



Hochschule Neubrandenburg  
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management  
Studiengang Pflegewissenschaft/Pflegemanagement

**„CASE MANAGEMENT“ – STUDIEN  
FÜR KINDER UND JUGENDLICHE  
VON 0 BIS 18 JAHREN IN DEUTSCHLAND  
SYSTEMATISCHE ÜBERSICHTSARBEIT ZUM AKTUELLEN  
PUBLIZIERTEN FORSCHUNGSSTAND**

**M a s t e r a r b e i t**

zur

Erlangung des akademischen Grades

**Master of Science (M.Sc.)**

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2020-0360-3

Vorgelegt von: *Melanie Hoffmann*

Betreuer: Prof. Dr. rer. medic. Stefan Schmidt

Zweitbetreuer: Prof. Dr. paed. Bedriska Bethke

Tag der Einreichung: *9. November 2020*

# Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	I
Abstract.....	II
Abbildungsverzeichnis.....	III
Tabellenverzeichnis .....	IV
Anhangsverzeichnis.....	V
1. Einleitung .....	1
2. Stand der Forschung und Forschungsfragen.....	3
3. Theoretischer Hintergrund.....	6
3.1 Definitionen.....	6
3.2 Geschichte.....	7
3.3 Ziele und Kernfunktionen .....	8
3.4 Klassifikationen .....	11
3.5 Regelkreislauf.....	13
3.6 Anwendung und gesetzlicher Hintergrund.....	17
4. Methodik.....	20
4.1 Studiendesign.....	20
4.2 Literaturrecherche .....	24
4.2.1 Studienauswahl .....	24
4.2.2 Studienbewertung .....	27
4.3 Studienbeschreibung .....	29
4.4 Projektvorstellung.....	33
4.4.1 Augsburgs Nachsorgemodell des Bunten Kreises .....	33
4.4.2 Interventionsmanual CANMANAGE.....	35
5. Ergebnisse der Untersuchung .....	38
5.1 Studiencharakteristika.....	38

5.2 Ergebnisse der qualitativen Studien .....	45
5.3 Ergebnisse der quantitativen Studien.....	48
5.3.1 Interventionsstudien.....	48
5.3.2 Evaluationsstudien .....	52
6. Diskussion.....	55
6.1 Methodendiskussion .....	55
6.2. Ergebnisdiskussion .....	56
7. Schlussfolgerung .....	61
8. Literaturverzeichnis .....	63
9. Anhang .....	71

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Nicht nur mit zunehmendem Lebensalter, sondern auch bei Kindern und Jugendlichen können durch Einschränkungen in Alltagsaktivitäten und zusätzlichen weiteren Faktoren komplexe Problemlagen entstehen. Für die Bewältigung, Koordination und Steuerung der komplexen Situation kann die Case Management Methode verwendet werden.

**Ziel:** Das Forschungsziel ist eine systematische Übersicht über die aktuell publizierten Case Management Studien für Kinder und Jugendliche von null bis 18 Jahren in Deutschland und deren Ergebnisse zu erstellen.

**Methodik:** Als Grundlage für die Masterarbeit dient die systematische Übersichtsarbeit „Case-management“ – Studien für Personen ab 65 Jahren in Deutschland von Gärtner et al. aus dem Jahr 2015. Eine systematische Literaturrecherche wurde in den Datenbanken im Zeitraum von Juni bis August 2020 durchgeführt. Durch vorab festgelegte Einschlusskriterien und kritischer Studienbewertung der 141 identifizierten Quellen wurden am Ende neun Artikel in die Synthese der Masterarbeit eingeschlossen.

**Ergebnisse:** Das Augsburger Nachsorgemodell des Bunten Kreises erwies sich wirtschaftlich als empfehlenswert. Ebenfalls konnte eine Verbesserung der Mutter – Kind – Interaktion nachgewiesen werden. Beim Case Management Manual des CANMANAGE Projektes konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Die restlichen Studien zeigen weitere positive Effekte.

**Schlussfolgerung:** Eine fallorientierte, interdisziplinäre Koordination der Gesundheitsversorgung im Sinne des Case Management Ansatzes, verbessert die Versorgungsqualität, sowie die Wirtschaftlichkeit. Bereits in den Sozialgesetzbüchern ist die Case Management Methode bei der Arbeit mit chronisch kranken beziehungsweise schwerstkranken Kindern und Jugendlichen vorgeschrieben. Das Ausburger Nachsorgemodell des Bunten Kreises sollte für Früh- und Risikogeborene in weiteren Kliniken implementiert und für andere Zielgruppen hinsichtlich der Effektivität und Effizienz wissenschaftlich überprüft werden.

## **Abstract**

**Background:** Not only with increasing age, but also children and adolescents can have restriction in everyday activities through diseases. Through additional factors can result a complex problem. The Case Management method can be used to cope, coordinate and control the complex situation.

**Aim:** The aim of this study was create a systematic review of the currently published case management studies for children and adolescents aged zero to 18 years in Germany.

**Methods:** The basis for the master thesis is the systematic review „Case-management“ – Studies for persons aged 65 and older in Germany by Gärtner et al. from 2015. A systematic literature research using data bases was performed between June and August in 2020. 141 studies were identified. Through predetermined inclusion criteria and critical evaluation finally nine full texts were included.

**Results:** The Augsburger Nachsorgemodell of the Bunter Kreis proved to be economically. Also an improvement of the mother – child – interaction could be demonstrated. The Case Management Manual of the CANMANAGE project did not show significant differences. The remaining studies show further positive effects.

**Conclusion:** A case – oriented, interdisciplinary coordination of the health care according to the case management approach improves the quality of care as well as the economic efficiency. The case management method is already security code book for working with chronically ill oder seriously ill children and adolescents. The Ausburger Nachsorgemodell of the Bunter Kreis should be implemented for very preterm and high – risk infants in further clinics and scientifically tested for other target groups regard to effectiveness and efficiency.

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Case Management Regelkreislauf (Kollak; Schmidt, 2019, S.14) .....	13
Abbildung 2: Evidenzlevel (SIGN, 1999) .....	22
Abbildung 3: Grad der Empfehlung (SIGN, 1999) .....	23
Abbildung 4: Flowchart Literaturrecherche nach dem PRISMA – Statement (Moher et al., 2009).....	26
Abbildung 5: kritischer Bewertungsbogen in Anlehnung an Hawker et al. (2002) .....	28
Abbildung 6: Case Management Manual (Ganser et al., 2015, S. 180).....	36
Abbildung 7: Publikationsjahr .....	38
Abbildung 8: Studiendesign.....	39
Abbildung 9: absolute Häufigkeiten der Evidenzlevel.....	43
Abbildung 10: absolute Häufigkeiten Grad der Empfehlungen .....	44
Abbildung 11: Anzahl der Studien pro Unterzielgruppe .....	45
Abbildung 12: Aufbau PRIMA - Studie (vgl. Porz, 2008). .....	49

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Publizierte Case Management Studien in Deutschland .....	32
Tabelle 2: Studienart.....	39
Tabelle 3: Detaillierte Beschreibung der Interventionsstudien.....	41

## **Anhangsverzeichnis**

Anhang 1: Erläuterungen kritischer Bewertungsbogen (Hawker et al., 2002).....	71
Anhang 2: ausführliche Bewertung der eingeschlossenen Studien.....	73

# 1. Einleitung

Nicht nur mit zunehmendem Lebensalter, sondern auch bei Kindern und Jugendlichen können Einschränkungen in Alltagsaktivitäten durch zum Beispiel eine chronische Erkrankung oder körperliche Behinderungen auftreten, welche sich zu einer komplexen Problemlage durch weitere Faktoren entwickeln kann. Für die Koordination und Steuerung dieser komplexen Situationen wird die Methode Case Management verwendet.

„Kennzeichnend für die Entwicklung der Gesundheitslage von Kindern und Jugendlichen im zurückliegenden Jahrhundert ist ein historisch beispielloser Rückgang der Säuglings-, Kinder- und Müttersterblichkeit“ (Robert Koch – Institut, 2008, S. 43). Jedoch ist zu erkennen, dass sich das Morbiditätsspektrum von akuten zu chronischen Erkrankungen gewandelt hat. Im Rahmen der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, kurz KiGGS, wurden die folgenden chronischen Erkrankungen: obstruktive Bronchitis, Neurodermitis, Heuschnupfen, Skoliose, Asthma, Herzkrankheiten, epileptische Anfälle, Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes mellitus, Anämie und Migräne identifiziert. Des Weiteren sind Übergewicht und Adipositas nicht nur weltweit, sondern auch bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland ein wachsendes Gesundheitsproblem. An Krampfanfällen leiden beispielsweise 3,5% der Kinder von drei bis sechs Jahren. Die spastische (obstruktive) Bronchitis ist bei den Jungen und Mädchen im Alter von null bis sechs Jahren, sowie von sieben bis zehn Jahren mit Prozentwerten von 12,0% bis 17,1% vertreten. Bei den elf bis 13 – Jährigen bestehen im Vergleich zwischen den anderen Altersgruppen signifikante Unterschiede bei den Schilddrüsenerkrankungen (vgl. Robert Koch – Institut, 2008, S. 41 – 154).

Die Zahl der schwerbehinderten Kinder und Jugendlichen von 0 bis 18 Jahren in Deutschland, stieg in den letzten Jahren von 164.456 im Jahr 2003, auf 182.275 im Jahr 2017 (vgl. Statistisches Bundesamt, 2018). Davon sind circa 60% männlich und 40% weiblich. Die Ursache dafür sind bei 135.649 Kindern und Jugendlichen allgemeine Krankheiten, wie zum Beispiel Funktionseinschränkung von Gliedmaßen oder die Beeinträchtigung der Funktion von inneren Organen

beziehungsweise Organsystemen, und bei rund 36.000 Kindern und Jugendlichen ist die Behinderung angeboren. Zur Verteilung in Deutschland: In den neuen Bundesländern Brandenburg, Mecklenburg – Vorpommern, Sachsen, Sachsen – Anhalt und Thüringen beträgt die Anzahl je 1000 Einwohner in der Altersspanne von null bis 18 Jahren 55 und im früheren Bundesgebiet nur 50 (vgl. Statistisches Bundesamt, 2018).

Der aktuelle Stand der Pflegeforschung in Deutschland zeigt, dass sich lediglich 5,6 % der Fachpublikationen zur Pflegeforschung von 2006 bis 2015 mit der Pflege von Kindern und Jugendlichen beschäftigt (vgl. Teubner, Suhr, 2018, S. 103). In Hinblick auf die wachsende Anzahl von chronischen Erkrankungen und Schwerstbehinderung von Kindern und Jugendlichen, sollte diese Personengruppe auch in den Pflegeforschung intensiver betrachtet werden. Ziele für Kinder und Jugendliche laut der Agenda Pflegeforschung für Deutschland bis 2020 sind zum Beispiel „Familien zu unterstützen und zu befähigen, die Pflege des Frühgeborenen selbstständig und kompetent zu übernehmen [und die ] Beratung und Begleitung schwerkranker, sterbender Kinder und ihren Familien“ (Behrens, Görres, Schaeffer, Bartholomeyczik, Stemmer, 2012, S. 28). Des Weiteren sind Studien zu „transsektoralen Versorgungsmodellen / -strategien und Schnittstellenmanagement in der Pflege“ (Behrens et al., 2012, S. 37) erforderlich.

Aufgrund zahlreicher Erfahrungen mit schwerbehinderten Kindern / Jugendlichen und deren Eltern im privaten und beruflichen Umfeld, interessiert sich die Autorin stark für diese Thematik. Es stellt sich die Frage, inwieweit die Methode Case Management im Rahmen des deutschen Gesundheitssystems wissenschaftlich überprüft und evaluiert wird beziehungsweise wurde. Als Erstes wird dafür der aktuelle Stand der internationalen Forschung zur Thematik und das Konzept Case Management vorgestellt. Nach einer Darstellung der systematischen Literaturrecherche werden die Ergebnisse der identifizierten Studien aus Deutschland wiedergegeben. Den Abschluss der Masterarbeit stellt eine Diskussion und eine Schlussfolgerung dar.

## **2. Stand der Forschung und Forschungsfragen**

Im zweiten Kapitel der Arbeit wird zunächst der internationale Stand der Forschung zum Thema dargestellt und anschließend das Forschungsziel und die Forschungsfrage abgeleitet.

Die Ergebnisse internationaler Studien zum Thema Case Management mit älteren Menschen sind widersprüchlich. Effektiv ist die Methode bei der Reduzierung der Krankenhaus- bzw. Pflegeheimaufenthalte, Stürze und dem Sterblichkeitsrisiko von älteren Menschen (vgl. Burns et al, 2007; Parsons et al., 2012; Leung et al., 2010).

Bei der systematischen Überprüfung und Metaregression von Burns et al. wurde bestätigt, dass durch ein intensives Fallmanagement die Inanspruchnahme einer Krankenhausversorgung bei Patienten mit zahlreichen Krankenhausaufenthalten reduziert werden kann. Ist die Krankenhausnutzung im Vorfeld gering ist Case Management nicht effektiv und sinnvoll. Dieses Ergebnis kann unterschiedliche Ursachen zu Grunde liegen haben. Zum Beispiel, dass die Studienteilnehmer\*innen selten schwer erkranken oder in der Gemeinde ein gutes Gesundheitsförderungsprogramm etabliert ist (vgl. Burns et al., 2007).

In Neuseeland testete Parsons et al. die Einführung von Case Management bei Patienten ab 65 Jahren, bei denen ein Risiko für einen dauerhafte stationäre Pflege festgestellt wurde. Insgesamt nahmen 351 Personen teil. Über einen Zeitraum von zwei Jahren verringerten sich die Heimunterbringungen und Todesfälle in der Interventionsgruppe. Die Teilnehmer mit Case Management nutzten zum Beispiel häufiger Tagesstätten oder Mahlzeiten auf Rädern (vgl. Parsons et al., 2012).

Latour et al. stellt in der Übersichtsarbeit moderate Hinweise fest, dass Case Management einen positiven Effekt auf die Patientenzufriedenheit hat. In deren Übersichtsarbeit wurden zehn Publikationen eingeschlossen. Jedoch sind die Ergebnisse bezüglich der Wirksamkeit von Fallmanagement fragwürdig (vgl. Latour et al., 2006).

Ebenso stellt Marshall et al. in der systematischen Übersichtsarbeit keine signifikanten Verbesserungen des psychischen Zustandes, der sozialen Funktionsweise oder der Lebensqualität fest. Des Weiteren verdoppelt die Methode die Anzahl der aufgenommenen Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern. Bei der Compliance konnte jedoch eine signifikante Steigerung verzeichnet werden (vgl. Marshall et al, 2010).

In der randomisierten kontrollierten Studie von Kristensson et al. aus Schweden, wurde mit Hilfe von 46 Teilnehmer\*innen überprüft, inwiefern Case Management die Lebenszufriedenheit, die Aktivitäten des täglichen Lebens und Depressionen beeinflusst. Bei der Nachuntersuchung nach drei Monaten konnten keine signifikanten Veränderungen bei der Lebenszufriedenheit, Aktivitäten des täglichen Lebens oder Depression festgestellt werden (vgl. Kristensson et al., 2010).

Gaertner et al. erstellten eine Übersichtsarbeit zum aktuell publizierten Forschungsstand zum Thema Case Management für Personen ab 65 Jahren in Deutschland. Die Ergebnisse der insgesamt zehn identifizierten Projekte deuten auf einen positiven Effekt hin bezüglich höherer Überlebensraten, längerer Verweildauern im Privathaushalt und niedrigerer Krankenhauswiederaufnahmen (vgl. Gaertner et al., 2015). Des Weiteren kann durch Case Management eine Verbesserung der Kooperation zwischen den verschiedenen beteiligten Dienstleistungsanbietern entstehen. Dagegen konnte eine ökonomische Einsparung der Gesundheitskosten und eine Verbesserung der gesundheitsbezogenen oder krankheitsbezogenen Lebensqualität nicht signifikant festgestellt werden. Aber die krankheitsspezifischen Selbstsorgeverhalten und die wahrgenommene Versorgungsqualität waren in der Interventionsgruppe höher als in der Kontrollgruppe (vgl. ebenda).

In Bezug auf die Studienergebnisse auf die Zielgruppe Kinder und Jugendliche verbessert Case Management im Allgemeinen die Qualität der Gesundheitsversorgung (vgl. Simon et al., 2017). Jedoch wurden keine signifikanten Unterschiede im Funktionsstatus des Kindes und der Krankenhausnutzung identifiziert. Im Rahmen der randomisierten kontrollierten

Studie erhielten die Teilnehmerin entweder den Zugang zum umfassendem Fallmanagement Service oder zur Grundversorgung. Im Fallmanagement Service wurde beim Erstbesuch ein individueller Betreuungsplan mit den Kindern und deren Eltern entwickelt. Alle sechs bis neun Monate wurde der gemeinsam erstellte Pflegeplan aktualisiert. Nach 18 Monaten waren die Gesamtkosten für die Gesundheitsversorgung in der Interventionsgruppe höher (vgl. ebenda).

Das Forschungsziel dieser Masterarbeit ist es, eine systematische Übersicht über die aktuell publizierten Case Management Studien für Kinder und Jugendliche von null bis 18 Jahren in Deutschland zu recherchieren und deren Ergebnisse darzustellen.

Aus dem Ziel wurden folgende Forschungsfragen abgeleitet:

1. Welche Studien über Case Management für Kinder und Jugendliche von null bis 18 Jahren in Deutschland wurden publiziert?
2. Welche Ergebnisse gehen aus den Publikationen der Methode in Deutschland hervor?
3. Welche Empfehlungen kann aufgrund der gefundenen Resultate für die Methode Case Management gegeben werden?

### **3. Theoretischer Hintergrund**

Im Abschnitt theoretischer Hintergrund wird die Methode Case und Care Management definiert, die Geschichte, Ziele, Kernfunktionen, Klassifikationen, Regelkreislauf und die Anwendung mit gesetzlichem Hintergrund von Case Management in Deutschland detailliert beschrieben.

#### **3.1 Definitionen**

„Case Management [, kurz CM,] ist eine Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen. Der Handlungsansatz ist zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können“ (Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management, 2012).

Zusammengefasst „geht es um die zielorientierte Problemlösung bei Menschen, die in vielschichtigen sog. komplexen Situationen stehen (Weber – Halter, 2011, S.24). Durch beispielweise Unfälle, Erkrankungen, Frühgeburten oder sozialen Problemen, wie Arbeitslosigkeit können diese speziellen Problemlagen entstehen. Die deutsche wörtliche Übersetzung von Case Management ist Fallführung (vgl. ebenda).

Im engen Zusammenhang steht diese Methode mit dem Care Management, dabei handelt es sich um „das gesundheits- und sozialpflegerische Hilfesystem in einer Stadt oder Region“ (Caritas Deutschland, 2020). Damit ist die Zusammenarbeit der beteiligten Dienste, Ämter und Einrichtungen, besonders zwischen medizinischen- (teil)stationären Behandlungs- und ambulanzhäuslichen Pflegesystemen (vgl. ebenda) gemeint. „Ohne ein gutes Care Management kann ein Case Management nicht gelingen. Wer nicht vernetzt ist, sich im System nicht auskennt und nicht über die Sektoren hinweg arbeitet, kann keinen Fall steuern“ (Kollak; Schmidt, 2019, S.9).

### 3.2 Geschichte

Case Management entstand im Jahr 1863 in Amerika (vgl. Weber – Halter, 2011, S.31). Aufgrund von „Problemen mit neuen, armen Flüchtlingen, welche dringend soziale Unterstützung, Pflege und Nahrung benötigten“ (ebenda), gründete der Philanthrop Samuel G. Howe in diesem Jahre die erste staatliche Wohlfahrtsorganisation Board of Charities of Massachussetts. Das Ziel dieser Organisation verweist auf die Methode Case Management. Die Grundhaltung vom Gründer war „Menschenliebe als Motivation, verbunden mit der Erhebung des Bedarfs und der Koordination bei der Leistungsverteilung, damit mit den beschränkten Ressourcen verantwortlich umgegangen wird“ (ebenda). Durch die Deinstitutionalisierung in den USA in den 1970er – Jahren war es notwendig für chronisch psychisch kranke, geistig behinderte und pflegebedürftige Menschen „eine hinreichende ambulante Betreuung durch soziale und medizinische Dienste zu organisieren“ (Wendt, 2015, S.19), da die Versorgung in Heimen sehr kostenintensiv ist und die Menschen lebensuntüchtig macht. Dadurch entstand im ambulanten Sektor eine Vielzahl von Hilfsangeboten, welche mit Hilfe von Case Management koordiniert werden sollten (vgl. ebenda). Um 1940 entwickelten sich auch Konzepte für die klassische Krankenversorgung, welche als Medical Case Management“ bezeichnet wurden (vgl. Ewers, 2011a, S. 42). Der Begriff Case Management wurde im Jahr 1974 in den USA offiziell anerkannt und die Berufsbezeichnung Case Manager etabliert (vgl. Plankensteiner, 2007, S.5). Im Rahmen der Sozialarbeit und der Pflege, besonders in der Gemeindepflege, wird schon seit Jahrzehnten mit dieser Methodik gearbeitet, jedoch ohne diese Begrifflichkeit (vgl. Weber – Halter, 2011, S.32). In Europa herrschten ähnliche Bedingungen. Mit dem internen Case Management wurde die Akutversorgung mit der nachfolgenden Pflege und Rehabilitation verbunden und im Rahmen des externen Case Managements Überleitungspflege und Nachsorge organisiert. Die Methode schwappte auch in andere Länder über, wie zum Beispiel im Jahr 1996 nach Schweden, Italien oder Frankreich und natürlich auch Deutschland (vgl. Ewers, S. 23 – 39). Im Jahr 1984 begann in den Vereinigten Staaten von Amerika die Betreuung von Kindern mit ernststen emotionalen Problemen durch Case Manager (vgl. ebenda, S. 243).

