

Case Management

LESEPROBE

Schwerpunkt „Was (Care) und Case Management bewirken“

_Wirkungsweisen durch CM: aktuelle Studienlage

_Wirksamkeit des CM in der beruflichen Reintegration

_Versorgungsmodul: Nutzen für Patienten und Hausarztpraxen

_Evaluierung des Schlaganfall-Kinderlotsenprogramms

_Begriff der Sorgegemeinschaft: Ansatz zur Klärung

_Digitale Tools als Selbstbestimmungs-Verstärker



Online-Seminar

Care und Case Management implementieren – Know-how für Führungskräfte

Die Handlungskonzepte Care und Case Management sind Standards geworden im Umgang mit komplexen Hilfsituationen, in denen mehrere am Einzelfall beteiligte Dienste gesteuert werden müssen. Die Implementierung von Care und Case Management hängt wesentlich von Führungskräften in Organisationen ab.

In dieser Onlineseminarreihe werden in 5 Modulen mit jeweils 2-4 Videos á 15-20 Minuten prägnant und praxisnah zentrale Inhalte vermittelt, die für eine Implementierung von Care und Case Management auf Organisationsebene relevant sind.

Gesamtlänge der Schulung: ca. 4,5 Stunden

Modul 1: Grundlagen Care und Case Management

Modul 2: Implementierung von Case Management

**Modul 3: Case Management-orientierte Organisationskultur:
Zertifizierung und Digitalisierung**

**Modul 4: Qualifizierung von Case Managerinnen und
Case Managern nach DGCC-Qualitätsstandard**

**Modul 5: Praxisbeispiele zur Implementierung von
Case Management**



**Als DGCC Mitglied erhalten Sie noch bis
15.04.2024 einen Einführungspreis von
199,- € (statt 249,- €) für alle Module!**

www.medhochzwei-online-akademie.de/akademie



Was (Care) und Case Management bewirken

Der Handlungsansatz Care und Case Management ist komplex. Schon ein Blick auf die verschiedenen Ebenen (Fallebene, Organisationsebene, Netzwerkebene, Versorgungsebene) zeigt die große Bandbreite. Interessant ist allerdings, dass die Ebenen nicht einfach abgegrenzt neben- bzw. übereinander stehen, sondern auch miteinander verschränkt sind und sich vielfältig gegenseitig beeinflussen. Wirkungen entstehen daher häufig nicht nur auf einer Ebene, sondern zeigen sich sowohl im Case als auch im Care. Zudem – sollen die gezeigten Wirkungen kausal auf die Intervention Case Management zurückgeführt werden, ist ein Nachweis schwierig. Dazu sind aufwendige konzeptuelle und methodische Fragen zu klären, selbst unter Berücksichtigung, dass unterschiedliche (wissenschaftliche) Level (von plausibel bis empirisch) die Bandbreite und den Spielraum für die Wirkungsnachweise erhöhen. Es muss nicht immer der sogenannte Goldstandard empirischer Forschung (randomisierte kontrollierte Studie RCT) erfüllt sein, um die Beweisführung abzusichern. Gerade im Care und Case Management, z.B. bei gesundheitssystemischen Fragestellungen mit vulnerablen Gruppen, ist dies aus verschiedenen (nicht nur ökonomischen oder ethischen) Gründen problematisch. Wirkungen auf der Fallebene sind bezogen auf Person- und Umweltsysteme, die Messinstrumente und Verfahren sind hier bekannt und ausgereift. Geachtet werden sollte aber immer, ob tatsächlich auch Case Management angewendet und dessen Effekte gemessen werden (es ist ein Unterschied, der einen Unterschied ausmacht, ob die Intervention in Case Management besteht oder lediglich als Case Management bezeichnet wird). Wie

aber ist vorzugehen, wenn Effekte im regionalen Versorgungssystem (z.B. Steuerung, Kooperation, Vernetzung) nachgewiesen, also Governancefaktoren identifiziert und in den Wirkungen evaluiert werden sollen?

Ein weiterer Aspekt ist, dass das Forschungsverständnis sich ändert: Die Unterteilung in objektive und subjektive Befunde gerät ins Wanken, wenn die Nutzendimension stärker adressiert oder wenn die Frage einer eher partizipativen Forschung gestellt wird. Zunehmend wird diskutiert, ob und wie die Beforschten in den Forschungsprozess einzubeziehen sind – also nicht nur Datenspender sind, sondern aktiv beteiligt sind – und dies nicht nur bei der Frage der Auswahl von Instrumenten, sondern auch bei Fragen der Konzeption, des Designs und der Interpretation der Daten und Befunde. Mittlerweile etabliert und anerkannt sind im Gesundheitsbereich die Erfassung und Bewertung der Ergebnisse durch Patient:innen. PROMs (Patient-Reported Outcome Measure) und PREMs (Patient-Reported Experience Measure) messen nicht nur den Einfluss von (medizinischen) Interventionen auf Funktionsfähigkeit, Lebensqualität und Wohlbefinden aus Patientensicht, sie erfassen auch die erfahrene Qualität der erfahrenen (Gesundheits-)Versorgung.

Wirkung ist daher mehr und etwas anderes als in manchen ausgefeilten Studien empirisch „nachgewiesen“ wird und Evaluationserfordernisse und -möglichkeiten entwickeln sich weiter.

Das gilt es zu berücksichtigen, wenn Sie die Beiträge in diesem Heft lesen. Die ersten vier Beiträge sind Forschungs- bzw. Studienbeiträge: sehr unterschiedlich und höchst interessant. Wir steigen ein mit Stefan Schmidt, der einen hervorragenden Überblick über die aktuelle Studienlage mit Schwerpunkt Gesundheit und Ökonomie gibt. Dann folgt ein Beitrag von Jonathan Bodenheimer und Peter Schanbacher aus der Schweiz über die Wirksamkeit des Case Managements in der beruflichen Reintegration. Die Autoren versprechen „eine Studie anstelle von Mutmaßungen“. Neben den Ergebnissen (Re-Integrationsquote – das ist schon beeindruckend) stehen hier besonders die methodischen Fragen der Bildung verschiedener (Vergleichs-)Gruppen im Mittelpunkt. Marco Alibone, Florian Wenz, Christine Unger und Katja Wimmer



Prof. Dr. Peter Löcherbach

evaluieren mit einer vollstandardisierten, qualitativen Befragung (und der Option für fakultative Erläuterungen) ein Programm für Patienten mit höhergradiger Herzinsuffizienz und für Diabetiker mit Komplikationen in der hausärztlichen Versorgung. Der vierte Studienbeitrag: Evaluierung des Schlaganfall-Kinderlotsenprogramms aus Sicht der Eltern und Lotsen sowie der Qualitätssicherung im Hinblick auf das Case Management wird von Birgit Proding, Elmar Stegmeier, Waltraud Egger, Franziska Müller, Julia-Elisabeth Waldmann und Steffen Berweck verantwortet. Die Ergebnisse zur ersten Thematik wurden methodisch durch Befragung (Fragebogen) der Eltern erhoben, die zweite Forschungsfrage (Qualität) durch Analyse verschiedener Dokumente im Lotsenprogramm eruiert. Und die Bedeutung von ICF und ICHI-Code wird ganz nebenbei mit vermittelt bzw. aktualisiert.

Diese Beiträge zeigen die angesprochene Bandbreite von Forschung im CM: wie gesagt, Evaluation im CCM hat sehr viele Möglichkeiten und es ist wichtig, dass neben Forscher:innen auch Praktiker:innen ihre Erfahrungen und Ergebnisse veröffentlichen. Da besteht, wie gern umgangssprachlich konstatiert wird, noch „Luft nach oben“.

Als fünfter Beitrag im Heft findet sich ein zentraler Theoriebeitrag. Er beschäftigt sich mit Sorgegemeinschaften in Deutschland, mit aktuellen Ansätzen zur Klärung dieses unscharfen Begriffs, von Tobias Wörle, Petra Gaugisch, Madeleine Renyi und Kathrin Deisenhofer. Wie wichtig der Beitrag für die fachliche Auseinandersetzung ist, erschließt sich beim Lesen: verschiedene Definitionen werden in ihrer Reichweite und Konzeption vorgestellt. Im Sinne des Care und Case Managements wird eine Perspektive auf Sorgegemeinschaften eingenommen, die auf das systematische Zusammenwirken zwischen Einzelfall- und Systemebene fokussiert. Im Hinblick auf die Weiterentwicklung, wenn es um Steuerung, Planung und Ausgestaltung und, nicht zuletzt, um Zugang und Teilhabegerechtigkeit (also Partizipation) solcher informell und technisch unterstützter lokaler Sorgenetzwerke geht, stellen sich Ein- und Abgrenzungsfragen (bottom-up-/top-down-Vorstellungen).

