbst Unterstützung benötigen. Diese Unterstützung kann emotional, z. B. in Form von persönlichen Gesprächen, bis hin zur Hilfe im eigenen Haushalt sein.

In welchen Bereichen erhalten Sie Unterstützung und wie viele Personen sind in der jeweiligen Gruppe beteiligt?

Das **Ankreuzen mehrerer Antwortmöglichkeiten** ist zulässig.

Personen aus dem eigenen Umfeld, von denen Sie Unterstützung erhalten	Emotionale Unterstützung (z. B. persönliche Gespräche oder Aufmunterungen)	Entlastung im eigenen Haushalt oder im Garten	Unterstützung durch Organisation, Information oder Beratung	Finanzielle Unterstützung	Anzahl der beteiligten Akteure/ Personen der jeweiligen Gruppe (Bitte geben Sie eine Anzahl an)
Familiäre Akteure	☐	☐	☐	☐	
Nachbarschaft	☐	☐	☐	☐	
Freundinnen/ Freunde	☐	☐	☐	☐	
Kirche	☐	☐	☐	☐	
Ehrenamtliche/ Freiwillige	☐	☐	☐	☐	
Vereine	☐	☐	☐	☐	
Selbsthilfegruppen	☐	☐	☐	☐	
Professionelle Pflege	☐	☐	☐	☐	
Weitere Anbieter sozialer Hilfen (z. B. Diakonie)	☐	☐	☐	☐	
Hilfen in Haus und Garten	☐	☐	☐	☐	

Im Folgenden geht es um Ihre privaten Ausgaben für Gesundheits- und Pflegeleistungen, das bedeutet jene Zahlungen, die Sie selbst tragen mussten, ohne dass diese bspw. von Ihrer Krankenkasse oder Pflegeversicherung zurückgezahlt wurden.

Bitte geben Sie die folgenden Werte möglichst genau in Euro an. Gefragt sind **monatliche Durchschnittsausgaben** mit Blick auf das **letzte Jahr** (abzüglich eventueller steuerlicher Rückzahlungen). Haben Sie keine privaten Ausgaben für eine der Leistungen getätigt, tragen Sie bitte eine 0 ein.

Ambulante Behandlung	Betrag in €
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für ambulante ärztliche Versorgung ?	
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für ambulante zahnärztliche Versorgung ?	
Fahrten	Betrag in €
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für Fahrten im Zusammenhang mit Ihrer gesundheitlichen Versorgung ?	
Laborleistungen	Betrag in €
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für Laborleistungen (z. B. Blutwerte)?	
Bildgebungsverfahren	Betrag in €
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für Bildgebungsverfahren (z. B. Röntgen, MRT)?	
Informationsprogramme	Betrag in €
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für Informationsprogramme für Ihre Gesundheit (z. B. Raucherentwöhnung, Darmkrebsvorsorge)?	
Gesundheitsüberwachung	Betrag in €
Welche privaten Ausgaben tätigen Sie <u>durchschnittlich monatlich</u> ca. für Ihre Gesundheitsüberwachung (z. B. Überwachung Ihres Gesundheitszustands: Gewicht, Blutdruck, körperliche Funktionsfähigkeit)?	

Sorgenetzwerk-Fragebogen

Fragebogen zum persönlichen Umfeld und empfangener Unterstützung	
SIC: _____	Zeitpunkt: t0 ☐ ZG 1 ☐ ZG 2
Name, Vorname: _____	Geboren am: _____
Wohnort: ☐ Emsland ☐ Ammerland ☐ Delmenhorst ☐ Gifhorn ☐ Rotenburg/Wümme	
☐ Grafschaft Bentheim ☐ Cloppenburg ☐ Diepholz ☐ Oldenburg ☐ Vechta	
☐ Aurich ☐ Celle ☐ Emden ☐ Nienburg ☐ Northeim	
Datenerheber*in: _____	Datum: _____

Achtung: Uns geht es mit der Befragung nicht um die aktuell sicherlich erschwerte Situation in Zeiten der Corona-Krise. Die Proband*innen sollen daher bei der Beantwortung bitte an die Zeit vor den Einschränkungen denken.

Beschrieben werden sollen diejenigen Menschen, die bei der Bewältigung des Alltags unterstützen oder mit denen sie in regelmäßigem Kontakt stehen und beispielsweise über wichtige Dinge sprechen. Dies können sowohl die näheren Angehörigen wie Lebenspartnerin/Lebenspartner und Familienmitglieder als auch Nachbarinnen/Nachbarn, Bekannte oder professionelle Helferinnen/Helfer mit denen die Proband*innen in Ihrem Alltag in Verbindung stehen sein.

Im Sinne des Datenschutzes werden keine Namen der Personen abgefragt. Eingetragen werden können bis zu 5 Personen aus dem Umfeld (wenn mehr als 5 wichtige Personen vorhanden sind, bitte die 5 wichtigsten Kontakte abfragen).

Beschreibung der ersten Person	
Geschlecht	
☐ männlich	☐ weiblich ☐ divers
Art der Beziehung	
☐ Partner*in	☐ Enkelkind ☐ Freundin/Freund, Nachbarin/Nachbar ☐ sonstiges:
☐ Kind/Schwiegerkind	☐ andere Verwandte ☐ Pflegepersonal/Dienstleister
Bewertung der Beziehung	
☐ Lose Beziehung	☐ Mittelstark ☐ Enge Beziehung
Räumliche Distanz (wie lange braucht die Person, um vorbei zu kommen?)	
☐ Gleicher Haushalt	☐ Fußläufig erreichbar ☐ Bis 20 Min. mit Auto ☐ Bis 1 Stunde mit Auto ☐ Weiter entfernt
Entstehen für den Kontakt mit dieser Person finanzielle Aufwände? (z. B. Ausgaben für Fahrten, Briefmarken oder Telefonate)	
☐ Nein, mir entstehen keine Kosten	☐ Durchschnittlich 50-100 € im ☐ Mehr als 300 € im Monat. Durchschnittlich
☐ Weniger als 50 € im Monat.	☐ Durchschnittlich 100-300 € im Monat
In welchen Bereichen des Lebens und wie regelmäßig ist diese Person für Sie da?	
Persönliche Gespräche/Aufmunterung	
☐ Nie	☐ Weniger als jeden Monat ☐ Mindestens 1 Mal im Monat ☐ Mindestens 1 Mal pro Woche ☐ Täglich
Hilfe bei Körperpflege	
☐ Nie	☐ Weniger als jeden Monat ☐ Mindestens 1 Mal im Monat ☐ Mindestens 1 Mal pro Woche ☐ Täglich
Haushalt (z. B. Putzen, Kochen)	
☐ Nie	☐ Weniger als jeden Monat ☐ Mindestens 1 Mal im Monat ☐ Mindestens 1 Mal pro Woche ☐ Täglich
Einkäufe/Besorgungen	
☐ Nie	☐ Weniger als jeden Monat ☐ Mindestens 1 Mal im Monat ☐ Mindestens 1 Mal pro Woche ☐ Täglich
Organisation (z. B. Amtsgeschäfte)	
☐ Nie	☐ Weniger als jeden Monat ☐ Mindestens 1 Mal im Monat ☐ Mindestens 1 Mal pro Woche ☐ Täglich

Wie regelmäßig nutzen Sie die folgenden Formen des Kontakts mit dieser Person?	
Persönliche Treffen/Besuche	
☐ Nie	☐ Weniger als jeden Monat ☐ Mindestens 1 Mal im Monat ☐ Mindestens 1 Mal pro Woche ☐ Täglich
Telefonischer Kontakt/ Videotelefonat	
☐ Nie	☐ Weniger als jeden Monat ☐ Mindestens 1 Mal im Monat ☐ Mindestens 1 Mal pro Woche ☐ Täglich
Schriftlicher Kontakt (z. B. Brief)	
☐ Nie	☐ Weniger als jeden Monat ☐ Mindestens 1 Mal im Monat ☐ Mindestens 1 Mal pro Woche ☐ Täglich
Textnachrichten/E-Mails	
☐ Nie	☐ Weniger als jeden Monat ☐ Mindestens 1 Mal im Monat ☐ Mindestens 1 Mal pro Woche ☐ Täglich

Angabe von bis zu fünf Personen möglich.

Ende von der Abfrage der Personen!

Wie sehr nehmen Sie folgende Angebote des gesellschaftlichen Lebens in Anspruch und würden Sie gerne mehr daran teilnehmen oder generell daran teilnehmen wollen?

Bitte außerdem angeben, wenn Proband*in an den jeweiligen Angeboten gerne öfter teilnehmen würde. In der Spalte ganz rechts angeben, ob Interessens an digitaler Nutzung der Angebote besteht (z. B. über Internet, Videoübertragungen)

				Ich würde gerne mehr teilnehmen	Ich würde gerne digital von zuhause teilnehmen
Freizeit- und Kulturangebote (z.B. Theater, Konzerte)	☐ Nie	☐ Gelegentlich	☐ Oft	☐	☐
Vereine (z.B. Sport, Musik)	☐ Nie	☐ Gelegentlich	☐ Oft	☐	☐
Politik (z.B. Bürgerinitiativen, Parteien)	☐ Nie	☐ Gelegentlich	☐ Oft	☐	☐
Bildungsangebote	☐ Nie	☐ Gelegentlich	☐ Oft	☐	☐
Kirche	☐ Nie	☐ Gelegentlich	☐ Oft	☐	☐
Beratungsstellen	☐ Nie	☐ Gelegentlich	☐ Oft	☐	☐
Selbsthilfegruppen	☐ Nie	☐ Gelegentlich	☐ Oft	☐	☐
Sonstiges:	☐ Nie	☐ Gelegentlich	☐ Oft	☐	☐

In den folgenden Aussagen geht es um Ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen, wie Familie und Bekannten. Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen daraufhin, wie stark sie bei Ihnen zutreffen.

Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit.	☐ Trifft nicht zu	☐ Trifft eher nicht zu	☐ Trifft teils zu	☐ Trifft zu	☐ Trifft genau zu
Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann.	☐ Trifft nicht zu	☐ Trifft eher nicht zu	☐ Trifft teils zu	☐ Trifft zu	☐ Trifft genau zu
Bei Bedarf kann ich mir ohne Probleme bei Freund*innen oder Nachbar*innen etwas ausleihen.	☐ Trifft nicht zu	☐ Trifft eher nicht zu	☐ Trifft teils zu	☐ Trifft zu	☐ Trifft genau zu
Ich kenne mehrere Menschen, mit denen ich gerne etwas unternehme.	☐ Trifft nicht zu	☐ Trifft eher nicht zu	☐ Trifft teils zu	☐ Trifft zu	☐ Trifft genau zu
Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freund*innen oder Angehörige bitten, wichtige Dinge für mich zu	☐ Trifft nicht zu	☐ Trifft eher nicht zu	☐ Trifft teils zu	☐ Trifft zu	☐ Trifft genau zu
Wenn ich mal sehr bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich damit ohne weiteres gehen kann.	☐ Trifft nicht zu	☐ Trifft eher nicht zu	☐ Trifft teils zu	☐ Trifft zu	☐ Trifft genau zu

Technische Assistenzsysteme

Im Folgenden möchten wir Sie zu Ihrer Einstellung und Ihren bisherigen Erfahrungen mit Anwendungen der „intelligenten“ Hausautomation (Smart Home bzw. altersgerechten Assistenzsystemen für ein umgebungsunterstütztes, gesundes und unabhängiges Leben (Ambient Assisted Living) befragen.

Unter Smart Home verstehen wir technische Gegenstände und Systeme in Wohnräumen, die eine Erhöhung der Wohn- und Lebensqualität, der Sicherheit in der häuslichen Umgebung und eine effiziente Energienutzung zum Ziel haben. Dies geschieht bspw. mithilfe vernetzter und fernsteuerbarer Geräte und Installationen sowie automatisierbarer Abläufe. Unter diesen Begriff fällt sowohl die Vernetzung von Haustechnik und Haushaltsgeräten (zum Beispiel Lichtquellen, Jalousien, Heizung, aber auch Herd, Kühlschrank und Waschmaschine), als auch die Vernetzung von Teilen der Unterhaltungselektronik (etwa die zentrale Speicherung und heimweite Nutzung von Video- und Audio-Inhalten). Weiterhin zählen wir auch Haushaltsrobotik wie Saug- und Mähroboter zu Smart Home.

Nutzen Sie bereits technische Assistenzsysteme für die Pflege/ Unterstützung Ihrer Angehörigen (z.B. Smart Home Systeme zur Lichtsteuerung, Heizungssteuerung, Jalousiensteuerung oder Smart TV)?

Ja	Nein
☐	☐

Falls nein, bitte nennen Sie uns die Gründe, warum Sie diese Systeme nicht nutzen. Kreuzen Sie bitte pro aufgeführtem Grund jeweils die am meisten für Sie zutreffende Aussage der Skala von „überhaupt nicht zutreffend“ bis „sehr zutreffend“ an.

Hinweis: Falls ja, springen Sie bitte direkt auf die übernächste Seite.

Ich nutze die technischen Assistenzsysteme nicht, weil...					
	Überhaupt nicht zutreffend	Wenig zutreffend	Trifft weder zu noch nicht zu	Trifft eher zu	Sehr zutreffend
... ich Bedenken bezüglich des Datenschutzes habe.	☐	☐	☐	☐	☐
... ich Bedenken bezüglich der Datensicherheit habe.	☐	☐	☐	☐	☐
... die Anschaffungskosten zu hoch sind.	☐	☐	☐	☐	☐
... die Nutzungskosten zu hoch sind.	☐	☐	☐	☐	☐
... keine nutzerzentrierte Auswahl der Technologie möglich ist (Nutzeransprüche stehen nicht im Mittelpunkt).	☐	☐	☐	☐	☐
... ich wenig Unterstützung durch Bekannte (z.B. Freunde oder Familie) erhalte.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich nutze die technischen Assistenzsysteme nicht, weil...	Überhaupt nicht zutreffend	Wenig zutreffend	Trifft weder zu noch nicht zu	Trifft eher zu	Sehr zutreffend
... die Umgebungsbedingungen (z.B. die Wohnungseinrichtung) den Einsatz der technischen Assistenzsysteme erschweren.	☐	☐	☐	☐	☐
... die Technologie von einer anderen Person ausgewählt worden ist.	☐	☐	☐	☐	☐
... unrealistische Erwartungen an die positiven Effekte des Hilfsmiteileinsatzes gestellt werden.	☐	☐	☐	☐	☐

... bei mir Schamgefühle beim Einsatz des Hilfsmittels aufkommen.	☐	☐	☐	☐	☐
... ich Veränderungen im Lebensstil durch den Einsatz des Hilfsmittels befürchte.	☐	☐	☐	☐	☐
... ich mangelnde Fähigkeiten im Umgang mit dem Hilfsmittel besitze.	☐	☐	☐	☐	☐
... ich Veränderungen meiner Fähigkeiten und Ziele (z.B. durch progrediente, also fortschreitende Erkrankungen) befürchte.	☐	☐	☐	☐	☐
... die Nutzung des Hilfsmittels unbequem und anstrengend wäre.	☐	☐	☐	☐	☐
... eine Inkompatibilität mit anderen Hilfsmitteln bestehen würde.	☐	☐	☐	☐	☐
... die Nutzung zu schwierig und komplex ist.	☐	☐	☐	☐	☐
... die Nutzung ineffizient ist.	☐	☐	☐	☐	☐
... keine erschwinglichen oder zeitgerecht angebotenen Servicedienstleistungen vorhanden sind.	☐	☐	☐	☐	☐
Erläutern Sie bitte nachfolgend, warum Sie keine technischen Assistenzsysteme nutzen, wenn Ihnen weitere Gründe einfallen, bzw. Sie die Gründe erläutern möchten.					
<u>Ihre Gründe:</u>					
Falls ja , bitte nennen Sie uns die Gründe, warum Sie diese Systeme nutzen. Kreuzen Sie bitte pro aufgeführtem Grund jeweils die am meisten für Sie zutreffende Aussage der Skala von „überhaupt nicht zutreffend“ bis „sehr zutreffend an“.					
Ich nutze die technischen Assistenzsysteme, weil...					
	Überhaupt nicht zutreffend	Wenig zutreffend	Trifft weder zu noch nicht zu	Trifft eher zu	Sehr zutreffend
... ich dadurch einen höheren Komfort in meinem Zuhause erziele.	☐	☐	☐	☐	☐
... ich mich dadurch in meinem Zuhause sicherer fühle.	☐	☐	☐	☐	☐
... ich dadurch unabhängiger leben kann.	☐	☐	☐	☐	☐

... eine nutzerzentrierte Auswahl der Technologie gewährleistet ist (Nutzeransprüche stehen im Mittelpunkt).	☐	☐	☐	☐	☐
... ich Unterstützung in der Bedienung durch Bekannte (z.B. Familie und Freunde) erhalte.	☐	☐	☐	☐	☐
... die Umgebungsbedingungen den Einsatz des Hilfsmittels vereinfachen.	☐	☐	☐	☐	☐
... die Technologie bewusst von mir selbst ausgewählt worden ist.	☐	☐	☐	☐	☐
... ich die Erwartungen an die positiven Effekte des Hilfsmitelesatzes genau einschätzen kann.	☐	☐	☐	☐	☐
... bei mir positive Gefühle beim Einsatz des Hilfsmittels aufkommen.	☐	☐	☐	☐	☐
... ich Verbesserungen im Lebensstil durch den Einsatz des Hilfsmittels erwarte bzw. wahrnehme.	☐	☐	☐	☐	☐
... ich ausreichende Fähigkeiten im Umgang mit dem Hilfsmittel besitze.	☐	☐	☐	☐	☐
... ich keine Veränderungen meiner Fähigkeiten und Ziele (z.B. durch progrediente, also fortschreitende Erkrankungen) befürchte.	☐	☐	☐	☐	☐

Ich nutze die technischen Assistenzsysteme, weil...	Überhaupt nicht zutreffend	Wenig zutreffend	Trifft weder zu noch nicht zu	Trifft eher zu	Sehr zutreffend
... die Nutzbarkeit des Hilfsmittels bequem und einfach ist.	☐	☐	☐	☐	☐
... eine Kompatibilität mit anderen Hilfsmitteln besteht.	☐	☐	☐	☐	☐
... die Nutzung einfach ist.	☐	☐	☐	☐	☐
... die Nutzung effizient ist.	☐	☐	☐	☐	☐
...erschwingliche Servicedienstleistungen vorhanden sind.	☐	☐	☐	☐	☐

Erläutern Sie bitte nachfolgend, warum Sie technische Assistenzsysteme nutzen, wenn Ihnen weitere Gründe einfallen, bzw. Sie die Gründe erläutern möchten.

Ihre Gründe:

Im Folgenden werden wir Ihnen einige Smart Home- bzw. altersgerechte Assistenzsysteme auflisten. Bitte kreuzen Sie die Aussage an, die bezüglich Ihres Kenntnis- und Nutzungsstandes für das jeweilige System zutrifft.

	Kenne ich nicht	Kenne ich, nutze ich aber nicht	Kenne und nutze ich
Lichtsteuerung	☐	☐	☐
Heizungssteuerung	☐	☐	☐
Verdunklung (Jalousien-/ Rollladensteuerung)	☐	☐	☐
Unterhaltungssteuerung (Smart TV, Multiroom-System)	☐	☐	☐
Sicherheitssysteme (Einbruch- und Brandschutz, Wassermelder, Luftqualität)	☐	☐	☐
Apps zur Automation (zur Lichtsteuerung, Heizungssteuerung etc. sowie zur Vernetzung einzelner Komponenten)	☐	☐	☐
Smarte Funkschalter	☐	☐	☐
Sprachassistenten (z.B. Alexa, Google Home, Siri)	☐	☐	☐
Digitale Messgeräte für Körperfunktionen bzw. -zustände (z.B. kontinuierliche Blutzuckermessung mittels Sensoren und SmartWatch/Diabetes App)	☐	☐	☐
Türsteuerung (Öffnen und Schließen per Funk)	☐	☐	☐
Automatische Geräteabschaltung	☐	☐	☐
Terminerinnerung	☐	☐	☐
Informationsdisplay (z.B. über Raumtemperatureinstellung, Lampeneinstellung, Heizungssteuerung etc.)	☐	☐	☐
Bettsensoren (z.B. Drucksensoren)	☐	☐	☐
Notfallknopf	☐	☐	☐
Pflegeroboter	☐	☐	☐
Mähroboter	☐	☐	☐

	Kenne ich nicht	Kenne ich, nutze ich aber nicht	Kenne und nutze ich
Saugroboter	☐	☐	☐
Bewässerungscomputer	☐	☐	☐
Telemedizin-Kommunikationstechnologien	☐	☐	☐
Systeme zur Ernährungsüberwachung bzw. Trinküberwachung	☐	☐	☐
Schlafsensormatten	☐	☐	☐
Leitsysteme zur Orientierung in der Wohnung (z.B. optische, akustische, vibrierende Leitsysteme oder taktile Bodenleitsysteme)	☐	☐	☐
Intelligente Hausnotrufsysteme	☐	☐	☐
Produkte und Systeme für das Heben und Greifen von Objekten	☐	☐	☐
Mobilitätshilfen (z.B. Treppenlift)	☐	☐	☐
Fallen Ihnen weitere Systeme für Smart Home bzw. altersgerechte Assistenzsysteme ein? Wenn ja, nennen Sie sie bitte und geben Sie an ob Sie diese auch benutzen.			
Weitere Systeme:			

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an dieser Befragung!