Kinder, Jugendliche und deren Eltern sollen im Rahmen des Case Managements den jeweiligen speziellen Bedarf an Unterstützung und Hilfe bei der Koordination erhalten. Im Jahr 2005 wurde die deutsche Gesellschaft für Care und Case Management gegründet (vgl. Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management, 2017).

### **3.3 Ziele und Kernfunktionen**

Das Hauptziel, welches mit der Einführung von Case Management verfolgt wird, ist eine optimale individuelle Versorgung des Patienten (vgl. Plankensteiner, 2007; Koppe, 2020). Damit soll gegen eine Über- oder Fehlversorgung im Gesundheitswesen gesteuert werden. Eine Optimierung der Behandlungsabläufe durch Überbrückung von Schnittstellenproblemen zwischen den einzelnen Leistungserbringern, Verweildaueroptimierung oder Vermeidung von Fehlbelegungen sind weitere Ziele. Durch eine kontinuierliche Versorgung und die Vernetzung der Dienstleistungen soll die Qualität der Versorgung verbessert beziehungsweise gesichert werden (vgl. Plankensteiner, 2007; Koppe, 2020). Demzufolge ist die Methode ein „systematisches Vorgehen zur Kostenreduzierung im Bildungs-, Sozial-, Versicherungs- und Gesundheitswesen“ (Weber – Halter, 2011, S. 24).

Aus den obengenannten Zielen für Case Management lassen sich die folgenden drei Kernfunktionen ableiten:

- Advocacy – Funktion
- Broker – Funktion
- Gate – Keeper – Funktion (vgl. Ewers, 2011b, S. 63).

Die Advocacy – Funktion, oder auch anwaltschaftliche Funktion genannt, wird definiert als „ein gezieltes methodischen Vorgehen zur Durchsetzung von Patienten / Klienteninteressen“ (ebenda). Dabei ist das Ziel die Interessen des Patienten oder Klienten, welche aufgrund von komplexen Situationen dazu nicht in der Lage sind, bei einer oder mehreren Institutionen darzustellen, um notwendige Dienstleistungen oder Ansprüche zu erhalten. Außerdem spielt Empowerment in dieser Funktion eine wichtige Rolle, denn ein weiteres Ziel ist

es, den Patienten durch individuelle Bewältigungsstrategien zu befähigen, sich um ihre eigenen Probleme zu kümmern. Des Weiteren wird das Aufdecken von Lücken im Versorgungssystem und die gezielte Weiterleitung der Informationen an die Verantwortlichen verfolgt, um beispielsweise die Unübersichtlichkeit der Versorgungseinrichtungen und -leistungen anzupassen. Insgesamt benötigen Case Manager\*innen für diese Funktion ein hohes Maß an Fallverständnis, um sich in die Situation des Patienten hineinzusetzen und den Fall aus Sicht des Patienten wahrzunehmen (vgl. ebenda, S. 63 – 66).

Die Broker – Funktion dient „als neutrale Vermittlung zwischen den Nutzern und den Anbietern sozialer und gesundheitsrelevanter Dienstleistungen“ (vgl. ebenda, S.66). Diese wird auch als Makler- oder Vermittler – Funktion bezeichnet, da Case Manager\*innen durch ein ausführliches Assessment mit dem Patienten den Versorgungsbedarf feststellen und anschließend mit adäquaten Versorgungsangeboten verknüpfen. Demzufolge entsteht ein individueller Versorgungsplan mit passenden Leistungsanbietern für den Patienten. In den meisten Fällen übernehmen Case Manager\*innen auch die Durchführung der Prozesssteuerung, Überprüfung der zur Verfügung stehenden Mittel für die planmäßige Verwendung und die Kontrolle über den Versorgungsverlauf. Für diese Funktion sollten Case Manager\*innen selbstständig und unabhängig von Dienstleistern arbeiten, um einen Wettbewerbsverzerr oder einseitige Empfehlungen zu gewissen Dienstleistern auszuschließen. Bei der Steuerung und Überwachung ist dies jedoch ein negativer Aspekt, da kein direkter Einfluss auf die Qualität der Leistungen genommen werden kann. Des Weiteren können keine neuen Angebote entwickelt werden, da Case Manager\*innen lediglich die vorhandenen Leistungsangebote koordinieren (vgl. ebenda, S. 66 – 69).

Aufgrund von wachsenden Aufgaben moderner Sozial – und Gesundheitssysteme bei gleichzeitig langfristig begrenzten finanziellen Ressourcen, ist auch im Case Management eine Selektion und Zugangssteuerung notwendig, welche als Gate – Keeper, Türwächter oder selektierende Funktion genannt wird (vgl. ebenda, S. 69). Dabei dienen Case Manager\*innen als Schlüsselposition zwischen Patienten und dem

Versorgungssystem. Durch ein ausführliches Assessment werden Zugangsberechtigungen für bestimmte Dienstleistungen oder zum Case Management erteilt. Dabei haben Case Manager\*innen die Aufgabe „für die Versorgung notwendigen Mittel bei den diversen Kostenträgern zu akquirieren und anschließend eine ausgabenorientierte Steuerung des gesamten Versorgungsprozesses vorzunehmen“ (vgl. ebenda, S.70). Durch den Einsatz von Case Management soll „einer unangemessenen und ungerichteten Verwendung der Ressourcen des Versorgungssystems“ (ebenda, S. 71) entgegengewirkt werden. Ein weiteres Ziel ist es, dass bei den Leistungserbringern und Patienten „ein Bewusstsein für die wirtschaftlichen Folgen des Versorgungsgeschehens entsteht und der Rückgriff auf vorhandene Ressourcen im Sinne einer sparsamen Mittelverwendung beeinflusst wird“ (ebenda). Ein kostengünstiges Angebot ist zum Beispiel der Einsatz von ehrenamtlichen Mitarbeitern.

Die folgenden Aufgabenfelder zählen ebenfalls zum Tätigkeitsbereich von Case Manager\*innen:

- Pflege – Management,
- Beratung
- pädagogische Tätigkeiten (vgl. Nussbaumer, 2015, S. 46).

Beim Pflege – Management übernehmen Case Manager\*innen die Koordination und Kommunikation zwischen allen beteiligten Leistungserbringern, wie zum Beispiel Klinikum, niedergelassenen Ärzte, Pflegeeinrichtungen, Kostenträger, medizinischer Dienst der Krankenkassen und Therapeuten. Des Weiteren sorgen Case Manager\*innen für einen reibungslosen Übergang zwischen beispielweise stationärer und ambulanter Versorgung und die Besorgung von Pflegehilfsmitteln (vgl. ebenda).

Im Rahmen der Beratung werden die Patienten, Angehörigen über die nachfolgende Versorgung und weitere Behandlung ausführlich informiert. Durch Pflegevisiten stellen Case Manager\*innen frühzeitig die Problemfelder der Patienten fest. (vgl. ebenda, S.47).

Eine weitere Tätigkeit von Case Manager\*innen ist das Durchführen von Schulungen für das Pflegepersonal bezüglich der Überleitung von Patienten. Ebenfalls können bereits die Auszubildenden an den Krankenpflegesschulen an die Thematik herangeführt werden. Ebenfalls können Schulungen für pflegende Angehörige und externe Einrichtungen organisiert und durchgeführt werden (vgl. ebenda).

Abschließend ist festzuhalten, dass nicht alle drei Kernfunktionen und die drei weiteren Aufgabenfelder in allen Formen des Case Managements gleich ausgeprägt sind. Durch zahlreiche Kombinationen und unterschiedliche Gewichtungen der Funktionen entstehen spezifische Konzepte in Anpassung an den verschiedenen Rahmenbedingungen der Case Management Einrichtungen.

### **3.4 Klassifikationen**

Da eine Vielzahl von unterschiedlichen Case Management Modellen beziehungsweise Konzepten entstanden, wurde bereits in den achtziger Jahren des 20. Jahrhunderts begonnen diese zu klassifizieren. Beispielsweise systematisiert Merill im Jahr 1985 die verschiedenen Konzepte nach Art der angebotenen Dienstleistung (vgl. Ewers, 2011b, S. 58). Die American Hospital Association übernahm die ursprüngliche Einteilung und erweiterte sie um die letzten zwei Kategorien.

Insgesamt entstanden die folgenden fünf Typen:

- Soziales Case Management
- Case Management in der Primärversorgung
- medizinisch – soziales Case Management
- Case Management für katastrophale oder kostenintensive medizinische Ereignisse
- Case Management in der beruflichen Rehabilitation (vgl. ebenda, 59 – 60).

Die Modelle der ersten Kategorie sind für „gefährdete Bevölkerungsgruppen [...] z.B. alte Menschen, über 75 Jahre, schwangere Jugendlichen oder auch Arbeits- und Obdachlose [...] und sollen einen potentiellen sozialen oder gesundheitlichen Gefährdung frühzeitig entgegenwirken (ebenda, S.59). Bei der Primärversorgung wird auf die „Desintegrations- [...], Diskontinuitätserscheinungen [...] [und] die Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ (ebenda) reagiert, indem der Hausarzt zusätzliche Leistungen, welche notwendig für den Patient sind, verordnet. Die Kombination aus medizinischen und sozialen Case Management ist für chronisch kranke Menschen ausgerichtet und beinhaltet eine umfangreiche Betreuung aller Dienstleistungen, um der komplexen Problemlage der Patienten gerecht zu werden. Dabei ist es wichtig, eine „kontinuierliche Einsatzbereitschaft der Dienstleistungseinrichtungen sicher[zustellen], um die Versorgung von instabilen Patienten im Krisenfall unkompliziert gewährleisten zu können (ebenda, S.60). Die vierte Kategorie, welche nachträglich von der American Hospital Association hinzugefügt wurde, ist für spezielle Zielgruppen, wie zum Beispiel Schlaganfall oder Aids – Patienten gedacht und hat das Ziel „stationäre Aufenthalte und medizinische Komplikationen [zu]vermeiden sowie zu einer weitgehenden gesundheitlichen Stabilisierung der Patienten beizutragen“ (ebenda, S.59). Im Rahmen der beruflichen Rehabilitation sollen behinderte und gesundheitlich beeinträchtigte Menschen bei der Wiedereingliederung ins Arbeitsleben unterstützt werden (vgl. ebenda)

Cesta et al. klassifizierte im Jahr 1998 die Case Management Modelle innerhalb des Krankenhauses beziehungsweise in der Akutversorgung und außerhalb des Krankenhauses beziehungsweise in der Langezeitpflege.

In der Akutversorgung entstanden Spezialisiertes Pflege – Case – Management und Inanspruchnahme Pflege – Case – Management, Bezugspflege – Case – Management, wobei die Bezugspflegekraft auch die Aufgaben des Case Managements, beispielsweise die Entlassungsplanung für die jeweiligen Patienten übernimmt. Spezialisierte Pflege – Case – Manager\*innen sind für bestimmte Krankheitsbilder oder Abteilungen zuständig und übernehmen keine direkten Pflegeleistungen mehr. Bei der letzten Form wird anhand der

Pflegedokumentation die Versorgungsnutzung der Patienten überwacht (vgl. ebenda, S61).

Im Rahmen der Langzeitversorgung werden ebenfalls drei Kategorien unterschieden. Das Case Management in der häuslichen Versorgung wird in der Häuslichkeit des Patienten durchgeführt. Dabei ist eine Überversorgung oder Fehlversorgung zu vermeiden. Das Gemeindebezogene Case Management ist gekennzeichnet durch präventive Angebote, wie zum Beispiel eine Schulung für Patienten mit der gleichen Erkrankung aus einem regionalen Umfeld. Im Vordergrund dabei stehen Gesundheitsförderung, Empowerment und Anleitung der Menschen durch Case Manager\*innen. Die letzte Kategorie Case Management in der Versorgung chronisch kranker Menschen beinhaltet eine kontinuierliche Überwachung des Versorgungsgehehens sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich (vgl. ebenda, S.62).

### 3.5 Regelkreislauf

Der Regelkreislauf des Case Management mit deren fünf Phasen ist in der Abbildung 1 graphisch dargestellt.

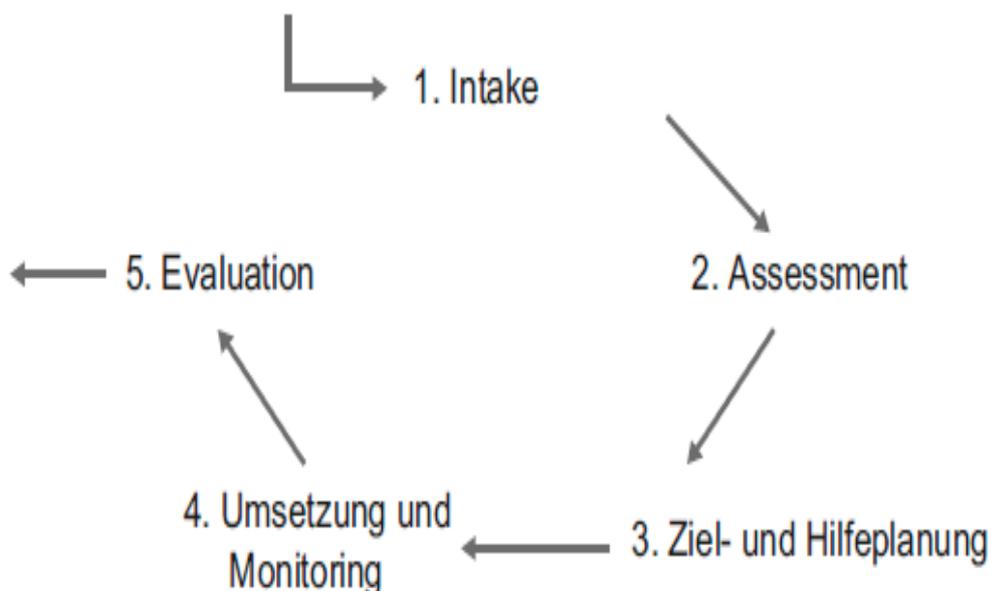


Abbildung 1: Case Management Regelkreislauf (Kollak; Schmidt, 2019, S.14)

Die Basiskomponenten sind in allen Modellen des Case Managements gleich, jedoch differenzieren die Autoren die einzelnen Schritte unterschiedlich stark aus und auch die Begrifflichkeiten sind verschieden. Ewers beispielsweise unterteilt den Prozess in die folgenden sechs Stufen:

1. Identifikation
2. Assessment
3. Entwicklung des Versorgungsplans
4. Implementierung des Versorgungsplans
5. Monitoring und Re – Assessment
6. Evaluation und Abschluss (vgl. Ewers, 2011b, S. 73).

In der ersten Phase des Intakes oder Identifikation wird geprüft, welche Patienten die Intake – Kriterien erfüllen und somit sich in einer sogenannten komplexen Problemlage befinden (vgl. Kollak; Schmidt, 2019, S.14 und Ewers, 2011b, S. 72). Denn nicht alle Klienten benötigen ein Case Management. Eine komplexe Situation entsteht zum Beispiel durch die Erkrankung an Demenz verbunden mit finanziellen Problemen oder die Betreuung von Kindern. Die Kriterien für die Aufnahme in ein Case Management Prozess sind abhängig von den speziellen Einrichtungen. Des Weiteren können lebensbedrohliche Symptome, wie zum Beispiel starke Schmerzen, Organtransplantation oder spezifische Diagnosen, wie Herzinfarkt oder Schlaganfall dazu führen, dass Menschen einen mehrfachen Versorgungsbedarf benötigen. Ebenfalls können Schwangerschaften und Wohnungslosigkeit zur Komplexität einer Situation beitragen. Im Rahmen der Neonatologie beziehungsweise Pädiatrie könnten das Alter des Kindes, Vorliegen einer chronischen Erkrankung, Frühgeburten, Durchführung von Impfungen oder Hinweise auf Missbrauch Einschlusskriterien sein. Auch durch den Einsatz mehrerer Dienstleistungsanbieter aufgrund einer akuten oder chronischen Erkrankung kann der Bedarf an Case Management erforderlich sein (vgl. Kollak; Schmidt, 2019, S. 13 – 15 und Ewers, 2011b, S. 72 – 75).

Beim Assessment wird im Rahmen eines ersten ausführlichen Gespräches zwischen Patienten und Case Manager\*in „der gegenwärtige biopsychosoziale funktionale Status [...] [die] objektiven Selbstversorgungsdefizite [...], [die] individuellen Versorgungsbedürfnisse [...] [und die ] vorhandenen formelle[n] und informelle[n] Ressourcen“ (Ewers, 2011b, S. 75 – 76) ermittelt. Des Weiteren werden „Fragen zur gegenwärtigen sozialen Rolle, zu Aspekten der persönlichen und sachlichen Umwelt, zum sozioökonomischen Status, sowie zu kulturellen und / oder religiösen Bedürfnisse[n]“ (ebenda, S. 76) gestellt. Durch eine klientenorientierte Gesprächsführung und aktives Zuhören können die Case Manager\*innen an die notwendigen Informationen für die anschließende Erstellung des individuellen Versorgungsplans gelangen (vgl. Kollak; Schmidt, 2019, S. 19). Des Weiteren ist es von großer Bedeutung, auf die Ziele und Wünsche des Patienten einzugehen. Beispielsweise bringt eine Raucherentwöhnung bei einem Patienten, welcher jahrelang Nikotin konsumiert, nicht viel, um beispielsweise den Lungenkrebs aufzuhalten. Unterstützung der Assessment Phase können zahlreiche Assessmentinstrumente wie zum Beispiel der Barthel – Index, Uhrentest, Timed Up & Go, Lebensereignisskala oder eine Netzwerkkarte verwendet werden. Diese Netzwerkkarte stellt die bestehenden informellen und professionellen Helfenden um den Patienten dar (vgl. ebenda, S.19 – 28).

Im dritten Schritt wird der Versorgungsplan oder die Ziel – und Hilfeplanung anhand der ermittelten gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Bedürfnisse und Wünsche des Patienten erstellt (vgl. Kollak; Schmidt, 2019, S.28). Dabei sollten Hauptziele und die sich daraus ableitenden Handlungsziele gemeinsam mit den Patienten und deren Angehörigen unter Berücksichtigung der SMART – Formel formuliert werden. Dabei tragen die Handlungsziele zur Erfüllung des Hauptzieles bei. Beispielsweise hat ein Patient den Wunsch nach einem längeren Krankenhausaufenthalt wieder nach Hause zurückzukehren. Um diesen Wunsch beziehungsweise das Hauptziel zu erreichen, wird beispielsweise ein ambulanter Pflegedienst benötigt, welche die pflegerische Grundversorgung des Patienten absichert. Demzufolge wäre das Handlungsziel die Grundpflege wird mit Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes ab dem

Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus zweimal am Tag durchgeführt. Die vereinbarten Ziele sollen spezifisch, messbar, akzeptabel, realistisch, terminiert und positiv ausgedrückt werden. Des Weiteren werden die Verantwortlichkeiten für die Handlungsziele und die Finanzierung festgelegt (vgl. ebenda, S. 28 – 30).

Bei der vierten Phase der Implementierung beziehungsweise Umsetzung und Monitoring dienen Case Manager\*innen als Verbindungsglied zwischen Patienten und den verantwortlichen Dienstleistungsanbietern, sowie dem sozialen Umfeld (vgl. Ewers, 2011b, S. 77). Durch das Monitoring, also die Überwachung aller beteiligten informellen und formellen Helfenden soll sichergestellt werden, dass der Patient die benötigte Unterstützung in vollem Umfang erhält. Dafür ist eine enge Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten notwendig. Zu Beginn sollte das Monitoring durch zum Beispiel Telefonate zwischen Patienten und Case Manager\*in täglich durchgeführt werden (vgl. Kollak; Schmidt, 2019, S.34). Dieser Rhythmus kann mit fortschreitendem Verlauf des Prozesses geändert werden. Weitere Möglichkeiten des Monitorings sind SMS, Emails, Videokonferenzen oder Patiententagebücher (vgl. ebenda). Durch die kontinuierliche Kontrolle, Überwachung und Re – Assessment der Case Manager\*innen muss der erstellte Versorgungsplan gegebenenfalls angepasst werden und demzufolge auf eine frühere Stufe des Regelkreislaufes zurückgeführt werden, bei welcher zum Beispiel neue Handlungsziele formuliert oder weitere Leistungsanbieter involviert werden müssen. (vgl. Ewers, 2011b, S. 78). Dabei muss die Netzwerkkarte bei weiteren beteiligten Anbietern oder Austreten von Helfenden stets durch Gespräche mit dem Klienten aktualisiert werden (vgl. Kollak; Schmidt, 2019, S. 36).