Der praxisbezogene Beitrag von Kristin Jansen stellt digitale Tools in der rechtlichen Betreuung und im Betreuungsmanagement vor, die als Selbstbestimmungs-Verstärker für Klienten genutzt werden können. Anschaulich und mit Fallbeispielen belegt präsentiert die Autorin digitale Tools und schlussfolgert, dass „...der digitale Raum, wie kaum ein anderer, vielfältige Möglichkeiten [bietet], individuelle Defizite auszugleichen und Klienten in die Lage zu versetzen, Angelegenheiten wieder selbstständig zu erledigen und ein aktiver Teil des Hilfeprozesses zu sein.“

Und, wie in jedem Heft, finden Sie aktuelle Berichte und Informationen der Fachgesellschaften, dazu eine Rezension, einen Leserbrief und ein Interview mit dem Dezernenten für Gesundheit und Soziales beim Landkreis Graftschaft Bentheim: Thomas Klie befragt Herrn Lödten zu den Erfahrungen mit dem Pflegekompetenzzentrum. Auch dies ist ein Aspekt von Evaluation.

Ich wünsche Ihnen genügend Geduld beim Lesen der Beiträge und hoffe auf viele „Aha-Erlebnisse“ in Bezug auf Nachweise von Effekten des Care und Case Managements. Nicht, dass es Ihnen mit der Evaluation so geht wie in der folgenden Geschichte: Unter einer Straßenlaterne steht ein Mann und sucht und sucht. Ein Polizist kommt daher, fragt ihn, was er verloren habe, und der Mann antwortet: „Meinen Schlüssel.“ Nun suchen beide. Schließlich will der Polizist wissen, ob der Mann sicher ist, den Schlüssel gerade hier verloren zu haben, und jener antwortet: „Nein, nicht hier, sondern dort hinten – aber dort ist es viel zu finster.“ (Paul Watzlawick).



Ihr
Peter Löcherbach

INHALT

- | | | | |
|----|---|----|--|
| 1 | Editorial
Peter Löcherbach | 21 | Sorggemeinschaften in Deutschland: Aktuelle Ansätze zur Klärung eines unscharfen Begriffs
Tobias Wörle, Petra Gaugisch, Madeleine Renyi, Kathrin Deisenhofer |
| 4 | Wirkungsweisen durch Case Management
Stefan Schmidt | 28 | Digitale Tools als Selbstbestimmungs-Verstärker für Klienten in der rechtlichen Betreuung und im Betreuungsmanagement
Kristin Jansen |
| 8 | Die Wirksamkeit des Case Managements in der beruflichen Reintegration
Jonathan Bodenheimer, Peter Schanbacher | 33 | Case Management – vom Innofondsprojekt in die Regelstruktur
Interview mit Gert Lödden |
| 13 | VERAH® TopVersorgt: Nutzen und Wirkung für Patienten und Hausarztpraxen
Marco Alibone, Florian Wenz, Christine Unger, Katja Wimmer | 36 | Berichte und Termine DGCC, Netzwerk CM Schweiz, ÖGCC |
| 18 | Evaluierung des Schlaganfall-Kinderlotsenprogramms aus Sicht der Eltern und Lotsen sowie der Qualitätssicherung im Hinblick auf das Case Management
Birgit Prodingler, Elmar Stegmeier, Waltraud Egger, Franziska Müller, Julia-Elisabeth Waldmann, Steffen Berweck | 45 | Leserbrief |
| | | 46 | Rezension |
| | | 48 | Impressum |

Bitte beachten Sie die Beilage zum 19. Fachkongress und Mitgliederversammlung der DGCC am 20. bis 22. Juni 2024 in der Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

Wirkungsweisen durch Case Management

Überblick zur aktuellen Studienlage mit Schwerpunkten auf Gesundheit und Ökonomie

International gibt es zahlreiche Studien zum Case Management (CM), die positive Effekte und Wirkungen im Ergebnis zeigen. Die Ergebnisse lassen sich jedoch nicht per se übertragen, da sie abhängig sind von den Rahmenbedingungen der jeweiligen Gesundheits- und Sozialsysteme. Dieser Beitrag gibt einen kurzen Überblick zum internationalen Forschungsstand und fokussiert anschließend CM-Studien, die inzwischen für den D-A-CH-Raum vorliegen.

CM international: Evidenz für Wirksamkeit durch Übersichtsarbeiten und randomisierte kontrollierte Studien (RCT)

Die internationale Forschungslage zum CM präsentiert eine hohe Evidenz für seine Wirksamkeit durch Übersichtsarbeiten und randomisierte kontrollierte Studien (RCT).

Eine umfassende Übersichtsarbeit analysierte 105 Studien und ergab positive Effekte von CM auf die körperliche Gesundheit. Die breite Studienbasis stützt die Erkenntnis, dass CM einen nachweislichen Beitrag zur Verbesserung der physischen Gesundheit leisten kann (Weightman et al. 2023). McParland et al. (2022) zeigen durch ihr Review, das 20 Studien umfasst, positive Auswirkungen von CM auf die Lebensqualität von Klient:innen. Darüber hinaus zeigte sich ein positiver Einfluss auf die Bewältigung von Krankheiten, die Schmerzreduktion und eine verbesserte Ernährung. Für Personen mit chronischen Erkrankungen wie Parkinson zeigte eine Analyse von Geerlings et al. (2023) mit 27 Studien positive Effekte von CM auf die Bewältigung von Angst und Depression. Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung von CM als unterstützende Maßnahme für psychische Gesundheitsaspekte bei chronischen Erkrankungen.

Checa et al. (2022) führten ein Review mit 30 Studien durch, das eine Reduktion der Mortalitätsrate nachwies. Des Weiteren zeigte sich nach sechs Monaten eine verbesserte Lebensqualität und eine signifikante Verringerung von Krankenhausaufenthalten. Die Befunde belegen die potenziellen Langzeiteffekte von CM auf die Überlebensraten und die Reduktion von Klinikbesuchen. Neben Übersichtsarbeiten stützt auch eine RCT von Cohen et al. (2022) die Wirksamkeit von CM. In dieser Studie wurde eine klare Reduktion der Notfallversorgung dokumentiert. Die Ergebnisse der Studie unterstreichen die Bedeutung von CM als präventive Maßnahme, um die Häufigkeit von Notfalleinsätzen zu verringern.

Zusammenfassend zeigt die internationale Evidenz, dass CM einen erheblichen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität leisten kann. Die Vielfalt der untersuchten Dimensionen, von physischer Gesundheit bis hin zu psychischem Wohlbefinden, unterstreicht die umfassende Wirkung des Verfahrens.

CM im D-A-CH-Raum: Auswirkungen von CM auf den Gesundheitsstatus

Die aktuelle Forschung im Bereich Gesundheit belegt die positiven Auswirkungen von CM auf unterschiedliche Aspekte des Gesundheitswesens. Mehrere Studien zeigen wichtige Erkenntnisse zu den verbesserten Gesundheitsindikatoren, der Lebensqualität bei Klient:innen und der Effizienz der Gesundheitsversorgung durch CM. Şahin et al. (2018) untersuchten in ihrer Studie die Auswirkungen von CM auf den allgemeinen Gesundheitszustand, die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die psychische Gesundheit. Die Ergebnisse zeigten signifikante Verbesserungen in diesen Bereichen, was auf die ganzheitliche Wirkung von CM auf die Gesundheit hindeutet. Bodechtel et al. (2016) konzentrierten sich auf die Lebensqualität ihrer Klient:innen und fanden heraus, dass diese durch CM erheblich gesteigert wurde. Mehrere Studien, darunter Untersuchungen von Siebenhofer et al. (2019), Hendricks et al. (2014) und Rümenapf et al. (2013), dokumentierten signifikant geringere Spitaleinweisungen bei Personen, die von CM profitierten. Die Erkenntnisse untermauern die Bedeutung von CM bei der Reduzierung von Krankenhausaufenthalten und damit verbundenen Kosten.

Die Forschung hebt auch die Bedeutung von CM für die Verbesserung der Kontinuität in der Versorgung, der Sicherheit und der Zufriedenheit der Klient:innen hervor. Şahin et al. (2018) und Wilfling et al. (2021) stellten fest, dass CM dazu beiträgt, die Versorgung nahtlos zu gestalten und ein höheres Maß an Sicherheit und Zufriedenheit bei Patient:innen zu gewährleisten.