Fragebogen ZG 4+

Datenannahmestelle
Projekt Regionales Pflegekompetenzzentrum (ReKo)
c/o Universität Osnabrück

Postfach 44 69
49069 Osnabrück

Fragebogen zur Studie

ReKo - Regionales Pflegekompetenzzentrum

(für die professionellen Helfer*innen im Pflegearrangement,
Interventions- und Kontrollregion)

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

diese Befragung erfolgt im Rahmen der Studie zum Modellprojekt „Regionales Pflegekompetenzzentrum“ (ReKo), welches im Rahmen der Innovationsfond-Projekte vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gefördert wird.

Ziel der Studie ist es, auf Basis Ihrer Erfahrungen neue Konzepte für die Organisation der Pflege zu erarbeiten, um langfristig eine Verbesserung der Lebens- und Versorgungssituation älterer Menschen und deren Angehörigen sowie eine verbesserte Zusammenarbeit aller Akteure des Pflege- und Gesundheitswesens zu erzielen.

Bitte lesen Sie sich die Fragen vor der Beantwortung aufmerksam durch.

Die Befragungsergebnisse unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen (DS-GVO). Sie werden ohne Personenbezug, das heißt ausschließlich in verschlüsselter Form (Pseudonymisierung und Anonymisierung), elektronisch gespeichert und nur zu Forschungszwecken im Rahmen des Modellprojektes verwertet. Es ist dabei keinerlei Rückschluss auf Ihre Person möglich.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Sie können Ihre Einwilligung zur Speicherung der Daten bis zum Ende der Datenerhebung widerrufen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen. Nach Abschluss der Erhebung und der dann folgenden Anonymisierung der Daten ist der Einspruch nicht mehr möglich, weil die Daten Ihnen nicht mehr zugeordnet werden können.

☐ Ich erkläre, dass ich freiwillig unter Kenntnis der oben genannten Punkte teilnehme.

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Teilnahme!

Angaben zu Ihrer Person

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Alter: _____ Jahre

Welche Ausbildung haben Sie absolviert?:

☐ Exami nierte Ge sund heits- und Kran ken pfle ge	☐ Exami nierte Al ten pfle ge
☐ Exami nierte Ge sund heits- und Kin der Kran ken pfle ge	☐ Pfle ge fach mann/-frau
☐ Pfle ge as sis tenz/-hil fe	☐ So zial as sis tenz
☐ Kauf mann/-frau im Ge sund heits we sen	☐ MTA
☐ PTA	☐ MFA
☐ Stu di um	☐ Haus halt shil fe
☐ An dere	

Derzeitige Berufsgruppe:

☐ Exami nierte*r Ge sund heits- und Kran ken pfle ger*in	☐ Pfle ge fach mann/-frau
☐ Pfle ge as sis tenz/-hil fe	☐ Haus- und Fa mi lien pfle ger*in
☐ Kauf mann/-frau im Ge sund heits we sen	☐ So zial as sis tent*in
☐ Haus arzt/-ärz tin	☐ MTA
☐ PTA	☐ MFA
☐ Apo the ke rer*in	☐ Case Ma na ge ment
☐ son stige: _____	

Berufserfahrung in Jahren: _____ Jahre

Ihre derzeitige Position:

☐ Vorgesetzte*r ☐ Leitende*r Angestellte*r

☐ Angestellte*r ☐ Selbstständig

Derzeitiger Arbeitsplatz:

☐ Krankenhaus ☐ Pflegestützpunkt

☐ Ambulanter Pflegedienst ☐ Stationäre Pflegeeinrichtung

☐ Apotheke ☐ Arztpraxis

☐ Krankenkasse ☐ Sonstiges

Derzeitiger Arbeitsort:

☐ Landkreis Grafschaft Bentheim ☐ Landkreis Emsland

☐ Landkreis Vechta ☐ Landkreis Cloppenburg

☐ Landkreis Oldenburg ☐ Landkreis Ammerland

☐ Landkreis Delmenhorst ☐ Landkreis Diepholz

☐ Landkreis Gifhorn ☐ Landkreis Rotenburg (Wümme)

☐ Landkreis Aurich ☐ Landkreis Celle

☐ Landkreis Emden ☐ Landkreis Nienburg (Weser)

☐ Landkreis Northeim

Fragebogen zur Arbeitsbelastung in der Krankenpflege (Bartholomeyczik)

In diesem Fragebogen geht es um Ihre berufsbezogenen Belastungen. Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Gegebenheiten an, wie häufig sich diese bei Ihnen ereignen.

Wie oft kommt es vor, dass...	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	immer
Sie aus Zeitgründen nicht auf die Wünsche oder Probleme der Patientinnen und Patienten eingehen können.	☐	☐	☐	☐	☐
Sie nach der Arbeit völlig erschöpft sind.	☐	☐	☐	☐	☐
Sie das Gefühl haben, zu viel Verantwortung übernehmen zu müssen.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Arbeitsaufteilung und Arbeitsabläufe nicht so klar und eindeutig geregelt sind, wie Sie sich das wünschen.	☐	☐	☐	☐	☐
Sie das Gefühl haben, die Arbeit sei so viel, dass Sie nie damit fertig werden können.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Zusammenarbeit mit Ärztinnen/Ärzten und Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern nicht so klappt, wie Sie sich das wünschen.	☐	☐	☐	☐	☐
Sie sich durch die Patientinnen/Patienten und ihre Probleme seelisch stark beansprucht fühlen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ihnen wichtige Informationen nicht gegeben werden.	☐	☐	☐	☐	☐
Sie mehr Verantwortung haben möchten, als Ihnen zugestanden wird.	☐	☐	☐	☐	☐
Sie nicht ausreichend Gelegenheit haben, über bestimmte Patientinnen/Patienten oder anfallende Arbeiten mit Ärztinnen/Ärzten und anderen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern zu sprechen.	☐	☐	☐	☐	☐
Sie sich an eine Vorschrift halten müssen, die Ihrer Ansicht nach keinen Sinn hat.	☐	☐	☐	☐	☐
Sie das Gefühl haben, dass die anderen Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter Ihre Vorschläge und Wünsche nicht berücksichtigen.	☐	☐	☐	☐	☐

	stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teilweise	stimmt ziemlich	stimmt völlig
Die Zusammenarbeit mit (anderen) Akteuren/Institutionen der medizinisch-pflegerischen Versorgung in meiner Region funktioniert gut.	☐	☐	☐	☐	☐
In meiner Region ist (hinsichtlich Qualität) ein ausreichendes Angebot an Versorgungsleistungen (z. B. ambulanter Pflegedienst, Haushaltsdienste) vorhanden.	☐	☐	☐	☐	☐
In meiner Region ist (hinsichtlich Anzahl und Kapazität) ein ausreichendes Angebot an Versorgungsleistungen (z. B. ambulanter Pflegedienst, Haushaltsdienste) vorhanden.	☐	☐	☐	☐	☐
Welche Versorgungsleistungen fehlen konkret?	Freitext				
	Daseinsvorsorge der Kommunen (Regionale Pflegekonferenzen)	Marktwirtschaftliche Interessen der Anbieter	Reaktion auf bestehende Versorgungslücken	Sonstiges	Ich weiß es nicht
Wodurch wird die Entwicklung neuer Versorgungsangebote in Ihrer Region motiviert/initiiert? (Mehrfachantworten zulässig)	☐	☐	☐	☐	☐
	Hat keinerlei Mehrwert	Hat wenig Mehrwert	Bisher keine Relevanz in meiner Region	Liefert einen spürbaren Mehrwert	Liefert einen starken Mehrwert
Wie schätzen Sie das Case Management als neue Versorgungsform in Ihrer Region ein?	☐	☐	☐	☐	☐

Fragebogen zur Technikbereitschaft

Wir stellen Ihnen in diesem Teil generelle Fragen zu Ihrer Erfahrung und Einstellung bezüglich digitaler Anwendungen bzw. Systemen. Uns interessieren dabei insbesondere Ihre Erfahrungen bzw. Einstellungen im Hinblick auf Programme wie z.B. Apps oder Onlineportale, die Funktionen und Dienste zur gesundheitlichen Versorgung bereitstellen.

Bitte bewerten Sie die folgenden 12 Aussagen je nach Ihrer Zustimmung von "stimmt gar nicht" bis "stimmt völlig".

Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage nur das Kästchen mit der Antwortmöglichkeit an, die am ehesten Ihre Ansicht widerspiegelt.

	stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teilweise	stimmt ziemlich	stimmt völlig
Hinsichtlich technischer Neuentwicklungen bin ich sehr neugierig.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich finde schnell Gefallen an technischen Neuentwicklungen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin stets daran interessiert, die neuesten technischen Geräte zu verwenden.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich Gelegenheit dazu hätte, würde ich noch viel häufiger technische Produkte nutzen, als ich das gegenwärtig tue.	☐	☐	☐	☐	☐
Im Umgang mit moderner Technik habe ich oft Angst zu versagen.	☐	☐	☐	☐	☐
Für mich stellt der Umgang mit technischen Neuerungen zumeist eine Überforderung dar.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe Angst, technische Neuentwicklungen eher kaputt zu machen, als dass ich sie richtig benutze.	☐	☐	☐	☐	☐
Den Umgang mit neuer Technik finde ich schwierig - ich kann das meistens einfach nicht.	☐	☐	☐	☐	☐

	stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teilweise	stimmt ziemlich	stimmt völlig
Ob ich erfolgreich in der Anwendung moderner Technik bin, hängt im Wesentlichen von mir ab.	☐	☐	☐	☐	☐
Es liegt in meiner Hand, ob mir die Nutzung technischer Neuentwicklungen gelingt – mit Zufall oder Glück hat das wenig zu tun.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich im Umgang mit Technik Schwierigkeiten habe, hängt es schlussendlich allein von mir ab, dass ich sie löse.	☐	☐	☐	☐	☐
Das, was passiert, wenn ich mich mit technischen Neuentwicklungen beschäftige, obliegt letztlich meiner Kontrolle.	☐	☐	☐	☐	☐

Fragebogen zum Vertrauen in technologische Strukturen

Im Folgenden befragen wir Sie zu Ihrem Vertrauen in technologische Strukturen zur gesundheitlichen Versorgung. Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen je nach Ihrer Zustimmung von "Stimme überhaupt nicht zu" bis "Stimme voll zu". Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage nur das Kästchen mit der Antwortmöglichkeit an, die am ehesten Ihre Ansicht widerspiegelt.

Hinweis: Unter der digitalen Abwicklung bzw. Bearbeitung wird die Benutzung von digitalen Anwendungen wie mobilen Applikationen (Apps) oder die Zuhilfenahme von Online-Angeboten verstanden.

[illegible]

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Weder noch	Stimme eher zu	Stimme zu	Stimme voll zu
Ich fühle mich durch die rechtlichen und technologischen Strukturen ausreichend vor Problemen geschützt, die die digitale Abwicklung meiner Anliegen zur gesundheitlichen Versorgung betreffen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Strukturen, die für die digitale Abwicklung von Anliegen bezüglich meiner gesundheitlichen Versorgung bestehen, helfen mir, mich sicher zu fühlen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Im Allgemeinen gibt es ausreichend robuste Strukturen, um meine Anliegen bezüglich meiner gesundheitlichen Versorgung digital zu bearbeiten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich glaube, dass die meisten Technologien effektiv in dem sind, wofür sie entwickelt wurden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die allermeisten Technologien gefallen mir ausgezeichnet.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die meisten Technologien verfügen über die Funktionen, die für ihr Einsatzgebiet notwendig sind.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Weder noch	Stimme eher zu	Stimme zu	Stimme voll zu

Ich denke, die meisten Technologien ermöglichen die Realisierung meiner Aufgaben.							
Mein typischer Ansatz ist, neuen Technologien so lange zu vertrauen, bis sie mir beweisen, dass ich ihnen nicht vertrauen sollte.							
Normalerweise vertraue ich einer Technologie so lange, bis sie mir einen Grund gibt, ihr nicht zu vertrauen.							
Im Zweifelsfall gebe ich einer Technologie einen Vertrauensvorschuss, wenn ich sie das erste Mal nutze.							

Anlage 4: Instrumente IT-Infrastrukturanalyse

Erhebungszeitraum t0

Interviewleitfaden Arztpraxis

Einstieg	Dann erzählen Sie mir doch bitte zuerst einmal, wie Sie zu Ihrem Beruf gekommen sind und was Ihre täglichen Aufgaben in Ihrer Praxis sind.
Arztpraxis	Sie haben angegeben, dass Sie 6 Mitarbeiter*innen haben, und Ihre IT durch einen externen Dienstleister beziehen: Welcher Dienstleister ist das (wenn Sie das sagen dürfen)? Welche Aufgaben übernimmt dieser IT-Dienstleister für Sie? Sie haben angegeben, dass Ihr IT-Budget 12.500€ beträgt. Ist das für Sie ausreichend oder würden Sie sogar gerne weniger dafür ausgeben? Wie, denken Sie, wird sich das IT-Budget in den nächsten Jahren verändern in Bezug auf steigende Digitalisierung im Gesundheitswesen (vgl. elektronische Patientenakten, Telematikinfrastruktur, Videosprechstunden o.ä.)?
Informationssysteme und Schnittstellen	Wie wird in Ihrer Praxis die Personalplanung organisiert? Sie nutzen Medical Office, ist das richtig? Wie kam es zu der Entscheidung, Medical Office zu nutzen? Was gefällt Ihnen an Medical Office? Was könnte an Medical Office optimiert werden?
Kommunikation	Wenn wir jetzt mal zur Vernetzung von Akteuren im Gesundheitswesen kommen, also z.B. Krankenhäuser, Apotheken, Pflegedienstleister und andere Arztpraxen - gibt es Unterschiede in der Kommunikation zwischen diesen Akteursgruppen? Über welche Plattformen oder Medien kommunizieren Sie mit Krankenhäusern (/Apotheken/Pflegedienstleistern)? Welche Daten tauschen Sie mit welchen Akteuren aus? Was könnte optimiert werden, damit die Vernetzung noch besser wird? Was läuft bisher nicht so gut/wo klappt der Austausch nicht so, wie er sollte/könnte?
Gesetzliches	Laut neuen gesetzlichen Grundlagen, wie dem Krankenhauszukunftsgesetz oder dem Digitale-Versorgung-Gesetz soll die Digitalisierung im Gesundheitswesen vorangetrieben werden. Akteure sollen besser miteinander vernetzt werden und die Akteure an ein sicheres Datennetz, die Telematikinfrastruktur, angeschlossen werden. Planen Sie, in Zukunft Videosprechstunden oder Apps auf Rezept anzubieten? Was spricht dafür? Was spricht dagegen? / Was hält Sie davon ab? Wie sieht der Umsetzungsplan dazu aus? Inwieweit sind elektronische Patientenakten implementiert? Inwiefern werden diese von Patienten genutzt?
ReKo Case-Management	Im ReKo-Projekt gibt es eine Case-Management-Organisation, bei welcher Pflegebedürftigen oder von Pflegebedürftigkeit bedrohten Personen ein Case-Manager an die Hand gegeben wird, der sich um die Person kümmert, Arzttermine bucht, Mobilitätsdienstleistungen organisiert. Das Ganze wird über eine digitale Plattform gesteuert. Sehen Sie solche Plattformen als Weg der Zukunft?

	Wo sehen Sie Probleme/Hemmnisse? Wo sehen Sie Chancen?
Abschluss	Bevor wir das Interview beenden, würde ich Sie gerne fragen, ob Sie noch Fragen an mich oder Anmerkungen zum Interview haben?

Interviewleitfaden Apotheken

Einstieg	Dann erzählen Sie mir doch bitte zuerst einmal, wie Sie zu Ihrem Beruf gekommen sind und was Ihre täglichen Aufgaben in Ihren Apotheken sind.
	Sie haben angegeben, dass Sie Inhaber von 4 Apotheken sind. Befinden sich alle Apotheken in Oldenburg?
Apotheke	Sie beziehen ja Ihre IT durch einen externen Dienstleister: Welche Aufgaben übernimmt dieser IT-Dienstleister für Sie? Sie arbeiten in Ihrer Apotheke mit Prisma DS (Aposoft) - Wie kam es zu dieser Entscheidung? Was gefällt/was könnte verbessert werden? Sie haben angegeben, dass sie eigenentwickelte Standards bzw. Schnittstellentechnologien nutzen - welche sind das und was unterscheidet diese von vorhandenen Schnittstellentechnologien? Welche Investitionen wurden getätigt und welche stehen ggf. noch aus? Wie, denken Sie, wird sich das IT-Budget in den nächsten Jahren verändern in Bezug auf steigende Digitalisierung im Gesundheitswesen (vgl. elektronische Patientenakten, Telematikinfrastruktur o.ä.)?
Kommunikation	Wenn wir jetzt mal zur Vernetzung von Akteuren im Gesundheitswesen kommen, also z.B. Krankenhäuser, Pflegedienstleister, Arztpraxen und andere Apotheken - gibt es Unterschiede in der Kommunikation zwischen diesen Akteursgruppen? Was sind aus Ihrer Sicht die Gründe dafür, dass am häufigsten per Fax kommuniziert wird? Über welche Kanäle würden Sie am liebsten mit den Akteuren kommunizieren? Was sind da die Hemmnisse/Barrieren? Über welche Plattformen oder Medien kommunizieren Sie mit Krankenhäusern (Arztpraxen/Pflegedienstleistern)? Welche Daten tauschen Sie mit welchen Akteuren aus? Was könnte optimiert werden, damit die Vernetzung noch besser wird? Was läuft bisher nicht so gut/wo klappt der Austausch nicht so, wie er sollte/könnte?

ReKo Case-Management	Im ReKo-Projekt gibt es eine Case-Management-Organisation, bei welcher Pflegebedürftigen oder von Pflegebedürftigkeit bedrohten Personen ein Case-Manager an die Hand gegeben wird, der sich um die Person kümmert, Arzttermine bucht, Mobilitätsdienstleistungen organisiert. Das Ganze wird über eine digitale Plattform gesteuert, auf die auch alle relevanten Akteure im Gesundheitswesen zugreifen und Daten austauschen können (Krankenhäuser, Apotheken, Arztpraxen etc.). Sehen Sie solche Plattformen als Weg der Zukunft? Wo sehen Sie Probleme/Hemmnisse? Wo sehen Sie Chancen?
Gesetzliches	Laut neuen gesetzlichen Grundlagen, wie dem Krankenhauszukunftsgesetz oder dem Digitale-Versorgung-Gesetz soll die Digitalisierung im Gesundheitswesen vorangetrieben werden. Akteure sollen besser miteinander vernetzt werden und die Akteure an ein sicheres Datennetz, die Telematikinfrastruktur, angeschlossen werden. Wann planen Sie eine Anbindung an die Telematikinfrastruktur (laut Gesetz Vorgabe bis 30.09.2020)? Was sind Barrieren/Herausforderungen? Wie sieht der Umsetzungsplan dazu aus? Inwieweit sind z.B. Ihrer Erfahrung nach elektronische Patientenakten implementiert?
Abschluss	Bevor wir das Interview beenden, würde ich Sie gerne fragen, ob Sie noch Fragen an mich oder Anmerkungen zum Interview haben? Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für dieses nette Gespräch genommen haben.

Interviewleitfaden Pflegedienst

Einstieg	Dann erzählen Sie mir doch bitte zuerst einmal, wie Sie zu Ihrem Beruf gekommen sind und was Ihre täglichen Aufgaben in Ihrem Job sind.
Arbeitsumfeld	Arbeiten alle IT-Mitarbeiter am selben Standort? Sie arbeiten mit Kommunikationslösungen der Tunstall GmbH sowie Medifox ambulant - Wie kam es zu diesen Entscheidungen? Was gefällt/was könnte verbessert werden? Wie, denken Sie, wird sich das IT-Budget in den nächsten Jahren verändern?