In der letzten und fünften Phase der Evaluation wird der gesamte Case Management Prozess widergespiegelt und die Begleitung durch Case Manager\*innen beendet. (vgl. Kollak; Schmidt, 2019, S. 39 und Ewers, 2011b, S.78). Durch die Bewertung des Verlaufes können Stärken und Schwächen vom Patienten und Case Manager\*innen festgestellt werden, welche den weiteren Verlauf des Lebens beziehungsweise die Berufspraxis beeinflussen können. Des Weiteren können Mängel in der Versorgung aufgedeckt und an die

Verantwortlichen weitergeleitet werden, um die Anpassung oder Neuentwicklungen zu fördern. Mit Hilfe eines Notfallplans, welcher alle wichtigen Kontaktpersonen beinhaltet, wie zum Beispiel ambulanter Pflegedienst und / oder Case Manager\*innen, kann den Patienten bei der Übernahme der Steuerung Unterstützung angeboten werden. Für die Weiterentwicklung des Care und Case Managements sollten Case Manager\*innen einen Abschlussbericht mit Besonderheiten, neuen Netzwerkpartnern und Schlussfolgerungen zur Qualität verfassen (vgl. Kollak; Schmidt, 2019, S. 39 – 40 und Ewers, 2011b, S. 78 – 79).

### **3.6 Anwendung und gesetzlicher Hintergrund**

Im Hintergrund des deutschen Gesundheitssystems wird Case Management in Pflegestützpunkten angewendet. Im fünften Sozialgesetzbuch, soziale Pflegeversicherung, unter dem Paragraph 7a ist festgeschrieben, dass die Pflegekassen zur Sicherstellung Pflegeberater und Pflegeberaterinnen in Pflegestützpunkten bereitzustellen haben (vgl. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2019a). Des Weiteren ist es deren Aufgabe im Rahmen der Pflegeberatung den Hilfebedarf festzustellen, einen individuellen Versorgungsplan zu erstellen, bei Durchführung des Versorgungsplanes mitzuwirken und zu überwachen, gegebenenfalls anzupassen, sowie den Prozess zu evaluieren und zu dokumentieren (vgl. ebenda). Außerdem ist es deren Aufgabe „über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen [zum Beispiel die Eltern der Kinder oder Jugendlichen] zu informieren“ (vgl. ebenda). In Bezug auf Kinder und Jugendliche gibt es in ganz Deutschland nur einen einzigen Pflegestützpunkt, in Hamburg, welcher sich speziell auf diese Altersgruppe spezialisiert ist.

„Die sozialpädagogische Familienhilfe, [welche im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe angeboten wird], kann als Ausführung eines Case Managements verstanden werden, worin nebeneinander die Alltagsbewältigung in der Haushaltsführung, das Verhalten der Familienmitglieder zueinander, der Umgang mit Konflikten, das Ernährungs- und Gesundheitsverhalten, das Lernen eines wirtschaftlichen Verhaltens bei Gefahr der Überschuldung Gegenstand der Hilfestellung sind (Wendt, 2015, S. 243 – 244). Diese ist ähnlich zum Case

Management, da laut dem achten Sozialgesetzbuch Paragraph 36 ebenfalls ein Hilfeplan zusammen mit dem Personensorgeberechtigten und dem Kind aufgestellt werden soll, welcher den Bedarf feststellt und die Art der Hilfe, sowie die notwendigen Leistungen enthält (vgl. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2019b). Des Weiteren soll die Hilfe für längere Zeit gewährleistet sein, damit die festgelegten Maßnahmen überprüft werden können (vgl. ebenda).

In sozialpädiatrischen Zentren, „die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gefahr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche sozialpädiatrische Behandlung bieten“ (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2019a), findet ebenfalls der Ansatz des Case Management Anwendung (vgl. Neyer, 2007). Die gesetzlichen Rahmenbedingungen bilden die Paragraphen 119 Sozialpädiatrische Zentren und 43a nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen aus dem fünften Sozialgesetzbuch. Des Weiteren wird im Gesetzbuch eine enge Zusammenarbeit zwischen den Zentren, Ärzten und Frühförderstellen vorgeschrieben. Ebenfalls wird in den sozialpädiatrischen Zentren die sozialmedizinische Nachsorge für Familien mit chronisch kranken Kindern nach dem Paragraph 43 Absatz Zwei, fünftes Sozialgesetzbuch, durchgeführt. Die Maßnahmen „umfassen die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme“ (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2019a). Des Weiteren sind auch die Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohten Kinder nach den Paragraphen 26 und 30 des neunten Sozialgesetzbuches relevant (vgl. Neyer, 2007). Durch die Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den Anforderungen an die Leistungserbringer sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen nach Paragraph 132 c fünftes Sozialgesetzbuch und der Bestimmung zu Voraussetzungen, Inhalt und Qualität der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen nach Paragraph 43 Absatz 2 fünftes Sozialgesetzbuch, sind einheitliche Vorgaben festgeschrieben (vgl. Spitzenverbände der Krankenkassen, 2008; GKV – Spitzenverband, 2017). Zum Beispiel wird in den Anforderungen an die Leistungserbringer

sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen, die benötigten Qualifikationen der Mitarbeiter, sowie die räumlichen und technischen Voraussetzungen für die Ausstattung beschrieben. Die folgenden drei Professionen gehören zum sozialmedizinischen Nachsorgeteam:

- Kinderkrankenschwester / Kinderkrankenpfleger
- Diplom Sozialpädagogen
- Fachärzte für Kinder und Jugendmedizin (vgl. Spitzenverbände der Krankenkassen, 2008).

In der Bestimmung des GKV – Spitzenverbandes werden die Voraussetzung beziehungsweise Intake – Kriterien für den Erhalt der sozialmedizinischen Nachsorge beziehungsweise Case Management festgelegt. Ähnlich zu den oben beschriebenen Kriterien (Absatz 3.5) haben Kinder und Jugendliche Anspruch auf sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen wenn schwere „Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit, ein komplexer Interventionsbedarf besteht und durch die Komplexität der verordneten Interventionen bei gleichzeitig ungünstigen Umfeldbedingungen (negative Kontextfaktoren) eine familiäre Überforderungssituation droht“ (ebenda). Anspruchsberechtigt sind Kinder und Jugendliche mit chronischen beziehungsweise schweren Erkrankungen von null bis zum 18. Lebensjahr. Der Inhalt der Leistungen deckt sich mit dem Regelkreislauf des Case Managements. Die Hauptpunkte der sozialmedizinischen Nachsorge sind:

- Analyse des Unterstützungsbedarfs
- Koordinierung der verordneten Leistungen
- Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen (vgl. ebenda).

## 4. Methodik

Der Teilbereich Methodik der Masterarbeit gliedert sich in Studiendesign, Literaturrecherche, Studienbeschreibung und Projektvorstellung auf. Bei der Recherche wird das systematische Vorgehen ausführlich beschrieben und explizit auf zum Beispiel Ausschlusskriterien, Suchbegriffe und Datenbanken eingegangen. Anschließend wird die ausgewählte Bewertungsmethode für die identifizierten Studien vorgestellt.

Als Grundlage für die Masterarbeit und insbesondere für das methodische Vorgehen dient die systematische Übersichtsarbeit „Case-management“ – Studien für Personen ab 65 Jahren in Deutschland von Gärtner et al. aus dem Jahr 2015.

### 4.1 Studiendesign

Als Studiendesign für die Beantwortung des Forschungsziels und der -fragen wurde die systematische Übersichtsarbeit ausgewählt. Darunter wird eine Zusammenfassung aller vorhandenen Studien zur Thematik verstanden, um hinsichtlich der Effektivität einer Maßnahme eine Aussage zu treffen und gegebenenfalls Forschungslücken aufzudecken (vgl. Sturma et al., 2016, S.209). Bei der Erstellung sind die folgenden fünf Schritte einzuhalten:

1. Identifizierung und Formulierung einer geeigneten Problem- und Fragestellung
2. Identifizierung relevanter Literatur durch eine umfassende Literaturrecherche
3. Selektion relevanter Literatur anhand von Ausschlusskriterien, kritische Bewertung der gewählten Evidenz
4. Darstellung, Analyse und Zusammenfassung der Evidenz
5. Interpretation und Präsentation der Ergebnisse (vgl. ebenda, S. 212).

Bei der ersten Phase kann das PICOT – Schema bei der genauen Formulierung der Fragestellung behilflich sein (vgl. Stillwell et al., 2010). Dabei steht das P für Patient, I für Intervention, C für Kontrollgruppe, O für Ergebnis und T für die Zeit (vgl. ebenda).

- P** - Kinder und Jugendliche von null bis 18 Jahren
- I** - Verwendung von Case Management
- C** - keine Verwendung von Case Management
- O** - zum Beispiel verbesserte Lebensqualität
- T** - keine Angaben

Die Buchstaben „P“ „I“ „C“ hat die Autorin in der Formulierung der Forschungsfragen implementiert. Da als Studiendesign eine systematische Übersichtsarbeit vorliegt, hängt das Ergebnis „O“ von den jeweiligen recherchierten Studien ab. Übergeordnet kann eine verbesserte Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen und deren Eltern festgehalten werden. Eine zeitliche Vorgabe wurde nicht festgelegt.

Die Identifizierung und Formulierung des Forschungsziels und der -fragen leiten sich aus der Relevanz der Thematik, welche in der Einleitung dargestellt ist, dem internationalen Stand der Forschung und der systematischen Übersichtsarbeit von Gärtner et al. ab und sind im zweiten Kapitel wiederzufinden.

Um bei der umfassenden Literaturrecherche nicht den Überblick zu verlieren und anschließend den Rechercheprozess transparent darzustellen, ist eine ausführliche lückenfreie Dokumentation notwendig (vgl. Sturma et al., 2016, S. 214). Im nächsten Schritt werden die identifizierten Quellen anhand der zuvor festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien selektiert. Dabei beschreiben die Einschlusskriterien, die notwendigen Bedingungen beziehungsweise Inhalte, um in die Übersichtsarbeit einbezogen zu werden. Dagegen beinhalten die Ausschlusskriterien, die Eigenschaften, welche nicht in den Studien vorkommen dürfen. Bei der Vorgehensweise der Selektion sollte zunächst beim Titel begonnen werden. Anschließend werden die Duplikate entfernt, welche durch Recherche in unterschiedlichen Datenbanken auftreten. Nachfolgend wird die Zusammenfassung und zum Schluss der Volltext hinsichtlich der Kriterien überprüft. Des Weiteren gehört zu diesem Schritt die Bewertung der Qualität der selektierten Quellen (vgl. ebenda, S. 214 – 216), welche anhand von kritischen Beurteilungsbögen vorgenommen werden kann. Ein Beispiel dafür sind die

Beurteilungsbögen von Behrens und Langer (vgl. Behrens und Langer, 2016, S. 131–244). Im Anschluss wird das Evidenzlevel und der Grad der Empfehlung (Abbildung 2,3) mit Hilfe von SIGN Grading System (siehe Anhang) eingeschätzt (vgl. Sign, 1999). Beim Evidenzlevel ist ein Wert von eins bis vier zu erreichen. Der Grad der Empfehlung reicht von A bis D.

#### *Levels of evidence*

- 1<sup>++</sup> High quality meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a very low risk of bias
- 1<sup>+</sup> Well-conducted meta-analyses, systematic reviews, or RCTs with a low risk of bias
- 1<sup>-</sup> Meta-analyses, systematic reviews, or RCTs with a high risk of bias
- 2<sup>++</sup> High quality systematic reviews of case control or cohort or studies  
  
High quality case control or cohort studies with a very low risk of confounding or bias and a high probability that the relationship is causal
- 2<sup>+</sup> Well-conducted case control or cohort studies with a low risk of confounding or bias and a moderate probability that the relationship is causal
- 2<sup>-</sup> Case control or cohort studies with a high risk of confounding or bias and a significant risk that the relationship is not causal
- 3 Non-analytic studies, e.g. case reports, case series
- 4 Expert opinion

Abbildung 2: Evidenzlevel (SIGN, 1999)

### *Grades of recommendations*

- A** At least one meta-analysis, systematic review, or RCT rated as 1++, and directly applicable to the target population; or  
A body of evidence consisting principally of studies rated as 1+, directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results
  
- B** A body of evidence including studies rated as 2++, directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results; or Extrapolated evidence from studies rated as 1++ or 1+
  
- C** A body of evidence including studies rated as 2+, directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results;  
or  
Extrapolated evidence from studies rated as 2++
  
- D** Evidence level 3 or 4;  
or  
Extrapolated evidence from studies rated as 2+

Abbildung 3: Grad der Empfehlung (SIGN, 1999)

Im vierten Abschnitt werden alle Ergebnisse der eingeschlossenen Studien zusammengetragen (vgl. Sturma et al., 2016, S. 216). Im letzten Schritt der Interpretation und Präsentation der Ergebnisse, ist eine hohe Transparenz wichtig. Zur Darstellung und Präsentation kann das PRISMA – Statement zur Hilfe genommen werden (vgl. ebenda, S. 216 – 219).

## 4.2 Literaturrecherche

Im Rahmen des Kapitels Literaturrecherche wird die Auswahl der Studien detailliert beschrieben und der kritische Bewertungsbogen für die identifizierten Quellen vorgestellt.

### 4.2.1 Studienauswahl

Für die Bearbeitung der Thematik wurde eine systematische Literaturrecherche im Zeitraum von Juni bis August 2020 durchgeführt. Als Suchstrategie in den Datenbanken wurde als englischsprachiger Begriff „case-manage\*“ und die deutsche Übersetzung „fallmanage\*“ verwendet. Des Weiteren wurden die deutschen Wörter Kind\* und Jugend\*, sowie die englischen Bezeichnungen kid, infant, adolescent, pediatric, youth, youngster und paediatric in die Recherche mit eingebunden. Einschlusskriterien, welche vor der Recherche festgelegt wurden, sind:

1. Case Management in Anlehnung an die deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V.
2. Alterseinschränkungen auf Kinder und Jugendliche von null bis 18 Jahren
3. deutsche und englische Sprache
4. Durchführung in Deutschland

Durch die Anwendung von Boolesche Operatoren („AND“, „OR“, und „NOT“) wurde in den Datenbanken Medline via PubMed, Cochrane Library, SpringerLink und Web of Science nach passenden Studien und Artikeln gesucht und dabei insgesamt 149 Quellen identifiziert werden. Zusätzlich wurden in einer Handrecherche in der Suchmaschine „Google“ und durch das Schneeballprinzip weitere fünf Artikel herausgefiltert. Nach Ausschluss der Duplikate blieben 141 Artikel zur Durchsicht übrig. Bei der Durchsicht des Titels und Abstracts wurden 129 Quellen bereits ausgeschlossen. Dabei waren die Ausschlusskriterien kein Bezug zu Deutschland, Studienteilnehmer\*innen waren keine Kinder oder Jugendliche von null bis 18 Jahren, keine Verwendung von Case Management nach der deutschen Gesellschaft für Care und Case Management, kurz DGCC und keine wissenschaftlichen Studien zur Thematik, wie zum Beispiel Zeitungsartikel über Case Management.

Zur Volltextanalyse wurden zwölf Publikationen eingeschlossen. In diesem Schritt wurden nochmal drei Quelle ausgeschlossen(herausgefiltert ist besser, da sonst Wortwiederholung), da es mehrere Berichte zu dem jeweiligen Projekt gab. Die ersten Ergebnisse und die Zusammenfassung des Endberichts der prospektiven randomisierten Implementierung des Modellprojekts Augsburg wurden aussortiert, da lediglich die Vollversion, welche die Autorin der Arbeit auf Nachfrage bei den Autoren erhalten hat, aufgenommen wurde. Der Volltext der Studie von Porz befindet sich auf der beigelegten CD der Masterarbeit. Des Weiteren wurde ebenfalls die Kurzfassung des Endberichts der sozialwissenschaftlichen und gesundheitsökonomischen Evaluation der Nachsorgeleistungen des „Vereins zur Familiennachsorge Bunter Kreis e.V.“ ausgeschlossen, da die ausführliche Version im Buch von Tanja C. Wiedemann enthalten ist.

Demzufolge wurden zur Beantwortung der Forschungsfragen der Masterarbeit zum Thema Case Management für Kinder und Jugendliche von null bis 18 Jahren in Deutschland neun Artikel eingeschlossen. Den gesamten Verlauf der Literaturrecherche wird mit Hilfe des PRISMA – Schemas von Moher et al. (2009) in der Abbildung 4 graphisch dargestellt.

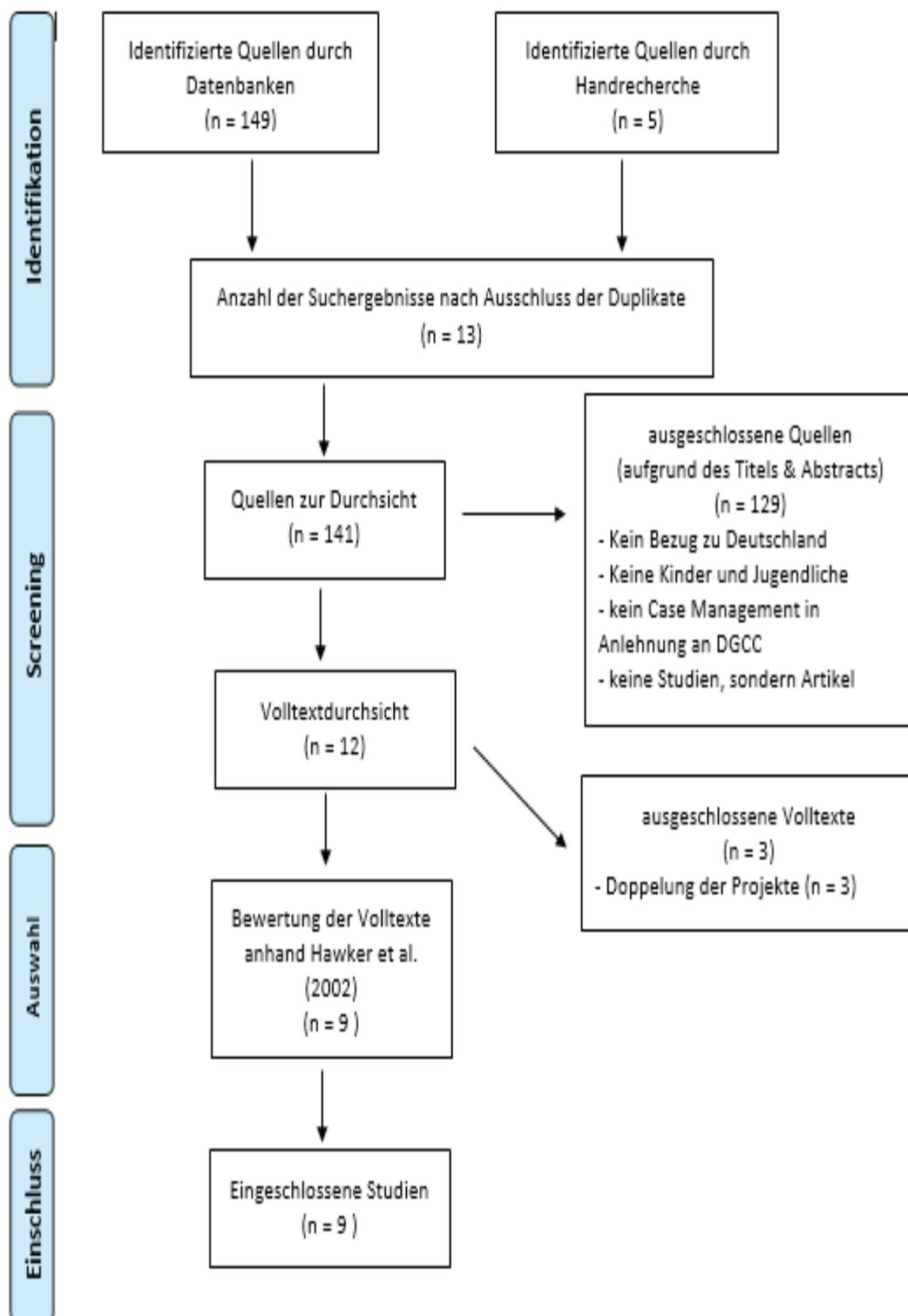


Abbildung 4: Flowchart Literaturrecherche nach dem PRISMA – Statement (Moher et al., 2009)

#### **4.2.2 Studienbewertung**

Zur Studienbewertung wurden nach der systematischen Literaturrecherche elf Publikationen eingeschlossen. Nach dem Durchlesen der Volltexte wurden alle Artikel mit Hilfe des systematischen Bewertungsschemas nach Hawker et al. (2002) kritisch bewertet.

Aufgrund von jährlich über zwei Millionen Fachartikel in mehr als 20.000 Zeitschriften sind systematische Übersichtsarbeiten von großer Bedeutung, da sie die wissenschaftlichen Ergebnisse von den zahlreichen Studien zusammenfassen, so die Autoren. Die kritische Beurteilung der eingeschlossenen Quellen ist ein wichtiger Bestandteil einer systematischen Übersichtarbeit. Deshalb entwickelten Hawker et al. im Jahr 2002 einen einheitlichen systematischen Bewertungsbogen für die unterschiedlichen Studiendesigns (vgl. Hawker et al., 2002).