Die Wirkungen von CM zeigen sich in verschiedenen Dimensionen, abhängig von den spezifischen Kontexten und Zielen der jeweiligen Anwendungen. Hier sind einige Wirkungen, die in Studien in Deutschland, Österreich und der Schweiz identifiziert wurden:

1. **Verbesserte Koordination und Integration:** CM zielt darauf ab, die Zusammenarbeit und Koordination zwischen verschiedenen Dienstleistungsanbietern zu verbessern. Eine bessere Integration von Diensten führt oft zu effizienteren und effektiveren Versorgungsprozessen.
2. **Individuelle Bedarfsdeckung:** Durch die Fokussierung auf den individuellen Bedarf von Menschen mit komplexen Anforderungen kann CM dazu beitragen, maßgeschneiderte Unterstützung anzubieten. Dies kann zu einer höheren Zufriedenheit der betroffenen Personen führen.
3. **Verbesserte Lebensqualität:** In vielen Fällen hat CM das Ziel, die Lebensqualität der Personen zu verbessern. Dies kann durch eine optimierte Gesundheitsversorgung, soziale Unterstützung und bessere Bewältigungsmöglichkeiten erreicht werden.
4. **Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen:** Insbesondere im Gesundheitswesen wird CM eingesetzt, um Ressourcen effizienter zu nutzen, die Anzahl der Krankenhausaufenthalte zu reduzieren und die Gesamtkosten der Versorgung zu minimieren.
5. **Reduzierung von Fragmentierung:** CM kann dazu beitragen, die Fragmentierung von Dienstleistungen zu verringern, indem es eine holistische und koordinierte Herangehensweise fördert. Dies ist besonders wichtig für Personen mit komplexen und vielfältigen Bedürfnissen.
6. **Stärkung der Selbstbestimmung:** Indem Case Manager:innen mit den betroffenen Personen zusammenarbeiten und ihre Bedürfnisse und Präferenzen berücksichtigen, kann dies zu einer Stärkung der Selbstbestimmung und Autonomie führen.

Es ist wichtig anzumerken, dass die Wirkungen von CM stark von der Qualität der Umsetzung, der Ausbildung der Case Manager:innen und den strukturellen Rahmenbedingungen abhängen. Die Forschung in Deutschland, Österreich und der Schweiz betont die Bedeutung der kontinuierlichen Evaluation und Anpassung von Case-Management-Programmen, um optimale Ergebnisse zu erzielen.

Insgesamt verdeutlicht der Stand der Forschung im Bereich Gesundheit, dass CM nicht nur auf individueller Ebene positive Auswirkungen auf den Gesundheitszustand und die Lebensqualität hat, sondern auch auf systemischer Ebene durch die Reduzierung von Spitaleinweisungen und die Verbesserung der Versorgungskontinuität.

Studien weisen auf eine verbesserte Funktionalität, ein geringeres Risiko für Mangelernährung und eine Reduzierung von Arztbesuchen sowie positive Effekte auf die psychische Gesundheit hin: Eine Studie von Kirchberger et al. [2015] ergab, dass CM mit einem verbesserten Funktionsstatus einhergeht. Klient:innen zeigten eine gesteigerte Fähigkeit zur Bewältigung von Alltagsaktivitäten, was auf die gezielte Unterstützung durch CM zurückzuführen ist. Darüber hinaus konnte ein geringeres Risiko für Mangelernährung festgestellt werden, was auf die präventive Wirkung von CM in Bezug auf ernährungsbedingte Probleme hinweist.

Lukaschek et al. [2022] fokussierten auf die Reduzierung von erforderlichen Arztbesuchen und die Besserung bei Panikstörungen durch CM. Die Ergebnisse zeigten einen deutlichen Rückgang von Arztbesuchen, was auf eine effektive Gesundheitsüberwachung und präventive Maßnahmen durch CM hindeutet. Zusätzlich konnte eine Besserung bei Panikstörungen festgestellt werden, was auf die unterstützende Funktion von CM im Bereich psychischer Gesundheit hinweist. Hunger et al. [2015] untersuchten die Auswirkungen von CM auf Alltagsaktivitäten und die psychische Gesundheit. Bezüglich der psychischen Gesundheit wurden Verbesserungen festgestellt, jedoch nicht in allen Fällen signifikant.

Zusammenfassend verdeutlichen vorliegende Forschungsergebnisse, dass CM inzwischen auch für den D-A-CH-Raum wichtige Erkenntnisse liefert und auf positive

Wirkungsweisen abzielt. Der verbesserte Funktionsstatus, das geringere Risiko für Mangelernährung, die Reduzierung von Arztbesuchen und positive Effekte auf die psychische Gesundheit unterstreichen die vielseitigen Wirkungsweisen durch CM.

CM im D-A-CH-Raum: Ökonomische Aspekte

Die vorliegenden Studien geben Einblick in die ökonomischen Auswirkungen von CM, sowohl in Bezug auf Kostenreduktion als auch auf verbesserte Arbeitsstrukturen und Arbeitsprozesse. Ulrich et al. [2019] präsentierten Ergebnisse, die darauf hindeuten, dass die Kostenreduktion durch CM nicht immer signifikant ist. Dies betont die Komplexität der ökonomischen Auswirkungen und die Notwendigkeit, die Kostenaspekte von CM differenziert zu betrachten. Eine Studie von Seidl et al. [2017] lieferte jedoch ermutigende Ergebnisse, indem sie zeigte, dass CM kostenneutral arbeitet und gleichzeitig den Gesundheitszustand verbessert. Dies legt nahe, dass die Implementierung von CM ökonomisch nachhaltig sein kann, ohne Kompromisse bei der Gesundheitsversorgung einzugehen. Gessl et al. [2022] und Strupp et al. [2018] betonten in ihren Untersuchungen die verbesserte Arbeitsstruktur und Arbeitsprozesse durch CM. Die Optimierung von Abläufen und die gezielte Koordination von Dienstleistungen können zu Effizienzsteigerungen führen und langfristig ökonomische Vorteile bieten, bei gleichzeitiger Verbesserung einer gesundheitlichen Versorgung. Von der Warth et al. [2022] fokussierten auf die Auswirkungen von CM auf die Arbeitsmarktintegration. Die Ergebnisse zeigten eine höhere Arbeitsmarktmotivation bei den Personen sowie einen verbesserten Einstieg in die Arbeitswelt. Die Autor:



Die Wirksamkeit des Case Managements in der beruflichen Reintegration

Eine Studie anstelle von Mutmassungen

Die PK Rück Lebensversicherungsgesellschaft für die betriebliche Vorsorge AG bekennt sich bei den durch sie betreuten Arbeitsunfähigkeitsfällen zum Grundsatz des aktiven Leistungsfallmanagements. Früh gemeldete Fälle sollen intensiv betreut werden, um eine möglichst hohe Reintegrationsquote zu erreichen. Dabei spielt das Case Management (CM) eine wesentliche Rolle. Diese Feststellung wird nun auch durch die Resultate einer entsprechenden Wirksamkeitsstudie untermauert: Im Rahmen eines ganzheitlichen Managements von Invaliditätsrisiken ist CM sowohl wirksam als auch wirtschaftlich.

1 Einführung

Bei länger andauernder Arbeitsunfähigkeit steigt das Risiko, dass die Invalidenversicherung (IV) am Ende eine Invalidenrente zuspricht – mit dem Resultat, dass auch aus der beruflichen Vorsorge eine Rente gewährt werden muss. Das wird teuer. Wenn beispielsweise eine Pensionskasse für eine 35-jährige versicherte Person bis zum Pensionsalter, sprich während 30 Jahren, eine Invalidenrente von CHF 30'000 zu bezahlen hat, ergibt das eine Gesamtsumme von über einer Million CHF. Diese hohen IV-Leistungen schlagen sich in hohen Sozialausgaben vieler Länder nieder (Burkhauser et al., 2016).

Die Wiedereingliederung bei einer länger anhaltenden Arbeitsunfähigkeit stösst auf hohe Akzeptanz (Böheim and Leoni, 2017). Betroffene, Arbeitgeber und Pensionskassen beurteilen die Massnahmen weitgehend positiv (Pärli et al., 2013).

Seiberlich et al. (2022) zeigen, dass CM effektiv ist und als Teil eines umfassenden Lösungssystems in vielen Fällen eine IV-Rente verhindern kann. Wir gehen im Folgenden auf die wichtigsten Ergebnisse und Rückschlüsse der Studie ein. Die PK Rück Lebensversicherungsgesellschaft für die betriebliche Vorsorge AG (nachfolgend PK Rück genannt) wurde im Jahr 2004 durch fünf Pensionskassen gegründet. Die Idee – deren Umsetzung sich bewährt hat – war, einen Versicherungspool mit Genossenschaftscharakter zu schaffen, der allen Pensionskassen offensteht. Biome-