Kommunikation	Wenn wir jetzt mal zur Vernetzung von Akteuren im Gesundheitswesen kommen, also z.B. Krankenhäuser, Arztpraxen und Apotheken - mit welchen dieser Akteure kommunizieren Sie? Gibt es Unterschiede in der Kommunikation zwischen diesen Akteursgruppen? Was sind da die Hemmnisse/Barrieren? "Datenaustausch mit fremden Teilnehmern ist momentan nur sehr umständlich möglich " --> können Sie das näher erläutern? Über welche Plattformen oder Medien kommunizieren Sie mit Krankenhäusern (Arztpraxen/Apotheken)? Welche Daten tauschen Sie mit welchen Akteuren aus? Was sind aus Ihrer Sicht die Gründe dafür, dass noch per Fax kommuniziert wird? Wie sieht eine beispielhafte Kommunikation per DTA aus? Über welche Kanäle würden Sie am liebsten mit den Akteuren kommunizieren? Was könnte optimiert werden, damit die Vernetzung noch besser wird? Was läuft bisher nicht so gut/wo klappt der Austausch nicht so, wie er sollte/könnte? Wer überwacht den Datenaustausch/die Kommunikation (Gouvernance)?
Gesetzliches	Laut neuen gesetzlichen Grundlagen, wie dem Krankenhauszukunftsgesetz oder dem Digitale-Versorgung-Gesetz soll die Digitalisierung im Gesundheitswesen vorangetrieben werden. Akteure sollen besser miteinander vernetzt werden und die Akteure an ein sicheres Datennetz, die Telematikinfrastruktur, angeschlossen werden. Planen Sie eine Anbindung an die Telematikinfrastruktur? Was sind Barrieren/Herausforderungen? Welche Mittel sollen dafür bereitgestellt werden? Wurden bereits Investitionen in diesem Bereich getätigt? Wenn ja, wofür? Wie sieht der Umsetzungsplan dazu aus?
Herausforderungen /Chancen	Was könnte in Ihrer Institution im IT-Bereich optimiert werden (Dokumentationsaufwand, Digitalisierung, E-Learning/IT-Schulungen für Mitarbeiter)? Inwiefern könnten Prozesse wie z.B. Dokumentationen oder elektronisch geführte Workflows, standardisierter Datenaustausch optimiert werden? Wo genau liegen aktuelle Barrieren - Breitbandanschlüsse in der Fläche, Mobilfunknetzausbau -> liegen Probleme eher auf politischer Ebene oder wo würden Sie Herausforderungen sehen?
Abschluss	Bevor wir das Interview beenden, würde ich Sie gerne fragen, ob Sie noch Fragen an mich oder Anmerkungen zum Interview haben? Falls noch nicht geschehen, könnten Sie mir in den nächsten Tagen die Einwilligungserklärung zuschicken? Haben Sie Organigramme o.ä., die Sie mir zukommen lassen könnten? Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für dieses nette Gespräch genommen haben.

Erhebungszeitraum t1

Themenkomplex 0: Gesprächseinleitung (Dauer: ca. 3 Minuten)

- Vielen Dank für Teilnahme
- Vorstellung des Interviewers, des Projekts und des Interview-Themas:
Mein Name ist... , ich bin Mitarbeiter*in der Universität Osnabrück. Gerne möchte ich Ihnen kurz noch einmal das Thema und den aktuellen Forschungsstand erläutern. Wir von der Universität begleiten das Projekt "Regionales Pflegekompetenzzentrum", welches momentan in den Landkreisen Emsland, Vechta, Cloppenburg, Oldenburg und der Grafschaft Bentheim evaluiert wird und wofür Sie sich netterweise bereit erklärt haben ein Interview zu geben. Das Ziel dieses Interviews ist es, anhand Ihrer Eindrücke und Erfahrungen einen Einblick über IT-Infrastruktur und Vernetzung zwischen Akteuren im Gesundheitswesen in Ihrer Region zu erhalten.
- „Delta-Hinweis“:
Wir führen Interviews durch, um die gewonnen Erkenntnisse im Zusammenspiel mit Berichten und Analysen zu einem Abbild der IT-Infrastruktur in einem gewissen Zeitraum zu verdichten. Während des Projekts haben wir bestimmte Interventionen durchgeführt und bereits zu Projektbeginn versucht, die IT-Infrastruktursituation in ihrem Status Quo zu erfassen. Nun interessiert uns die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen über den Projektverlauf. Es wäre daher klasse, wenn Sie bei der Beantwortung der folgenden Fragen Ihren Schwerpunkt darauflegen könnten, was sich circa seit Herbst 2021 (also in den letzten 1,5 Jahren) getan/ verändert hat. (Ich werde zum Abschluss der Themenkomplexe aber auch nochmal explizit nach dem Veränderungsstatus fragen)
- Ziele:
Abbildung der IT-Infrastruktur der Akteure im Gesundheitswesen (z.B. Apotheken, Arztpraxen, Krankenhäuser, Pflegeheime etc.), insbesondere deren Vernetzung und Kommunikation
Analyse des IT-Umsetzungsvorhaben in Bezug auf aktuelle Gesetze zur IT-Infrastruktur und Vernetzung von Akteuren im Gesundheitswesen
Identifikation von Problemen/ Hemmnisfaktoren, aber auch von Prozessen, die bereits gut laufen
- Ablauf/ Agenda:
„Kurze Vorstellung der Themenkomplexe“
Geplante Dauer des Interviews: ca. 30 Minuten
- Hinweis auf Interviewaufzeichnung
- Erzählgenerierende Einstiegsfrage (offen & neutral):
Erzählen Sie mir doch bitte zuerst einmal, wie Sie zu ... gekommen sind und was Ihre Position bei ... ist.

Themenkomplex 1: Einführung, aktuelle IT-Situation, digitale Vernetzung: Kommunikation und Datenaustausch (Dauer: ca. 10 Minuten)

- Mitarbeiteranzahl?
- Wie ist Ihre Institution in Bezug auf IT ausgestattet?
- IT-Bezug durch externen Dienstleister? Welcher Dienstleister?
- Welches IT-System nutzen Sie? Wie kam es zu dieser Entscheidung?

- Was gefällt Ihnen an diesem IT-System, an welchen Stellen besteht Optimierungspotential?
- Welches IT-Budget steht Ihnen zur Verfügung?
- Wie bewerten Sie allgemein das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Investitionen in IT?
- Wie wird sich aus Ihrer Sicht das IT-Budget in den nächsten Jahren verändern in Bezug auf steigende Digitalisierung im Gesundheitswesen (vgl. ePA, eR, Telematikinfrastruktur 2.0, Videosprechstunden o. Ä.)?
- Mit welchen Akteuren im Gesundheitswesen kommunizieren Sie?
- Welche Daten tauschen Sie mit diesen anderen Akteuren im Gesundheitswesen aus?
- Welche Apps, Software, Informationssysteme, Schnittstellen nutzen Sie zum Datenaustausch oder zur Kommunikation mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen?
- Messen Sie persönlich IT-Unterstützung in Ihrem Berufsalltag einen großen Stellenwert bei?
- Delta-Frage: Was hat sich bei Ihnen in den letzten 1.5-2 Jahren in puncto der vorangestellten Fragen wesentlich verändert bzw. gab es Änderungen (wenn ja, welche)?

Themenkomplex 2: eRezept (Dauer: ca. 5 Minuten)

- An welchen Stellen sehen Sie Vorteile des eRezepts (für welche Stakeholder/ Interessengruppen insbesondere)?
- An welchen Stellen sehen Sie Nachteile des eRezepts (für welche Stakeholder/ Interessengruppen insbesondere)?
- An welchen Stellen sehen Sie Herausforderungen/ Hemmnisfaktoren der weiteren Umsetzung des eRezepts (für welche Stakeholder/ Interessengruppen insbesondere)?
- Wie schätzen Sie das Kosten-Nutzen-Verhältnis aus Ihrer Perspektive ein? Wie differiert dies für verschiedene Stakeholder (insb. im Hinblick auf ältere, pflegebedürftige Personen)?

Themenkomplex 3: Gesetzliche Impulse u. Implementierungsstand (Dauer: ca. 5 Minuten)

Mit dem DVPMH (Digitale-Versorgung- und-Pflege-Modernisierungsgesetzes, Inkrafttreten: Juni 2021) wurden z.B. wichtige gesetzliche Neuregelungen für die Digitalisierung des Gesundheitswesens (Weiterentwicklung der TI, ePA, eR etc) geschaffen.

- Ärzte: Planen Sie, in Zukunft Videosprechstunden oder Apps auf Rezept anzubieten?
- Was spricht dafür?
- Was spricht dagegen?/ Was hält Sie davon ab?
- Wie sieht der Umsetzungsplan dazu aus?
- Inwieweit sind elektronische Patientenakten implementiert?
- Inwiefern werden diese von Patienten genutzt?
- Welche gesetzlichen Neuerungen sehen Sie als richtungsweisend für die Umsetzung der Digitalisierung Ihrer Berufspraxis an?
- Apotheker: Apothekenstärkungsgesetz/ Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken (Inkrafttreten: Dezember 2020)
- Haben Sie in Ihrem Berufsalltag Veränderungen durch das Apothekenstärkungsgesetz betreffend IT wahrgenommen? Wenn ja, welche?

- Delta-Frage: Was hat sich bei Ihnen in den letzten 1.5-2 Jahren in puncto der vorangestellten Fragen wesentlich verändert bzw. gab es Änderungen (wenn ja, welche)?

Verzögerungen hinsichtlich der Digitalisierung im Gesundheitswesen:

Trotz der angesprochenen gesetzlichen Neuerungen kam und kommt es bei der Einführung von digitalen Anwendungen immer wieder zu Verzögerungen. So etwa beim eRezept, dessen Umstellung bereits ab Januar 2022 erfolgen sollte. Laut Angabe des Gesundheitsministeriums stünde die nötige Technik noch nicht flächendeckend zur Verfügung.

- Wo sehen Sie aus Ihrer Perspektive die Gründe für diese Verzögerungen bei Digitalisierungsschritten im deutschen Gesundheitswesen?
- Wie könnte man dem aus Ihrer Sicht gegensteuern?

Themenkomplex 4: ReKo Case-Management (Dauer: ca. 5 Minuten)

Im ReKo-Projekt wird als potentieller Lösungs-/ Verbesserungsansatz eine Case-Management-Organisation implementiert, bei welcher Pflegebedürftigen oder von Pflegebedürftigkeit bedrohten Personen ein Case-Manager an die Hand gegeben wird, der sich um die Person kümmert, Arzttermine bucht, Mobilitätsdienstleistungen organisiert. Das Ganze erfolgt gesteuert über eine digitale Plattform.

- Sehen Sie solche Plattformen als Weg der Zukunft?
- Wo sehen Sie Probleme/ Hemmnisse?
- Wo sehen Sie Chancen?
- An welchen Stellen sehen Sie grundsätzlich bei pflegebedürftigen Personen und ihren Angehörigen Potentiale der Digitalisierung?

Themenkomplex 5: Weiteres zur IT-Infrastruktur u. Abschluss des Interviews (Dauer: ca. 2 Minuten)

- Bevor wir das Interview beenden, würde ich Sie gerne fragen, ob Sie noch etwas ergänzen wollen, was wir bisher noch nicht adressiert haben, Fragen an mich oder Anmerkungen zum Interview haben?

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für das Interview genommen haben.

Anlage 5: Instrumente Regionale Infrastrukturanalyse

Leitfaden Fokusgruppe ISA t0

Fokusgruppen ISA					
TOP	Thema	Hauptfrage		Unter-/Nachfragen	
1. Einstieg, Vorstellungsrunde					
12:00 Uhr - 12.15 Uhr	Vorstellung Lena & Isabel				
	kurze (!) Darstellung Projekt				
	Erläuterung & Einordnung Infrastrukturanalyse				
	Erläuterung Tonaufnahme & Pseudonymisierung				
2. Besprechung des Berichts (insbesondere Kapitel "Gesundheit & Soziales")					
12.15 Uhr - 12.35 Uhr		Gibt es Rückfragen?			
	Rückmeldung zum Bericht	Spiegelt der Bericht die reale Situation in den einzelnen Landkreisen angemessen wider?		Gibt es Vorschläge für Ergänzungen oder Änderungen?	
				Gibt es konkrete Strategien oder Absprachen zur Zusammenarbeit in der Region/den Regionen (wie in der Grafschaft Bentheim)?	
3. Zusammenarbeit im Versorgungsmix		Einstiegsfrage		Rückfragen	
12.35 Uhr - 13.50 Uhr	Beschreibung der Netzwerke	Welche Netzwerke der Zusammenarbeit gibt es in Ihren Landkreisen und landkreisübergreifend?			
	Beschreibung der regionalen Vernetzung in den einzelnen Landkreisen	Wie funktioniert die Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren/Versorgungspartnern in Ihrem Landkreis?			
	Angebotssteuerung	Wo liegen Potenziale und Herausforderungen der Zusammenarbeit?		Mit welchen Akteursgruppen im Speziellen (siehe Tabellenblatt 2)?	
		Wer bringt Impulse zur Neu- und Weiterentwicklung von Angeboten in die Netzwerke?		Case Management vorhanden? Funktion und Einbindung Case Management?	
	Digitale Vernetzung	Wie ist der aktuelle Stand der digitalen Vernetzung im Zuge der Zusammenarbeit?		Wo liegen Potenziale und Herausforderungen?	
		Welche Systeme werden genutzt und in welchen Bereichen besteht digitale Vernetzung?			
4. Abschluss					
	Nächste Schritte	Anfrage Interviews, wer möchte weiter wie eingebunden werden.			
13:50 Uhr - 14.00 Uhr					

Anlage 6: Erhebungsinstrumente IT-Schulungen

Standardisierte, offene Befragung der Teilnehmer*innen

Evaluationsgegenstand: Train-the-Trainer-Schulung des Patient*innenportals von Synectic

Adressaten: ZG Teilnehmer*innen

Zeitpunkte:

ZG Trainer*innen	ZG Teilnehmer*innen
T1: Zusendung vor dem Training (Schärfung der Zielsetzung) T2: Zusendung nach dem Training	T1: Zusendung nach dem Training T2: Zusendung 3 Monaten nach der Schulung (Follow-Up-Erhebung)

Ziel der Evaluation:

Qualitative Einschätzung der Teilnehmer*innen bzgl.:

- a. Zufriedenheitserfolg
- b. Lernerfolg
- c. Transfererfolg
- d. CM-Erfolg (nur T2)

der Schulungen für das Patient*innenportal

Fragen für die Teilnehmer*innen (CM)

Allgemein T1

1. Waren Sie an der Entwicklung des Patient*inneportals beteiligt?
2. Welche Erwartungen hatten Sie vor der Schulung an das Portal?
3. Inwiefern wurden Ihre Erwartungen
 - a. Bestätigt
 - b. Übertroffen
 - c. Enttäuscht

Allgemein T2

1. Wie vielen Studienteilnehmer*innen haben Sie die Nutzung des Patient*innenportals erklärt?
2. Wie häufig Nutzen Sie das Portal zur Zusammenarbeit mit Ihren Klient*innen?
3. Inwiefern wurden Ihre Erwartungen an die Nutzung des Portals
 - a. Bestätigt
 - b. Übertroffen
 - c. Enttäuscht

Zufriedenheit (T1/T2) [Reaktion, Trainingsinterne Kriterien]

Nr.	Frage	Skalierung	Quelle
4.	Das Training hat mir gut gefallen?	• Trifft völlig zu • Trifft eher zu • Trifft eher nicht zu • Trifft überhaupt nicht zu • Keine Angabe	Auszug aus, Maßnahmen-Erfolgs-Inventar (MEI), Kauffeld 2016: 122, Kauffeld et al. 2010: 61
5.	Das Training ist nützlich für meine Arbeit?	• Trifft völlig zu • Trifft eher zu • Trifft eher nicht zu • Trifft überhaupt nicht zu • Keine Angabe	Auszug aus, Maßnahmen-Erfolgs-Inventar (MEI), Kauffeld 2016: 122, Kauffeld et al. 2010: 61

6. Was hat Ihnen besonders gut an dem Training gefallen?
7. Welche Inhalte oder Übungen sind aus Ihrer Sicht nicht nützlich?
8. Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie für die Inhalte und Übungen, damit Ihnen das Training (noch) besser gefallen würde?

Lernen (T1/T2) [Lernen, Trainingsinterne Kriterien]

Nr.	Frage	Skalierung	Quelle
9.	Durch das Training habe ich viel gelernt?	• Trifft völlig zu • Trifft eher zu • Trifft eher nicht zu • Trifft überhaupt nicht zu • Keine Angabe	Lernen Auszug aus, Maßnahmen-Erfolgs-Inventar (MEI), Kauffeld 2016: 122, Kauffeld et al. 2010: 61:
10.	Meine Einstellung zum Patient*innenportal hat sich positiv verändert?	• Trifft völlig zu • Trifft eher zu • Trifft eher nicht zu • Trifft überhaupt nicht zu • Keine Angabe	Positive Einstellung Auszug aus, Maßnahmen-Erfolgs-Inventar (MEI), Kauffeld 2016: 122, Kauffeld et al. 2010: 61
11.	Beruflichen Schwierigkeiten mit dem Patient*innenportal sehe ich nach dem Training gelassener entgegen, weil ich mich besser auf meine Fähigkeiten verlassen kann.	• Trifft völlig zu • Trifft eher zu • Trifft eher nicht zu • Trifft überhaupt nicht zu • Keine Angabe	Selbstwirksamkeitsüberzeugung Auszug aus, Maßnahmen-Erfolgs-Inventar (MEI), Kauffeld 2016: 122, Kauffeld et al. 2010: 61

12. Bitte beschreiben Sie kurz was sich im Rahmen des Trainings positiv für Sie verändert hat?
13. Bitte beschreiben Sie kurz, ob sich neue Vorbehalte bzgl. der Nutzung des Patient*innenportal ergeben haben und ggf. welche das sind?

Verhalten (T1/ T2 mit Anpassung bzgl. „voraussichtlich“ Frage Nr.) [Lernen, Trainingsexterne Kriterien]

Nr.	Frage	Skalierung	Quelle
14.	Die im Training erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten nutze ich voraussichtlich täglich in meiner Arbeit.	• Trifft völlig zu • Trifft eher zu • Trifft eher nicht zu • Trifft überhaupt nicht zu • Keine Angabe	Anwendung in der Praxis Erfolgs-Inventar (MEI), Kauffeld 2016: 122, Kauffeld et al. 2010: 61
15.	Durch das Training hat sich meine Umgang mit der Software (Technologiekompetenz) verbessert.	• Trifft völlig zu • Trifft eher zu • Trifft eher nicht zu • Trifft überhaupt nicht zu • Keine Angabe	Kompetenz Erfolgs-Inventar (MEI), Kauffeld 2016: 122, Kauffeld et al. 2010: 61

16. Bitte beschreiben Sie kurz welchen Beitrag die erworbenen Kenntnisse zur Nutzung des Patient*innenportal für Ihre Arbeit leisten?
17. Inwiefern hat die Schulung dazu beigetragen, dass Sie das Patient*innenportal erfolgreich in den Arbeitsalltag integrieren können?

Zusatz (ggf. noch erweitern): T2 Erfolgsmessung Portal und Schulungsbeitrag

Nr.	Frage	Skalierung	Quelle
18.	Durch die Nutzung des Patient*innenportals hat sich die Qualität meiner Arbeit als CM verbessert.	• Trifft völlig zu • Trifft eher zu • Trifft eher nicht zu • Trifft überhaupt nicht zu • Keine Angabe	Organisationale Ergebnisse, Eigene Modifikation Auszug aus, Maßnahmen-Erfolgs-Inventar (MEI), Kauffeld 2016: 122, Kauffeld 2010: 62
19.	Durch die Nutzung des Patient*innenportals hat sich die Effizienz meiner Arbeit als CM verbessert.	• Trifft völlig zu • Trifft eher zu • Trifft eher nicht zu • Trifft überhaupt nicht zu • Keine Angabe	Organisationale Ergebnisse, Eigene Modifikation Auszug aus, Maßnahmen-Erfolgs-Inventar (MEI), Kauffeld 2016: 122, Kauffeld 2010: 62
20.	Die Schulung hat einen maßgeblichen Anteil bzgl. meiner erfolgreichen Nutzung des Patient*innenportals.	• Trifft völlig zu • Trifft eher zu • Trifft eher nicht zu • Trifft überhaupt nicht zu • Keine Angabe	Organisationale Ergebnisse, Eigene Modifikation Auszug aus, Maßnahmen-Erfolgs-Inventar (MEI), Kauffeld 2016: 122, Kauffeld 2010: 62

Anlage 7: Leitfäden Qualitative Interviews

t0-Befragungen

ZG1/2

Erfahrungen vor ReKo

- Haben Sie bereits vor diesem Angebot Hilfe in Anspruch genommen?
 - Welche Art von Hilfe haben Sie in Anspruch genommen?
 - Informelle, Professionelle Leistungsanbieter (PSP, Sozialdienst, Pflegeeinrichtungen, KG/LG/EG, Arzt, Ehrenamtliche Dienste?
 - Welche (positiven/negativen) Erfahrungen haben Sie gemacht, seitdem Sie auf Unterstützung angewiesen sind?
- An welchem Punkt haben Sie gemerkt, dass Sie Unterstützung benötigen?
- Gab es Situationen in denen Sie sich nicht ausreichend unterstützt gefühlt haben?
 - Wenn ja, wie sahen diese aus?
 - Wenn nein, welche Angebote haben Ihnen geholfen?
- Wie haben Sie sich Informationen zu pflegerischen und gesundheitlichen Angeboten beschafft, bevor Sie durch die ReKo-Angebote unterstützt wurden?
 - Haben Ihnen diese Informationsangebote ausgereicht?