Der Beurteilungsbogen, welcher in der Abbildung 5 abgebildet ist, besteht aus insgesamt zehn Items, welche anhand der vier möglichen Abstufungen gut (4 Punkte), mittelmäßig (3 Punkte), mangelhaft (2 Punkte) und schlecht (1 Punkt) bewertet werden können. Die ersten neun Kriterien beziehen sich auf den Aufbau von wissenschaftlichen Artikeln. Beim zehnten Item wird der Gesamteindruck der Publikation beurteilt. Insgesamt kann eine Studie eine Gesamtzahl von maximal 40 und minimal zehn Punkten erreichen. Dabei stehen hohe Punktwerte für eine gute Studie. Zur einheitlichen Einschätzung der Items entwickelten die Autoren um Hawker für jede Abstufung gewisse Kriterien (siehe Anhang), um die Entscheidung zu vereinfachen. Des Weiteren gibt es die Möglichkeit für Bemerkungen zu den jeweiligen Items. Im Kopfbereich des Bewertungsbogens befinden sich Hauptautor\*in, Titel der Studie, Publikationsdatum, Region, Studiendesign und Stichprobe. Beim Studiendesign kann zusätzlich zwischen qualitativ, quantitativ und gemischter Methode angekreuzt werden und die Stichprobe der einzelnen Studien festgehalten werden., um einen schnellen Überblick zu erhalten. Die ausführlichen Beurteilungen der eingeschlossenen Artikel inklusive Evidenzlevel und Grad der Empfehlung, befinden sich im Anhang der Masterarbeit.

## Kritischer Bewertungsbogen

<b>Hauptautor*in:</b>					
<b>Titel:</b>					
<b>Publikationsdatum:</b>					
<b>Region:</b>					
<b>Studiendesign:</b>					
<input type="checkbox"/> Qualitativ <input type="checkbox"/> Quantitativ <input type="checkbox"/> gemischte Methode					
<b>Stichprobe:</b>					
	<b>Gut</b>	<b>Mittel- mäßig</b>	<b>Mangel- haft</b>	<b>schlecht</b>	<b>Bemerkungen</b>
<b>1. Abstrakt &amp; Titel</b>					
<b>2. Einleitung und Ziel</b>					
<b>3. Methodik</b>					
<b>4. Stichprobe</b>					
<b>5. Datenanalyse</b>					
<b>6. Ethik &amp; Bias</b>					
<b>7. Ergebnisse</b>					
<b>8. Übertragbarkeit / Verallgemeinbarkeit</b>					
<b>9. Implikationen / Nutzen</b>					
<b>10. Gesamteindruck</b>					

Abbildung 5: kritischer Bewertungsbogen in Anlehnung an Hawker et al. (2002)

### 4.3 Studienbeschreibung

Alle ausgewählten Publikationen werden in der nachfolgenden Tabelle übersichtlich in Anlehnung an den Kriterien aus der Studie von Gaertner et al. aus dem Jahr 2014 dargestellt.

	<b>Erst- autor*in</b>	<b>Titel</b>	<b>Zielgruppe</b>	<b>Studien- design</b>	<b>CM durch Einzelperson</b>	<b>Region</b>	<b>Bemerkungen</b>
<b>1</b>	Wiede- mann	Wirtschaftlichkeit und Effektivität verbesserter ambulant- stationäre Verzahnung durch Case Management	Früh- und Neugeborene	Fall – Kontroll – Studie	Interdisziplinär	Augsburg, Nürnberg, Bonn	Nachsorge- modell des Bunten Kreises
<b>2</b>	Porz	Endberichts randomisierte Implementierung des Modellprojekts Augsburg	Früh- und Neugeborene	Randomi- sierte Studie, Implemen- tationsstudie	Interdisziplinär	Bonn, Augsburg	Nachsorge- modell des Bunten Kreises
<b>3</b>	Podeswik et al.	Case Management als Versorgungskonzept für Kinder und Jugendliche mit Diabetes	Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus	Mixed Method	Ja	Augsburg	

	<b>Erst- autor*in</b>	<b>Titel</b>	<b>Zielgruppe</b>	<b>Studien- design</b>	<b>CM durch Einzelperson</b>	<b>Region</b>	<b>Bemerkungen</b>
<b>4</b>	Mühler et al.	Case-Management in der psychozialen Betreuung von Eltern Frühgeborener und kranken Neugeborener	Frühgeborene und kranke Neugebore	Retro- spektive Analyse	Ja	Leipzig	
<b>5</b>	Ganser et al. (2015)	Verbesserter Zugang zu evidenzbasierten Therapien für psychisch kranke Kinder und Jugendliche nach Kindesmisshandlung und - missbrauch	Psychisch kranke Kinder und Jugendliche nach Kindesmiss- handlung und - missbrauch	Mach- barkeits- studie	Ja	Ulm, Lüneburg, Datteln	Case Management Manual
<b>6</b>	Ganser et al. (2017)	Effectiveness of manualized case management on utilization of evidence-based treatments for children and adolescents after maltreatment: A randomized controlled trail	Kinder und Jugendliche nach Kindesmiss- handlung und Vernachlässi- gung	Rando- misierte kontro- llierte Studie	Ja	Baden- Württem- berg, Nieder- sachsen, Nordrhein- Westfalen	Case Management Manual

	<b>Erst- autor*in</b>	<b>Titel</b>	<b>Zielgruppe</b>	<b>Studien- design</b>	<b>CM durch Einzelperson</b>	<b>Region</b>	<b>Bemerkungen</b>
<b>7</b>	Rosner et al.	Evaluation eines migrations- spezifischen Angebots im Case Management von Kindern und Jugendlichen mit Therapiebedarf nach Misshandlungen, Miss-brauch oder Vernach-lässigung	Kinder und Jugendliche nach Kindesmiss- handlung und Vernach- lässigung mit Migrations- hintergrund	Interven- tionsstudi- e	Ja	Baden- Württem- berg, Nieder- sachsen, Nordrhein- Westfalen	Case Management Manual
<b>8</b>	Krisam	Ansätze zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland mit Asthma bronchiale mit einem Fokus auf sozialen Risikofaktoren und interdisziplinärer Zusammenarbeit	Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale	Quali- tatives Design mit Experten- interview s	-	Gesamt Deutsch- land	

	<b>Erst- autor*in</b>	<b>Titel</b>	<b>Zielgruppe</b>	<b>Studien- design</b>	<b>CM durch Einzelperson</b>	<b>Region</b>	<b>Bemerkungen</b>
<b>9</b>	Hüning et al.	Erfahrungen im Aufbau eines Elternberatungskonzeptes mit ambulanter Nachsorge: Auswirkungen auf klinisch- ökonomische Kenndaten und Akzeptanz der Eltern	Frühgeborene und kranke Neugeborene	-	Interdisziplinär	-	Bunter Kreis involviert

Tabelle 1: Publiizierte Case Management Studien in Deutschland

## **4.4 Projektvorstellung**

Im Rahmen der Literaturrecherche konnten die folgenden zwei Projekte identifiziert werden:

- Augsburger Nachsorgemodell des Bunten Kreises
- Interventionsmanual CANMANAGE,

welche nachfolgend vorgestellt werden.

### **4.4.1 Augsburger Nachsorgemodell des Bunten Kreises**

Der Grundgedanke des Augsburger Nachsorgemodelles des Bunten Kreises ist „schwer belastete Patienten und ihre Familien interdisziplinär, sektorenübergreifend und effizient zu versorgen“ (Bundesverband Bunter Kreis e.V., o.J.). In den neunziger Jahren entstand durch ein Zusammenschluss von Mitgliedern unterschiedlichster Eltern – Selbsthilfegruppen, dem psychosoziale Dienst, den Ärzten und Schwestern der Kinderklinik sowie der evangelischen und katholischen Kinderklinikseelsorge der Bunte Kreis (vgl. Wiedemann, 2005, S.49).

Das Nachsorgemodell wurde für Früh- und Risikogeborene, Kinder und Jugendliche mit onkologischen, neurologischen oder Stoffwechselerkrankungen und deren Eltern, sowie Geschwister entwickelt (vgl. Bundesverband Bunter Kreis e.V., o.J.). 35% aller versorgten Kinder und Jugendlicher des Bunten Kreises sind laut einer Vorstudie Früh- und Risikogeborene (vgl. Wiedemann, 2005, S. 52).

Aufgrund der hohen Rehospitalisationsraten entstand das Augsburger Nachsorgemodell mit den Zielen:

- „Sicherung und Verbesserung des Behandlungserfolgs
- Verkürzung, ggf. Vermeidung von stationären Aufenthalten
- Förderung der individuellen Krankheitsbewältigung
- Förderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
- Integration der Krankheit im Alltag

- Vernetzung der Leistungserbringer in der Region“ (Bundesverband Bunter Kreis e.V., o.J.).

Der Start der Nachsorge beginnt bei der sozialmedizinischen Nachsorge nach Paragraph 43 Absatz 2 im fünften Sozialgesetzbuch. Sowohl in den Zielen des Nachsorgemodells als auch im Gesetz ist der Case Management Ansatz wiederzuerkennen.

Nach erfolgter Indikationsstellung werden die Familien möglichst früh vom Frühgeborenenteam kontaktiert. Dieses besteht aus Kinderkrankenschwestern mit unter anderem Zusatzqualifikation wie Still- und Laktationsberaterin, Sozialpädagoginnen, Psychologin und Kinderärztin. Noch während des Krankenhausaufenthaltes wird eine interdisziplinäre Anamnese mit den Eltern erhoben und erste Maßnahmen eingeleitet. Im weiteren Verlauf wird mit dem gesamten Team und den Eltern ein Hilfeplan für die Nachsorge erstellt. Die Nachsorgeschwestern des interdisziplinären Nachsorgeteams begleiten die Familien nach Hause und überwachen die ersten Pflegemaßnahmen. Das Nachsorgeteam besteht aus den Säulen Verwaltung, Pflegenachsorge, sozialpädagogische Beratung, psychologische Beratung, Seelsorge und familienentlastender Dienst. In den einzelnen Bereichen sind unterschiedliche Professuren wie zum Beispiel Diplom Sozialpädagogen, Kinderkrankenschwestern, Kinderärzte und verschiedene Therapeuten vertreten. Im Rahmen von Patientenschulungen beziehungsweise Angehörigenschulungen werden die betroffenen Kinder und Jugendlichen und ihre Eltern zum Beispiel hinsichtlich der Erkrankungen, pflegerischer Maßnahmen oder spezieller Ernährungspläne geschult. Des Weiteren gehört die Vernetzung mit allen an der Versorgung beteiligten Institutionen wie zum Beispiel, ambulante Kinderkrankenpflege und Fachärzte zu Aufgabe von Case Managern. Bei der psychologischen und sozialtherapeutischen Betreuung wird den betroffenen Familien geholfen die neue Lebenssituation mittels Beratungsgesprächen zu bewältigen. Dazu gehört auch die Trauerbegleitung beim Versterben eines Kindes. (vgl. Porz, 2008; Wiedemann, 2005, S. 49 – 54; Bundesverband Bunter Kreis e.V., o.J.).

Das Nachsorgemodell des Bunten Kreises finanziert sich hauptsächlich durch die Mittel der Krankenkassen und durch staatliche Zuschüsse (vgl. Wiedemann, 2005, S. 55; Bundesverband Bunter Kreis e.V., o.J.). Das Verhältnis beträgt 55% zu 45% (vgl. Wiedemann, 2005, S.55). Bei der Erfüllung der Voraussetzungen wird die sozialmedizinische Nachsorge nach Paragraph 43 des fünften Sozialgesetzbuch von den Krankenkassen übernommen. Ebenfalls können die entstandenen Kosten für eine Patientenschulung nach Paragraph 43 Absatz 1 Nummer 2 des fünften Sozialgesetzbuch von den Kassen übernommen werden (vgl. ebenda). Staatliche Mittel erhält der Bunte Kreis „im Rahmen der offenen Behindertenarbeit (OBA), welche eine Eingliederungshilfe gemäß Bundessozialhilfegesetz (BSHG) darstellt“ (Wiedemann, 2005, S. 55).

#### **4.4.2 Interventionsmanual CANMANAGE**

Die Forschungsgruppe CANMANAGE beschäftigt „sich mit der psychiatrischen – psychotherapeutischen Versorgung von misshandelten, missbrauchten und/ oder vernachlässigten Kindern“ (Universitätsklinikum Ulm, 2020). Das entwickelte Case Management Interventionsmanual der Projektgruppe CANMANAGE besteht aus 25 Handlungsschritten, welche in der Abbildung 6 grafisch dargestellt ist.

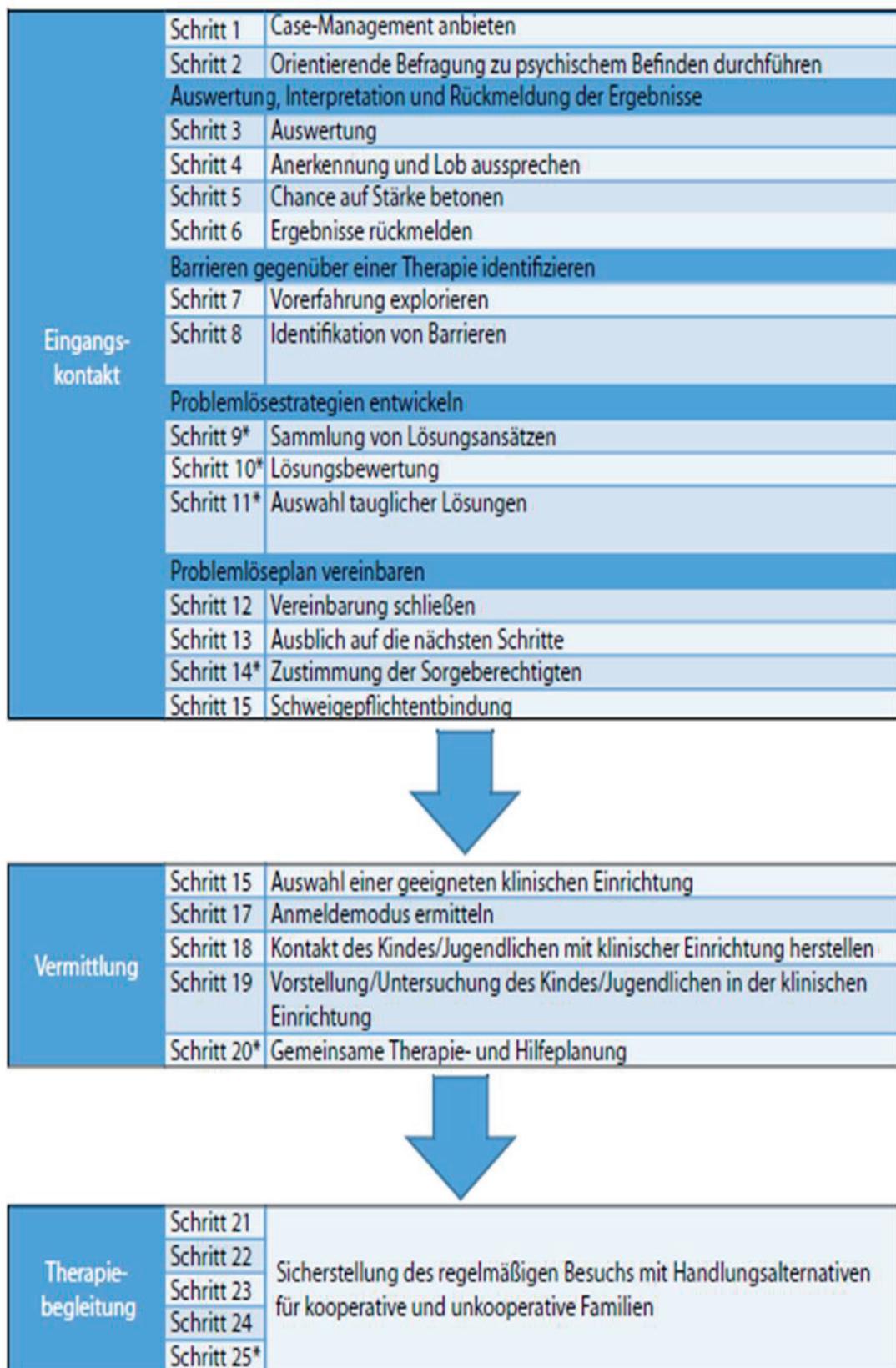


Abbildung 6: Case Management Manual (Ganser et al., 2015, S. 180).

Ziel des CANMANAGE – Programmes ist es, mit Hilfe von Case Manager\*innen „mit spezifischer Expertise und Lotsenfunktion, welcher von Misshandlung, Missbrauch, Vernachlässigung oder häuslicher Gewalt und damit assoziierten psychischen Störungen betroffene Kinder und Jugendliche und ihre nicht misshandelnden Bezugspersonen darin unterstützt, einen Therapiebedarf zu erkennen, eine geeignete Therapie zu finden und diese auch wahrzunehmen“ (CANMANAGE, 2016, S.4).

Innerhalb des circa 60 - minütigen Eingangskontaktes wird der klinische Behandlungsbedarf identifiziert und die Therapiebereitschaft ermittelt. Dabei soll das Kind aktiv in die Gestaltung des Hilfeprozesses einbezogen werden. Anschließend erfolgt die Vermittlung der Kinder und Jugendlichen. Das Maß der Aktivität der Case Manager\*innen richtet sich nach den Ressourcen und Bedürfnissen der betreuten Familien. Oftmals wird die Therapiebegleitung telefonisch mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen und deren Therapeuten durchgeführt. Bei der Anwendung des Case Management Inventionsmanuals betreute ein\*e Case Manager\*in einen Fall bis zum Abschluss. Das Manual ist für Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter der Kommunalen Jugendämter (ASD, Kinderschutz-Fachdienste, Pflegekinderdienste), Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter aus Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe (stationäre Jugendhilfe, Tagesgruppen, SPFH) sowie aus Beratungs- und Anlaufstellen (EB, Familienberatung, Kinderschutzstellen, Frauenhäusern, Opferberatung), Kinderschutzzentren sowie Schulen und Kindertagesstätten (mit ihren Fachdiensten, Schulsozialarbeiterinnen/ Schulsozialarbeiter, schulpsychologische Dienste etc.) geeignet (vgl. ebenda S. 4 – 33; Ganser et al., 2015, S. 179 – 180).

## 5. Ergebnisse der Untersuchung

Der Abschnitt Ergebnisse der Untersuchung gliedert sich in Studiencharakteristika und die Hauptergebnisse aus den neun eingeschlossenen qualitativen, quantitativen und gemischten Studien.

### 5.1 Studiencharakteristika

Im Rahmen der Analyse der Studiencharakteristika werden nachfolgend die Publikationsjahre und Studiendesigns der identifizierten Artikel graphisch veranschaulicht. Weitere Merkmale der einzelnen Quellen können aus der ersten Tabelle unter dem Punkt Studienbeschreibung bereits entnommen werden.

In der ersten Abbildung (Abbildung 7) des Kapitels sind die Publikationsjahre der eingeschlossenen Artikel dargestellt.

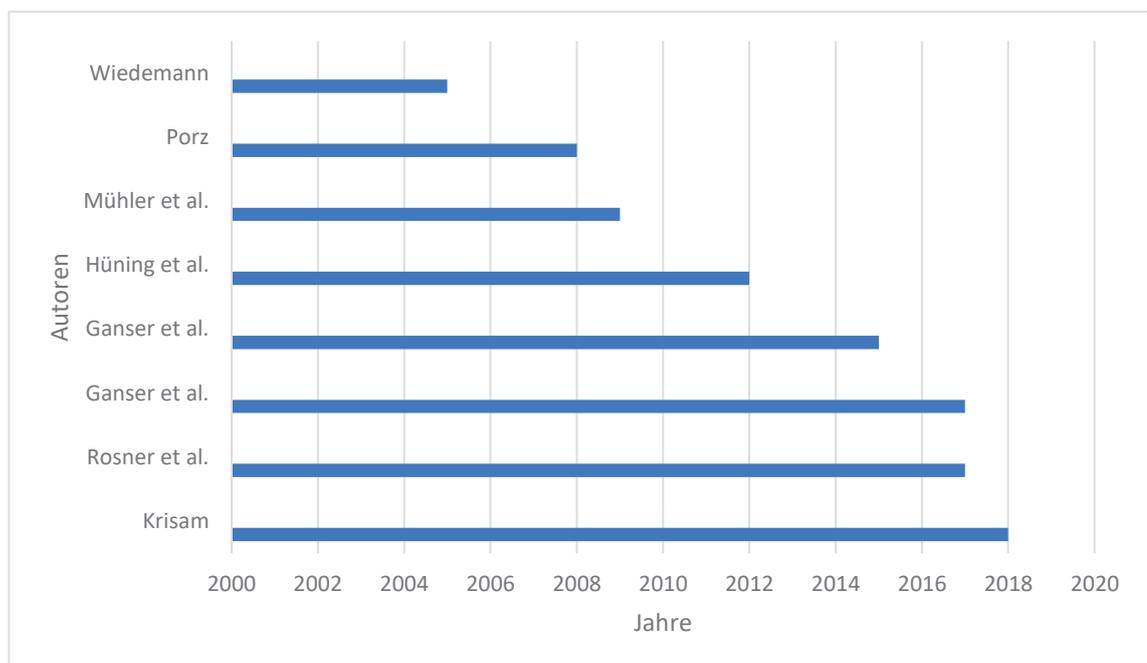


Abbildung 7: Publikationsjahr

Graphisch sind nur acht Publikationen dargestellt, da für die Studie „Case Management als Versorgungskonzept für Kinder und Jugendliche mit Diabetes“ von Podeswik et al. kein Publikationsjahr identifiziert werden konnte.

In der zweiten graphischen Darstellung (Abbildung 8) wird die Anzahl von quantitativen, qualitativen Studien und Studien mit gemischter Methode veranschaulicht.