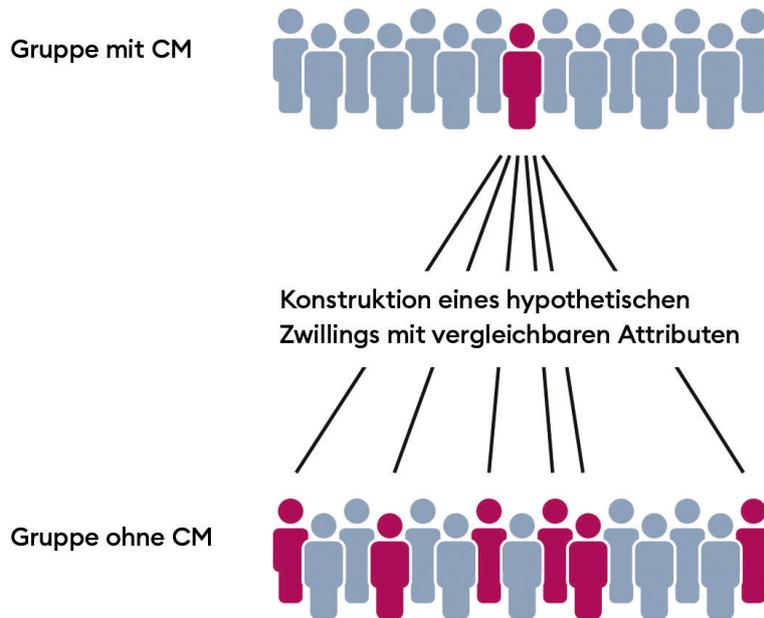
trische Risiken (Tod, Invalidität) werden im Rahmen eines Rückdeckungsmodells gemanagt. Da gut beherrschte Risiken zu tieferen Versicherungsprämien führen, ist die aktive Förderung und Umsetzung von Unterstützung bei der beruflichen Reintegration in der DNA der PK Rück verankert. So erstaunt es nicht, dass die PK Rück seit ihrer Gründung stets für einen massgeblichen Anteil der Leistungsfälle ein CM – durchgeführt durch einen der externen Anbieter aus dem Partner-Netzwerk – veranlasst hat, und dies mit Erfolg.

Von der Richtigkeit ihrer Sache sind alle überzeugt, die in der Welt der beruflichen Reintegration tätig sind. Daher sind sie der Auffassung, dass professionelle Unterstützung bei der Koordination und dem Führen eines Falles Resultate zeitigt und entsprechenden Erfolg mit sich bringt. Aber in einem Umfeld, das nach betriebswirtschaftlichen Kriterien funktioniert, stellt sich unweigerlich die Frage nach der Wirksamkeit, die irgendwann schlüssig beantwortet werden muss: Wie effektiv ist CM? Datenbasierte Evidenz für die Effektivität des CMs gab es bislang kaum (vgl. Draheim et al., 2020), weshalb die PK Rück zur Klärung dieser Frage eine Studie in Auftrag gegeben hat (Seiberlich et al., 2022). Dabei stellte gerade die Bestimmung der Effektivität eine Herausforderung dar, wie das hypothetische Beispiel veranschaulicht (siehe Tabelle 1). Eine Pensionskasse hat jeweils 10 Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Unfällen (Reintegrationsrate von 90 %) und Depressionen (Reintegrationsrate 10 %). Angenommen ein

	Leichte Unfälle	Depressionen (ohne CM)	Total (ohne CM)	Depressionen (mit CM)
Reintegrationsrate (Reintegrationen pro Anzahl Arbeitsunfähigkeiten)	90 % = 9/10	10 % = 1/10	50 % = 10/20	30 % = 3/10

Tab. 1: Hypothetisches Beispiel

Propensity Score Matching (PSM) ermöglicht den Vergleich mit/ohne Case Management (CM)



Die durchschnittliche Reintegrationsrate der Personen ohne Case Management dient als Vergleichsbasis für die eine Person mit Case Management. So lässt sich die Wirkung der Massnahmen aufzeigen.

Abb. 1: Darstellung Propensity Score Matching (PSM)

Case Manager würde [sinnvollerweise] die zweite Gruppe betreuen, wird trotz guter Arbeit (Anstieg der Reintegrationsrate von 10 % auf 30 %) die absolute Reaktivierungsrate der durch CM betreuten Personen deutlich schlechter als die durchschnittliche Reaktivierungsrate aller Personen (50 %) sein. Der Vergleich der durchschnittlichen Reintegrationsrate der Personen mit CM vs. Personen ohne CM lässt also keine Schlüsse auf die Effektivität des CMs zu. Das Problem ist, dass wir nicht beobachten können, ob eine betreute Person sich auch reintegriert hätte, wenn sie kein CM bekommen hätte. Diesen kontrafaktischen Fall gilt es statistisch zu schätzen.

Dieser Artikel ist wie folgt strukturiert: Im zweiten Abschnitt präsentieren wir die Daten der Studie. Abschnitt drei erläutert die verwendete Methode. Ergebnisse werden in Abschnitt vier diskutiert. Abschnitt fünf fasst die Ergebnisse zusammen und gibt einen Ausblick auf die weitere Forschung.

2 Daten

Die Zielvariable in unserem Datensatz ist die Unterscheidung zwischen zwei Ergebnissen bei abgeschlossenen Geschäftsvorfällen: Konnte die betroffene Person wieder in den Arbeitsmarkt eingegliedert werden oder bezieht sie eine IV-Rente? Um den Effekt von CM zu bestimmen,

verwenden wir die binäre Variable CM (ja/nein) als erklärende Variable.

Für die Analyse verwenden wir weiterhin die Merkmale Alter, Geschlecht, Meldedauer, Arbeitsunfähigkeitsdauer, Leistungsbeginn, Diagnosegruppe (z.B. Bewegungsapparat, Nerven, Psychisch, Unfälle, Andere), Lohn, Risikosumme, Region, Sprache und Arbeitsverhältnis. Der Datensatz wird gesäubert, so dass nur noch Geschäftsvorfälle ohne fehlende Attribute enthalten sind. Der resultierende Datensatz enthält 20'014 von ursprünglich 32'041 Arbeitsunfähigkeitsfällen. Der Hauptgrund für die Reduktion ist die Bedingung, dass der Geschäftsvorfall abgeschlossen sein muss. Die genannten Daten bieten eine solide Grundlage für die Analyse des CMs und ermöglichen es, die Versicherungsfälle besser zu verstehen und geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung und Kostenkontrolle zu ergreifen.

Mit einer beschreibenden statistischen Untersuchung analysieren wir die Gruppe der Personen mit CM und derjenigen ohne CM. Vergleicht man die beiden Gruppen, so findet man [analog zum einleitenden Beispiel, Tabelle 1], dass Personen mit CM eine geringere Reintegrationsrate (83 %) gegenüber denjenigen ohne CM aufweisen (90 %). Es zeigen sich zwar nur geringe personelle Unterschiede in



VERAH[®] TopVersorgt: Nutzen und Wirkung für Patienten und Hausarztpraxen

Qualitative Evaluation eines Versorgungsprogramms der hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg

Um den vielfältigen Bedarfen in der Versorgung v.a. chronisch kranker Patienten gerecht zu werden und um die Versorgungseffizienz zu erhöhen, wurde im Rahmen der HzV der Bosch BKK, der VAG Betriebskrankenkassen sowie der HÄVG und der MEDIVERBUND AG das Versorgungsmodul VERAH[®] TopVersorgt entwickelt. Durch den Einsatz speziell qualifizierter Versorgungsassistenten/-innen (VERAH[®]) [1], welche die Hausärztin bzw. den Hausarzt durch die Übernahme genau definierter Aufgaben in der Betreuung der Patienten unterstützen, wurden die (Mit)Verantwortung und die Autonomie von Patienten i.S. eines aktiven Patienten-Empowerments gestärkt. [2] Die Ergebnisse der qualitativen Evaluation des Versorgungsprogramms werden in diesem Artikel dargestellt.

1 Einführung/Hintergrund

Basis für die Entwicklung des Versorgungsprogrammes VERAH[®] TopVersorgt im Rahmen der selektivvertraglichen, hausarztzentrierten Versorgung (HzV) der Bosch BKK und der VAG Betriebskrankenkassen gemeinsam mit der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft AG (HÄVG) und der MEDIVERBUND AG in Baden-Württemberg war die Erwartung, dass Patienten der HzV weniger häufig ungeplante Krankenhausaufenthalte benötigen als Patienten in der Regelversorgung. Durch strukturierte Versorgungsaktivitäten sollen Versorgungsdefizite und instabile häusliche Situationen vermieden werden. Eine dieser Aktivitäten besteht im Versorgungsprogramm VERAH[®] TopVersorgt, das für Patienten mit höhergradiger Herzinsuffizienz und für Diabetiker mit Komplikationen entwickelt und vertraglich vereinbart wurde. Dieser Artikel beschreibt die Ergebnisse einer standardisierten Befragung von teilnehmenden Patienten und Hausärzten/-innen sowie von Versorgungsassistenten/-innen in der Hausarztpraxis (VERAH[®]) am Versorgungsmodul VERAH[®] TopVersorgt. Das Modul umfasst im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V regelmäßige Beratung und Schulung von Diabetikern und herzinsuffizienten Patienten. Die Patienten erhalten individuelle, motivierende Beratungen zu ihrer Medikation, zur Therapieadhärenz, dem Krankheitsverlauf, zu Komorbiditäten und zu ihrer häuslichen Versorgung – auf Wunsch auch unter Einbeziehung ihrer Familienmitglieder oder Patientenbegleitern (Case Manager) ihrer Krankenkasse. Das übergeordnete Ziel des Versorgungsprogramms besteht darin, die vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen der Patienten zu stärken, um einen sicheren Umgang

und eine bessere Bewältigung der eigenen Erkrankung zu fördern. Um dies zu erreichen, setzt VERAH[®] TopVersorgt v.a. auf ein Schulungs- und motivierendes Beratungskonzept sowie auf regelmäßige Betreuung der Patienten durch die VERAH[®]. [2] Solch ein Ansatz erfordert ein Mindestmaß an Lern- und Schulungsfähigkeiten der teilnehmenden Versicherten. Daher wurden vertraglich genau definierte Ein- und Ausschlusskriterien für die Teilnahme an dem Programm vereinbart. VERAH[®] TopVersorgt bleibt trotz dieser Kriterien ein niederschwelliges Programm, welches vielen Patienten einen unkomplizierten Zugang gewährleistet. Der Aufwand zur Teilnahme ist unbürokratisch und erfolgt durch Patientenauswahl direkt in der Hausarztpraxis. Versicherte sind Teilnehmer, sobald die erste Beratung für das Programm durch den Hausarzt sowie die Betreuung durch die VERAH[®] erfolgt. Zum Zeitpunkt der Befragung nutzten bereits 2.634 Versicherte von 26 Betriebskrankenkassen das Versorgungsangebot VERAH[®] TopVersorgt.