Versorgungsqualität und Zufriedenheit

- Wie bewerten Sie die bisherige Form der Unterstützung?
 - Was hat Ihnen gefallen?
 - Was hat Ihnen nicht gefallen?
 - An welchem Punkt haben Sie sich nicht ausreichend unterstützt gefühlt?

Erwartungen an ReKo

- An welchem Punkt haben Sie gemerkt, dass Sie Hilfe durch das Projekt benötigen?
- Wie haben Sie von dem ReKo-Angebot erfahren?
 - Wie bewerten Sie die Informationen? Sind diese ausreichend?
 - Welche Informationswege bevorzugen Sie insgesamt/erachten Sie als sinnvoll? Beispiele nennen: digitale Medien, Zeitung, Beratungsinstitutionen wie PSP
- Was versprechen Sie sich von der Unterstützung durch das ReKo-CM?
- In welchen Bereichen (Beispiele benennen, z. B. Gesundheit, Pflege, Kommunikation, Alltagsleben, ...) wünschen Sie sich Unterstützung über das ReKo-CM?
 - Was ist Ihnen dabei besonders wichtig?
 - Gibt es weitere Bereiche (neben den bereits genannten Bereichen), die Ihnen wichtig sind?
 - Welche Erwartungen haben Sie im Bereich? Was soll das ReKo-CM konkret erreichen?
- Wie häufig wünschen Sie sich Kontakt mit dem ReKo-CM?

Optional: Erfahrungen seit ReKo

- Welche Erfahrungen haben Sie bisher in ReKo sammeln können?
- Haben Sie eine feste Ansprechperson?
- Wie bewerten Sie die Versorgung bisher?
 - Fachlich?
 - Organisatorisch?
 - Zwischenmenschlich?

Abschlussfragen

- Wie schätzen Sie das Unterstützungsangebot in Ihrer Region (unabhängig von den ReKo-Angeboten) ein?
- Was braucht Ihre Region, damit Sie sich in Zukunft gut versorgt fühlen?
 - Was fehlt Ihnen in Ihrer persönlichen Situation noch? Gibt es bspw. für bestimmte Angebote zu lange Wartelisten oder zu wenig Angebote?

Bewertung des IT-Ökosystems

Allgemeines zur IT-Situation:

- Steht Ihnen ein Gerät zur Verfügung, mit dem Sie das Internet aufsuchen können?
 - Falls „ja“:
 - Welche Geräte sind das?
 - Fühlen Sie sich in der Lage, diese(s) Gerät(e) zu bedienen?
 - Welches Gerät nutzen Sie hauptsächlich?
 - Zu welchen Zwecken nutzen Sie die jeweiligen Geräte?
 - Haben Sie Unterstützung, wenn Sie einen Computer oder das Internet nutzen wollen?
- Haben Sie einmal eine Schulung für die Nutzung von Computer und Internet besucht?
- Nutzen Sie andere elektronische Geräte, wie z.B. ein Handy, Internetzugang, Smart Home, Notfallknopf (AAL) o.ä.?

ReKo-Homepage:

- Im ReKo-Projekt gibt es eine Homepage, die rekopfle.de heißt: Waren Sie schon mal auf dieser Homepage?
 - Wenn ja, wonach haben Sie dort gesucht (z.B. Informationen, Neugierde...)
 - Haben Sie nach „Hilfsangeboten“ gesucht?
 - a. Wenn ja, welche waren das? Haben Sie diese Hilfsangebote auch in Anspruch genommen?
 - i. Wenn nein, warum nicht?
 - Wenn nein, hat Ihnen Ihr Case-Manager erzählt, dass es diese Homepage gibt?
- Im ReKo-Projekt gibt es ja (bald) ein computergestütztes **Patientenportal**: Haben Sie davon schon mal gehört?
- Falls „nein“:
 - Was stellen Sie sich unter diesem Patientenportal vor?
- Haben Sie schon mal eine andere elektronische Gesundheitsplattform genutzt?
 - Wenn ja, welche? (z.B. Online-Plattform der Techniker Krankenkasse o.ä.)
- Beschreibung Patientenportal: Das Patientenportal im ReKo-Projekt ist ein Portal im Internet, wo man seine Gesundheitsdaten verwalten und mit dem Arzt oder dem Case-Manager teilen kann. Es gibt die Möglichkeit zur Medikamentennachbestellung, man kann den Medikationsplan einsehen, es gibt ein Gesundheitslexikon u.v.m.

NUTZER: Falls „ja“ bei 3. Oder „ja“ bei 3.1.:

- Wie empfinden Sie die Handhabung des Patientenportals (einfach, kompliziert, intuitiv...)?
- Was gefällt Ihnen am Patientenportal?
- Welche Funktionen des Patientenportals nutzen Sie am häufigsten?
 - Arztterminplaner
 - Rezeptverwaltung
 - Bestellung von Medikamenten
- Welche Funktionen nutzen Sie selten/nie?
- Was gefällt Ihnen gar nicht/weniger am Patientenportal?

- Wie planen Sie, das Patientenportal in Zukunft zu nutzen (häufiger, seltener...)?
- Wem würden Sie das Patientenportal weiterempfehlen und wem eher nicht?
- Würde es Ihnen leichtfallen, anderen Personen die Funktionen des Patientenportals zu erklären?
- Würden Sie Ihren Familienmitgliedern das Patientenportal empfehlen?
- Welche Relevanz hat das Patientenportal in Bezug auf Ihre gesundheitliche Versorgung?
- Wie würden Sie die Benutzung des Patientenportals im Hinblick auf Schwierigkeiten, Einarbeitung o.ä. beschreiben?
- Wie fühlen Sie sich bei der Nutzung des Patientenportals? (Überforderung, Kontrolle, Modernität, Technikaffinität)
- Wie regelmäßig/zu welchen Anlässen nutzen Sie das Portal?
- Wie empfinden Sie die Bedienbarkeit (intuitiv, schwierig...)?

NICHT-NUTZER: Falls „nein“ bei 3. Und „nein“ bei 3.a:

- Haben Sie schon einmal darüber nachgedacht, das/ein Patientenportal zu nutzen?
 - Was hat dafür gesprochen?
 - Was hat dagegen gesprochen?
- Welche Vorteile/welchen Mehrwert könnte dieses Patientenportal Ihnen bieten?
- Welche Nachteile könnte dieses Patientenportal haben?
- Welche Schwierigkeiten und Hürden erwarten Sie bei der Nutzung des Patientenportals?
- Als wie leicht bzw. schwierig zu bedienen stellen Sie sich ein Patientenportal vor?

Wenn Sie sich ein Patientenportal selbst zusammenstellen könnten - wie sähe dann für Sie das perfekte Patientenportal aus?

- Was müsste dieses Patientenportal können?
- Welche Funktionen hätte dieses Patientenportal?
- Welche Daten würden Sie preisgeben? (Alter, Geschlecht, Krankheitsgeschichte, Medikationen....)
- Welche Daten würden Sie nicht preisgeben?
- Welche Kriterien müsste dieses Patientenportal erfüllen, damit Sie es nutzen würden?
- Wie regelmäßig bzw. zu welchen Anlässen würden Sie dieses Patientenportal nutzen? (nach Arztbesuchen, einmal pro Woche zur Kontrolle/Übersicht, bei Krankheitsverdacht...)

Von welchem Endgerät würden Sie das Patientenportal bevorzugt nutzen?

- Was spricht für dieses Endgerät? Was ist der Vorteil davon, das Portal mit diesem Gerät zu nutzen? Was funktioniert damit besser?

Welche Unterstützung würden Sie benötigen, um Hilfsmittel dieser Art häufiger nutzen zu können?

- Individuelle Unterstützung
- Schulungen (ggf. auch in Gruppen oder Online)

ZG3

Einstiegsfrage: In welchem Verhältnis stehen Sie zu der Person um die Sie sich kümmern?
Erfahrungen vor ReKo

- Haben Sie bereits vor diesem Angebot Hilfe bei der Betreuung ihres Angehörigen in Anspruch genommen? (Genau nachhaken, vielleicht einzelne Akteure nennen)
 - Wenn ja, (wenn nein, direkt mit Block 3 fortfahren)
 - Welche Art von Hilfe haben Sie in Anspruch genommen?

- Informelle, Professionelle Leistungsanbieter (PSP, Sozialdienst, Pflegeeinrichtungen, KG/LG/EG, Arzt, Ehrenamtliche Dienste, Betreuungsbehörde, MDK)?
 - Welche (positiven/negativen) Erfahrungen haben Sie gemacht, seitdem Sie auf Unterstützung angewiesen sind?
- An welchem Punkt haben Sie gemerkt, dass Sie Unterstützung bei der Betreuung Ihres Angehörigen benötigen?
- Gab es Situationen in denen Sie sich nicht ausreichend unterstützt gefühlt haben?
 - Wenn ja, wie sahen diese aus?
 - Wenn nein, welche Angebote haben Ihnen geholfen?
- Wie haben Sie sich Informationen zu pflegerischen und gesundheitlichen Angeboten beschafft, bevor Sie durch die ReKo-Angebote unterstützt wurden?
 - Haben Ihnen diese Informationsangebote ausgereicht?
- Wie erleben Sie die Belastung durch ihre Rolle als pflegende Angehörige?
 - Was sind i. E. die größten Herausforderungen?
 - Sind Sie berufstätig?

Versorgungsqualität und Zufriedenheit

- Wie bewerten Sie die bisherige Form der Unterstützung?
 - Was hat Ihnen gefallen?
 - Was hat Ihnen nicht gefallen?
 - An welchem Punkt haben Sie sich nicht ausreichend unterstützt gefühlt?

Erwartungen an ReKo

- An welchem Punkt haben Sie gemerkt, dass Sie Hilfe durch das Projekt benötigen?
- Wie haben Sie von dem ReKo-Angebot erfahren?
 - Wie bewerten Sie die Informationen? Sind diese ausreichend?
 - Welche Informationswege bevorzugen Sie insgesamt/erachten Sie als sinnvoll? Beispiele nennen: digitale Medien, Zeitung, Beratungsinstitutionen wie PSP
- Was versprechen Sie sich von der Unterstützung durch das ReKo-CM?
- In welchen Bereichen (Beispiele benennen, z. B. Rechtliche/finanzielle Aspekte, Organisation und Steuerung der Pflege von Angehörigen, eigene psychische/physische Gesundheit, gesellschaftl. Teilhabe) wünschen Sie sich Unterstützung über das ReKo-CM?
 - Was ist Ihnen dabei besonders wichtig?
 - Gibt es weitere Bereiche (neben den bereits genannten Bereichen), die Ihnen wichtig sind?
 - Welche Erwartungen haben Sie im Bereich? Was soll das ReKo-CM konkret erreichen?
- Wie häufig wünschen Sie sich Kontakt mit dem ReKo-CM?

Optional: Erfahrungen seit ReKo

- Welche Erfahrungen haben Sie bisher in ReKo sammeln können?
- Haben Sie eine feste Ansprechperson?
- Wie bewerten Sie die Versorgung bisher?
 - Fachlich?
 - Organisatorisch?
 - Zwischenmenschlich?

Abschlussfragen

- Wie schätzen Sie das Unterstützungsangebot in Ihrer Region (unabhängig von den ReKo-Angeboten) ein?
- Was braucht Ihre Region, damit Sie sich in Zukunft gut unterstützt fühlen?
 - Was fehlt Ihnen in Ihrer persönlichen Situation noch? Gibt es bspw. für bestimmte Angebote zu lange Wartelisten oder zu wenig Angebote?

Bewertung des IT-Ökosystems

Allgemeines zur IT-Situation:

- Welche Geräte zur Internetnutzung stehen Ihnen zur Verfügung?
 - Zu welchen Zwecken nutzen Sie die jeweiligen Geräte?
 - Welches Gerät nutzen Sie hauptsächlich?
 - Nutzen Sie andere elektronische Geräte, wie z.B. Smart Home, Notfallknopf für Ihren zu pflegenden Angehörigen o.ä.?

ReKo-Homepage:

- Im ReKo-Projekt gibt es eine Homepage, die rekopfle.de heißt: Waren Sie schon mal auf dieser Homepage?
 - Wenn ja, wonach haben Sie dort gesucht (z.B. Informationen, Neugierde...)
 - Haben Sie nach „Hilfsangeboten“ für Ihren pflegebedürftigen Angehörigen gesucht?
 - a. Wenn ja, welche waren das? Haben Sie diese Hilfsangebote auch in Anspruch genommen?
 - i. Wenn nein, warum nicht?
 - Wenn nein, hat Ihnen Ihr Case-Manager erzählt, dass es diese Homepage gibt?

Patientenportal:

- Im ReKo-Projekt gibt es bald ein computergestütztes **Patientenportal**: Haben Sie davon schon mal gehört? (*Beschreibung Patientenportal: Das Patientenportal im ReKo-Projekt ist ein Portal im Internet, wo man seine bzw. die Gesundheitsdaten des pflegebedürftigen Angehörigen verwalten und mit dem Arzt oder dem Case-Manager teilen kann. Es gibt die Möglichkeit zur Medikamentennachbestellung, man kann den Medikationsplan einsehen, es gibt ein Gesundheitslexikon u.v.m.*)
- Haben Sie schon mal eine andere elektronische Gesundheitsplattform genutzt? Wenn ja, welche? (z.B. Online-Plattform der Techniker Krankenkasse o.ä.)

NUTZER (Wenn schon mal ein Patientenportal genutzt wurde):

- Haben Sie dieses Patientenportal für sich selbst oder für Ihren pflegebedürftigen Angehörigen genutzt?
- Wie empfinden Sie die Handhabung des Patientenportals (einfach, kompliziert, intuitiv...)?
- Was gefällt Ihnen am Patientenportal?
- Welche Funktionen des Patientenportals nutzen Sie am häufigsten?
 - Arztterminplaner
 - Rezeptverwaltung
 - Bestellung von Medikamenten
- Welche Funktionen nutzen Sie selten/nie?
- Was gefällt Ihnen gar nicht/weniger am Patientenportal?
- Wie planen Sie, das Patientenportal in Zukunft zu nutzen (häufiger, seltener...)?
- Wem würden Sie das Patientenportal weiterempfehlen und wem eher nicht?

- Würde es Ihnen leichtfallen, anderen Personen die Funktionen des Patientenportals zu erklären?
- Würden Sie Ihren Familienmitgliedern das Patientenportal empfehlen?
- Welche Relevanz hat das Patientenportal in Bezug auf Ihre gesundheitliche Versorgung?
- Wie würden Sie die Benutzung des Patientenportals im Hinblick auf Schwierigkeiten, Einarbeitung o.ä. beschreiben?
- Wie fühlen Sie sich bei der Nutzung des Patientenportals? (Überforderung, Kontrolle, Modernität, Technikaffinität)
- Wie regelmäßig/zu welchen Anlässen nutzen Sie das Portal?
- Wie empfinden Sie die Bedienbarkeit (intuitiv, schwierig...)?

NICHT-NUTZER (Wenn noch kein Patientenportal genutzt wurde):

- Was stellen Sie sich unter diesem Patientenportal vor?
- Welche Vorteile/welchen Mehrwert könnte dieses Patientenportal Ihnen in Bezug auf Ihren pflegebedürftigen Angehörigen bieten?
- Welche Nachteile könnte dieses Patientenportal haben?
- Welche Schwierigkeiten und Hürden erwarten Sie bei der Nutzung des Patientenportals?
- Als wie leicht bzw. schwierig zu bedienen stellen Sie sich ein Patientenportal vor?

Wenn Sie sich ein Patientenportal selbst zusammenstellen könnten - wie sähe dann für Sie das perfekte Patientenportal aus?

- Was müsste dieses Patientenportal können?
- Welche Funktionen hätte dieses Patientenportal?
- Welche Daten würden Sie preisgeben? (Alter, Geschlecht, Krankheitsgeschichte, Medikationen....)
- Welche Daten würden Sie nicht preisgeben?
- Welche Kriterien müsste dieses Patientenportal erfüllen, damit Sie es nutzen würden?
- Wie regelmäßig bzw. zu welchen Anlässen würden Sie dieses Patientenportal nutzen? (nach Arztbesuchen, einmal pro Woche zur Kontrolle/Übersicht, bei Krankheitsverdacht...)

Von welchem Endgerät würden Sie das Patientenportal bevorzugt nutzen?

- Was spricht für dieses Endgerät? Was ist der Vorteil davon, das Portal mit diesem Gerät zu nutzen? Was funktioniert damit besser?

Würden Sie Unterstützung benötigen, um Hilfsmittel dieser Art häufiger nutzen zu können?

- Wenn ja, in welcher Form? (Individuelle Unterstützung Schulungen (ggf. auch in Gruppen oder Online))

ZG3 Fokusgruppe Kontrollgruppe

- Vorstellungsrunde Teilnehmer*innen
 - In welchem Verhältnis stehen Sie zu der Person, um die Sie sich kümmern?
 - Seit wann kümmern Sie sich um ihre/n Angehörige/n?
 - In welchem Umkreis lebt Ihr/e Angehörige/r?
 - Sind Sie berufstätig?
- CM-Teil (unterstützt durch ein digitales Whiteboard):
- Welche Aufgaben übernehmen Sie bei der Unterstützung Ihrer Angehörigen?

- Mit welchen Akteuren haben Sie bereits Kontakt aufgenommen/regelmäßigen Kontakt?
 - Welche positiven und negativen Erfahrungen haben Sie mit diesen Akteuren bisher sammeln können?
 - Was sind die größten Herausforderungen bei der Unterstützung Ihrer Angehörigen?
 - In welchen Bereichen wünschen Sie sich Unterstützung? Was erwarten Sie sich von der Politik, wie eine Entlastung aussehen könnte?
 - *Wie schätzen Sie das Unterstützungsangebot in Ihrer Region ein? (wenn noch Zeit ist)*
 - Abschluss:
 - In der Abschlussrunde möchten wir Sie bitten, dass jeder/jede für sich kurz in einem Satz überlegt, was Ihnen den Alltag bei der Unterstützung der Angehörigen wirklich erleichtern würde.
-

ZG4

Zusammenarbeit im Versorgungsmix (Erfahrungen vor ReKo)

- Mit welchen Akteuren arbeiten Sie bei der Versorgung von Pflegebedürftigen zusammen?
 - Nennen Sie gerne Beispiele!
- Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit anderen formellen und informellen Akteuren in der Versorgungspraxis?
 - Welche positiven, welche negativen Erfahrungen haben Sie seither gemacht? (je nachdem was vorher aufgezählt wurde und...)
 - Mit Informell: pflegenden Angehörigen Hilfe- und Pflegebedürftigen, Betreuer
 - Mit Formell: stat./amb. Pflegeeinrichtung, Krankenhaus, Sanitätshaus, Arzt, Apotheke, MDK, PSP, Krankenkassen
 - Was waren die Herausforderungen? Wo gab es Hemmnisse? Wo gab es Grenzen?
- Wie gehen Sie derzeit mit besonders komplexen Fällen um?
 - Wo in Ihrer Region ist ein Casemanagement verortet?
 - Wer übernimmt die Steuerung der Versorgung?
 - Welche Qualifikation haben diese Personen?
 - Haben Sie in ihrer Profession bereits Fälle gehabt, wo Sie an Ihre Grenzen gestoßen sind?
 - Welche Bedarfe hatten diese Menschen?
 - Wie sind Sie vorgegangen?
- Welche Voraussetzungen müssen für eine gelungene Zusammenarbeit i. E. erfüllt sein? Z. B. ...
 - Qualifikatorische Voraussetzungen: Ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit ausreichend in Studium und Ausbildung integriert?
 - Organisatorisch: Wie sollte die Zusammenarbeit i. E. organisiert sein?
 - Fachlich: Welche fachlichen Voraussetzungen sollten gegeben sein, um ein CM durchführen zu können?
 - politisch-administrativ: Wer sollte die Steuerung übernehmen? Wo sollte die Steuerung verortet sein?
- Beteiligen Sie sich derzeit an Projekten, Netzwerken, die die Zusammenarbeit in der Versorgung fördern?
 - Welche sind das?
 - Ist dies zukünftig geplant?
- Nur für IG: Welche Erwartungen haben Sie an das Projekt ReKo?
 - Was könnte/sollte sich hinsichtlich der Zusammenarbeit verändern?

- Was erwarten/ erhoffen Sie sich von dem Projekt für die Regelversorgung?
- Wie wird das aktuell wahrgenommen? Welche Rolle nimmt das CM ein?
- Nur für KG: In dem ReKo-Projekt wird gerade erprobt, wie eine Zusammenarbeit der Versorgungspartner gesteuert durch ein Case-Management optimiert werden kann, können Sie sich eine Zusammenarbeit auf dieser Ebene vorstellen?
 - Was erwarten/ erhoffen Sie sich von dem Projekt für die Regelversorgung?