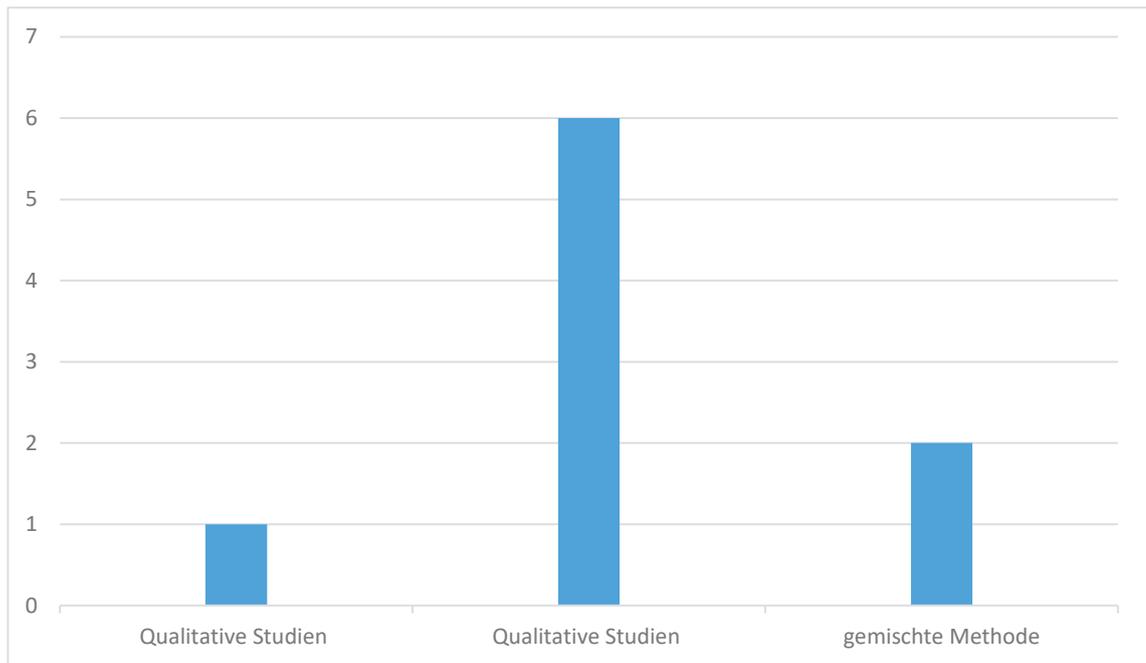


Abbildung 8: Studiendesign

In der qualitativen Studie „Ansätze zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland mit Asthma bronchiale mit einem Fokus auf sozialen Risikofaktoren und interdisziplinärer Zusammenarbeit“ von Krisam wurden 28 explorative qualitative Experteninterviews durchgeführt.

In der Literaturrecherche wurden sechs quantitative Studien zum Thema Case Management für Kinder und Jugendliche von null bis 18 Jahren in Deutschland identifiziert. In der Tabelle 2 werden diese sechs Publikationen in Interventions- oder Evaluationsstudie eingeteilt.

	<b>Erstautor*in</b>	<b>Studienart</b>
<b>1</b>	Porz	Interventionsstudie
<b>2</b>	Mühler et al.	Evaluationsstudie
<b>3</b>	Ganser et al. (2015)	Evaluationsstudie
<b>4</b>	Ganser et al. (2017)	Interventionsstudie
<b>5</b>	Rosner et al.	Interventionsstudie
<b>6</b>	Hüning et al.	Evaluationsstudie

Tabelle 2: Studienart

Die Interventionsstudien von Porz, Ganser et al. (2017) und Rosner et al. werden in der Tabelle 3 detailliert beschrieben.

	Erst- autor*in	Stichproben- größe	Zugang über medizinische Versorgung	Ein- & Aus- schluss- kriterien	Kontroll- gruppe	Ran- domi- sierung	Verblin- dung	Erhebungs- zeitraum	Verlust
<b>1</b>	Porz	Bonn: 121 Familien mit 151 Kindern Augsburg: 91 Familien mit 103 Kindern	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Vor der Entlassung, nach 6 & 18 Monaten	Bonn: 27,3 % Augs- burg: 12,1%
<b>2</b>	Ganser et al. (2017)	121 (weiblich 40, männlich 81)	Ja	Ja	Ja	Ja	Interviewer Ja	1. Erhebung + Follow up nach 6 & 12 Monaten	25,6%
<b>3</b>	Rosner et al.	15 (weiblich 4, männlich 11)	Ja	Ja	Vorher & Nachher Gruppe	Ja	Nein	1. Erhebung	0 %

Interventionsstudie aus den gemischten Studiendesigns									
4	Wieder- mann	161 (weiblich 77, männlich 79)	Ja	Ja	Ja	Nein Matched Groups	Nein	Von Geburt bis zum korrigierten Alter von sechs Monaten	3,1 %

Tabelle 3: Detaillierte Beschreibung der Interventionsstudien

Im Rahmen der ersten Evaluationsstudie „Case-Management in der psychosozialen Begleitung von Eltern Frühgeborener und kranker Neugeborener von Mühler et al. aus dem Jahr 2009 wurde eine retrospektive Analyse mit den soziodemografischen Daten der Familien von 718 Patienten\*innen durchgeführt. Gewichtsklasse, Behandlungsursache, soziale Begleitprobleme, Anliegen der Gesprächskontakte, sowie die Häufigkeiten von verschiedenen Gesprächs-, Interventions- und Hilfsmaßnahmen sind Daten, welche analysiert worden sind (vgl. Mühler et al., 2009).

In der Machbarkeitsstudie von Ganser et al. aus dem Jahr 2015, der zweiten Evaluationsstudie, wurde überprüft, ob die 21 aktiven geschulten Case Manager\*innen das standardisierte Manual in der Praxis umsetzen. Das Case Management Manual umfasst 25 konsekutiven Handlungsschritte (vgl. Ganser et al., 2015).

Über einen Zeitraum von vier Jahren untersuchte Hüning et al. in der dritten Evaluationsstudie bei 330 Familien die Auswirkungen eines Elternberatungskonzeptes mit ambulanter Nachsorge auf klinisch ökonomische Kenndaten und die Akzeptanz der Eltern. Beispiele für die ökonomischen Kenndaten sind Verweildauern oder die Wiederaufnahmerate (vgl. Hüning et al., 2012).

Zwei Publikationen weisen eine gemischte Methode als Studiendesign auf.

Im ersten Artikel „Wirtschaftlichkeit und Effektivität verbesserter ambulant – stationärer Verzahnung durch Case Management“ wurde in erster Linie eine Fall – Kontroll – Studie mit 156 früh- beziehungsweise risikogeborenen Kindern durchgeführt, wobei zusätzlich drei Elternbefragungen mit einem gemischten Fragebogen aus qualitativen und quantitativen Fragen ausgefüllt worden sind, bei der 129 Familien teilgenommen haben, zu den folgenden Terminen:

- „zum ungefähren Entlasszeitpunkt des Kindes aus der Kinderklinik,
- drei Monate nach dessen Entlassung, sowie
- im korrigierten Alter des Früh – beziehungsweise Risikogeborenen von sechs Monaten“ (Wiedemann, 2005, S.162 – 178).

Die detaillierte Beschreibung der Fall – Kontroll – Studie, welche zu den Interventionsstudien gehört, befindet sich in der dritten Tabelle der Arbeit.

In der zweiten Studie „Case Management als Versorgungskonzept für Kinder und Jugendliche mit Diabetes“ von Podeswik et al. wurde mittels fünf qualitativer Mitarbeiterbefragungen und 20 semiquantitativen Elternfragebögen die vorliegende Forschungsfrage Identifizierung von Verbesserungspotenzialen in der Versorgung und Anwendungsmöglichkeiten für Case Management beantwortet. Als Studienart liegt aufgrund der Fragebögen eine Evaluationsstudie vor.

Abschließend werden noch die Evidenzlevel und Grad der Empfehlungen mit deren absoluten Häufigkeiten in den Abbildungen 9 und 10 dargestellt.

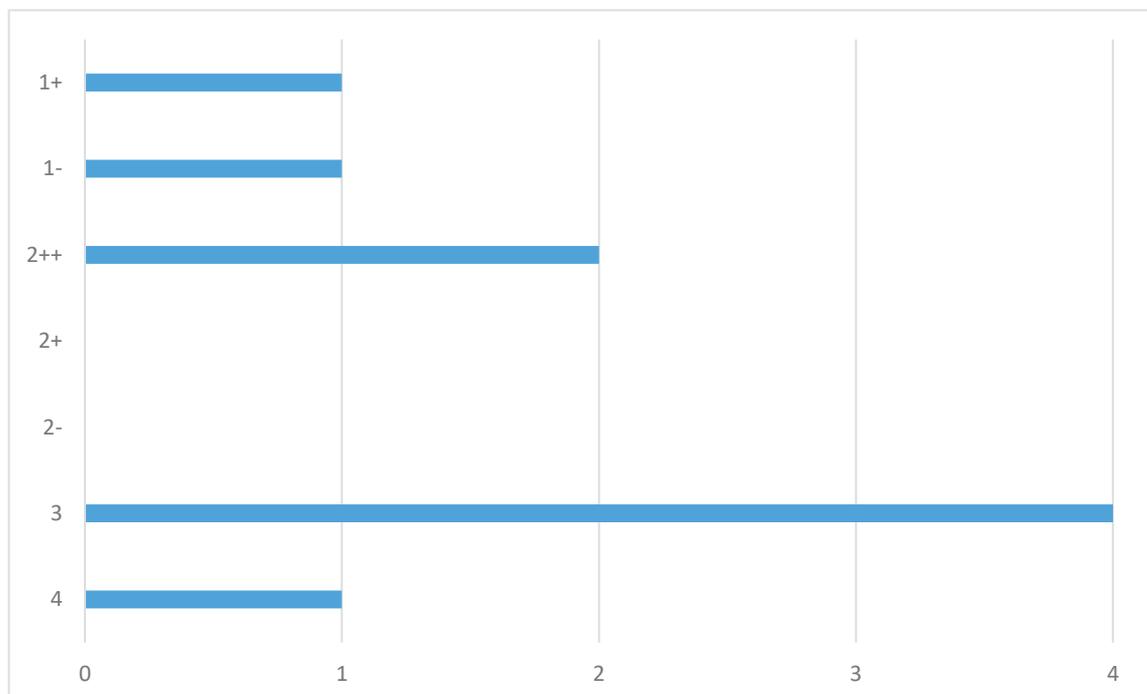


Abbildung 9: absolute Häufigkeiten der Evidenzlevel

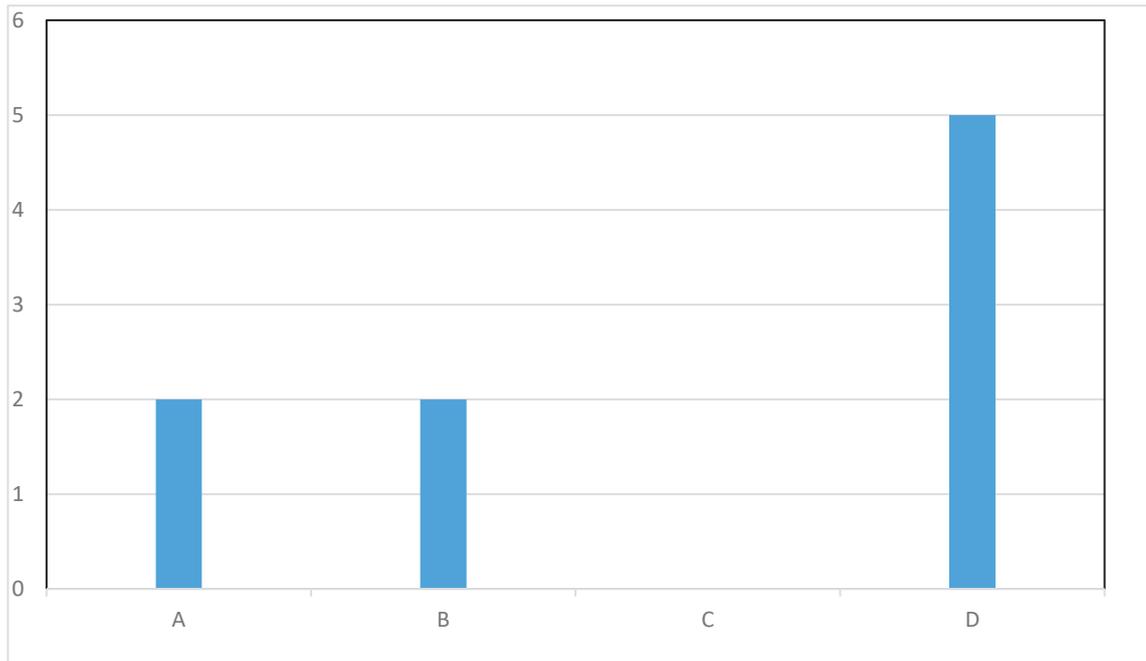


Abbildung 10: absolute Häufigkeiten Grad der Empfehlungen

Die eingeschlossenen Case Management Studien für Kinder und Jugendliche von null bis 18 Jahren in Deutschland befassen sich mit den folgenden Unterzielgruppen:

- Früh- und Risikogeborene
- Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus
- Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiales
- Kindern und Jugendliche nach Kindesmisshandlung oder -missbrauch oder -vernachlässigung
- Kindern und Jugendliche nach Kindesmisshandlung oder - missbrauch oder -vernachlässigung und Migrationshintergrund

Die Anzahl der jeweiligen Studien pro Zielgruppe ist in der Abbildung 11 dargestellt.

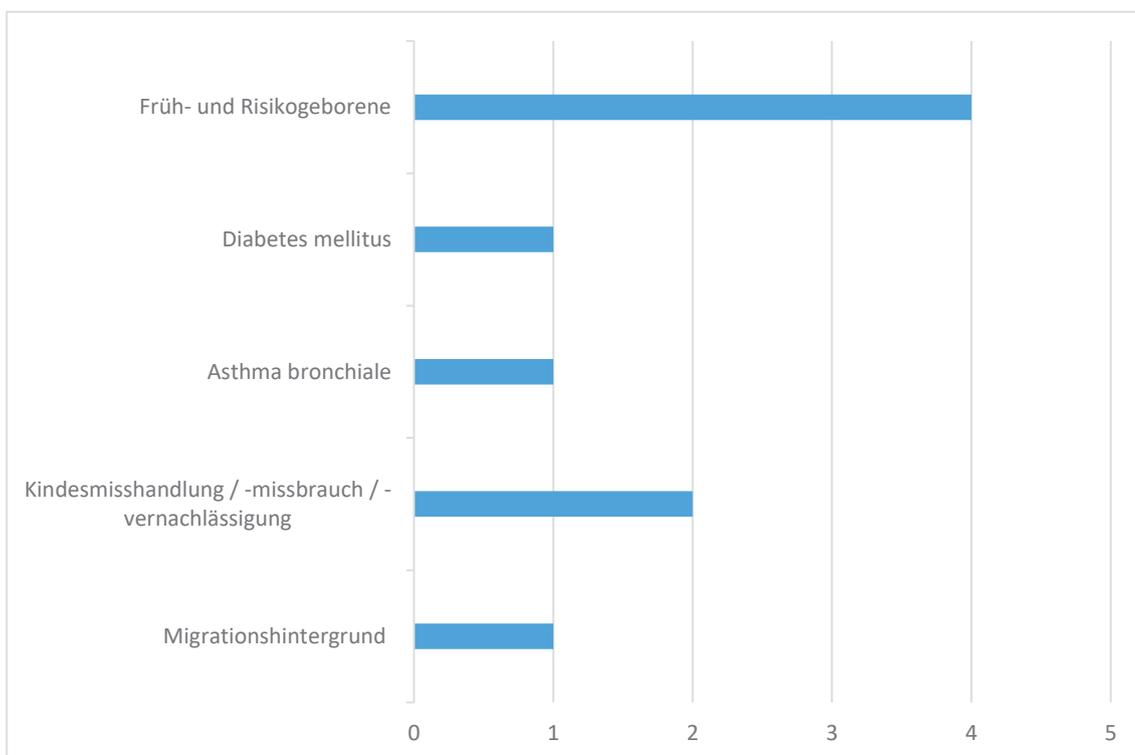


Abbildung 11: Anzahl der Studien pro Unterzielgruppe

## 5.2 Ergebnisse der qualitativen Studien

In Hinblick auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Asthma bronchiale in der Studie von Krisam wünschen sich mehr als die Hälfte der 28 Experten Case Management als Betreuungsform. Aufgrund der bereits guten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit dieser Krankheit und da dies keine tödliche Erkrankung ist, meinten drei Befragte, dass die Versorgung in Form von Case Management übertrieben sei. Des Weiteren wird teilweise diese Methode in ambulanten Pflegediensten angewendet. Durch die Verwendung von Case Management können laut den durchgeführten Experteninterviews die Qualität der Versorgung verbessert, die Effizienz der eingesetzten Leistung erhöht und die Kosten im Gesundheitssystem reduziert werden. Die zentralen vier Aufgaben von Case Manager\*innen sind die aktive Vernetzung mit notwendigen Partner\*innen, die Vermittlung an geeignete Dienstleister, Unterstützung beim Umgang mit Kindertagesstätten und Schulen, sowie das Einfordern von

Leistungen bei zum Beispiel der Krankenkasse. In der Studie von Krisam wird deutlich, dass nicht alle Kinder und Jugendliche mit Asthma Case Management benötigen und erhalten sollten. Gewisse Einschlusskriterien müssen auch laut den Experten festgelegt werden. Ein Beispiel dafür wäre ab dem dritten Schweregrad beziehungsweise nicht kontrolliertes Asthma. Geeignete Berufsgruppen für die Ausübung wären professionelle Pflegekräfte, medizinische Fachangestellte, Hebammen, Psychologen oder Sozialarbeiter. Dabei sollten Case Manager\*innen über Hintergrundwissen zur Erkrankung, medizinische Kenntnisse und Aspekte der Sozialarbeit aufweisen. Das primäre Assessment sollte bei den Kinderärzten oder Kinderpneumologen erfolgen, welche dann weitervermitteln. Eine weitere Möglichkeit wäre eine Ansiedlung an spezielle Zentren (vgl. Krisam, 2018).

Tanja Wiedemann verglich im Rahmen einer Fall – Kontroll – Studie und zusätzlichen Elternbefragungen „das Augsburger Nachsorgemodell mit der herkömmlichen stationären sowie ambulanten Versorgung von Früh- und Risikogeborenen bezüglich Kosten und Nutzen“ (Wiedemann, 2005, S.35). Die Teilnehmer\*innen der Interventionsgruppe wurden nach dem Augsburger Nachsorgemodell durch den Bunten Kreis in Augsburg behandelt. Die Kontrollgruppe aus Bonn und Nürnberg erhielt zum Vergleich eine Alternative oder keine Nachsorge (vgl. ebenda, S. 161). In der Studie von Tanja Wiedemann wurden durch eine Elternbefragung zu den oben genannten drei Zeitpunkten die drei Dimensionen physische Gesundheit, emotionales Befinden und sozial Dimension der betroffenen Eltern erfragt (vgl. ebenda, S. 229 – 265). Positive Auswirkungen der Nachsorge durch den Bunten Kreis auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität der betroffenen Eltern sind eine Verbesserung der Stressbelastung und kontinuierlich verlaufende Befindlichkeitsverbesserung (vgl. ebenda S. 229 – 299). Der Bunte Kreis dient für die Eltern hauptsächlich als soziale Copingquelle. Einen signifikanten Unterschied gab es zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe bei den Informationen über mögliche Nachsorgemaßnahmen ( $p= 0,012$ ). Des Weiteren wurden die Eltern mit Nachsorge bezüglich sozialer Hilfen signifikant besser beraten, wie zum Beispiel Pflegegeld oder familienentlastender Dienste

( $p= 0,037$ ), sowie Eltern- oder Selbsthilfegruppen ( $p= 0,034$ ). Die Gesundheit des Kindes, die Entwicklung und Zukunft sind die größten Sorgen – und Unsicherheitsfaktoren der Eltern. Zehn Prozent der ambulanten Pädiater erhielten nach dem Krankenhausaufenthalt in weniger als zwei Wochen einen Arztbrief. 20% der befragten Eltern bekamen erst nach mehr als sechs Wochen den Abschlussbericht aus dem Krankenhaus. 46% der niedergelassenen Ärzte fühlten sich nach der Entlassung nicht ausreichend informiert und 34 % berichteten über Probleme bei der stationären Einweisung frühgeborener Kinder. Ein Viertel der Eltern aus der Gruppe mit Nachsorge stellten Probleme bezüglich der Integration aller an der Versorgung Beteiligten fest. Es stellte sich eine hohe Zufriedenheit der Eltern mit der stationären und ambulanten Versorgung der Kinder heraus. In Hinblick auf die Leistungen des Bunten Kreises konnte ebenfalls eine hohe Zufriedenheit verzeichnet werden, sowohl bei den persönlichen Faktoren als auch bei den fachlichen Fähigkeiten der Schwestern. Die Zufriedenheit der Eltern betrug im Bereich der Kommunikation und Zusammenarbeit mit den ambulanten Leistungserbringern lediglich 53,33%. Ein weiteres positives qualitatives Ergebnis ist die ständige Erreichbarkeit des Bunten Kreises. Die Eltern schätzen das Nachsorgeprogramm des Bunten Kreises als wichtige Stütze ein und wünschen sich ein Startpaket mit Informationen nach der Entlassung (vgl. ebenda).