Zum Zweck der Qualitätssicherung wurde vertraglich die Evaluation des von Patienten, Hausärzten und VERAH[®] wahrgenommenen Nutzens festgelegt. [3] Die teilnehmenden Versicherten wurden mittels eines standardisierten Fragebogens schriftlich von ihren jeweiligen Krankenkassen zu dem Programm befragt. Hausärzte und Versorgungsassistenten/-innen erhielten online einen standardisierten Fragebogen von der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft AG (HÄVG). Die Befragungen zielten auf die Evaluierung des von Patienten und von professioneller Seite wahrgenommenen Nutzens von VERAH[®] TopVersorgt ab. Dass v.a. chronisch kranke Menschen von der HzV Baden-Württemberg profitieren und dies auch von den Betroffenen grundsätzlich wahrgenommen wird, zeigen

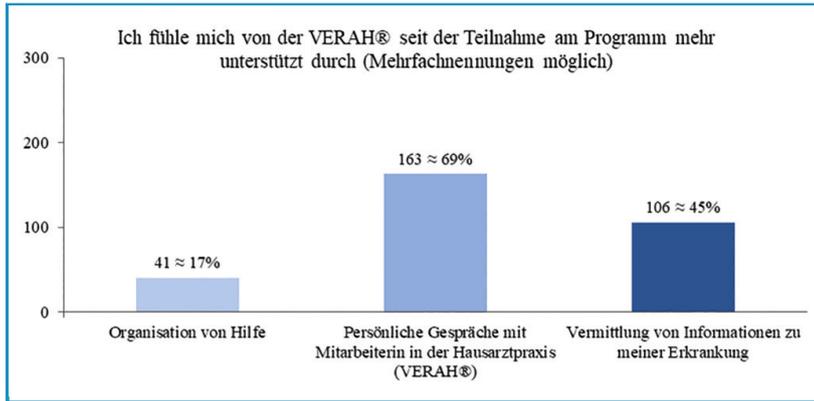


Abb. 1: Worin fühlen sich die Patienten durch die VERAH® unterstützt?

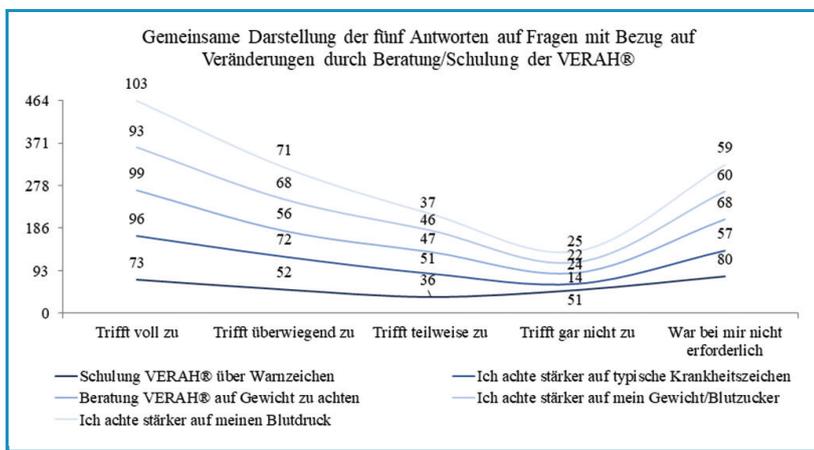


Abb. 2: Wahrgenommene Veränderung auf Seiten der Patienten durch das Beratungs-/Schulungsangebot

bereits erste Studien. [1] [4] Die in diesem Paper dargestellten Ergebnisse spiegeln weitestgehend die bisherigen Erkenntnisse aus der HzV und bestätigen diese für das Versorgungsmodul VERAH®TopVersorgt. Überwiegend nahmen die Befragten positive Wirkungen und einen deutlichen Nutzen wahr. Dieser wird sowohl in einer Verbesserung des selbstempfundenen Gesundheitszustandes als auch in der grundsätzlichen Verbesserung der Versorgungsqualität gesehen. Daneben ergaben sich aus der Befragung und deren Interpretation wertvolle Hinweise zur Verbesserung des Programms mit Schwerpunkten in der Patienteninformation und bei medizinischen und sozialen Versorgungsthemen. Aufgrund der positiven Evaluationsergebnisse wurde VERAH® TopVersorgt auch für Patientengruppen nach Myokardinfarkt und nach Schlaganfall erweitert.

2 Methoden

Bei der durchgeführten Evaluation handelt es sich um eine vollstandardisierte, qualitative Befragung mit der ergänzenden Option von Freitextfeldern für fakultative Erläute-

rungen. Insgesamt wurden drei unterschiedliche standardisierte Fragebögen eingesetzt.

Der erste Fragebogen mit insgesamt 21 Fragen richtete sich an die teilnehmenden Versicherten und wurde von den jeweiligen Krankenkassen per Post versendet. Insgesamt schrieben 26 Krankenkassen 2.634 Versicherte an, davon waren 601 Teilnehmer bei der Bosch BKK versichert. Die restlichen Betriebskrankenkassen wurden durch die VAG des BKK Landesverbandes Süd vertreten. Die Auswertung der Patientenfragebögen erfolgte gemeinschaftlich von der Bosch BKK und der VAG. Der zweite und dritte Fragebogen wurde von teilnehmenden Hausärzten und Versorgungsassistenten/-innen in den hausärztlichen Praxen beantwortet. Die Befragung der Ärzte und VERAH® erfolgte in Form einer Onlinebefragung, welche die HÄVG durchführte und auswertete.

3 Ergebnisse

Zur Sekundär- und Tertiärprävention sowie zu Schulungs- und Anleitungszwecken erteilt die VERAH® Instruktionen und berät Patienten und deren Angehörige. Inwieweit Beratungsschwerpunkte von Patienten wahrgenommen werden, zeigen die in Abbildung 1 aufgeführten Antworten.

235 Versicherte gaben 310 (Mehrfach-)Antworten und zeigten damit, wie vielfältig sie sich von der VERAH® unterstützt fühlen. Mit Abstand am häufigsten wurde „das persönliche Gespräch“ als hilfreich erachtet. Auch die Frage nach der Atmosphäre, in welcher die Gespräche stattfanden, zeigt ein deutliches Bild. So geben 61 % der Antwortenden an, ohne Zeitdruck beraten worden zu sein. Ganze 69 % nahmen eine „ruhige Atmosphäre“ wahr. Dieselben Fragen beantworteten die VERAH® selbst mit insgesamt 79 % Zustimmung, so dass die atmosphärische Wahrnehmung der Beratungssituationen auf beiden Seiten vergleichbar ausfällt (Ergebnisse nicht grafisch dargestellt). Den Kern des Versorgungsprogrammes bildet die Schulung und Anleitung der Versicherten durch die VERAH®. Zur Bewertung der wahrgenommenen Veränderungen durch die Patienten zeigt Abbildung 2 die zusammengeführten Ergebnisse aus fünf Fragen zur Selbstbeobachtung von dekompensatorischen Warnsignalen im Krankheitsverlauf. Hier zeigt sich eine deutliche Tendenz zu den Aussagen „Trifft voll zu“ und „Trifft überwiegend zu“. Somit gibt eine



Evaluierung des Schlaganfall-Kinderlotsenprogramms aus Sicht der Eltern und Lotsen sowie der Qualitätssicherung im Hinblick auf das Case Management

Für das Schlaganfall-Kinderlotsen-Projekt der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe wurden identifizierte Anliegen und davon abgeleitete Maßnahmen aus Sicht der Eltern und Lotsen jeweils mittels der WHO-Klassifikationen ICF und ICHI systematisch beschrieben. Ebenso wurde die Erfüllung des Case Managements nach den Standards der DGCC bewertet. Der methodische Ansatz zeigt einen neuen Weg zur konzeptionellen Weiterentwicklung von Patientenlotsenansätzen innerhalb des Gesundheits- und Sozialsystems auf.