Bewertung des IT-Ökosystems

- Wie ist Ihre Institution in Bezug auf IT ausgestattet (Internetzugang, E-Mail-Verkehr, Serverraum...)?
 - Für welche Zwecke nutzen Sie IT? (Dokumentation, Kommunikation, Datenaustausch...)
- Welches Endgerät, also Computer, Tablet, Handy, nutzen Sie im Beruf hauptsächlich?
- Wie sieht der Prozess bei Neuerungen im Bereich IT bei Ihnen i.d.R. aus, wenn z.B. eine neue Software eingeführt wird? Haben Sie da ein Beispiel?
- Inwiefern könnte Ihnen IT (z.B. durch Software, Automatisierung) den Alltag erleichtern?
- Wie zufrieden sind Sie mit IT in Ihrer Institution im Allgemeinen?
- Im folgenden Teil geht es um elektronische Gesundheitsplattformen: Haben Sie schon mal eine elektronische Gesundheitsplattform genutzt?
- NUTZER: Falls „ja“:
 - Welche Gesundheitsplattform haben Sie genutzt?
 - Was gefällt Ihnen am Gesundheitsportal?
 - Welchen Nutzen/Mehrwert/Vorteil bietet Ihnen dieses Gesundheitsportal?
 - Welche Funktionen des Gesundheitsportals nutzen Sie am häufigsten?
 - Chat mit Ärzten/Apothekern/Patienten
 - Überweisungen/Rezeptübermittlungen
 - Bestellung von Medikamenten
 - Welche Funktionen nutzen Sie selten/nie?
 - Was gefällt Ihnen gar nicht/weniger am Gesundheitsportal?
 - Wie planen Sie, das Gesundheitsportal in Zukunft zu nutzen (häufiger, seltener...)?
 - Würde es Ihnen leichtfallen, anderen Personen die Funktionen des Gesundheitsportals zu erklären?
 - Welche Relevanz hat das Gesundheitsportal in Bezug auf Ihr Tagesgeschäft?
 - Wie empfinden Sie die Bedienbarkeit des Gesundheitsportals (einfach, kompliziert, intuitiv...)?
- NICHT-NUTZER: Falls „nein“:
 - Was stellen Sie sich unter einem Gesundheitsportal vor?
 - DEFINITION: Eine Gesundheitsplattform bietet die Möglichkeit, mit Patienten/Pflegebedürftigen/Ärzten und Apothekern Daten über den Patienten auszutauschen oder zu chatten, es können Medikamente nachbestellt werden, Termine gebucht werden etc.
 - Haben Sie schon einmal darüber nachgedacht, das/ein Gesundheitsportal für Ihr Tagesgeschäft zu nutzen?
 - Was hat dafür gesprochen?

- Was hat dagegen gesprochen?
 - Welche Kriterien müsste ein Gesundheitsportal erfüllen, dass Sie es im Beruf nutzen würden?
 - Welche Vorteile/welchen Mehrwert/welchen Nutzen könnte dieses Gesundheitsportal Ihnen bieten?
 - Welche Schwierigkeiten und Hürden erwarten Sie bei der Nutzung des Gesundheitsportals? (z.B. Internetzugang bei Patienten/in Pflegeheimen, Komplexität)
 - Als wie leicht bzw. schwierig zu bedienen stellen Sie sich ein Gesundheitsportal vor?
 - Wenn Sie sich ein Gesundheitsportal selbst zusammenstellen könnten:
 - Was müsste dieses Gesundheitsportal können? /Welche Funktionen hätte dieses Gesundheitsportal?
 - Wie regelmäßig bzw. zu welchen Anlässen würden Sie dieses Gesundheitsportal nutzen? (bei Patientenbesuch; einmal pro Woche zur Kontrolle/Übersicht)
 - Mit welchem Endgerät würden Sie das Gesundheitsportal bevorzugt nutzen?
 - Kosten:
 - Welches Budget steht Ihnen für IT dieser Art zur Verfügung?
 - Wie viel Budget würden Sie dafür veranschlagen, wenn Sie dieses Gesundheitsportal ins Tagesgeschäft integrieren würden?
-

ZG5/6/7

IST-Zustand

- Welche Netzwerke im Bereich der Gesundheits- und Pflegeversorgung liegen in der Region „X“ vor, an welchen sind Sie aktiv beteiligt?
- Welche weiteren Akteure sind beteiligt?
- Wer übernimmt die Steuerung der Netzwerke?
 - Gibt es eine Ansprechperson?
- Welche Themen werden behandelt?
- Welche Bedeutung haben diese Netzwerke? (Stichwort: Durchschlagskraft?)
- Wo gibt es Widerstände
 - beim Aufbau von Netzwerken?
 - bei der Arbeit mit Netzwerken?
- Wie bewerten Sie die aktuellen Netzwerke in der Region?
 - Welche Strukturen/Netzwerke sind besonders effizient? Welche haben sich bewährt?
 - Welche Strukturen/Netzwerke bewerten Sie als eher ineffizient? Wo besteht ein Optimierungsbedarf?
- Gibt es derzeit Strukturen ähnlich eines Case Managements?
 - Wenn ja, wie sehen diese Strukturen aus?
 - Sind diese Strukturen ausreichend?
- Welche Projekte liegen derzeit im Bereich der Pflege und Gesundheit vor?

SOLL-Zustand

- Gibt es eine Vorstellung/einen Strategieplan für die Region, wo der
- 1. Landkreis
- 2. der Verband/die Institution hinmöchte im Bereich Pflege und Gesundheit (Leistungsanbieter,-empfänger, Angehörige)?
 - Wie sieht der aus? Was sind die Zielstellungen?
 - *Folgende Strategien sind bspw. denkbar:*
 - 1. *Hilfemix aus Bürgerschaft und Experten*
 - 2. *Profession und Familie*
 - 3. *Servicebasiert (skandinavisches Modell)*

- Sind diese Ziele von allen Beteiligten (Referatsleitungen, weitere Netzwerkakteure) konsentiert?
 - Wenn nein, woran könnte es liegen, dass es diese Planung nicht gibt?
 - Welche Projekte/Prozesse sind in Planung?
- Wie bewerten Sie die Entwicklungen/Vorstellungen im Gesundheits- und Pflegebereich in Ihrer Region?
 - Wo bestehen Hemmnisse, wo Potenziale?
- Wie sollte i.E. eine gelungene Netzwerkarbeit aussehen?
 - Administrativ-politisch: Wer sollte die Steuerung von Netzwerken übernehmen? Wo sollte diese Steuerung verortet sein?
 - Fachlich: Welche Kompetenzen sollten zur Netzwerkarbeit vorhanden sein?
- Erwartungen an ReKo (nur für IG)
 - Passt die Idee eines CM wie ReKo überhaupt für die Region?
 - Wo bestehen Bedarfe?
 - Welche Erwartungen haben Sie an das Projekt ReKo?
 - In welchen Bereichen erwarten Sie Effekte (ZG 1-2, 3, 4)?
 - Welche Herausforderungen erwarten Sie (Finanzierung/rechtliche Zuständigkeit/Konkurrenz/Schnittstellenkommunikation)?
- Abschlussfrage:
 - Stellen Sie sich vor, Sie hätten die Möglichkeit in Ihrem Landkreis Prozesse und Strukturen in der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung zu verbessern, was müsste in Ihrem Landkreis optimiert werden?

IT-Themen:

- Wie organisieren sich diese Netzwerke (Gruppen/Vereine) in Bezug auf IT, u.a. auch im Bereich Kommunikation?:
 - Welche Informationen tauschen Sie untereinander aus?
 - Was läuft bisher digital, z.B. per E-Mail, Videokonferenzen, Online-Newsletter, Information über Homepage?
 - Was läuft bisher analog, z.B. über Brief, Telefon, Zeitschriften, Zeitungen?
 - Gibt es Apps wie WhatsApp oder „Gruppen“ in sozialen Netzwerken, über die die Kommunikation und Information läuft?
 - Wo sehen Sie Vorteile und Chancen im IT-Bereich in Bezug auf Ihre Netzwerke?
 - Wo liegen für Sie die Herausforderungen/Barrieren im digitalen Bereich?
 - Welchen Stellenwert nehmen IT-Themen in diesen Gruppen ein?
 - Sind Veränderungen im Zeitverlauf z.B. durch Corona identifizierbar?
 - Falls ja, welche?
 - Inwiefern gehen Sie davon aus, dass diese Veränderungen auch nach Corona noch Bestand haben werden?
- Gibt es Gruppen oder Vereine, in denen Sie sich über neue Technologien austauschen? Geben Sie gerne ein Beispiel.
 - Wie sollte eine gelungene Netzwerkarbeit technisch aussehen, auch in Bezug auf Software?
 - Und wie sollte das bei der interdisziplinären Zusammenarbeit aussehen?
- Inwiefern könnte IT helfen, Abstimmungen und Zusammenarbeit in diesen Gruppen nachhaltig zu verbessern (z.B. Ausbau der IT-Infrastruktur, Digitalisierung, Netzausbau, Videokonferenzen machbarer als persönliche Treffen, falls Akteure weit entfernt)?

- Angenommen, es gebe jetzt ein innovatives digitales Gesundheitsportal (**Interventionsregion: wie z.B. das Patientenportal in ReKo**) und Sie würden das in Ihren Netzwerken kommunizieren und andere darüber informieren wollen – wie gehen Sie da typischerweise vor? Haben Sie da ein Beispiel?
 - Inwiefern könnte dieses digitale Gesundheitsportal Ihnen und Ihrem Netzwerk helfen?
 - **Nur Interventionsregion:** Welchen Nutzen/Mehrwert erwarten Sie vom Gesundheitsportal in ReKo?
 - **Nur Interventionsregion:** Wie bzw. durch welche Akteursgruppen könnten die Kosten zur nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitsportals in ReKo getragen werden?
 - Finanzierung durch Patienten bzw. deren Angehörigen, durch Krankenkassen, durch Gesundheitsakteure wie Kliniken und Pflegeeinrichtungen oder durch Kommunen?
 - Welche Funktionen würden Sie sich wünschen/wären für Sie interessant?
 - Gibt es in den Netzwerken Verantwortlichkeiten in Bezug auf IT-Themen (IT-Beauftragter etc.)?
-

t1-Befragungen

ZG1/2

Case Management

- Wie haben Sie sich (im letzten Jahr) von der Case Managerin unterstützt gefühlt?
 - Waren Sie mit der Unterstützung zufrieden?
 - Was hat Ihnen gefehlt?
 - Was empfinden Sie als besonders gut am Case Management?
- Wie konnte Ihnen durch das Case Management geholfen werden?
- Wie hat sich Ihre Situation durch das Case Management verändert?
 - Fühlen Sie sich durch die Case Managerin gut über Ihre Möglichkeiten informiert?
 - Würden Sie sagen Sie haben jetzt einen besseren Überblick über die Angebote und Leistungen als vorher?
 - Wie konnte Ihnen jetzt geholfen werden, aber vorher nicht?
 - Was hat Ihnen konkret geholfen?
 - Konnte Ihnen geholfen werden?
- Haben sich durch das Case Management die Versorgungsanbieter (eingebundene Dienste und Personen) in ihrer Versorgung verändert?
- *Alternativ:* Werden Sie jetzt von anderen Dienstleistern versorgt als vor dem Case Management? Zum Beispiel ein neuer Pflegedienst, oder Unterstützung im Haushalt?
- Fühlen Sie sich (jetzt) insgesamt besser versorgt als vorher?
- Brauchen Sie jetzt, nach dem Jahr, noch Case Management?
 - Welche Versorgungsanbieter sind neu hinzugekommen?
 - Werden (jetzt) Angehörige, Nachbar*innen, Ehrenamtler*innen einbezogen? Mehr als vorher? Weniger? Gleich?
 - Ist das besser als vorher?
 - Warum?
 - Schätzen Sie die Sicherheit Ihrer Versorgung höher ein als vorher? Hat sich das verändert?

- Wie lange wollen Sie begleitet werden?
 - Wozu könnten Sie das Case Management noch gebrauchen?
- Wie würden Sie die Beziehung zur Case Managerin beschreiben?
- Wie würden Sie die Arbeit der Case Managerin beschreiben?
- Haben Sie die Case Managerin als kompetent empfunden?
- *Alternativ:* Hatten Sie das Gefühl, dass sich die Case Managerin gut auskennt und Ihnen helfen konnte?
 - Wie kamen Sie mit Ihr zurecht?
 - Haben Sie sich gerne an Sie gewendet?
 - Wie ist sie vorgegangen?
 - In welchen Bereichen konnte sie Ihnen helfen?
 - War das in allen Bereichen gleichermaßen?
 - Warum ja/nein?
 - Konnte Sie Ihre Fragen beantworten?
- Gibt es etwas, was aus Ihrer Sicht nicht funktioniert hat?
- Wurden Ihre Erwartungen in bestimmten Bereichen enttäuscht?
 - Konnten Sie irgendwo nicht angemessen unterstützt werden?
 - Was hätten Sie sich über das Geleistete hinaus gewünscht?
 - Haben manche Vorschläge der CM auch nicht funktioniert? Welche?
 - Wurden auch Spezialhilfen vermittelt? (SAPV bspw.)

Allgemeines zur IT-Situation:

- Steht Ihnen ein Gerät zur Verfügung, mit dem Sie das Internet aufsuchen können?
- Falls „ja“:
- Welche Geräte sind das?
- Zu welchen Zwecken nutzen Sie die jeweiligen Geräte?
- Nutzen Sie andere elektronische Geräte, wie z.B. ein Handy, Smart Home, Notfallknopf (AAL) o.ä.?
- **ReKo-Homepage:**
- Im ReKo-Projekt gibt es eine Homepage, die rekopfle.de heißt: Waren Sie auf dieser Homepage?
- Wenn ja, wonach haben Sie dort gesucht?
- Haben Sie nach „Hilfsangeboten“ gesucht? Wenn ja, welche waren das? Haben Sie diese Hilfsangebote auch in Anspruch genommen?
- Im ReKo-Projekt gibt es ja ein digitales **Patientenportal**:
- Haben Sie dieses genutzt? **Wann war der erste Zeitpunkt**, an dem Sie das Portal das erste mal genutzt haben?
- Wie **regelmäßig** haben Sie das Portal genutzt?
- Zu **welchen Anlässen**/in welchen Situationen haben Sie das Portal genutzt?
- **Wie lief die Kommunikation** und der Datenaustausch mit Ihrem/r Case-Manager/in über dieses Portal? Wofür haben Sie das Portal hauptsächlich genutzt?
- Inwiefern hat das digitale Portal Ihrer Einschätzung nach einen **Einfluss auf die Versorgungsqualität** des Case Managements gehabt?
- Welche Relevanz hat das Patientenportal in Bezug auf Ihre (gesundheitliche) Versorgung?
- **Was gefällt Ihnen** am Patientenportal?
- Welche Funktionen des Patientenportals nutzen Sie **am häufigsten**?
- Welche Funktionen nutzen Sie **selten/nie**?
- **Was gefällt Ihnen gar nicht/weniger** am Patientenportal?
- Haben Sie eine **Schulung** für die Nutzung des Patientenportals erhalten?
- Wenn ja, inwiefern hat Ihnen diese Schulung bei der Einarbeitung geholfen?
- Wie würden Sie die Benutzung des Patientenportals im **Hinblick auf die Einarbeitung** beschreiben?

- Welche **Schwierigkeiten und Herausforderungen** sind bei der Portalnutzung aufgetreten?
- Wem würden Sie das Patientenportal weiterempfehlen und wem eher nicht?
- Würde es Ihnen leichtfallen, anderen Personen die Funktionen des Patientenportals zu erklären?
- Wie empfinden Sie die Bedienbarkeit (intuitiv, schwierig...)?
- **Von welchem Endgerät würden Sie das Patientenportal bevorzugt nutzen?** Was spricht für dieses Endgerät? Was ist der Vorteil davon, das Portal mit diesem Gerät zu nutzen? Was funktioniert damit besser?
- **Würden Sie das Portal auch nach ReKo weiterhin nutzen, wenn es die Möglichkeit gäbe?**
- Gab es Situationen, in denen **Sie Sorgen wegen der (Daten-)Sicherheit hatten?** Wenn ja, was waren das für Situationen?
- **Welche Funktionen könnte so ein Portal zusätzlich haben, damit Sie es noch häufiger nutzen würden?** Gibt es darüber hinaus noch Funktionen, die Sie sich wünschen würden?
- Chat/Kommunikation mit Case Manager
- Dokumentupload
- Arztterminkalender
- Wie empfinden Sie das **Design des Portals?** Was gefällt und was könnte verbessert werden (Farbgebung, Schriftgröße, Bilder/Icons...)?

[Alternativ, wenn kaum Kenntnisse vorhanden sind:]

- **Was war der Grund, warum Sie das Patientenportal bisher nicht genutzt haben?**
- Welche digitale Unterstützung benötigen Sie für eine erleichterte Pflege?
- Welche Aspekte, die Sie in der Pflege **händisch und per Papier regeln, könnten digital abgebildet werden?**
- Wünschen Sie schnelleren Kontakt zu Ihrem Case Manager über einen Chat oder VC?
- Wünschen Sie schnelleren Kontakt zu Leistungserbringern über einen Chat oder VC (Telemedizin)?
- Können Sie sich vorstellen Arzttermine (vereinbaren), Rezepte und Anträge ausschließlich digital zu verwalten?
- Würde die Person, die Sie pflegt, Interesse an einem Tablet haben? Würde die Kommunikation zwischen Ihnen über ein Tablet Ihre Pflegesituation erleichtern?]

Pflegeapps

- Nutzen Sie bereits **Gesundheitsapps?** Wenn ja, welche?
- Halten Sie eine App oder Softwarelösung für Pflegebedürftige sinnvoll?
- Welche **Funktionalitäten** sollte eine solche App abdecken?
- Ggf. nacheinander Nennen verschiedener Funktionen. Die Interviewpartner sollen daraufhin Einschätzungen bzw. Erläuterungen abgeben, für wie sinnvoll sie die jeweiligen Aspekte halten.
 - **Für Pflegebedürftige**
 - Rechtliche Ansprüche auf Pflegeleistungen
 - Pflegegradermittlung
 - Pflegelexikon zum Nachschauen medizinischer bzw. pflegerischer Fachtermini
 - Lernvideos/ -elemente
 - Regionale Pflegekursuche
 - „tägliche Pflegebuchenträge“ zur pflegebedürftigen Person
 - Medikationsübersicht
 - Leistungserbringerübersicht für Pflegebedürftige
 - Terminplaner und Kalender (Arzttermine etc.)
 - Wechselmöglichkeit zwischen Personen bei mehr als einer zu pflegenden Person

- Spezialisierung auf bestimmte Krankheiten (Demenz, Parkinson etc. sinnvoll) oder umfassendes allgemeineres Gesundheitsmanagement?
- **Für die Pflegenden selbst**
 - Überblick zur Unterstützung für pflegende Angehörige
 - Informelle Pflegenetzwerke für pflegende Angehörige
 - Datenzugriff durch mehrere beteiligte Pflegende möglich
 - Kommunikation untereinander (Chat, Nachrichten)
 - Eigenes Gesundheitsmanagement
 - Achtsamkeitsübungen
 - Doku zum eigenen Gesundheitszustand
 - Familienaktivitäten
 - Fallen Ihnen weitere Funktionalitäten ein?
- Wie sollte das Design einer solchen App aufgebaut sein
 - Barrierefreiheit (Vergrößerung der Schrift, Vorlesefunktion, Speech-to-text, Anleitungen)
 - Interaktivität (z.B. bei Lernvideos)
 - Neben Text auch Abbildungen und Videos?
 - Anzahl Elemente je Unterseite
 - Farbwahl
 - Ist die Sprachwahl für Sie wichtig?
 - Positive Sprachwahl (Bsp. Verbesserungen, Ziele und gesundheitliche Entwicklung anstatt Krankheitsverlauf und Beschwerden) und Stimmungsaufheller (Interessante Fakten, Witze etc.)
 - Einfache Sprache statt Fachwörter?
 - Desktop-App neben Smartphone-App ebenfalls sinnvoll?

ZG3

Case Management

- Wie haben Sie sich (im letzten Jahr) von der Case Managerin unterstützt gefühlt?
 - Waren Sie mit der Unterstützung zufrieden?
 - Was hat Ihnen gefehlt?
 - Was empfinden Sie als besonders gut am Case Management?
- Wie konnte Ihnen durch das Case Management geholfen werden?
- Wie hat sich Ihre Situation durch das Case Management verändert?
- Waren Sie vor dem Case Management belastet durch die Pflege?
- *Alternativ:* Wie würden Sie Ihre Belastungen durch die Pflege vor dem Case Management einschätzen?
 - Wurde eher Ihnen oder Ihrer pflegebedürftigen Angehörigen geholfen?
 - Oder beiden?
 - Wie konnte Ihnen jetzt geholfen werden, aber vorher nicht?
 - Was hat Sie dazu gebracht, das Case Management in Anspruch zu nehmen?
 - Wie haben sich Ihre Aufgaben, die Sie in der Sorge und Pflege übernehmen, verändert?
 - Haben sich die Belastungen verändert?
- Hat sich durch das Case Management das Sorgenetzwerk verändert?
- *Alternativ:* Werden Sie und ihre Angehörige jetzt von anderen Dienstleistern unterstützt als vorher? Zum Beispiel von einem neuen Pflegedienst, einer Haushaltshilfe oder der Nachbarschaft?
- Fühlen Sie sich in Ihrer Situation jetzt sicher? Ist die Lage stabil?
- Wie hat sich durch das Case Management die Beziehung zur pflegebedürftigen Angehörigen entwickelt?
- Brauchen Sie jetzt, nach dem Jahr, noch Case Management?