Im Rahmen der qualitativen geführten Mitarbeiterinterviews in der Studie „Case Management als Versorgungskonzept für Kinder und Jugendliche mit Diabetes“ von Podeswik et al. wurden Gruppenschulungen für Patienten als größtes Defizit, neben Zeitmangel des ärztlichen Personals, identifiziert. Von besonderer Bedeutung ist laut den Mitarbeitern die Kontinuität der Betreuung. Um auftretende Schwierigkeiten bei der Therapie zu beheben, werden laut Interviews verschiedene Strategien angewendet, welche spezielle auf die individuellen Kinder und Jugendlichen angepasst sind (vgl. Podeswik et al., o.J.).

## 5.3 Ergebnisse der quantitativen Studien

Die Ergebnisse der quantitativen Studien unterteilen sich nochmals in die Studienarten Interventionsstudien und Evaluationsstudien.

### 5.3.1 Interventionsstudien

Die prospektive, randomisierte Implementierungsstudie des Modellprojektes Augsburg, kurz PRIMA – Studie, von Porz untersuchte, „ob Patientenfamilien mit standardisierter und individualisierter familienorientierter Nachsorge im Vergleich zu denen, die nur Therapieempfehlungen erhalten, effektiver und effizienter versorgt werden“ (Porz, 2008) Die drei Hypothesen der PRIMA – Studie sind:

- Verbesserung der Mutter – Kind – Interaktion
- Reduktion der Belastungen
- Verbessertes Gesundheitsverhalten (vgl. ebenda).

„Zur standardisierten individuellen familienorientierten Nachsorge [der Kinderklinik Bonn] gehören folgende Maßnahmen:

- Begleitung und Case-Management durch eine Nachsorgeschwester während des stationären Aufenthalts und nach der Klinikentlassung. Intensität und Dauer der Nachsorge variierten nach dem in der Eingangsdagnostik (Disease-Staging) festgelegten Bedarf.
- Bei Bedarf sozialrechtliche Beratung durch Sozialpädagogen.
- Bei Bedarf psychosoziale Beratung durch Sozialpädagogen und Psychologen“ (ebenda).

Ebenfalls gab es eine Vergleichsgruppe mit der standardisierten individuellen familienorientierten Nachsorge aus der Kinderklinik Augsburg (vgl. ebenda). Im Vergleich zur Interventions- und Vergleichsgruppe erhielten die betroffenen Eltern der Kontrollgruppe der Kinderklinik Bonn „die kliniküblichen qualifizierten und optimierten Therapieempfehlungen, die sie jedoch selbst koordinieren mussten“ (ebenda). Die Abbildung 12 veranschaulicht den Aufbau der PRIMA – Studie.

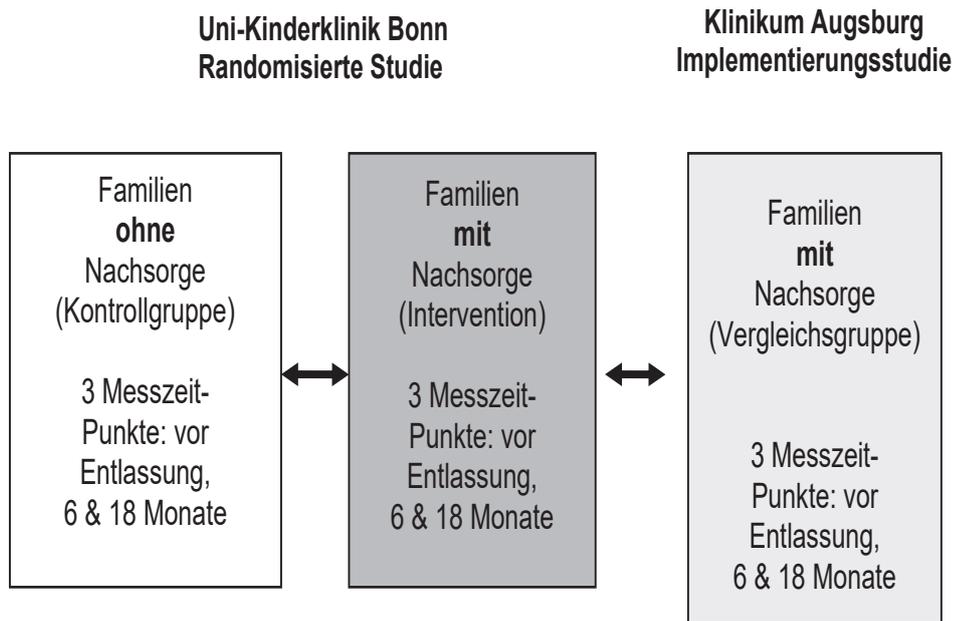


Abbildung 12: Aufbau PRIMA - Studie (vgl. Porz, 2008).

„Bei der Videointeraktionsbeobachtung zeigten sich für die Interventionsgruppe in der konfirmatorischen Episode 5 (Wiedervereinigung nach „still-face“) jeweils signifikant bessere Scores für die emotionale Regulation der Kinder, die mütterliche Sensibilität und die Mutter-Kind-Interaktion“ (ebenda). Vor der Entlassung der Kinder schätzten Kinderkrankenschwestern mit Hilfe des Boston City assessment of parental sensitivity das Interaktionsverhalten und die Sicherheit im Umgang bei der Interventionsgruppe besser ein. Das Ergebnis zwischen der Interventionsgruppe in Bonn und der Vergleichsgruppe in Augsburg zeigt keine deutlichen Unterschiede. Lediglich die Beratung bezüglich der Nachsorgeangebote und Selbsthilfegruppe wurden beim Telefoninterview nach sechs Monaten in Augsburg signifikant besser bewertet. Die Gesamtbelastungen für Eltern von Frühgeborenen und kranken Neugeborenen unterschieden sich zwischen den einzelnen Gruppen nicht signifikant. Besonders unsicher waren die Eltern im Bereich Gesundheit und Entwicklung des Kindes. Bis zu 30% der Mütter hätten sich eine Beratung in Hinblick auf soziale Hilfen, Nachsorgeangebote, Hilfsmittel, sowie Elterngruppen gewünscht. Allgemein waren die Belastungen in der Kontrollgruppe höher als in der Interventionsgruppe (vgl. ebenda).

Die Haupthypothese in der randomisierten kontrollierten Studie von Ganser et al. aus dem Jahr 2017 ist, dass sechs Monate nach der Einführung eines standardisierten Case Management Manual deutlich mehr Kinder und Jugendliche mit einer Vorgeschichte von Kindesmissbrauch und -vernachlässigung evidenzbasierte Behandlungen erhalten, als die Kinder mit der üblichen Versorgung. Mit Hilfe von Fragebögen, Interviews und Assessmentinstrumenten wurden die Ergebnisse der Studie ermittelt. Die Intention – to – treat Analyse zeigt, dass nach sechs Monaten 23 von 60 Teilnehmer\*innen mit Case Management und 19 von 61 Probanden ohne Case Management erfolgreich einer evidenzbasierten Behandlung, kurz EBT, überwiesen wurden. Dieser kleine Unterschied weist in der Statistik keine Signifikanz auf. Bei der Per – Protokoll – Analyse mit 90 eingeschlossenen Personen nahmen 18 von 37 Teilnehmer\*innen an einer EBT nach sechs Monaten teil. Bei der Kontrollgruppe waren es zu diesem Zeitpunkt 19 von 53. Nach einem Zeitraum von zwölf Monaten erhielten 22 von 37 Patienten\*innen mit Case Management eine evidenzbasierte Behandlung und 23 von 33 eine evidenzbasierte Behandlung ohne Case Management. Sowohl nach sechs als auch nach zwölf Monaten konnte keine Signifikanz festgestellt werden. Auch bei der Verwendung der Kaplan – Meier Methode ergab sich keine statistische Signifikanz. Demzufolge erhielten Patienten mit Case Management nicht signifikant schneller einer EBT als die Probanden mit der üblichen Behandlung (vgl. Ganser et al., 2017).

In der Teilstudie von Rosner et al., welcher zur Studie von Ganser et al aus dem Jahr 2017 gehört, wurde „zur Projektmitte ein kultur- und migrationsspezifischer Workshop angeboten“ (Rosner et al., 2017, S. 242). Des Weiteren wurden Informationsmaterial und Diagnostikunterlagen in drei weitere Sprachen übersetzt und finanzielle Mittel für Sprachmittlung bereitgestellt. Anschließend wurde durch einen zeitbasierten Vergleich innerhalb des experimentellen Arms untersucht, ob sich der Zugang zu evidenzbasierten Therapie bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund nach Misshandlungen, Missbrauch oder Vernachlässigung nach der Einführung der Maßnahmen verbessert. Vor der

Einführung des migrationsspezifischen Angebotes konnten zwei von sechs Fälle erfolgreich an eine Therapie vermittelt werden. Nach der Einführung waren es vier von insgesamt acht Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Demzufolge konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Das Angebot der Kostenübernahme von Sprachmittlung bei Diagnostikterminen wurde häufiger als die fremdsprachlichen Fragebögen beziehungsweise Informationsmaterialien in Anspruch genommen (vgl. Rosner et al., 2017).

Die gesamtwirtschaftliche Analyse von Tanja Wiedemann für das Augsburger Nachsorgemodell des Bunten Kreises zeigt, dass mit 48,85% am häufigsten Hausbesuche durch die Nachsorgeschwestern durchgeführt worden sind (vgl. Wiedemann, 2005, S. 188 – 229). Die zweitwichtigste Leistungsart mit 28,45% ist die Kontaktaufnahme mit der Klinik. Die direkten Kosten der Nachsorge pro Kind sind bis zur Schwangerschaftswoche 27 und ab Schwangerschaftswoche 36 mit 543,74€ und 955,25€ am höchsten. Im Vergleich zu 262,03€ und 292,60 € bei den Schwangerschaftswochen von 28. bis 31. und 32. bis 35. Beim Vergleich der stationären Kosten ohne verzerrende Effekte sind deutliche Einspareffekte durch die Nachsorge des Bunten Kreises zu verzeichnen. Zum Beispiel kann die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 103,38 Tagen auf 81,43 Tagen verkürzt werden, bei den sehr unreifen Frühgeborenen bis zur 27. Schwangerschaftswoche. Bei den Geburten von der 28. bis 31. Schwangerschaftswoche kann bei vereinheitlichtem Pflegesatz insgesamt 4.629,24 € durch die Nachsorge des Bunten Kreises eingespart werden. Für die ambulanten Kosten können Einsparungen bei der Frühgeborenen von der 28. bis 31. und von der 32. bis 35. Schwangerschaftswoche von 82,88€ und 130,98€ verzeichnet werden. Kosteneinsparungen können insbesondere bei einer Reife von mindestens 28 Schwangerschaftswochen bei den ambulanten Medikationskosten, Kosten der Monitorüberwachung und ambulante Klinikversorgung erzielt werden. Des Weiteren wurden die direkten nicht medizinischen und indirekten Kosten mitbetrachtet. In Hinblick auf die Fahrkosten der Eltern ergeben sich geringe Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Verdienstauffälle nehmen bei der Interventionsgruppe mit zunehmender Reife der Kinder ab. Dagegen kehrt sich

dieser Zusammenhang bei Familien ohne Nachsorge um. Der bereinigte Nettonutzen, welcher ohne die Kosten der stationären Folgeaufenthalte, den Einsatz des Herz – Atem – Monitors und den Fahrkosten der Eltern berechnet wurde, beträgt bei den Frühgeborenen unter der 27. Schwangerschaftswoche einen negativen Nutzen. Jedoch bei Kindern mit einer Reife von der 28. bis 31. Schwangerschaftswoche einen Nettonutzen von 943,47€. Bei der 32. Bis 35. Schwangerschaftswoche sogar einen bereinigten Nettonutzen von 1.811,28€. Demzufolge ist das Augsburger Nachsorgemodell des Bunten Kreises mit einem Gestationsalter ab der 28. Schwangerschaftswoche wirtschaftlich empfehlenswert (vgl. ebenda).

### **5.3.2 Evaluationsstudien**

Bei der Studie von Mühler et al. aus dem Jahr 2009 wurden 489 Kinder von insgesamt 718 wegen Frühgeburtlichkeit stationär behandelt. Innerhalb der drei Jahre konnte ein kontinuierliches Wachstum an Verlaufsgesprächen, Nachsorgevorbereitungen, Sozialberatungen, insbesondere in Hinblick auf Existenzsicherung, verzeichnet werden. Im Zeitraum von einem Jahr reduzierten sich die poststationären Telefonkontakte von 36 auf Zwölf. In den Verlaufsgesprächen konnten die Eltern die Themen und Inhalte selbst bestimmen. Im Rahmen der Sozialberatungen ging es häufig um die Beantragung von zum Beispiel Kinder- und Elterngeld oder Vaterschaftsanerkennung. Ziele der Nachsorgeberatungen waren Eltern Lebensperspektiven aufzuzeigen und bestehende Netzwerke aufzubauen beziehungsweise zu verstärken (vgl. Mühler et al., 2009).

In der Machbarkeitsstudie „Verbesserter Zugang zu evidenzbasierten Therapien für psychisch kranke Kinder und Jugendliche nach Kindesmisshandlungen und -missbrauch von Ganser et al. wurde überprüft, in wie weit geschulte Case Manager\*innen die einzelnen Interventionsschritte eines standardisierten Case Management Manual umsetzen. Hierbei wird das gleiche Manual verwendet wie in der Studie „Effectiveness of manualized case management on utilization of evidence – based treatments for children and adolescents after maltreatment“ von Ganser et al. Im Durchschnitt wurden 75,75 % aller verpflichtenden

Interventionsschritte manualgetreu durchgeführt. Zehn Case Manager\*innen erzielten eine Übereinstimmung mit dem Manual von 83,5 bis 100%. Weitere fünf Anwender\*innen weisen eine gute Manualtreue von 67 bis 83,5% auf. Die restlichen fünf Mitarbeiter\*innen waren unter den vorab angestrebten 70%. Gründe für die nicht Einhaltung der verpflichtenden Interventionsschritte waren zum einen eine hohe Motivation und Kooperativität der Familien und zum anderen kein zurückgemeldeter Behandlungsbedarf nach Erstvorstellung in einer klinischen Einrichtung. Des Weiteren gaben im Rahmen der subjektiven Bewertung mehr als dreiviertel der Anwender\*innen an, dass sie das Manual in ihre Arbeit integriert haben und den Bedürfnissen der Klienten gerecht geworden sind. Das Manual stellte eine Unterstützung in der täglichen Arbeit dar und passt zur Arbeitsweise der Case Manager\*innen (vgl. Ganser et al., 2015).

Beim Aufbau eines Elternberatungskonzeptes mit ambulanter Nachsorge wurden folgende Auswirkungen auf klinische ökonomische Kenndaten durch die Autoren Hüning et al. festgestellt. Insgesamt wurden über den Zeitraum von vier Jahren 330 Neugeborene in die Studie eingeschlossen. Die mediane Verweildauer wurde in dem Zeitraum um 24 Tage verkürzt. Die obere Grenzverweildauer, kurz OGV, wurde um 64% reduziert. Die Wiederaufnahme sank signifikant in beiden Gruppen. Ein weiterer Vorteil der Elternberatung ist die Kontinuität und Beständigkeit nicht nur im Krankenhaus, sondern auch anschließend in der häuslichen Umgebung. Zum Beispiel wurden durch die Besuche in der Häuslichkeit eine Unterernährung und schwere Infektionen erkannt. Das Augsburger Nachsorgemodell vom Bunten Kreis wurde in die Studie involviert (vgl. Hüning et al., 2012).

Bei den 20 durchgeführten Elternbefragungen in der Studie von Podeswik et al. wurden die folgenden sechs Versorgungsbereiche abgefragt:

- Erlernen von Fachwissen im Umgang mit Diabetes
- Belastungen mit dem Diabetes im Alltag
- Sorgen und Ängste im Zusammenhang mit dem Diabetes
- Unterstützung der gesamten Familien und Einbeziehung des Umfeldes
- Zusammenarbeit mit dem Team der Ambulanz
- Vermittlung, Koordination von Fachkräften & Diensten (vgl. Podeswik et al., o.J.)

Die Zufriedenheit der Patienteltern in den Kategorien Vermittlung von Fachwissen, Zusammenarbeit mit der Ambulanz und Vermittlung an andere Fachkräfte und Koordination von Diensten liegt bei durchschnittlichen Werten über Drei von maximal Vier (vgl. Podeswik et al., o.J.). Jedoch wünschen sich die Eltern eine stärkere Zusammenarbeit zwischen den Diabetes Ambulanzen und den Kindertagesstätten beziehungsweise Schulen. Trotz der anscheinend guten Versorgung der Kinder und Jugendlichen und deren Eltern durch die Diabetes Ambulanz haben die Erziehungsberechtigten Sorgen und Ängste bezüglich Hyper-, Hypoglykämien und Spätfolgen. Des Weiteren wurde nach der Relevanz der einzelnen Versorgungsbereiche gefragt. Dabei ergab sich, dass die Zusammenarbeit mit der Ambulanz den stärksten Einflussfaktor auf die Gesamtzufriedenheit hat. Zusätzlich spielt die dauerhafte Erreichbarkeit eines Mitarbeiters der Diabetes Ambulanz eine sehr große Relevanz in Hinblick auf die Zufriedenheit bei den Eltern (vgl. ebenda).

## **6. Diskussion**

Im Kapitel Diskussion werden die Methoden und die Ergebnisse kritisch reflektiert. Die Methodendiskussion orientiert sich an der Gliederung des Methodikabschnittes der Masterarbeit. Die Ergebnisse der Untersuchung werden mit vorhandenen Forschungsergebnissen verglichen, reflektiert und grundsätzlich diskutiert.

### **6.1 Methodendiskussion**

Allgemein ist anzumerken, dass die Masterarbeit sich auf die Forschungsergebnisse für Kinder und Jugendliche von null bis 18 Jahren aus Deutschland bezieht und demzufolge einer Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Zielgruppen beziehungsweise auf andere Länder nicht möglich ist. Ein weiterer Grund dafür sind auch die unterschiedlichen Gesundheitssysteme.

Um einen Gesamtüberblick der Forschungslage zu einer bestimmten Thematik zu erhalten, ist das Studiendesign der systematischen Übersichtarbeit besonders zielführend. Die einzelnen Limitationen, welche bei der Durchführung aufgetreten sind, werden nachfolgend vorgestellt.

Die Recherche der Literatur, Auswahl der Studien, die kritische Beurteilung sowie die Bewertung der Evidenzlevel und der Grad der Empfehlungen erfolgte nur durch eine Person. Ein Cut – off Wert für die kritische Bewertung in Anlehnung an Hawker et al. (2002) der identifizierten Quellen wurde nicht festgelegt.

Bei der systematischen Literaturrecherche zum Stand der Forschung für die Herleitung der Forschungsfrage kann nicht ausgeschlossen werden, dass relevante Studien nicht berücksichtigt beziehungsweise identifiziert wurden. Aufgrund der Orientierung der Masterarbeit an der Studie „Case-management“ – Studien für Personen ab 65 Jahren in Deutschland von Gärtner et al. aus dem Jahr 2015 wurden lediglich „case-manage\*“ beziehungsweise „fallmanage\*“ als Suchbegriffe in der Literaturrecherche verwendet. „Der Begriff „Case Management“ ist in Deutschland nicht geschützt“ (vgl. Gärtner et al., 2015). Bei der Sichtung der identifizierten Suchergebnisse fiel auf, dass zahlreiche Begrifflichkeiten in Bezug zu Case Management verwendet werden. Oftmals

wurde in den Studien lediglich Fallmanagement durchgeführt, welches mit dem Begriff Care Management gleichgesetzt werden kann. Auch das Versorgungsmodell sozialmedizinische Nachsorge wurde unter dem Begriff Case Management subsumiert. Des Weiteren muss davon ausgegangen werden, dass nicht alle Case Management Projekte für Kinder und Jugendliche in Deutschland publiziert worden sind.

Bei der Sichtung der Titel und Zusammenfassungen der Quellen wurden die absoluten Häufigkeiten der Ausschlusskriterien nicht erfasst.

Eine Herausforderung war die Bewertung der Evidenzlevel und Grad der Empfehlungen der eingeschlossenen Artikel in die Masterarbeit, da die Autorin wenig Erfahrungen ausweist. Aufgrund zahlreicher Publikationen zum gleichen Forschungsprojekt, zum Beispiel des Augsburger Nachsorgemodells des Bunten Kreises war es teilweise schwierig, die Endberichte der Endprojekte zu erhalten.

## **6.2. Ergebnisdiskussion**

Aufgrund des Einschlusskriterium Case Management in Anlehnung an die deutsche Gesellschaft für Care und Case Management, welche im Jahr 2005 gegründet wurde (vgl. Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V., 2017), wurden alle eingeschlossenen Artikel in einem Zeitraum von 2005 bis 2018 veröffentlicht. Bei der regionalen Verteilung der Studien ist zu erkennen, dass die Mehrzahl der Quellen aus dem westlichen Teil Deutschlands stammen. Ebenfalls bei der Studie „Case-management“ – Studien für Personen ab 65 Jahren in Deutschland von Gärtner et al. aus dem Jahr 2015 ist diese Verteilung erkennbar. Die Anzahl der Pflegestützpunkte, in welchen Care und Case Management durchgeführt werden soll, ist in den westlichen Bundesländern wie zum Beispiel Nordrhein – Westfalen oder Rheinland – Pfalz im Jahr 2013 am höchsten (vgl. Robert Koch – Institut, 2015).