Hintergrund

Der kindliche Schlaganfall stellt eine seltene Krankheit dar. Die frühe Schädigung des reifenden Gehirns kann zu kognitiven, motorischen, sprachlichen und anderen Beeinträchtigungen führen, welche die Teilhabe des Kindes im Laufe der Kindheit, Jugend und darüber hinaus beeinflussen können. Welche ambulanten und stationären Versorgungsangebote wie beansprucht werden können, welche Unterstützungsangebote für wen, wo verfügbar sind, sind typische Fragen, mit denen sich Familien schlaganfall-betroffener Kinder beschäftigen, zusätzlich zu den Fragen rund um die Gesundheit und das Wohlbefinden des Kindes. Schlaganfall-Kinderlotsen sind Care und Case Manager:innen. Sie unterstützen und befähigen die Familien, „deren komplexe Lagen durch einen individuellen, koordinierenden Ansatz auf Grundlage einer systematischen Bedürfnis- und Bedarfserhebung“ zu reduzieren und zu beheben [Stegmeier, Löcherbach 2022]. Die Familien werden bis zum 18. Lebensjahr des Kindes begleitet (in Ausnahmen bis zum 23. Lebensjahr). In diesem Zeitraum stellen sich komplexe Lebens- und Versorgungslagen ein, welche jeweils Case Management-Episoden auslösen.

Bisher ist das Schlaganfall-Kinderlotsenprogramm der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe nicht in der Regelversorgung verortet, sondern wird durch Drittmittel gefördert. Eine systematische inhaltliche Evaluierung des Programms wie auch im Hinblick auf die Qualitätssicherung des Case Management-Ansatzes ist noch nicht erfolgt. Daher verfolgte die vorliegende Arbeit zwei Fragestellungen:

1. Welchen Anliegen begegnet das Lotsenprogramm und welche Maßnahmen werden aus Sicht der Eltern und aus Sicht der Lotsen umgesetzt?

2. Inwieweit erfüllt das Schlaganfall-Kinderlotsen-Projekt Qualitätsstandards des Case Managements?

Methodik

Um die erste Frage zu beantworten, wurden folgende Methoden zur Datenerhebung gewählt:

1. Zur Erhebung der Anliegen und Maßnahmen aus Sicht der Eltern wurde ein Fragebogen entwickelt, der in drei Abschnitten folgende Fragestellungen behandelte:
 - geschlossene Fragen zur Familie und Familiensituation sowie eine offene Frage zu den Rollen, die der Lotse aus Sicht der Eltern erfüllt;
 - geschlossene Fragen zu den einzelnen Phasen des Case Management-Prozesses;
 - offene Fragen zu Anliegen, mit denen die Familien an die Lotsen herantreten sind und welche Maßnahmen aus Sicht der Eltern folglich getroffen wurden.
2. Zur Erhebung der Anliegen und Maßnahmen aus Sicht der Lotsen wurde eine Analyse der Falldokumentationen (inkl. Stammdatenerfassung, Anamnesebogen, Ziel- und Maßnahmenplan) durchgeführt.

Datenanalyse: Um Frage 1 zu beantworten, wurde für Daten basierend auf den geschlossenen Fragen des Fragebogens deskriptive Statistik verwendet. Die Analyse der Daten über Anliegen der Familien aus den offenen Fragen der Elternbefragung sowie der Falldokumentation erfolgte mittels der ICF Linking Rules. Die ICF Linking Rules sind eine standardisierte Methode [Cieza et al. 2021], um Daten systematisch zur International Classification of Functioning, Disability



Sorgegemeinschaften in Deutschland: Aktuelle Ansätze zur Klärung eines unscharfen Begriffs

Der Beitrag beleuchtet aktuelle Versuche, den Begriff der Sorgegemeinschaft zu schärfen. Als Projektbeispiel wird die Konzeption von Sorgegemeinschaft aus einem Forschungsprojekt vorgestellt und mit Blick auf aktuelle Zugänge eingeordnet. In Bezug auf Case und Care Management wird eine Perspektive auf Sorgegemeinschaften eingenommen, in der Einzelfall- und Systemebene ineinandergreifen und so zu einer Weiterentwicklung der Angebotslandschaft beitragen. Ausgehend vom Projektbeispiel benennt der Beitrag erste Ansatzpunkte für entsprechende Rahmenwerke, um das Zusammenwirken in Sorgegemeinschaften auch empirisch zu analysieren.

1 Sorgegemeinschaft – ein unscharfer Begriff

Es braucht ein ganzes Dorf, um ein Kind großzuziehen – und, um es dann im Alter zu Hause gut zu versorgen, ließe sich das bekannte afrikanische Sprichwort inzwischen frei ergänzen. Das Altern und die damit unter Umständen verbundene Pflege oder Betreuung im eigenen Zuhause ist die bevorzugte Versorgungsform in Deutschland (Deutsche Stiftung Patientenschutz 2022a und b; Statistisches Bundesamt 2022). Geschultert wird diese zumeist von informell Pflegenden und (semi-)professionellen Akteuren vor Ort. Die große Herausforderung besteht darin, die unterstützenden Leistungen von semi-professionellen (z.B. professionell organisierten Nachbarschaftshilfen) und informellen Akteuren (z.B. Angehörigen, Freunden, Nachbarn oder Ehrenamtlichen) mit der professionellen Versorgung im Sinne einer Sorgegemeinschaft¹ in Einklang zu bringen (Klie 2010; Kricheldorf 2013).

Schon vor geraumer Zeit stellten Klie und Wendt (2014, S. 111) fest, dieser „Begriff der ‚Caring Community‘“ bzw. Sorgegemeinschaft habe Konjunktur. Im Kontext der pflegerischen Versorgung älterer Menschen liegen die Gründe hierfür insbesondere in der demografischen Entwicklung bei abnehmenden Pflegepotenzialen in der Familie, dem Fachkräftemangel in der Pflege und dem Trend zur Ambulantisierung der Pflegeversorgung. Auch steigende Kosten spielen eine Rolle (Schenker 2023, S. 86). Auf sozialpolitischer und normativer Ebene rahmt diese Konjunktur unter anderem der Paradigmenwechsel hin zu einem kooperativen Staat, mit einer verstärkten Einbindung und Aktivierung zivilgesellschaftlicher Pflege- und Unterstützungspotenziale vor Ort (Klie 2022; Klie/Roß

2005). Als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gilt es, Sorgearbeit im Sinne einer „neuen Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung“ (§ 8 Abs. 2 SGB XI) in geteilter Verantwortung aller daran beteiligten Akteure vor Ort gemeinsam zu gestalten.

In der praktischen Umsetzung vor Ort geht es „um die Bündelung und Verzahnung professioneller Dienstleistungen und ergänzender freiwilliger Unterstützungsangebote zur Bewältigung sozialer Aufgaben im (sozial-)räumlich eingrenzenden Kontext von Gemeinschaften“ (Klein 2014, S. 26). Dabei sollen „Mitglieder ‚lokaler Gemeinschaften‘ [...] sowohl auf ihre Bedürfnisse als auch auf ihre Potenziale zur Mitgestaltung hin“ (ebd.) berücksichtigt werden. Insofern sind an diesen sozialpolitischen „Leitbegriff“ (Sempach 2019, S. 33) auch neue Ansprüche der Teilhabe, der Mitgestaltung und Demokratisierung im Kontext von Pflege und Sorge geknüpft (Klie 2022, S. 141; ISS 2014, S. 4). Zudem gewinnt die Kommune neue Bedeutung als (Mit-)Gestalterin und Koordinatorin lokaler Wohlfahrts- und Hilfe-Mix-Strukturen, die mit diesem Leitbild assoziiert werden (Klie 2022, S. 139; Klie 2010; Schulz-Nieswandt 2018a, c sowie 2017b, S. 312f.).

Den Diskurs begleiten aber auch kritische Stimmen. Auf den Vorwurf einer romantisierenden Wiederentdeckung überholter Gemeinschaftsvorstellungen, einer sozial-utopischen Überbetonung organischer Solidaritäten als Gegenbewegung zur Entsolidarisierung und zur Erosion von Pflege- und Sorgepotenzialen in der Familie wurde verwiesen, auch auf die Reproduktion überwunden geglaubter Frauen- und Rollenbilder im Care-Kontext (Klie/Wendt 2014, S. 111). Gewarnt wird vor Tendenzen der De-Professionalisierung bzw. Informalisierung und der Entwertung von Pflegearbeit (van Dyk/Haubner 2021, S. 71f.). Zu befürchten sei zudem die Substitution staatlicher Aufgaben der Daseinsvorsorge durch Professionalisierung

1 Der Begriff Sorgegemeinschaft wird in diesem Text synonym für das englischsprachige caring community und andere, ähnlich lautende Begrifflichkeiten wie Sorgende Gemeinschaft verwendet.

und Instrumentalisierung des zivilgesellschaftlichen Engagements (Schenker 2023, S. 83f.; Schürch/van Holten 2022, S. 279; van Dyk/Haubner 2021, S. 44-49).