- Welche Versorgungsanbieter sind neu hinzugekommen?
- Werden (jetzt) Angehörige, Nachbar*innen, Ehrenamtler*innen einbezogen? Mehr als vorher?
- Ist das besser als vorher?
- Schätzen Sie die Sicherheit Ihrer Versorgung höher ein als vorher? Hat sich das verändert?
- Konnte sich Ihre eigene Rolle in der Versorgung verändern?
- Wie hat die pflegebedürftige Angehörige die Unterstützung durch die Case Managerin angenommen?
- Wie lange wollen Sie begleitet werden?
- Wie würden Sie die Beziehung zur Case Managerin beschreiben?
- Wie würden Sie die Arbeit der Case Managerin beschreiben?
- Haben Sie die Case Managerin als kompetent empfunden?
- *Alternativ:* Hatten Sie das Gefühl, dass sich die Case Managerin gut auskennt und Ihnen helfen konnte?
 - Wie kamen Sie mit Ihr zurecht?
 - Haben Sie sich gerne an Sie gewendet?
 - Wie ist sie vorgegangen?
 - Konnte Sie Ihre Fragen beantworten?
- Gibt es etwas, was aus Ihrer Sicht nicht funktioniert hat?
- Wurden Ihre Erwartungen in bestimmten Bereichen enttäuscht?
 - Konnten Sie irgendwo nicht angemessen unterstützt werden?
 - Was hätten Sie sich über das Geleistete hinaus gewünscht?
 - Haben manche Vorschläge der CM auch nicht funktioniert? Welche?
 - Wurden auch Spezialhilfen vermittelt? (SAPV bspw.)

Allgemeines zur IT-Situation:

- Welche Geräte zur Internetnutzung stehen Ihnen zur Verfügung?
- Zu welchen Zwecken nutzen Sie die jeweiligen Geräte (Arztsuche, Diagnoseinfo, etc.)?
- Nutzen Sie andere elektronische Geräte, wie z.B. Smart Home, Notfallknopf für Ihren zu pflegenden Angehörigen o.ä.?

ReKo-Homepage:

- Im ReKo-Projekt gibt es eine Homepage, die rekopfle.de heißt: Waren Sie schon mal auf dieser Homepage?
 - Wenn ja, was hat sie dazu gebracht, diese Seite aufzurufen und wonach haben Sie dort gesucht?
 - Haben Sie nach „Hilfsangeboten“ für Ihren pflegebedürftigen Angehörigen gesucht? Wenn ja, welche waren das? Haben Sie diese Hilfsangebote auch in Anspruch genommen? Wenn nein, warum nicht?

Patientenportal:

- Haben Sie dieses genutzt? Wann war der erste Zeitpunkt, an dem Sie das Portal das erste mal genutzt haben?
- Wie regelmäßig haben Sie das Portal genutzt?
- **Zu welchen Anlässen/in welchen Situationen** haben Sie das Portal genutzt?
- Wie lief die Kommunikation/Abstimmung und der Datenaustausch mit Ihrem/r Case-Manager/in über dieses Portal? Wofür haben Sie das Portal hauptsächlich genutzt?
- Hat Ihr pflegebedürftiger Angehöriger das Portal ebenfalls genutzt? Wenn ja, wie liefen die Zusammenarbeit und Abstimmung? Wenn nein, warum nicht?
- Inwiefern hat das digitale Portal Ihrer Einschätzung nach einen Einfluss auf die Versorgungsqualität des Case Managements gehabt?

- Welche Relevanz hat das Patientenportal in Bezug auf die (gesundheitliche) Versorgung Ihres Angehörigen?
- Was gefällt Ihnen am Patientenportal?
- Welche Funktionen des Patientenportals nutzen Sie am häufigsten?
- Welche Funktionen nutzen Sie selten/nie?
- Was gefällt Ihnen gar nicht/weniger am Patientenportal?
- Haben Sie eine **Schulung** für die Nutzung des Patientenportals erhalten?
 - Wenn ja, inwiefern hat Ihnen diese Schulung bei der Einarbeitung geholfen?
- Wie würden Sie die Benutzung des Patientenportals im Hinblick auf die Einarbeitung beschreiben?
- Welche Schwierigkeiten und Herausforderungen sind bei der Portalnutzung aufgetreten?
- Würde es Ihnen leichtfallen, anderen Personen die Funktionen des Patientenportals zu erklären?
- Wem würden Sie das Patientenportal weiterempfehlen und wem eher nicht?
- Wie empfinden Sie die Bedienbarkeit (intuitiv, schwierig...)?
- **Von welchem Endgerät würden Sie das Patientenportal bevorzugt nutzen?** Was spricht für dieses Endgerät? Was ist der Vorteil davon, das Portal mit diesem Gerät zu nutzen? Was funktioniert damit besser?
- Würden Sie das Portal auch nach ReKo weiterhin nutzen, wenn es die Möglichkeit gäbe?
- Gab es Situationen, in denen Sie Sorgen wegen der **(Daten-)Sicherheit hatten?** Wenn ja, was waren das für Situationen?
- **Welche Funktionen könnte so ein Portal zusätzlich haben, damit Sie es noch häufiger nutzen würden?** Gibt es darüber hinaus noch Funktionen, die Sie sich wünschen würden?
 - **Chat/Kommunikation mit Case Manager**
 - Dokumentupload
 - Arztterminkalender
- Wie empfinden Sie das Design des Portals? Was gefällt und was könnte verbessert werden (Farbgebung, Schriftgröße, Bilder/Icons...)?

Alternativ, wenn kaum Kenntnisse vorhanden sind:

- Was war der Grund, warum Sie das Patientenportal bisher nicht genutzt haben?
- Welche digitale Unterstützung benötigen Sie für eine erleichterte Pflege?
- Welche Aspekte, die Sie in der Pflege händisch und per Papier regeln, könnten digital abgebildet werden?
- Wünschen Sie schnelleren Kontakt zu Ihrem Case Manager über einen Chat oder VC?
- Wünschen Sie schnelleren Kontakt zu Leistungserbringern über einen Chat oder VC (Telemedizin)?
- Können Sie sich vorstellen Arzttermine (vereinbaren), Rezepte und Anträge ausschließlich digital zu verwalten?
- Würde die Person, die Sie pflegen Interesse an einem Tablet haben? Würde die Kommunikation zwischen Ihnen über ein Tablet Ihre Pflegesituation erleichtern?

Pflegeapps

- Nutzen Sie bereits Gesundheitsapps? Wenn ja, welche?
- Halten Sie eine App für pflegende Angehörige sinnvoll?
- Welche **Funktionalitäten** sollte eine solche App abdecken?

Ggf. nacheinander Nennen verschiedener Funktionen. Die Interviewpartner sollen daraufhin Einschätzungen bzw. Erläuterungen abgeben, für wie sinnvoll sie die jeweiligen Aspekte halten.

- **Für Pflegebedürftige**
 - Rechtliche Ansprüche auf Pflegeleistungen
 - Pflegegradermittlung
 - Pflegelexikon zum Nachschauen medizinischer bzw. pflegerischer Fachtermini
 - Lernvideos/ -elemente
 - Regionale Pflegekurssuche
 - „tägliche Pflegebuchenträge“ zur pflegebedürftigen Person
 - Medikationsübersicht
 - Leistungserbringerübersicht für Pflegebedürftige
 - Terminplaner und Kalender (Arzttermine etc.)
 - Wechselmöglichkeit zwischen Personen bei mehr als einer zu pflegenden Person
 - Spezialisierung auf bestimmte Krankheiten (Demenz, Parkinson etc. sinnvoll) oder umfassendes allgemeineres Gesundheitsmanagement?
 - **Für die Pflegenden selbst**
 - Überblick zur Unterstützung für pflegende Angehörige
 - Informelle Pflegenetzwerke für pflegende Angehörige
 - Datenzugriff durch mehrere beteiligte Pflegenden möglich
 - Kommunikation untereinander (Chat, Nachrichten)
 - Eigenes Gesundheitsmanagement
 - Achtsamkeitsübungen
 - Doku zum eigenen Gesundheitszustand
 - Familienaktivitäten
 - Fallen Ihnen weitere Funktionalitäten ein?
 - Wie sollte das Design einer solchen App aufgebaut sein
 - **Barrierefreiheit (Vergrößerung der Schrift, Vorlesefunktion, Speech-to-text, Anleitungen)**
 - Interaktivität (z.B. bei Lernvideos)
 - Neben Text auch Abbildungen und Videos?
 - Anzahl Elemente je Unterseite
 - Farbwahl
 - Ist die Sprachwahl für Sie wichtig?
 - Positive Sprachwahl (Bsp. Verbesserungen, Ziele und gesundheitliche Entwicklung anstatt Krankheitsverlauf und Beschwerden) und Stimmungsaufheller (Interessante Fakten, Witze etc.)
 - Einfache Sprache statt Fachwörter?
 - Desktop-App neben Smartphone-App ebenfalls sinnvoll?
-

ZG 4

Interventionsregionen

Case Management

- Wie haben Sie die Zusammenarbeit mit ReKo im letzten Jahr empfunden?
- Koordination einerseits, direkte Zusammenarbeit andererseits.
- Wie haben Sie die Aktivitäten der ReKo-CM's (im letzten Jahr) empfunden?

- Waren Sie mit der Zusammenarbeit zufrieden?
 - Was hat Ihnen gefehlt?
 - Was empfinden Sie als besonders gut am Case Management?
- Haben Sie regelmäßig mit ReKo-CM's zusammengearbeitet?
- Wie würden Sie Ihre Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit ReKo (im letzten Jahr) beschreiben?
- Welche Rolle hat die Anbindung/Verortung der CM's für die Zusammenarbeit gespielt?
 - Von wem ging die Zusammenarbeit aus?
 - Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit?
 - Wie hat sie sich entwickelt über die ReKo-Laufzeit?
- Wie würden Sie die Rolle von ReKo in der gegenwärtigen Versorgung beschreiben?
- Hat sich Ihre Arbeit durch die ReKo-CM's verändert?
- Bei welcher Art von Fällen empfinden Sie das CM als hilfreich?
- Hat ReKo bei der Bewältigung komplexer Fälle geholfen?
- Wie schätzen Sie das ReKo-Case Management als neue Versorgungsform für die Region ein?
 - Wie hat sie sich verändert?
 - Hat ReKo bei der Bewältigung komplexer Fälle geholfen?
 - Konnten Lücken in der regionalen Versorgung durch ReKo adressiert werden?
 - Wie entstehen neue Angebote in der Region? Ist ReKo hier als Impulsgeber beteiligt?
- Wie hat sich die interprofessionelle Zusammenarbeit entwickelt?
- Haben sich durch ReKo die Strukturen ihrer regelhaften Zusammenarbeit mit anderen Akteuren verändert?
- Haben sich die Netzwerke der Zusammenarbeit verändert?
 - Größer geworden?
 - Enger geworden?
 - Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit?

Bewertung des IT-Ökosystems

- Wie ist Ihre Institution in Bezug auf IT ausgestattet?
- Für welche Zwecke nutzen Sie IT?
- Inwiefern könnte Ihnen IT den Alltag erleichtern?
- Wie zufrieden sind Sie mit IT in Ihrer Institution im Allgemeinen?
- Im folgenden Teil geht es um das ReKo-Portal zur digitalen Vernetzung von Stakeholdern im Gesundheitswesen: Haben Sie davon schon mal gehört bzw. haben Sie dieses Portal schon mal genutzt?

NUTZER: Falls Nutzung „ja“:

- Was gefällt Ihnen am Portal?
- Welchen Nutzen/Mehrwert/Vorteil bietet Ihnen dieses Gesundheitsportal?
- Welche Funktionen des Gesundheitsportals nutzen Sie am häufigsten?
- Welche Funktionen nutzen Sie selten/nie?
- Was gefällt Ihnen gar nicht/weniger am Portal?
- Wie sah der Prozess der Einführung in das Portal bei Ihnen aus?
- Wie planen Sie, das Portal in Zukunft zu nutzen?
- Würde es Ihnen leichtfallen, anderen Personen die Funktionen des Gesundheitsportal zu erklären?

- Was müsste dieses Gesundheitsportal können? /Welche Funktionen sollte dieses Portal zwingend haben?
- Welche Relevanz hat das Gesundheitsportal in Bezug auf Ihr Tagesgeschäft?
- Wie empfinden Sie die Bedienbarkeit des Gesundheitsportals?
- Würden Sie das Portal über die Projektlaufzeit hinaus nutzen? Welche Kriterien müssten dafür erfüllt sein?
- Mit welchen Endgeräten nutzen Sie das Portal?

NICHT-NUTZER: Falls Nutzung „nein“:

- Was hat Sie bisher davon abgehalten, das ReKo-Portal zu nutzen?
- Welche Kriterien müsste ein Portal erfüllen, dass Sie es im Tagesgeschäft nutzen würden? Welche Funktionen sollte es haben?
- Welchen Mehrwert/welchen Nutzen könnte dieses Portal Ihnen bieten?
- Welche Schwierigkeiten und Hürden erwarten Sie bei der Nutzung des Portals?
- Wie regelmäßig bzw. zu welchen Anlässen würden Sie dieses Gesundheitsportal nutzen?
- Mit welchem Endgerät würden Sie das Portal bevorzugt nutzen?
- Wie sieht der Prozess bei Neuerungen im Bereich IT bei Ihnen i.d.R. aus, wenn z.B. eine neue Software eingeführt wird? Haben Sie da ein Beispiel?
- Welches Budget steht Ihnen für IT dieser Art zur Verfügung?
- Wie viel Budget würden Sie dafür veranschlagen, wenn Sie dieses Gesundheitsportal ins Tagesgeschäft integrieren würden?
- Inwiefern ist die Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI) bei Ihnen bisher vollzogen worden?
- Als wie erfolgreich würden Sie die Anbindung und Nutzung der TI bewerten?
- Welche Hürden oder Schwierigkeiten hatten Sie bei der Anbindung an die TI zu überwinden?

Kontrollregion

Case Management

- Wie läuft die Zusammenarbeit bei Ihnen in der Versorgungspraxis ab?
Koordination einerseits, direkte Zusammenarbeit andererseits.
 - Sind Sie mit der Zusammenarbeit zufrieden?
 - Was fehlt Ihnen?
 - Hinsichtlich komplexer Versorgungsfälle?
- Wo liegen Ihrer Ansicht nach die Bedarfe der Versorgungsinfrastruktur in Ihrer Region?
- Sehen Sie bestimmte Gruppen unter- oder fehlversorgt?
- Welche Maßnahmen müsste man aus Ihrer Sicht ergreifen, um einerseits die Zusammenarbeit und andererseits die Versorgung verbessern?
- Wie entstehen neue Angebote in der Region?
 - Wie äußern sich diese Bedarfe?
 - Wird hier etwas unternommen, um dem entgegenzuwirken?
 - Warum diese Maßnahmen?
- Haben Sie schonmal etwas von ReKo gehört?
 - Wo?
 - Was?

Bewertung des IT-Ökosystems

- Wie ist Ihre Institution in Bezug auf IT ausgestattet?

- Für welche Zwecke nutzen Sie IT?
 - Inwiefern könnte Ihnen IT den Alltag erleichtern?
 - Wie zufrieden sind Sie mit IT in Ihrer Institution im Allgemeinen?
 - Im folgenden Teil geht es um das digitale Vernetzungsplattformen. Sind Sie an eine solche Plattform angeschlossen bzw. nutzen Sie eine solche Plattform zur digitalen Vernetzung?
 - **NUTZER:** Falls „ja“:
 - Welche Plattform(en) sind das?
 - Was gefällt Ihnen an der Plattform?
 - Welchen Nutzen/Mehrwert/Vorteil bietet Ihnen diese Plattform?
 - Welche Funktionen dieser Plattform nutzen Sie am häufigsten?
 - Welche Funktionen nutzen Sie selten/nie?
 - Was gefällt Ihnen gar nicht/weniger an der Plattform?
 - Wie sah der Prozess der Einführung in die Plattform bei Ihnen aus?
 - Wie planen Sie, die Plattform in Zukunft zu nutzen?
 - Würde es Ihnen leichtfallen, anderen Personen die Funktionen der Plattform zu erklären?
 - Was müsste diese Plattform können? /Welche Funktionen sollte sie zwingend haben?
 - Welche Relevanz hat die Plattform in Bezug auf Ihr Tagesgeschäft?
 - Wie empfinden Sie die Bedienbarkeit der Plattform?
 - Mit welchen Endgeräten nutzen Sie die Plattform?
 - **NICHT-NUTZER:** Falls „nein“:
 - Was hat Sie bisher davon abgehalten, eine solche Plattform zu nutzen?
 - Welche Kriterien müsste eine Plattform erfüllen, dass Sie sie im Tagesgeschäft nutzen würden?
 - Welche Vorteile/welchen Mehrwert/welchen Nutzen könnte diese Plattform Ihnen bieten?
 - Welche Schwierigkeiten und Hürden erwarten Sie bei der Nutzung solch einer Plattform?
 - Wie stellen Sie sich die Bedienbarkeit vor?
 - Wie regelmäßig bzw. zu welchen Anlässen würden Sie diese Plattform nutzen?
 - Mit welchem Endgerät würden Sie die Plattform bevorzugt nutzen?
 - Wie sieht der Prozess bei Neuerungen im Bereich IT bei Ihnen i.d.R. aus, wenn z.B. eine neue Software eingeführt wird? Haben Sie da ein Beispiel?
 - Kosten:
 - Welches Budget steht Ihnen für IT dieser Art zur Verfügung?
 - Wie viel Budget würden Sie dafür veranschlagen, wenn Sie diese Vernetzungsplattform ins Tagesgeschäft integrieren würden?
 - Inwiefern ist die Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI) bei Ihnen bisher vollzogen worden?
 - Als wie erfolgreich würden Sie die Anbindung und Nutzung der TI bewerten?
-

ZG 5/6/7

Interventionsregionen

Case Management

- Wie haben Sie die Zusammenarbeit in der Region im letzten Jahr empfunden?
- Wie haben Sie die Arbeit von ReKo wahrgenommen?

- Einerseits die strategische Zusammenarbeit und andererseits die operative Arbeit der CMs
 - Wie würden Sie die Entwicklung bewerten hinsichtlich der regionalen Strategieentwicklung im Bereich Pflege?
 - Auch in Bezug auf die Impulse für eine Strategieentwicklung
- Wie haben sich die Versorgungs-Mix-Strukturen in der Region entwickelt?
- Würden Sie sagen, dass ReKo einen Mehrwert darstellt?
- Gibt es Entwicklungen in der Steuerung der Versorgungsentwicklung?
 - Sehen Sie Erfolge?
 - Welchen? Welchen nicht?
 - Hat ReKo hier einen Einfluss?
 - Gibt es eine Steuerung?
 - Hat sich in Ihrer Wahrnehmung hier etwas geändert?
 - Gibt es einen Einfluss auf die Entwicklung neuer Angebote? Oder eine bessere Passung zwischen Angebot /Nachfrage?
- Wie haben sich die Netzwerke in der Region im letzten Jahr entwickelt?
- Gibt es mehr Zusammenarbeit?
- Hat ReKo neue Netzwerke/neue Zusammenarbeit initiiert?
- Was sind trotz oder gerade wegen ReKo Hemmnisse gelungener auch strategischer Zusammenarbeit?
 - War ReKo in den Netzwerken präsent?
 - War die Mitarbeit von ReKo in den Netzwerken zuträglich oder hinderlich?
 - Konnten hier vielleicht auch Hemmnisse abgebaut werden?
 - Hemmnisse aus Infrastrukturanalyse erneut thematisieren (Veränderungen erfragen)
- Wie empfinden Sie die Zusammenarbeit mit ReKo?
- Konnte ReKo aus Ihrer Sicht einen Mehrwert gegenüber der Regelversorgung bieten?
- Wie könnte das Konzept in Zukunft weiterentwickelt werden, um noch besseren Nutzen für die Region bringen zu können?
 - Was empfinden Sie als besonders gelungen?
 - Was hat Ihnen gefehlt?
 - Wo und warum?
 - Wo und warum nicht?
 - Wo sehen Sie Potenziale?
 - Wo sehen Sie Schwierigkeiten?