Die eingeschlossenen Case Management Studien für Kinder und Jugendliche in Deutschland befassen sich mit den folgenden fünf Zielgruppen:

- Früh- und Risikogeborene
- Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus
- Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiales
- Kindern und Jugendliche nach Kindesmisshandlung oder -missbrauch oder -vernachlässigung
- Kindern und Jugendliche nach Kindesmisshandlung oder -missbrauch oder -vernachlässigung und Migrationshintergrund.

Für die Zielgruppe Früh – und Risikogeborene wurde eine Effektivität und Effizienz des Case Management Ansatzes durch die Studien von Wiedemann, Porz, Mühler et al. und Hüning et al. nachgewiesen. Bei der Umfrage von Eltern von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus und Case Manager\*innen gab es eine positive Rückmeldung zu Case Management und eine positive Tendenz ist erkennbar. Die Experten der Interviews sprachen sich bei Kindern und Jugendlichen mit Asthma bronchiale für eine Anwendung von Case Management aus. Bei der Unterzielgruppe Kinder und Jugendliche nach Kindesmisshandlung oder -missbrauch oder -vernachlässigung konnte keine signifikante Effektivität der Methode nachgewiesen werden. Die Stichprobe bei Kindern und Jugendlichen nach Kindesmisshandlung oder -missbrauch oder -vernachlässigung und Migrationshintergrund war viel zu gering um signifikante Unterschiede bei der Anwendung der Methodik festzustellen.

Die zwei wesentlichen Projekte der eingeschlossenen Quellen sind das Augsburger Nachsorgemodell des Bunten Kreises und CANMANAGE.

Das Augsburger Nachsorgemodell des Bunten Kreises erwies sich für die Zielgruppe Früh- und Risikogeborene wirtschaftlich als empfehlenswert, da ab der 28. Schwangerschaftswoche beachtenswerte Kosteneinsparungen erzielt werden können. Im Vergleich zur internationalen Forschungslage ist ein Widerspruch erkennbar. In der Studie „Effectiveness of a Comprehensive Case Management Service for Children With Medical Complexity“ von Simon et al. aus Seattle wurde eine Zunahme der Kosten nach 18 Monaten in der

Interventionsgruppe mit Case Management verzeichnet. Dabei ist zu beachten, dass die Ermittlung der Kosten in zwei verschiedenen Gesundheitssystemen durchgeführt wurde. Bei der Studie von Hüning et al., in welche der Bunte Kreis involviert war, zeigen sich ebenfalls positive Effekte hinsichtlich der Kosten der Behandlung. Denn die mediane Verweildauer und die obere Grenzverweildauer wurden verkürzt.

Durch „eine frühe, schon in der Klinik beginnende und über die Entlassung ins häusliche Umfeld reichende Begleitung für Eltern von Frühgeborenen oder kranken Neugeborenen“ (Porz, 2008, S. 60) werden die Belastungen der Familien reduziert, die Mutter – Kind – Interaktion verbessert und dies führt „zu einem verbesserten Gesundheitsverhalten gemessen an der geringeren Rate von stationären und ambulanten Wiederaufnahmen in der Klinik und einer geringeren Häufigkeit von Kinderarztbesuchen“ (ebenda, S. 60 – 61).

Hinsichtlich der Wirksamkeit des standardisierten Interventionsmanual mit 25 Handlungsschritten des CANMANAGE Projektes konnten in den Studien von Ganser et al. aus dem Jahr 2017 und Rosner et al. aus dem selbem Jahr keine signifikanten Unterschiede beim Erhalt einer evidenzbasierten Behandlung bei Kindern und Jugendlichen nach Kindesmisshandlung oder – missbrauch oder - vernachlässigung und / oder Migrationshintergrund festgestellt werden. Bei der Machbarkeitsstudie von Ganser et al. aus dem Jahr 2015 können Erfahrungen zur Umsetzung und Implementierung eines Case Management Manuals berichtet werden. Die vorabgeschulten Case Manager\*innen integrierten das standardisierte Manual zu rund 75% in ihre tägliche Arbeit. Damit besteht eine Akzeptanz von Case Management auf Seiten der Durchzuführenden (vgl. Ganser et al, 2015).

Laut der Studie „Case-management“ – Studien für Personen ab 65 Jahren in Deutschland von Gärtner et al. ist für die Umsetzung ausreichend Zeit, sowie eine Unterstützung durch andere Teammitglieder notwendig. Des Weiteren werden hochqualifizierte Fachkräfte mit hoher Diversität in den Grundberufen benötigt (vgl. ebenda). Die Befragten in der Studie von Krisam wünschen sich Case Management für Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale. Dabei sollten

professionelle Pflegekräfte, medizinische Fachangestellte, Hebammen, Psychologen oder Sozialarbeiter diese Tätigkeit ausführen. Des Weiteren wird in beiden Studien beschrieben, dass eine fortlaufende Weiterbildung Grundvoraussetzung sei (vgl. Gärtner et al., 2015; Krisam, 2018).

Bei den eingeschlossenen neun Studien der Masterarbeit werden die Aufgaben des Case Managements bei fünf Artikeln durch eine Einzelperson bearbeitet. Bei dem Augsburger Nachsorgemodell des Bunten Kreises werden die verschiedenen Tätigkeiten durch ein interdisziplinäres Team durchgeführt. Wie schon unter dem Punkt Projektvorstellung beschrieben, besteht das Frühgeborenenteam aus Kinderkrankenschwestern mit teilweise der Zusatzqualifikation Still- und Laktationsberaterin, Sozialpädagoginnen, Psychologin und Kinderärztin (vgl. Porz et al., 2008). Das interdisziplinäre Nachsorgeteam besteht aus den Säulen:

- Verwaltung
- Sozialpädagogische Beratung
- Pflegenachsorge
- Psychologische Beratung
- Seelsorge
- Familienentlastender Dienst
- Kinderärzte (vgl. Wiedemann, 2005, S. 51).

Die drei Hauptprofessuren nach den Spitzenverbänden der Krankenkassen für die sozialmedizinische Nachsorge ist sowohl im Frühgeborenenteam als auch im interdisziplinären Nachsorgeteam gegeben.

In der Case Management Leitlinie der deutschen Gesellschaft für Care und Case Management e.V. aus dem Jahr 2015 wird als Strukturmerkmal die Kontinuität in der Fallintervention und -verantwortlichkeit beschrieben, welche „in der Regel bei eine[r] Person oder gegebenenfalls bei einem Team“ (vgl. deutsche Gesellschaft für Case und Case Management e.V., 2015, S.14) liegt. Im Buch Instrumente des Care und Case Management Prozesses von Kollak und Schmidt wird Case Management als Verfahren beschrieben, bei dem mehrere Akteure und

Organisationen zusammenarbeiten. Ebenfalls wirken die Betroffenen, Case Manager\*innen und weitere Akteure zusammen, um die vorab festgelegten Ziele gemeinsam zu erreichen (vgl. Kollak; Schmidt, 2019, S. 5 – 7). In der weiteren verwendeten Literatur der Masterarbeit zum Thema Care und Case Management wird nicht direkt beschrieben, ob die Koordination und Steuerung der einzelnen Aufgaben zwischen den einzelnen beteiligten Akteuren durch nur ein\*e Case Manager\*in übernommen wird. Ebenfalls wird beim Augsburger Nachsorgemodell des Bunten Kreises dies nicht direkt thematisiert.

Bei den Eltern der Kinder und Jugendlichen ergab sich insgesamt eine hohe Zufriedenheit. Ausschlaggebend dafür war die Zusammenarbeit zwischen den Case Manager\*innen und den Familien. In der Studie von Podeswik et al. und Wiedemann zeigt sich, dass eine ständige Erreichbarkeit mit einer hohen Zufriedenheit einhergeht. Auch die Studie von Gärtner et al. zeigt, dass eine gute Erreichbarkeit wichtig für eine gute Umsetzung von Case Management ist (vgl. Gärtner et al.). Bei der Vermittlung von Fachwissen, Zusammenarbeit mit den Case Manager\*innen, Vermittlung von anderen Fachkräften und Koordination von anderen Diensten besteht bereits bei Podeswik et al. eine hohe Zufriedenheit. Nur circa die Hälfte der Befragten von Wiedemann sind mit der Kommunikation und Zusammenarbeit zufrieden. Hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen Case Manager\*innen und Kindertagesstätten beziehungsweise Schulen besteht noch Verbesserungspotenzial. Dieses Potenzial spiegelt sich auch in den persönlichen Erfahrungen der Autorin der Masterarbeit wieder. Grundsätzlich sind die Eltern durch die Verwendung des Case Management Ansatzes zufrieden. Dies ist ebenfalls ein Ergebnis der Studie von Gärtner et al. Die Beziehungsgestaltung zwischen Case Manager\*innen und den Kindern und Jugendlichen und deren Eltern verstärkte sich durch Case Management, da in der Evaluation eine hohe Zufriedenheit festgestellt wurde.

## 7. Schlussfolgerung

„Das deutsche Gesundheitswesen mit seiner modernen und komplexen medizinischen Versorgung ist derzeit allein auf das Überleben und die Erreichung des bestmöglichen Gesundheitszustandes der Patienten ausgerichtet. Dass zum Gesundsein nicht nur das physische, sondern auch das psychische Wohlbefinden gehört ist ein oft vernachlässigter Aspekt in der heutigen modernen Medizin“ (vgl. Mühler et al., 2009).

Eine fallorientierte, interdisziplinäre Koordination der Gesundheitsversorgung im Sinne des Case Management Ansatzes, wie zum Beispiel beim Augsburgers Nachsorgemodell des Bunten Kreises verbessert die Versorgungsqualität, sowie die Wirtschaftlichkeit. Dabei wird auch auf das psychische Wohlbefinden der Eltern mittels zum Beispiel Beratungsgesprächen und verschiedenen Therapieangeboten eingegangen. Nicht nur in den Studien um das Augsburgers Nachsorgemodell, sondern auch in den restlichen Studien ist zu erkennen und festzuhalten, dass auf psychischer, als auch auf physischer Ebene mit den Kindern und Jugendlichen und deren Eltern im Rahmen von Case Management gearbeitet werden muss. Bereits in den Sozialgesetzbüchern wird der Ansatz des Case Management bei der Arbeit mit chronisch kranken beziehungsweise schwerstkranken Kindern und Jugendlichen vorgeschrieben. In weiterführenden Forschungen sollte die sozialmedizinische Nachsorge der sozialpädagogischen Zentren und das Augsburgers Nachsorgemodell im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie verglichen werden. In den Studien zum Augsburgers Nachsorgemodell des Bunten Kreises sind die alternativen Behandlungen der Vergleichsgruppen nicht detailliert beschrieben.

Zur Studie „Case-management“ – Studien für Personen ab 65 Jahren in Deutschland von Gärtner et al. sind hinsichtlich der Ergebnisse, Limitationen, Diskussion und Schlussfolgerung starke Ähnlichkeiten zu erkennen. Ebenfalls zeigen sich bei den Personen ab 65 Jahren wie zu den Kindern und Jugendlichen positive Effekte bei der Anwendung von Case Management.

Das Augsburgers Nachsorgemodell erwies sich für die Zielgruppe der Früh- und Risikogeborenen als geeignet. Jedoch ist das Modell auch für chronisch-, krebs-

und schwerstkranke Kinder und Jugendliche entwickelt wurden. In weiteren wissenschaftlichen Studien sollten demzufolge die Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit des Modells bei den anderen Zielgruppen überprüft werden. Im Rahmen der Masterarbeit wurden verschiedene Unterzielgruppen betrachtet. Bei den Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus ist aufgrund der Elternbefragung eine positive Tendenz zu erkennen. Auch Experten bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Asthma bronchiale sprechen sich für die Verwendung von Case Management im Rahmen der Therapie aus. Des Weiteren zeigte sich im Rahmen der randomisierten Implementierung, dass das Augsburger Nachsorgemodell nach ausführlicher Schulung der Mitarbeiter in gleicher Qualität in anderen Kliniken angewendet werden kann. Demzufolge sollte das Modellprojekt in weiteren Kinderkliniken in Deutschland implementiert werden.

Ein weiteres Potenzial, welches sich im Rahmen der Masterarbeit herauskristallisiert hat, ist die Zusammenarbeit von Case Manager\*innen und Kindertagesstätten beziehungsweise Schulen, denn die Kinder und Jugendlichen verbringen einen großen Anteil ihrer Kindheit in diesen Einrichtungen.

Die Thematik Schulungen und Empowerment spielte ebenfalls in den eingeschlossenen Studien eine wichtige Rolle. Gerade bei den Kindern und Jugendlichen und deren Eltern kann mit Hilfe von qualifizierten Schulungen der Grad der Autonomie und Selbstbestimmung verbessert werden.

Durch weitere dringend benötigte wissenschaftliche Studien zur Thematik Case Management bei Kindern und Jugendlichen kann die Qualität der Versorgung, die Patienten und Elternzufriedenheit sowie die Lebensqualität der Familien weiterhin verbessert werden.

## 8. Literaturverzeichnis

- Behrens J.; Görres S.; Schaeffer D.; Bartholomeyczik S.; Stemmer R. (2012): Agenda Pflegeforschung für Deutschland, online unter URL: <https://www.medizin.uni-halle.de/fileadmin/Bereichsordner/Institute-/GesundheitsPfl gewissenschaften/Pflegeforschungsverbund/AgendaPflegeforschung2012.pdf> [Abfrage 24.05.2020].
- Behrens J.; Langer G. (2016): Evidence based Nursing and Caring, Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung – Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“, 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Hogrefe AG: Bern.
- Burns T.; Catty J.; Roberts C.; Lockword A.; Marshall M. (2007): Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression, online unter URL: <https://www.bmj.com/content/335/7615/336.long> [Abfrage 22.0.6.2020].
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2019a): Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), online unter URL: [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/) [Abfrage 11.03.2020)].
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2019b): Sozialgesetzbuch (SGB) – Achtes Buch (VIII) – Kinder- und Jugendhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes v. 26. Juni 1990, BGBl. I S. 1163), online unter URL: [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_8/index.html#BJNR111630990BJNE005805140](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/index.html#BJNR111630990BJNE005805140) [Abfrage: 14.06.2020].
- Bundesverband Bunter Kreis e.V. (o.J.): Das Modell Bunter Kreis, Leitfaden zum Aufbau Interdisziplinärer Nachsorge in der Pädiatrie, online unter URL: [https://www.bunte-kreise-deutschland.de/fileadmin/quali-bk/medien/pdfs/BBK\\_Modellbroschuere\\_Web\\_2.pdf](https://www.bunte-kreise-deutschland.de/fileadmin/quali-bk/medien/pdfs/BBK_Modellbroschuere_Web_2.pdf) [Abfrage 06.10.2020].
- CANMANAGE (2016): Implementierung und Evaluation einer bedarfsgerechten, gemeindenahen Hilfeprozess-Koordination für Kinder und Jugendliche

nach Missbrauch, Misshandlung oder Vernachlässigung, Interventionsmanual „Die Case-Managerin/ Der Case-Manager im Einsatz“, online unter URL: [https://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/default/Kliniken/Kinder-Jugendpsychiatrie/Dokumente/Case\\_Management\\_Interventionsmanual.pdf](https://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/default/Kliniken/Kinder-Jugendpsychiatrie/Dokumente/Case_Management_Interventionsmanual.pdf) [Abfrage 10.10.2020].

Caritas Deutschland (2020): Care Management, online unter URL: <https://www.caritas.de/glossare/care-management> [Abfrage: 31.05.2020].

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (2012): Was Ist CM?, online unter URL: <https://www.dgcc.de/case-management/> [Abfrage: 11.03.2020].

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (Hrsg.) (2015): Case Management Leitlinien, Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen, medhochzeit Verlag: Heidelberg.

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (2017): Die DGCC stellt sich vor, online unter URL: <https://www.dgcc.de/dgcc/> [Abfrage 24.10.2020].

Diedrich M., Porz F. (2005): Die PRIMA-Studie – erste Ergebnisse, online unter URL: <https://docplayer.org/72123129-Die-prima-studie-erste-ergebnisse.html> [Abfrage 15.08.2020].

Ewers M. (2011a): Case Management im Schatten von Managed Care: Sozial- und gesundheitspolitische Grundlagen. In: Ewers M.; Schaeffer D. (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis, 2., ergänzte Auflage, Hans Huber Verlag: Bern, S. 29 – 52.

Ewers M. (2011b): Das anglo – amerikanische Case Management: konzeptionelle und methodische Grundlagen. In Ewers M.; Schaeffer D. (Hrsg): Case Management in Theorie und Praxis, 2., ergänzte Auflage, Hans Huber Verlag: Bern, S. 53 – 90.

Ganser H.; Münzer A.; Seitz D.C.M.; Witt A.; Goldbeck L. (2015): Verbessertes Zugang zu evidenzbasierten Therapien für psychisch kranke Kinder und

Jugendliche nach Kindesmisshandlung und -missbrauch, online unter URL: <https://www.vr-elibrary.de/doi/abs/10.13109/prkk.2015.64.3.172> [Abfrage 15.08.2020].

Ganser H.; Münzer A.; Witt A.; Plener P.L.; Muche R.; Rosner R.; Hagl M.; Glodbeck L. (2017): Effectiveness of manualized case management on utilization of evidence-based treatments for children and adolescents after maltreatment: A randomized controlled trial, online unter URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S014521341730100X> [Abfrage 15.08.2020].

Gartner B.; Herzog A.; Holzhausen M.; Schmidt S. (2015): „Case-management“ – Studien für Personen ab 65 Jahren in Deutschland. systematische Übersichtsarbeit zum aktuell publizierten Forschungsstand. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 48 (6). 529 – 539.

GKV – Spitzenverband (2017): Bestimmung zu Voraussetzungen, Inhalt und Qualität der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V, online unter URL: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/rehabilitation/sozialmediz\\_nachsorge/20170612\\_Reha\\_Bestimmung\\_SozialmNachsorge.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/sozialmediz_nachsorge/20170612_Reha_Bestimmung_SozialmNachsorge.pdf) [Abfrage: 03.11.2020].

Hawker S.; Payne S.; Kerr C.; Hardey M.; Powell J. (2002): Appraising the evidence: reviewing disparate data systematically, online unter URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12448672/> [Abfrage 15.08.2020].

Hüning B.M.; Reimann M.; Beerenberg U.; Stein A.; Schmidt A.; Felderhoff-Müser U. (2012): Establishment of a Family-centred Care Programme with Follow-up Home Visits: Implications for Clinical Care and Economic Characteristics, Erfahrungen im Aufbau eines Elternberatungskonzeptes mit ambulanter Nachsorge: Auswirkungen auf klinische-ökonom. Kenndaten und Akzeptanz der Eltern, online unter URL: <https://www.uk-essen.de/fileadmin/Bunter%20Kreis/Paper.pdf> [Abfrage 15.08.2020].

- Kollak I.; Schmidt S. (2019): Instrumente des Care und Case Management Prozesses, 2. Auflage, Springer Verlag: Berlin.
- Koppe K. (2020): Definition Case Management, online unter URL: <https://www.care-case-management.de/care-case-management/was-ist-case-management/definition-case-management.html> [Abfrage 31.05.2020].
- Krisam M. (2018): Ansätze zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland mit Asthma bronchiale mit einem Fokus auf sozialen Risikofaktoren und interdisziplinärer Zusammenarbeit, online unter URL: [https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/9587/Mathias\\_Krisam\\_Dissertation.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/9587/Mathias_Krisam_Dissertation.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [Abfrage 15.08.2020].
- Kristensson J.; Ekwall A.; Jakobsson U.; Midlöv P.; Hallberg I. (2010): Case managers for frail older people: a randomised controlled pilot study, online unter URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-6712.2010.00773.x> [Abfrage 22.06.2020].
- Latour C.; van der Windt D.; Jonge P.; Riphagen I.; Vos R.; Huyse F.; Stalman W. (2006): Nurse-led case management for ambulatory complex patients in general health care: A systematic review, online unter URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17324690/> [Abfrage 22.06.2020].
- Leung A.; Lou V.; Chan K.; Yung A.; Chi I. (2010): Care Management Service and Falls Prevention: A Case-Control Study in a Chinese Population, online unter URL: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0898264309358764> [Abfrage 22.06.2020].
- Marshall M.; Gray A.; Lockwood A.; Green R. (2011): Case Management for People With Severe Mental Disorders, online unter URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10796288/> [Abfrage 22.06.2020].
- Moher D.; Liberati A.; Tetzlaff J.; Altman DG. (2009): Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement,

online unter URL: <https://www.bmj.com/content/339/bmj.b2535.full?view=long&pmid=19622551> [Abfrage 06.08.2020].

Neyer C. (2007): 10. Sozialarbeit in Sozialpädiatrischen Zentren, online unter URL: <https://www.dgspj.de/wp-content/uploads/qualitaetssicherung-papiere-sozialarbeit-2007.pdf> [Abfrage: 03.11.2020].

Nussbaumer G. (2015): Case Management und prozessorientierte Pflege. In: von Reibnitz C. (Hrsg.): Case Management: praktisch und effizient, 2. Auflage, Springer – Verlag: Berlin, Heidelberg, S. 37 – 54.