2 Sorgegemeinschaft: Aktuelle Perspektiven und Klärungsansätze

Bei näherem Hinsehen erweist sich Sorgegemeinschaft noch immer als unscharfer Begriff. Es lässt sich nur schwer ein einheitliches Verständnis darüber erzielen, was eine Sorgegemeinschaft im Kern ausmacht. Auch aus wissenschaftlicher Sicht ist noch zu klären, welche Charakteristika und Analyseperspektiven sich eignen, um Sorgegemeinschaften empirisch zu beschreiben und zu analysieren.

Neuerdings sind jedoch vermehrt Konkretisierungs- und Systematisierungsversuche zu verzeichnen. Von offiziellen Stellen finden sich zunächst eher allgemein gehaltene Definitionsansätze. Auf das „gelingende Zusammenspiel von Bürgerinnen und Bürgern, Staat, Organisationen der Zivilgesellschaft und professionellen Dienstleistern in der Bewältigung der mit dem demografischen Wandel verbundenen Aufgaben“ wurde etwa vom BMFSFJ verwiesen (ISS 2014, S. 4). Im Kontext von Pflege und Sorge vor Ort versteht das BMBF (2021) darunter „Formen gegenseitiger Unterstützung jenseits klassischer Familiennetze [...], bestehend aus informell und gegebenenfalls professionell Pflegenden sowie weiteren Akteuren [z. B. Verwaltung, Vereine, Initiativen, Verbände, Kirchen und Religionsgemeinschaften, Privatwirtschaft]“.

Eine auffallend offene, bottom-up-orientierte Perspektive pflegt das Schweizer Netzwerk Caring Communities. Sorgegemeinschaften versteht man dort auch als „Antwort auf die unverbindliche Netzwerkkultur der Postmoderne“, die als „erlebbar und verbindliche Gemeinschaft postuliert und gelebt“ werde (Verein Netzwerk Caring Communities 2023). Dementsprechend unspezifisch sieht man Sorgegemeinschaft als „Gemeinschaft, in der Menschen füreinander sorgen und sich gegenseitig unterstützen. Gemeinsam wird Verantwortung für soziale Aufgaben wahrgenommen, wobei Vielfalt, Offenheit und Partizipation beachtet und gestaltet werden“ (ebd.). Betont werden hier die sozial-integrativen und reformatorischen Kräfte organischer gewachsener, sozialer Gemeinschaften.

Im ebenfalls eher bottom-up-orientierten Zugang von Wegleitner und Schuchter (2021, S. 51) sind Sorgegemeinschaften soziale Vergemeinschaftungen, für die neben geteilten Interessen gemeinsame identitätsstiftende Bezüge (auch zu einem bestimmten physischen Raum) konstitutiv sind. Sie stellen Netzwerke sozialer Interaktionsbeziehungen dar, in denen Pflege, Sorge und Unterstützung organisiert werden, im Einzelfall aber zu sehr unterschiedlich ausgeprägten Sorge- und Unterstützungsarrangements führen können. Prägend sei zudem deren Offenheit und Aufnahmebereitschaft für Unterstüt-

zungsbedarfe, Mitgestaltungs- und Veränderungsimpulse von Bürgerinnen und Bürgern aus ihren alltagsweltlichen Realitäten heraus.

Einige Autoren bemühen sich inzwischen verstärkt um die theoretisch-konzeptionelle Eingrenzung des Begriffs anhand konstitutiver Merkmale. Sorgegemeinschaften werden in manchen Fällen zuvorderst als gemeinsame Werthaltung aufgefasst, was ideelle Aspekte wie geteilte Normen, Werte, Wissens- und Handlungsmuster ihrer Beteiligten in den Mittelpunkt rückt (Spiess et al. 2023, S. 245). Gemeinsame Wertemuster (wie z.B. ein positives, ganzheitliches Menschenbild) hebt auch der aktuelle Vorschlag von Zängl (2023) hervor. Darüber hinaus wird dort – ähnlich bei Klein (2014, S. 30) oder Klie (2022, S. 136) – auf ein weites Verständnis von Sorge als „vorausschauende Anteilnahme ihrer Gemeinschaftsmitglieder“ verwiesen (Zängl 2023, S. 11; Ritzi/Ensink 2019). Statt auf ökonomische Gewinnmaximierung zielen Sorgegemeinschaften auf sozialen Mehrwert ab. Sie richten sich an Prinzipien der Reziprozität und der Gemeinwohlorientierung aus. Sie bilden Interessensgemeinschaften, deren Mitglieder Ziele und identitätsstiftende Bezüge im Hinblick auf einen abgrenzbaren sozialen Raum miteinander teilen (z.B. die Identifikation mit einem bestimmten Quartier bzw. Sozialraum; Klein 2014, S. 30f.). Ein enger Nexus besteht dabei zwischen der sorgenden Achtsamkeit für sich selbst, für andere und dem gemeinschaftlichen Tätigwerden auf der sozialräumlichen Ebene (Schulz-Nieswandt 2017b, S. 312f.). Die Beteiligten übernehmen gemeinsam Verantwortung. Wie und zu welchem Grad dabei Kompetenzen, Aufgaben oder Rollen verteilt sind, sei jedoch immer Aushandlungssache (Klein 2014, S. 14). Selbiges gilt für Formen und Grade der Teilhabe und Mitbestimmung, also der Partizipation. In Form der Netzwerke zwischen ihren Mitgliedern sind Sorgegemeinschaften als „genossenschaftsartige Gemeindeordnungen“ (Schulz-Nieswandt 2017b, S. 313 sowie 2018a und b) Quelle für lokales Sozialkapital, Solidarität und Vertrauen. Sie fördern so Inklusion und sozialen Zusammenhalt an der gesellschaftlichen Basis (Schulz-Nieswandt 2017, S. 312f. sowie 2015). Im Schnittpunkt zwischen bottom-up und top-down setzt diese Vorstellung von Sorgegemeinschaften auf ein ausbalanciertes Zusammenspiel von informellen und formalen Anteilen in der Sorgearbeit (Zängl 2023, S. 14f.). Ziel ist ein „Wohlfahrts-Mix, in dem professionell erbrachte Leistungen und Unterstützungsangebote seitens der Zivilgesellschaft und des informellen Sektors in gemeinschaftlicher Kooperation erbracht als gleichwertige, [...] einander ergänzende Elemente verstanden werden“ (ISS 2013, S. 29; zit. nach Zängl 2023, S. 15). In Sorgegemeinschaften werden Staat, Wirtschaft sowie Organisationen und Personen der Zivilgesellschaft sektorenübergreifend gemein-



Impressum

Case Management gehört zu den zentralen Reformperspektiven und Strategien in vielen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens. Dabei werden mit dem Case Management noch höchst unterschiedliche Ansätze, Methoden und Erwartungen verbunden. Die Zeitschrift Case Management will der breiten Diskussion um das Case Management und die Vielfalt seiner praktischen Umsetzung eine qualifizierte Plattform geben.

Case Management wird in weiten Bereichen des Sozialwesens, des Gesundheitswesens, der Pflege und Betreuung, der Integration in Arbeit und des Versicherungswesens gebraucht und eingesetzt. Es bezeichnet die zielwirksame Gestaltung und Handhabung von Versorgungs-, Behandlungs-, Unterstützungs- und Hilfeprozessen sowohl auf der Ebene der Organisations- und Prozesssteuerung (care management), als auch auf der Ebene der individuellen Fallführung. Case Management wird insbesondere für eine integrierte und vernetzte Leistungserbringung und für die Verbindung von systemgesteuerten Dienstleistungen mit der Selbstbestimmung und aktiven Beteiligung von Nutzern angefordert.

Die Zeitschrift widmet sich dieser Thematik umfassend. Ihre Leserschaft sind die Fachkräfte im Case Management, die Einrichtungen der Ausbildung und Weiterbildung im Case Management, die Leistungsträger und Dienstleister, die das Verfahren anwenden oder es implementieren wollen, sowie die politischen Entscheider in der Sozialwirtschaft und Gesundheitswirtschaft und in der Reform der Versorgungssysteme, ihrer Strukturen und Prozesse. Ihren Lesern im deutschsprachigen Raum nutzt die Zeitschrift mit der zeitnahen Vermittlung von Erkenntnissen und Erfahrungen auf dem Gebiet von Care und Case Management. Mit Beiträgen zur Konzeptentwicklung und aus der Anwendungspraxis hält die Zeitschrift die Fachwelt über den state of the art auf dem Laufenden. Das Spektrum der Information, die geboten wird, reicht von Modellen und Projekten, die vorgestellt werden, über Instrumente für die Praxis zu den einzelnen Schritten und in verschiedenen Einsatzgebieten des Verfahrens, über Forschungsergebnisse, Tagungsberichte und Veranstaltungshinweise bis zur Kommentierung von Vorhaben und neuen gesetzlichen Regelungen in den deutschsprachigen Ländern, auf europäischer Ebene und von internationalen Entwicklungen auf dem Gebiet von Care und Case Management.