IT-Themen

- Wie organisieren sich diese Netzwerke in Bezug auf IT, u.a. auch im Bereich Kommunikation? Was läuft bisher digital, was analog?
 - Welche Informationen tauschen Sie untereinander aus?
 - Gibt es „Gruppen“ in sozialen Netzwerken, über die die Kommunikation und Information läuft?
 - Wo sehen Sie Vorteile und Chancen im IT-Bereich in Bezug auf Ihre Netzwerke/ Netzwerkarbeit? Wie kann Digitalisierung die Zusammenarbeit weiter verbessern?
 - Wo liegen für Sie die Herausforderungen/Barrieren im digitalen Bereich?
 - Welchen Stellenwert nehmen IT-Themen in diesen Gruppen ein?
 - Welche Veränderungen im Zeitverlauf z.B. nach Corona identifizierbar?
 - Gibt es in den Netzwerken Verantwortlichkeiten in Bezug auf IT-Themen (IT-Beauftragter etc.)?

- Gibt es Netzwerke, in denen Sie sich über neue Technologien austauschen? Geben Sie gerne ein Beispiel.
 - Wie sollte eine gelungene Netzwerkarbeit technisch aussehen, auch in Bezug auf Software?
 - Und wie sollte das bei der interdisziplinären Zusammenarbeit aussehen?
- Haben Sie in den letzten Jahren Veränderungen in der (digitalen) Vernetzung der Netzwerke wahrgenommen?
- Es gibt ja das ReKo-Portal zur Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen mit den Case-Managern. Sind Sie an dieses Portal angeschlossen und haben Sie dieses bereits genutzt?
 - Wenn ja, wozu nutzen Sie das Portal? Wenn nein, warum nicht?
 - Inwiefern hilft das Gesundheitsportal in ReKo dabei, Abstimmungen und Zusammenarbeit zwischen den Akteuren zu verbessern?
 - Wofür nutzen Sie das ReKo-Portal?
 - Was läuft gut?
 - Was könnte verbessert werden, wo sind Schwachstellen?
 - Welche Funktionen sind in Bezug auf Ihre Netzwerke besonders relevant, welche weniger?
 - Welcher Nutzen/Mehrwert ist durch das Portal entstanden?
 - Wie bzw. durch welche Akteursgruppen sollten die Kosten zur nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitsportals in ReKo getragen werden?

Kontrollregionen

Case Management

- Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit der strategischen Ebene in der Region?
- Gibt es regelhafte Treffen? Wer ist involviert?
 - Wie würden Sie die Entwicklung bewerten hinsichtlich der regionalen Strategieentwicklung im Bereich Pflege?
 - Auch in Bezug auf die Impulse für eine Strategieentwicklung
- Wo liegen Ihrer Ansicht nach die Bedarfe der Versorgungsinfrastruktur in Ihrer Region?
- Wenn Sie es beschließen könnten, mit welchen Maßnahmen sollte man diesen Bedarfen begegnen?
 - Und warum?
 - Wird daran gearbeitet?
 - In welcher Form wird daran gearbeitet und mit wem?
- Gibt es eine Steuerung in der Entwicklung neuer Innovationen in Ihrer Region?
- Wie schätze Sie die strategische Planung in Ihrer Region ein? Bezug auf Pflege Themen?
- Haben Sie schonmal von ReKo gehört?
 - Von wem geht die aus?
 - Wie lernt die Region aus Erkenntnissen der Praxis, was fehlt?
 - Wo, in welchem Kontext?
 - Welchen Eindruck haben Sie?

IT-Themen

- Wie organisieren sich diese Netzwerke in Bezug auf IT, u.a. auch im Bereich Kommunikation? Was läuft bisher digital, was analog?

- Welche Informationen tauschen Sie untereinander aus?
- Gibt es „Gruppen“ in sozialen Netzwerken, über die die Kommunikation und Information läuft?
- Wo sehen Sie Vorteile und Chancen im IT-Bereich in Bezug auf Ihre Netzwerke/ Netzwerkarbeit? Wie kann Digitalisierung die Zusammenarbeit weiter verbessern?
- Wo liegen für Sie die Herausforderungen/Barrieren im digitalen Bereich?
- Welchen Stellenwert nehmen IT-Themen in diesen Gruppen ein?
 - Welche Veränderungen im Zeitverlauf z.B. nach Corona identifizierbar?
- Gibt es in den Netzwerken Verantwortlichkeiten in Bezug auf IT-Themen (IT-Beauftragter etc.)?
- Gibt es Netzwerke, in denen Sie sich über neue Technologien austauschen? Geben Sie gerne ein Beispiel.
 - Wie sollte eine gelungene Netzwerkarbeit technisch aussehen, auch in Bezug auf Software?
 - Und wie sollte das bei der interdisziplinären Zusammenarbeit aussehen?
- Haben Sie in den letzten Jahren Veränderungen in der (digitalen) Vernetzung der Netzwerke wahrgenommen?

Anlage 8: Anhang mit ergänzenden Tabellen und Abbildungen

Pflegegrad	Overall, N = 823 ¹	Verteilung der Pflegegrade über die Studiengruppen zu t0		
		Kontrollgruppe N = 446 ¹	Interventionsgruppe N = 377 ¹	Pflegegrade Deutschland 2021 (Matzk et al. 2023)
1	194 (24%)	102 (23%)	92 (24%)	13.8%
2	420 (51%)	220 (49%)	200 (53%)	41%
3	160 (19%)	95 (21%)	65 (17%)	28.2%
4	40 (4.9%)	24 (5.4%)	16 (4.2%)	12.4%
5	9 (1.1%)	5 (1.1%)	4 (1.1%)	5%
¹ n (%)				

Tabelle A.1: Verteilung der Pflegegrade über die Studiengruppen zu t0 bei Personen mit anerkanntem Pflegegrad

Pflegegrad	Overall, N = 960 ¹	Verteilung der Pflegegrade über die Studiengruppen zu t1		
		Kontrollgruppe N = 490 ¹	Interventionsgruppe N = 470 ¹	Pflegegrade Deutschland 2021 (Matzk et al. 2023)
1	136 (14%)	72 (15%)	64 (14%)	13.8%
2	423 (44%)	204 (42%)	219 (47%)	41%
3	270 (28%)	148 (30%)	122 (26%)	28.2%
4	114 (12%)	56 (11%)	58 (12%)	12.4%
5	17 (1.8%)	10 (2.0%)	7 (1.5%)	5%
¹ n (%)				

Tabelle 1: Verteilung der Pflegegrade über die Studiengruppen zu t1 bei Personen mit anerkanntem Pflegegrad

Pflegegrad	Verteilung der Pflegegrade von Frauen und Männern in der Kontrollgruppe zu t0		Verteilung der Pflegegrade von Frauen und Männern in der Kontrollgruppe zu t1	
	Frauen N = 370 ¹	Männer N = 185 ¹	Frauen N = 370 ¹	Männer N = 185 ¹
0	95 (26%)	74 (40%)	74 (20%)	55 (30%)
1	73 (20%)	18 (9.7%)	48 (13%)	16 (8.6%)
2	142 (38%)	52 (28%)	136 (37%)	47 (25%)
3	43 (12%)	35 (19%)	77 (21%)	49 (26%)
4	14 (3.8%)	5 (2.7%)	31 (8.4%)	14 (7.6%)
5	3 (0.8%)	1 (0.5%)	4 (1.1%)	4 (2.2%)
¹ n (%)				

Tabelle A.2: Verteilung der Pflegegrade über Männer und Frauen in der Kontrollgruppe

Pflegegrad	Verteilung der Pflegegrade von Frauen und Männern in der Interventionsgruppe zu <i>t0</i>		Verteilung der Pflegegrade von Frauen und Männern in der Interventionsgruppe zu <i>t1</i>	
	Frauen N = 294 ¹	Männer N = 149 ¹	Frauen N = 294 ¹	Männer N = 149 ¹
0	70 (24%)	51 (34%)	29 (9.9%)	15 (10%)
1	60 (20%)	26 (17%)	38 (13%)	19 (13%)
2	122 (41%)	44 (30%)	135 (46%)	60 (40%)
3	36 (12%)	21 (14%)	66 (22%)	28 (19%)
4	6 (2.0%)	6 (4.0%)	23 (7.8%)	26 (17%)
5	0 (0%)	1 (0.7%)	3 (1.0%)	1 (0.7%)
¹ n (%)				

Tabelle A.3: Verteilung der Pflegegrade über Männer und Frauen in der Interventionsgruppe

Pflegegrad	Verteilung der Pflegegrade über die Zielgruppen in der Kontrollgruppe zu <i>t0</i>		Verteilung der Pflegegrade über die Zielgruppen in der Kontrollgruppe zu <i>t1</i>	
	ZG1 N =255 ¹	ZG2 N = 383 ¹	ZG1 N = 255 ¹	ZG2 N = 383 ¹
0	190 (75%)	2 (0.5%)	147 (58%)	1 (0.3%)
1	17 (6.7%)	85 (22%)	22 (8.6%)	50 (13%)
2	25 (9.8%)	195 (51%)	42 (16%)	162 (42%)
3	18 (7.1%)	77 (20%)	31 (12%)	117 (31%)
4	5 (2.0%)	19 (5.0%)	11 (4.3%)	45 (12%)
5	0 (0%)	5 (1.3%)	2 (0.8%)	8 (2.1%)
¹ n (%)				

Tabelle A.4: Verteilung der Pflegegrade über die Zielgruppen in der Kontrollgruppe

Pflegegrad	Verteilung der Pflegegrade über die Zielgruppen in der Interventionsgruppe zu t0		Verteilung der Pflegegrade über die Zielgruppen in der Interventionsgruppe zu t1	
	ZG1 N = 248 ¹	ZG2 N = 306 ¹	ZG1 N = 248 ¹	ZG2 N = 306 ¹
0	147 (59%)	30 (9.8%)	63 (25%)	21 (6.9%)
1	39 (16%)	53 (17%)	41 (17%)	23 (7.5%)
2	54 (22%)	146 (48%)	95 (38%)	124 (41%)
3	8 (3.2%)	57 (19%)	36 (15%)	86 (28%)
4	0 (0%)	16 (5.2%)	11 (4.4%)	47 (15%)
5	0 (0%)	4 (1.3%)	2 (0.8%)	5 (1.6%)
¹ n (%)				

Tabelle A.5: Verteilung der Pflegegrade über die Zielgruppen in der Interventionsgruppe

Kontengruppe	Bezeichnung
40	Pflegesachleistungen
41	Pflegegeld
42	Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
43	Maßnahmen zur Verbesserung des indiv. Wohnumfelds
45	Leistung für Pflegepersonen und bei Pflegezeit
46	Häusliche Beratungseinsätze
47	Zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen (§45b SGB XI)
48	Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur
49	Pflegeberatung
50	Tagespflege und Nachtpflege
51	Kurzzeitpflege
52	Vollstationäre Pflege
53	Zuschuss für vollstationäre Pflege
55	Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

Tabelle A.6: In den Analysen berücksichtigte Kontengruppen SGB XI

APN	Bezeichnung
01	Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V (Regelleistung) bis zu 4 Wochen
02	Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 Satz 5 SGB V (Ermessensleistung) über 4 Wochen
03	Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V
04	Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 4 SGB V
05	Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 SGB V
06	Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 2 SGB V
07	Häusliche Pflege nach § 24g SGB V
08	Haushaltshilfe nach § 24h SGB V

09	Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V
10	Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V (Regelleistung) bis zu 4 Wochen
11	Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V (Ermessensleistung) über 4 Wochen
13	Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 8 SGB V

Tabelle A.7: In den Analysen berücksichtigte APNs nach SGB V

Pflegeleistungen nach SGB XI in ausgewählten Kontengruppen

Anzahl an Proband*innen die die jeweilige Kontogruppe beansprucht haben

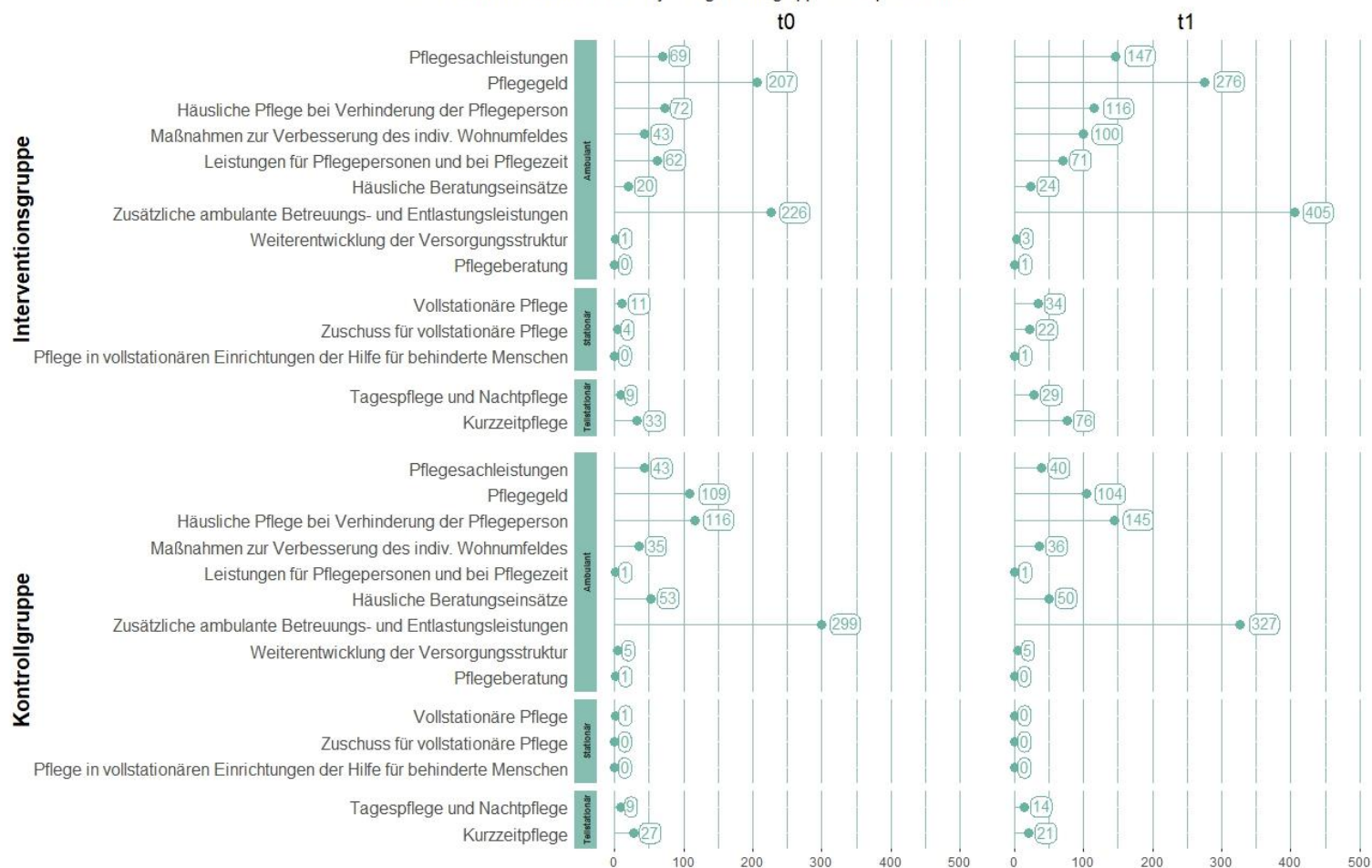


Abbildung A.1: Pflegeleistungen nach SGB XI, Anzahl der in Anspruch nehmenden Proband*innen

Pflegeleistungen nach SGB V in ausgewählten APNs

Anzahl an Proband*innen die die jeweilige APN beansprucht haben

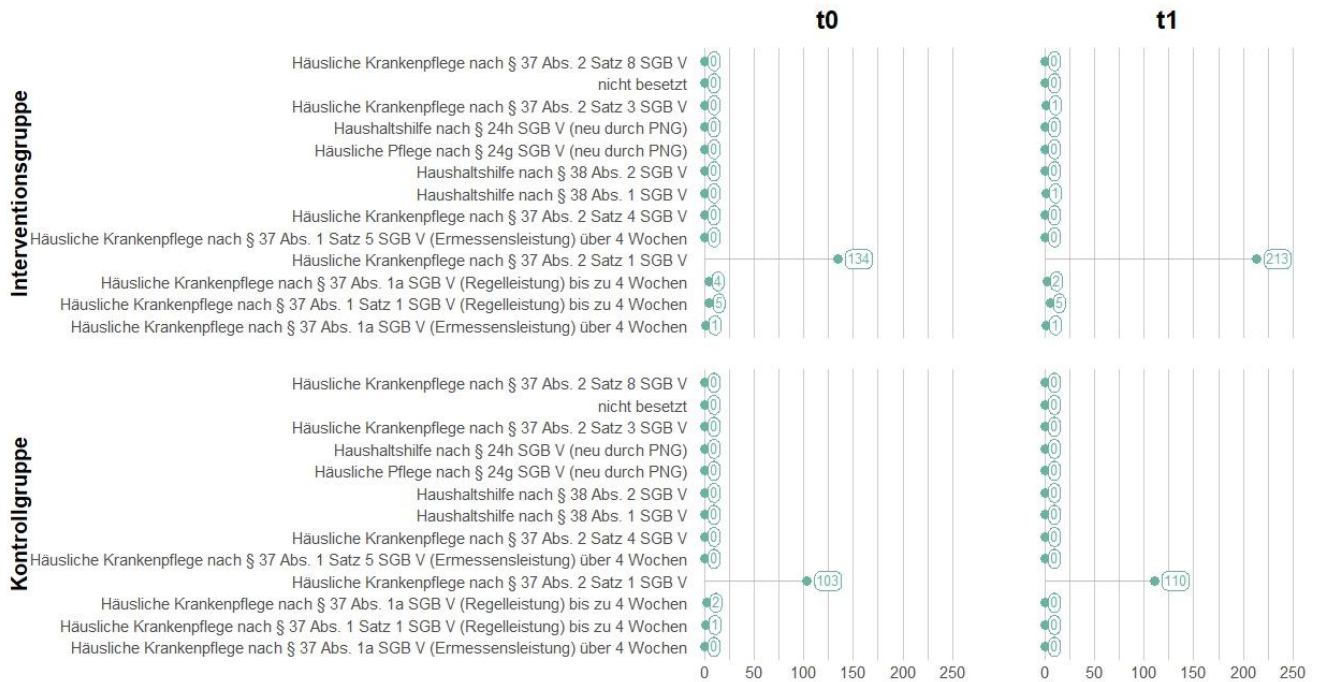


Abbildung A.2: Pflegeleistungen nach SGB V, Anzahl der in Anspruch nehmenden Proband*innen