Parsons M.; Senior H.; Kerse N.; Chen M.; Jacobs S.; Vanderhoorn S.; Anderson C. (2012): Should Care Managers for Older Adults Be Located in Primary Care? A Randomized Controlled Trial, online unter URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1532-5415.2011.03763.x> [Abfrage 22.06.2020].

Plankensteiner C. (2007): Case Management im Gesundheitswesen, online unter URL: [https://online.medunigraz.at/mug\\_online/wbabs.getDocument?pThesisNr=15094&pAutorNr=&pOrgNr=1](https://online.medunigraz.at/mug_online/wbabs.getDocument?pThesisNr=15094&pAutorNr=&pOrgNr=1) [Abfrage 31.05.2020].

Podeswik A.; Dräger S.; Mayer J.; Nagel E. (o.J.): Case Management als Versorgungskonzept für Kinder und Jugendliche mit Diabetes, online unter URL: <https://www.yumpu.com/de/document/view/9443363/case-management-fur-kinder-und-jugendliche-mit-beta-institut> [Abfrage 15.08.2020].

Porz F. (2008): Zusammenfassung des Endberichts, Prospektive randomisierte Implementierung des Modellprojekts Augsburg (PRIMA-Studie) Evaluation der individuellen familienorientierten Nachsorge für Früh- und Risikogeborene des Modellprojekts BUNTER KREIS Augsburg, online unter URL: [https://www.bunter-kreis-deutschland.de/fileadmin/user\\_upload/files\\_ALT\\_spaeter\\_loeschen/Studie\\_prima.pdf](https://www.bunter-kreis-deutschland.de/fileadmin/user_upload/files_ALT_spaeter_loeschen/Studie_prima.pdf) [Abfrage 15.08.2020].

Porz F.; Diedrich M., Bartmann P. (2006): Familienorientierte Nachsorge bei Frühgeborenen fördert die Mutter-Kind-Interaktion und reduziert die mütterlichen Belastungen – Ergebnisse einer randomisierten Studie,

online unter URL: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-2006-946293> [Abfrage 15.08.2020].

Robert Koch – Institut (Hrsg.) (2008): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), online unter URL: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/KiGGS\\_SVR.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/KiGGS_SVR.pdf?__blob=publicationFile) [Abfrage: 24.05.2020].

Robert Koch Institut (Hrsg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemein getragen von RKI und Destatis, online unter URL: <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf> [Abfrage 24.10.2020].

Rosner R.; Eberle-Sejari R.; Ganser H.G.; Goldbeck L.; Hagl M. (2017): Evaluation eines migrationsspezifischen Angebots im Case Management von Kindern und Jugendlichen mit Therapiebedarf nach Misshandlung, Missbrauch oder Vernachlässigung, online unter URL: <https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1026/0942-5403/a000237> [Abfrage 02.09.2020].

SIGN (1999): SIGN GRADING SYSTEM 1999 – 2012, online unter URL: [https://www.sign.ac.uk/assets/sign\\_grading\\_system\\_1999\\_2012.pdf](https://www.sign.ac.uk/assets/sign_grading_system_1999_2012.pdf) [Abfrage 22.06.2020].

Simon T.; Whitlock K.; Haaland W.; Wright D.; Zhou C.; Neff J.; Howard W.; Cartin B.; Mangione-Smith R. (2017): Effectiveness of a Comprehensive Case Management Service for Children With Medical Complexity, online unter URL: <https://pediatrics.aappublications.org/content/140/6/e20171641.long> [Abfrage 22.06.2020].

Spitzenverbände der Krankenkassen (2008): Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den Anforderungen an die Leistungserbringer sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen nach §

132c Abs. 2 SGB V, online unter URL: [https://www.vdek.com/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/sozialmed\\_nachsorge/\\_jcr\\_content/par/download\\_0/file.res/empfehlungen20080630.pdf](https://www.vdek.com/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/sozialmed_nachsorge/_jcr_content/par/download_0/file.res/empfehlungen20080630.pdf) [Abfrage 03.11.2020].

Statistisches Bundesamt (2018): Statistik der schwerbehinderten Menschen, online unter URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Behinderte-Menschen/Publikationen/Downloads-Behinderte-Menschen/sozial-schwerbehinderte-kb-5227101179004.html> [Abfrage 24.05.2020].

Stillwell, S.; Fineout-Overholt E.; Melnyk, B.; Williamson K. (2010): Evidence-Based Practice, Step by Step: Asking the Clinical Question, A Key Step in Evidence-Based Practice, online unter URL: [https://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2010/03000/Evidence\\_Based\\_Practice,\\_Step\\_by\\_Step\\_\\_Asking\\_the.28.aspx](https://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2010/03000/Evidence_Based_Practice,_Step_by_Step__Asking_the.28.aspx) [Abfrage 22.06.2020].

Sturma A.; Ritschl V.; Dennhardt S.; Stamm T. (2016): Reviews. In Ritschl V.; Weigl R.; Stamm T. (Hrsg): Wissenschaftliche Arbeiten und Schreiben, Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis, Springer – Verlag: Berlin Heidelberg, S. 207 – 222.

Teubner C.; Suhr R. (2018): Stand der Pflegeforschung in Deutschland – ein Überblick, online unter URL: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-54887-5\\_8](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-54887-5_8) [Abfrage 24.05.2020].

Universitätsklinikum Ulm (2020): CANMANAGE, Implementierung und Evaluation einer bedarfsgerechten, gemeindenahen Hilfeprozess-Koordination für Kinder und Jugendliche nach Missbrauch, Misshandlung oder Vernachlässigung, online unter URL: <https://www.uniklinik-ulm.de/kinder-und-jugendpsychiatriepsychotherapie/forschung-und-arbeitsgruppen/sektion-psychotherapieforschung-und-verhaltensmedizin/canmanage.html> [Abfrage 10.10.2020].

Wendt W. R. (2015): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen, eine Einführung, 6. Auflage, Lambertus Verlag: Freiburg im Breisgau.

Weber – Halter E. (2011): Praxishandbuch Case Management, Professioneller Versorgungsprozess ohne Triage, Hans Huber Verlag: Bern.

Wiedemann C. T. (2004): Wirtschaftlichkeit und Effektivität verbesserter ambulant – stationärer Verzahnung durch Case Management, Peter Lang: Frankfurt am Main.

## 9. Anhang

Anhang 1: Erläuterungen kritischer Bewertungsbogen (Hawker et al., 2002)

### APPENDIX D

---

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?
  - Good        Structured abstract with full information and clear title.
  - Fair         Abstract with most of the information.
  - Poor         Inadequate abstract.
  - Very Poor    No abstract.
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?
  - Good         Full but concise background to discussion/study containing up-to-date literature review and highlighting gaps in knowledge.  
Clear statement of aim AND objectives including research questions.
  - Fair         Some background and literature review.  
Research questions outlined.
  - Poor         Some background but no aim/objectives/questions, OR  
Aims/objectives but inadequate background.
  - Very Poor    No mention of aims/objectives.  
No background or literature review.
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?
  - Good         Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included).  
Clear details of the data collection and recording.
  - Fair         Method appropriate, description could be better.  
Data described.
  - Poor         Questionable whether method is appropriate.  
Method described inadequately.  
Little description of data.
  - Very Poor    No mention of method, AND/OR  
Method inappropriate, AND/OR  
No details of data.
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?
  - Good         Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited.  
Why this group was targeted.  
The sample size was justified for the study.  
Response rates shown and explained.
  - Fair         Sample size justified.  
Most information given, but some missing.
  - Poor         Sampling mentioned but few descriptive details.
  - Very Poor    No details of sample.
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?
  - Good         Clear description of how analysis was done.  
Qualitative studies: Description of how themes derived/  
respondent validation or triangulation.  
Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/  
numbers add up/statistical significance discussed.
  - Fair         Qualitative: Descriptive discussion of analysis.  
Quantitative.
  - Poor         Minimal details about analysis.
  - Very Poor    No discussion of analysis.

6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?
- |           |   |
|-----------|---|
| Good      | Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. |
|           | Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.                                    |
| Fair      | Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).                       |
| Poor      | Brief mention of issues.  |
| Very Poor | No mention of issues.   |
7. Results: Is there a clear statement of the findings?
- |           |   |
|-----------|---|
| Good      | Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings. |
| Fair      | Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.  |
| Poor      | Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.  |
| Very Poor | Findings not mentioned or do not relate to aims.  |
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?
- |           |  |
|-----------|--|
| Good      | Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling). |
| Fair      | Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4.                |
| Poor      | Minimal description of context/setting.  |
| Very Poor | No description of context/setting.   |
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?
- |           |   |
|-----------|---|
| Good      | Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice. |
| Fair      | Two of the above (state what is missing in comments).   |
| Poor      | Only one of the above.  |
| Very Poor | None of the above.  |
-

### Kritischer Bewertungsbogen

<b>Hauptautor*in:</b> Wiedemann					
<b>Titel:</b> Wirtschaftlichkeit und Effektivität verbesserter ambulant- stationäre Verzahnung durch Case Management					
<b>Publikationsdatum:</b> 2005					
<b>Region:</b> Augsburg, Nürnberg, Bonn					
<b>Studiendesign:</b> Fall – Kontroll – Studie + Elternbefragung (qualitativ & quantitativ)					
<input type="checkbox"/> Qualitativ <input type="checkbox"/> Quantitativ <input checked="" type="checkbox"/> gemischte Methode					
<b>Stichprobe:</b> zu Beginn 161 Patienten, am Ende 156 Patienten					
	Gut	Mittel- mäßig	Mangel- haft	schlecht	Bemerkungen
<b>1. Abstrakt &amp; Titel</b>				X	
<b>2. Einleitung und Ziel</b>	X				
<b>3. Methodik</b>	X				Keine Randomisierung
<b>4. Stichprobe</b>	X				
<b>5. Daten-analyse</b>	X				
<b>6. Ethik &amp; Bias</b>	X				
<b>7. Ergebnisse</b>	X				
<b>8. Übertrag- barkeit / Verallge- meinbarkeit</b>		X			
<b>9. Implikationen / Nutzen</b>	X				
<b>10. Gesamt- eindruck</b>	X				

**Evidenzlevel:** 2++

**Grad der Empfehlung:** B

## Kritischer Bewertungsbogen

<b>Hauptautor*in:</b> Porz					
<b>Titel:</b> Zusammenfassung des Endberichts Prospektive randomisierte Implementierung des Modellprojekts Augsburg					
<b>Publikationsdatum:</b> 2008					
<b>Region:</b> Bonn, Augsburg					
<b>Studiendesign:</b> randomisierte Studie + Implementierungsstudie					
[ <input type="checkbox"/> ] <b>Qualitativ</b> [ <input checked="" type="checkbox"/> ] <b>Quantitativ</b> [ <input type="checkbox"/> ] <b>gemischte Methode</b>					
<b>Stichprobe:</b> <b>Bonn:</b> zu Beginn 121 Familien mit 151 Kindern, am Ende 88 Familien <b>Augsburg:</b> zu Beginn 91 Familien mit 103 Kindern, am Ende 80 Familien					
	Gut	Mittel- mäßig	Mangel- haft	schlecht	Bemerkungen
<b>1. Abstrakt &amp; Titel</b>		X			
<b>2. Einleitung und Ziel</b>	X				
<b>3. Methodik</b>	X				
<b>4. Stichprobe</b>	X				
<b>5. Daten-analyse</b>	X				
<b>6. Ethik &amp; Bias</b>				X	
<b>7. Ergebnisse</b>	X				
<b>8. Übertrag- barkeit / Verallge- meinbarkeit</b>		X			
<b>9. Implikationen / Nutzen</b>		X			
<b>10. Gesamt- eindruck</b>	X				

**Evidenzlevel:** 1-

**Grad der Empfehlung:** A

## Kritischer Bewertungsbogen

<b>Hauptautor*in:</b> Podeswik					
<b>Titel:</b> Case Management als Versorgungskonzept für Kinder und Jugendliche mit Diabetes					
<b>Publikationsdatum:</b> ohne Jahr					
<b>Region:</b> Augsburg					
<b>Studiendesign:</b> qualitative Mitarbeiterbefragungen + semiquantitative Elternbefragungen					
<input type="checkbox"/> <b>Qualitativ</b> <input type="checkbox"/> <b>Quantitativ</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>gemischte Methode</b>					
<b>Stichprobe:</b> 5 Mitarbeiter + 20 Patienteneatern					
	Gut	Mittel- mäßig	Mangel- haft	schlecht	Bemerkungen
<b>1. Abstrakt &amp; Titel</b>	X				
<b>2. Einleitung und Ziel</b>	X				
<b>3. Methodik</b>	X				Interviewleitfaden fehlt
<b>4. Stichprobe</b>	X				
<b>5. Datenanalyse</b>	X				
<b>6. Ethik &amp; Bias</b>		X			Keine Limitationen
<b>7. Ergebnisse</b>	X				
<b>8. Übertragbarkeit / Verallgemeinbarkeit</b>		X			
<b>9. Implikationen / Nutzen</b>		X			
<b>10. Gesamteindruck</b>	X				

**Evidenzlevel:** 3

**Grad der Empfehlung:** D

## Kritischer Bewertungsbogen

<b>Hauptautor*in:</b> Mühler et al.					
<b>Titel:</b> Case-Management in der psychosozialen Betreuung von Eltern Frühgeborener und kranken Neugeborener					
<b>Publikationsdatum:</b> 2009					
<b>Region:</b> Leipzig					
<b>Studiendesign:</b> retrospektive Analyse					
[ ] <b>Qualitativ</b> [ <input checked="" type="checkbox"/> ] <b>Quantitativ</b> [ ] <b>gemischte Methode</b>					
<b>Stichprobe:</b> 718 Patienten					
	<b>Gut</b>	<b>Mittel- mäßig</b>	<b>Mangel- haft</b>	<b>schlecht</b>	<b>Bemerkungen</b>
<b>1. Abstrakt &amp; Titel</b>	X				
<b>2. Einleitung und Ziel</b>		X			
<b>3. Methodik</b>	X				
<b>4. Stichprobe</b>			X		
<b>5. Datenanalyse</b>			X		
<b>6. Ethik &amp; Bias</b>				X	
<b>7. Ergebnisse</b>	X				
<b>8. Übertragbarkeit / Verallgemeinbarkeit</b>			X		
<b>9. Implikationen / Nutzen</b>		X			
<b>10. Gesamteindruck</b>	X				

**Evidenzlevel:** 3

**Grad der Empfehlung:** D

## Kritischer Bewertungsbogen

<b>Hauptautor*in:</b> Ganser et al.					
<b>Titel:</b> Verbesserter Zugang zu evidenzbasierten Therapien für psychisch kranke Kinder und Jugendliche nach Kindesmisshandlung und -missbrauch					
<b>Publikationsdatum:</b> 2015					
<b>Region:</b> Ulm, Lüneburg, Datteln					
<b>Studiendesign:</b> Machbarkeitsstudie					
[ <input type="checkbox"/> ] <b>Qualitativ</b> [ <input checked="" type="checkbox"/> ] <b>Quantitativ</b> [ <input type="checkbox"/> ] <b>gemischte Methode</b>					
<b>Stichprobe:</b> Zu Beginn 25 Case Manager*innen Am Ende 21 Case Manager*innen					
	Gut	Mittel- mäßig	Mangel- haft	schlecht	Bemerkungen
<b>1. Abstrakt &amp; Titel</b>		X			
<b>2. Einleitung und Ziel</b>	X				
<b>3. Methodik</b>			X		Fragebogen fehlt, Erstellung fehlt
<b>4. Stichprobe</b>		X			
<b>5. Daten- analyse</b>			X		
<b>6. Ethik &amp; Bias</b>				X	
<b>7. Ergebnisse</b>		X			Keine p-Werte
<b>8. Übertrag- barkeit / Verallge- meinbarkeit</b>			X		
<b>9. Implikationen / Nutzen</b>		X			
<b>10. Gesamt- eindruck</b>	X				

**Evidenzlevel:** 3

**Grad der Empfehlung:** D

## Kritischer Bewertungsbogen

<b>Hauptautor*in:</b> Ganser et al.					
<b>Titel:</b> Effectiveness of manualized case management on utilization of evidence-based treatments for children and adolescents after maltreatment: A randomized controlled trail					
<b>Publikationsdatum:</b> 2017					
<b>Region:</b> Baden – Württemberg, Niedersachsen, Nordrhein – Westfalen					
<b>Studiendesign:</b> randomisierte kontrollierte Studie (RCT)					
[ ] <b>Qualitativ</b> [ X ] <b>Quantitativ</b> [ ] <b>gemischte Methode</b>					
<b>Stichprobe:</b> 121 Patienten					
	<b>Gut</b>	<b>Mittel- mäßig</b>	<b>Mangel- haft</b>	<b>schlecht</b>	<b>Bemerkungen</b>
<b>1. Abstrakt &amp; Titel</b>	X				
<b>2. Einleitung und Ziel</b>	X				
<b>3. Methodik</b>	X				
<b>4. Stichprobe</b>	X				
<b>5. Datenanalyse</b>	X				
<b>6. Ethik &amp; Bias</b>	X				
<b>7. Ergebnisse</b>	X				
<b>8. Übertragbarkeit / Verallgemeinbarkeit</b>	X				
<b>9. Implikationen / Nutzen</b>	X				
<b>10. Gesamteindruck</b>	X				

**Evidenzlevel:** 1+

**Grad der Empfehlung:** A

## Kritischer Bewertungsbogen

<b>Hauptautor*in:</b> Rosner et al.					
<b>Titel:</b> Evaluation eines migrations-spezifischen Angebots im Case Management von Kindern und Jugendlichen mit Therapiebedarf nach Misshandlungen, Missbrauch oder Vernachlässigung					
<b>Publikationsdatum:</b> 2017					
<b>Region:</b> Baden – Württemberg, Niedersachsen, Nordrhein – Westfalen					
<b>Studiendesign:</b> Interventionsstudie					
<input type="checkbox"/> <b>Qualitativ</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Quantitativ</b> <input type="checkbox"/> <b>gemischte Methode</b>					
<b>Stichprobe:</b> 15 Patienten					
	Gut	Mittel- mäßig	Mangel- haft	schlecht	Bemerkungen
<b>1. Abstrakt &amp; Titel</b>	X				
<b>2. Einleitung und Ziel</b>	X				
<b>3. Methodik</b>	X				
<b>4. Stichprobe</b>	X				
<b>5. Daten-analyse</b>	X				
<b>6. Ethik &amp; Bias</b>	X				
<b>7. Ergebnisse</b>	X				
<b>8. Übertrag-barkeit / Verallge-meinbarkeit</b>	X				
<b>9. Implikationen / Nutzen</b>		X			
<b>10. Gesamt-eindruck</b>	X				

**Evidenzlevel:** 2++

**Grad der Empfehlung:** B

## Kritischer Bewertungsbogen

<b>Hauptautor*in:</b> Krisam					
<b>Titel:</b> Ansätze zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland mit Asthma bronchiale mit einem Fokus auf sozialen Risikofaktoren und interdisziplinärer Zusammenarbeit					
<b>Publikationsdatum:</b> 2018					
<b>Region:</b> Gesamt Deutschland					
<b>Studiendesign:</b> Experteninterviews					
[ <input checked="" type="checkbox"/> ] <b>Qualitativ</b> [ <input type="checkbox"/> ] <b>Quantitativ</b> [ <input type="checkbox"/> ] <b>gemischte Methode</b>					
<b>Stichprobe:</b> 28 Experten					
	Gut	Mittel- mäßig	Mangel- haft	schlecht	Bemerkungen
1. Abstrakt & Titel	X				
2. Einleitung und Ziel	X				
3. Methodik	X				
4. Stichprobe		X			
5. Daten-analyse	X				
6. Ethik & Bias	X				
7. Ergebnisse	X				
8. Übertrag-barkeit / Verallge-meinbarkeit		X			
9. Implikationen / Nutzen	X				
10. Gesamt-eindruck	X				

**Evidenzlevel:** 4

**Grad der Empfehlung:** D

## Kritischer Bewertungsbogen

<b>Hauptautor*in:</b> Hüning et al.					
<b>Titel:</b> Erfahrungen im Aufbau eines Elternberatungskonzeptes mit ambulanter Nachsorge: Auswirkungen auf klinisch-ökonomische Kenndaten und Akzeptanz der Eltern					
<b>Publikationsdatum:</b> 2012					
<b>Region:</b> keine Angaben					
<b>Studiendesign:</b> keine Angaben					
[ ] <b>Qualitativ</b> [ <input checked="" type="checkbox"/> ] <b>Quantitativ</b> [ ] <b>gemischte Methode</b>					
<b>Stichprobe:</b> 330 Patienten					
	<b>Gut</b>	<b>Mittel- mäßig</b>	<b>Mangel- haft</b>	<b>schlecht</b>	<b>Bemerkungen</b>
<b>1. Abstrakt &amp; Titel</b>	X				
<b>2. Einleitung und Ziel</b>			X		
<b>3. Methodik</b>		X			
<b>4. Stichprobe</b>		X			
<b>5. Datenanalyse</b>	X				
<b>6. Ethik &amp; Bias</b>				X	
<b>7. Ergebnisse</b>	X				
<b>8. Übertragbarkeit / Verallgemeinbarkeit</b>		X			
<b>9. Implikationen / Nutzen</b>		X			
<b>10. Gesamteindruck</b>	X				

**Evidenzlevel:** 3

**Grad der Empfehlung:** D

## **Eidesstaatliche Erklärung**

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit eigenständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Cottbus, 9. November 2020