Die Zeitschrift ist Organ der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management.

Herausgeber/innen

Mona Frommelt, Hans-Weinberger-Akademie, München
 Dr. Anna Hegedüs, Berner Fachhochschule, Bern
 Prof. Dr. Michael Klassen, Hochschule RheinMain
 Prof. Dr. Thomas Klie, Institut AGP Sozialforschung
 Prof. Dr. Peter Löcherbach, Katholische Hochschule Mainz
 Prof. Dr. Hugo Mennemann, Fachhochschule Münster
 Prof. Dr. Michael Monzer, Institut AGP Sozialforschung
 Prof. Dr. Wolf Rainer Wendt, DHBW Stuttgart, Universität Tübingen

Schriftleitung (V.i.S.d.P.)

Prof. Dr. Thomas Klie, Institut AGP Sozialforschung

Fachbeirat

Prof. Dr. Michael Ewers, MPH, Charité-Universitätsmedizin Berlin
 Marius Greuß, Alice Salomon-Hochschule Berlin-Hellersdorf
 Prof. Dr. Martin Schmid, Hochschule Koblenz
 Prof. Dr. Birgit Vosseler, Hochschule Ravensburg-Weingarten

Verlag

medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1,
 69115 Heidelberg, Annette Xandry, Tel. 06221/91496-12, Fax: -20,
 annette.xandry@medhochzwei-verlag.de

Anzeigen

Sabine Hornig, Tel. 06221/91496-15,
 sabine.hornig@medhochzwei-verlag.de,
 Alina Machka, Tel. 06221/91496-17,
 alina.machka@medhochzwei-verlag.de

Satz

Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld

Druck

Schleunigdruck GmbH,
 97828 Marktheidenfeld

Bezug- und Bedingungen

Jahresabonnement Inland € 132,-, Jahresabonnement Ausland € 142,-, Ermäßigt € 94,- gegen gültige Vorlage. Online-Abo € 104,-. Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer, Versand und Zugang zum Online-Archiv. Der Abonnementpreis wird im Voraus in Rechnung gestellt und umfasst 4 Ausgaben jährlich. Kündigungen sind bis 6 Wochen vor Ende des Bezugszeitraums möglich.

Erscheinungsweise

„Case Management“ erscheint viermal jährlich, jeweils zum Ende des Quartals.

Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC), des Netzwerkes Case Management Schweiz und der Österreichischen Gesellschaft für Care und Case Management (ÖGCC) erhalten die Zeitschrift kostenlos im Rahmen ihrer Mitgliedschaft.

ISBN 978-3-98800-052-1

Urheber- und Verlagsrechte

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

Rechtseinräumung

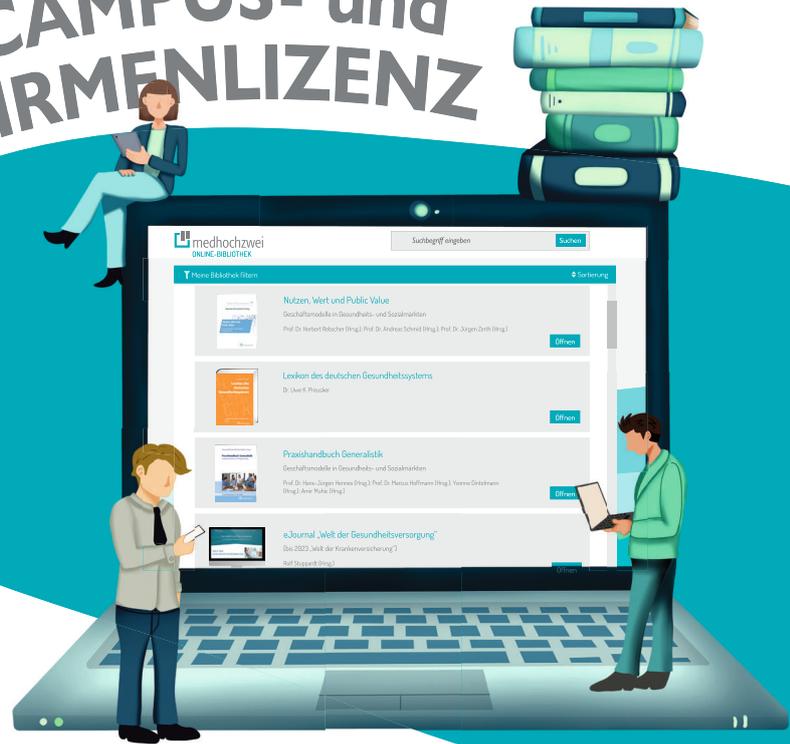
Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt (dies gilt auch für die Wahrung der Anonymität des Patienten bei der Veröffentlichung von Fallberichten).

Der Autor räumt – und zwar auch zur Verwertung seines Beitrags außerhalb der ihn enthaltenden Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

- Das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck – auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zur sonstigen Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen (Abstracts);
- das Recht zur Veröffentlichung einer Mikropie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Wege von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe durch Radio und Fernsehsendungen;
- das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-Rom, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm – sei es unmittelbar oder im Wege der Datenfernübertragung – sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte;
- das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sog. Kopienversandes auf Bestellung.

Auf die für den Versand der Case Management erforderlichen Adressdaten haben im Rahmen der Datenverarbeitung ausschließlich der Verlag, der Kundenservice des Verlages und der Lettershop des Verlages Zugriff.

CAMPUS- und FIRMENLIZENZ



CASE MANAGEMENT – THEMENPAKET –

Alles rund um die Theorie und Praxis von Care und Case Management in einer Lizenz: Im „Case Management“-Themenpaket finden Sie die wichtigsten Werke, die Sie über die Entwicklungen im Einsatz von Case Management im Gesundheits- und Sozialwesen, in der Pflege, in der Beschäftigungsförderung und im Versicherungswesen informieren.

Die medhochzwei Online-Bibliothek verbindet aktuelles Wissen mit einer komfortablen Nutzung über sämtliche Geräte.

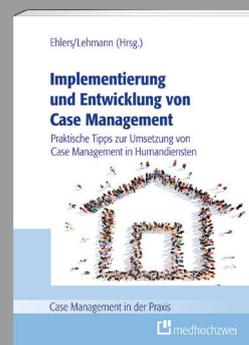
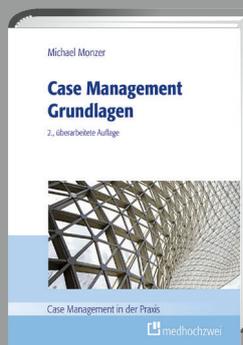
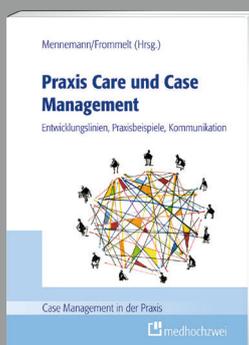
JETZT ANGEBOT ANFORDERN:

campuslizenzen@medhochzwei-verlag.de
www.medhochzwei-verlag.de

Weitere Infos zu den Lizenzmodellen finden Sie hier



Enthalten sind u. a. folgende Titel:



Internationale Pflegefachkräfte anwerben und integrieren

Die Anwerbung internationaler Pflegekräfte ist für viele Gesundheitseinrichtungen eine vielversprechende Chance, ihre Personalsituation zu verbessern. Dabei entsprechen die vorherigen Erwartungen jedoch häufig nicht der Realität, denn Anwerbeprozesse entpuppen sich als komplex, langwierig, bürokratisch und kostenintensiv.

Dieser Praxisleitfaden bietet eine umfassende Orientierung im dichten Dschungel von Anwerbung, Anerkennung, Spracherwerb und Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland. Dabei wird der gesamte Prozess von Experten fundiert dargestellt und so seine einzelnen Bestandteile inklusive Anforderungen und Hindernisse eingängig beleuchtet.

Erfahrene Autoren aus namhaften Gesundheitseinrichtungen und Institutionen gewähren dazu exklusive Einblicke in die praktische Anwerbe- und Integrationsarbeit. Ihre Beiträge sensibilisieren für Bedenken und Unwägbarkeiten und zeigen zudem Best Practice Beispiele. Sie setzen außerdem einen zentralen Fokus auf die persönlichen Sorgen der internationalen Pflegefachkräfte, die ihre Heimat, Familie und Freunde verlassen, um sich in einem unbekanntem Land mit fremder Sprache niederzulassen.



2024. XX, 258 Seiten. € 59,00. Softcover.
ISBN 978-3-98800-015-6



Jetzt bestellen!

www.medhochzwei-verlag.de