Pflegeleistungen nach SGB V in ausgewählten APNs

in Tagen, als Durchschnitt der Proband*innen der jeweiligen Studiengruppe



Abbildung A.3: Pflegeleistungen nach SGB V in Tagen

Anlage 9: Vernetzungsmatrix

Vernetzungsmatrix

von ↓ nach →	Pflegedienstleister & Pfleger	Kliniken & Krankenhäuser	(Haus-)Ärzte	Fachärzte	Apotheken	Therapeuten	Patienten	(Pflegende) Angehörige	Krankenkassen	Ehrenamt	sonstige Leistungserbringer	Kommune	Bildung (Pfleges Schulung)
Pflegedienstleister & Pfleger	Patientenakten, Schichtpläne, Tourenplanung, Pflegedokumentation	Pflegeassessment nach ISO... Vitalparameter der Patienten	Ernährungsprotokoll, Vitalwerte, Wunddokumentation, Schmerzprotokoll, Veränderungen und Zustand der Gesundheit	Ernährungsprotokoll, Vitalwerte, Wunddokumentation, Schmerzprotokoll, Veränderungen und Zustand der Gesundheit	Bestelllisten	Daten	Rechnungen, Angebotserstellung, Pflegevertrag, Leistungskataloge, Biographie- und Erinnerungspflege	Rechnungen, Informationen über Vitalwerte oder Medikamenteneinnahme, Angebotserstellung & Pflegevertrag, Leistungskataloge	Abrechnungen, Versorgungsvertrag	Fahrtservice Anfragen, Anfrage Betreuung (z.B. von Demenzzkranken)	Daten	Anmeldung zur regionalen Pflegekonferenz	Abstimmung Ausbildungsrahmenpläne, Ausbildungsordnungen und Berufsschulischen Rahmenpläne, Abstimmung von Lehr- und Anschauungsmaterialien, Synchronisation der Ausbildungsmethoden, Ausbildungsnachweise und -leistungen, Kooperationsvertrag
	Software: Wiz Portal, ICW eHealth Suite, telnet @nrw, PAST, PAST mobil, Pflege App, Coredinate, Pflege-Software des DMRZ, caresocial, eva/3 viva, Cannyline (DAN), Kommunikationslösungen der Tunstall GmbH, CareCM (Nubedian GmbH), Verbundprojekt "KoLeGe", Projekt SPeed – "Sektorenübergreifende Pflegeakte, Projekt "InterMem – Interactive Memories", Nexus HEIM	Software: Orchestra Healthcare Edition, telnet @nrw	Software: DMRZ Pflegesoftware, Medifox ambulant, eCareCoordinator clinical dashboard und eCareCompanion patient app, Wiz Portal, Forcare, Mona - Mobile Netzwerkmedizinische Assistenz, ICW eHealth Suite, Orchestra Healthcare Edition, CoCare-Cockpit, telnet @nrw, Projekt "Vernetzte ärztliche Versorgung im Pflegeheim"	Software: Medifox ambulant, eCareCoordinator clinical dashboard und eCareCompanion patient app, ICW eHealth Suite, Orchestra Healthcare Edition, CoCare-Cockpit, telnet @nrw, Projekt "Vernetzte ärztliche Versorgung im Pflegeheim"	Software: Ordered	Software: Wiz Portal, ICW eHealth Suite, Orchestra Healthcare Edition	Software: eCareCoordinator clinical dashboard und eCareCompanion patient app, Population Health Management, Wiz Portal, Netzwerk GesundAktiv, PAST, PAST mobil, eva/3 viva, Cannyline (DAN), CareCM (Nubedian GmbH), Care BW (Nubedian GmbH), Verbundprojekt "KoLeGe", Projekt "InterMem – Interactive Memories", Nexus HEIM	Software: Pflegeplatzfinden.de, Netzwerk GesundAktiv, PAST, DomoCare, eva/3 viva, miCura Pflege-App, Cannyline (DAN), CareCM (Nubedian GmbH), Care BW (Nubedian GmbH), Verbundprojekt "KoLeGe", Projekt SPeed – "Sektorenübergreifende Pflegeakte, Nexus HEIM	Software: PAST, Pflege App, Pflege-Software des DMRZ, caresocial, eva/3 viva, Cannyline (DAN), "AAL-Netzwerk Saar"	Software: Care BW (Nubedian GmbH)	Software: ICW eHealth Suite, Orchestra Healthcare Edition	Software: Care BW (Nubedian GmbH). "AAL-Netzwerk Saar"	Software:
Kliniken & Krankenhäuser	Daten: Entlassbrief, Überleitungsbogen (Standard)	Daten: Patientenakten, Diagnosen/ Befunde (Standard HL7), Anamnesebogen, Verlegebrief	Daten: Bilddateien, Befunde, Entlassungsbefund, Arztbrief (Standard HL7), Therapieempfehlungen	Daten: Bilddateien, Befunde, Entlassungsbefund, Arztbrief (Standard HL7), Therapieempfehlungen	Daten: Rezepte	Daten: Therapieplan, Überweisung, Entlassbrief	Daten: Rechnungen, Rezepte, Entlassungsbefund, Arztbrief, Bescheinigungen, Entlassungsmedikation, Therapieempfehlungen	Daten:	Daten: Abrechnungen, Versorgungsvertrag, Ärztliche Bescheinigungen (z.B. bei Arbeitsunfähigkeit)	Daten: Anfrage wöchentliche Betreuung (z.B. Krebspatienten, Senioren), Anfrage Kriseninterventionsteam, Begleitungen	Daten:	Daten:	Daten: Abstimmung Ausbildungsrahmenpläne, Ausbildungsordnungen und Berufsschulischen Rahmenpläne, Abstimmung von Lehr- und Anschauungsmaterialien, Synchronisation der Ausbildungsmethoden, Ausbildungsnachweise und -leistungen, Kooperationsvertrag
	Software: Forcare, ICW eHealth Suite, telnet @nrw, ORBIS (Afga), Medico/Millennium/ISH-Med (Cerner), I-Solutions Health (ClinicCentre, LabCentre, RadCentre), KIS Medical Control Center (MCC, Meierhofer)	Software: Vivvy, TK Safe, Vitabook, ICW eHealth Suite, Orchestra Healthcare Edition, telnet @nrw, HerzEffekt, Medico/Millennium/ISH-Med (Cerner), ORBIS (Afga), I-Solutions Health (ClinicCentre, RadCentre, LabCentre, NADOK, ANDOK, INDOK, EnterpriseScheduling, Health Akademie), KIS Medical Control Center (MCC, Meierhofer), Kommunikationslösungen der Tunstall GmbH, Care SD (Nubedian GmbH), Nexus KIS, Nexus REHA, KIS I-Med-One, CGM VT, CGM CLINICAL	Software: ICW eHealth Suite, Orchestra Healthcare Edition, telnet @nrw, HerzEffekt, Medico/Millennium/ISH-Med (Cerner), I-Solutions Health (ClinicCentre, LabCentre, RadCentre), KIS Medical Control Center (MCC, Meierhofer), Care SD (Nubedian GmbH)	Software: ICW eHealth Suite, Orchestra Healthcare Edition, telnet @nrw, HerzEffekt, Medico/Millennium/ISH-Med (Cerner), I-Solutions Health (ClinicCentre, LabCentre, RadCentre), KIS Medical Control Center (MCC, Meierhofer)	Software: HerzEffekt	Software: ICW eHealth Suite, Orchestra Healthcare Edition, ATPV, Medico/Millennium/ISH-Med (Cerner), KIS Medical Control Center (MCC, Meierhofer)	Software: Vitabook, Population Health Management, ORBIS (Afga), Medico/Millennium/ISH-Med (Cerner), I-Solutions Health (ClinicCentre, LabCentre, RadCentre), KIS Medical Control Center (MCC, Meierhofer), Care SD (Nubedian GmbH), CGM CLINICAL	Software:	Software: ORBIS (Afga), Medico/Millennium/ISH-Med (Cerner), I-Solutions Health (ClinicCentre), KIS Medical Control Center (MCC, Meierhofer), CGM CLINICAL	Software:	Software: ICW eHealth Suite, Orchestra Healthcare Edition, HerzEffekt, Medico/Millennium/ISH-Med (Cerner), I-Solutions Health (ClinicCentre, LabCentre, RadCentre), KIS Medical Control Center (MCC, Meierhofer)	Software:	Software:

(Haus-)Ärzte	Dateien Medikationsplan, Maßnahmenplanung, Pflegeplanung, Notfallmanagement, Verordnungen HKP (Standard) & Folgeverordnungen, Zugriff auf Dokumentationssystem zur Einbindung in Diagnostik	Dateien Krankenhouseinweisungen, Arztbrief (Standard HL7), Vorbefunde	Dateien Übergabe von Originalkrankenunterlagen bei Arztwechsel	Dateien Arztbrief (Standard HL7), Überweisung	Dateien Rezepte	Dateien Heilmittelverordnungen, Therapieempfehlungen	Dateien Rechnungen, Rezepte, Medikationsplan, Überweisungen, Einverständnis, Arztbrief, Impfpass, Mutterpass, Bescheinigungen	Dateien	Dateien Abrechnungen, Versorgungsvertrag, Ärztliche Berichte (z.B. bei Arbeitsunfähigkeit)	Dateien	Dateien	Dateien	Dateien Ausbildungsnachweise und -leistungen
	Software Medifox ambulant, Forcare, Mona - Mobile Netzwerkmedizinische Assistenz, ICW eHealth Suite, CoCare-Cockpit, telnet @nrw, senimed-IT (Vivian), Cannyline (DAN), Projekt "Vernetzte ärztliche Versorgung im Pflegeheim"	Software Forcare, ICW eHealth Suite, Orchestra Healthcare Edition, telnet @nrw, HerzEffekt, ATPV	Software medatixx, Forcare, ICW eHealth Suite, Orchestra Healthcare Edition, CoCare-Cockpit, telnet @nrw, HerzEffekt, CGM ALBIS, CGM M1 PRO	Software Forcare, ICW eHealth Suite, Orchestra Healthcare Edition, CoCare-Cockpit, telnet @nrw, HerzEffekt, CGM ALBIS, CGM M1 PRO	Software HerzEffekt	Software ICW eHealth Suite, Orchestra Healthcare Edition, ATPV	Software Vitabook, Population Health Management, Netzwerk GesundAktiv, CGM ALBIS, CGM M1 PRO	Software Netzwerk GesundAktiv	Software CGM ALBIS, CGM M1 PRO	Software	Software ICW eHealth Suite, Orchestra Healthcare Edition, HerzEffekt	Software	Software
Fachärzte	Dateien Medikationsplan, Maßnahmenplanung, Pflegeplanung, Zugriff auf Dokumentationssystem zur Einbindung in Diagnostik	Dateien Krankenhouseinweisungen, Arztbrief (Standard HL7), Vorbefunde	Dateien Arztbrief (Standard HL7)	Dateien Arztbrief (Standard HL7), Übergabe von Originalkrankenunterlagen bei Arztwechsel	Dateien Rezepte	Dateien Heilmittelverordnungen, Therapieempfehlungen	Dateien Rechnungen, Rezepte, Medikationsplan, Überweisungen, Arztbrief (Standard HL7)	Dateien	Dateien Abrechnungen, Versorgungsvertrag, Ärztliche Berichte (z.B. bei Arbeitsunfähigkeit)	Dateien	Dateien	Dateien	Dateien Ausbildungsnachweise und -leistungen
	Software Medifox ambulant, Forcare, ICW eHealth Suite, CoCare-Cockpit, telnet @nrw, Projekt "Vernetzte ärztliche Versorgung im Pflegeheim"	Software Forcare, ICW eHealth Suite, Orchestra Healthcare Edition, telnet @nrw, HerzEffekt	Software Forcare, ICW eHealth Suite, Orchestra Healthcare Edition, CoCare-Cockpit, telnet @nrw, HerzEffekt	Software Forcare, ICW eHealth Suite, Orchestra Healthcare Edition, CoCare-Cockpit, telnet @nrw, HerzEffekt	Software HerzEffekt	Software Orchestra Healthcare Edition	Software Vitabook, Population Health Management, Netzwerk GesundAktiv, CGM ALBIS, CGM M1 PRO	Software Netzwerk GesundAktiv	Software CGM ALBIS, CGM M1 PRO	Software	Software ICW eHealth Suite, Orchestra Healthcare Edition, HerzEffekt	Software	Software
Apotheken	Dateien	Dateien	Dateien Anfragen wegen fehlerhafte Rezepte	Dateien Anfragen wegen fehlerhafte Rezepte	Dateien	Dateien	Dateien Medikationsplan (nach Standard)	Dateien Medikationsplan	Dateien Rezepte	Dateien	Dateien	Dateien	Dateien
	Software	Software	Software	Software CGM METIS	Software	Software Ordermed	Software Apofunk, Population Health Management, vimed	Software vimed	Software	Software	Software	Software	Software
Therapeuten	Dateien Therapieplan	Dateien	Dateien Reha-Entlassungsberichte, Therapieberichte	Dateien Reha-Entlassungsberichte, Therapieberichte	Dateien	Dateien	Dateien Rechnungen	Dateien	Dateien Abrechnungen, Reha-Entlassungsbericht, Versorgungsvertrag	Dateien	Dateien	Dateien	Dateien Ausbildungsnachweise und -leistungen
	Software Orchestra Healthcare Edition	Software Orchestra Healthcare Edition, ATPV	Software Orchestra Healthcare Edition, ATPV	Software Orchestra Healthcare Edition	Software	Software Wiz Portal, ICW eHealth Suite, Orchestra Healthcare Edition	Software Population Health Management, Wiz Portal	Software	Software	Software	Software Orchestra Healthcare Edition	Software	Software
Patienten	Dateien Medikationsplan, elektronische Gesundheitsakte	Dateien Patientenakte, Notfalldaten	Dateien elektronische Gesundheitsakte, Notfalldaten, Impfpass, Mutterpass, sonstige Pässe	Dateien elektronische Gesundheitsakte, Notfalldaten, Impfpass, Mutterpass, sonstige Pässe	Dateien Rezepte, elektronische Gesundheitsakte	Dateien elektronische Gesundheitsakte	Dateien Erfahrungsberichte, Notrufe, Austausch/digitale Nachbarschaft im Quartier, Finde-Dienste, Gedächtnisentlastung, Alltagsstrukturierung	Dateien elektronische Gesundheitsakte	Dateien Rechnungen, Reha-Antrag, Anträge auf Kostenübernahme, Pflege-Anträge, Bescheinigungen (z.B. Schul-/Immatrikulations-/Ausbildungsbescheinigungen der Kinder)	Dateien Einkaufslisten, Betreuungsanfragen, Anfragen zu Hilfeleistungen (z.B. Nachbarschaftshilfe)	Dateien Elektronische Gesundheitsakte, Anfragen an das Quartiersmanagement (z.B. soziale Angebote, Dienstleister)	Dateien Änderung der Meldeadresse, Anfrage Wohnangebote	Dateien
	Software Vitabook, eCareCoordinator clinical dashboard und eCareCompanion patient app, Population Health Management, Netzwerk GesundAktiv, Doro Care GmbH (Notrufsysteme), Projekt "InterMem – Interactive Memories"	Software Vivvy TK Safe Vitabook, Population Health Management, Doro Care GmbH (Notrufsysteme)	Software Vitabook, eCareCoordinator clinical dashboard und eCareCompanion patient app, Population Health Management, Netzwerk GesundAktiv	Software Vitabook, eCareCoordinator clinical dashboard und eCareCompanion patient app, Population Health Management	Software Vitabook, Population Health Management, vimed	Software Vitabook, Population Health Management	Software Kommunikationslösungen der Tunstall GmbH, CareBW (Nubedian GmbH), Projekt "SELBSTBESTIMMT UND SICHER", WebDA, CCE MeMoTray	Software Vitabook, Kommunikationslösungen der Tunstall GmbH, Doro Care GmbH (Notrufsysteme), WebDA	Software	Software	Software Vitabook, CareBW (Nubedian GmbH), Doro Care GmbH (Notrufsysteme)	Software	Software

(Pflegende) Angehörige	Daten Pflegeüberleitungsbogen, Medikationsplan, Pflegearrangements ,	Daten Notfalldaten, Medikationsplan	Daten	Daten	Daten Rezepte, Notdienst suchen	Daten	Daten	Daten Erfahrungsaustausch, aktuellen Pflegeinformationen, leicht verständlichen Pflegeschulungen, Hilfe zu sozialen Netzwerken sowie Angeboten von Pflegedienstleistern	Daten Antrag für Rentenbeiträge an KK des Pflegebürtigen, Antrag Pflegezeit/Familienpflegezeit, Anmeldung als Pflegeperson, Antrag Pflegeunterstützungsgeld und ärztliche Bescheinigung des Angehörigen	Daten Anfrage Betreuung, Fahrtservice	Daten	Daten Anfrage Pflegekurse, Anfrage Wohnangebote	Daten Anfrage Pflegekurse
	Software Pflegeplatzfinden.de, Netzwerk GesundAktiv, miCura Pflege-App, Projekt "InterMem – Interactive Memories"	Software	Software Netzwerk GesundAktiv	Software Netzwerk GesundAktiv	Software vimedl, Pflege App	Software	Software Vitabook, Kommunikationslösungen der Tunstall GmbH, WebDA	Software Geschwisternetz (töchter+söhne), CURENDO (töchter+söhne), EasyCare	Software Pflege App	Software	Software	Software	Software
Krankenkassen	Daten Genehmigungen	Daten	Daten	Daten	Daten	Daten	Daten Anfragen	Daten Pflegegutachten	Daten	Daten	Daten	Daten Austausch Statistiken, Anmeldung zur regionalen Pflegekonferenz	Daten Austausch Statistiken, Anmeldung zur regionalen Pflegekonferenz
	Software Cannyline (DAN), "AAL-Netzwerk Saar"	Software	Software	Software	Software	Software	Software	Software	Software	Software	Software	Software "AAL-Netzwerk Saar"	Software
Ehrenamt	Daten Terminabsprachen	Daten Terminabsprachen	Daten	Daten	Daten	Daten	Daten Terminabsprachen	Daten Terminabsprachen	Daten	Daten Terminabsprachen	Daten	Daten Anfrage Pflegekurse	Daten Anfrage Pflegekurse
	Software "AAL-Netzwerk Saar"	Software	Software	Software	Software	Software	Software "AAL-Netzwerk Saar"	Software "AAL-Netzwerk Saar"	Software	Software "AAL-Netzwerk Saar"	Software	Software "AAL-Netzwerk Saar"	Software
sonstige Leistungserbringer	Daten Leistungsplanung, Terminplanung, Pflegeüberleitung	Daten Krankenhausplan	Daten Laborergebnisse, Röntgenbefunde & Bilder	Daten Laborergebnisse, Röntgenbefunde & Bilder	Daten	Daten	Daten Vermittlung von sozialen Angeboten und Dienstleistern	Daten	Daten Abrechnungen	Daten Verwaltung von bürgerschaftlichen Akteuren sowie deren Angebote in ihrem Sozialraum: Terminplanung, Leistungsplanung, Vernetzung mit den Bewohnern des Quartiers	Daten Bewohnerakte; Quartiersmangement, Koordination von Aufgaben, Benutzer- und Rechteverwaltung, Koordination von Aufgaben, Einbindung von Bewohnern	Daten Anfrage soziale Angebote für das Quartier	Daten Ausbildungsnachweise und -leistungen
	Software Care BW (Nubedian GmbH), Verbundprojekt "QuartiersNETZ", Projekt "SELBSTBESTIMMT UND SICHER"	Software Orchestra Healthcare Edition	Software Orchestra Healthcare Edition, CGM VT	Software Orchestra Healthcare Edition, CGM VT	Software	Software Orchestra Healthcare Edition	Software Population Health Management, Vitabook, Care BW (Nubedian GmbH), Verbundprojekt "QuartiersNETZ", Projekt "SELBSTBESTIMMT UND SICHER"	Software Projekt "SELBSTBESTIMMT UND SICHER"	Software	Software Care BW (Nubedian GmbH), Verbundprojekt "QuartiersNETZ", Projekt "SELBSTBESTIMMT UND SICHER"	Software Orchestra Healthcare Edition, Care BW (Nubedian GmbH), Verbundprojekt "QuartiersNETZ", Projekt "SELBSTBESTIMMT UND SICHER", CGM VT	Software Verbundprojekt "QuartiersNETZ", Projekt "SELBSTBESTIMMT UND SICHER"	Software
	Kommentare z.B. Dienstleister von Quartierskonzepten	Kommentare vom Landesministerium für Gesundheit erstellt	Kommentare z.B. Labor oder radiologisches Institut	Kommentare z.B. Labor oder radiologisches Institut	Kommentare	Kommentare	Kommentare z.B. im Falle Quartierskonzepte	Kommentare	Kommentare	Kommentare z.B. im Falle Quartierskonzepte	Kommentare z.B. im Falle Quartierskonzepte	Kommentare	Kommentare
	Daten Beratungsunterlagen	Daten	Daten	Daten	Daten	Daten	Daten Beratungsunterlagen, kulturelle Angebote, Informationen zu alternativen Wohnformen	Daten Beratungsunterlagen, kulturelle Angebote, Betreuungs-, Entlastungs- und Austauschangebote, Informationen zu	Daten Austausch Statistiken	Daten	Daten	Daten	Daten
Kommune	Software "AAL-Netzwerk Saar"	Software	Software	Software	Software	Software	Software	Software	Software "AAL-Netzwerk Saar"	Software	Software	Software	Software
	Daten Abstimmung Ausbildungsrahmenpläne, Ausbildungsordnungen und Berufsschulischen Rahmenpläne, Abstimmung von Lehr- und Anschauungsmaterialien, Synchronisation der Ausbildungsmethoden, Ausbildungsnachweise und -Leistungen, Kooperationsvertrag	Daten Schulungen der KIS Anwender, Abstimmung Ausbildungsrahmenpläne, Ausbildungsordnungen und Berufsschulischen Rahmenpläne, Abstimmung von Lehr- und Anschauungsmaterialien, Synchronisation der Ausbildungsmethoden, Ausbildungsnachweise und -Leistungen, Kooperationsvertrag	Daten Abstimmung von Lehr- und Anschauungsmaterialien, Synchronisation der Ausbildungsmethoden, Ausbildungsnachweise und -Leistungen,	Daten Abstimmung von Lehr- und Anschauungsmaterialien, Synchronisation der Ausbildungsmethoden, Ausbildungsnachweise und -Leistungen	Daten	Daten Abstimmung von Lehr- und Anschauungsmaterialien, Synchronisation der Ausbildungsmethoden, Ausbildungsnachweise und -Leistungen	Daten	Daten Infos zur Pflege (z.B. Pflege ABC), Schulungen/ Online-Kurse	Daten Schulungen für häusliche Pflege	Daten Schulungen für ehrenamtliche Helfer	Daten Abstimmung Ausbildungsrahmenpläne, Ausbildungsordnungen und Berufsschulischen Rahmenpläne, Abstimmung von Lehr- und Anschauungsmaterialien, Synchronisation der Ausbildungsmethoden, Ausbildungsnachweise und -Leistungen	Daten Kooperationsvertrag	Daten Ausbildungsnachweise und -leistungen

	Software	Software i-SOLUTIONS Health Akademie	Software	Software	Software	Software	Software	Software DAK Pflegecoach (töchter+söhne)	Software KKH Pflegecoach (töchter+söhne)	Software DAK Pflegecoach (töchter+söhne)	Software	Software	Software